



SVEDALA KOMMUN

UTVÄRDERINGSSTUDIE AV MOTORISKA PLOCKFÖRKLÄDEN

DECEMBER 2008

Författare:
BIRGITTA ANDERSSON, demenssjuusköterska
INGEGERD ERIKSSON, enhetschef
EVA STRANDBERG, arbetsterapeut

Innehållsförteckning

BAKGRUND	3
METOD	4
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Etisk diskussion	10
Resultatdiskussion	11
Framtida projekt	12
BILAGA 1 BESKRIVNING AV FÖRKLÄDENA, HERR- OCH DAMMODELL	14
BILAGA 2 URVALSSKALA	15
MOTORISKA PLOCKFÖRKLÄDEN	15
BILAGA 3 OBSERVATIONSBLANKETT	16
BILAGA 4 ID-NYCKEL OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	17

Bakgrund

I Sverige finns det cirka 150 000 personer med demenssjukdom. Demens kan beskrivas som ett samlingsnamn för olika hjärnsjukdomar som orsakats av nervcellsdöd.¹ Sjukdomarna kännetecknas av förlust eller försämring av olika kognitiva funktioner såsom minne, språk, orienteringsförmåga, igenkänning, läs- och skrivförmåga, omdöme, planeringsförmåga, personlighet samt empati.² Även de funktionella funktionerna försämras vanligen under sjukdomsförloppet. Med detta menas exempelvis svårigheter som har att göra med Aktiviteter i det Dagliga Livet – det som i det dagliga vårdarbetet förkortas ADL.

Till detta kommer oftast så småningom även beteendestörningar och psykiska störningar vid demens, vilka vanligen förkortas BPSD. Dessa kan delas in i två grupper av symtom. De som patienten själv observerar exempelvis ångest, nedstämdhet, hallucinationer och vanföreställningar eller symtom som andra observerar exempelvis skrikande, rastlöshet.³ De senare går ofta under begreppet oro. I definitionen av oro i detta projekt ingår just skrik, rastlöshet men även plockighet.

Orsakerna till symtomen kan vara många och svårtolkade. Det kan bland annat röra sig om bakomliggande fysiska orsaker som smärta, infektioner vilket måste uteslutas och behandlas först och främst. Även eventuella läkemedelsbiverkningar måste beaktas. Det finns även idag fokus på det psykosociala omhändertagandet. Läkemedelbehandling för just BPSD-symtom har visat sig ha begränsad effekt och risken för biverkningar kan vara större än nyttan⁴. Genom åren har det prövats andra metoder till exempel vårdarsång, taktil stimulering, djur i vården med mera. 84 procent av patienter med demens har dessa BPSD-symtom. Hemsituationen blir ohållbar, och är också den vanligaste orsaken till att patienten flyttar till särskilt boende. Detta innebär ett ökat behov av kunskap hos vårdpersonalen.

I Svedala kommun har all personal inom särskilt boende fått genomgå en intern demenskurs, med erbjudande om kontinuerlig handledning ute på boendena. Dessutom har även ett demensnätverk för särskilda boenden bildats 2002. Det består av en till tre vårdbiträden/undersköterskor från varje demensboende eller avdelning med inriktning demens, vilka har ett speciellt intresse för utveckling av omvårdnaden. Dessa har regelbundna träffar fyra till fem gånger per år tillsammans med demenssjuköterskan med syftet att utbyta erfarenheter, reflektera över problem samt ta del av nyheter från forskningsvärlden för att sedan kunna vidarebefordra det på respektive arbetsplats. Ett annat syfte med nätverket har varit att medlemmarna ska vara goda förebilder och fungera som stödpersoner till sina kolleger vid problem i svåra omvårdnadsituationer som exempelvis när det förekommer BPSD-symtom som går under vår definition av oro. Demensnätverket har i detta projekt fungerat som stödpersoner för Svedalas omvårdnadspersonal under projektets genomförande, samt varit kontaktpersoner till projektledningen.

Taktil stimulering har berörts i demensutbildningen. Det Motoriska plockförklädet kan ses som en vidareutveckling av det. Känslsinnet eller huden har receptorer för beröring, tryck, smärta, kyla, värme och vibrationer.

Huden och slemhinnorna är med sina sinnesreceptorer direkt kopplade till en kärna i hypothalamus i hjärnan. Denna kärna producerar oxytocin, ett hormon och en

¹ SBU-rapport, 2005.

² Hälso- och sjukvårdsprogrammet, 2005.

³ Eriksson et al., 2001.

