



Kvalitetsuppföljning Vård- och omsorgsboende Demenscentrum

Datum för uppföljning: 2017-11-07

Deltagare:

Demenscentrum

Birgitta Carlsson, enhetschef

Annika Lejdebo, administrativ samordnare

Lisa Lindgren, undersköterska

Marit Hjalmarsson, sjuksköterska

Britt-Marie Tilli, undersköterska

Anette Molin, sjuksköterska,

Anita Grahn, undersköterska

Camilla Lundstedt Holmström, arbetsterapeut

Upphandlings- och uppföljningsavdelningen

Sofia Karlsson, planerare

Carina Carlsson, planerare

Malin Pettersson, socionomstudent

Myndighetsavdelningen - Utredningsenhet Hälso- och sjukvård

Ylva Blix, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Inga Blomstrand, Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Bakgrund

Demenscentrum startade sin verksamhet i Örebro 1993. Syftet var då att komplettera och utveckla den befintliga verksamheten för personer med demenssjukdom. Boendet, som sedan 2009 bedrivs som intraprenad, finns i Mellringe och har idag sex grupper. Fyra av dessa är boendegrupper med olika inriktning.

Grupp 1 har åtta platser för yngre personer med demenssjukdom och alkoholberoende. Gruppen har 1 – 2 platser för personer med utredningsbehov där demensutredning tidigare inte kunnat genomföras på grund av den enskildes missbruk. Dessa platser erbjuds till personer som behöver rehabiliteras från missbruket för att fastställa om demenssjukdom finns. Under de senaste åren har 5-7 personer flyttat från denna avdelning till ordinärt boende och klarar sig nu bra med hjälp av hemtjänst.

Grupp 2 och 4 har åtta platser vardera och riktar sig till personer med beteendepsykologiska symptom så kallad BPSD-problematik. Dessa personer kommer ofta till Demenscentrum från andra boenden där det fungerat mindre bra. Enhetschefen säger sig ha märkt av att de personer som flyttat från andra boenden ofta ”finner sig till ro” i den mindre kravfyllda miljön på Demenscentrum då denna är bättre anpassad för personer med BPSD. När de fysiska omvårdnadsbehoven eskalerar rekommenderas dock den boende att flytta till ett annat vård- och omsorgsboende.

Grupp 3 inriktar sig på personer med frontotemporal demens. På denna avdelning bor personer som fått påtagliga beteendeförändringar till följd av demenssjukdom. Frontotemporal demens kallas även för *pannlobs-* eller *frontallobsdemens*. Symptomen varierar beroende på i vilken del av hjärnan som sjukdomsprocessen börjar. Symptomen vid frontotemporal demens beror på var hjärnskadan uppstår. Vanligen är det i pannloben. Härifrån styrs bland annat koncentration, omdöme och impuls kontroll. Personligheten hos den som insjuknar börjar långsamt förändras och allt oftare beter sig personen inadekvat eller omdömeslöst. Sämre initiativförmåga och flexibilitet är andra tidiga tecken, liksom plötsliga och till synes oförklarliga vredesutbrott. Personen blir ofta apatisk, rastlös, självupptagen och känslomässigt avtrubbad. Förmågan att känna empati försämras gradvis. Även överkonsumtion av mat, rökning eller alkohol kan förekomma. I senare delen av sjukdomsförloppet brukar talet bli enahanda och mimiken stel och uttryckslös¹.

Utöver de fyra boendegrupperna har Demenscentrum två avdelningar som gemensamt går under namnet Hotell Fyrklöver. Här finns Grupp 5 som erbjuder växelvård samt Grupp 6 som erbjuder åtta utredningsplatser. I verksamheten finns även 20 dagvårdsplatser för personer med någon av

¹ Texten är hämtad från Svenskt Demenscentrum: <http://www.demenscentrum.se/>

ovanstående problematik. Boendet har även ansvar för ytterligare tre dagvårdar. Totalt vistas ca 250 demenssjuka i verksamheten (alla 6 avdelningar samt dagvården inräknade).

På Demenscentrum används ett flertal olika arbetsmetoder. Personal lyfter fram värdegrund och värdighetsgarantier² som det viktigaste redskapet de använder sig av. Alla medarbetare tillför kunskap och kommer med nya idéer och utvecklingsmöjligheter, allt för att de boende skall trivas och ha en så bra miljö kring sig som möjligt.

**Nationell brukarundersökning 2017 - Andel positiva svar i %
(2016 års resultat redovisas inom parantes)**

Fråga	Demenscentrum	Örebro kommun	Riket
Är nöjd med de aktiviteter som erbjuds	- (-)	62(62)	64(63)
Får bra bemötande från personalen	100 (90)	93(94)	94(94)
Personalen tar hänsyn till åsikter och önskemål	- (63)	77(74)	80(80)
Maten smakar bra	100 (73)	76(77)	75(76)
Känner sig trygg på boendet	86 (56)	90(88)	88(89)
Är sammantaget nöjd med boendet	- (56)	83(79)	82(83)

På vissa frågor var antalet svarande för lågt. Socialstyrelsen kan därför av sekretesskäl inte redovisa svaren.

Enligt enhetschefen beror de låga siffrorna i 2016 års brukarundersökning på att Demenscentrum under de senaste åren genomgått en stor totalrenovering och såväl boende som personal har fått tillbringa större delen av sin vardag på ”en byggarbetsplats”. Att resultatet i brukarundersökningen skulle ha påverkats av ombyggnationen är också något som anhöriga bekräftat i ett gemensamt brev till Demenscentrum. I brevet uttrycker ett antal anhöriga att miljön på boendet under renoveringen varit rörig men att synen på verksamheten som helhet fortfarande är mycket positiv.

I 2017 års brukarundersökning kunde inte resultatet på frågan om de boendes nöjdhet med boendet som helhet redovisas. Året innan, då Demenscentrum var mitt uppe i renoveringen, uppgav endast 56 % positiva svar på denna fråga. För att få en mer rättvis bild av boende och anhörigas syn på verksamheten genomförde några anhöriga efter att renoveringen var klar en egen enkätundersökning. Denna besvarades av de boendes anhöriga då en stor andel av de boende har svårt att själva besvara skriftliga frågor om vården. Frågorna i enkäten utgick ifrån de som används i Socialstyrelsens brukarundersökningar. För att mäta nöjdheten uppmanades de som svarade på anhörigenkäten att betygsätta boendet från 1-10 där 1 betydde att den anhörige var ”mycket missnöjd” och 10 betydde att denne

² Av 5 kap. 4 § i Socialtjänstlagen framgår att alla som är anställda i äldreomsorgen ska arbeta för att äldre personer ska få leva ett värdigt liv, känna välbefinnande samt ha möjlighet till en meningsfull vardag. Detta har införlivats i Örebro kommuns värdegrund: "Du ska kunna leva ditt liv som du vill utifrån din bakgrund, nutid och framtid. Vi lyssnar på dig och respekterar din rätt att bestämma själv". Värdighetsgarantierna tydliggör för den enskilde vad denne kan förvänta sig av Örebro kommun. <http://www.orebro.se>

var ”mycket nöjd”. 85 % gav Demenscentrum betyget 7 eller högre vilket tyder på en förbättring från 2016.

