

Transkribering avsnitt 69

Förflyttningar av personer med demens

Fysiska funktioner påverkas också på grund av de här svårigheterna som man får med minnet orienteringsförmågan och andra språkliga funktioner, till exempel att man har svårare att förstå uppmaningar och tolka språk och tolka det som finns omkring kring en också.

Poddmusik

Lena Stenbrink

Hej och välkommen till det 69:e avsnittet av FoU-podden i det här avsnittet uppmärksammar vi ett arbete som har genomförts i Nyköpings kommun. Det handlar om problem och lösningar kring förflyttningar av personer med demens. Jag som gör podden heter Lena Stenbrink, och är kommunikatör på FoU i Sörmland och med idag i det här avsnittet som spelas in via Teams är Charlotta Thunborg och Hanna Lagerlund. Välkomna!

Charlotta Thunborg

Tack.

Hanna Lagerlund

Tackar.

Lena Stenbrink

Ni får helt enkelt börja med att presentera er lite noggrannare än vad jag gjorde.

Hanna Lagerlund

Ja Hejsan! Hanna Lagerlund heter jag och jag är sjukgymnast i Nyköpings kommun. Jag har arbetat på äldre och demensboenden sen 2007 och för några år sedan så fick jag möjlighet att göra en studie som en del av min magisterutbildning inom ramen för mitt arbete i kommunen. Och den slutfördes 2019, så det är det vi ska berätta mer om här i podden. Det ska bli väldigt roligt att få delge de tankar och idéer som kom ur det här arbetet.

Charlotta Thunborg

Ja och jag heter Charlotta Thunborg. Jag är sjukgymnast, fysioterapeut. Jag arbetar på Karolinska Karolinska institutet för tillfället. Jag var bihandledare till Hanna i den här uppsatsen och Hanna byggde på mitt arbete som jag gjorde i min avhandling som ju handlade om förflyttningssituationer tillsammans med personer med demenssjukdom på särskilda boenden.

Lena Stenbrink

Jag tänkte ju lite på vad det är för förflyttningar nu vi pratar om, men först och främst kan ni ta lite kort, vad är egentligen demens?

Charlotta Thunborg

Demens är ju ett syndrom. Alzheimers sjukdom är en sjukdom där det finns liksom specifika koder för de här sjukdomarna. Så demens är liksom samlingsnamnet för flera sjukdomar så att Parkinson kan ge demenssjukdom, frontallobsdemens är en demenssjukdom och Alzheimers sjukdom då, som jag nämnde är ju den största. De flesta får Alzheimers sjukdom. Det är ju 60 % av alla som drabbas av demens syndromet som har en Alzheimers sjukdom. Många har en blanddemens alltså att man har både vaskulära inslag och en Alzheimers sjukdom.

Så demens är ett syndrom som ska ha pågått minst i 6 månader. Det ska stöka till det i vardagslivet. Det ska inte vara reversibelt så att det ska liksom inte gå tillbaka, inte bara en förvirrad period, vilket äldre kan drabbas av om de blir inlagda på sjukhuset till exempel eller genomgår en operation eller om man får lågt blodvärde när man är äldre eller om man har en urinvägsinfektion, då kan man bli förvirrad. Men demenssjukdom är varaktigt och det ska störa vardagslivet så pass mycket att man inte längre kan hantera det på egen hand.

Det är väl den enkla förklaringen skulle jag vilja säga. Har du något att lägga till Hanna?

Hanna Lagerlund

Ja, man kan väl också säga det att demenssjukdom är ju vanligare när man är äldre, men att man kan ju också drabbas när man är relativt ung också och då? Ja, brukar man göra särskilda insatser för just yngre personer med demenssjukdom. Men det är ju vanligare med stigande ålder. Så många av dem som jag till exempel som sjukgymnast på äldre och demensboenden träffar. De är ju vanligen relativt gamla då i alla fall över 65 år.

Charlotta Thunborg

Och jag träffar i mitt jobb, så träffar jag. Jag gör är med och gör utredningar på en minnesmottagning och jag träffar de här yngre patienterna som hamnar pratar om de som är under 65, för det är ju det påverkar ju arbetslivet i många fall och det är. Ibland är det arbetsgivaren som påkallar uppmärksamhet på att det är något som inte stämmer och ibland är det familjemedlemmar. Det kan vara lite olika så jag är med och gör utredningar av personer som är yngre och som får en demenssjukdom.

