

Genomlysning av demensvården

Gävle kommun

22 februari 2024

Innehåll

01	Om demens	03
02	Bakgrund	06
03	Samverkan	08
04	Personal	11
05	Kunskap och kompetens	14
06	Uppföljning och utvärdering	18
07	Anhöriga och närstående	21
08	Digitalisering och välfärdsteknik	24
09	Slutsatser och rekommendationer	26

01 Om demens



01 Om demens

Allmänt om demens

Idag har ca 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige och i takt med att befolkningen lever allt längre förväntas antalet nästan fördubblas fram till 2050, enligt regeringen. Årligen insjuknar mellan 20 000 och 25 000 personer.

Demenssjukdom är en form av kognitiv svikt som beror på specifika sjukdomar i hjärnan. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom, som står för 60-70 procent. Idag finns symptomlindrande läkemedel men inget botemedel mot Alzheimers sjukdom.

Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder, och är betydligt vanligare i hög ålder. Data visar att sju procent av alla som är 65 år eller äldre. 67% är kvinnor och andelen kvinnor ökar med stigande ålder. För åldersgruppen 80 år eller äldre har 68 procent en demenssjukdom.

Det är ovanligt att en demenssjukdom drabbar personer under 65 år. I Sverige uppskattas antalet yngre personer med demenssjukdom till cirka 8 000–9 000 personer varav de flesta är mellan 60 och 65 år.

Samhällskostnaderna för demenssjukdomar har beräknats att 2019 uppgå till cirka 82 miljarder kronor. Den största kostnaden har kommunerna, ca 67 miljarder kronor, och motsvarar cirka hälften av kostnaderna för äldreomsorg. Kostnaderna avser främst särskilt boende och hemtjänst. Regionernas kostnader beräknas till ca 1,3 miljarder kronor.

Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom

Regeringen beslutade år 2018 om en nationell demensstrategi. Syftet med den nationella strategin är att förbättra kvaliteten i omsorgen och öka tryggheten för kvinnor och män med demenssjukdom och deras anhöriga. I den nationella strategin identifieras sju strategiska områden för att långsiktigt kunna förbättra förhållandena för de som drabbas av demenssjukdom och för deras anhöriga. De sju områdena är:

- Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg
- Personal
- Kunskap och kompetens
- Uppföljning och utvärdering
- Anhöriga och närstående
- Samhälle
- Digitalisering och välfärdsteknik

Regeringen avser att utveckla den nationella demensstrategin, och har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett underlag för detta som ska redovisas i slutet av februari 2024.

01 Om demens

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Sedan 2010 har Socialstyrelsens riktlinjer utgjort stöd för styrning och ledning av vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Nuvarande riktlinjer är från 2017.

Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom området samt att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Riktlinjerna innehåller rekommendationer om åtgärder vid vård och omsorg vid demenssjukdom till hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Rekommendationerna gäller utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

Socialstyrelsen har även tagit fram indikatorer för de nationella riktlinjerna, samt målnivåer för ett urval av indikatorerna. Dock är indikatorernas mätbarhet begränsad, inte minst gällande indikatorer som avser den kommunala verksamheten.



02 Bakgrund



02 Bakgrund

Bakgrund

Gävle kommuns Omvårdnadsnämnd har på uppdrag av Kommunstyrelsen fattat beslut om att genomföra en extern genomlysning av demensvården i Gävle kommun.

Uppdragsbeskrivning

Uppdraget innefattar tre områden:

- Genomlysning av demensvårdens kvalitet i sin helhet. Genomlysningen ska inkludera goda exempel och analys av nuvarande och framtida kompetensbehov.
- Ge svar på vilken funktion genomförandeplaner har, vilka utvecklingsområden som finns och hur dessa ska utvecklas.
- Analys av hur dialog förs med anhöriga gällande synpunkter och klagomål avseende det vardagliga arbetet samt strukturer och processer i nuläget och framtiden.

Till samtliga ovanstående områden ska förbättringsförslag lämnas, vilka ska vara relaterade till pågående förändringsarbeten i sektorn.

Metod och genomförande

I uppdragets genomförande har vi utgått från nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom (2018). Även riktlinjer för demensvård (2017) har utgjort en utgångspunkt.

Inom ramen för genomlysningen har följande aktiviteter genomförts:

- ❖ Dokumentstudier av t ex interna dokument i kommunen, nationella utredningar och material från andra kommuner
- ❖ Intervjuer enskilt och i grupp med olika funktioner och roller inom organisationen
 - ❖ Verksamhetschefer för äldreboende, hemtjänst samt hälso- och sjukvård
 - ❖ Enhetschefer äldreboende och hemtjänst
 - ❖ Sjuksköterskor äldreboende och hemtjänst
 - ❖ MAS, MAR och SAS
 - ❖ Chef Anhörigcentrum
- ❖ Avstämning och dialog med beställaren har genomförts under arbetets gång

Rapportens upplägg

Rapportens upplägg följer de områden som framgår av nationella demensstrategin. Området Samhälle har inte analyserats närmare inom ramen för denna genomlysning, då det området inte handlar om den demensvård som bedrivs inom ramen för Valfärd Gävle utan berör övergripande delar på samhällsnivå.

03 Samverkan



03 Samverkan

I den nationella strategin framhålls att samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg är av stor vikt för att insatser av både medicinsk och social karaktär ska kunna planeras och komma igång i ett så tidigt skede av sjukdomen som möjligt.

Insatserna från hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver ges samordnat och anpassat till var i sjukdomsförloppet personen befinner sig. För att uppnå detta bör samverkan vara väl utvecklad, såväl inom sektorn och dess olika professioner, som med regionen. Detta ligger också i linje med det övergripande arbetet för god och nära vård.

Gävle kommuns övergripande samverkansstruktur med regionen

Det finns samverkansavtal och en utarbetad samverkansstruktur mellan regionen och kommunen. Dock uppges att det inte finns någon särskild gruppering utsedd för att driva samverkansfrågor avseende demensvård/kognitiv svikt eller att det området lyfts på senare tid, i vart fall inte på ledningsnivå. Vi har inte uppfattat att följsamheten till avtal följs upp, t ex avseende läkarmedverkan, men det finns en uppfattning i verksamheten att det i vart fall inte uppfylls till fullo.

Hälsocentraler

Vad gäller hälsocentraler finns en stor variation kring hur väl samarbetet fungerar, vilket till hög del beror på hur god läkarkontinuiteten är. En hög kontinuitet underlättar såväl vardagliga kontakter som patientkännedom. Det upplevs även finnas en variation gällande läkarkompetensen avseende äldre och demens. Utifrån var patienterna är skrivna kan det också innebära kontakter med ett flertal hälsocentraler, vilket upplevs vara försvårande.