⁴ SBU-rapport, 2005

transmittorsubstans som är kopplad till parasympatiska nervsystemet, vars uppgift är att skapa välbefinnande i människans organism. Oxytocin går inte att mäta i blodet, men vi kan se dess verkningar i form av andra substanser i blodet som är beroende av oxytocin och det vi ser som reaktioner är till exempel höjd smärtröskel, mindre aggressivitet, sänker högt och höjer lågt blodtryck, ökad minnesfunktion, avslappning och ökat välbefinnande.

Handen med cirka 5000 receptorer/cm² är ett mycket viktigt sinnesorgan för form- och kvalitetsuppfattning samt den tredimensionella känseln. Genom att mjukt och medvetet massera huden, vårt största organ, med strykningar och lätta tryck, taktil stimulering, kan man aktivera oxytocinsystemet.

Begreppet ”motoriskt plockförkläde” kommer från Inge Dahlenborg, arbetsterapeut i ett mobilt demensteam i södra Västra Götalandsregionen, författare med mera. Vid ett demensseminarium i Hässleholm hösten 2005, visade hon ett förkläde med fickor, band, muff mm. Hon berättade att det inte gick att köpa, man fick göra ett själv. Förklädena som ingår i detta projekt har sytts av Eva Strandberg, legitimerad arbetsterapeut och en i projektledningen. De är uppsydda i två varianter, ett manligt och ett kvinnligt och med detaljer liknande dem på Inge Dahlenborgs förkläde⁵. Genom att känna och plocka med förklädena och detaljerna på dessa, aktiveras känselreceptorerna i händerna och det blir en form av taktil stimulering.

Syfte

Syftet är att utvärdera motoriska plockförklädens påverkan på oro hos äldre personer med demens.

Metod

Urval

10-15 personer med en demensdiagnos boende på särskilt boende med motorisk oro/plockighet enligt en modifierad version av ”Skattningsskala vid förvirringstillstånd”.⁶

Urvalsskala

1. a) svårt hålla händerna stilla
b) ändrar kroppsställning ofta
c) plockar med föremål
2. a) påtagligt rastlös
b) vrider händerna
c) plockat intensivt med olika föremål
f) försöker resa sig
g) verbalt orolig ex. kallar på någon
3. a) kan bara sitta stilla kortare perioder
b) vandrar av och an
c) skriker

⁵ Se bilaga 1 för mer detaljerad beskrivning.

⁶ Gustafson, 1981.

- Personen inkluderades i projektet då minst två av urvalsskalans symptom förekom.
- Observationer gjordes inte de dagar lugnande vidbehovsmedicin givits.
- Undersökningstillfällena gjordes vid de tidpunkter den äldre med demens uppvisade oro enligt ovan.
- Demensnätverkspersonerna på särskilda boende utsåg kandidater till projektet och meddelade demenssjuksköterskan för godkännande.
- Nätverkspersonerna inhämtade tillstånd av respondenten/anhöriga i Svedala kommun. I Trelleborgs kommun sköttes detta av kontaktpersonen.

Demenssjuksköterskan i Svedala kommun inhämtade tillstånd av ansvarig läkare, dokumenterade resultaten i befintlig journal och gav därefter kontaktpersonen besked om eventuell start av mätning. I Trelleborg informerade patientansvarig sjuksköterska läkaren.

Mätningarna

Mätningarna gjordes enligt följande:

1. Vid 5 olika datum
2. Observatören hade tidigare gjort en urvalsbedömning enligt skattningsskalan ovan
3. Förklädet applicerades
4. Observation 5-20 minuter
5. Utvärdering gjordes enligt följande

Utvärdering

Utvärdering efter 5-20 minuter

1. Visar intresse för förklädet och blir lugnare
2. Visar intresse för förklädet
3. Ingen förändring/inget intresse för förklädet
4. Ökad oro

Förklädet bedömdes ha positivt effekt om poängen var 1 eller 2.

Etiska överväganden

För att minimera risk för kränkning gjordes försök till godkännande i första hand av personen själv, därefter anhöriga.

Godkännande inhämtades också av ansvarig läkare, speciellt om personen hade frontallobskador, för att undvika exempelvis kvävningsrisk.

