

Specifik omvårdnad för personer med  
beteendestörningar och psykiska symtom  
vid demenssjukdom (BPSD)  
– en utvärdering av ett tvåårigt  
utvecklingsprojekt

Siw Hansson

## Förord

Att leva med en demenssjukdom kan innebära att den sjuke befinner sig i en tillvaro som upplevs fragmentarisk och där det är svårt att uppleva mening och sammanhang. Det kaos som uppstår kan leda till oro eller att personerna upplever situationen som hotfull. Flera studier har visat omvårdnadens och den fysiska och psykosociala miljöns betydelse för personer med demenssjukdom (SBU's rapport 2006:172). Om personer med demenssjukdom inte har en trygg och meningsfull tillvaro med individuellt anpassad sysselsättning, kan resultatet därför bli olika typer av beteenden som aggressivitet, oro, rastlöshet och ångest (Skovdahl, 2004). Det saknas dock studier om betydelsen av särskilda vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom och så kallade beteendestörningar och psykiska symtom (BPSD). Det saknas även tillräcklig kunskap för att kunna ge rekommendationer om hur dessa insatser bör utformas för att personerna ska kunna leva ett så meningsfullt och värdigt liv som möjligt trots demenssjukdomens destruktiva påverkan på människans förmågor. Den form för utvecklingsprojekt som den föreliggande rapporten redovisar är därför ett viktigt bidrag för att ge kunskaper och klinisk erfarenhet om särskilda vård- och omsorgsinsatser för personer med demenssjukdom och BPSD. Projektet är ett exempel på verksamhetsnära utvecklingsprojekt som får stöd av FoU Äldre i Sörmland med ekonomiska bidrag och handledning.

Det räcker dock inte att enbart ha fokus på vårdinsatserna i sig. Det är viktigt att vara medveten om att vårdpersonalen är verktygen för att ge omvårdnad av hög kvalitet, men att organisationen spelar en betydande roll för att de skall lyckas. Personer med demens och BPSD är dessutom en mycket krävande vårdtagargrupp att förhålla sig till. Tidigare studier har visat att i samband med återkommande oro, aggressivitet och rastlöshet bland enskilda vårdtagare kan vårdpersonalen uppleva nästintill maximal fysisk och psykisk vårdtyngd (Skovdahl, 2004). Det är därför viktigt att all vårdpersonal som förhåller sig till dessa personer får kontinuerligt stöd för att de skall orka med det krävande arbetet i längden.

Vårdarna måste kontinuerligt observera, tolka och förstå personernas uttryck och beteenden för att möta deras behov och önskemål. För att lyckas med detta behöver vårdpersonalen kunskap om demenssjukdomar, BPSD och om omvårdnadens och det egna förhållningssättets betydelse. Det krävs också förståelse och respekt för den enskilde individen, att vårdarna har förmåga att leva sig in i individernas upplevelsevärld, att de försöker ta reda på hans eller hennes livshistoria och ser personernas rätt till ett individuellt och respekterat liv. Sjukdomsbildens komplexitet kräver således stora kunskaper hos vårdpersonalen och sannolikt ett genuint intresse för denna grupp vårdtagare. Den föreliggande rapporten ger även kunskap om dessa förutsättningar. Projektets styrka är att det har pågått i över två år, vilket givit nödvändiga insikter i positiva och negativa händelser som påverkar utvecklingen av en särskild verksamhet. Projektet är även ett viktigt bidrag till att lyfta fram vårdinsatsernas betydelse och betydelsen av vårdpersonalens oerhörda arbetsinsatser. Projektet visar även att denna typ av vårdinsatser kräver särskild kompetens och förmågor bland personalen och att kvalifikationskrav därför kan vara nödvändiga för att hantera detta krävande arbete.

Örebro 20 juni 2007

*Kirsti Skovdahl*

*Leg ssk, med dr, universitetslektor*

## Sammanfattning

I april 2005 öppnades ett boende för personer med behov av specifik omvårdnad i Strängnäs kommun (Hansson & Nordin, 2006). Syftet var att utveckla en modell för ett gott omhändertagande och skapa en boendemiljö som kan förbättra möjligheterna till en individanpassad omvårdnad utifrån vårdtagarens särskilda behov. Målsättningen var att denna särskilda vårdinsats skulle minska aggressioner och oro bland individerna och därmed öka välbefinnandet. Urvalet av personer till boendet var att de uppfyllde de fastställda kriterierna för inflyttning. Den tidigare delrapporten visade att personalen upplevde att det saknades både kompetens och lämpligt boende för att kunna klara omsorg och omvårdnad för personer med specifika behov. Vårdtagarna erbjöds en plats i det nya boendet efter kontakt med demenssjuksköterskan. \_

Personal rekryterades utifrån en kravspecifikation. Personalen skulle ha god förmåga och ett stort intresse för att skapa så god och meningsfull vardag som möjligt för dessa personer. Det dagliga omvårdnadsarbetet kompletterades med reminiscence, validation, taktill stimulering, sång och musik. VAS-skolor har använts för att bedöma oro och välbefinnande bland de boende. Boendet har funnits i två år och föreliggande rapport är en beskrivning och utvärdering av den specifika vårdinsatsen.

Erfarenheten av projektet visar att;

- gruppboendet för denna grupp av äldre med BPSD inte går att jämföra med traditionellt gruppboende för personer med demenssjukdom. Både en bra intern och extern miljö är avgörande för att personalen skall ha förutsättningar att arbeta med ett tillåtande förhållningssätt och ge de boende en individuellt utformad vård och en meningsfull tillvaro.
- vården är krävande och kräver flexibilitet. Personalen behöver ha ett speciellt intresse för vårdformen. En god kompetens, en förståelse och förmåga att tolka de krävande beteendena är avgörande för hur omsorgen planeras och genomförs.
- olika förutsättningar måste finnas för att klara av att arbeta med den boendes totala situation. Som exempel kan nämnas tillräcklig bemanning och tillräcklig kompetens och erfarenhet hos personalen. Vidare att valda arbetsmetoder är genomtänkta och höjer välbefinnandet hos den boende och hjälper personalen att se förändringar.
- vid utvärdering genom olika mätmetoder framkom svårigheter att utföra mätningar på fastställda tider eftersom genomförandet kunde förhindras av oförutsedda händelser.
- den planerade vården skall vara kvalitetssäkrad och att det krävs ett gott samarbete med övriga resurser i samhället som t ex specialistläkare, Securitas och transporter för att trygga boendeformen.

**Projektet visar att**, ett specifikt boende för personer med demens och BPSD kräver särskilda insatser och personal med stort intresse och hög kompetens. Positivt har varit att komplettera traditionella omvårdnadsinsatser med metoder som syftar till att gynna de boendes livssituation. Viktiga förutsättningar för vårdutveckling och kvalitetsarbete är också att personalen får fortlöpande stöd och handledning.

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b>	1
Problemområde	2
<b>Syfte</b>	2
<b>Projektets genomförande</b>	2
Personalrekrytering	3
De boende	3
Vårdpolicy	4
Arbetsformer	4
Utvärdering och dokumentation	5
<b>Resultat och kommentarer</b>	6
1. Utvecklingprocessen enligt Svalanders modell – Organisationsstruktur	6
Handledning och undervisning	6
Lednings- och organisationsperspektiv	7
Arbetsledningen	7
Miljöns betydelse	8
2. Tillämpningen av kommunens kvalitetsbegrepp i det dagliga vårdarbetet	8
Valfrihet	8
Kontinuitet	9
Integritet	10
Trygghet	11
Rätt till ett aktivt och meningsfullt liv	13
Tillgänglighet	15
3. Observationer	15
Visuell Analog Skala (VAS)	16
Gottfries-Bråne-Steen-skalan (GBS)	17
Sömnregistrering	17
Viktkontroll	18
4. Vad hände med personalen?	18
Utbildning och handledning	18
Självskattning	19
<b>Diskussion</b>	20
Organisation/struktur	20
Vårdteknologi	22
<b>Slutsatser</b>	24
<b>Tack</b>	25
<b>Referenser</b>	26
<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1 Personalens yrkes- och andra erfarenheter	
Bilaga 2 Svalanders modell	
Bilaga 3 Strängnäs kommuns kvalitetsbegrepp	
Bilaga 4 Arbetsmetoder på gruppboendet BPSD	
Bilaga 5 Sömnregistrering	
Bilaga 6 Gottfries-Bråne-Steen skattningsskala (GBS-skalan)	

## Bakgrund

Demenssjukdomar tillhör de stora folksjukdomarna. Enligt SBU-rapporten (2006) beräknas cirka 140 000 personer i Sverige ha någon form av demenssjukdom. Vid 65 års ålder är andelen omkring 1 procent. Därefter ökar andelen med stigande ålder till att ligga på över 50 procent vid 90 års ålder.