Specialistenhet

Kontakter med Minnesmottagningen sker löpande i enskilda ärenden och för rådgivning. Det förekommer även samarbeten kring verksamheter i projektform, t ex daglig verksamhet, samt specifika tillfällen som föreläsningar. Vidare uppges att Minnesmottagningen tidigare var mer synlig ute i verksamheterna.

Personcentrerad vård och omsorg

I de nationella riktlinjerna lyfts vikten av personcentrerad vård och omsorg samt multiprofessionellt teambaserat arbete. Inom sektorn finns en gemensam modell och rutin för samarbete och teamträffar som utgör en grund för att möjliggöra detta.

Av rutinen framgår vilka befattningar som det tvärprofessionella teamet runt den enskilde består av samt dess uppdrag - som går ut på att ha en helhetssyn utifrån den enskildes behov och situation och samordna planering och genomförande av insatser. Vidare beskrivs teamträffar - bl a deltagare, innehåll och frekvens – liksom samarbete på enhetsnivå.

Såväl inom särskilt boende som hemtjänst finns en inarbetad systematik att genomföra teamträffar regelmässigt och de upplevs i allt väsentligt fungera på ett tillfredsställande sätt.

Utmaningar som finns i varierande grad på enhetsnivå gällande teamarbetet är att upprätthålla kontinuitet bland personal, samt att prioritera tid för träffarna med koppling till en ansträngd personalsituation.

03 Samverkan

Tillgång till stöd i verksamheterna

Inom kontor boende finns ett demensteam, bestående av en demenssamordnare och en undersköterska (50 %). Syftet med demensteamet är att kvalitetssäkra vård och omsorg till kunder med demenssymtom, utveckla och bibehålla kompetens inom demensvård hos medarbetarna, hitta hållbara arbetssätt samt en anpassad organisation för demensomsorg.

Demensteamet har vårdboenden som arbetsområde och utgör den specialist- och stödresurs som finns att tillgå inom sektor Välfärd. Även från andra verksamheter samt privata utförare uttrycks behov av stöd/handledning.

Ett fokus för demensteamets arbetet har varit att driva BPSD-arbetet samt handledning i enskilda kundärenden. Även utbildning och stöd till specifika enheter har genomförts i varierande omfattning över tid.

Demensteamets erfarenheter och kännedom kring verksamheterna, särskilt avseende särskilt boende, är att det finns en stor variation på enhetsnivå kring förmågan att bedriva demensvård. I detta inkluderas även stor variation i kompetensen hos sjuksköterskor och enhetschefer.

Inom verksamheterna, såväl särskilt boende som hemtjänst, finns kännedom om demenssamordnaren, och att denne kan kontaktas vid behov.

Det uppges även finns några sjuksköterskor inom organisationen som är Silviautbildade. De har dock inte något särskilt uppdrag i nuläget, utan arbetar på samma sätt som övriga sjuksköterskor. En möjlighet att överväga är att koppla dem närmare demensteamet och nyttja deras kompetens för t ex handledning. I sammanhanget kan nämnas att flera avdelningar på Gävle Strands vård- och omsorgsboende innehar Silviacertifiering.

Sammantaget anser vi att det finns behov av att dels utveckla former för tillgång till fördjupad kompetens inom enheterna, t ex via särskilt utbildade demensombud, dels att gemensamma specialistresurser utökas samt att dess kompetens breddas till att innefatta fler yrkeskategorier.

Tillgång till information

Det har vidare framkommit att det finns en problematik och osäkerhet kring informationsdelning mellan professioner avseende bl. a journalanteckningar, vårdplaner och genomförandeplaner. Detta riskerar medföra att aktuell information inte kommer berörd personal tillgodo. Problemet är uppmärksammat sedan tidigare, och en direkt åtgärd som införts i syfte att säkerställa att medarbetare har aktuell information kring den enskilde är muntlig rapportering vid skiftbyte. Det ska dock inte ses som att det är en ersättning för dokumentation.

En dokumentationsutbildning för legitimerad personal och omvårdnadspersonal påbörjas under våren 2024, i syfte att tydliggöra vad som ska dokumenteras, hur och i vilka journalsystem.

En annan aspekt som lyfts fram vid våra intervjuer är att en utvecklad dialog mellan myndighet och utförare inför att boendeplats erbjuds till enskild. Syftet med utökad dialog är att säkerställa att erbjuden plats matchar behoven hos den enskilde, och därmed bland annat minska risken för att behov av omplacering uppstår. Detta ska med koppling till personer med demenssjukdom även ses mot bakgrund av att de mest utmanande ärendena är tänkta att hanteras inom ett specifikt boende.

04 Personal



04 Personal

Det finns över hela landet en generell utmaning att rekrytera personal till att arbeta inom äldreomsorgen. Tillgång till personal med adekvat utbildning är en av de viktigaste förutsättningarna för att vård och omsorg ska hålla god kvalitet. Det är därför viktigt att det finns tillräckligt med personal som har kunskap om den enskildes särskilda behov, där ändamålsenlig bemanning med god kompetens är en förutsättning. Kontinuitet i bemanningen är en aspekt av detta. Även personal med specialistutbildning inom demensområdet är en annan del, såväl sjuksköterskor som undersköterskor.

Tillgång till personal

Gävle kommun utgör inget undantag gällande problematik kring tillgång till personal. Det gäller såväl legitimerad personal som omsorgspersonal, men även chefer.

Det har över tid varierat i vilken utsträckning det har varit svårt att ha avsedd bemanning för olika legitimerade yrken, som sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Det är inget unikt för Gävle, utan samma bild gäller i stor utsträckning i hela landet.

Det har varit en förhållandevis hög personalomsättning bland sjuksköterskor över en längre tidsperiod. Det har till delar varit behov av att hanteras genom att nyttja inhyrd personal. Inhyrd personal verkar ofta på en specifik arbetsplats under en längre period, och kan därigenom stärka den löpande verksamheten. Dock medför det ändå en ökad belastning och osäkerhet för befintlig ordinarie personal, och kan öka risken för att fastna i en negativ spiral.

Den nya organisationen för hälso- och sjukvård kan vara en del i att uppnå en stabil personalsituation över tid, samtidigt som det kommer att ta ett tag innan den nya organiseringen är inarbetad vilket kan utgöra en påfrestning under denna period.