Eftersom Socialstyrelsens brukarundersökning för 2017 saknar svar inom ett flertal kvalitetsområden används under rubrikerna nedan resultatet från anhörigenkäten som komplement till Socialstyrelsens siffror.

Tidigare uppföljningar

Den senaste kvalitetsuppföljningen på Demenscentrum gjordes vintern 2010. Vid detta uppföljningstillfälle konstaterades bland annat att boendet hade funktionella lokaler, hög kompetens inom demensvård samt god kvalitet på mat, lokala rutiner och kontaktmannaskap. Under uppföljningen konstaterades även att boendets personaltäthet dagtid var för låg, att klagomålshantering och genomförandeplaner behövde förbättras samt att boendet borde erbjuda fler individuella aktiviteter.

Resultat av uppföljning

Kommunens uppföljningsgrupp möter representanter från boendet i enhetens lokaler på Demenscentrum. Syftet med kvalitetsuppföljningen är att granska hur enheten lever upp till Örebro kommuns kvalitetskriterier samt att ha en dialog kring detta.

Inför kvalitetsuppföljningen har en checklista för egenvärdering skickats ut till enheten. I checklistan ska verksamheten redogöra för hur verksamheten gör för att leva upp till kraven. Checklistan ligger sedan till grund för dialogen på plats.

Uppföljningsgruppen har även tagit del av relevanta dokument och dokumentation inför uppföljningen:

- Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2016, 2017, vård och omsorgsboende
- Kompetensinventering
- Årsberättelse
- Enhetsplan
- Eventuella klagomål eller synpunkter på enheten
- Dokumentationsgranskning SoL och HSL i form av verkställighetsjournal, genomförandeplaner, avvikelser samt vårdplaner
- Kontakt med Anhörigcentrum
- Granskat tillgängligheten

Uppmärksammas några brister vid uppföljningen kommer en handlingsplan begäras in för dessa.

Under rubrikerna nedan finns en sammanställning av resultatet från uppföljningen.

Aktiv och meningsfull tillvaro

För att möjliggöra kontakt med släkt och vänner har varje grupp en gemensam telefon som alla får använda. Vid behov får den boende hjälp att ta kontakt med anhöriga. Utökad användning av tekniska lösningar för att bibehålla kontakten mellan anhöriga och boende är efterfrågat.

Aktivitets- och funktionsbedömningar görs på alla och ligger till grund för planering av individuella aktiviteter. Arbetsterapeuten får en rapport från tidigare vårdgivare när personen kommer till boendet och gör sedan en bedömning. En kortare ADL-bedömning finns i den enskildes badrumsskåp. Utöver detta görs en daglig bedömning av "dagsformen". Ibland görs bedömningen av enbart arbetsterapeut och ibland av arbetsterapeut tillsammans med personal. Om möjlighet finns inkluderas även anhöriga i arbetet med ADL-bedömningen för att denna ska bli så korrekt som möjligt. Arbetsterapeuten upplever att omvårdnadspersonal har god kompetens i hur de ska arbeta för att låta de boende själva göra det de faktiskt klarar av på egen hand. En anställd sammanfattar verksamhetens förhållningssätt på följande vis: "Vi har ju tid, de ska ju inte iväg till jobbet eller något".

Demenscentrum arbetar aktivt med att ge boende möjlighet att delta i dagliga aktiviteter som utgår från individuella intressen, önskemål och förutsättningar. Personalen uttrycker dock att det finns mer att utveckla för att möjliggöra att samtliga boenden ska ges möjlighet till individuellt anpassade aktiviteter. I varje boendegrupp anordnas dagliga aktiviteter såsom hushållsgöromål, musik, samtal, omvårdnadsmåltider och kaffestunder. På husgemensam nivå arrangeras bland annat dans, musikevenemang, gymnastik, andaktsstunder, promenadgrupper, gemensamma måltider samt jul-, påsk- och midsommarfester.

Personalen berättar att det ibland kan vara svårt att veta vilka aktiviteter som passar för den enskilde. I vissa fall kan den boende själv berätta vilka aktiviteter denne vill vara med på medan det i andra fall blir nödvändigt att till exempel ta hjälp av anhöriga för att försöka hitta något som passar. I vissa fall får personalen testa eller gissa sig till vad som kan vara lämpligt. Man utgår då från levnadsberättelsen. Personalen påpekar dock att intressen som någon haft när denne var frisk inte alltid kvarstår när personen utvecklat demens och därmed förlorat vissa funktionsförmågor.

För utevistelse finns bland annat trädgård och balkonger. Två av grupperna har egen uteplats. Utemiljön har de senaste åren förbättrats i samarbete med Örebroporten. Idag finns möjlighet till både skugga och sol samt vindskydd, regnskydd, hönshus, minigolfbana, grillplatser och promenadvägar. Vid båda entréerna finns handikapptalett.

Ett växthus har köpts in i syfte att ge ytterligare möjligheter till uteaktivitet. Under sommarmånaderna anordnas många arrangemang ute i trädgården. Enhetschefen betonar att Demenscentrums aktiviteter ska kännas meningsfulla och genuint intressanta för de boende: "Vi vill ha riktiga

aktiviteter. Har vi dans så ska det vara livemusik, öppet dansgolv och bjudas på dryck”. Vid evenemang ser personal till att bord och lokal är festligt inrett samt att god mat och dryck serveras, gärna ackompanjerat av livemusik. På grund av boendets målgrupp serveras inte alkoholhaltig dryck.

I 2017 års brukarundersökning uppgav 71 % att det är trivsamt utomhus runt Demenscentrum och 75 % svarade att möjligheterna att få vistas utomhus är goda. Detta är en klar förbättring från 2016 då endast 25 % svarade att utomhusmiljön var trivsam medan 40 % svarade att möjligheterna att få komma ut var goda. Personalen beklagar att de inte alltid kan genomföra oplanerade aktiviteter utifrån den enskildes behov som t.ex. promenad eftersom de vanligtvis endast är två på avdelningen. Arbetsterapeuten har tillsammans med enhetschefen diskuterat olika möjligheter och nya lösningar på detta.

I huset finns en större gemensam samlingsal som kan delas in i två rum. I anslutning till salen finns ett pentry med en stor uppsättning glas och porslin.

