

Förbättrat stöd för personer med demens i eget boende

– utvärdering av ett utbildningsprogram för
hemtjänsten i Flens kommun

Sofia Kialt

Rapporter utgivna av FoU Äldre i Sörmland

Rapport 2006:2

En modell för regelbunden uppföljning av äldres läkemedelsbehandling

Symtomskattning och läkemedelsgenomgångar på distans – ett pilotprojekt vid Björntorps äldreboende och demensboende i Oxelösund.

Författare: Ingrid Schmidt

Rapport 2006:3

Dagverksamhet för demenssjuka i Vingåkers kommun.

Författare: Sara Ohlsson

Projektredovisningar utgivna av FoU Äldre i Sörmland

Projektredovisning 2006:1

Utveckling av särskilt boende för äldre med specifik problematik i sin demenssjukdom. Beteendestörning och psykiska symtom vid Demenssjukdom BPSD

Författare: Siv Hansson, Lena Nordin

Projektredovisning 2006:2

Fallpreventivt arbete inom särskilt boende i Eskilstuna Utveckling av en modell.

Författare: Åsa Eriksson

Rapporter och projektredovisningar går att beställa från FoU Äldre i Sörmland
www.foualdre.sormland.se

Förord

I föreliggande rapport presenteras genomförandet av ett projekt med undervisning för 13 hemtjänstgrupper med totalt 80 deltagare i den sociala hemtjänsten inom Flens kommun under ledning av demensansvariga sjuksköterskan Sofia Kialt. Sofia är sjuksköterska sedan 1994 och certifierad Validationsutövare sedan 2002.

Utvärderingen är inriktad på att lyfta fram den samlade erfarenheten hos hemtjänstpersonalen. Projektet har planerats under ”Ta steget” kursen inom ramen FoU Äldre Sörmland, som även stött projektet under genomförandet med handledning och ekonomiskt med ersättning för lönedel samt faktahandledning av Wallis Jansson, leg. ssk, med dr.

Med stöd av egen kunskap och aktuell vårdforskning har Sofia utvecklat och genomfört ett ambitiöst undervisningsprogram innehållande teoretisk kunskap om demenssjukdomar som en grund för att bättre förstå både de sjukas som närståendes reaktioner och problem. Undervisningen omfattade också praktisk träning av hur man kan använda Reminiscens och Validationsmetoden för att bättre kunna bekräfta och stärka hemmaboende demensdrabbade i det dagliga arbetet.

Att insjukna i demenssjukdom orsakar stort lidande för den drabbade. Sjukdomsförloppet som gradvis leder till försämring av minnet och förmågan att klara sitt sociala och dagliga liv kan omfatta många år. Under de tidigare stadierna är den sjuke medveten om sina problem, vilket kan leda till oro eller aggressivitet. Ingen bot är möjlig, men under senare år har en rad farmakologiska behandlingsalternativ utvecklats, som kan dämpa eller förlänga sjukdomsförloppet. Vid sidan av farmakologisk behandling är utformningen och innehållet i stödet är ytterst betydelsefullt. Användning av alternativa metoder i samvaron med demensdrabbade personer är beroende på personalens kunskap och kompetens. En lugn miljö och personligt bemötande har i regel en positiv inverkan på de demensdrabbade. Studier har också visat att användning av sång och musik i vårdandet är viktiga avledande aktiviteter.

Demens har också kallats för ”anhörigas sjukdom”. Genom sjukdomens inverkan på personligheten förändras relationerna. Eftersom den demensdrabbade i det längsta bor kvar i sitt eget hem kommer närstående med tiden bli involverade i vård- och omsorg under långa perioder. För att orka med uppgiften kan hemtjänsten erbjuda stöd och service till den demensdrabbade och familjen i form av praktisk hjälp och avlösning.

Projektet har tagit sin utgångspunkt i hemtjänstpersonalens upplevda svårigheter av att möta äldre dementa personer och deras närstående i hemmet. Hemtjänst-

personalen arbetar mycket självständigt och resultatet visar att personalens självförtroende och kompetens ökat liksom känslan av att bättre kunna förstå och hjälpa både de demensdrabbade och deras närstående. Genomförandeprocessen och utvärderingen var inriktad på att lyfta fram den samlade erfarenheten hos hemtjänstpersonalen och vad de efter utbildningen uppfattar som viktiga hörnstenar för att bygga framtidens hemtjänst för personer med demens vad gäller innehåll, arbets-sätt, rutiner och förhållningssätt. Projektet är ett gott exempel på en utveckling i dialog med personalen. Nu är det enligt Sofia Kialt ”viktigt att arbeta för att bibehålla den reflektion som startats och ta vara på den längtan efter kunskap som förmedlats i utvärderingen”.

Eskilstuna juni 2006

Harriet Berthold

Universitetslektor, sjuksköterska, FoU handledare FoU Äldre Sörmland

Sammanfattning

Stödet till personer med demens och deras familjer behöver förändras. Med hjälp av bromsmediciner, utbyggd dagverksamhet och anhörigstöd kan personer med demenssjukdom klara sig hemma längre. Hemtjänstens insatser har stor betydelse för att ge trygghet i hemmet. Socialdepartementet har i sin promemoria (Ds 2003:47) uppmärksammat en rad utmaningar för hemtjänsten när det gäller att ge stöd i hemmet till personer med demens. Det kan t.ex. gälla att mer kunna bistå med närvaro till en person som har den fysiska färdigheten kvar men som p.g.a. sitt minneshandikapp tackar nej till hjälp. Påminnelser behövs också för att personen ska kunna ta de initiativ som behövs. Det är då viktigt att stödet i hemmet utformas med syfte att förenkla miljön och skapa trygghet och förtroende. Validation och Reminiscens är två metoder som används för att stärka individen och se deras kvarvarande resurser.

Under 2004 fick all hemtjänstpersonal, ca 80 personer i 11 utbildningsgrupper, genomgå utbildning i förhållningssätt och bemötande grundat på Validation och Reminiscens i Flens kommun. FoU-äldre i Sörmland har möjliggjort att utvärdera detta. Frågeställningarna var:

- Hur upplever personalen i hemtjänsten sina möten med demenssjuka före och efter att de genomgått utbildningen?
- Hur bör hemtjänsten arbeta i framtiden för att möta behovet av stöd till personer med demens och deras familjer?

Utvärderingarna har skett genom enkäter, en individuell och en för den ordinarie arbetsgruppen. Man har lämnat skriftliga svar på öppna frågor. Två utbildningsgrupper har även deltagit i en attitydundersökning med hjälp av ”Hjulet”, en speciellt utformad enkät.

Trots en låg svarsfrekvens på den personliga utvärderingen ger ändå de svar som är inlämnade en likriktad och tydlig bild av det som är viktigt. Personalen beskriver ett ändrat förhållningssätt där förståelsen för personer med demens och deras beteende har ökat och att deras eget tålamod har förbättrats i och med det. De känner sig tryggare i sin yrkesroll. Validation som metod upplevs användbar och svaren vittnar också om att en inre reflektion har startat där de funderar på varför det blir som det blir i mötet med personer med demenssjukdom och hur de kan göra istället. När det gäller hemtjänstens framtida arbete för att ge trygghet i hemmet till personer med demens och deras familjer är svaren samstämmiga i att det behövs mer tid för den enskilde och bättre kontinuitet, både genom ett begränsat antal personal i hemmet och att personalen gör lika. Vikten av kunskap lyfts fram, både för dem själva och deras medaktörer för att få en ökad samsyn och förståelse. Attitydundersökningen visar att hemtjänstpersonalen inte vet vilka förväntningar som finns på dem i hur stödet de ger bör vara uppbyggt.

Slutligen redovisas ett förslag till innehåll i en framtida handlingsplan, vilken utgår från de områden personalen lyfter fram som viktiga, bl.a. kontaktpersonalens roll, levnadsberättelsen och kontinuerlig handledning.

Innehållsförteckning

Inledning	7
Problembeskrivning	11
Frågeställning.....	11
Utvärdering	12
Diskussion.....	24
Bilaga 1 Hjulet	30

Inledning

Demenssjukdomar hör till landets högst prioriterade sjukdomar enligt Riksdagens beslut om prioriteringsordningen 1997 (1996/97:SoU14, rskr 1996/97:60).