Även avseende vård- och omsorgspersonal finns stora svårigheter att såväl behålla som rekrytera personal med utbildning och erfarenhet inom vård- och omsorgsområdet. Gällande tillsvidareanställd personal inom hemtjänst utgör enligt uppgift ca 60 procent undersköterskor.

Gällande vikarier är det dels många som saknar utbildning, dels svårt att såväl rekrytera som behålla personer oavsett utbildning och erfarenhet. Det riskerar att påverka vård- och omsorgsarbetet generellt negativt, liksom att det är slitsamt för befintlig ordinarie personal.

En stabilitet bland chefer, främst enhetschefer, är önskvärd för att inte minst säkerställa fungerande samverkan kring den enskilde. Vi kan se att funktionen enhetschef idag är en utsatt funktion i verksamheten med en mängd olika arbetsuppgifter som ska hanteras. Trycket på ekonomiska och administrativa processer är stort.

Intervjuer visar på en bred och varierande kunskaps- och erfarenhetsbakgrund hos enhetschefer, vilket kan vara positivt men även medföra att ibland är även kompetensen en begränsande faktor enligt vår bedömning. Vi uppfattar samtidigt att det överlag finns en god kollegialitet där cheferna stöttar varandra, vilket är en viktig aspekt för att behålla chefer på alla nivåer.

04 Personal

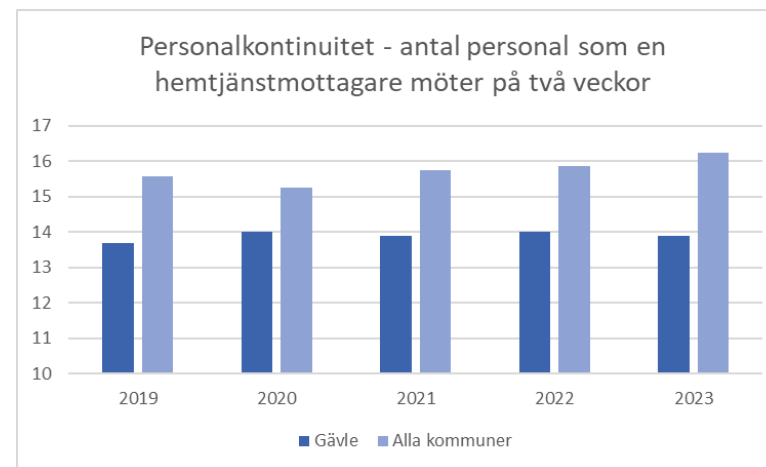
Personalkontinuitet

Problematik kring tillgång på personal påverkar möjligheterna till att upprätthålla en kontinuitet i bemanningen. Detta gäller oavsett personalkategori, och det finns en variation mellan enheter. Brister i kontinuitet medför bl a ökad risk för att personalens kännedom om den enskilde inte är tillräcklig. Även samverkan och teamarbete kan vara svårt att få till rent praktiskt, liksom vardaglig kommunikation och samspel mellan medarbetare och olika professioner.

Gällande omsorgspersonal med adekvat utbildning inom särskilt boende visar data att den är högre vardagar jämfört med helgdagar. Detta förhållande gäller generellt i riket. Dock ligger nivån med adekvat personal i Gävle lägre jämfört med riket. Data för riket visar på en stadigt sjunkande nivå de senaste åren, dock saknas data avseende Gävle.

Sett till personalkontinuiteten inom hemtjänsten visar data att Gävle under många år haft en jämn nivå över tid, medan den ökat de senaste åren nationellt sett. Data visar också att Gävle har en jämförelsevis tydligt lägre nivå, dvs att hemtjänstmottagaren möter färre personal.

Vår sammantagna bild är att tillgång till personal, framför allt med relevant utbildningsbakgrund, utgör en generell utmaning gällande vård- och omsorgsverksamheten, och att det också påverkar förutsättningarna för en god demensvård.



Källa: Kolada

05 Kunskap och kompetens



05 Kunskap och kompetens

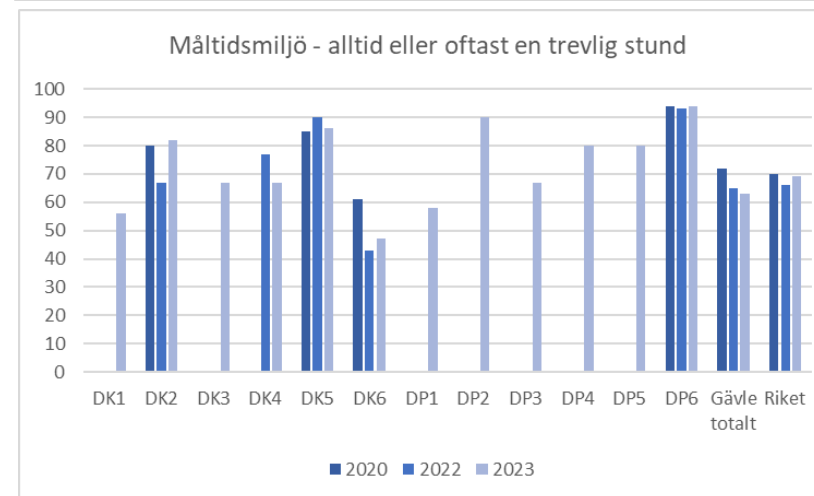
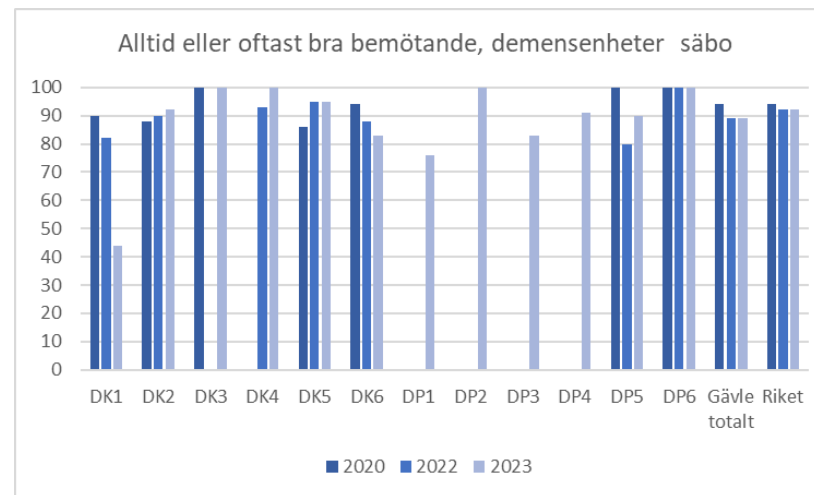
Det finns ofta ett stort behov av att fortsatt utveckla och sprida kunskap om demenssjukdomar och behoven hos personer med demenssjukdom. Det gäller alla yrkeskategorier inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utöver de nationella riktlinjerna för vård och omsorg om personer med demenssjukdom har Socialstyrelsen exempelvis tagit fram en modell för ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom, liksom kunskapsstöd för att främja insatser för en god munhälsa vid demenssjukdom och dagverksamhet för personer med demenssjukdom.