Demens är en samlingsbeteckning för en grupp av sjukdomar och syndrom som har vissa gemensamma symptom (SBU 2006:172). Det kan röra sig om förlust av *kognitiva funktioner* såsom minne, språk, orienteringsförmåga, igenkänning eller läs- och skrivförmåga. Även förmåga till omdöme, planering och empati samt personlighet, det vill säga sådan som hör till det sociala livet, kan förstöras. Försämring av *fysiska och instrumentella funktioner* där personen drabbas motoriskt, men även försämringar av andra funktioner som leder till allt ökande svårigheter med aktiviteter i det dagliga livet. *Beteendestörningar och psykiska symtom* (BPSD) kan förekomma. BPSD är ett internationellt konsensusbegrepp som omfattar ångest, nedstämdhet, hallucinationer och vanförställningar, aggressivitet, skrikande, rastlöshet, agitation, vandrande, social oacceptabelt beteende, bristande sexuell hämning, samlande och svärande (Finkel et al, 1996). BPSD har negativa konsekvenser för personen själv, men kan uppfattas ha större påfrestningar för närstående och omgivningen än vad de primära demenssymtomen har. Konsekvenserna anses vara den vanligaste orsaken till flyttning till ett vårdboende (Volicer & Hurley, 2003). Det finns studier som visar att symptomklustret BPSD visas någon gång under demensutvecklingen i upptill 84% av fallen (Mega m fl, 1996) och att förekomsten ökar med demenssjukdomarnas utveckling (Haupt m fl, 2000). Demenssjukdomarnas destruktiva påverkan leder till att personerna blir allt mer beroende av stöd från omgivningen och en professionell omvårdnad.

Det finns olika sätt att beskriva demenssjukdomars svårighetsgrad och sjukdomsstadier. Socialdepartementets (2003) indelning är följande:

- *Mild demens* – personen har demenssymtom men klarar oftast att leva på egen hand.
- *Måttlig demens* – personen behöver stöd i det vardagliga livet men kan oftast vistas hemma.
- *Svår demens* – personen är så funktionsnedsatt att ständig tillsyn är nödvändig och någon form av särskild boendeform krävs.

I april 2005 öppnades ett särskilt gruppboende i Strängnäs för personer med behov av specifik omvårdnad på grund av beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) (Hansson & Nordin, 2006). Underlaget för vårdidén och antagandet om behovet av en speciell vårdenhet grundade sig på en enkät som besvarades i grupp av sjuksköterskorna tillsammans med omvårdnadspersonalen som

arbetade dagtid på särskilda boenden inom Strängnäs kommun. Av 35 utlämnade enkäter besvarades 33. Resultatet pekade på att det fanns ett stort behov av att erbjuda ett annat boendevalternativ för personer med BPSD än det som kommunen kunde erbjuda. Det ansågs viktigt att erbjuda särskilda insatser till dessa personer eftersom de ofta upplevs som en mycket krävande grupp i vården.

Resultatet visade att 70% hade arbetat med vårdtagare med den beskrivna problematiken. Upplevelsen var att omhändertagandet var bristfälligt, samt att en stor andel av personerna saknade en tydlig diagnos. Enkätsvaren visade också en upplevelse av att den befintliga vårdformen bland annat saknade specialutbildad personal. Vidare framhölls behovet av högre personaltäthet.

### **Problemområde**

Personer med BPSD är en utsatt grupp. Deras störande beteende kan vara skrämmande för medboende och personal. De boende kräver mycket uppmärksamhet och personalen behöver ha psykiatrisk kompetens. De boende har behov av mycket resurser. Skovdahl pekar i sin avhandling (2004) på att persongruppen är skör och att det behövs mycket kunskap för att möta dessa personer och ge dem en meningsfull tillvaro.

### **Syfte**

Syftet med föreliggande utvecklingsprojekt var att utforma ett specifikt boendevalternativ för personer med demenssjukdom och BPSD och i att utveckla en arbetsmodell för ett gott omhändertagande av denna grupp personer.

**Målet** var att skapa en boendemiljö som kan förbättra möjligheterna till individanpassad omvårdnad utifrån vårdtagarens särskilda behov. Förhoppningarna var att denna särskilda vårdinsats skulle minska aggressioner och oro bland individerna och därmed öka deras välbefinnande och livskvalitet. Målet var också att ge personalen förutsättningar till att utveckla, planera och dokumentera enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL), samt fortlöpande bedöma och utvärdera såväl de boendes utveckling som det egna arbetssättet.

### **Projektets genomförande**

En *styrgrupp* bildades i planerings- och inledningsskedet, som bestod av medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetschef, biståndshandläggare och enhetschef. Syftet med gruppen var att endast finnas i arbetets början för att fastställa kriterier

för boende i vårdformen och förankra dessa kriterier i organisationen. Stygruppen deltog även i rekryteringsprocessen. Gruppen är idag upplöst.

## **Personalkrytering**

Rekryteringsprocessen med en kravspecifikation gav en personalgrupp som ser vårdandet som en utmaning och med en önskan om att specialisera sig (Hansson & Nordin, 2006). Arbetet skulle bedrivas lösningsfokuserat och vara ett teamarbete. Personalen skulle vara aktivt involverad under hela utvecklingsprocessen genom aktionsforskning som innebär att aktivt medverka för att belysa resultatet (Starrin, 1993) Enligt Ludvigsson (2002) lämpar sig aktionsforskning inom områden där deltagarna har god kännedom om lokala förhållanden. De deltar aktivt i projektets uppläggning, genomförande och utvärdering.

Sex personal anställdes, alla kvinnor i åldrar mellan 23 och 50 år. Med en tjänstgöringsgrad på 0,86% i snitt av en sysselsättningsgrad beräknad på 100% innebär det att ingen arbetar heltid. Personalgruppen var beräknad till 5,16 årsarbetare på boendet med sex vårdtagare. Personalen vid övriga gruppboenden i kommunen har 0,70% tjänstgöringsgrad. Alla anställda i projektet har undersköterske- eller mentalskötarutbildning och tidigare goda kunskaper i att möta personer med demenssjukdom. En del personal har även andra yrkeserfarenheter (Bilaga 1).

Innan starten av den nya vårdformen fick den nyrekryterade personalen en gemensam utbildningsvecka med genomgång av kommunens fastställda kvalitets- och inriktningsmål och värdegrund. Tänkbara etiska problem diskuterades, samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänstens insatser, liksom kontaktpersonens framträdande roll.

## **De boende**

Boendet har sex bostäder och det har under perioden varit fyra till fem boende samtidigt. Sammantaget har nio personer bott på boendet sedan starten våren 2005, fyra kvinnor och fem män. Personerna som flyttade in på boendet har enligt kriterierna; en fastställd demensdiagnos och att övriga tänkbara bakomliggande orsaker är utredda (Hansson & Nordin 2006). Demenssjuksköterskan tillsammans med biståndshandläggaren, enhetschef och läkaren i en *prioriteringsgrupp* hanterar aktuella inflyttningsärenden. Vid behov finns även arbetsterapeut och medicinskt ansvarig sjuksköterska som diskussionspartners.

Inflyttningarna till boendet planerades av kontaktpersonen, närstående, biståndshandläggaren och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Varje inflyttning anpassades efter personens egna förutsättningar. Ibland som en ”inskolning” genom att starta med besök tillsammans med närstående för att äta lunch och vila för att sedan slutligen flytta in då lägenheten var iordningställd. Kontaktpersonen fanns hela tiden

med. De boende kom vid starten med cirka två veckors mellanrum, vilket gav personalen god tid att ägna sig åt att etablera en god relation till den boende och närstående redan från början och tillsammans med dem utveckla en levnadsbeträffelse och en genomförandeplan.

## Vårdpolicy

Den bärande idén var att personalen skulle vara aktivt involverade under hela utvecklingsprocessen och aktivt medverka för att belysa resultatet. Utvecklingsarbetet har inspirerats av Svalanders modell (Svalander & Widén, 1983) som är en dynamisk modell där tre olika dimensioner, *mål/uppgift, idéer och föreställningar samt organisationsstruktur* samverkar för att stärka kärnprocessen (Bilaga 2). Kärnprocessen i föreliggande projekt är att vårda personer med BPSD. Mål/uppgift och idéer och föreställningar styr vilken organisationsstruktur som byggs upp för att stödja och stärka kärnprocessen. Vidare skulle arbetet genomsyras av kommunens sex kvalitetsbegrepp; valfrihet, kontinuitet, integritet, trygghet, rätt till ett så aktivt och meningsfullt liv som möjligt och tillgänglighet (Bilaga 3). Kvalitetsbegreppen utgör värdegrunden i ordinärt och särskilt boende för äldre- och funktionshindrade i Strängnäs kommun och skall vara vägledande för verksamheten.

## Arbetsformer

Enhetens uppgift och mål är uttryckta i ett dokument som personalen arbetat fram (Bilaga 4). All personal känner till förutsättningarna och processen då en person blir aktuell för överflyttning till gruppboendet, samt vilka krav som ställs på personalens medverkan i planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden och omsorgen. Grunden för vården är att den är individuellt utformad varvid noggrann planering och dokumentation är en förutsättning. Var och en av personalen är kontaktperson för en boende och huvudansvarig för planering och genomförande i samverkan med den boende och dennes närstående. Regelbunden uppföljning görs i samband med träffar på enheten under medverkan av demenssjuksköterskan.