En mindre träningslokal med maskiner och fria vikter finns i huset. På kvällar och helger finns även dagvårdens lokaler att tillgå. Tidigare har tv funnits i de gemensamma dagrummen. På en av grupperna uppstod dock många konflikter om vilka tv-program som skulle visas och personal beslutade därmed att den gemensamma tv:n skulle tas bort. Alla på den avdelningen har istället tv på sina respektive rum vilket innebär att de kan välja kanal och tid efter egna önskemål. Personalen beskriver att detta fungerat bättre eftersom många konflikter kunnat undvikas.

I anordnandet av aktiviteter samarbetar Demenscentrum med ett flertal aktörer, bland annat Hälsobro, kyrkan, Medborgarskolan, Örebro Rock&Blues samt en veteranbilsklubb. För närvarande finns dock inget samarbete med Väntjänsten, detta då verksamheterna inte hittat någon bra form för samarbetet kring Demenscentrums målgrupp. Om ett samarbete blev möjligt tror personalen att Väntjänsten skulle kunna bidra med ökade möjligheter till utevistelse för de boende, exempelvis genom att starta en promenadgrupp.

Mer teknik på boendet i form av internetuppkoppling och tillgång till olika bärbara enheter såsom ipads efterfrågas.

I frågan om boendets aktiviteter saknas resultat för såväl 2017 som 2016 års brukarundersökning. I Demenscentrums anhörigenkät svarade 65 % att de är mycket eller ganska nöjda med de aktiviteter som boendet erbjuder.

Bemötande

Bemötandet är ständigt i fokus och personalen är noga med att bemöta såväl de boende som varandra på ett bra sätt. Personal tar även upp att det är viktigt med ett individuellt anpassat bemötande i mötet med den enskilde då dennes behov kan ändras ”från dag till dag och från minut till minut”.

Angående den enskildes rätt att bli respekterad i sin sexualitet så visar personalen på en medvetenhet i ämnet. Det händer att boende "fattar tycke" för varandra eller inleder relationer. Detta är något som diskuteras kontinuerligt hos personalen då man vill säkerställa att alla boende bemöts med respekt.

I 2017 års brukarundersökning uppgav 100 % att personalen bemötte dem på ett bra sätt. Detta innebär en viss ökning från året innan då 90 % uppgav att personalen hade ett gott bemötande. Vidare svarade 86 % år 2017 att de känner förtroende för personalen på Demenscentrum. Motsvarande siffra för 2016 var 67 % så även i denna fråga har alltså boendet förbättrat sitt resultat.

Kontinuitet

Demenscentrum har de senaste åren haft förhållandevis låg personalomsättning. Boendet har även valt att gå ur bemanningspoolen för att enbart ha introducerade vikarier. Den senaste tiden har det varit oroligt på vissa avdelningar vilket medfört att ordinarie personal behövt prioriteras istället för att vikarier kunnat tas in.

För att säkerställa kontinuitet i hur hjälpinsatser utförs hålls dagliga planeringsmöten och överrapporteringar där de boende diskuteras. Överlämnande personal går då igenom samtliga boende och berättar om det är något särskilt nästa skifts personal behöver tänka på eller göra under sitt skift. Om vikarier arbetar under skiftet får dessa vid behov mer detaljerad information om de boende, t.ex. om vilka behov av information den enskilde har.

Kontaktperson utses efter lämplighet och det hålls regelbundna genomgångar på teamträffar. Boendet har även en lokal muntlig policy som innebär möjlighet till flexibilitet om kontaktmannskapet behöver ändras.

I frågan om kontinuitet saknas dessvärre resultat i både 2017 och 2016 års brukarundersökning samt i boendets anhörigenkät.

Delaktighet

Det är oftast den anhörige som företräder den demenssjuke i frågor som rör delaktigheten i vården. Vid växelvården görs planeringen i större utsträckning tillsammans med den enskilde. SIP³ används vid växelvård för att säkerställa att omvårdnaden blir likvärdig oavsett om den enskilde befinner sig på boendet eller hemma. Vid upprättande av genomförandeplan tillfrågas den enskilde om att dela med sig av sin levnadsberättelse. I den informationsmapp som den boende får vid inflytt

³ Av 2 kap. 7 § SoL framgår att då någon har insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård ska kommun och landsting vid behov upprätta en så kallad *samordnad individuell plan* (SIP). Planen syftar till att säkerställa samordnade insatser. En SIP ska upprättas med den enskildes samtycke och utformas i enlighet med dennes önskemål.

ingår bland annat tydlig information om syftet med levnadsberättelsen och instruktioner för hur denna ska upprättas.

När boendet granskat sina egna genomförandeplaner konstaterades att dessa inte alltid innehöll någon målbeskrivning för den enskilde. Detta är ett förbättringsområde som Demenscentrum är medvetna om och har påbörjat arbetet med att åtgärda.

Den enskilde erbjuds att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller honom eller henne. Verksamheten har dock inte upplevt något behov av att upprätta en lokal rutin för detta då frågan mycket sällan uppstår.

Demenscentrum utgår från Örebro kommuns centrala rutin för hantering av klagomål och synpunkter. Boendet har även en lokal muntlig rutin som innebär att klagomål och synpunkter går igenom på teamträffar. Klagomål som inte är av vardaglig karaktär når alltid enhetschef. Oftast kan synpunkter hanteras direkt. Synpunkter och klagomål diskuteras vid behov med sjuksköterska och återförs sedan till anhöriga. Vid mottagande av klagomål eller synpunkter görs en bedömning om allvarlighetsgrad. Klagomål av enklare typ kan oftast hanteras muntligt och lösas snabbt medan allvarligare klagomål dokumenteras i den enskildes sociala dokumentation. Enhetschefen betonar att det är viktigt att vid dokumentation avväga vilka klagomål och synpunkter som är representativa för den enskildes önskemål och behov, något som blir särskilt viktigt i de fall då anhöriga vill påverka hur vården om den närstående utförs.

I anhörigenkätens fritextsvar har det framgått att vissa anhöriga önskar mer information, något som verksamheten själva tar upp som ett förbättringsområde. På grund av att antalet svarande var för få saknas resultat om detta område i Socialstyrelsens brukarundersökning för 2017. I Demenscentrums anhörigenkät framgår dock att 80 % tycker att de får den information de önskar av personalen, samt att 73 % upplever att personal tar hänsyn till den anhöriges åsikter om hur hjälpen bör utföras.

Mat, måltid och nutrition

Demenscentrum har arbetat hårt för att få ha egna kök och egna kockar i verksamheten, något som är mycket uppskattat av såväl personal som boende. Personalen beskriver måltiderna som en av boendets viktigaste aktiviteter. Medarbetare deltar vid samtliga måltider. Utvärdering av måltidssituationen sker regelbundet och ändringar i exempelvis bordsplacering görs vid behov. Under omvårdnads måltiderna inbjuds de boende till samtal om maten som ett sätt att utvärdera mat och måltidsmiljö.