Kunskaper och färdigheter

Den allmänna bild som ges utifrån våra intervjuer är att det är en stor utmaning inom hela äldreomsorgsverksamheten att kunna bemanna i tillräcklig omfattning med kompetent personal, såväl avseende kunskaper och färdigheter kring generellt omvårdnadsarbete och som då även naturligen medför bristande kunskaper gällande demensområdet. Samtidigt ska framhållas att det finns många medarbetare med god kompetens.

En bild vi erhåller vid intervjuer är att det finns generella brister inom grundläggande områden som värdegrund och bemötande bland personal. Detta innefattar också synen på sitt uppdrag och ansvar gentemot den enskilde och kollegor. Enhetsdata från Socialstyrelsens brukarundersökning avseende bemötande visar ett varierande resultat mellan demensenheter vid särskilt boende. Även om resultaten ska tolkas med försiktighet, kan noteras att en majoritet av demensenheterna uppnår en högre nivå än snittet för samtliga särskilda boenden.

I de nationella riktlinjerna lyfts måltidsmiljön fram. Enligt intervjuer framhålls att måltiden vid särskilda boenden ses som en viktig aktivitet. Enhetsdata från Socialstyrelsens brukarundersökning avseende måltidsmiljö visar ett varierande resultat.



Källa: Socialstyrelsens enhetsundersökning. DK avser demensenhet inom kommunal regi, DP avser demensenhet vid privata utförare.

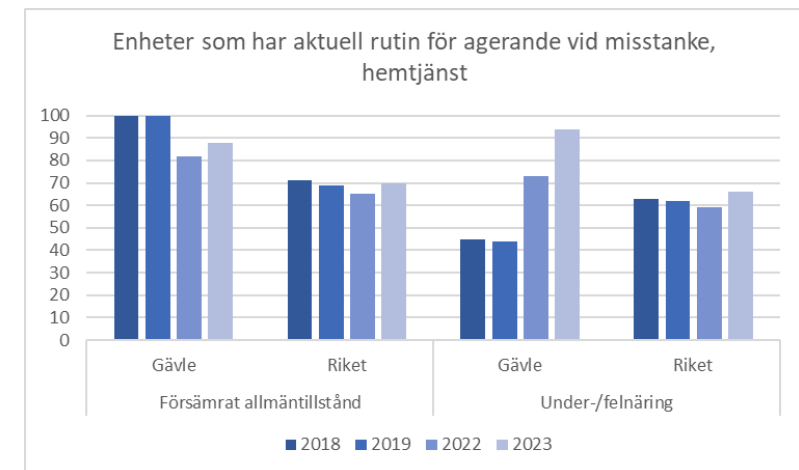
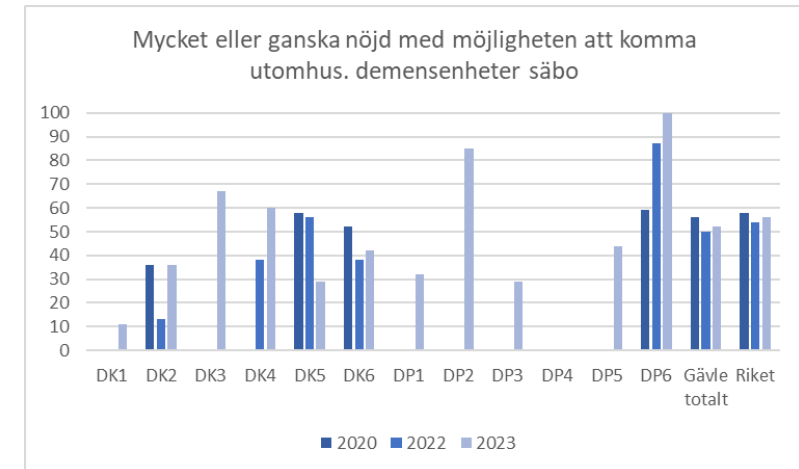
05 Kunskap och kompetens

Även möjlighet till utomhusvistelse lyfts i de nationella riktlinjerna. Vid intervjuer framhålls ett arbete med såväl aktiviteter som att vara utomhus på t ex boendets utegård. Enhetsdata från Socialstyrelsens brukarundersökning visar dock på att nöjdheten hos de boende är generellt på en relativt låg nivå, även om några enheter uppvisar högre resultat än snittet.

Tidig upptäckt av demens lyfts fram i den nationella demensstrategin som viktig för att kunna planera och komma igång med insatser i ett så tidigt skede av sjukdomen som möjligt. Att ha förmåga att identifiera förändringar för brukare inom hemtjänstverksamheten är därför av vikt. Vid intervjuer uppges en bild av att det inom hemtjänsten fungerar väl med att identifiera förändringar hos brukare avseende t ex beteendemönster. Data från Socialstyrelsens enhetsundersökning visar att andelen enheter som uppger att de har aktuella rutiner för att agera vid misstanke om förändringar avseende förändrat allmäntillstånd samt vid under-/felnäring är hög, och ligger på en högre nivå jämfört med riket.

En ytterligare generell bild som framkommer är att det finns generella brister avseende hälso- och sjukvårdsinsatser. Av våra intervjuer framgår att det inte är helt ovanligt att ordinationer inte fullföljs eller genomförs. Orsaken kan ibland vara tids- eller kunskapsbrist, men kan även bero på bristande förståelse för vikten av att ordinerade insatser inte genomförs korrekt eller fördröjs. Detta skapar sammantaget en osäkerhet bland legitimerad personal.

Vi noterar i sammanhanget att hälso- och sjukvårdskontoret, för att säkerställa fullgörande av sitt uppdrag, har egna undersköterskor för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser inom hemsjukvården. Enligt uppgift är avsikten att detta ska fasas ut, och att omsorgspersonal inom hemtjänst ska utföra insatserna. För närvarande genomförs en "refresh-utbildning" för ca 50 undersköterskor inom hemtjänsten.