Demenssjukdomen är kronisk, obotlig, dödlig, förkortar livet och ger även en nedsatt autonomi. Demenssjukdomarnas förekomst är direkt relaterad till ålder. Idag finns det ca 139 000 personer som är drabbade och år 2010 beräknas ca 150 000 ha sjukdomen, för att därefter öka än mer. Den årliga kostnaden för demenssjuka i Sverige uppgår till ca 38 miljarder kronor, varav den primärkommunala organisationen står för ca 31 miljarder kronor. De särskilda boendeformerna utgör den största delen av kostnaden, ca 67 %, medan hemtjänsten endast står för ca 14 % (Wimo 2000).

Forskningen kring demenssjukdomar har utvecklats starkt under de sista 10-15 åren. Detta gäller den medicinska forskningen, vilket stöd den sjuke behöver och vill ha, anhörigas situation samt omvårdnadsforskningen. Socialdepartementet har gjort en sammanställning av hur det idag fungerar i praktiken och konstaterar att all kunskap ännu inte omsatts i verkligheten. Det är nu av avgörande betydelse att minska gapet mellan vad vi vet och vad vi gör (Ds2003: 47).

Bakgrund

Demensvården är under förändring

Allt eftersom en demenssjukdom utvecklas får den sjuke svårare att klara sitt dagliga liv i ordinärt boende utan stöd. För att möta behovet av stöd tillskapades i slutet av 1980-talet, ett boende med den inriktningen som kallades gruppboende. Gruppboendet för personer med demens utvecklades i början av 1990-talet och riktade sig till dem som fortfarande var i början av sin sjukdom och hade behov av att delta i aktiviteter och socialt umgänge (Demensförbundet 1992, Ds2003:47, Wimo & Sandman1999).

Idag kan brosmsmedicin, utbyggd dagverksamhet samt ett bättre anhörigstöd senarelägga inflyttning till särskilt boende (fig.1). Det är inte längre en självklarhet att inte kunna vara hemma trots sin sjukdom. De som idag bor på gruppboende är sämre i sin sjukdom än tidigare och har ofta andra sjukdomar under den tid de lever där (Lundberg & Wallin 2003). Man bor således kvar hemma betydligt längre med sin sjukdom.

Ändrade krav på stödet i hemmet för personer med demens

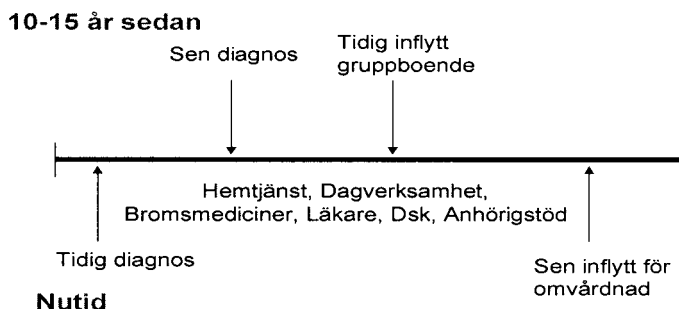


Fig 1. Ändrade krav på stöd i hemmet för demenssjuka och deras familjer.

Att ge hjälp till personer med demens och avlösa deras anhöriga i hemmet, kräver kunskap om demenssjukdomar och om omvårdnad vid demens. Detta för att stödet ska ge trygghet och dessutom för att anpassa insatserna till den demenssjukes individuella behov för att klara sin tillvaro i hemmet. Anhörigvårdaren behöver veta att stödet och hjälpen är meningsfull för den sjuke och ha ett syfte, annars avstår de från hjälp (Socialstyrelsen 2002). Anhöriga beskriver nio olika situationer som starkt krisutlösande i sitt stödjande av en närstående med demenssjukdom. Det kan till exempel upplevas som ett nederlag när de anhöriga inser att de måste ta emot hjälp utifrån (Kuhn 2001). En kris genererar i sin tur de fyra faserna, chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen (Cullberg 1992).

Förmågan att hantera stress, nya personer och miljöer blir mycket nedsatt av en demenssjukdom. Det är viktigt att stödet i hemmet utformas med syfte att förenkla miljön och skapa trygghet och förtroende. Hjälpen behöver anpassas till en person som har den fysiska färdigheten kvar men som pga. sitt minneshandikapp kanske tackar nej till hjälp. Här gäller det att mer kunna bistå med närvaro och påminnelse för att personen ska ta de initiativ som behövs. Det kan vara direkt olämpligt att helt ta över, när hjälp ska ges. Det handlar också om att kunna hjälpa personer som inte upplever sina egna begränsningar att trots det avstå från högt värderade aktiviteter som är alltför riskfyllda, t.ex. att köra bil. Metoder som kommit långt för att stärka individen och se deras kvarvarande resurser, är Validation och Reminiscens (Ds2003:47, Edberg 2002, Feil 1994). Genom att känna till grunderna i metoderna kan hemtjänsten ha ett professionellt förhållningssätt till personer med demenssjukdom i de situationer som uppstår.

Hemtjänst för personer med demens

I Sverige har de förändrade kraven på hemtjänst hittills lett till att man på flera håll arbetar för att möta dagens behov. Värt att nämnas är Ulricehamn, Lidköping och Malmö kommun. Där har man provat arbetsmetoder som går ut på att en specifik grupp inom hemtjänsten har hand om de personer som drabbats av demens (Ds2003:47). Malmö Västra innerstad prövade en arbetsmodell med ett demens-team, som utgörs av hemtjänstpersonal. De sköter vården till de demens-handikappade i ordinärt boende mellan kl. 7-18. Personalen fick utbildning och därefter kontinuerlig handledning. En inskrivningsgrupp tillsattes för att introducera vårdtagaren och tid avsattes för att lära känna varandra. Varje person gavs mer tid vid varje stödåtgärd. Resultatet av utvärderingen tyder på att vårdtagarna i denna grupp bibehöll fler funktioner jämfört med dem som vårdas av ordinarie hemtjänst. Dubbelt så många bodde dessutom kvar hemma i jämförelse med kontrollgruppen efter ett år. Hos de anhöriga fanns det en markant trygghetsökning och en säger: ”Utan demenssteamets insatser hade inte vår mor kunnat bo kvar hemma.” (s 7, Åhsberg 2001). De anhöriga kunde också i större utsträckning lämna över visst ansvar till hemtjänsten.

Genombrottsprojekt i Flen

Under 2004 deltog Flen i det nationella genombrottsprojektet ”En bättre demensvård”. Där Flenteamets mål var att öka tryggheten för personer med demens och deras familjer i ordinärt boende i Flens kommun. Med trygghet avsågs att de får den hjälp och det stöd de behöver pga det försämrade minnet. Det var ett samverkansprojekt mellan primärvården och kommunen. I projektet har bl.a. hemtjänstens roll lyfts fram. Hemtjänsten står för den första insatsen i hemmet och får ofta så småningom en daglig kontakt med dessa personer. Detta ger personalen stora möjligheter att fylla delar av både de demenssjukas och deras anhörigas behov genom att ha kunskap om och förståelse för deras situation. Detta är något som de anhöriga också efterfrågar. De anhöriga påtalar också vikten av att veta att deras närstående får den hjälp de behöver och att de blir bemötta på ett för dem värdigt sätt (”En bättre demensvård”, 2004).

Validation och Reminiscens

Validation är en kommunikationsmetod för att möta personer med demens (Feil 1994, Ds 2003:47, Almberg & Jansson 2003). Det handlar om att bekräfta personens känsla där hon är just nu. T.ex. Svara på påståendet: – ”Jag vill åka hem!”, genom att bekräfta känslan bakom med –”Längtar du hem?”. En person som drabbats av en demenssjukdom förlorar förmågan att hålla kontrollen över nutiden, dvs. att förstå att här bor jag nu, inte i mitt stora hus, där jag är uppväxt eller om det var idag eller i övermorgon jag skulle till läkaren.

Livsvisdomen och livsattityden är densamma för människan trots sjukdomen. Metoden tar sitt stöd i vad Erik Homburger Eriksson beskrev redan 1930 om de 8 livsuppgifter vi har i olika levnadsstadier (Erikson 1985). En person som till exempel inte lärt sig tillit och tilltro i barndomen, kan genom livet ha svårt att lita på andra människor. Vad händer när maken drabbas av demens med en kvinna som i vuxenåldern hanterat sin livsrelation på ett sådant sätt att hon är någon bara genom vem hennes man är? Livsuppgiften under ålderdomen, enl. Erik H Eriksson, handlar om att väva ihop livsväven och gå igenom det som hänt i livet oavsett minneshandikapp eller inte. Att berätta eller få berättat om vad som hänt genom livet. Hörseln försämras och man börjar lyssna till ljud från förr, när synen försämras blickar man tillbaka och ser man bilder från förr. En person som drabbas av demens tappar sin egen historia genom minnes- och identitetssvikt. Det stöd som behövs är att få sin egen historia berättad och väckt till liv, att få den återberättad så att man själv blir bekräftad för den man är.