Det dagliga omvårdnadsarbetet genomförs med stöd av fyra metoder:

- *reminisense*, som betyder väcka lusten att minnas eller hågkomst, kan ske genom fotografier, någon känd sång eller dofter (Heap 1995),
- *validation*, som innebär att acceptera och bekräfta den sjukes känsla och därmed synliggöra personen. Detta stärker självkänslan (Feil, 1994),
- *taktil stimulering*, som är ett sätt att beröra/massera till exempel händer och fötter för att den äldre ska komma till ro (Birkestad, 2004),
- *sång och musik*, att sjunga eller spela kända melodier till exempel schlagers. Att lyssna på musik som den boende kan uppskatta och ibland sjunga med i eller att personalen sjunger för de boende, så kallade ”vårdarsånger” (Ragneskog, 2001; Götell, 2003)



## Utvärdering och dokumentation

För att utvärdera och följa de boendes utveckling har omvårdnadspersonalen och demenssjuksköterskan genomfört symtomskattning enligt Visuellt Analog Skala (VAS) på oro (1–10), glädje och välbefinnande (1–5). Det är viktigt att påpeka att dessa VAS skalor endast är ett mått och ej tillräckliga för att visa helheten.

Symtomskattningarna genomförs av kontaktpersonen, men med stöd av kollegor. Iakttagelser görs dagligen under en hel vecka och registreras vid fastställda tider. Skattningen planerades vid inflyttning och därefter till var tredje månad. Demenssjuksköterskan har sedan, tillsammans med omvårdnadspersonalen, diskuterat och enats om hur de olika beteendena skall tolkas och skattas efter de visuella skalornas beskrivningar och siffror. Olika situationer har gjort att det inte alla gånger gått att följa den gjorda planeringen.

- VAS-skalan på oro, som ger ett mått på oro såsom motoriskt orolig, vandring eller annat störande beteende av svårare grad än som normalt förekommer hos demenssjuka, har använts vid inflyttning och följts var tredje månad.
- VAS-skalan för glädje och välbefinnande användes på alla vid ankomsten och individuellt vid uppföljningar, samt vid förändringar av läkemedel.
- Sömnregistrering gjordes vid sömnstörningar genom att under åtta dygn följa sömn- och vakenhetstider över 24 timmar under en längre period och inte bara en enskild natt (Bilaga 5).
- Gottfries- Bråne-Steen skattningsskala (GBS) en boende, (Bilaga 6).
- Vikt och Body Mass Index (BMI) följs hos alla boende då det är vanligt med viktminskning hos personer med demenssjukdom. För boenden i riskzonen och med BMI >22 görs nutritionsplaner, vilket innebär att personalen näringsberikar alla måltiderna och alltid serverar mellanmål.

Dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser görs enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) och insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) dokumenteras i en genomförandeplan. Till en början var det svårt att komma igång med dokumentationen, som beskriver vad som görs hos den enskilde och hur det dagliga livet utformas. Möjligen beror detta på att av hävd har medicinsk- och omvårdnadsdokumentation förts enligt HSL. Den sociala dokumentationen enligt SoL har däremot inte varit lika utvecklad.

En annan tänkbar orsak är att personalen var stabil och att det varit få vikarier. Alla har varit väl förtrogna med de boende och deras behov och hade därmed inte sett behovet av dokumentationen. Nu pågår en utbildning av omvårdnadspersonal i social dokumentation.

Demenssjuksköterska arbetar aktivt tillsammans med omvårdnadspersonalen och läkaren med läkemedelsgenomgångar. De boende följs noggrant upp och utvärde-

ringar görs individuellt. Det är svårt att ge en entydig bild, men intrycket är att de flesta boende blev piggare och mer vakna efter genomgångarna. Policyn är att alla läkemedel som är möjliga att sätta ut, skall sättas ut för att undvika biverkningar.

## **Resultat och kommentarer**

### **1. Utvecklingsprocessen enligt Svalanders modell – organisationsstruktur**

Kärnprocessen i föreliggande projekt var att vårda personer med BPSD. Mål/uppgift och idéer och föreställningar styr vilken organisationsstruktur som byggts upp för att stödja och stärka kärnprocessen (Svalander & Widén, 1983) (Bilaga 2).

#### **Handledning och undervisning**

Den specifika omvårdnaden och omsorgen kring personer med demenssjukdom och BPSD är komplicerad. Vår erfarenhet under dessa två år visar att det krävs större insatser av handledning och kunskap hos personalen om olika förhållningssätt till denna specifika grupp i boendet jämfört med kommunens gruppboende för personer med demenssjukdom.

Utbildningsinsatser som genomförts är fortlöpande handledning individuellt och i grupp av demenssjuksköterskan. I samband med gruppträffar med enhetschefen och demenssjuksköterskan har reflektioner gjorts och dokumentation, bemötande och förhållningssätt till de boende har diskuterats. Omsorgspersonalen har också träffar en gång per månad med demenssjuksköterskan för uppföljning av genomförandeplanerna. Ett antal fokusgruppträffar har genomförts då även projektledaren varit med i planering, rådgivning och som stöd. Personalen har också haft möjlighet att åka och lyssna på forskarseminarier, konferenser och föredrag som rör demens med medverkande från bland annat både Demensförbundet och Mälardalens högskola.

Sedan årsskiftet 2006–2007 har arbetsgruppen haft två träffar med psykolog för att få stöd, handledning och bli stärkta i den svåra rollen som specifika omvårdare. Våren 2007 påbörjades även handledning med Kirsti Skovdahl som har specialistkompetens i omvårdnad vid BPSD. Handledningen ges till personalgruppen och syftar till att fokusera på konsten att ge specifik omvårdnad. Handledningen ges vid två till tre tillfällen vår och höst.

## **Lednings – och organisationsperspektiv**

Den kravprofil som togs fram inför nyanställningarna visade sig vara av stort värde (Hansson & Nordin, 2006). Den fungerade som ett instrument där personalen har känt sig utvald och tillfreds med att krav ställs på uppföljningar av egna insatser. Utbildningskraven på mentalskötare/undersköterska har varit en bra kompetensnivå då arbetsinsatserna kring de boende är kvalificerade. Den rekryterade personalen ser rekryteringen som en förmån och en möjlighet att få börja på nytt. Personalen har gemensamt utformat riktlinjer för arbetsprocessen, som baseras på vårdforskning (Bilaga 4).

Personalens tjänstgöringsgrad är på 0,86% (6 personal) och 0,16% högre bemanning än vid kommunens övriga gruppboende 0,70%. Den ökade kostnaden motsvarar cirka en årsarbetare, cirka 440 tkr/år. Tidigare, då vårdtagarna bodde i särskild boendeform, fanns stora kostnader för mer- och dubbelbemanning som inte kunde förutses, vilket tyvärr inte kunnat följas fortlöpande. Det vore av stort värde att öka tjänstgöringsgraden ännu mera, då personalen idag är ”helglag”, vilket innebär att samma par anställa oftast arbetar med varandra. Det blir färre tillfällen för reflektion där all personal tillför just sin upplevelse av en aktuell situation som diskuteras. Genom att växla arbetskamrater skulle man stärka varandra och gemenskapen ytterligare ökas, vilket är nödvändigt i vårdformen och viktigt för att säkerställa en god individuell planering och kontinuitet, främst kring förhållningssättet. De nya tidsreglerna för arbetsscheman enligt EU- direktiv gör att en förändring i scheman måste göras, vilket kan innebära att tjänstgöringsgraden måste ökas.

**Arbetsledningen** är av vital betydelse för personalen på gruppboendet. Ledningen måste vara tydlig, engagerad och ta ansvar för att skapa möjligheter så att vård verkligen ges på individens villkor. För att växa i sin roll som kontaktpersonal måste mandatet ges till personalen att de är verktygen och garantin för att god omsorg och omvårdnad blir möjlig.

Att organisationsstrukturen påverkar både det direkta och indirekta omvårdnadsarbetet och rutinarbeten illustreras av att projektiden stannade av i samband med att en chef slutade och en ny chef rekryterades till hösten 2006. En större omorganisation genomfördes under 2006 i kommunen vad gäller sjuksköterskornas omvårdnadsansvar. Målet var att få en jämnare fördelning av sjuksköterskor mellan kommunens olika boenden. Vidare skapades en helt ny tjänst som demenssjuksköterska i Strängnäs kommun. Demenssjuksköterskans roll och kunskap kan inte nog betonas för sin spetskompetens. Hon är tillgänglig alla vardagar och övrig tid är tjänstgörande sjuksköterskor tillgängliga för både personal och de boende. Demenssjuksköterskan fungerar som en spindel i nätet och är viktig för både de boende och gruppen genom sin specialistkompetens och sina kontakter med olika specialister inom demensvården.

## Miljöns betydelse

Boendets utformning är avgörande för hur många personer som kan bo tillsammans. Vi upplever det som en förmån att arbeta i en liten skala och stanna vid sex boende. Även miljön har visat sig vara viktig. Enligt personalens erfarenhet kan miljön i boendet upplevas som både positiv och negativ. Positivt är att boendet ligger i markplan och att ”dörrar kan ställas upp” till en utegård med gräsmattor och fruktträd. Föregående sommar odlades till exempel lite potatis och blommor i utemiljön. Det negativa är att boendet är för litet. Enligt personalen finns ingen plats att dra sig undan. När en person är störande för omgivningen är det svårt att avskärma, då boendets kärna är ett allrum med mat- och köksdel i ett. Det är också svårt att skapa lugn och ro vid måltider. Vidare krävs en högre säkerhetsnivå för de boende på så sätt att en ständig tillsyn krävs. Det innebär att de boende inte kan lämnas ensamma eftersom det finns risk att någon person försvinner från boendet. För personalens del finns väsentligt ökade dagliga risker att bli slagen i jämförelse med ett ordinärt gruppboende. Här finns även risker att vårdtagarna kan ge sig på varandra. Det gäller för personalen att ”känna av” atmosfären och avleda innan kaos uppstår då de boende ofta påverkar varandra.