Källa: Socialstyrelsens enhetsundersökning

05 Kunskap och kompetens

Utbildning

Enligt erhållna uppgifter ska samtliga undersköterskor årligen bl.a genomgå utbildningen Demens ABC. Detta är en grundläggande utbildning inom området med utgångspunkt i personcentrerad omvårdnad, och genomförs individuellt via webb. Det finns även påbyggnadsutbildning Demens ABC plus, med olika inriktningar såsom hemtjänst, särskilt boende och biståndshandläggare. Respektive utbildning tar ca två timmar och avslutas med kunskapstest. Vid godkänt test kan diplom laddas ned.

Inom hemtjänsten har för år 2023 kravställts att samtliga medarbetare ska genomgå utbildningen Demens ABC. Det förekommer att enheter har kompletterat utbildningen med gemensamma pass för reflektion och erfarenhetsutbyte, vilket uppges ha varit avgörande för medarbetare att tillgodogöra sig insikter och nytta i det vardagliga arbetet med enskilda.

På övergripande nivå pågår ett arbete med att ta fram kompetensprofiler för undersköterska och vårdbiträde. Det pågår också ett arbete med en utvecklad kompetensportal, som tillsammans med kompetensprofiler förväntas ge ett betydligt bättre stöd gällande utbildningsinsatser och systematik.

Därutöver utgör språksvårigheter i svenska bland personal en utmaning. Utöver de utmaningar som följer avseende dokumentation och efterlevnad av rutiner och riktlinjer samt kollegialt utbyte försvårar det även t ex "vardagliga småsamtal" med den enskilde. Dessa samtal är av största vikt avseende personer med demenssjukdom eller kognitivt sviktande förmågor.

06 Uppföljning och utvärdering



06 Uppföljning och utvärdering

En kvalitetssäkrad demensvård är avhängig en regelbunden och sammanhållen uppföljning. För att säkerställa en strukturerad uppföljning och utvärdering på individnivå är användningen av nationella kvalitetsregister ett framgångsrikt och väletablerat arbetssätt.

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD)

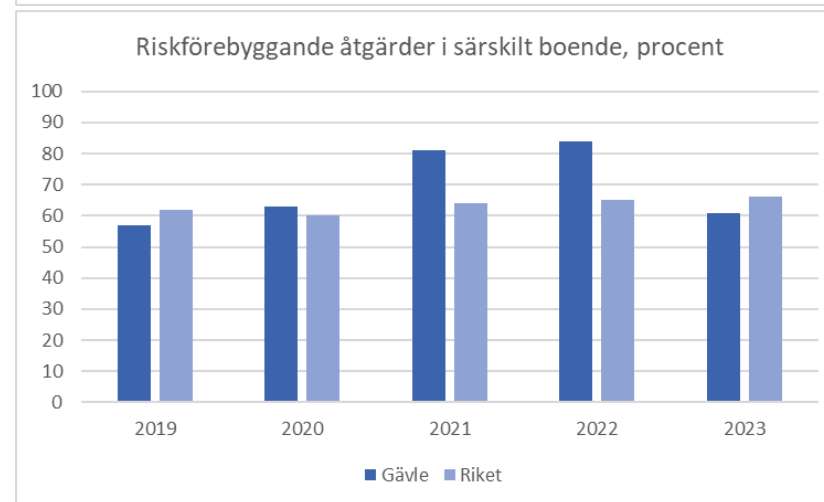
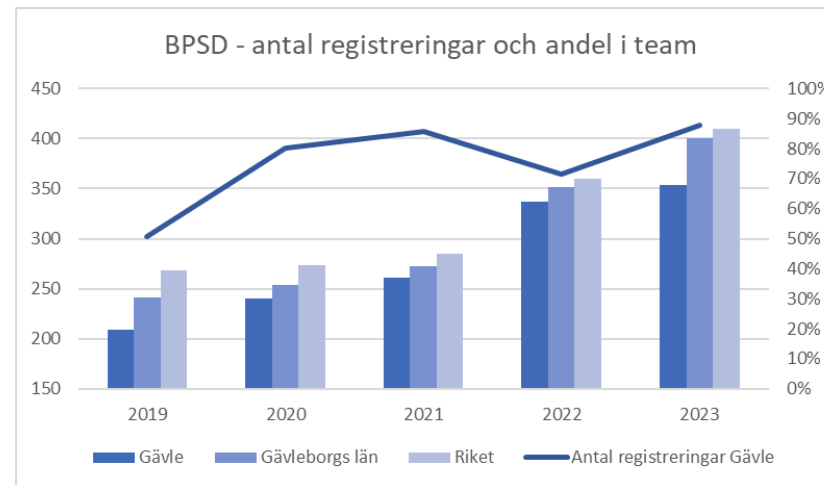
Gävle har varit anslutna till BPSD-registret sedan 2012. BPSD-registrets syfte är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av BPSD och det lidande som detta innebär och att genom detta, öka livskvalitén för personen med demenssjukdom.

BPSD används inom kommunens vård- och omsorgsboenden. En utbildad BPSD-administratör ska finnas på varje enhet. Utbildning till BPSD-administratörer ges av demenssteamet. Enligt uppgift så kan det också ses som en roll motsvarande demensombud på enheten. Vår bild är dock att tyngdpunkten ligger på administration i systemet snarare än handledning och stöd till kollegor utifrån registreringens resultat.

Antalet registreringar ökade något senaste året. Andel registreringar som genomförts i team har ökat markant de senaste åren (både HSL-personal och SoL-personal deltar), men är på en klart lägre nivå jämfört med riket.

Våra intervjuer bekräftar att det finns ett arbete med BPSD, som upplevs positivt. Samtidigt finns det en även inom detta område en variation mellan enheter hur aktivt och systematiskt arbetet bedrivs. Vid en hemtjänstenhet har arbete med att använda BPSD påbörjats.

I de nationella riktlinjerna lyfts strukturerade uppföljningar av skyddsåtgärder fram. Data från Socialstyrelsens öppna jämförelser avseende andel med minst en planerad och utvärderad åtgärd av de som har bedömts ha risk för nedsatt munhälsa, undernäring, fallskada och trycksår av personer i särskilt boende, visar att det ökat under några år för att senaste året falla tillbaka och ligga under rikssnittet.