Validation är alltså en metod som står för bekräftelse av känslan. Känslor som uttrycks och sedan blir erkända och bekräftade av en betrodd lyssnare avtar i intensitet. Då de ignoreras eller förnekas tilltar de i styrka. ”Den ignorerade katten blir en tiger” (s14, Feil, 1994). Det här är en av de grundläggande principer som metoden grundar sig på. Syftet med metoden är att stärka självkänslan hos den äldre genom att skapa en tillvaro där de grundläggande mänskliga behoven tillgodoses. Resultatet är minskad oro, minskad stress och bättre social förmåga (Feil, 1994).

Reminiscens är en metod för att väcka och utforska minnen. Hågkomster av svunna tider kan väckas i form av triggers: föremål, texter, ljud, smaker, dofter eller annat som lockar fram minnesglimtar eller längre sekvenser. Långtidsminnet kan vara väl bevarat hos personer med demenssjukdom trots att de har svårt att komma ihåg det som nyligen har hänt.

Genom att lyfta fram det personen faktiskt minns och återknyta till personens eget liv, stärks självkänslan och personen kan trots sjukdomen hämta livserfarenhet från andra perioder i livet (Feil 1994, Socialstyrelsen 2002).

Hemtjänstpersonalens speciella situation

I samtal med grupper av hemtjänstpersonal innan utbildningen framkom att det dels var länge sen de fick påfyllning när det gäller kunskap om demens dels att de beskrev sina möten med personer med demens i hemmet som speciellt svåra, bl.a. för att den minneshandikappade inte alltid förstår sitt behov av hjälp. Den egna känslan av maktlöshet när den drabbade reagerar med misstänksamhet och upplever det som hotfullt att det kommer någon hem till dem. Det finns en stor frustration i att inte kunna ge det stöd den sjuke behöver. Det finns även en osäkerhet om hur det ska fungera när de går därifrån och vad som då kan hända.

Det är alltså i det direkta mötet mellan hemtjänstpersonalen och personen med demens som de upplever störst osäkerhet i hur de ska agera. Personalen arbetar mycket självständigt och kontakten med distriktssköterskan som ska handleda i dessa frågor är mycket växlande, från stort stöd till i många fall inget alls.

Problembeskrivning

Ett problem är att personer med minneshandikapp i början av sin sjukdom inte alltid får det stöd och hjälp de behöver på grund av personalens svårigheter att möta deras behov. Vårdtagaren kan därför behöva flytta från sitt ordinarie boende tidigare i sjukdomen. Personalen uttrycker på många sätt maktlöshet i vårdarsituationen, inte minst på grund av obalans mellan krav och kompetens (Skovdahl, 2004). De anhöriga känner otrygghet i om deras sjuka närståendes behov tillgodoses i hemmet.

Syfte

Syftet med studien var att:

- genomföra och utvärdera ett utbildningsprogram för samtliga grupper av hemtjänstpersonal inom Flens Kommun för att tillföra ökad kompetens.
- få del av personalens erfarenheter av hur hemtjänsten behöver arbeta för att möta det framtida behovet av stöd till personer som drabbas av demens och deras familjer.

I ett vidare perspektiv är målet att personalen ska få ökad kunskap och motivation till att aktivt medverka till utvecklingen av ett handlingsprogram för att ge individualiserad vård och omsorg till personer med minneshandikapp i ordinärt boende som baseras på Reminiscens och Validation.

Frågeställning

- Hur upplever personalen i hemtjänsten sina möten med demenssjuka före och efter att de fått utbildning i Validation och Reminiscens?
- Hur bör hemtjänsten arbeta i framtiden för att möta behovet av stöd till personer med demens och deras familjer?

Genomförande

Projektet genomfördes till största delen under 2004. Varje individ och arbetsgrupp hade en månad på sig efter genomgången utbildning att lämna in utvärderingarna. Under våren 2005 sammanställdes dessa.

Utbildningen

Under 2004 genomfördes ett utbildningsprogram för tretton hemtjänstgrupper, cirka 80 personer inom Flens kommun. Det omfattade fyra gånger 1,5-2 timmar

och genomfördes i 11 grupper efter den geografiska indelningen. Utbildningen skedde i öppna grupper så att de som missat något tillfälle skulle kunna komma med vid ett annat. Undantaget var tredje utbildningstillfället som mest fördelaktigt skedde inom respektive personalgrupp för att stärka gruppens samarbete och samsyn i stödet av en specifik person med minneshandikapp. Undervisningen genomfördes av författaren, Sofia Kialt.

Innehållet vid de fyra utbildningstillfällena:

1. Beskrivning av stadium 1 och 2 enligt Validationsmetoden. Ge prov på hur det kan upplevas att börja ”tappa” minnet.
2. Bemötande utifrån dessa stadier och exempel på möjliga vårdhandlingar. Vikten av att återknyta till gamla tider. (Validationsprinciperna, vikten av att bygga upp ett förtroende, ohotande frågor, Reminiscens, minnescirklar, etc.)
3. Fördjupning av undervisningstillfälle två om bemötande av en individ kopplad till den egna arbetsgruppen. (Skilja på person och symtom, olika metoder, koppla beteende till grundläggande behov, förena teori med praktik.)
4. Anhörigas situation. (Krisreaktioner enligt Cullberg, genomgång av de nio situationer som kan utlösa en kris för anhöriga enligt Daniel Kuhn, vikten av att prata om sin situation som anhörig, film.)

Utvärdering

Tre typer av utvärderingar gjordes. Två skriftliga där man fick besvara öppna frågor. En besvarades individuellt med tre frågor. Den andra besvarades i respektive arbetsgrupp och var på fyra frågor. Den tredje utvärderingen var en attitydmätning som två grupper fick göra, en grupp före och direkt efter utbildningen, den andra gruppen före utbildningen och två månader efter.

Individuell utvärdering

Undervisningens syfte var att ge personalen kunskap som de ska omsätta såväl individuellt i sitt arbete, som i gruppen/teamet. Eftersom fokus för hemtjänsten ligger på ensamt arbete i de drabbades eget hem inriktades en del av utvärderingen på att varje deltagare individuellt skulle skriftligt besvara följande tre öppna frågor:

1. Kan det jag lärt mig av undervisningen hjälpa mig att förändra mitt arbetssätt?
2. Behövs det förändringar och i så fall vilka?
3. Hur upplever jag möten med mina minneshandikappade vårdtagare efter utbildningen?

Den skriftliga utvärderingen har sammanställts genom en innehållsanalys för att hitta kategorier som belyses av citat. Genom att göra texterna välkända och läsa dem upprepade gånger, renskriva dem och sortera efter likheter uppenbarade sig kategorier i de olika frågorna.

Gruppens utvärdering

Även om personalen arbetar ensamma eller i par utgör hela gruppen tillsammans ett team. En gemensam arbetsmodell är därför viktig. I en andra fas lämnade respektive grupp en gemensam skriftlig utvärdering. Här hade både diskussionen inom gruppen och själva utvärderingen betydelse. Följande frågor besvarades:

1. Hur har kunskapsökningen påverkat oss i vårt arbete?
2. Hur skulle vi vilja arbeta mot personer med minnesstörning och deras anhöriga/närstående, nu när vi fått ökad kunskap om deras behov?
3. Finns det något som hindrar oss att arbeta så idag och i så fall vad?
4. Vad skulle vi kunna bidra med för att underlätta/förbättra vårt arbete mot de demenssjuka och deras familjer?

I denna utvärdering har diskussionen i gruppen störst betydelse. Svaren på frågorna sammanställs och kommenteras fråga för fråga.

Attitydmätning med hjälp av ”Hjulet”

En mätning av attityder till och erfarenheter av att arbeta med minneshandikappade har genomförts i två av hemtjänstgrupperna med hjälp av ”Hjulet” en metod som är utvecklad av Ben Shalit (Shalit 1979). ”Hjulet” är ett frågeformulär som ingår i den s.k. SAM-modellen (Sequential Adjustment Model) och utgör själva mätinstrumentet vid datainsamlingen. Metoden utvecklades av Shalit inom FoA för att studera soldater och hur de uppfattade olika situationer så att rätt man skulle hamna på rätt plats. Grunden var att olika personer uppfattar en situation på olika sätt och utifrån det har olika förhållningssätt och agerande i situationen. Det visade sig att om man förstår hur en soldat uppfattar situationen, kan man genom att påverka just det, ändra på hans agerande. Sanningen bor i betraktarens ögon och den subjektiva upplevelsen av t.ex. krig, styr vårt handlande (Olsson). Det är en metod som även tidigare använts för att belysa attityder inom vården. Bland annat för att belysa personalens inställning till sitt arbete på BB (Seimyr med flera, 1985) och för att utvärdera nya arbetstidsmodeller i kommunernas äldreomsorg (Westring Nordh, Einman 2004).