Lena Stenbrink

Ja, men förstod jag rätt att det handlar mer om förvirring? Alltså, det är inte så mycket fysiska symtom eller är det fysiska symtom också som att man kanske blir vinglig eller någonting sånt där?

Hanna Lagerlund

Man kan väl säga att många förknippar demenssjukdomen med förvirring eller att man får kanske dåligt minne eller så? Och det är ofta tidigare symtom, men samtidigt är det ju så att det beror på vilken del av hjärnan som är drabbad. Så sen är det ju också så att ju längre tiden går desto mer i hjärnan som drabbas så kommer man ju också få påverkan på även andra förmågor och man kanske tänker på minnet i första hand. Men det kan ju också handla om orienteringsförmåga eller förmågan och ... Ja rumsligt orientera sig alltså sätta sig på en stol och förstå vad man själv är i rummet till exempel och sen så finns det ju många förmågor som handlar om att planera och organisera sin vardag. Och det är också sånt som kan bli tydligt i början av ett förlopp, till exempel att man inte riktigt får till att laga mat längre och så att det finns ju egentligen alla de funktioner som vi har i hjärnan kan bli påverkade i en demenssjukdom och det är väl också så att olika demenssjukdomar yttrar sig på olika sätt nu sa Lotta då att Alzheimers sjukdom är en av dom vanligaste och det är ju ofta så att den börjar kanske med minnesförlust och så där att man inte kommer ihåg saker som tidigare, så därför kanske man ofta tänker så. Men det är ju egentligen alla saker som vi gör med vår hjärna, vilket egentligen är Allting som kan påverkas och därmed också många fysiska funktioner också.

Charlotta Thunborg

Man har ju sett i forskning att till exempel gånghastigheten är påverkat tidigt i förloppet, men det är svårt att särskilja eftersom precis som Hanna säger så demens drabbar ju oftast äldre

personer och då är det svårt att särskilja om den långsamma gången hastigheten har att göra med att personen är äldre och därmed har en långsam gånghastighet eller om det har med demenssjukdomen att göra och det påverkar fysiska funktioner på olika sätt. Många som får en demenssjukdom är också sköra.

Vilket innebär att dom har mindre muskelkapacitet och att dom går långsammare. Dom är svagare i benen och i grepp och dom har svårare att göra flera saker samtidigt, som att gå och göra en räkneuppgift samtidigt är otroligt komplext och svårt för de här personerna som har en demens.

Hanna Lagerlund

Och om man sedan tänker på de personerna som jag ofta träffar då som bor på särskilt boende och som har kommit till det stadiet att man kanske inte riktigt klarar och hantera sin vardag och då ser jag ju ofta personer som är alltså man har en vi brukar kalla det för *förlångsamning* med att man blir väldigt långsam i rörelser, men just i en förflyttning kan det också påverka att man kanske inte kommer ihåg vart förflyttningen ska någonstans när man väl ska göra den. Så även om en vårdpersonal säger kom nu, nu ska vi gå och äta mat. Det ska väl bli gott med frukost. Så kanske man inte riktigt kommer ihåg eller kan ta in det språkligt hela den där frasen och kanske bara kommer ihåg det där sista med frukost. Och så undrar man vad frukosten är och kanske inte får till det här att resa sig upp till exempel. Så att absolut att mycket fysiska funktioner påverkas också på grund av de här svårigheterna som man får med minnet orienteringsförmågan och andra språkliga funktioner, till exempel att man har svårare att förstå uppmaningar och tolka språk och tolka det som finns omkring kring en också.

Lena Stenbrink

Ja och då kan vi ju komma in på det här med förflyttningar? Att då kan man ju förstå att det kan vara lite svårt. Men vad är det för typ av förflyttningen vi pratar om?

Hanna Lagerlund

Ja, det som vi har undersökt både Lotta och jag i våra studier, det är ju förflyttningar av personer som är ganska långt eller sent i sin sjukdom då eller sent i ett sent skede och då handlar det om de här riktigt vardagliga förflyttningar som att ställa sig upp, sätta sig ner och kanske gå ... flytta mellan olika ytor. Gå till favoritfåtöljen eller kunna slå sig ner på toaletten och så där. Så det är väldigt vardagliga och för oss friska, väldigt enkla enkla förflyttningar. Men som kan bli väldigt svåra att genomföra för en person med demenssjukdom i ett sent skede av sjukdomen.