Källa: BPSD-registret samt Socialstyrelsen öppna jämförelser

06 Uppföljning och utvärdering

Genomförandeplan och levnadsberättelse

Vid våra intervjuer framhålls vikten av arbetet med genomförandeplaner, liksom att anhöriga ges möjlighet att delta. Samtidigt konstateras att det finns en stor variation och brister såväl gällande kvalitativt innehåll som aktualitet och uppdatering.

Vidare framkommer att det i hög utsträckning finns brister gällande levnadsberättelser, som kan utgöra ett viktigt verktyg i den personcentrerade vården och omsorgen.

Vi bedömer att skälen till bristerna har flera orsaker. Dels förekommer kunskapsbrister om dokumentationskrav, dels kan tidsbrist medföra att arbetsuppgiften förskjuts eller inte blir genomförd, samt att metoder och förståelse för hur dokumentationen ska användas praktiskt för att komma till nytta och stötta det vardagliga arbetet inte är tydlig och inarbetad.

Enligt erhållna uppgifter planeras under 2024 en omfattande utbildning i dokumentation inom sektor Valfärd att genomföras.

07 Anhöriga och närstående



07 Anhöriga och närstående

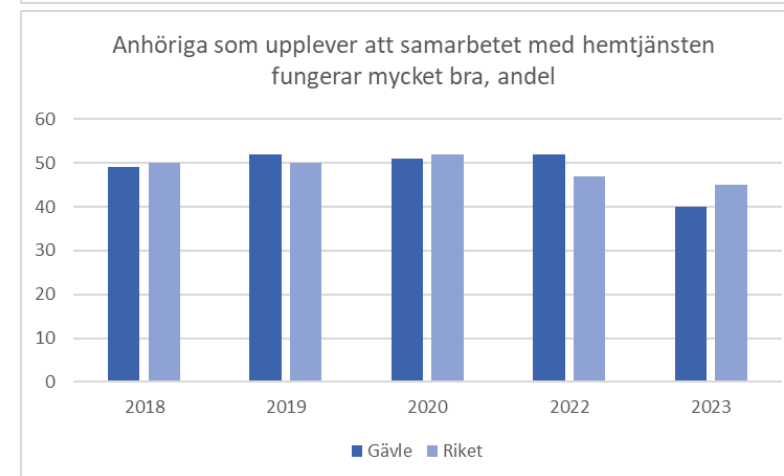
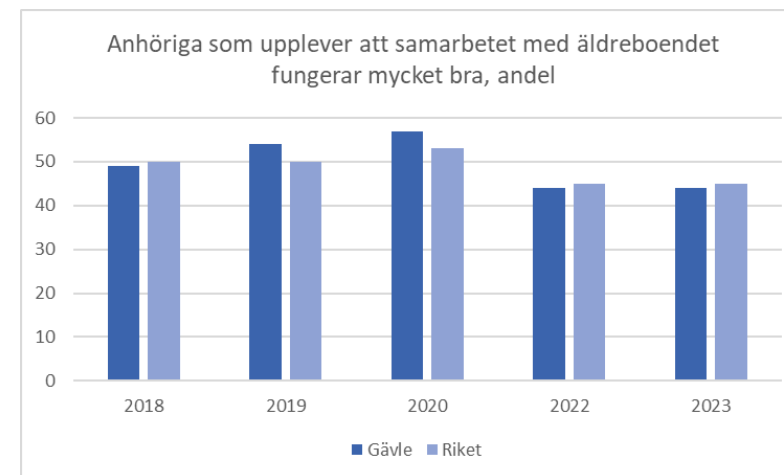
När en person insjuknar i demenssjukdom påverkas de anhöriga och andra närstående, vilket gör att även de kan ha behov av olika stödinsatser. För anhöriga är trygghet en förutsättning för att kunna skapa bästa och mesta möjliga välbefinnande för äldre närstående. Det är viktigt att anhöriga genom hela sjukdomsprocessen kan känna tillhörighet, dvs. att de involveras i vården, att de genom information känner sig delaktiga och att de känner sig betydelsefulla genom att bidra till en god vård och omsorg. Stödet kan exempelvis handla om information och utbildningar, i grupp eller individuellt.

Verksamheter

Vid intervjuer framförs att anhöriga ses som viktiga att ha en god relation med och kring den enskildes vård- och omsorg. Såväl inom särskilt boende som inom hemtjänst uppges att anhöriga är delaktiga i t ex framtagande av genomförandeplan.

Data från Socialstyrelsens brukarundersökning visar att ca hälften av de anhöriga som har besvarat eller hjälpt till att besvara enkäten upplever att samarbetet fungerar mycket bra. Här bör dock noteras att antalet svarande är lågt.

I de nationella riktlinjerna lyfts även verksamhet gällande avlösning exempelvis i hemmet eller i form av särskilt boende eller dagverksamhet. Gävle erbjuder anhörigavlösning såväl i hemmet som avlösningstvilstelse. Gävle erbjuder även dagverksamhet. Anhörigavlösning i hemmet upp till 12 timmar per månad erbjuds utan biståndsprövning. För mer avlösningstid samt avlösningstvilstelse och dagverksamhet ges efter biståndsbedömning.



Källa: Socialstyrelsen

07 Anhöriga och närstående

Stöd via Anhörigcentrum

Via Anhörigcentrum erbjuds anhöriga såväl enskilda samtal som gruppverksamhet. Enskilda samtal sker i olika former, som t ex promenadprat, drop-in och bokade möten. Grupper startas upp ett par gånger per termin utifrån tema och efterfrågan, t ex demens. Gruppen träffas 5-8 gånger, och därefter uppmuntras gruppen att fortsätta erbjuds även föreläsningar inom olika teman. på egen hand. Det erbjuds även grupp för anhöriga till yngre personer med demenssjukdom. Vidare

Uppsökande verksamhet sker genom samtal med alla som fyller 80 år. Anhörigcentrum finns även frekvent på plats på sjukhuset, bl a på Hälsotorget och strokeenheten, som ett led i att tillgängliggöra stöd som kan erbjudas.

Det finns också ett upparbetat samarbete med demensteamet, dels för stöd till egen personal men även för att bistå vid stöd till anhöriga och gruppverksamhet.

Det finns i verksamheterna en varierande kännedom om verksamheten vid Anhörigcentrum. I de fall den är känd ges information till anhöriga om att de kan vända sig dit.