Enkäten fylls i stegvis med hjälp av en strukturerad guidning och utan diskussion med varandra i gruppen. Det går till så att man får tänka fritt, utan styrning utifrån ett nyckelord eller mening som i det här fallet var: *”Hur upplever du att det är att vårda en person med demenssjukdom i hemmet?”* I ett hjulformat formulär ges respondenten utrymme att ange upp till 12 olika ord eller satser relaterade till frågan (Bilaga 1). Därefter värderar de sina egna subjektiva synpunkter i tre moment. I dessa moment rangordnas först graden av viktighet varvid flera synpunkter kan få samma rang, därefter värdeladdas varje synpunkt som positiv eller negativ, och till sist, i hur hög grad man upplever sig kunna påverka den.

”Hjulet” kan analyseras på två sätt, dels genom att analysera **hur** det blivit ifyllt och dels genom att analysera **vad** man fyllt i för synpunkter.

Genom vissa matematiska formler kan man få fram mått på hur nyanserat personen ser på sin situation, vilket engagemang/motivation denne har samt utläsa hur hög grad av coping man har, det vill säga hur respondenten ser på sina möjligheter att klara och påverka situationen.

Resultat och kommentarer

Av de personliga utvärderingarna inkom det 26 svar från cirka 80 medverkande personer.

På grupputvärderingen har åtta grupper av tretton lämnat in svar, varav en grupp som arbetar på natten. I attitydmätningen deltog tretton personer innan utbildningen och åtta efter i grupp ett. I grupp två deltog sju innan och fyra två månader efter utbildningen.

Svarsantalet på de personliga utvärderingarna är lågt. Detta trots upprepade påminnelser från flera håll och förlängd svarstid. Detta diskuteras mer utförligt i den allmänna diskussionen.

Personlig utvärdering

Svaren på de tre frågorna går in i varandra. Speciellt svaren på fråga ett och tre beskriver på ett likartat sätt ändrade tankar och handlingssätt i mötet med personer med demenssjukdom och deras närstående.

1. Kan det jag lärt mig av undervisningen hjälpa mig att förändra mitt arbetssätt? På vilket sätt?

Svaren visar på många sätt att utbildningen varit genomgripande i positiv riktning när det gäller att möta personer med demens. Personalen har kunnat omsätta kunskapen i praktiken. Här följer de sex kategorier som visar på vilken förändring som skett efter utbildningen.

Ökad förståelse

Det svar de absolut flesta beskrivit är att utbildningen har gett en ökad förståelse för beteendet hos den sjuke.

”Ja! Jag har en djupare förståelse för personer med demens.”

”Jag har skapat mig mera förståelse för demenssjuka och kan förstå deras beteende i vissa situationer.”

Kommentar: Att kunna se orsaken till ett beteende är avgörande för hur man förmår bemöta personen som är demenssjuk (Skovdahl 2004, Edberg 2002, Kihlgren m.fl. 2002). Skovdahl har i sin studie intervjuat undersköterskor och sjuksköterskor på en avdelning, med frågor om hur de gör när det fungerar i mötet med personer med demens och problematik med beteendestörningar och psykiska

symtom. Att kunna tänka sig in i den andres situation är en förutsättning för att kunna ge ett värdigt bemötande.

Ändrat förhållningssätt

Validationsmetoden känns användbar. Många beskriver det som att *"jag gör på ett annat sätt"* eller fått *"nya verktyg"*, *"det förenklar"*. Situationer som uppstår i mötet hanteras på ett annat sätt. Teknikerna som tas upp är många, men värt att nämnas är betydelsen av röstläge och ögonkontakt. Personalen tänker även efter hur de själva svarar och agerar, samtidigt som de är mer uppmärksamma på personen de möter och dennes reaktioner och beteende. Någon tar upp vikten av att ha en levnadsberättelse att utgå ifrån för att förstå personen. Man utgår från personens behov och bekräftar den känsla de uttrycker just nu. De lyfter fram vikten av att inte korrigera.

"...och inte säga att föräldrar är döda och deras små barn vuxna".

"Sättet att svara på när dom är oroliga. Hade innan svårt att hantera, men nu vet jag hur man ska bemöta och bejaka det viktiga hos den demente."

Kommentar: Personalen beskriver på ett levande sätt hur de bygger upp ett förtroendefullt förhållande genom bekräftelse av individen som är grunden i Validationsmetoden (Feil 1994).

Ökad säkerhet hos personalen

Flera använder sig av uttryck som *"Jag har lärt mig..."*, *"Jag vet hur... jag ska bemöta"*. Det vittnar om att deras egen säkerhet har ökat i mötet med den sjuke.

"Jag är tryggare i mig själv."

"Jag litar mer på att jag gör rätt. Jag törs lita på min känsla för det jag gör."

Ytterligare några uttrycker det som *"lättare"* i mötena efter utbildningen.

Kommentar: För att möta en persons förvirring, oro eller ångest är det viktigt att vara trygg i sig själv för att kunna behålla professionaliteten och vara empatisk. (Edberg 2002, Kihlgren 2002, Skovdahl 2004, Feil 1994, Jansson Almberg 2003), Att känna att man kan lita på sig själv och sin egen bedömning i de situationerna är mycket värdefullt.

Reflektion över mötet

Svaren ger prov på analys och visar att personalen omvandlar den teoretiska kunskapen praktiskt i mötet.

"..., dessa personer kan man efter den här utbildningen stödja på ett annat sätt, även hur man samtalar med personen, prata om sådant hon tycker om att prata om,

att ha trevligt tillsammans när man är där och städar t.ex. Att bemöta personen på ett vänligt sätt när hon är ledsen.”

Kommentar: Betydelsen av att stanna upp och tänka efter varför det som sker sker, är oerhört viktigt i vården av personer med demens (Skovdahl 2004, Edberg 2002, Kihlgren 2002). Den analysen kan även minska den etiska stressen och minska risken för utbrändhet hos personalen. Det är lättare att kunna hitta vad man faktiskt kan göra och även se vad man kan påverka eller inte i en sådan analys. Ett mötesfokuserat arbetssätt hos personalen betyder minskad stress och risken för utbrändhet blir mindre. Ett uppgiftsfokuserat synsätt däremot tyder på att personalen är avtrubbad. Risken för kränkningar av den sjuke är då hög (Edberg 2002).

Kunskap är nyckeln

Flera tar upp undervisningens betydelse också i framtiden och att få stöd, hjälp eller handledning även fortsättningsvis. Kunskap som kan användas praktiskt i mötet framhålls som önskvärt och värdefullt. Att kunskapen är av betydelse blir också bekräftad genom kommentarerna som beskriver att man går tillbaka till minnesansteckningar och att man påminner sig om vad man lärt på utbildningen.

”Jag tycker att demensutbildningar skall återkomma med jämna mellanrum så man blir uppdaterad.”

Anhörigperspektiv

Utbildningen har gett ökad förståelse i mötet med de anhöriga och i bemötandet av deras kriser. Både i samtalet om den sjuke och när det gäller samarbetet mellan personal och anhörig har kunskapen utnyttjats.

Kommentar: Att ha förståelse för de anhörigas situation och behov, men också att kunna beskriva och förklara den sjukas beteende för familjen är av stor vikt för att stödet i hemmet ska fungera (Jansson 2001, Sveriges kommuner och Landsting 2004).

2. Behövs det förändringar och i så fall vilka?

Här utkristalliserar sig sex kategorier. Respondenterna beskriver hinder som finns och förutsättningar som behövs för att hemtjänsten ska kunna möta personer med demens och deras anhörigas behov i hemmet. Utbildningen kan ha gett en ökad frustration över de hinder som finns idag.

Tid

I princip alla uppger mera tid som ett måste när det gäller förändringar. Två grupper av kommentarerna runt tiden kan urskiljas. Indirekt påverkar dessa varandra och man kan mena samma sak. Jag väljer ändå att skilja dessa två grupper åt då det ena

handlar om fördelandet av ärendena på morgonen och det andra är möjligheten att stanna längre när man väl är där.