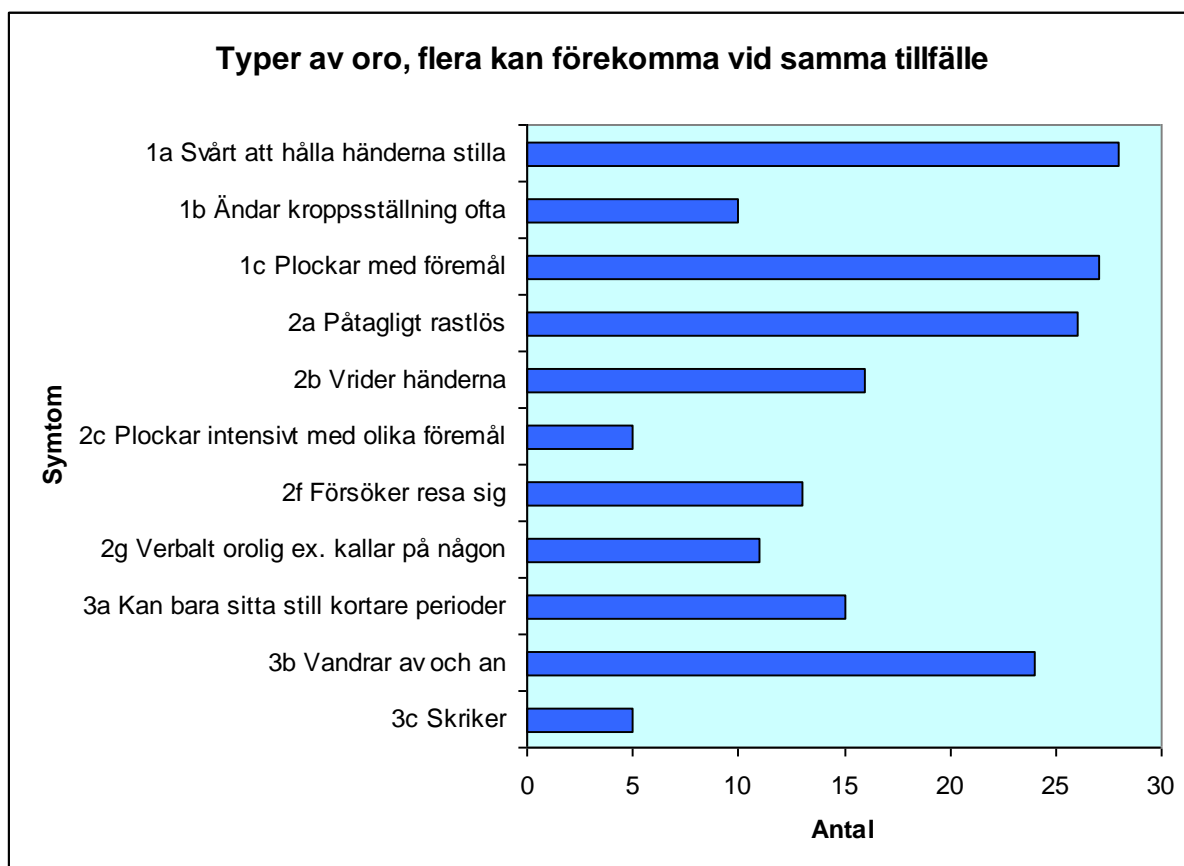
Cheferna för respektive särskilda boenden informerades, eftersom personalen fick ändrade arbetsuppgifter. Medicinskt ansvarig sjuksköterska informerades och vi inhämtade tillstånd från socialchefen, som godkände projektet.

Resultat

Totalt ingick elva personer i studien varav två män och nio kvinnor. Av dessa kom åtta från Svedala kommun och tre från Trelleborgs kommun. Från Trelleborg ingick ytterligare ett antal personer, men de fick kasseras på grund ofullständigt antal undersökningstillfällen.

Rastlöshet, svårt hålla händerna stilla, vandrar av och an och plockar med föremål var de mest förekommande typerna av oro, som ledde till att förklädena provades (Figur 1).