Personalgruppens sammansättning är av stor betydelse då arbetsmiljön många gånger är påfrestande och sätter allas förmågor på prov. Gruppen har arbetat fram ett gott kamratskap med sammanhållning och är ett stöd för varandra i det vardagliga arbetet.

## 2. Tillämpningen av kommunens kvalitetsbegrepp i det dagliga vårdarbetet

Nedanstående är exempel på kommunledningens idéer och föreställningar om hur vården och omsorgen ska bedrivas i Strängnäs och hur personalen organiserar arbetet för att nå målen.

### Valfrihet

Enligt Strängnäs kommuns mål och budget för socialnämnden betyder valfrihet att vårdtagare bör ges möjlighet att påverka:

- *när de vill stiga upp och när de vill lägga sig*
- *när, var och med vem de vill äta och dricka*
- *vilka kläder de vill ha på sig*
- *vad de vill göra under dagen*
- *hur de vill möblera sin bostad*
- *om de vill låsa rummet/lägenheten*

- *om de vill ha gäster*
- *om de vill röka och dricka alkoholdrycker*

Det finns ingen valfrihet när det gäller det aktuella specifika boendet, då det är det enda i kommunen. Valfrihet över sin dag finns till viss del, till exempel att välja kläder. Måltider kan intas på eget rum eller i den gemensamma matsalen. Den boende kan inte alltid välja vad och hur då stora delar av egenvårdsförmågan saknas. De klarar inte heller att ha många synpunkter på möblering.

Personalen har ansvaret att se till att vårdtagaren får kläder på sig och att hjälpa den boende att sköta sin hygien och att få näringsriktig mat. Om en boende vill gå ut från boendet följer personalen med så långt det är möjligt, men ibland fungerar det inte till exempel om det är lunchtid och personalen är sysselsatt med det.

## **Kontinuitet**

I mål och budget för socialnämnden står kontinuitet för att:

- *antalet personal som deltar i omvårdnaden om vårdtagaren ska vara begränsade till så få personer som möjlig*
- *vårdtagaren ska ha hjälp med att upprätthålla kontakten med sina anhöriga och vänner*
- *personalen bör skaffa sig en uppfattning om vårdtagarens tidigare liv för att bättre kunna förstå vårdtagaren och föra meningsfulla samtal genom levnadsbeskrivningar som utförs med vårdtagare som har dagliga insatser*
- *varje vårdtagare med dagliga insatser ska ha någon i personalen som kontaktperson*

### ***Exempel på att upprätthålla kontakter med anhöriga och vänner***

Kontaktpersonen eller tjänstgörande personal är alltid tillgänglig för närstående. De ringer till exempel upp och berättar om vardagliga saker eller i samband med att något speciellt skall framföras. Närstående får även fritt besöka boendet. Oftast ringer dock närstående till kontaktpersonen för att stämma av hur den boende mår inför besöket. Det kan finnas dagar då kontaktpersonen bedömer att det kan vara bättre en annan dag eftersom det har visat sig att oroligheten hos den boende ibland har varit stor och långvarig efter besök. Planeringar gällande besök med närstående måste därför göras med hänsyn till den boendes mående. Det har lärt oss att samverkan i det alldagliga är viktigt för de boende och att det måste diskuteras redan vid inflyttningen.

En tydlig genomförandeplan och ett enhetligt och gemensamt arbetssätt är en annan aspekt av kontinuitet. Som exempel kan nämnas en man (B) med demensdiagnos sedan 2005, som flyttade in i september 2006. Talar lite svenska (ej hans modersmål), men verkar förstå mer

än han talar. Han är ofta fysisk aggressiv med slag, urskiljningslöst både mot personer och också saker och har vårdats vid två tillfällen enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT). Personalen har iakttagit att han är svår att nå ibland, *är inte nåbar i ögonen*. Läkemedlet Risperdal, minskades och han blev mer nåbar, men var fortfarande aggressiv av och till. I det fortsatta arbetet med att förstå mannens behov och problem gjordes en GBS-skala som upprepades var tredje månad. Ett av mönstren som framträdde var att beteendet varierade beroende på vilken personal som arbetade. Boendemiljön kontrollerades, åtgärder blev att man ska dra ner persienner vid mörker eftersom personal och boende speglas/reflekteras i fönstren, vilket han reagerar negativt på. Det måste vara tyst och lugnt, ingen radio eller TV får stå på. Alla skall samtala tydligt och sakta och förstärka med gester. Personalen ska använda sitt kroppsspråk och tänka på röstläget, ha ögonkontakt samt ge tid och invänta svar, lyssna och vara närvarande vid samtalet för att få en lugn miljö.

Vidare försöker personalen väcka minnen genom reminiscens för att förstärka självkänslan och minska stressen. När han är i centrum verkar han att må bra. Han har stark integritet, får duschhjälp av samma personal i lugnt tempo, man får aldrig stressa. Sängen måste stå i ett speciellt läge så han kan ta sig i och ur utan svårigheter. När han vaknar nattetid erbjuds han något att äta och får sitta uppe med personalen en stund. Måltiderna delas så att inte alla i gruppboendet äter samtidigt.

Personalen framför en önskan att kunna göra mera som tex att åka iväg och fika eller handla på tu man hand med de boende. Personalgruppen har dock svårt att kunna lämna boendet en stund med en boende eller för att koppla av jämfört med andra äldreboenden, eftersom alla boende behöver ständig tillsyn och det då skulle bli bara en personal kvar på gruppboendet.

## **Integritet**

I mål och budget står integritet för att:

- *vårdtagarens integritet ska respekteras i alla situationer*
- *vårdtagare ska tillfrågas om hur de själva vill ha det*
- *vårdtagaren har rätt att få vara ifred om han/hon vill det*
- *vårdtagarens önskemål om hur han/hon vill bli tilltalad ska respekteras*
- *vårdtagaren ska få hjälp att sköta sin hygien och sina toalettbestyr på ett så respektfullt sätt som möjligt*

Enligt Kihlgren (2002) skall en integritetsbefrämjande vård eftersträvas i alla sammanhang, vilket innebär att alla människor har lika värde och måste visas omtänksamhet. De boende är beroende av kvalificerad personal för att klara sin dag.

### ***Exempel på hur integritet och möjlighet till självbestämmande tas till vara***

Personalen försöker att uppmuntra de boendes alla förmågor och bejaka självbestämmande. Teknikerna är validation (bekräftelse) och reminiscens (hågkomst). Personalen beskriver situationer hur de får undsätta den boende att kunna behålla sin integritet genom att exempelvis hindra den enskilde från att gå in i grannens lägenhet och plocka eller att gå ut utan att ha bytt kläder efter ett missat toalettbesök.

Att försöka förstå vad som händer vid utåtagerande i olika situationer ger anledning till etiska diskussioner om vad vi som personal får eller kan göra. Som exempel kan nämnas en situation då kontaktpersonen följer en manlig boende till frisören. Då betalningen skall göras har kontaktpersonen, i all välmening, plånboken i sin hand och skall betala åt den boende som reagerar hårt på att plånboken inte fanns i hans bakficka. Reflektionen som kontaktpersonen gjorde var att hans integritet var kränkt på grund av att hon hade gått inom hans reviområde.

### **Trygghet**

I mål och budget står trygghet för att:

- *varje vårdtagare ska ha tillsyn och möjlighet till någon form av kontakt med personal varje dag*
- *vårdtagaren ska inte behöva känna rädsla för sin personliga säkerhet*
- *bemanningen/säkerheten ska vara sådan att vårdtagare som har en benägenhet att avvika, om möjligt hejdas innan något farligt inträffar*
- *det ska finnas rutiner för utrymning vid brand som vårdtagare och personal känner till*
- *trygghetslarmen ska kontrolleras att de är i funktion och får inte kopplas ur, även om vårdtagaren ringer mycket ofta. Trygghetslarm i ordinärt boende ska provlarmas en gång per månad*

Gruppboendet är bemannat alla dagar, på nätterna finns en personal. Säkerhetsaspekten arbetas det med dagligen för att finna gemensamma lösningar för att öka både säkerhet och trygghet på gruppboendet för både medboende och personal.

Efter att ha vistats en tid på gruppboendet blir de flesta boende mindre oroliga och kan visa både glädje och välbefinnande. Livsberättelsen beskriver livet före sjukdomen, uppväxt, familj, arbete och upplevelser som varit både positiva och negativa. En bakgrund som var viktig att känna till då mannen som står på en stol och sätter ihop händerna över huvudet och kastar sig i golvet tidigare varit en god simmare. Det hände strax efter ett TV program som visade simning. Personalen blev först skräddad och rädda, men förstod senare att han var simmaren i sin egen värld.