- a) Mer resurser/personer till hemtjänstgruppen = mer tid att fördela
- b) Längre tid hos den demenssjuke

a) Mer resurser/personer till hemtjänstgruppen = mer tid att fördela

När det gäller mer resurser till hemtjänstgruppen beskrivs situationen som att marginalerna är små, tiden räcker inte till på morgonen och att man önskar ökade resurser.

Kommentar: Malmö Västra innerstad utvärderade sitt demensteam som utgjordes av en hemtjänstgrupp som gick hem till de demenssjuka. Den visar att av de som vårdas av teamet kan mer än dubbelt så många av de sjuka bo kvar längre tid hemma och bibehålla fler funktioner än i kontrollgruppen. De har längre tid hos varje vårdtagare och mer flexibilitet i tiden att fördela. Här ges även tid för att lära känna varandra i början, personal, vårdtagare och anhörig (Åhsberg 2002). Lugn och ro i mötet är avgörande. Kirsti Skovdahl kallar det för "Långsamhetens kultur" i demensvården (Skovdahl 2004).

Förutom tiden så hade även personalen fått goda kunskaper om förhållningssätt och bemötande. De hade även kontinuerlig obligatorisk handledning.

b) Längre tid hos den demenssjuke

Svaren visar på en stor frustration runt tiden.

"Ska vi ta hand om dom hemma behövs tid och resurser. Vi som jobbar i hemtjänsten har inte alltid den tiden som krävs, man kan faktiskt inte stressa in till dementa och sedan fara vidare."

Men det mesta handlar om de vinster som skulle ges vid mer tid för den enskilda personen dvs. en längre närvaro av personal vid den dagliga hjälpen ute i hemmet. Från att ha möjlighet att sitta och prata, till att framförallt kunna möta vad de äldre berättar och förmedla trygghet och lugn i mötet till den som är förvirrad.

"Mer tid-personal ger lugn och ej stressat läge, personen kommer känna mer trygghet vid en längre närvaro av personal vid den dagliga hjälpen ute i hemmet."

Kontinuitet

Kontinuitet tas upp på olika sätt. Dels när det gäller att begränsa den grupp av personal som bör finnas runt dessa personer, dels när det gäller kontinuitet i att göra lika när man är hos personen.

”Kontinuitet – samma personal som i möjligaste mån kan gå till den demenssjuka. Så ett förtroende kan byggas upp.”

Handledning lyfts fram som ett medel för att möjliggöra att det blir så lika som möjligt i mötet hos den sjuke. Handledningen skulle ge tid att reflektera tillsammans, att få möjlighet att gå igenom de personer de vårdar och därefter kunna arbeta på samma sätt. Den grupp som i framtiden ska arbeta med demenssjuka bör också vara bättre utbildad inom området, vilket i sin tur leder till att arbetet sker på likartat sätt, *i samma anda*. Mera konkreta faktorer som tas upp är kontaktpersonens roll och levnadsberättelsen.

”...behöver veta mer om personen”

Någon nämner även indirekt för att det ska fungera behöver arbetsgruppen i sin tur fungera väl.

”Det är alltid bra med förändringar, (även om jag alltid är emot det först.) T.ex. byta grupper efter några år.”

Kommentar: Just kontinuitet i stödet runt personer med demenssjukdom för att skapa trygghet, beskrivs i stort sett i all litteratur och kunskap som finns om vården runt de demenssjuka. Demenssjukdomen gör det svårt att hantera nya situationer och nya personer. De gånger personalen inte tar in och möter personen kan de istället stjälpas den sjuke som kan bli mer förvirrad. Detta stöds av resonemang kring att det uppgiftsorienterade synsättet dels tyder på avtrubning hos personalen dels utgör en risk för kränkningar för den sjuke (Edberg 2002). Att tillgodose behovet av kontinuitet är en av de utmaningar som socialdepartementet lyfter fram i sin promemoria (Ds2003:46) som en förutsättning att omsätta den teoretiska kunskapen i praktiken.

Kunskap är nyckeln

Resultatet visar att det finns ett stort behov och en stor önskan om att få mer kunskap, uppföljning och handledning. Det ses som en av de viktiga förutsättningarna för gruppen som ska arbeta med personer med demenssjukdom i hemmet. Någon typ av grundutbildning efterfrågas. Här kommer också betydelsen av motivation och vilja in, då det gäller att arbeta med personer med demens i hemmet.

”Att få kontinuerlig påfyllning...”

Reflektion

En kommentar visar tydligt på den frustration som idag upplevs av många som är hemtjänstpersonal. Frustrationen kommer både av att tiden är för kort och att

personalen slits mellan vad man gör och vad man tycker att man borde göra. Dessutom upplever de inte att de får råd, stöd eller bekräftelse på vad de gör.

”Inom hemtjänsten finns det många ärenden med olika behov. Vi hinner oftast bara göra det som står på biståndsbeslutet. Det personliga blir kort. Det tar enormt mycket energi att träffa så många olika vårdtagare med olika behov varje dag. Personalen behöver också få någon sorts bekräftelse på att man gör rätt och att det är bra det man gör. Det får vi inte idag.”

Kommentar: Uttalandet visar också på att det är en konst att vårda. Det tar mycket energi och i professionen ingår att vårdaren använder sig av sin fantasi, kreativitet och behöver vara flexibel (Skovdahl 2004, Eriksson 1985) För att bibehålla dynamiken i vårdandets konst krävs tid att reflektera och tid att dela erfarenheter med varandra i personalgruppen. Detta minskar i sin tur risken för avtrubbning (Edberg 2002). Det behöver också finnas tid för handledning för att där få bekräftelse på det arbete man utför. De organisatoriska förutsättningarna för hemtjänstens arbete behöver ändras för att den ska hålla i längden.

Samverkan med andra

Hemtjänstpersonalen uttrycker tydligt att andra grupper som möter personer med demens också bör få en ökad förståelse för vilket förhållningssätt och bemötande som bör prägla mötet. Dessa grupper är till exempel anhöriga, distriktssköterska och annan vårdpersonal. Det kan ses som ett tecken på att kunskapen i utbildningen upplevs som användbar och att man vill sprida den till förmån för den sjuke.

”Den här utbildningen borde fler få.”

Samarbete med andra kommenteras på olika sätt för att ge bättre stöd till den drabbade speciellt mellan hemtjänsten – anhöriga – primärvård. Kontaktpersonens roll i samverkan lyfts fram som viktig. Kännedomen om det stöd som finns idag har ökat och personalen beskriver att de kan hänvisa och hjälpa t.ex. personer att få en minnesutredning när den problematiken uppmärksammas eller få kontakt med det anhörigstöd som finns. Att få en tidig diagnos poängteras också som viktigt. Därefter vill man att hjälpinsatser kommer igång så tidigt som möjligt runt familjerna.

”Vi behöver ha ett brett samarbete mellan de olika organisationerna som berör den enskilde demente, så denne kan få den bästa möjliga vården. Det ökar säkert tryggheten för alla berörda.”

Båda dessa grupper av svar är ett uttryck för att man vill att alla som finns och samverkar runt familjer där någon drabbats av demens arbetar och utgår från

samma värdegrund. Det ska finnas en samsyn om hur man arbetar och löser stödet runt personer som har en demenssjukdom och deras anhöriga i hemmet. Resultatet visar också på en önskan om en större inblick och delaktighet i processen, **hur** stödet byggs upp och på vilket sätt, runt dessa familjer.

Kommentar: Samverkan och gemensam värdegrund har under en längre tid diskuterats på olika nivåer i samhället (Ds2003:46). En ökad praktisk samverkan i det dagliga arbetet mellan primärvården och kommunen ger ökad trygghet för personer med demens och deras anhöriga som bor hemma. En samverkan som fokuserar på det som är gemensamt för de olika organisationerna och lyfter fram distriktssköterskan och biståndshandläggarens gemensamma ansvar tydligare. Här är gemensamma möten med hemtjänsten centrala (Sveriges kommuner och Landsting 2004). Hemtjänsten står inför många förändringar och denna önskan om att få kunskap och ökad delaktighet i processen runt stödet ger en god grund för att vidareutveckla hemtjänsten inom en snar framtid.

3. Hur upplever jag möten med mina minneshandikappade vårdtagare efter utbildningen?

Svaren behandlar upplevelsen av mötet mellan hemtjänstpersonal och den demenssjuke. Personalen beskriver en ökad förståelse till förmån för både den sjuke, familjen och personalen själv.

Ökad förståelse

Det som påverkat upplevelsen av mötet med de minneshandikappade är att förståelsen har ökat för individens reaktioner och beteende. Idag tänker man sig in mer i hur personen med demens upplever situationen.