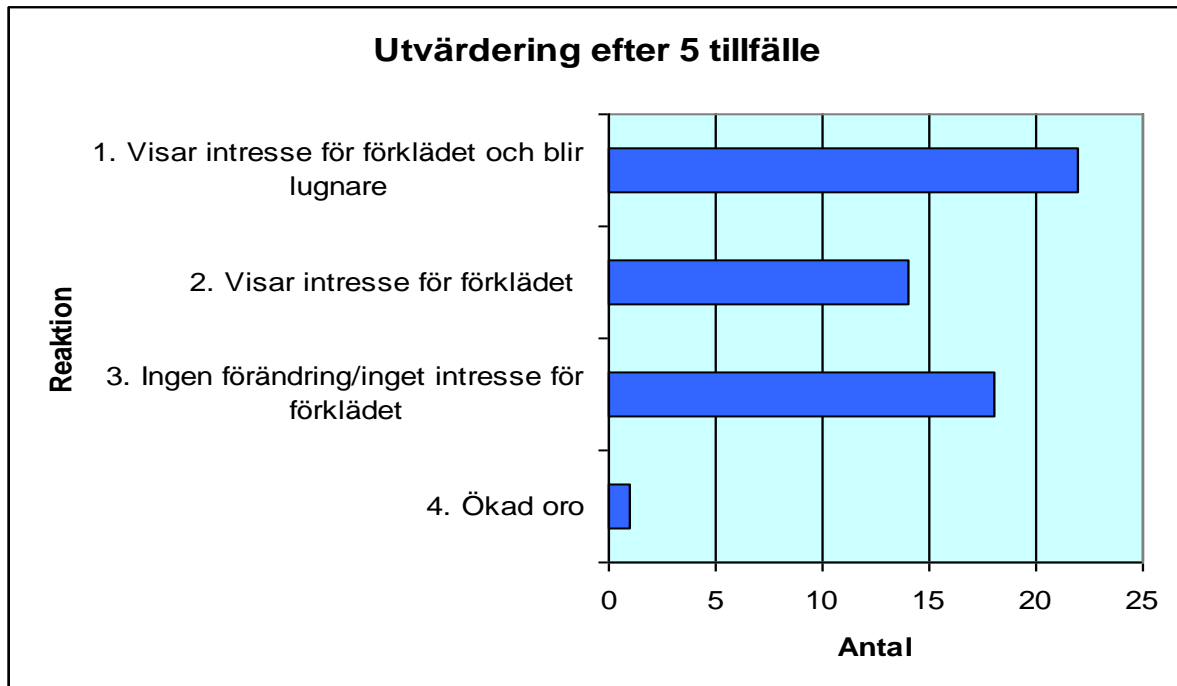
Skrik och intensivt plockande var de minst förekommande symtomen



Figur 1. Förekommande symtom.

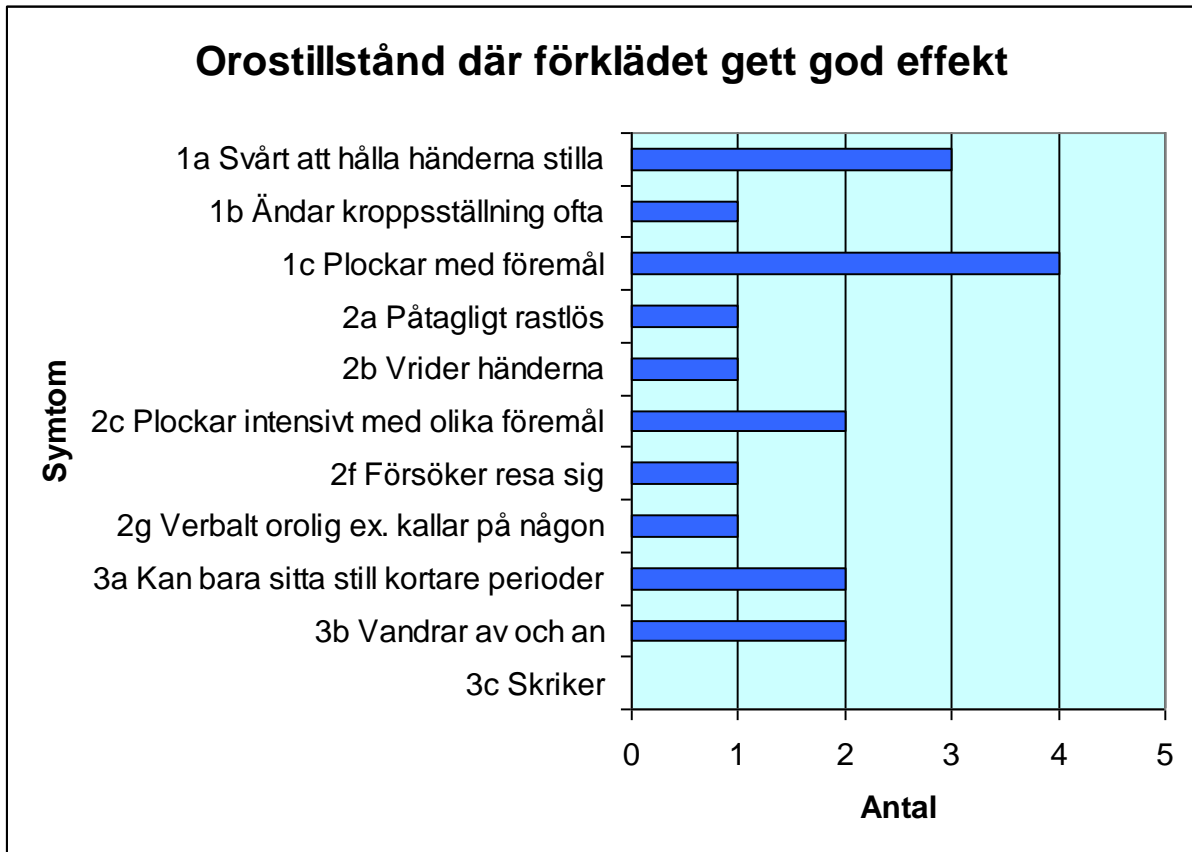
Reaktionerna ”Visar intresse för förklädet och blir lugnare” och ”Visar intresse för förklädet” tolkades som positiv effekt av förklädet (Figur 2).