Charlotta Thunborg

Ja, och jag tänker att när man har hamnat i det här skedet och inte förstår uppmaningen. Man har tappat den språkliga förmågan och kanske har en fysisk nedsättning också och inte har så mycket muskler kvar, då blir det lätt att man blir kvar liggande i sängen eller att man stannar i sin favoritfåtölj och att man minskar sina rörelser totalt sett. Och det är ju jättetråkigt därför att röra kan man behålla sin rörelsefunktion så har man också ett större självförtroende. Man har lite bättre livskvalitet eller man har mycket bättre livskvalitet när man kan förflytta sig själv, men det är väldigt vanligt att det är problematiskt med förflyttningar och att det uppstår missförstånd på grund av att personen med demens inte förstår uppmaningen.

Lena Stenbrink

Finns det några sätt som man kan göra för att underlätta det här då?

Hanna Lagerlund

Ja, det är det vi har tittat på lite grann och det som är glädjande att det finns ju saker man kan göra och det jag tänker som sjukgymnast är att man måste börja fundera på vad är det som gör att förflyttningen inte fungerar? Ibland kan vi vara lite snabba med att komma direkt till åtgärden, kanske att man byter ut ett förflyttningshjälpmedel som då till exempel kan vara en rullator att man byter den mot något som brukar kallas för överflyttningsstege att man står på en stege och sen så snurrar man runt.

Men ibland så tror jag att vi måste stanna upp och fundera på. Vad är det som gör att den här förflyttningen inte fungerar? För det är verkligen något som jag lärt mig, dels genom Lottas studier, men också genom den studien som vi tillsammans har gjort och att det är möjligt att ändra hur vi som vårdare gör och faktiskt kunna påverka personer med demenssjukdom genom att vi ändrar hur vi gör och hur vi instruerar till exempel. Så det är ju i alla fall väldigt hoppfullt, tänker jag.

Och det behöver inte bara gälla vårdpersonal som ger stöd utan även anhöriga och man hjälper sin make eller maka eller syster eller bror med förflyttningar i hemmet, till exempel för de här svårigheterna finns ju även hos personer med demenssjukdom som bor i de egna hemmen.

Charlotta Thunborg

Ja, jag håller med Hanna att det är just det här att man tittar på ett gemensamt förflyttnings beteende som ju vi har pratat om, eller det som bedömningsinstrumentet som heter *Dyadic Interaction in Dementia Transfer Assessment Scale* handlar ju om ett gemensamt beteende som både den som ska hjälpa till och den som tar emot hjälpen behöver stöd med så att det kan handla om koder. Att man beteendet ... att man ändrar ett litet kommando eller att man gör en liten förändring i omgivningen som underlättar förståelsen och förflyttningssituationen och det kan ha jättestor skillnad för personen med demens att göra de här små, små förändringarna.

Hanna Lagerlund

Och jag tänker också något som jag ofta ser är inte bara i de här studierna som vi har gjort, men överlag är att man, vi som har en frisk hjärna vi jobbar på väldigt snabbt. Vi ger snabba kommandon. Vi är snabba med att ge ett till kommando när vi märker att det inte händer någonting med individen, men det ska man verkligen ha med sig att en person med demenssjukdom har svårare att uppfatta en instruktion som blir dels att man får den snabbt. Men det tar också längre tid att processa den information man får.

Så man behöver tid och man behöver ganska mycket tid. Jag vet att man är ibland kanske behöver vänta upp det 1,5 - 2 minuter och en väldigt bra övning som jag brukar ofta som sjukgymnast låta omvårdnadspersonal göra. Det är att vänta i 2 minuter, att prova själv. Hur känns det att vänta i 2 minuter att ge en given signal som - sätt dig ned? till exempel och sen vänta i 2 minuter och se hur lång tid är det, och det för oss friska människor känns det som väldigt lång tid.

Men ofta är det just den här tiden som personer med demenssjukdom behöver i uppresningen till exempel, eller andra förflyttningssituationer där man som ja, vi som är friska vi springer på och tänker, men jag ger en instruktion till ja, men han förstod inte riktigt, ja, men jag ger en instruktion till. Och det där kan i stället störa ett rörelsebeteende. Man kanske har ett där det som brukar kallas för procedurminne, alltså att man kommer ihåg sådana här procedurer som

vi har lärt oss som barn till exempel att resa sig upp från en soffa om man sen börjar ge fler instruktioner så stör man det där procedurminnet i stället för att ha is i magen och vänta in personen och se om uppresningen sker, men att det kan ta lång tid då.