### ***Fallbeskrivning som kan illustrera personalens arbets sätt för att uppnå trygghet***

En kvinna med diagnostiserad demenssjukdom sedan många år är vid inflyttningen ständigt *på språng ut* och vill hem till sin make, som är död sedan flera år. Kvinnan kan inte förklara sig i ord utan uttrycker sig fysiskt och slåss. Hon fick mycket psykofarmaka dels för att bli lugn, dels för att personalen skulle kunna hantera henne. Kvinnan var väldigt rastlös, ramlade ofta och sov oroligt. Skattningar påbörjades efter VAS-skalorna och visade hög oro (6–9) i samband med inflyttningen. Vidare gjordes en genomgång av hennes läkemedel, vilket resulterade i att flera preparat sattes ut på grund av svåra biverkningar och hög fallrisk. Kvinnan var plockig och orolig under ett par veckor, men började sedan sova om nätterna, men vaknade tidigt och fick då vara med i personalens morgonsysslor. Efter fyra till sex veckor var hon betydligt lugnare (4–7), visade glädje, men bevakade fortfarande ytterdörren. Hennes önskan att få gå ut kvarstår i cirka ett halvt år. Personalen arbetade vidare med reminiscens, vilket verkar väcker positiva minnen. Så småningom slutar hon att bevaka dörren. Då hon erbjuds att gå ut, vill hon gå in på en gång. Hon visade otrygghet vid flera tillfällen vid utevistelse. Efter ytterligare en tid kan hon själv gå ut på innergården. Hon verkar nöjd i dessa sammanhang. Hon klarar nu att sitta ner upp till 30 minuter och vara med i gemenskapen vid kaffestunder och när anhöriga kommer.

Även närståendes känsla av trygghet är viktig och de ger ofta uttryck till kontaktpersonen att vården om den närstående känns trygg och bra. Beröring som taktil massage ger de boende bekräftelse i sina handlingar och påståenden samt ger stimulering att komma ihåg saker som känns bra. Det ger trygghet och en god stund. Detta ger även en samvaro med personalen där de positiva effekterna även kan gynna personalen och öka gemenskapen

Erfarenheten visar att personalens trygghet i sin yrkesroll är en förutsättning för att klara och utveckla den svåra dagliga vården och omsorgen kring de boende. I ”stökiga” situationer visar personalen trygghet och lugn och bemödar sig om att möta de boende på deras egna villkor. Personalen visar också tillit till kollegor och chefer genom att öppet tala om svårigheter. Detta kan sannolikt bero på deras kompetens och stödet från kollegor, demenssjuksköterskan och enhetschefen (Skovdahl, 2004).

Otrygghet och osäkerhet finns dock bland nattpersonalen som är två personal som är stationerade på varsitt gruppboende och samarbetar vid behov. Natttid är det enligt sömnregistreringen boenden som endast sover några timmar. De är sedan pigga och vakna. Problem uppstår i samband med att nattpersonalen behöver gå in



i annan boendes lägenhet och hjälpa den personen eller behöver lämna gruppboendet och hjälpa andra boenden i övriga huset. Det finns också en risk att de boende går ut, då det finns många dörrar som är lätta att låsa upp. Det har förekommit att nattpersonalen måste ge sig iväg ut och leta samtidigt som de då lämnar hela boendet. Arbete pågår nu för att hitta bra rutiner för hur och när dörren kan reglas i samband med att personal är tvungna att lämna boendet. Idag finns ingen riktlinje enligt Socialstyrelsen, som reglerar nattpersonalens ansvarsomfång i detta sammanhang.

### **Rätt till ett aktivt och meningsfullt liv**

I mål och budget står rätt till ett så aktivt och meningsfullt liv som möjligt för att, ”vårdtagare bör, om de så önskar, ha möjlighet att”:

- *delta i olika aktiviteter*
- *ha gäster vid måltider*
- *fira helg- och födelsedagar på det sätt man är van vid*
- *läsa de böcker och tidningar (även taltidningar) de är vana vid*
- *delta i någon form av gemensam aktivitet tillsammans med andra vårdtagare och med personalen så ofta som möjligt*
- *komma ut i friska luften efter önskemål för vårdtagare i särskilt boende och enligt biståndsbeslut i ordinärt boende*
- *ta del av kulturaktiviteter*

Kännedom om de boendes bakgrund ger personalen förutsättningar till att göra den enskildes tillvaro meningsfull. Det kan uppnås genom delaktighet i dagliga aktiviteter som bakning eller att pyssla i trädgården. Aktiviteter som utflykter med matsäckskorg eller promenader i naturen med besök hos hästar och klappa dessa sätter fart på berättelseförmågan hos den boende. Personalens fantasi och kreativitet gör vardagen mera händelserik, men innebär också ett krav på balans och att våga ta risker. Arbets sättet är att hela tiden använda sin förmåga att förutse, göra bedömningar och notera olika stimuli effekter eftersom vissa aktiviteter snarare kan förvärra beteendestörningen genom överstimulering än lugna (Hall & Buckwalter, 1992). Erfarenheten talar då om betydelsen av att undvika dessa stimuli i framtiden för den aktuella vårdtagaren.

Förutom att aktivitetsgraden hos de boende ökade var också upplevelsen att de boende blev mer vakna och lättare att få delaktiga. De kunde samtala mera jämfört med tidigare. Det viktiga är att analysera och tillvarata de funktionsförmågor som finns kvar för att kunna klara vardagen och att minimera tunga insatser från personalen. Successivt sker dock en försämring till följd av demenssjukdomen som gör att viljan och förmågan till aktiviteter avstannar eller upphör.

En kontinuitet i ”meningsfulla samtal” med de boende eftersträvas, vilket uppmärksammas som en följd av reflektion. Detta skall planeras för att ge samtals-tillfällen med kvalitet och kontinuitet även till de personer som inte aktivt själva ställer så stora krav.

### ***Exempel på hur sociala, kulturella och andliga behov beaktas kan vara***

För att kunna identifiera intressen och behov tas utgångspunkt från de boendes levnadsberättelse och de senaste årens samhällskontakter. Målet är att hitta aktiviteter som kan upplevas meningsfulla för den enskilde individen. De boende bjuds även in till de gruppaktiviteter som pågår i övriga huset. Det kan till exempel vara gemensam kaffestund, lyssna till andakt eller att handla från kioskvagnen. Detta sker när personalen bedömer att situationen inom gruppen är lugn och gynnsam och aktiviteten inte antas leda till stress eller överstimulering. Det är dock viktigt att det finns en balans mellan kraven som ställs i den aktuella situationen utifrån de boendes individuella kompetens och förmåga (Skovdahl, 2004). Personalen har utvecklat en ”fingertoppskänsla” som bygger på tidigare erfarenhet, kunskap och kompetens när de värderar olika situationer. Andra kontakter som kan vara aktuella är besök hos hårfrisörska, tandläkare (bedömning av munhälsan erbjuds), läkare eller kontakter med närstående. Om närstående bor på långt avstånd kan det emellertid innebära att kontakterna blir högst sporadiska. Nyhetsprogram och dagstidningar har en del boende utbyte av, medan det kan vara inslag som skapar oro hos andra.

### ***Exempel på hur personalen arbetar med fysiska och psykiska behov***

En man hjälps till sängen och personalen sätter sig vid sidan av sängen tills han somnat. Ett specialbeställt bolltäckes som innehåller kulor stora som tennisbollar och som ger en känsla av att vara omfamnad läggs på då han somnat. Täcket har varit effektivt för att bibehålla lugnet. Utevistelser och promenader fungerar bra och sker oftast dagligen. Musik som han känner igen har anskaffats liksom tidningar på hemspråket. TV-tittande sker tillsammans med personal och då endast underhållning som han ser ut att må väl av, inte krigsinslag. Personalen försöker att ständigt hålla honom sysselsatt. Han är med och diskar, dukar, städar, skottar snö, krattar och liknande. Allt för att han ska bli kroppsligt trött. Efter tre månader är han lugnare, men visar irritation, dock inte stark aggressivitet lika ofta.

Specialistvården bekräftar att *han är svår*, beroende på kombinationen av tidigare livserfarenheter, sin hjärnskada och personlighet. Tack vare personalens stora förmågor till god omvårdnad och att de lärt sig att ”läsa” honom lyckas de utföra olika aktiviteter tillsammans med honom. Den strukturerade dokumentationen i hans genomförandeplan

är avgörande för att få vardagen att fungera. Han sitter gärna med och dricker kaffe och personalen småpratar med honom.

## **Tillgänglighet**

I mål och budget står tillgänglighet för att:

- *bostaden som kommunen tillhandahåller och övriga utrymmen bör vara lämpliga för äldre människor såväl med som utan funktionshinder*
- *lokaler och uteplatser inom särskilda boendeformer bör vara lätta för vårdtagare att nå*
- *information ska göras tillgänglig för alla oavsett funktionshinder och språk*

### ***Exempel på hur tillgänglighet och goda relationer till närstående eftersträvas***

Betydelsen av att vara kontaktperson (kp) till en boende har poängterats i projektet. Kontaktpersonen är med vid inflyttningen, välkomnar och ser till att allt går bra och tar del av den boendes livsberättelse tillsammans med närstående. Anhöriga bjuds in att närvara i planeringen kring den boende och arbetet med genomförandeplanen. Kontaktpersonen får därmed en större kännedom om den boendes önskemål och behov, vilka kan vara mycket krävande och svåra att tillgodose när den boende ännu är mitt i sin sjukdomsperiod. Samtidigt ger kontaktpersonen information om Sictoniagården och berättar om de rutiner som är aktuella. Goda relationer eftersträvas till närstående, alla kontakter sker utifrån den närståendes förutsättningar.

I samband med projektstarten inbjöds de närstående till en informationsträff för att enhetschefen, omvårdnadspersonalen och projektledaren skulle informera om projektet och finnas tillgängliga för frågor och funderingar. Endast ett par närstående anmälde intresse. Upplevelsen var, från ledningen, att de närståendes behov på nödvändig information redan var täckt från kontaktpersonalen och att närstående förlitade sig på personalens kompetens. Kanske man heller inte just då orkade med att träffa den sjuke. Tanken är att de närstående kommer på besök när de själva så önskar.