Av dem som fullföljde studien, var det få som visade ökad oro, när förklädet användes. Vanligaste reaktionen var, att personen visade intresse och blev lugnare. Det fanns också en del som inte visade något intresse för förklädet, men de visade inte heller på ökad oro (Figur 2).



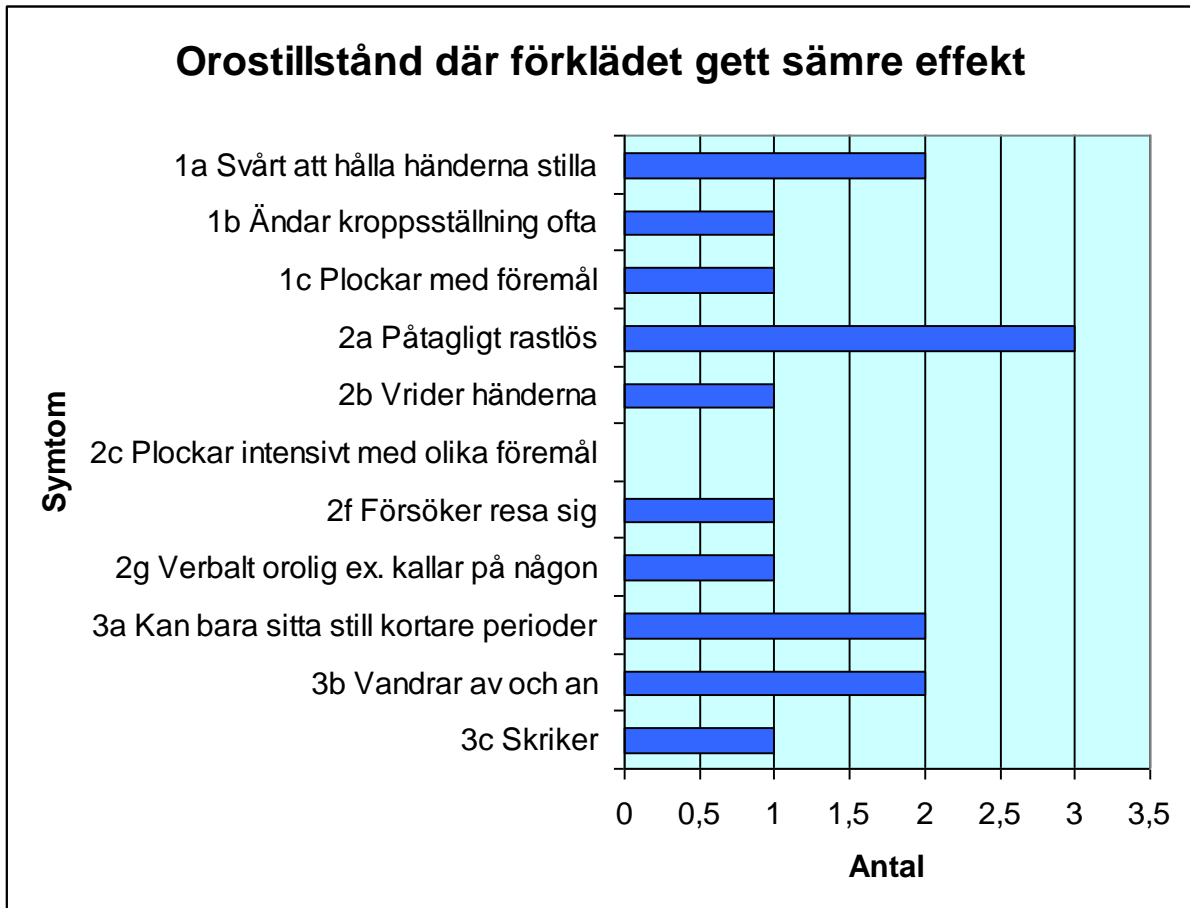
Figur 2. Utvärdering av reaktioner.

Vi fann ett samband mellan vissa symtom och god effekt av förklädet (se Figur 3). Utvärderingen visade samband mellan god effekt och symtomen ”Plockar med föremål” och ”Svårt att hålla händerna stilla”. En viss effekt sågs även vid symtomen ”Plockar intensivt med olika föremål”, ”Kan bara sitta still korta perioder” samt ”Vandrar av och an”.