”Ser kanske lättare människan bakom sjukdomen.”

Många beskriver också att de idag har större tålamod och ger praktiska exempel på detta.

”Det är också lättare att bemöta samma fråga som den minneshandikappade ställer om och om igen. Istället för irritation visar man att man bryr sig om personen. Det lugnar och då känns det bra för mig också.”

Ändrat förhållningssätt

Mötena upplevs idag annorlunda, lättare och t. o m bättre. De beskriver att genom att tänka annorlunda och bemöta enligt validationens principer så blir det lättare. Validationsmetoden känns mycket användbar, den gör det lättare att kommunicera med den demenssjuke. Man anpassar sättet att bemöta till individens förutsättningar

och behov. Lyssnar mer och förståelsen har ökat. Samtidigt som man uppger att det är viktigt med tid och tålmod.

”Vi har t.ex. en kvinna som är känslig för ljud, där försöker jag vara försiktig, inga snabba rörelser, prata i lagom hög nivå, möta henne på ett lugnt sätt i hennes ögonnivå.”

Dessutom kommenteras att det är lättare ju oftare man har kontakt med demenssjuka. Övning ger färdighet och erfarenheten har stor betydelse.

Reflektion

Berättelserna vittnar om att det finns en reflektion kring vad de gör och vad som händer i mötet. Personalen är uppmärksamma både på den sjuke och sig själva. Kunskapen från utbildningen omsätts i praktiken. Även de gånger det upplevs som svårt hänvisar man till att man stannar upp och tänker efter, letar efter en ny väg att nå fram till personen.

”Stannar upp och tänker efter...”

”Jag tänker på vad jag har lärt mig.”

”Periodvis kan det vara svårt att nå fram till vissa dementa, då försöker jag alltid att hitta in en ny väg, och så brukar man ofta lyckas nå fram.”

Ökad säkerhet hos personalen

Personalen tycker att de är mer avslappnade och använder säkra uttryck som *”jag vet hur..”, ”jag kan...”* eller *”ännu bättre än tidigare möta den sjuke”*. Några beskriver att det är svårt men är ändå tryggare i situationen. Ett par uttrycker till och med att de känner sig säkrare i sin yrkesroll.

”Jag vet mer och känner mig tryggare i min yrkesroll.”

Grupputvärdering

Vid den gemensamma skriftliga utvärderingen har tid varit avsatt för diskussion och reflektion. Dessa diskussioner, innan själva blanketten fylls i, har störst betydelse i grupputvärderingen för att skapa samsyn och mana till reflektion i grupp runt dessa frågor. Blanketten är sedan ifylld i fri form och de flesta har gjort det i punktform.

1. Hur har kunskapsökningen påverkat oss i vårt arbete?

Det är i mötet som den största förändringen beskrivs. Att förståelsen har ökat för den demenssjukes situation, känslor och behov. Vissa grupper beskriver för-

ändringen i att de idag presenterar sig vid namn och att deras medvetenhet av ordval och formulering av meningar har ökat.

”Valideringstekniken underlättar arbetet, fick oss att tänka till i olika situationer.”
”Vi känner oss säkrare i samtal med dementa och förstår mer om deras situation.”

2. Hur skulle vi vilja arbeta med personer med minnesstörning och deras anhöriga/närstående, nu när vi fått ökad kunskap om deras behov?

Precis som i de individuella utvärderingarna tas tidsaspekten upp som viktig. Att arbetet behöver ske i lugnare takt och att det finns mer tid. De skulle vilja ha en levnadsberättelse att utgå ifrån i arbetet. Här uppmärksammas även de anhörigas behov av stöd och att de skulle behöva ordna anhörigträffar för att ge bättre information till dem.

”Träffar med anhöriga tror vi skulle bli bra.”
”Kunna lämna skriftlig information om t.ex. anhörigstöd, dagvård, demensansvarig.”

Kommentar: Anhöriga behöver utbildning under hela sjukdomsförloppet, men även skriftlig information. Att få träffa andra i samma situation har stor betydelse. Det är viktigt att stödet som ges riktar sig till hela familjen och att den anhörige får möjlighet att prata om sin situation (Almberg Jansson, 2002).

3. Finns det något som hindrar oss att arbeta så idag och i så fall vad?

Av de hinder som räknas upp är det framför allt en känsla av stress och tidsbrist som uttrycks. Personalen har också insikt om arbetssättets betydelse t.ex. gamla rutiner och behov av nya rutiner. Det behövs dessutom att arbetsgruppen får tid att träffas regelbundet.

”Tidspress. Alla ska ha morgonhjälp samtidigt. Gamla rutiner.”
”Dåligt med gruppmöten för personalen.”

Kommentar: I demensteamet i Malmö Västra innerstad finns tid genom att inte all personaltid schemaläggs. De servar ett konstant antal vårdtagare. Handledning sker regelbundet på två sätt, dels genom ”casemodellen” som distriktsköterskan leder, där brukarna går igenom, dels enligt ”stöttemodellen” som enhetschefen leder där personalens känslor och funderingar tas upp och de även får stödja varandra för att bidra till teamkänslan. Här är sjukfrånvaron låg och nästan ingen personalomsättning. Personalen är stolt över sitt arbete (Åhsberg 2002).

4. Vad skulle vi kunna bidra med för att underlätta/förbättra vårt arbete mot de demenssjuka och deras familjer?

Kunskap ses som nyckeln till att ge ett bra stöd i hemmet. Både personalens egen kunskap, och förmågan att förmedla den och ge information till andra. Speciellt samverkan med anhöriga lyfts fram t.ex. genom anhörigräffar.

”Vår kunskap och erfarenhet och information om sjukdomen.”

”Hjulet”

Två av grupperna har före utbildningen deltagit i en attitydundersökning med hjälp av ”Hjulet”. En grupp gjorde en uppföljning direkt efter utbildningen och den andra gruppen cirka två månader efter avslutad utbildning. Frågan de fått tänka fritt runt var *”Hur upplever du att det är att vårda en person med demenssjukdom i hemmet?”*. ”Hjulet” kan, som tidigare beskrivits, sedan analyseras på två sätt (Bilaga 1). Dels genom att titta på de ord och synpunkter som angetts och vad som har graderats i skalan viktigast, minst viktigt, i skalan mycket positiv till mycket negativ och därefter skalan för vad de kan påverka mycket till inget alls. Dels att titta på **hur** den är ifylld. Dvs. stor rangordning, stor emotionell insats, coping etc som kan ”mätas” genom olika matematiska beräkningar.

Analysen

I den första gruppen var det fjorton som medverkade före utbildningen och tio direkt efter sista gången. I den andra gruppen var det sju medverkande före och fyra två månader efteråt.

När man tittar på hur hjulet var ifyllt visar det sig att de som svarade skrev många saker, som fick lika hög rang i den första viktningen. Allt upplevs lika viktigt. Den vidare analysen visar också på att det finns ett stort känslomässigt engagemang. Mycket upplevs som svårt men det positiva överväger, både före och efter utbildningen.

Deras ord går att dela in i fyra grupper.

- Känslor hos personalen inför mötet, T.ex. *”frustration”, ”glädje”, ”givande”*
- Känslor hos personen med demens, T.ex. *”aggressivt”, ”ledsamt”, ”oro”*.
- Arbetsuppgifter, T.ex. *”kontaktperson”, ”anhörig”, ”tid”*.
- Beskrivande av känsla inför uppgiften, T.ex. *”osäkerhet i bemötandet”, ”intressant”, ”krävande”*

Före utbildningen finns allmänna synpunkter med som *”roligt”, ”tungt”, ”jobbigt”*. Grupp två visar tydligt på att det finns en osäkerhet i förhållningssätt och bemötande av personer med minneshandikapp t.ex. *”Vad man ska säga till personen”, ”Vet inte hur jag ska bete mig.”* samt att de inte har mycket tid att träffas hela gruppen samtidigt. Efter utbildningen visar synpunkterna på en mer nyanserad bild och personalen beskriver i större utsträckning hur man jobbar och

tänker runt mötena med de minneshandikappade i hemmet. Även de negativt laddade uttrycken är mera nyanserade och kopplar man dessa till i hur hög grad de upplever sig kunna påverka sin situation, är den högre efter utbildningen. Det finns även alternativa metoder i mötet med som ”sång” och ”aktivering”.