Charlotta Thunborg

Och jag tänker också i den här stressade vardagen som vårdbiträden och undersköterskor ofta lever i och arbetar i så är det ju svårt att vänta. Det är ju ett jättekomplicerat beteende att; OK ett kommando – vänta 2 minuter. Oj oj oj, vad jag hade kunnat hunnit med andra saker under de här 2 minuterna. Om det hade gått lite snabbare.

Hanna Lagerlund

Absolut ja, men visst är det så och det är ju också att vi som vårdar. Vi vill ju hjälpa till och vi är ganska snabba med att hjälpa till tänker jag och det handlar om att ändra lite i vårt tänk kring hur vi gör de här förflyttningarna och kanske hur vi ibland brukar prata. Men vad ska man göra när man väntar då? Kan man titta på personen eller ska man titta bort eller vad? Vad ska man göra? Jag har ibland rekommenderat ja, men prova och räkna till 10 baklänges till exempel. Då har man i alla fall gett ganska lång tid för att för att få den här förflyttningen och hända att man ser att personen börjar röra sig och då först kan man komma och ge lite stöd, kanske under armbågen, till exempel för att facilitera alltså att underlätta rörelsen och ge en liten putt åt rätt håll.

Men det där med att vänta, det är klurigt, absolut.

Charlotta Thunborg

Ja.

Lena Stenbrink

Ja, det låter faktiskt jättesvårt, två minuter är länge! Ja, men det var ett exempel då att man väntar. Har ni flera exempel på verktyg eller vad man ska kalla det på hur man hanterar det här?

Hanna Lagerlund

Ja Lotta var ju inne på lite på det och jag tänker vilka kommandon man använder, alltså, vad säger man för att få personen att resa sig?

Hanna Lagerlund

Det tänker jag är ganska viktigt att fundera kring för man tänker att man försöker skala av så mycket som möjligt så kan det vara en hjälp för att ibland när vi säger hela den här långa meningen: Kom res dig nu så ska vi gå till matsalen och äta lite grann, så kan det vara så att personen bara uppfattar precis början eller precis i slutet och då inte får helheten. Så jag brukar rekommendera att man just i förflyttningen faktiskt använder ganska korta och nästan, vad ska jag säga, militäriska kommandon som res dig, ställ dig, sätt dig.

Och såna som är tydliga och dom är lätta och höra och lätta uppfatta för att det här andra försvinner. Liksom i bruset kan man säga för en person som har svårt och uppfatta det rent språkligt.

Charlotta Thunborg

Jag träffade en annan forskare under min doktorandutbildning som också forskade på språkliga förmågor vid demenssjukdom. Och det var faktiskt där som idén med kommandon, eller kommandon låter så hårt, men det är inte hårt utan det är mera att man ska fatta sig kort och

då? Då fick jag veta att personer med demens kan ibland sätta sig på ställen där inte finns sittplatser, vilket gör att de faller.

Och då sa den här personen "Då brukar vi säga *stå kvar*" Och att man säger det väldigt högt och tydligt så kan man minska risken för ett fall därför att personer med demenssjukdom inte tolkar sin omgivning. De tror att de sätter sig på stolen men stolen, kanske är en meter bort eller någonting sådant och då kan ett fall vara väldigt skadligt för en person med demens.

Hanna Lagerlund

Ja, men absolut och just att man undviker ordet **inte** brukar man prata med ibland för det blir ju lite ja svårt och tolka eller när man säger gör inte så då kan man ju nästan själv känna så här. Oj, men man kanske blir lite förnärad eller att man kan bli? Ja, men lite som att man säger till ett barn och det ska vi inte göra med personer som är som är vuxen och har en förvärvad skada i hjärnan med demenssjukdomen. Så jag brukar säga att man ska använda ord som är mer som positiva uppmaningar som du var inne på här. Till exempel *stå kvar* i stället för *sätt dig inte* för det blir liksom lite mer dramatiskt, kan man väl säga i situationen.

Charlotta Thunborg

Exakt.

Hanna Lagerlund

Vi var inne lite på det Lotta, jag tänker just när man tittar på såna här situationer, hur man bedömer dem, dels som sjukgymnast men också det ni kan ta med er ni som lyssnar på den här podden som inte är sjukgymnaster. Det jag har lärt mig väldigt mycket genom, framför allt Lottas avhandlingsarbete och den studien som jag själv fick göra efteråt. Det är att just att betrakta den här situationen som att det är två personer som gör den tillsammans.