Figur 3. Orostillstånd där förklädet givit god effekt.

Vi fann ett samband mellan vissa symtom och sämre effekt av förklädet (Figur 4). Utvärderingen visade samband mellan sämre effekt och symtomet ”Påtaglig rastlös”. Sämre effekt sågs även vid symtomen ”Svårt att hålla händerna stilla”, ”Kan bara sitta still korta perioder” samt ”Vandrar av och an”.



Figur 4. Orostillstånd där förklädet givit sämre effekt.

Diskussion

Metoddiskussion

Det var svårt att nå upp till vårt mål, 10-15 personer, som hade de specifika orostillstånden som fanns i urvalsskalan. Vad detta kan bero på kan vi bara spekulera i. Kan det vara slumpen eller har utbildning till personal haft någon inverkan? Används andra metoder för att lugna personerna? Skulle vi ha valt, att endast ta personer med en specifik diagnos, skulle urvalet ha varit ännu mindre? Vi misstänker, att flera äldre personer har den mer generella diagnosen ”demens”. Det hade varit intressant att kunna koppla resultatet till exempelvis diagnosen Alzheimer. Bristen till urvalet kompensades av ett samarbete med Trelleborgs kommun. För att nå vårt mål, förlängde vi först mätperioden. Detta gav magert resultat. Vi tog därför kontakt med demenssjuksköterskan i Trelleborgs kommun, som kompletterade urvalet.

Vi anar, att stadiet i demenssjukdomen, möjligen kan ha en betydelse. Detta fanns inte med i våra urvalskriterier. Med särskilt boende avsåg vi både boende inom äldrevård och omsorgen. Flera av kriterierna i urvalsskalan var snarlika. Ett mindre antal kriterier, kanske hade varit enklare för personalen att identifiera.

Då denna metod var ny och okänd, krävdes ibland både skriftlig, muntlig och upprepad information till observatörerna. De som gjorde studier på flera olika personer, hade lättare för att genomföra utvärderingen. De observatörer som var positivt inställda till alternativa metoder, istället för läkemedel, var mer benägna att testa förklädena. Vi kan inte bortse från, att den uppmärksamhet, som testpersonen fick, i samband med mätningen, kan ha inverkat positivt på resultatet. Genom information till observatörerna, försökte minimera detta. Reaktionerna 1 och 2 bedömdes som positiva. Vi kunde ana, att vissa personer, visade större intresse för förklädet, efter tillvänjning.

Att använda sig av kvinnligt eller manligt förkläde och att personerna hade förklädena på sig, kan diskuteras. En del personer visade större intresse, när det istället placerades framför dem på ett bord eller i knäet. Har åldern någon betydelse här? Är betoningen på traditionella kvinnliga respektive manliga roller för stor? Ett könsneutralt förkläde, hade kanske varit bättre? Kunde personens levnadsberättelse användas, för hur förklädet skulle vara utformat och vilka detaljer som skulle finnas?

Etisk diskussion

Det är framför allt två etiska principer, ”självbestämmande” och ”göra gott och skada inte”, som vi tagit hänsyn till vid detta arbete. Självbestämmandeprincipen styr att ”alla människor har en moralisk skyldighet att respektera varandras självbestämmanderätt så länge det inte inkräktar på andras rätt att bestämma över sig själva”.⁷

Svårigheten vid detta arbete var att inhämta medgivande från de personer som provade förklädet. Detta ställde stora krav på lyhördhet hos den personal, som genomförde undersökningen, så att de fångade alla tecken på om personen inte ville medverka. Då avbröts genast undersökningen. Flera fick avbryta studien alternativt aldrig påbörjades på grund av detta. Närstående kontaktades även för ett medgivande. Tanken var, att de hade djupare kunskap om personen, då de kände dem under en längre tid.

⁷ Dahlström, 1990.

”Göra gott och skada inte- principen” kan sammanfattas enligt följande ” den moraliska skyldheten att inte tillfoga någon lidande, att förebygga lidande, att avlägsna lidande och i någon mån främja välbefinnande”⁸. Grundförutsättningen i detta projekt, var att göra gott och främja välbefinnande, genom att minska oro. Vi var också observanta på att inte skada eller tillfoga lidande, genom noggrann information till personalen.

Ett annat etiskt resonemang kan föras runt olika intressen och dess konsekvenser.

Intressekonflikten kan beskrivas som följer ” istället för mina egna intressen måste jag ta hänsyn till intressena hos alla som påverkas av mitt beslut. Detta kräver att jag väger alla intressen mot varandra, och utför den handling som med största sannolikhet maximerar intressetillfredsställelsen hos den som påverkas av min handling”⁹. För personalen kunde det uppstå en intressekonflikt, mellan valet av medicinska åtgärder och omsorgsåtgärder. Skulle läkemedel eller förklädet användas?