Genom att dela antalet nedskrivna ord med i vilken nivå de graderades fås ett mått på hur nyanserat/strukturerat man ser på sin situation. Dessa värden ligger långt över det normala dvs. denna grupp har mycket svårt att se nyanserat på sin situation. Det handlar om vad man tror sig kunna. Det är ett tecken på att de saknar en nyanserad bild av sin uppgift i mötet med den demenssjuke. Deras känsla av att kunna är låg. Allt blir lika viktigt och strukturen går förlorad. De litar inte på sin kunskap om vad som egentligen är viktigt.

Kommentar: Detta kan i sin tur tyda på att man inte vet vilka förväntningar som finns, på mig som hemtjänstpersonal, i mötet med de demenssjuka i hemmet. Detta stämmer väl överens med verkligheten då det inte finns något handlingsprogram för hur man ska möta de idag många fler demenssjuka och deras anhörigas behov i hemmet. Det är av största vikt att detta tydliggörs av organisationen. Den emotionella insatsen är däremot hög både före och efter utbildningen och detta vittnar om att personalen har ett stort engagemang i sitt arbete med de minneshandikappade och deras situation.

Diskussion

Lågt svarsantal

Av utvärderingarnas svar framgår att det finns en ovana att fundera över vad man faktiskt gör, hur och varför. Svaren är ofta kortfattade. Personalen har svårt att beskriva i både tal och skrift hur de faktiskt tänker och känner runt sina möten med personer med demenssjukdom.

Troligtvis kan det låga svarsantalet härledas till det, men en annan avgörande faktor är också att utvärderingen skulle skrivas i ganska fri form. Idag vet jag att det finns andra typer av utvärderingar som upplevs som lättare att fylla i eller att medverka i. Ett exempel är t.ex. att använda VAS-skalan som en attitydbeskrivning och sedan få räkna upp tre saker som stöder det. Troligtvis skulle fler ha deltagit i utvärderingen och även kanske gett fler konkreta förslag på förbättringar inom det egna arbetet. Men de utvärderingar som är inlämnade ger ändå en likriktad och tydlig bild när det gäller det viktigaste. I gruppintervjuerna har de flesta grupperna deltagit och det gör att många fått komma till tals där.

Mina upplevelser i samband med utbildningen

Mina erfarenheter från utbildningstillfällena är att grupperna fungerar olika. Vissa är väl fungerande, dvs. har öppna diskussioner med ett givande och tagande mellan varandra där de fokuserar på vårdtagaren som individ och utgår från det. I det praktiska arbetet används kreativiteten för att hitta bra och personliga lösningar, om det innebär att arbeta på rasttid eller att ordna något efter ordinarie arbetstid så görs det ändå. Dessa grupper har lätt att tala om när det går bra i mötet och delge varandra det positiva i mötet och hur de själva hanterar det. De har också lätt att se orsaken bakom beteendet hos den sjuke.

Det finns grupper som inte fungerar lika bra. Där det endast är en eller några som talar, gärna uttrycker vad som är omöjligt och ser mer till vad de har för uppgift att utföra i hemmet än vilka individer som finns där. I resonemangen utgår de från vad som är *”lättast och möjligt/omöjligt”* för dom i personalgruppen. De talar ofta om personen med demenssjukdom som *”Han är omöjlig”, ”hon är jobbig”, ”hon bara tjarar”*. De flesta av dessa grupper har ändrat sig under utbildningens gång på ett positivt sätt, även om de inte nått upp till nivån för de från början välfungerande grupperna. Min åsikt är att man ofta sitter kvar i gamla mönster och är då mer fokuserad på hinder och vad man inte hinner, än att delge varandra det man faktiskt redan gör och klarar av riktigt bra.

Den inre dialogen i gruppen är av stor betydelse för reflekterandet och känslan av att kunna påverka sin situation. Ett öppet och tillåtande klimat i gruppen gynnar det reflektiva tänkandet och ökar möjligheten att lära av varandras erfarenhet, när det faktiskt fungerar.

I de grupper där detta inte finns, talas det mest om när det inte fungerat och man delger varandra en mängd exempel på hur omöjligt allt är.

Reflektion omsatt i praktiken

Personalen beskriver att de efter utbildningen lyssnar mer, utgår från individens behov och historia. Därefter anpassar de sättet att möta personen på. Tålmod fås genom förståelse för den sjuke och även när de kör fast provas *”nya vägar”*. Man stannar upp och reflekterar över situationen, både sitt eget och den demenssjukes beteende och därefter anpassas sättet igen osv. Det handlar om att utgå från personen. Ju oftare man möter personer med demens desto lättare, därav vikten av kontinuitet. Att hemtjänstgruppen som arbetar med personer med demenssjukdom, lär sig hur man arbetar och har samma värdegrund. Viktigt är att behålla reflektionen i framtiden. Detta kan ske via handledning som även ger ett fortsatt lärande av varandra.

Handledning

De grupper som arbetar med demenssjuka personer och deras anhöriga behöver ha regelbunden handledning. Handledning som metod säkerställer att reflektionen kvarstår och kan därigenom åstadkomma ett mer individualiserat stöd och bemötande i hemmet. Den etiska stressen och därigenom den avflackning som annars sker hos personal som möter demenssjuka kan minska. Samtidigt tillförs ny kunskap om hur de kan hantera situationer som uppstår. Här skapas en möjlighet att se och reflektera över deras egen roll som en del av det stöd som ges i hemmet. Gruppen ges möjlighet att delge erfarenhet till varandra, där de fokuserar på det som fungerar i mötet hos den sjuke. Resultatet blir att gruppen får ett mer lika förhållningssätt i hemmet hos den sjuke och dess närstående.

Handledningen ger tid att reflektera tillsammans, möjlighet att tillsammans gå igenom de personer de vårdar och därefter kunna göra lika. Det är av vikt att handledaren har en god kännedom om Validation och Reminiscens för att kunna ge fortsatt kunskap och påminnelse om validationsteknikerna.

Kontaktperson och Levnadsberättelse

Att kontaktpersonen har en stor betydelse för att stödet ska fungera beskrivs i många utvärderingar. Samtidigt beskrivs en otydlighet i förväntningarna på kontaktpersonen. Idag arbetar grupperna väldigt olika i kontaktmannaskapet och även stora individuella skillnader finns. Det tas ofta upp i utvärderingarna samt även under undervisningstillfällena att man behöver veta mer om personen som ges stöd i hemmet. Detta för att kunna möta personen och ge stöden utifrån dennes behov. Genom att ha en levnadsberättelse som byggs på efterhand kan detta säkerställas.

Handlingsplan

I utvärderingen av ”Hjulet” framkom att det var svårt att se strukturerat på uppgiften att möta de minneshandikappade i hemmet. Detta kan i hög grad bero på avsaknad av tydlighet i vad mötet i hemmet innehåller och hur det bör se ut. Detta visar på vikten av att skapa ett handlingsprogram för hur hemtjänsten ska arbeta mot den här gruppen.

Punkter som bör tas med i en handlingsplan utifrån utvärderingarna:

- En hemtjänstorganisation som tar hänsyn till den tid och kontinuitet som behövs för att ge stöd i hemmet till personer med demens och deras närstående.
- Kontaktpersonens roll
 - Kontakt med anhöriga.
 - Levnadsberättelsen.
- Handledning
- Regelbundna möten med biståndshandläggare och distriktssköterska för att få bättre kunskap om helheten i stödet.

Detta behövs både för att skapa en hemtjänstorganisation och hemtjänstpersonal som håller i längden, men även för att ge ökad trygghet i stödet i hemmet för personer med demens och deras närstående.

Utvärderingarna tyder på att mötet mellan den sjuke och personalen i hemtjänsten har förändrats. Från att ha upplevt stor osäkerhet och frustration i mötet med den sjuke vittnar nu många istället om förståelse och trygghet i sitt bemötande. Den egna yrkesprofession har stärkts. Nu är det viktigt att arbeta för att bibehålla den reflektion som startats och ta vara på den längtan efter kunskap som förmedlas i utvärderingen.

Tack

Tack till FoU Äldre i Sörmland som möjliggjort detta projekt. Ett stort tack till mina handledare och kollegor och särskilt till lektor Harriet Berthold för tron på studien som idé, för all hjälp med textbearbetning och för stöd i rapportprocessen. Tack till adjunkt Louise Seimyr, som visade på Hjulets alla möjligheter och sist men inte minst tack till med. dr. Wallis Jansson, som gett inspiration och tips till att få detta att bli en levande studie som kommer de demenssjuka och deras anhöriga till godo.