I den senaste brukarundersökningen (2017) uppgav 100 % av de svarande att maten på Demenscentrum smakade bra och att måltidssituationen var trevlig. Detta är en klar förbättring från året innan då 73 % svarade att maten smakade bra och 45 % upplevde att måltiderna var en trevlig stund på dagen.

Det är få boende som har egen mat eller mellanmål i lägenheten. I dagsläget har ingen av de boende näringsdryck ordinerat.

Den enskildes behov och önskemål kring mat och måltidssituation framgår av genomförandeplanen. Kostplan finns och revideras fortlöpande.

Måltiderna serveras och anpassas individuellt, något som bekräftades vid granskningsgruppens observation under lunchen.

Alla som kan ta och/eller äta mat själva stimuleras och uppmuntras att behålla den funktionsförmågan. Vissa kan behöva stöd eller hjälp med att exempelvis anpassa sin portionsstorlek. Det är boendets egna kockar som skriver veckans matsedel men kockarna tar hänsyn till och anpassar menyn efter de boendes önskemål. Under uppföljningsbesöket framkom att en av de boende i förtid meddelat att han inte tyckte om dagens mat. Kocken tillagade då en annan rätt till honom. Under måltiden var det lugn och ro på samtliga avdelningar och personal satt med och åt vid borden.

För att säkerställa åtgärder och uppföljning av vikt, närings- och vätskebehov samt mat- och vätskeintag har Demenscentrum påbörjat arbetet med att revidera sin lokala rutin. I dagsläget arbetar personalen med riskbedömningar enligt Senior Alert som tas upp på teamträffar. De boendes vikt följs upp en gång i månaden eller vid behov.

Boendet har fasta tider för dagens huvudmåltider med policy att erbjuda mellanmål dygnet runt. Personalen berättar att de boende ofta efterfrågar söta mellanmål. Möjligheterna att få till mellanmål som är mer mättande och innehåller mer näring diskuteras.

Personlig omvårdnad och service

På Demenscentrum arbetar personalen aktivt med att motivera och stimulera den enskilde att använda sin förmåga att klara sig själv. En viktig princip i detta arbete är att individen inte ska ha för stora krav på sig från omgivningen. En boende som utifrån sin funktionsförmåga till exempel har svårt att dricka kaffe ur kopp eller att hålla i en sked ska inte behöva sitta vid samma matbord som personer som kan hantera detta bekymmersfritt. Det är viktigt att individen inte ska behöva känna sig utpekad i sammanhanget. Detta är något som personalen tar hänsyn till vid exempelvis bordsplaceringen vid måltider. Målet är att alla ska kunna vistas i en miljö där kraven på individen stämmer överens med dennes förutsättningar.

För att säkerställa att ett varsamt handlag används samt att diskretion visas vid all kroppslig omvårdnad arbetar verksamheten utifrån ett nära ledarskap. Omvårdnadspersonal får handledning av sjuksköterska och arbetsterapeut.

Den enskilde får hjälp av kontaktperson och övrig personal att sköta sina syn- och hörselhjälpmedel. Verksamheten har idag inget aktivt samarbete med kommunens syn- och hörselinstruktörer. Demenscentrum har dock fört dialog med dessa för att påbörja planeringen inför en mer regelbunden kontakt.

Boende får vid behov hjälp med daglig munvård. Tandsköterskan gör besök hos den boende och munhälsobedömning görs i Senior Alert.

Bedömningen förvaras i den boendes badrumsskåp. I verksamheten finns en före detta tandsköterska som omskolat sig till undersköterska. Hon har ansvar för att göra munhälsobedömningar enligt ROAG⁴. Grunden är dock att den enskilde får en bedömning av tandhygienist. Tandhygienisten skriver sedan åtgärder och behov på tandvårdskortet som förvaras hos den enskilde. Utifrån bedömningen ger personalen stöd och hjälp. Personalen är med när bedömningen görs.

För att den enskilde ska behålla sin kontinens arbetar personal bl.a. med att märka upp toaletten så den är lätt att hitta. Detta kan till exempel innebära en skylt på badrumsdörren, pilar m.m. Personalen kan även tända ljuset på toaletten nattetid så att den boende kan hitta rätt även när det är mörkt. Utöver detta påminner och stöttar personal vid toalettbesök t.ex. innan aktivitet. Distriktsköterska gör bedömning av behov av inkontinenshjälpmedel på växelvården. På de andra avdelningarna görs sådana bedömningar gemensamt i gruppen. Åtgärder dokumenteras i genomförandeplanen.

För att lindra oro och ångest hos de boende tar personalen hjälp av omvårdnadsåtgärder såsom samtal, aktiviteter och medicinering. Vid oro kan det till exempel hjälpa att sitta ner en stund med personal, ta en promenad eller titta i en bok.

Sedan en tid tillbaka anordnas även samtalsgrupp med några av de boende en gång per vecka. Gruppen leds av en diakon och är något som de boende själva önskade då det fanns ett behov av att prata om existentiella frågor. Personal hjälpte sedan till att arrangera detta. Lyckas personal inte lösa problemen tas kontakt med läkare. Oro och ångest dokumenteras i den enskildes journal.

Läkare kommer till boendet en gång per vecka och går rond. Vid behov görs smärtskattning. Under rondan har omvårdnadspersonal möjlighet att konsultera läkaren i frågor om enskilda fall, exempelvis en boendes sömnmönster, medicinering eller omvårdnadsbehov. Vid oro, smärta eller sömnproblem används verktyg såsom smärtskattningsinstrument och beteendeschema för att kartlägga eventuella mönster i den enskildes problematik. Efter kartläggning sätts åtgärder in. Personal beskriver att de även är uppmärksamma på verbala eller beteendemässiga uttryck för smärta, till exempel då boende säger ”aj”, tar sig för armen eller grimaserar vid förflyttning eller rörelse. Även vid oro eller ångest hos den enskilde ställer sig personalen frågan om detta kan bero på smärta.

Personalen tvättar alla kläder på grupperna förutom på växelvården där de anhöriga tvättar. Om kläderna är svårt smutsiga tar personal hand om tvätt även på växelvården.

⁴ *Revised Oral Assessment Guide*, ROAG, är ett riskbedömningsinstrument för munhälsobedömning.

Lägenheter och gemensamma utrymmen städas regelbundet och vid behov. På boendegrupperna är det oftast kontaktperson som städar enligt verksamhetens lokala policy. Omvårdnadsstädning vid behov utförs dock av samtliga medarbetare.

I 2017 års brukarundersökning uppgav 86 % att personalen brukar ha tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete hos de boende. Här har Demenscentrum förbättrat sina resultat från 2016 då motsvarande siffra var 50 %.