Resultatdiskussion

Urvalskriterierna ”Svårt att hålla händerna stilla” och ”Plockar med föremål” var de, som förklädena hade bäst effekt på. Det var också dessa kriterier, som förekom oftast.

Detaljerna och banden på förklädena verkade tillfredsställa deras plockbehov, likaså den avtagbara muffen, som gav taktil stimulering. Vissa personer blev mer intresserade, när förklädet placerades i deras knä, eller lades framför dem på ett bord.

I de fall, när förklädet gav en sämre effekt, var kriteriet ”Påtagligt rastlös” vanligast.

Detta skulle kunna innebära, att vid vissa symtom, har förklädet bättre effekt, än vid andra.

Vid motorisk oro, där hela kroppen är engagerad verkar förklädet fungera sämre.

En slutsats vi skulle kunna dra, är att det är mindre lämpligt, att använda det vid vandringsbeteende. Detsamma kunde vi se vid skrikbeteende, men underlaget är för litet för att dra någon slutsats. Kriteriet ”Svårt att hålla händerna stilla”, fanns med i både de positiva och negativa effekterna av förklädena. Detta kan bero på, att det är det mest förekommande symtomet

Vi har ingen uppfattning om hur många personer som redan i tidigt skede blev bortsorterade av observatörerna. Vilka kriterier, som gjorde att de sorterades bort, hade varit intressant att veta.

Anhöriga till de personer som deltog i studien var positivt inställda till förklädena.

Detta gällde också läkarna, efter det att de fått se dem. Personalen har på fem personer, skrivit egna kommentarer i samband observationstillfällena. Den första beskriver hela händelseförloppet och konstaterar att social kontakt fungerar bättre. Den andra testar att själva ha förklädet på sig med god effekt på testpersonen. Den tredje beskriver att personen reagerar på talet 13, som finns på det manliga förklädet, och pratar kring det. Nästa kommentar är vid ett tillfälle där testpersonen inte visar intresse. En testperson visar ökat intresse varje gång förklädet används och bäst när det ligger framför på ett bord. Denna kommentar fick vi även av den femte.

⁸ Nilstun, 1994.

⁹ Singer, 1996.

Framtida projekt

Vi kan se att förklädet utvecklas vidare och göras mer personligt om man tar hänsyn till Levnadsberättelsen. Förklädet skulle kunna förändras till en aktivitetsmatta att lägga framför personen, personalens kommentarer ger stöd för denna tanke. Även endast muffen har visat sig minska oro. Under projektets gång har förklädena visats upp i olika sammanhang. En förfrågan av mönster på förklädet har uppkommit från flera håll. Det hade varit intressant att koppla förklädet till en specifik diagnos exempelvis Alzheimers sjukdom. Detta är vår kommun för liten för i nuläget. Kanske skulle till exempel sjuksköterske- och arbetsterapeutstuderande kunna genomföra detta gentemot flera kommuner.

Vi tackar personalen i Svedala och Trelleborgs kommuner, som hjälpte oss med undersökningen, utan er hade det inte blivit något projekt. Även tack till Kristina Edvardsson, demenssjuksköterska i Trelleborgs kommun, som hjälpte oss när undersökningen höll på att avstanna helt på grund av för litet urval. Stort tack till Ulf Jakobsson, docent vid Lunds universitet, som har gett oss många goda råd och varit en inspiration att skriva föreliggande rapport.



Referenser

Dahlström, G. (1990) Åldern som prioriteringsfaktor- har inte alla lika rätt till sjukvård. *Läkartidningen*, 87:397-400.

Eriksson,S., Minthon,L., Saarela, T., Sandman,P-O., Karlsson,I, . (2001), *BPSD i ett nordiskt perspektiv*, Janssen – Cilag Ab., Västra Frölunda.

Gustavsson,L. (1981). *Skattningsskala vid förvirringstillstånd*.

Nilstun, T. (1994). *Forskningsetik i vård och medicin*. Studentlitteratur, Lund.

Region Skåne, Kommunförbundet Skåne, (2005), *Hälso- och sjukvårdprogram Demenssjukdomar*, Lund; Region Skåne.

Singer, P.(1996). *Praktisk Etik*. ScandBook, Falun.

SBU-rapport (2005) *Demenssjukdomar-en systematisk litteraturöversikt*.

Bilaga 1 Beskrivning av förklädena, herr- och dammodell

Båda förklädena är cirka 65 cm breda och 80 cm långa, har knytband runt midja och hals. Nedtill finns 3 fickor cirka 22 x 25 cm.