När jag gick min grundutbildning fick jag lära mig mycket kring att vi ska titta på patienten och hur den personen gör. Men det Lotta satte fingret på, på ett fantastiskt sätt i avhandlingen. Var att införa begreppet vårdpar, alltså att personer med demenssjukdom och den person som ger stöd alltså oftast omvårdnadspersonal, tillsammans utgör ett vårdpar som liksom påverkar varandra och interagerar tillsammans. Så det har varit väldigt användbart för mig att tänka på det just så. Det är inte bara personer med demenssjukdom som gör uppresningen utan de gör den faktiskt tillsammans genom att man samarbetar och samverkar och hittar en bra dialog tillsammans.

Charlotta Thunborg

När andra fysioterapeuter frågar efter bedömningsinstrumentet så är det här en sak som kan vara svår att fånga upp om man inte lär sig mera om det här paret att det är ett beteende som man utför tillsammans förflyttning.

Vi, vi har ju båda gott beteendemedicinsk utbildning på Mälardalens universitet, Hanna som master magisterstudent och jag i min grundutbildning och sen la jag ju det här beteendemedicinska rastret på min avhandling, för att jag tycker att det är så betydelsefullt att se även rörelser, alltså motorisk funktion som ett beteende för då blir det på ett annat sätt tydligt att omgivningen påverkar, andra personer påverkar, min inre tanke om förflyttningen eller en motorisk rörelse påverkar, rädsla påverkar och så vidare. Det finns så mycket som påverkar en motorisk rörelse och därför kan det vara svårt att bara dela ut bedömningsinstrumentet [*Dyadic Interaction in Dementia Transfer Assessment Scale*](#) till andra fysioterapeuter som inte har bakgrunden inom beteendemedicin, men man vill ju gärna dela med sig om någonting som både Hanna och jag upplever fungerar bra.

Men det krävs lite mera kunskap bakom innan man sätter i gång med bedömningsinstrumentet och sen är det ju också så ... bedömningsinstrumentet ... Hanna och jag har ju båda använt det med filmkamera, vilket gör att man flera gånger kan observera en förflyttning och tolka den här filmen eller förflyttningen – situationen som är inspelad flera gånger och det gör man ju inte i den normala vården. Men en sak som jag skulle tycka var väldigt givande det vore ju om man ge en utbildning om förflyttningen instrumentet som skulle kunna användas utav boenden och att man kunde facilitera användningen av tankesättet omvårdnad. Jag tror att det skulle gynna förflyttningssituationer i väldigt hög grad.

Hanna Lagerlund

Jag, men absolut, jag håller verkligen med dig. Jag har ju också använt DITAS do om vi vill använda förkortningen på instrumentet så har jag använt den även i min kliniska vardag och då använder ju inte filmkamera utan då brukar jag göra så att jag observerar en förflyttning för ofta så är det ju så som sjukgymnast att man får tillsätta, men det fungerar inte i den här förflyttningssituationen längre och då brukar jag, dels först göra en intervju och försöka kartlägga lite. Vad är det som inte fungerar? Men sen brukar jag försöka observera omvårdnadspersonalen tillsammans med personer med demenssjukdom och gärna då vid flera tillfällen för att, något som vi kanske inte pratar så mycket om, det är ju också att dagsformen varierar hos personer med demenssjukdom, men också formen över dagen kan man säga. Så man kan ibland vara väldigt trött på kvällarna. Man är liksom vi brukar ibland kallas för hjärntrött. Då har hjärnan fått jobba på max hela dagen och sen är man ganska trött, kanske på eftermiddagarna eller på kvällarna. Ibland funkar förflyttningar bättre på morgnarna och ibland kanske på eftermiddagen så jag brukar försöka variera tidpunkten, när jag observerar det här paret och sen brukar jag efteråt skatta med hjälp av DITAS det består då av 17 påståenden som man ... och då är det 17 olika rörelsebetenden kan man väl säga eller. Förflyttningsrelaterade beteenden inte just bara rörelser, men är beteenden som är relaterad till den här förflyttning situationen, så det går ju att göra även utan filmkamera. Även om med filmkamera så får man ju mycket med sig på köpet då. Men jag tycker det funkar alldeles utmärkt att göra även för att framför allt kartlägga. Vad är det som kan skilja mellan olika omvårdnadspersonal? För oftast är det ju inte bara en person som ger stöd, utan det är ju de är ju ofta en grupp som jobbar tillsammans.

Charlotta Thunborg

Ja, men det är skönt att höra eftersom jag lämnade instrumentet till dig, Hanna när jag var färdig med min avhandling.