Vård i livets slut

Demenscentrum följer de centrala riktlinjer, rutiner och metodstöd som finns för vård i livets slutskede. Utöver detta har verksamheten en lokal rutin som har till syfte att tydliggöra hur kvalitén i vården ska säkerställas. På boendet finns omvårdnadspersonal och sjuksköterska som är palliativa ombud för verksamheten. Någon registrering i palliativa registret fanns inte för året då det inte förekommit något dödsfall de första två kvartalen i år. Boendet ligger inte i fas vad gäller GRADE⁵-utbildningarna. Detta är något som all personal inom vård och omsorg i Örebro kommun ska genomgå men som boendet inte hunnit med. Dock ska en plan för GRADE-utbildning av personal upprättas. Enhetschefen påtalar att palliativ vård inte är något verksamheten så ofta behöver utföra då de flesta vars fysiska hälsotillstånd allvarligt försämrats flyttar till ett vård- och omsorgsboende med annan inriktning.

När behov av palliativ vård uppstår ser verksamheten till att den enskilde och dennes anhöriga är väl informerade om livets slutskede. Information ges antingen av omvårdnadspersonal, sjuksköterska eller läkare. Detta dokumenteras också i den boendes journal. Vid vak är det alltid ordinarie personal som arbetar. I den palliativa rutinen ingår även att anhöriga ska erbjudas ett efterlevnadssamtal. Sjuksköterskan kontaktar då närmast anhörig.

Den enskildes skydd

I 2017 års brukarundersökning uppgav 86 % att de känner sig trygga med att bo på Demenscentrum. Detta resultat innebär en tydlig förbättring från året innan då motsvarande siffra var 56 %.

Demenscentrum följer Socialtjänstlagens samt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om avhjälpande av missförhållande samt upprättar rutiner kring utbildning, rapportering och anmälan enligt Lex Sarah. Verksamheten har en egen rutin för lex Sarah samt egen blankett för klagomål och synpunkter. Rutinerna är dock gamla och det var länge sedan personalen fick utbildning i ärendegången för dessa frågor. En utbildningsgenomgång för personal är planerat till den 2017-11-15.

⁵ Örebro läns kommuner och Region Örebro län har skrivit ett gemensamt avtal med företaget *GRADE* om webbaserad utbildning i palliativ vård. Utbildning riktar sig till all vårdpersonal och ska förmedla grundläggande kunskap och kompetens i palliativ vård.

Avvikelse skrivs och processas på ett bra sätt. Varannan vecka anordnas teamträffar där personal kan ta upp frågeställningar kring både SoL- och HSL-frågor. Även högriskpatienter och bemötande diskuteras tillsammans för att gemensamt lösa dessa ofta mycket svåra frågor.

För nyanställda finns en introduktionspärm som arbetas igenom under introduktionen. Under första arbetspassen får nyanställda gå bredvid ordinarie personal.

Alla avvikelser bedöms utifrån allvarlighetsgrad och tas upp på teamträffar med hela personalgruppen. Avvikelse skrivs och notering görs i verksamhetsjournal. Åtgärder och analys dokumenteras dock inte alltid, något personalen själva lyfter fram som en förbättringsåtgärd. En lokal rutin för att dokumentera, rapportera och följa upp avvikelser finns som arbetsmaterial men är ännu inte färdigställd. Processer och åtgärder som satts in till följd av avvikelser behöver tydliggöras bättre i dokumentationen då det i flera fall är svårt att följa hur händelseförloppet kring en enskild sett ut.

Skydds- och begränsningsåtgärder planeras och dokumenteras samt följs upp vid teamträffar. Personal är bra på att skriva in samtycke i dokumentation.

För att förebygga risk för fallskador görs bedömning enligt Senior Alert vid inflytt samt vid förändringar i individens hälsotillstånd. Vårdplaner dokumenteras men fördelas inte till omvårdnadspersonalen vilket gör att personalen inte kan dokumentera uppföljning.

Personalen betonar att man skulle vilja göra fler riskbedömningar. Två år av ombyggnation har satt sina spår i systematiken. Enhetschefen berättar att dokumentation, Senior Alert-bedömningar m.m. blivit lidande under ombyggnationen. Verksamheten arbetar nu för fullt med att försöka komma ikapp och ta igen förlorade rutiner. Även personalomsättning samt en deltidssjukskriven enhetschef har haft negativ påverkan på systematiken.

Genom hög sjuksköterskebemanning som arbetar nära i omvårdnaden uppmärksammas trycksår snabbt. Även omvårdnadspersonalen är observant. Några av de boende har trycksår.

Verksamheten följer kommunens övergripande hygienriktlinje samt har en lokal rutin som förtydligar vissa moment. Alla medarbetare skriver på en ansvarsförbindelse om hygienrutiner. En undersköterska på varje avdelning är hygienombud och går runt och kontrollerar samt påminner om hygienrutiner. Rutinerna tas även upp på APT. Ordinarie personal har god kännedom om hygienrutiner och hjälps åt att påminna vikarier vid behov.

Ordinarie personal har personliga kläder som de själva ansvarar för att tvätta i personaltvättstugan. Vikarierna delar på en ”pott” med kläder som ordinarie personal tvättar.

Demenscentrum har passiva larm som anpassas individuellt. Det kan ibland vara några eller någon som har ett aktivt larm. Efter införandet av det nya larmsystemet Tunstall har inga larmloggar hunnit tas ut ännu. Därmed har verksamheten inte heller börjat ta ut statistik över exempelvis svarstid.

Boende har numera ett armband som fungerar som både larm och som nyckel för upplåsning av den egna lägenhetsdörren. Det är vanligt att boende tror att de behöver trycka på larmknappen för att kunna öppna dörren. Av denna anledning förekommer en del falsklarm. Det finns även svårighet att få ut larmstatistik på grund av att de flesta vistas väldigt lite på sina rum och främst vistas tillsammans i de gemensamma lokalerna.

Hälso- och sjukvård

För varje grupp finns en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som även har en arbetsledande roll. Detta gör att ledarskapet och möjligheten till handledning är nära. När ordinarie sjuksköterska är ledig finns en tjänstgörande sjuksköterska i huset.

Arbetsterapeut finns tillgänglig vardagar. Boendet har nyligen anställt en arbetsterapeut som är erfaren men fortfarande något ny i verksamheten.

Demenscentrum har samarbetsavtal med Varberga vårdcentral för att få tillgång till sjukgymnast och läkare. Sjukgymnast från vårdcentralen kommer till boendet som konsult och diskussioner har förts med regionen om sjukgymnastens behandlingsansvar. Läkare från vårdcentralen kommer till verksamheten på rond och detta fungerar bra. Vid behov konsulteras geriatrika teamet på sjukhuset som också kan komma ut till boendet. Enhetschefen uttrycker att det finns önskemål om att få en geriatriker till vårdcentralen.

I de fall där det finns flera aktörer inblandade i omvårdnaden av den enskilde samverkar Demenscentrum med andra verksamheter, något som enligt personalen fungerat bra.