08 Digitalisering och välfärdsteknik



08 Digitalisering och välfärdsteknik

Rätt använd kan olika former av teknik hjälpa personer med kognitiva svårigheter att behålla sin självständighet och nå ökad delaktighet i samhället. Personer med demenssjukdom kan dock ha svårt att nyttja den digitala utvecklingens fördelar. Digital teknik behöver erbjudas tidigt i sjukdomens förlopp och det behövs regelbundna uppföljningar eftersom behov av användning av teknik förändras under sjukdomens förlopp. Att ge rätt stöd, i rätt tid, kräver därför kompetens om den enskildes förmåga att hantera digitala tjänster och välfärdsteknik. En person med demenssjukdom kan uppleva ökad stress om den digitala lösningen kräver en större förmåga än vad personen har.

Inom verksamheten används ett flertal olika former av välfärdsteknik. Exempel på detta är olika typer av larm (t ex trygghetslarm), digital tillsyn, läkemedelsautomater, kognitiva spel, tidshjälpmiddel och djur.

Vår generella bild är att nyttjandegraden av välfärdsteknik kan öka. En låg nyttjandegrad kan bland annat bero på brukare och anhörigas inställning till olika typer av välfärdsteknik, men även personalens kunskaper och förmåga att se nytta och användbarhet ur såväl eget perspektiv som för den enskilde och anhöriga är en viktig aspekt. Det gäller även myndighetsutövande personal.

En möjlighet är att använda visningsmiljöer som vänder sig till såväl brukare, anhöriga som personal.

Vi vill i detta sammanhang även lyfta användningen av andra typer av kognitiva stöd, t ex bildstöd i olika former och samtalsmattor, som kan vara effektiva hjälpmedel vid demens, liksom kunskap om samtals teknik. Detta i kombination med att ha god kännedom om den enskilde underlättar både den enskildes möjligheter att kunna uttrycka sig och känna trygghet.

09 Slutsatser och rekommendationer

09 Slutsatser och rekommendationer

Utifrån vår genomlysning och det vi redogjort för ovan är det ett antal områden vi vill lyfta fram som vi bedömer kommunen bör sätta extra fokus på framåt.

Inledningsvis vill vi lyfta fram två övergripande områden för att säkerställa en god vård och omsorg om personer med demenssjukdom, men som även bidrar till att utveckla äldreomsorgen och dess kvalitet i allmänhet.

Personcentrerad vård och omsorg

Det pågår i hela landet en omställning i riktning för en mer personcentrerad vård och omsorg. Detta är särskilt viktigt för personer med demenssjukdom.

För att i praktiken ”leva” personcentrerad vård och omsorg ställs höga krav. Inte minst krävs gedigen kompetens och samarbete mellan olika professioner, liksom kontinuitet och stabilitet i arbetslag.

I grunden handlar det dock om att ha en tydlig och gemensam värdegrund som utgångspunkt för såväl dagligt som mer övergripande arbete på alla nivåer.

Övergripande struktur och strategi för demensvården

Sammantaget bedömer vi att det finns behov av att tydliggöra strukturen för demensvården. Det innefattar exempelvis verksamheternas tillgång till och omfattning av stödresurser, hur tillgång till adekvat kompetens säkerställs, och verkningsfulla metoder som förstås och tillämpas i vardagsarbetet.

Vår bedömning är att verksamheternas arbete inom demensvården med fördel kan struktureras i en strategi som tydliggör såväl mål för arbetet som ansvar och roller i organisationen. Lämpligen kan denna ta sin utgångspunkt i de områden som vi berört i vår rapport.

På följande sidor redogör vi för våra mer detaljerade rekommendationer.



09 Slutsatser och rekommendationer

Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg



Kommentar

Det finns en stor variation hur samverkan med regionen fungerar. Särskilt har vi uppmärksammat på att brister i läkarkontinuitet, men även kompetens och intresse, påverkar förutsättningarna.

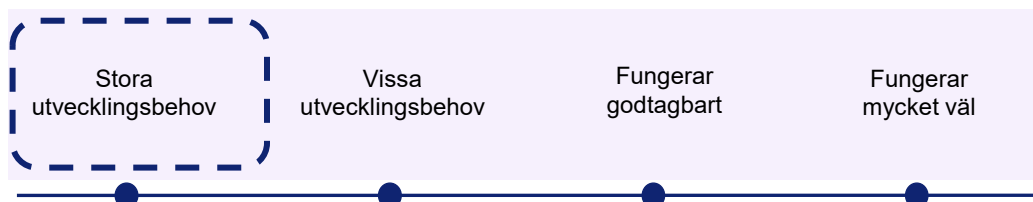
Det finns upparbetade och formella forum och rutiner för att säkerställa en systematik och struktur i det tvärprofessionella arbetet, som vi bedömer i allt väsentligt fungerar och fyller en viktig funktion för att tillhandahålla personcentrerad vård och omsorg för den enskilde.

Samtidigt ser vi ett stort behov av att det finns tillgång till fördjupad kompetens i verksamheterna samt att centrala specialistresurser utökas.

R1 Driv på samverkansarbetet med regionen

R2 Tillgodose behovet av specialistkompetens

Personal



Kommentar

Vi konstaterar att det finns en utmanande problematik kring tillgång på personal, såväl legitimerad personal som omsorgspersonal. Detta medför också en kontinuitetsproblematik, vilket är en väsentlig faktor för såväl en god demensvård som en generellt god vård- och omsorgsverksamhet. Att behålla befintlig kompetens är också en viktig del i att minska behovet av inhyrd personal och vikarier.

R3 Verka för en stabil personalsituation

09 Slutsatser och rekommendationer

Kunskap och kompetens

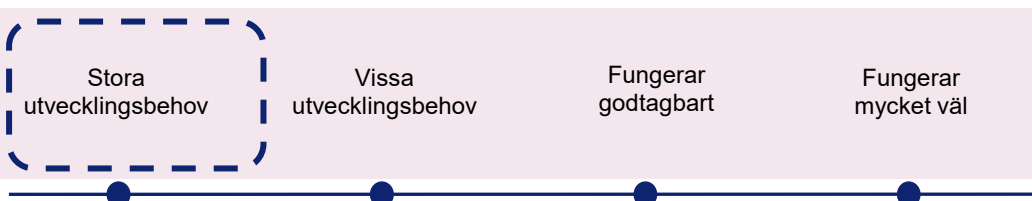


Kommentar

En grundläggande förutsättning för såväl en god demensvård som övrig vård- och omsorg är att personal och chefer har erforderlig kompetens. Det gäller såväl att befästa värdegrunden och förståelse för uppdraget som enskild medarbetare, som att omsätta kunskaper till färdigheter i praktisk handling som ökar förmågan att bedriva personcentrerad vård och omsorg. Vi bedömer att detta är ett omfattande utvecklingsområde, och ser behov av ett arbete som systematiskt och över tid säkerställa detta, även om det både genomförts, pågår och planeras olika åtgärder.