## **3. Observationer**

### **Visuell Analog Skala (VAS)**

Skalorna representerar personalens subjektiva bedömningar och där demenssjuksköterskan håller i utvärderingarna för att all personal skall försöka få en samsyn om bedömningar. Det är viktigt att bedömningarna görs så lika som möjligt. Skalorna är ett sätt att nyansera personalens bedömningar och ger en grund för analys. Skattningarna görs vanligen efter ett fastställt schema vid inflyttning (inom

tre månader) och därefter var tredje månad. Ändringar kan dock bli aktuella vid förändrat hälsotillstånd hos en boende.

### VAS-skala som mäter glädje och välbefinnande, 1–5

1	2	3	4	5
Djupt olycklig, nedslagen eller illa till mods	Bekymrad en smula olycklig	Neutralläge	Någorlunda nöjd och belåten, relativt harmonisk	Mycket glad på väldigt gott humör, obekymrad, harmonisk

Det som vi ser som mest betydelsefullt att kunna ha ett mått på, är välbefinnandet. Skattningar som gjorts vid inflyttningen visade mellan (2–5) och efter ett år (3–4). Skattningarna visar att alla boende pendlar lite upp och lite ned i bedömningarna, men att de flesta skattningarna hamnar på neutralläge (3). Alla boende har vid uppföljning höjt siffran för välbefinnande. Personalen säger; *den boende känner tillit, det ser man ju*. De flesta hamnar på ett neutralläge vid skattningarna efter tre, sex och 12 månader.

### VAS-skala som mäter oro, 1–10

0–1	2–3	4–5	6–7	8–9	10
Ingen oro	Lätt oro	Måttlig oro	Medelsvår oro	Mycket oro	Värsta tänkbara oro

Skattning på oro har varierat över tid från inflyttningen med måttligt, tilltagande eller mycket oro (4–9) till efter tolv månaders lätt till måttlig oro (2–5) hos de flesta boende. Erfarenheten är att det varit svårt att bestämma exakt mätvecka vid inflyttning, men de första bedömningarna har genomförts inom tre månader. Skattningar har även gjorts när läkemedel prövats och har skett efter demenssjuksköterskans planering. En del bedömningar har inte kunnat fullföljas då boende avlidit. Det optimala har vi ännu inte funnit.

**Gottfries-Bråne-Steen-skalan (GBS)** (Bråne, 1997) (Bilaga 6) introducerades efter ett år. Bedömningen kommer i framtiden att genomföras på varje person vid inflyttning då skalorna ger en bra bild av de förändringar som sker hos den boende och som annars är svåra att se. Vi kan lära oss mera av skalorna. GBS-skalan har tre delskalor och en symtomdel. GBS-skalan har använts för att observera och bedöma vanligt förekommande symtom och beteenden i samband med demenssjukdom, samt för att bedöma personernas behov och vårdnivå. Områden som kan mätas är: motoriska-, intellektuella- och emotionella funktionsnedsättningar. Skalan innehåller även en subskala för skattning av vanligt förekommande demenssymtom som oro, ångest och nedstämmhet.

I projektet har bedömningen för närvarande gjorts på en person vid två tillfällen med tre månaders mellanrum. Resultatet visar en sänkning Intellektuellt = 54 till 52 poäng, Vad som förändrats något är personlig orientering från 4 till 2, rumsorientering från 6 till 5, fjärrminnet från 3 till 4, vakenhet från 2 till 1, av- och påklädning från 1 till 3 och språk 5 till 4. Emotionellt = de emotionella funktionerna var 8 poäng vid båda tillfällena och ADL förmågan ändrades från = 8 till 7. I ADL mätningen hade den personliga hygienens försämrats från 3 till 4, men kontrollen av blåsa och tarm har förbättrats från 4 till 2. Rastlöshet, vandrar något mindre än tidigare från 6 till 5. Exemplet visar att den boende har demensgrad intellektuellt svår, emotionellt medelsvår, ADL förmåga lindrigt nedsatt, samt kräver ständigt tillsyn då han också är mycket rörlig.

### **Sömnregistrering**

Sömnregistreringar har gjorts vid störd nattsömn (Bilaga 4). Iakttagelser som kan anges är till exempel toalettbesök, smärta, förvirring. Vid vakenhet kan åtgärder vara att erbjuda nattsmörgås och lite småprat eller följa blodsockernivåer. Vid längre sömnstörningar kan läkemedelsbyte eller läkemedelsnedtrappning/utsättningar bli aktuella. Samtidigt planeras olika aktiviteter och stimulering dagtid för att den boende skall bli mer fysiskt trött och därmed kanske sova bättre.

### ***Fallbeskrivning som illustrerar arbetssätt i samband med sömnstörningar***

En man med diagnosen vaskulär demens som har bott hemma med hjälp av hemtjänsten. En händelse gör att ett vårdintyg skrivs (LPT) och han förs till slutenvård. Omvårdnadsproblemen är stor oro och sömnbesvär. Efter vårdplanering överfördes han direkt från slutenvården till vårt gruppboende i september 2006, en överflyttning som gick snabbare än vanligt. Mannen var ordinerad läkemedlet Heminevrin till natten samt extra vid behov. Sömnregistreringar genomfördes, som visade att han oftast var vaken mellan 2400 och 0400 och att han sover fyra timmar, varav tre timmar före vakenheten och en timme efter. En skattning på glädje/välbefinnande görs under tre veckor, två gånger per dag, resultatet visar inte några direkta skillnader. VAS-skala på oro skattas under tre veckor, tre gånger per dag. Under andra veckan kan en tilltagande oro ses, men den försvinner sedan. Det är svårt att veta hur mannen upplevde flytten.

En åtgärd blir att byta ut läkemedlet till natten och att det ges så sent som möjligt. Ett underlag skapas för att systematiskt uppmärksamma beteenden som förändras. Flera små och enkla åtgärder som vidtogs var att servera ”riktig mat” och även förstärka kvällsmaten istället för som tidigare ”timbal” kost, promenader och mer delaktighet i gemenskapen. Allt tillsammans gjorde att han efter drygt en månad sov hela nätter.

## **Viktkontroll**

Alla boendes vikt och Body Mass Index (BMI) följs av kontaktpersonen. Personer med demenssjukdom tappar ofta sin vikt, några har ett BMI under den gräns som rekommenderas för personer över 70år (BMI <22). Vad som uppmärksammats är att vid nedtrappning och utsättning av lugnande läkemedel blev de boende mer aktiva och förlorade i vikt. Åtgärderna blev att erbjuda ett större energiintag genom förstärkta måltider med smör och gräddor och även näringsdrycker. Viktuppgången har varit liten (3–5 kg), men i detta sammanhang är det mycket positivt. Målet för de boende är att försöka bibehålla vikten.

## **4. Vad hände med personalen?**

Personalen är kontaktperson för varsin boende, där ansvaret omfattar allt stöd runt den boende och kontakter med närstående. Kontaktmannaskapet som upplevs som positivt av personalen innebär planering efter levnadsberättelsen och att ha kontakt med närstående. Personalen är sällan frånvarande från arbetet. För att få kontinuitet och begränsa antalet personal runt de boende försöker personalen lösa frånvaro genom att gå in för varandra. Personalens upplevelse är att det är lugnare på boendet med känd personal än när en vikarie kommer in.

## **Utbildning och handledning**

Med tiden har det visat sig att stöd till personalen behövs mer regelbundet än vad vi bedömde i planeringsfasen. Erfarenheten visar att omsorgen och omvårdnaden fungerat bra första 1–1½ året. Därefter har olika förändringar ägt rum både inom personalgruppen och bland de boende. Som exempel kan nämnas byte av enhetschef och eller att de boende har ”bott in sig” eller försämrats i sin sjukdom. Personalgruppen är stabil, men en person slutade för hon ansåg sig inte klara arbetet och en personal slutade eftersom hon inte uppfyllde kriterierna. Tre personal har varit med från början och de senare har varit med i 1–1 ½ år. Personalen löser varandras ledigheter med att täcka för varandra så långt det går för att öka kontinuiteten och tryggheten för de boende, vilket är värdefullt, men det är samtidigt sårbart eftersom personalgruppen endast omfattar sex personer.

Personalen har lärt känna varandra på ett djupare plan och har en önskan och beredskap att vidareutveckla både sig själva och arbetsätten. Genomförandeplaner är viktiga verktyg som vi måste utveckla ännu mera. Personalen upplevde att de behövde ett större stöd i form av en högre kompetens i sitt dagliga arbete och speciellt kunskap om validation och reminisense. Dessa metoder är viktiga i den specifika omvårdnaden, främst i samband med bemötandet av de boende. Personalen önskade även handledning från psykiatrin och geriatriken.

Personalen har genomgått en utvecklingsprocess sedan starten av boendet. Under första året arbetade alla efter givna mål. De var duktiga på att vårda och reflektera, men hade svårt att sätta ord på handlandet. Efter cirka 1½ år med handledning uppvisar alla en förmåga att prata om och reflektera kring konkreta situationer som är svåra att lösa. Exempel på sådana reflekterande samtal kan vara *Hur gör jag när det är kaos? Var går gränsen för vad jag kan/får göra? När det blir akuta situationer, vem kallar jag på och hur?* Personalen har utvecklat en större tillit till varandra genom att diskutera de olika tolkningarna av till exempel ”vad är tillåtande miljö”?