Omvårdnadspersonalen är erfaren men all personal är inte delegerad. Sjuksköterskorna berättar att de först vill lära känna personalen innan de ger en delegering och verksamheten överväger noggrant vad som delegeras. Många vikarier har jobbat länge och är erfarna. Under sommaren planeras det så att det alltid ska finnas delegerad personal i möjligaste mån. Detta har fungerat bra.

Läkemedelsgenomgångar genomförs men på grund av målgruppens särskilda problematik kan inte den enskilde alltid vara fullt delaktig i detta. Rutiner för att minska olämpliga läkemedel finns och tas upp kontinuerligt vid ronder, teamträffar och läkemedelsgenomgångar.

Vårdplaner används och fördelas inte i önskad utsträckning, något som Demenscentrum själva lyfter fram som ett förbättringsområde. Vårdplaner för läkemedelshantering finns dock. Dessa är fördelade till omvårdnadspersonalen och följs upp. I riktlinjen för läkemedelshantering finns fastslaget att läkemedel ska överlämnas inne på den enskildes rum, något som inte alltid är det bästa för honom eller henne. Istället görs ofta en individuell bedömning. Läkemedel ges ofta i samband med måltid, t.ex. vid frukost. Vissa tar sin medicin inne på rummet, vissa på sängkanten och vissa promenerar personal med i korridoren och ger medicin.

Individuella bedömningar görs av den enskildes hälsa och medicintekniska produkter används där behovet finns.

Anhörigstöd

Enligt Anhörigcentrum fungerar samarbetet med Demenscentrum bra och boendet har väl utarbetade rutiner för anhörigstöd. Verksamheten är noga med att hänvisa till Anhörigcentrum vid behov. Informationsmaterial om Anhörigcentrum finns i de boendes inflyttningsmapp och material ligger även framme på olika platser i korridorer. En APT på Anhörigcentrum är inplanerad i syfte att ytterligare belysa frågan om anhörigstöd. På Demenscentrum finns två anhörigombud för boendegrupperna och fyra för dagvården. Anhörigträffar anordnas regelbundet i varje grupp. Vid behov hålls gemensamma anhörigträffar för alla husets avdelningar.

I anhörigenkäten uppgav 73 % att de upplever att personalen tar hänsyn till de anhörigas åsikter och önskemål om vårdens utförande. I samma undersökning uppgav 81 % att de får den information de önskar av personalen. Personalen på Demenscentrum lyfter fram resultaten i anhörigenkäten som ett kvitto på att verksamheten lyckats bra med att få anhöriga att kunna vara delaktiga i vården och omsorgen i den mån de önskar.

Tillgänglighet och information

En beskrivning om Demenscentrums verksamhet och profil finns på kommunens hemsida. Enhetschefen beskriver att verksamheten dock behöver hjälp med att aktualisera den information som presenteras där. Arbetet med att förnya hemsidan påbörjades för något år sedan men kommunens kommunikationsavdelning hade då inte tillräckligt med resurser.

Vid inflytt överlämnas en mapp med skriftlig information som kan vara av vikt för den boende och dennes anhöriga. Denna mapp finns i tre varianter: en för växelvård, en för utredningsplats och en för boende. I materialet finns även kontaktuppgifter till ansvarig chef och andra nyckelfunktioner. Verksamheten uppger att de har säkrade rutiner för kontakt via telefon, e-post och besök.

Av 2017 års brukarundersökning framgår att 50 % vet vart de ska vända sig för att framföra klagomål och synpunkter. Detta innebär en viss ökning från året innan då motsvarande siffra var 40 %. Resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning skiljer sig signifikant från Demenscentrums anhörigenkät i vilken 74 % uppgav att de vet vart de ska vända sig om de vill framföra synpunkter på hur vården på boendet bedrivs.

Om någon boende har talsvårigheter, syn- och/eller hörselnedsättning eller annan språktillhörighet än svenska säkerställs att dennes behov av kommunikationsstöd tillgodoses. Denna typ av behov har främst funnits på dagvården.

Efter reparationen har boendet fått nya skyltar som underlättar tillgänglighet för besökare.

All personal bär väl synliga namnskyltar men verksamheten har haft problem med att leveranser tar lång tid.

Medarbetare och ledarskap

På dags- och kvällsskiftet arbetar två personer per avdelning. På natten är boendet bemannat med en person per avdelning, det vill säga sex nattpersonal totalt. Bemanningen är densamma på vardagar och helger. 87 % av boendets tillsvidareanställda är utbildade undersköterskor. För de som ej är undersköterskor pågår arbete med validering. Utöver detta finns sjuksköterskor och arbetsterapeut i verksamheten. Sjuksköterskebemanningen är högre i veckorna än på helgerna.

Ansvar för olika arbetsuppgifter är tydligt. I varje grupp finns som standard en arbetsledande sjuksköterska. I en av grupperna är den ordinarie arbetsledande sjuksköterskan tjänstledig. I denna grupp har istället en annan grupps sjuksköterska tagit arbetsledarrollen tillsammans med enhetschef.

Enligt kompetensutvärderingen har 47 av boendegruppernas 54 anställda genomgått grundläggande förflyttningsutbildning. Tredagarsutbildning i förflyttning har inte genomförts på boendet. En uppdatering av personalens kompetens inom detta område behöver göras.

HSL- och SoL möte hålls varannan vecka. På dessa möten träffas enhetschef, sjuksköterska samt arbetsterapeut och diskuterar nya rutiner, riktlinjer och direktiv från exempelvis MAS/MAR.. Dagordningen kan även innefatta ärendedragning. HSL- och SoL- mötena har framför allt ett samordnande syfte.

Teamträffar för omvårdnadspersonal anordnas var sjätte vecka samt vid behov.

För personalen på Demenscentrum är det viktigt att veta vilka som kommer och arbetar och boendet har därför valt att ha egna vikarier istället för att stanna kvar i bemanningspoolen. Personalkontinuiteten lyfts fram som av stor vikt för att möjliggöra trygghet, kontinuitet och kvalitet i verksamheten.

Personalen har grundläggande kunskaper inom demensvård och möjlighet till ständig fortbildning och fördjupning inom området. Enhetschefen beskriver att Demenscentrums målgrupper har andra kompetenskrav än övrig äldreomsorg. Detta gäller framförallt i arbetet med de boende som har BPSD-problematik och frontotemporal demens. Personer med denna typ av problematik är inte sällan utåtagerande och periodvis uppstår regelbundna hot- och våldssituationer på de avdelningar som specialiserat sig på denna målgrupp.

Enhetschefen berättar att verksamheten önskat bemanningsförstärkning för att kunna säkra arbetsmiljön och kvalitén på sina högriskavdelningar. Verksamheten har nyligen beviljats utökning med tre årsarbetare. Två av dessa är nyanställningar och den tredje är en tjänst som boendet tidigare uppmanats att ta bort men som de nu fått tillstånd att behålla.