Mitt på förklädet finns en avtagbar muff, fodrad med syntetpäl. Den är försedd med karborrband och avtagbar.

Damförklädet

De tre fickorna har påsydda tygbitar av olika struktur och kvalitet (velour, fleece och vit skrubbsvamp).

I botten av den ena fickan finns fastsydda ”gammeldags” zig-zag snören, att ta upp och stoppa ner.

Mellan fickorna finns dels en grov dragkedja som går att öppna stänga och dels ett grovt band med påträdda knappar av olika storlek, färg och struktur.

Upp till vid halsen finns en knäppslå med tre knappar som går att knäppa/knäppa upp.

På var sida knäppslån finns två påsydda fickor. I den ena finns en liten virkad duk.

Vid sidan av muffen finns ett snöre med en virkad grytlapp.

Herrförklädet

Två av fickorna har påsydda tygbitar (frotté och velour), den tredje fickan har en påsydd dragkedja som går att öppna och stänga.

I ena fickan finns en liten mjuk tygpåse med skruvar i olika storlekar.

Övre delen av förklädet är sytt som en väst med två påsydda fickor. ”Västen” har tre knappar som går att knäppa/knäppa upp. I ena fickan finns en snusnäsduk.

Vid muffens ena sida finns ett grovt snöre med stora muttrar påträdda och vid muffens andra sida finns en karbidhake med ett utdragbart måttband. Under muffen finns två fastsydda långa mönstrade band.

Bilaga 2 Urvalsskala

MOTORISKA PLOCKFÖRKLÄDEN

ID: **Man**
Enhet: **Kvinna**

URVALSSKALA

Markera **minst 2** symtom med **X** i aktuella rutor
Obs! Fler än ett symtom kan förekomma

	1a	Svårt hålla händerna stilla
	1b	Ändrar kroppsställning ofta
	1c	Plockar med föremål
	2a	Påtagligt rastlös
	2b	Vrider händerna
	2c	Plockar intensivt med olika föremål
	2f	Försöker resa sig
	2g	Verbalt orolig ex. kallar på någon
	3a	Kan bara sitta stilla kortare perioder
	3b	Vandrar av och an
	3c	Skriker

Bilaga 3 Observationsblankett

ID:

Man Kvinna

Enhet:

OBSERVATIONSTILLFÄLLEN 5 st

TYP AV ORO Symtom Minst 2 symtom markeras	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
1a Svårt hålla händerna stilla					
1b Ändrar kroppsställning ofta					
1c Plockar med föremål					
2a Påtagligt rastlös					
2b Vrider händerna					
2c Plockar intensivt med olika föremål					
2f Försöker resa sig					
2g Verbalt orolig ex. kallar på någon					
3a Kan bara sitta stilla kortare perioder					
3b Vandrar av och an					
3c Skriker					

UTVÄRDERING vid 5 tillfällen

REAKTION efter 5-20 minuter OBS! Endast en ruta markeras	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
1 Visar intresse för förklädet och blir lugnare					
2 Visar intresse för förklädet					
3 Ingen förändring/inget intresse för förklädet					
4 Ökad oro					

SKRIV EGNA KOMMENTARER PÅ BAKSIDAN AV DETTA PAPPER →

Bilaga 4 ID-nyckel och tillvägagångssätt

Varje enhet ska ange de personer som ska ingå i projektet med ett ID-nr 1, 2, 3 4 osv.

Inga namn får förekomma på urvalsskalan eller på observations/utvärderingspapperet.

Däremot ska det finnas en ID-nyckel på varje enhet, där den förvaras inlåst tillsammans med den sociala dokumentationen.

Exempel

Stina Persson är den första personen på enheten som enligt urvalsskalan, uppfyller kriterierna för att prova förklädet. Hon får då ID: 1 både på urvalsskalan och observations/utvärderingspapperet

Oskar Olsson är den andra personen och får då ID: 2 osv.

Tillvägagångssätt

1. Urval

Välj ut lämplig person som har **minst 2** av symtomen på urvalsskalan. Markera symtomen med ett X.

Obs! Fler än 2 symtom kan förekomma.

Ge personen ett ID-nr.

2. Observation

(Görs inte de dagar lugnande vidbehovsmedicin givits)

När personen uppvisar oro, sätt på förklädet.

Observera personen mellan 5 och 20 minuter.

Hur reagerar hon/han?

Markera med X i **en** av de fyra rutorna i utvärderingstabellen.

När observation gjorts vid 5 tillfällen är personen ”klar”, inga fler observationer utförs.

ID	För- och efternamn	Personnummer
ID 1		
ID 2		
ID 3		
ID 4		
ID 5		