Personalen har observerat att de boende kan uppvisa olika beteenden när olika personal arbetar efter samma planering. Vid diskussioner har det förekommit olika tolkningar av beteendet. Detta beror sannolikt på personalens tidigare erfarenheter och vilken toleranströskel varje enskild personal har. Betydelsen av att diskutera i träffarna och dokumentera blir uppenbar i sådana situationer och av största betydelse för att uppnå kontinuitet i arbetssättet.

### **Självskattning**

Personalens egenvärdering genomfördes vid en planeringsdag under våren 2007. Personalen identifierade själva sina styrkor och svagheter. Personalen synliggjorde inför sig själva styrkor som; *samarbete i gruppen, blivit stabilt och lugn i gruppen, har en tillåtande miljö, plan så alla gör lika, kan prata om allt, god sammanhållning, lagar ibland egen mat*. Även svaga punkter identifierades som till exempel; *dokumentationen kan bli bättre, bättre morgonrutiner, behöver handledning, få bli bekräftade att det vi gör är bra*. All personal uppskattade och var mycket glada att få träffas alla på en gång. Alla var aktiva i diskussioner och upprättade tillsammans handlingsplaner på förbättringsmöjligheter gällande de egna insatserna och den inre och yttre miljön. Uppföljning sker senare under detta år.

Diskussionerna visade att det finns en samsyn i vårdandet. Personalen uttryckte önskemål om att arbetsmodellen måste få fortsätta, *för det känns så bra*. Personalen upplever att arbetsmetoderna har skapat en enighet och en trygghet i arbetet eftersom de har ”tvingats” prata om situationer som uppstått för att lösa dessa. Exempel på sådana situationer är att det fanns olika åsikter om innebörden av ”tillåtande” eller vad som menades med ”gränssättning”. Situationerna som uppstått har lett till att personalen har fått möjlighet att prata ihop sig.

Resultatet visar att alla har utvecklats i sina uppgifter och är kvalitetsmedvetna. Regelbunden handledning av andra yrkeskategorier har visat sig vara en nödvändighet för att orka och förstå ”vad som händer” dels med de boende och som personal ”vad händer hos mig när jag ställs i svåra situationer dagligen och det till slut blir en rutin”. Som projektledare ser jag att personalen har nyanserat och fördjupat målen genom att vara aktiva i diskussioner och att de verkligen försöker

fundera över hur man kan lösa de problem som aktualiseras. De är öppna och försöker att hitta lösningar.

## **Diskussion**

Projektet syftade till att utveckla ett specifikt boendialternativ och en arbetsmodell för omvårdnad och omsorg för boende med demenssjukdom och BPSD. Det unika är arbetsprocessen där personalen medverkat hela tiden. Styrkan har varit att personalen fått och tagit ansvar för utvecklingen av boendet och de har lyckats väl. Betydelsefullt har varit att få påverka sin egen arbetssituation och att det förankrats i hela personalgruppen. Målsättningen var att samtliga insatser som erbjöds skulle harmonisera med individernas egna livsmål och upplevelse av livskvalitet. Verksamheten skulle genomsyras av en vårdideologi där människosynen är att alla personer är unika individer. Utvärderingen av projektet understryker att de boende upplevts ha en värdigare vård dels genom att det ges mindre läkemedel som gör att personerna är mer med i vardagen och att det är tryggare för medboende då det alltid finns personal som känner av stämningar i gruppen.

Styrande dokument som lagtexter och politiska policydokument har varit en avgörande utgångspunkt i detta sammanhang. Den stora utmaningen innebar att alla ansvariga fick bidra till att skapa förutsättningar för att tillämpa vårdideologin i alla insatser ned på individnivå. Ledningens praktiska stöd och personalens konkreta engagemang är en annan avgörande faktor för resultatet. Erfarenheterna från projektet visar att det är viktigt att personalen aktivt medverkar i uppbyggnaden och utvecklingen av arbetssättet för att nå målet med individanpassad vård och omsorg. Personalen har gett uttryck för att det är bra att arbeta enligt en tydlig arbetsmodell som ger vägledning i hur det är möjligt att utvärdera och synliggöra givna insatser.

Projektet har medfört att det idag finns en rutin och ett nätverk för hur vi skall förfara när en person söker boendet. Om personer väntar på att få flytta in på gruppen och det finns boende som kommit till ett senare stadium i sin demenssjukdom och behovet visar på allmän omvårdnad erbjuds flytt inom Sictoniagården eller om önskan finns till annat boende. Det avgörande är att personernas behov skall vara styrande samt att personalens kompetens utnyttjas optimalt till de personer som har störst behov.

## **Organisation/struktur**

Den specifika vårdformen kräver resurser. Det krävs framförallt personal med stor kunskap och intresse för att arbeta med personer med svåra beteenderubbningar och psykiska symtom. Det kan vara mycket viktigt att söka personal efter fastställda



kriterier. Det kan också vara betydelsefullt att kraven är tydligt ställda om att samtliga personer måste samverka i en kvalitetsutveckling av det specifika vårdandet. Personalen har uppfyllt kraven som ställdes i samband med rekryteringen till tjänsterna. De har lyckats väl med att bemöta de enskilde individerna på ett så optimalt sätt som är möjligt och skapat förutsättningar för att dagen blir meningsfull.

Eftersom kommunerna har ett ansvar för svårt sjuka personer i särskilda boendeformer är det nödvändigt att säkerställa den medicinska kvalitén genom tillgång till sjukvårdens allmänna och specialistkompetenser liksom specifik rehabilitering med tanke på de olika diagnoser som de boende har. Moraliska dilemman kan uppstå när personen inte medverkar i de föreslagna insatserna. Samtidigt som personalen skall respektera en boendes egen vilja skall personalen försöka lirka och påverka då erfarenheten visat att personen mår bäst i att följa det som planerats. Av stor betydelse är att en god läkarkompetens finns tillgänglig för dessa personer då läkemedlens effekter i kombination med bemötandet måste analyseras och prövas för att erbjuda möjligheter till en god livskvalitet. Roller som klart kan utvecklas är sjukgymnastens och arbetsterapeutens insatser i gruppboendet. Genom dem kan personalen på ett naturligt sätt lära sig arbeta och stimulera de boende att röra sig på ett sätt så att funktioner bibehålls.

Bemanningen är något högre än övriga gruppboenden i jämförelse med tidigare då personerna bodde spridda i särskild boendeform mot bakgrund av att deras oro och aggressioner krävdes en ökad tillsyn och extraresurser, dessa kostnader ser ut att ha minskat något. Dessa kostnader är tyvärr inte möjliga att beräkna då de inte bokförts specifikt. I samband med frånvaro och sjukdom har personalen täckt för varandra. Detta system är dock för sårbart då det kan slita för mycket på personalen. Ett faktum som framkom tydligt i samband med ett handledningstillfälle. Trots att personalen arbetar 0.86 tjänst förekommer det en hel del övertid. Det finns en maxgräns för hur mycket man får och orkar arbeta, särskilt när det gäller denna typ av krävande vård.

För att stärka teamarbetet och samsynen på arbetet vore det också av stort värde att öka tjänstgöringsgraden ännu mera, då personalen idag arbetar som ”helgslag”, vilket innebär att samma personer nästan alltid arbetar med varandra. Det gör att det är svårt att skapa tillfällen för reflektion och möten där all personal tillför just sin upplevelse av situationen som diskuteras. Att få tillfälle till erfarenhetsutbyte och träning i att sätta ord på arbetet och upplevelser är nödvändigt i vårdformen och viktig för målet att säkerställa en god individuell planering för bemötandet och arbetet.

Utvecklingsprocessen har tagit tid, men metoden som innebär personalens aktiva medverkan har inneburit att personalen har utvecklat ett mer nyanserat sätt att göra

analyser. Det är viktigt att kritiskt våga granska varandras arbetsmetoder för att därigenom utveckla vårdformen och finna trygghet med varandra. Projektet har inneburit att personalen har utvecklat sin förmåga att se och sätta ord på sina behov. De vågar utvärdera sig själva och varandra, vilket kan anses som en mycket positiv utveckling i personalgruppen. Detta kan i sin tur bidra till att insatserna i omvårdnaden/omsorgen utförs med en högre kvalitet än tidigare (Skovdahl, 2004). Collste (1996) anser att etik står för reflexion över det moraliska handlandet och de moraliska ställningstagandena.

Erfarenheter från projektet visar emellertid att det inte enbart räcker med dessa faktorer. Personalen är verktyget och de viktigaste personerna i vårdandet. De måste känna sig trygga i arbetet, speciellt med dessa personer som saknar olika bedömningsförmågor. Det är också viktigt att omsorgspersonalen får den handledning som krävs för att kunna möta den demenssjuke personen på ett så optimalt sätt som möjligt. Projektet visar även betydelsen av att ledningen är lyhörd och erbjuder personalen olika former av stöd i form av handledning och utbildning allt eftersom behov uppstår.