De tre årsarbetarna ska vara utbildade undersköterskor och kommer att arbeta i hela huset, det vill säga inte vara knutna till någon specifik avdelning. Istället ska de kunna stärka upp bemanningen där det behövs.

För att hantera den periodvis frekventa förekomsten av hot och våld har Demenscentrum en lokal rutin för hur denna typ av situationer ska hanteras. Rutinen beskriver bland annat vilket stöd som ska erbjudas den personal som blivit utsatt för hot eller våld. En gång om året erbjuds personal att gå en utbildning om hur hot- och våldssituationer på arbetsplatser ska hanteras. Denna utbildning är öppen för både nyanställda och äldre medarbetare som vill uppdatera sin kunskap på området.

Många gånger kan personalen själva hantera och förebygga hotfulla situationer. I de fall hot- och våldssituationer uppstår krävs att tillgänglig personal har de fysiska förutsättningar som behövs för att få kontroll över situationen.

Enhetschefen hoppas att de nya tjänsterna ska innebära att Demenscentrum kan säkerställa en trygg miljö för både boende och anställda. Hon påtalar dock att verksamheten är i stort behov av tätare kontakt med läkare som har specialistkompetens inom geriatri. Många av de utåtagerande symptom som demenssjukdom kan medföra går att lindra med rätt medicin. Enhetschefen menar därför att verksamheten behöver tillgång till en geriatriker som kan säkerställa att alla boende får tillgång till den medicinska behandling de är i behov av.

Inom verksamheten används bland annat validitetsmetoder⁶ såsom reminiscens⁷. Flera i personalen använder sig av så kallad taktil stimulering⁸ i olika omfattning. En anställd har gått utbildning i vårdarsång och har tid avsatt varje vecka för att bl.a. sjunga tillsammans med de boende på huset. En annan anställd har utbildat sig till Silviasyster⁹ och en tredje har spetskompetens inom massage.

För närvarande finns en medarbetare på boendet som har svårt med det svenska språket gällande dokumentation. I övrigt behärskar alla medarbetare svenska språket i såväl tal som skrift. Alla har inte gått Treservautbildningen men då har istället annan personal visat hur dokumentation ska göras. Alla kan därmed dokumentera och gör det.

Demenscentrum har en plan för långsiktig kompetensutveckling som berör alla personalkategorier. Enhetschefen beskriver att verksamheten fått arbeta

⁶ Den amerikanska socialarbetaren Naomi Feil introducerade validation i Sverige i början av 1990-talet. Ordet *valid* härstammar från latin och betyder att göra giltig, göra gällande. I vardagligt tal används ordet bekräftelse. Feils validationsmetod härstammar från humanistisk psykologi med tyngdpunkten på Erik H. Eriksons utvecklingsteori.

⁷ *Reminiscens* betyder hägkomst eller minne och metoden bygger på personers minnen. Upplevelser från barn- och ungdomsåren finns länge kvar hos den demenssjuke. Med hjälp av igångsättare ("triggers" på engelska), som fotografier och olika föremål, kan kommunikationen underlättas.

⁸ På senare år har därför utvecklats olika former av massage, ofta kallad *taktil massage*, som numera används inom demensvården. Massagen syftar till att frigöra *oxytocin*, ett hormon som kan ha en rad positiva effekter på hälsan. Oxytocin är kroppens "lugn och ro"-hormon som bland annat gör människor avspända och harmoniska. Hormonet ska ge vila och avslappning och ska aktivera sårhäkning och tillväxt.

⁹ *Silviasyster* är en nätbaserad utbildning i demensvård. Utbildningen riktar sig till undersköterskor och motsvarar 60 hp.

med detta ”utifrån de förutsättningar vi har” och syftar då på de senaste årens tids- och resurskrävande ombyggnation. För att säkerställa ett systematiskt kvalitetsarbete tas kvalitetsfrågor upp vid bland annat APT, kvalitetsgrupp, strategigrupp, HSL- och SoL möten, teamledarträffar och personalsamordnarträffar. Planen är att även börja arbeta mer med kompetensutvecklingsplaner samt uppföljningssamtal med medarbetare. Verksamheten planerar även att starta en arbetsgrupp för utvecklingsfrågor. Denna utvecklingsgrupp är tänkt att bestå av de personer som varit med och fyllt i checklistan inför uppföljningen, det vill säga enhetschef, arbetsterapeut, sjuksköterskor och undersköterskor.

Personalen beskriver att erfarenhetsutbyten sker ständigt i verksamheten. Planeringsdagar för personalen anordnas så att behov av ytterligare kompetensutveckling kan kartläggas. All litteratur till gagn för vården köps in och personal deltar vid olika konferenser för att utveckla sin kunskap.

Personalomsättningen bevakas för att säkerställa kontinuitet för den enskilde. I varje grupp arbetar tio till tolv medarbetare samt ett antal inskolade vikarier. Enhetschefen beskriver att verksamheten är noga med att anställa medarbetare som är intresserade att arbeta med målgruppen demenssjuka.

Verksamheten har under de senaste åren i princip inte haft någon personalomsättning och många av de anställda har jobbat länge. En viss personalomsättning skedde i och med att vård- och omsorgsboendet Akvarellen öppnade i Kumla.

Dokumentation

Inför uppföljningen granskades ett antal av Demenscentrums verkställighetsjournaler, genomförandeplaner och HSL-journaler.

I verkställighetsjournalen är det över lag mest händelser som är dokumenterade. Det är svårt att följa någon röd tråd. Det saknas åtgärd och uppföljning för att kunna följa händelser av betydelse och faktiska omständigheter över tid.

Totalt granskades genomförandeplanerna för tio boende. Planerna granskades dels utifrån aktualitet och dels utifrån de faktorer som Demenscentrum själva uppger ska ingå i genomförandeplanen. För att leva upp till kravet på aktualitet krävs både att genomförandeplanen är max tre månader gammal samt att genomförandeplanen följts upp med högst tre månaders mellanrum. Under granskningen konstaterades att Demenscentrum inte lever upp till kravet på aktualitet. Tiden mellan genomförandeplanerna varierar från boende till boende och från år till år. Vissa boendes genomförandeplaner revideras så ofta som varje månad, medan det därefter kan dröja upp till ett år innan nästa genomförandeplan skrivs. Det är även flera av de granskade genomförandeplanerna som är mer än tre månader gamla.

Gemensamt för i stort sett samtliga granskade genomförandeplaner är att de innehåller information om den enskildes kostplan, önskemål om aktiviteter samt hur den boende vill bli bemött av personal. Majoriteten av

genomförandeplanerna innehåller respektfulla formuleringar och beskrivningar om hur den boende vill ha sin dag. I princip alla genomförandeplaner innehåller en målbeskrivning men målen är oftast inte mätbara. För ungefär hälften av de boende konstaterades att det inte gjordes några ändringar i samband med att genomförandeplanerna följdes upp.