Hanna Lagerlund

Jag vet fler kollegor som också använt det, men jag tror också som Lotta säger att det kan underlätta att man har en utbildning i beteendemedicin för att verkligen liksom förstå helheten. Men jag tror absolut att man kan använda det och testa att använda det. Vi publicerar det här tillsammans med podden så det är ju fritt att använda och testa.

Och sen får man ju höra av sig till Lotta eller mig om man vill veta mer. Och hur ska man tänka rent praktiskt när man gör det och så? Men det ger väldigt mycket även ja, man måste kanske inte alltid använda instrumentet i alla situationer, men man kan ändå ha med sig i det här tänket. Just att det är två personer som gör den här förflyttningen och egentligen är det inte så konstigt om man tänker efter för vi har en person som behöver ganska mycket stöd och så har vi en person som kommer för att hjälpa och det är klart att det påverkar ju vilka instruktioner man ger, hur man ger instruktionerna.

Och sen påverkar ju också förmågor hos personer med demenssjukdom, alltså vilken språklig förmåga man har. Vilken dagsform, om man är trött, pigg hur orken och energin är idag, så det är ju väldigt många olika faktorer. Det här instrumentet tittade även lite på miljöfaktorer, alltså vad finns omkring där vi inte pratat om så mycket nu då? Men det hur ser omgivningen ut? Finns det något som stör i omgivningen? Hur är den, ja, den fysiska miljön kring personen?

Och det tas också upp i instrumentet kring det här med risken för fall. Alltså är det en säker förflyttning eller finns det något som kan göra den osäker, så den fångar in väldigt många olika områden.

Charlotta Thunborg

Och den fångar in smärta också. Det är ju en väldigt viktig faktor att tänka på att personer med demens kan faktiskt ha väldigt mycket smärta. Forskning visar att över 90 % av alla som är i sent Stadium av demenssjukdom också har smärta, men att de har svårt att kommunicera sin smärta.

Hanna Lagerlund

Och framför allt kanske också kommunicerar smärtan på ett sätt som vi runtomkring inte förstår. Det kanske så att man i stället för att säga jag har ont i min tå eller jag har ont någonstans på ett specifikt ställe. I stället blir mer upprörd och kanske försöker putta undan personal eller till och med försöka slåss för att värja sig i förflyttningssituationer eller en annan omvårdnadssituation så det kan ju ibland stå för att man har smärta och en del kan bli ganska inåtvända, kanske. Och liksom ändra sitt beteende på ett sätt som med en frisk hjärna då hade vi ju sagt att *nej, men jag har ont någonstans*, men att man har svårt att uttrycka det så som vi andra kanske skulle gjort då, såsom omvärlden kan uppfatta det.

Lena Stenbrink

Det låter ju jätteviktigt att försöka göra det här på så rätt sätt som möjligt. Vet man någonting om hur det påverkar individer med demens - Mår man bättre när man får göra det här när folk väntar på en så att man ska hinna, reagera och få de här stöden som ni beskriver jämfört med om man kör sitt vanliga race som vårdare då?

Hanna Lagerlund

Ja alltså, jag tänker att det vi är lite inne på här, det är ju egentligen kanske det som man brukar kalla för personcentrerad vård, att man ska tänka utifrån den individ man vårdar och försöka anpassa sig så mycket som möjligt till den personens dagsform och vanor och kanske ta hjälp av en levnadsberättelse. Hur har personen varit innan och så där och för just personcentrerad vård är något som man verkligen framhåller i de nationella riktlinjerna och jag menar att förflyttningar och att göra dem personcentrerade och alltså till exempel verkligen ta reda på hur vill den här personen få sin förflyttning? Eller vad funkar tillsammans med den här personen? Det är ju verkligen att jobba personcentrerat utifrån individen och där kan ju DITAS till exempel vara en hjälp, men också det här att tänka kring hur, hur skulle vi kunna göra? Vad behöver den här individen för kommandon och så där? Och jag tänker, kan vi minska alla de här andra beteendena, alltså att man kanske blir arg eller upprörd i samband med de här situationerna så tänker jag, det är klart att då får man ju en bättre livskvalité och ett bättre mående på sikt, om vi lär oss att förstå individen bättre.