R4 Systematisk kompetenssäkring

Uppföljning och utvärdering



Kommentar

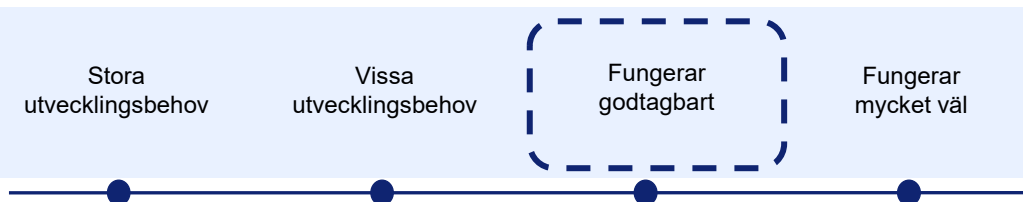
Det har under många år pågått arbete med BPSD-registret, och det finns en positiv inställning i verksamheten som också får direkt nytta i arbetet med den enskilde. Vi bedömer dock att nyttjandegrad kan öka, liksom teamregistreringar som även kan bidra till såväl stärka det multiprofessionella arbetet som kunskapsspridning. Gällande dokumentation finns kunskapsbrister, inte minst gällande genomförandeplaner och levnadsberättelser. Som grund är det väsentligt att struktur och förståelse för hur dessa kan och bör nyttjas i det dagliga arbetet utvecklas, liksom att kopplingen till personcentrerad vård är tydlig och förankrad i verksamheterna.

R5 Använda BPSD fullt ut

R6 Utveckla arbetet med genomförandeplaner och levnadsberättelse

09 Slutsatser och rekommendationer

Anhöriga och
närstående

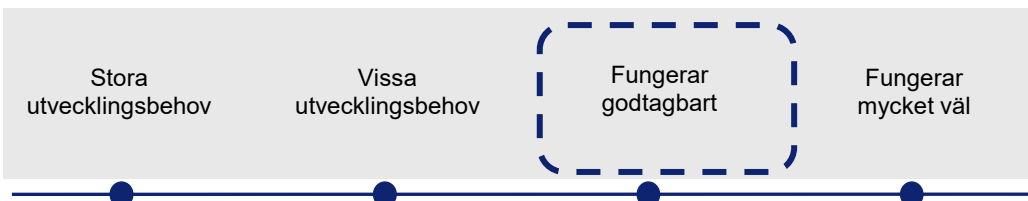


Kommentar

Vi konstaterar att det finns en god medvetenhet kring anhörigas betydelse och medverkan, såväl inom hemtjänst som särskilt boende. Direkt stöd till anhöriga och närstående ges i olika former, såväl individuellt som i grupp, via Anhörigcentrum. Vi bedömer att kunskapen inom den egna verksamheten om vilket stöd som erbjuds till anhöriga kan förbättras, så att de i sin tur kan ge anhöriga råd och tips om detta.

R7 Intern information om stöd till anhöriga

Digitalisering
och
välfärdsteknik



Kommentar

Det finns ett utbud av välfärdsteknik som kan nyttjas, men efterfrågan och nyttjandegrad kan öka. Kopplat till demens är tidig upptäckt och nyttjande av olika typer av hjälpmedel som underlättar och stödjer vardagen, och t ex underlättar och möjliggör kvarboende.

R8 Stimulera nyttjande av kognitiva hjälpmedel

09 Slutsatser och rekommendationer

Rekommendation	Kommentar
1. Driv på samverkansarbetet med regionen	Inom ramen för befintlig struktur bör demensområdet ges ökat fokus. T ex bör avtal följas upp systematiskt, i syfte att ge ett faktabaserat underlag för att fortsatt förbättrings- och utvecklingsarbete.
2. Tillgodose behovet av specialistkompetens	Det finns behov av att utöka specialistkompetensen avseende demens. Strukturer för att tillgodose detta behöver utvecklas. Dels kan det handla om tillgång till exempelvis särskilt utbildade ombud som verkar i arbetsgruppen. Dels handlar det om former och kapacitet för kvalificerad handledning och stöd, dvs centrala specialistresurser i form av ett utvecklat demensteam som omfattar flera professioner.
3. Verka för en stabil personalsituation	Detta är en övergripande utmaning för hela verksamheten, men likväl väsentlig för en god demensvård. Vi ser det som angeläget och effektivt att arbetet med att bibehålla personal som också kan utvecklas vidare stärks, t ex genom kompetenshöjande åtgärder och tydliggörande av karriärvägar. Det ligger också i linje med att eftersträva ett minskat behov av inhyrd personal samt vikarier.
4. Systematisk kompetenssäkring	Det är väsentligt att medarbetare genomgår utbildning, men vi vill även framhäva betydelsen av träning, reflektion och handledning som också ökar förmågan till att bedriva personcentrerad vård och omsorg. Därutöver ser vi behov av att fortsätta utveckla stöd och träning i svenska för de som behöver det.
5. Använda BPSD fullt ut	Frekvent följa upp och synliggöra registreringsdata och vid behov ge riktat stöd som säkrar ett aktivt arbete. Även inom hemtjänst (hemsjukvård) bör implementering planeras och genomföras.
6. Utveckla arbetet med genomförandeplaner och levnadsberättelse	Det finns behov av ökade kunskaper om dokumentation, och omfattande utbildning inom området är planerad. Därutöver vill vi lyfta fram att metoder för hur dokumentationen praktiskt ska användas för att komma till nytta i det vardagliga arbetet behöver tydliggöras och förankras, liksom kopplingen till personcentrerad vård och omsorg.
7. Intern information om stöd till anhöriga	Genom information till chefer och medarbetare om det stöd som anhöriga kan erbjudas, såväl via Anhörigcentrum som biståndsbedömda insatser.
8. Stimulera nyttjande av kognitiva hjälpmedel	Såväl analoga som mer avancerade och tekniska hjälpmedel kan nyttjas. Ett sätt att stimulera detta är att upprätta visningsmiljöer, som kan vända sig till olika målgrupper som brukare, anhöriga och inte minst personal.



Some or all of the services described herein may not be permissible for KPMG audit clients and their affiliates or related entities.



kpmg.com/socialmedia

© 2024 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG global organization of independent member firms affiliated with KPMG International Limited, a private English company limited by guarantee. All rights reserved.

Document Classification: KPMG Confidential