Vid granskning av HSL-journaler framkommer att riskbedömningar inte är uppdaterade eller fördelade i vårdplaner. Detta meddelar enhetschefen kommer att uppdateras och ses över. Det är viktigt att använda bedömningarna som en del i vården och inte som en enskild åtgärd.

Inför uppföljningen genomfördes en särskild granskning av de diagnoser som personerna har på enheten. Det visade sig att nästan hälften av personerna som vistas på Demenscentrum inte har en demensdiagnos registrerad i kommunens journal. Ett bättre samarbete med regionen behövs när det gäller diagnoser för personer med demenssjukdom. Att sätta en diagnos är regionens ansvar. Boendet behöver ge underlag till diagnosen och den anhöriga är en viktig informationskälla vid diagnostiseringen. Diagnosen behöver sättas tidigt i vårdkedjan för att ge möjligheter för den enskilde att vara delaktig i sin planering.

Demenscentrum har idag ingen aktuell nedskrivna rutin för egenkontroll av dokumentation enligt SoL, något som verksamheten är medveten om är ett förbättringsområde. Enhetschefen beskriver att tid för egenkontroll av dokumentation behöver prioriteras.

Inte heller någon lokal rutin för egenkontroll av HSL-dokumentationen finns. Under november månad kommer enheten att genomföra en utbildningssatsning för hela personalgruppen. Hela vårdprocessen i HSL och SoL kommer att tydliggöras vad gäller dokumentation i vård- och genomförandeplaner.

Bedömning

Helhetsintrycket är mycket gott och bedömningen är att det är en verksamhet som lever upp till de kvalitetskriterier som krävs, men där vissa brister inom dokumentation och kompetens förekommer.

Tack vare ett gediget utbildnings- och utvecklingsarbete samt goda resurser i form av engagerad och erfaren personal har Demenscentrum lyckats utarbeta en mycket god kunskapsgrund i frågor som rör boendets målgrupp. Det är tydligt att det hos personalen finns en stor medvetenhet om hur de arbetar. Detta syns bland annat i personalens förmåga att ge flera exempel på hur de hanterar olika situationer som kan uppstå i vardagen. Intrycket från uppföljningen är också att arbetsklimatet på boendet präglas av respekt och goda relationer mellan kollegor. Personalen har ett tydligt fokus på individen och uppvisar ett gott bemötande mot såväl boende som annan personal. Kommunikationen är respektfull både när personal talar med och när de talar om de boende.

Under uppföljningen fick uppföljningsteamet ta del av en rad dokument och skriftliga lokala rutiner som används på boendet. De tydliga rutinerna får ses som ytterligare ett tecken på Demenscentrums medvetna arbetssätt.

Något som troligtvis också bidragit till det medvetna arbetssättet är de senaste årens låga personalomsättning.

Tack vare egna kök har Demenscentrum en unik möjlighet att erbjuda sina boende goda, näringsrika och trivsamma måltider. Detta är en möjlighet som boendet har tagit mycket väl vara på, något som bekräftas i såväl brukarundersökningar som i observationer gjorda under uppföljningen.

De brister som konstaterats under uppföljningen härrör framför allt till avsaknad av tydlig, skriftlig systematik i verkställighetsjournal, HSL-journal och genomförandeplaner samt fördelning av vissa vårdplaner. Dokumentationen behöver vara ”tillräcklig, väsentlig och korrekt”¹⁰ samt aktuell. Det bör vara möjligt för utomstående att via journalen följa händelseförloppet för väsentliga händelser i den enskildes liv.

Vid exempelvis fall bör det av dokumentationen framgå att avvikelser skrivits, var avvikelserna kan läsas i sin helhet samt vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra återkommande fallolyckor. Detta är något vi idag inte kan se i dokumentationen fullt ut.

Eftersom vård- och genomförandeplaner spelar en stor roll i hur vården för den enskilde utformas är det av stor vikt att även dessa håller god kvalitet samt är aktuella. Vårdplaner behöver fördelas så att omvårdnadspersonal kan dokumentera och följa upp insatser. Genomförandeplaner behöver uppdateras med max tre månaders mellanrum. För att säkerställa att dokumentation utförs på ett bra sätt krävs tydliga rutiner för systematisk egenkontroll, något som boendet saknar idag.

Något som också konstaterades under uppföljningen är att flera anställda saknar de obligatoriska utbildningarna för GRADE, Treserva och lyftkörkort. Det är viktigt att all omvårdnadspersonal snarast ges möjlighet att gå dessa utbildningar för att säkerställa att boendet kan erbjuda en trygg och säker vård.

Då Demenscentrums målgrupper bland annat innefattar personer med utåtagerande beteende kan det även tänkas att personal skulle behöva ytterligare utbildning och kompetens i att bemöta denna typ av problematik. Sådana utbildningsinsatser skulle till exempel kunna innefatta utbildning i lågaffektivt bemötande.

Något som kan lyftas fram som positivt i sammanhanget är att Demenscentrum själva tar upp flera av dessa brister som förbättringsåtgärder. Detta visar att enhetschef och personal redan börjat fundera över hur bristerna på bästa sätt kan åtgärdas.

¹⁰ Detta framgår av lagkommentarerna till 11 kap. 5 § SoL. I lagkommentarerna framgår även att ”faktiskt handlande som utgör genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling” ska dokumenteras, detta för att möjliggöra uppföljning, kontroll och transparens.

Brister som kräver handlingsplan

För de brister som identifierats vid granskningen på Demenscentrum ska verksamheten upprätta en handlingsplan där det framgår vem som är ansvarig samt när bristen ska vara åtgärdad. Handlingsplaner ska redovisas för kommunen senast **2018-02-12** i bifogad handlingsplan. Punkterna kommer att följas upp när handlingsplan kommit in.

Verksamheten ansvarar för att bristerna och handlingsplan presenteras i vård- och omsorgsnämnden i rimlig tid efter upprättad handlingsplan.

Dokumentation

- Säkerställa att vårdplaner tilldelas så att personal kan dokumentera och följa upp riskbedömningar
- Säkerställa att genomförandeplaner är aktuella samt att dessa följs upp regelbundet och vid behov, *minst* var tredje månad
- Säkerställa att det av dokumentationen i verkställighetsjournaler framgår vilka åtgärder som vidtagits efter händelser av vikt så att händelseförlopp blir tydliga
- Utarbeta en tydlig rutin för systematisk egenkontroll av dokumentation

Utbildning/Kompetens

- Upprätta en kompetensplan för att se till att all omvårdnadspersonal genomgår nödvändiga utbildningar (GRADE, Treserva och lyftkörkort)