Referenser

- Almberg B & Jansson W. Kap 4 Att vara anhörig till en person med demenssjukdom, Att möta personer med demens. Studentlitteratur 2002.
- Almberg B & Jansson W. Fånga stunden: Hur man bemöter och förhåller sig till personer med demens. Liber 2003.
- Cullberg J. Kris och utveckling. Natur och Kultur 1992.
- Demensförbundet. Riktlinjer gällande gruppboende för människor med demens. 1992.
- Edberg A-K. Kap 1 Att möta personer med demens. Att möta personer med demens. Studentlitteratur 2002.
- Edberg A-K. Kap 10 Individuellt anpassad omvårdnad. Att möta personer med demens. Studentlitteratur 2002.
- Erikson E H. Den fullbordade livscykeln. Natur och Kultur 1985.
- Eriksson K. Vårdandets idé. Liber 1997.
- Feil N. Validation – Feilmetoden. Studentlitteratur 1994.
- Jansson W. Family-based Dementia Care. Department of clinical neuroscience, Occupational Therapy and Elderly Care Research, NEUROTEC, Division of Geriatric Epidemiology, Karolinska Institutet, and Stockholm Gerontology Research Center. Stockholm 2001
- Kuhn D. Alzheimer's Early Stages. Hunter House Inc, USA 2001.
- Lundberg I, Wallin A. Gruppboende för personer med demenssjukdomar – en uppföljning av gruppboendets utveckling. Examensarbete, Social omsorg. Luleå tekniska universitet. 2003:012 HV.
- Olsson P-U. Soldatens reaktion beror mer på hur han upplever kriget än hur kriget i verkligheten är. Försvarets forskningsanstalt, Institutionen Beteendevetenskap. Karlstad
- Skovdahl K & Kihlgren M. Kap 8 Oro och aggressivitet – beteenden som kan vara svåra att tolka och bemöta. Att möta personer med demens, Studentlitteratur 2002.

Skovdahl K. Krävande beteenden i samband med demens : förekomst och olika förhållningssätt. Karolinska institutet. Stockholm, ISBN 91-7349-875-0, 2004.

Riksdagen. Prioriteringsdelegationen. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. 1996/97:SoU14, rskr 1996/97:60.

Socialdepartementet. På väg mot en god demensvård. Ds 2003:47.

Socialstyrelsen. Anhörig 300. Minnen från igår – omtanke idag. Ett sätt att arbeta med anhöriga till personer med demenshandikapp. 2002.

Socialstyrelsen. Kommunens stöd till anhängvårdare – Anhörigas erfarenheter och synpunkter. 2002-124-10.

Wessman S. Slutrapport angående Projekt Anhörig 300 SDF V innerstaden, Malmö stad. Malmö 2001.

Westring Nordh, Marianne och Einman, Roland. Arbetslivsrapport Nr2004:20, Arbetslivsinstitutet, Svenska Kommunförbundet. ISSN 1401-2928

Wimo A. & Sandman, P.O. Demensvård för nästa sekel. Svenska Kommunförbundet 1999

Wimo A. Demenssjukdomarnas samhällskostnader. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget 2000:14.

Sveriges kommuner och landsting, www.demensvard.se. En bättre demensvård Omgång 1, Nationellt genombrottsprojekt. Slutrapport 2005.

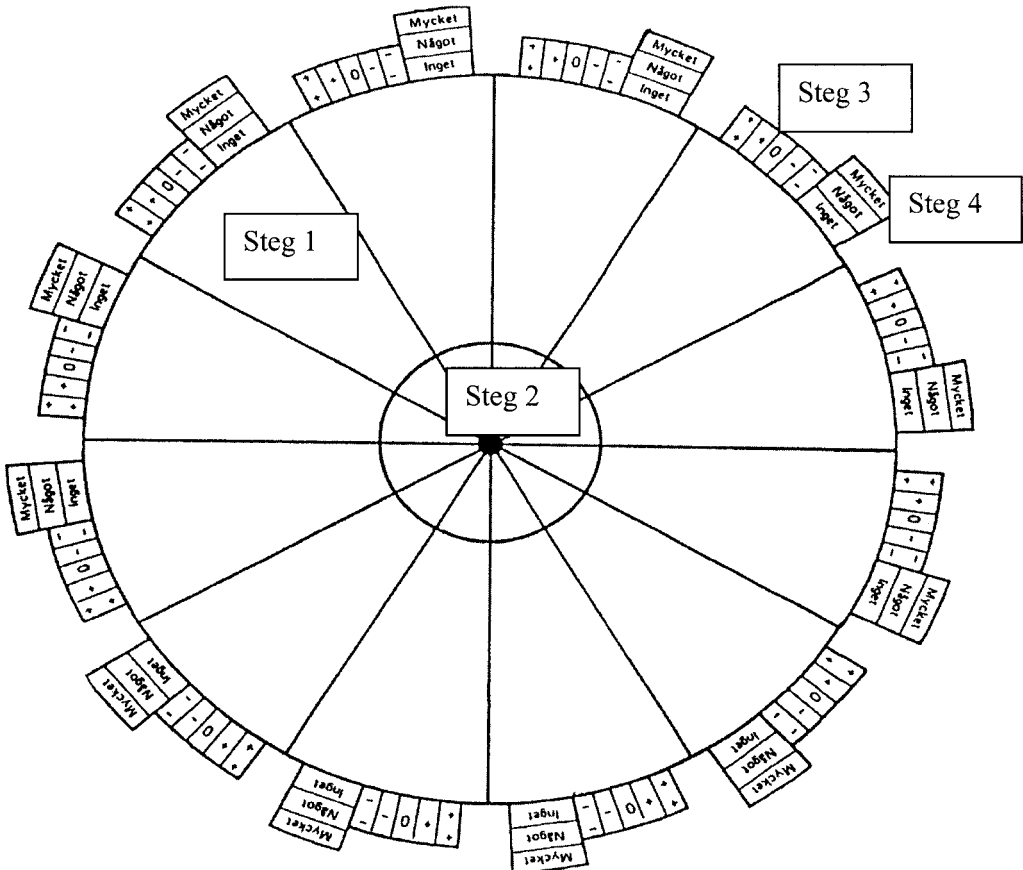
Åhsberg E. Utvärdering av demensteam i Västra Innerstaden. Malmö FoU-enhet för äldre 2002.

Ädelreformen; Prop 1990/91:14

Instruktioner för ”Hjulet”.

Nyckelord: Hur upplever du att det är att vårda en person med demenssjukdom i hemmet?

Steg 1: Vad kommer du att tänka på? Skriv ner dina tankar och synpunkter oavsett om de är positiva eller negativa. Skriv ner så många synpunkter du vill, men skriv bara ett ord per ”tårtbit” efterhand som du kommer att tänka på dem.



Steg 2: Somliga synpunkter är kanske viktigare för dig än andra. Ge därför varje synpunkt en platssiffra. Sätt en ”1” för den viktigaste, ”2” för den näst viktigaste osv. Är flera synpunkter lika viktiga för dig kan du sätta samma siffra på dem.

Steg 3: Somliga tankar och synpunkter tycker du kanske är positiva, andra negativa. Markera i de rutor som innehåller + och -. Finns du en synpunkt mycket positiv markerar du med ++ eller – om något är mycket negativt. Finns det något du varken gillar eller ogillar markerar du med en 0.

Steg 4: Titta på dina synpunkter. Somliga tycker du kanske att du kan påverka, andra inte. Markera därför i vilken grad du anser dig kunna påverka var och en. Använd rutorna ”mycket”, ”något” eller ”inget”.

FoU Äldre i Sörmland

FoU Äldre i Sörmland är en verksamhet som drivs av kommunerna och landstinget i Sörmland genom Regionförbundet Sörmland. Vi vill stödja och stimulera anställda att ta initiativ till olika former av forsknings- och utvecklingsarbeten. FoU Äldre i Sörmland vill särskilt uppmuntra till forsknings- och utvecklingsarbeten som handlar om samverkan mellan huvudmän och personalgrupper, om kvalitetsfrågor och om äldres inflytande i vården och omsorgen.

FoU Äldre i Sörmland arbetar utifrån verksamhetsidén med en fyrdelad FoU-strategi:

- Att skapa möjligheter för olika former av kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Att tillhandahålla handledning och ge metodstöd
- Att ge ekonomiskt stöd till forsknings- och utvecklingsarbeten
- Att ta initiativ till länsgemensamma FoU-projekt

FoU Äldre i Sörmland är samlokaliserat med Landstingets FoU-Centrum.



Forskning och Utveckling Äldre i Sörmland
Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna
Telefon: 016-10 54 02 Fax: 016-10 54 30
e-post: info@foualdre.sormland.se