Charlotta Thunborg

Jag tänker att ur ett forskningsperspektiv så är det om vi skulle försöka skatta personer med demenssjukdoms mående så är det ju att man får observera precis som vi gör ju med själva

förflyttningen. Man får observera beteenden, kanske ljud eller att man får observera om personen är lugnare och så vidare. Det här är ju komplext eftersom personer med demenssjukdom i slutskedet inte uttrycker tacksamhet utan man får lyssna, titta, känna in. Det finns ett skattningsinstrument där man kan skatta livskvalitet för personer med demenssjukdom. Men det är ganska trubbigt och det är inte alltid det fungerar så att man får på något sätt använda vana vårdare och vårdbiträden och undersköterskor. De vet ju när en person med demens mår bra eller dåligt så att man får använda sitt eget sunda förnuft helt enkelt och antagligen observera ordentligt om det finns några nya uttryck som gör att man kan tolka det som att personen mår bättre eller har det bättre i förflyttningssituation än vad de hade kanske i den förra förflyttningen. Men det är jättesvårt att göra ett konkret avgörande att säga *ja dom mår bättre*.

Hanna Lagerlund

Ja för mående är ju på något sätt väldigt mycket kan man väl säga. Det kan ju handla även om ett existentiellt mående, alltså hur man har det. Men jag tänkte på ett exempel på ett mående som vi ändå kunde tolkas som blev bättre vad det första vårdpartiet i den studie som jag gjorde i just Nyköping. Där var ju upprinnelsen till att jag inkluderade just det vårt paret i studien. Det var ju att omvårdnadspersonalen som var helt fantastisk och verkligen jobbade kring den här kvinnan. Träffat den här kvinnan som var med under rätt lång tid. Men de berättade att hon verkade må så dåligt när de vände henne från sida till sida. Hon låg i sin säng och sen så skulle de lägga dit en sån här lyftsele som man sedan kopplar på lyften för att komma upp i rullstolen. Och när de vände den här kvinnan då så ja, var det ganska tydligt att det här inte var någon behaglig förflyttning för den här kvinnan ropade ganska mycket och hon blev otroligt spänd och den här personalen uttryckte själv att ja, men det här känns inte bra. Det känns som att vi gör henne illa. Vi har provat allting, men det här verkar inte funka liksom. De kände själva att de gjorde henne illa och då filmade vi vid 6 olika tillfällen och sen utifrån det skattade vi med instrumentet och då framkom det ju även ur det här bedömningsinstrumentet. Jo, men hon visade ganska mycket, både verbalt obehag, alltså de här ropen och även kroppsligt att hon varit så otroligt spänd och där är den situationen så fick dom prova att göra den här vändningen väldigt mycket långsammare och ge tydliga korta kommandon och ha ögonkontakt under hela förflyttningen och även hålla i händerna och så där. Så hon verkligen kände att de hade kontakt med henne. Och sen när vi följde upp det så minskade de här ropen och det här spända fanns kvar lite grann men inte alls så mycket och där uttryckte ju personalen att *ja, men nu känns det ju mycket bättre. Hon verkar ju må bättre i den här situationen*.

Så det var väldigt roligt att det blev så bra och dom spred liksom vidare det här beslutet till varandra och de här supererfarna duktiga undersköterskorna. De fortsätter med det här arbetssättet och den här kvinnan upplever de verkligen mådde bättre. Men vi kan ju inte veta för vi kunde ju inte fråga henne hur hon upplevde det och så. Men vi kan, som Lotta var inne på, verkligen ofta förlita oss på att omvårdnadspersonal som känner personen väldigt väl har ofta har en väldigt god uppfattning upplever jag om hur mår personen. Är den i sitt vanliga tillstånd eller har den utvecklat beteenden som vi inte har sett förut och så där?

Charlotta Thunborg

Det där är ett jättebra konkret vardagsexempel så bra beskrivet Hanna, tack!

Hanna Lagerlund

Ja nej, men det var ju så fantastiskt att få se det där. Det var ganska jobbigt att se de här

filmerna i början. För mig som v sjukgymnast, men man såg att personalen verkligen försökte på olika sätt och hjälpa och så där och trygga den här kvinnan i förflyttningar. Men sen så var det fint att se att de ändå anammar det här nya förflyttningsbeteendet kan man säga där man fick göra på ett annat sätt. Så det har gett mig hopp och jag tänker så här att ja, men det går ju faktiskt att förändra även en situation som känns som att det här kommer aldrig gå. Sen når vi inte ända fram med alla förflyttningar. Ibland är det jättesvårt och då får man hitta den minst dåliga lösningen, liksom. Ibland hittar vi inte en jättebra lösning. Vi får inte personerna och må så bra som vi skulle önska. Men kan vi i alla fall hitta en ett och ett scenario där det i alla fall ja, den där man i alla fall kan stödja ja.

Lena Stenbrink

Jättespännande att höra det här ni berättar, måste jag säga, men om man nu vill läsa den här forskningen eller få tillgång till instrumentet och vad var det hette kan ni säga bokstäverna sakta?

Hanna Lagerlund

DIDTAS

Lena Stenbrink

Okej, så om man nu vill använda det här verktyget DIDTAS. Då kan vi länka till det.

Och om man nu känner att man behöver hjälp för att kunna använda det går att höra av sig till er på något sätt då.

Hanna Lagerlund

Ja, men absolut. Då kan vi ju lägga våra kontaktuppgifter så att dom finns och vi berättar gärna mera om instrumentet och hur man använder det också förstås och kan ge mer exempel på olika situationer där man kan använda det.

Lena Stenbrink

Men vad bra är det någonting ni känner att ni vill tillägga innan vi avslutar?

Charlotta Thunborg

Ja, jag tänker både Hanna och jag har ju upplevt att det är inte alltid man lyckas, även om man använder bedömningsinstrumentet DIDTAS.

Charlotta Thunborg

För min del, så var det så att jag inkluderade flera par i min studie, men personerna med demens är så pass sköra att de hinner gå bort innan man hinner göra sina uppföljningar. Eller också kan det vara så komplexa förflyttning situationer att man inte riktigt kan reda ut vad som är vad.

Hanna Lagerlund

Jag känner igen det både från mitt kliniska arbete och från ett av vårdparen som jag hade med i min studie. Då var det en person med demenssjukdom som ofta fick stöd av bara en vårdare eller omvårdnadspersonal och just den här förflyttningen handlade om att sätta sig ner på toaletten och för den här personen som var med så kunde det här ta upp till 6 minuter för att från att omvårdnadspersonalen gav instruktionen, så innan den här personen hade förstått vad hon skulle göra så hade den här tiden gått och där så provade vi en intervention eller en åtgärd då som handlade om att ändra miljön och anpassa lite hur personalen gjorde när de fick hjälp. Det handlar också lite om instruktioner, men vi anpassade också handtagen på toalettens för

att ett av bekymmer var att den här kvinnan höll fast. Och det har vi inte pratat om tidigare. Men det kan också vara något som ofta händer inför flyttningsituation att personer med demenssjukdom grabbar tag i någonting kanske en personal eller en möbel, eller i det här fallet då handtagen på toalettstolen och släppte inte det utan fastnade liksom i sin rörelse. Och just det här kan ibland bero på rädsla så att hålla fast i någonting är ju något som ändå ger trygghet. Och det var lite svårt att veta vad det stod för just den här situationen, men de fick pröva och att fälla upp ett handtag och göra lite annorlunda. Men där kunde vi inte se att det varit någon direkt förbättring egentligen.

För den här vårdpartiet och hade det egentligen varit bra och att prova fler åtgärder. Men i det här fallet var det också så att den här kvinnan som var med blev så pass nedsatt och dåliga av andra skäl och gick bort. Ungefär kanske 3 - 4 månader efter det att hon var med i studien så att det är ju så man når inte alltid ända vägen fram. Men jag tänker ändå att det kan vara en lär-tillfälle både för den som har observerat om det är jag som sjukgymnast, fysioterapeut, eller om man som omvårdnadspersonal funderar lite kring, alltså när man har ändrat något som inte riktigt lyckas. Då tänker jag ändå att man kan ta med det till andra situationer som är liknande eller så, så det är ju inte så att det är bortkastad. Man måste alltid fortsätta pröva. Tänk om man hittar den där lösningen som funkar och ibland så blir det inte så där bra som man skulle önska och då är det ju ofta så att det ändå funkar på sikt i alla fall.

Lena Stenbrink

Men då skulle jag vilja säga att jag hoppas att det här instrumentet sprids så att fler kan få testa och använda det och är de här metoderna vi har pratat om.

Hanna Lagerlund

Jag, men absolut, det hoppas ju vi också.

Charlotta Thunborg

Ja, det gör vi verkligen.

Lena Stenbrink

Och så får vi väl säga tack för att ni ville vara med och berätta.

Charlotta Thunborg

Tack själv.

Hanna Lagerlund

Ja men stort tack, det var superkul att få vara med.

Lena Stenbrink

Och till dig som har lyssnat så vill jag förstås säga tack för att du har lyssnat och hoppas att även vill höra nästa avsnitt av FoU-podden. Ha en toppenfin dag!

Poddmusik