Att ha tydliga riktlinjer och rutiner för vart personalen kan vända sig om det skulle inträffa akuta svårigheter som till exempel i form av våldsbegär ett svårt utbrott av något slag, ökar trygghet och säkerheten hos både personalen och de boende är synnerligen viktigt. Vården kring de boende behöver kvalitetssäkras där primärvårdsläkare, specialister från geriatriken, psykiatri och polisen samverkar. Det är även viktigt att säkerställa att transporter mellan de olika instanserna sker på ett tryggt sätt.

Samhället har ansvaret för omhändertagandet och säkerheten för de boende. Olika incidenter i boendet har visat att det finns brister. Detta måste kvalitetssäkras med tanke på SOU 2006:106 ”Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom”, ett betänkande av utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. Förslaget innebär i korthet att vissa tvångs- och begränsningsåtgärder kan få tillämpas i kommunens demensvård efter beslut av länsstyrelsen. En hållbar länk måste finnas från vårdpersonal – öppenvård – slutenvård – beslutsfattare i Hälso- och sjukvården – säkerhetsfolk – polis.

## **Vårdteknologi**

Det behövs många metoder och instrument för att möta dessa boende och deras mångfacetterade behov och problem i den specifika vården. Personalens kompetens och personliga fantasi är grunden i omvårdnadsarbetet. Vi valde att utveckla omvårdnadsarbetet genom att använda arbetsmetoderna, reminiscense, validering, taktil stimulering och sång och musik. Det är oftast de små olika insatserna som

ger positiva effekter. Mätinstrument som VAS-skalan används i vårdarbetet som kompletterande bedömningsinstrument och samsyn hos personalen är absolut avgörande för hur dessa instrument ska användas i vardagen. Resultatet av skattningarna visar att alla boende pendlar upp och ned i bedömningarna, men att de flesta skattningarna på välbefinnande i regel hamnar på neutralläge. Bedömningarna för oro pendlar upp och ner vid skattningarna, men oron kan generellt anses ha minskat, möjligtvis beroende på att den boende vant sig vid boendet och personalen.

Valet av instrument kan säkert diskuteras och även de avgränsningar som gjorts. Helt klart är att bedömningsarbetet medverkat till att det väckts intresse för ett kvalificerat omhändertagande av dessa personer och en insikt om att vi har skyldighet att bemöta dessa personer på den nivå de befinner sig. Boende och närstående behöver få allt stöd som finns både från landsting och från kommun för att slippa känslan av att personerna ”inte passar att bo här”. Med facit i handen skulle vi kunna använda GBS-skalan för alla som flyttade in på gruppboendet redan vid starten, men av olika skäl gjordes inte det. Det är tveksamt om personalen hade märkat med att använda fler mätinstrument. Det är en risk att tiden hade lagts i för hög grad på bedömningar och mätmetoder på bekostnad av vårdtagarnas behov av tid och uppmärksamhet. Skovdahl (2004) påpekar dessutom att många av de skalor och olika instrument som används i vården enbart ger ett mått på beteenden, men de berättar inte något om varför personen beter sig som den gör. En annan aspekt vid bedömningen kan vara att den boende av någon anledning retar sig på den bedömmande personalen och reagerar negativt enligt skalan och således påverkar utfallet negativt.

Även i skapandet av boendemiljön har personalens intresse och kunskap haft en avgörande betydelse för utvecklingen av den krävande vårdformen. Projektet visar att boendeformer för personer med demenssjukdom måste utformas helt efter den sjukas behov och att interiörer och exteriörer anpassas till de personer som skall bo där. Enheten utgör både boende- och arbetsmiljö och interiören bör säkra både gemenskap och avskildhet för de boende och personalen. Även färgsättningen är viktig. En färgmarkering kan vara orienterande och inbjudande till exempel till toalettbesök. En dörr kan också kamoufleras genom att målas in i väggen (Wijk 2001). Exteriören är viktig så att de boende kan vistas ute lite på egen hand utan fara för att de försvinner och att det samtidigt finns en sysselsättning som är meningsfull för den enskilde.

Ett tips till andra som planerar vårdformen är vår erfarenhet att både exteriören och interiören har stor betydelse för att både de boende och personalen ska orka bo i och arbeta i den krävande miljön. Det måste finnas möjligheter för de boende att fritt kunna gå utomhus utan att säkerheten äventyras. Det kan till exempel innebära att trädgård innehåller träd och växter som är ätbara, men även att det finns platser

för små blom- och grönsaksodlingar. Erfarenheter från projektet visar också att det är viktigt att den psykosociala miljön ger de boende frihet. Frihet kan ge sinnesro, men måste uppnås på ett säkert sätt utan risk att den enskilde kan försvinna från boendet. Det är därför viktigt att ha larmfunktioner som personal och boende/närstående kan lita på. Samtidigt skall larmet ske på så sätt att det lugn och ro som eftersträvas i miljön inte påverkas negativt.

Det har inte varit möjligt att genomföra en kostnadsanalys innanför ramen av detta projekt, vilket anses som en nackdel i samband med utvärderingen. Observationer tyder dock på att i samband med att personalen utvecklat sin förmåga att ge omvårdnad så har mindre läkemedel använts. Detta kan anses positivt både utifrån ett vårdperspektiv och från ett ekonomiskt perspektiv. Hälsoekonomiska vinster är även att genom läkemedelsgenomgångarna har läkemedelsförbrukningen minskat och läkemedlen har anpassats bättre till personerna och medfört att flera personer blivit mer vakna och rörliga. Hälsoekonomiska vinster som kan skönjas är att den boende upplevs må bättre än tidigare, och då även anhörig.

## **Slutsatser**

Rapporten visar att målet att skapa ett specifikt boende för personer med den beskrivna problematiken är tillgodosett och att den specifika omvårdnaden som erbjudits kunnat riktas individuellt genom personalens utveckling av omhändertagandet. De boende har upplevts ha fått en höjd livskvalitet.

Det har varit mycket intressant och lärorikt att följa projektet under två år. Vi utgick från ett antagande och har fått bekräftat att personer med demenssjukdom och BPSD kräver specifika vård- och omsorgsinsatser samt personal med stort intresse och hög kompetens i specifik omvårdnad. Med vår erfarenhet och alla insatser som gjorts har det inneburit att de boende upplevts fått sina fysiska och psykiska behov tillgodosedda trots demenssjukdomens destruktiva förlopp. Det har varit en utmaning att tolka och försöka förstå beteenden för att möta den boendes behov och önskemål som är beroende av andras förmågor och vilja att förstå. Att ge omvårdnad av hög kvalitet utifrån individens behov och önskemål är att balansera mellan insats och risker. Personalsammansättningen är bra, om än för knapp. Personalen har varit helt fantastisk och bemött vårdtagaren med vänlighet, lyhördhet och respekt, men upplever det ofta både krävande och utvecklande att bemöta dessa krävande personer på ett värdigt sätt. Ett optimalt bemötande kan leda till att de demenssjukas identitet och integritet stärks ( Kihlgren, 2002) och att deras oro och aggressivitet minskar (Skovdahl 2004).

Slutsatsen är att miljön kan vara mer tillåtande än tidigare. Resultatet visar att handledning i specifik omvårdnad är av största betydelse för personalgruppen för att de ska orka hantera och säkerställa en god vård. Projektet visar att den något högre personaltätheten har behövts, men det skulle behövas en högre personal-täthet för att det skall vara optimalt.

Med säkerhet kommer den här vårdformen att behövas även i framtiden för att bibehålla men även vidareutveckla den specifika omvårdnaden för personer med demenssjukdom, speciellt med tanke på den demografiska utvecklingen och att personer med demenssjukdom kommer att öka och då sannolikt även antalet personer med specifik problematik med svåra beteendestörningar. Flera boenden kan också bli aktuella. Personalen på Sictoniagården vill gärna bidra med sin erfarenhet och ser också vikten av och värdet i att medverka i utvecklingen av ett nätverk för vårdare av dessa personer.

## **Tack**

Det finns många personer som har givit mig stort stöd och hjälpt mig med projektets genomförande och utvärdering.

Ett stort tack till Harriet Berthold som har varit ett enormt stöd samt Kirsti Skovdahl som gett handledning i forskningens värld. Tack till min chef Bengt Gustafsson för stort stöd.

Stort tack till all fantastisk personal, både dag och natt, på Sictoniagården, samt ”nya” enhetschefen Bodil Haraldsson, som har ett stort engagemang i grupp-boendet BPSD och demenssjuksköterskan Barbro Broman-Pettersson.

## Referenser

- Birkestad G. (2004) *Beröring i vård och omsorg*. Solna: Ofeigur förlag.
- Bråne G. (1997) *Att bedöma demens med GBS-skalan*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Collste G. (1996) *Inledning till etiken*. Studentlitteratur.
- Feil N (1992) *Validation. The Feil Method. Here's to wise old age. How to help disoriented old-old*. ASCW.
- Finkel SI, Costa E. & Silva J. (1996) *Behavioural and psychological signs and symptoms in dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment*. *International Psychogeriatrics*, 8, 497–500.
- Götell E. (2004) *Vårdarsånger* Akademisk avhandling, Karolinska institutet, Stockholm.
- Hall GR & Buckwalter KC (1987) Progressively lowered stress threshold. A conceptual model of lowered stress threshold in the clinical setting. *Nursing Clinics of North America* 29, 129–141.
- Hansson S. & Nordin L. (2006) *Utveckling av särskilt boende för äldre personer med specifik problematik i sin demenssjukdom, beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom BPSD*, FoU i Sörmland.
- Haupt M., Kurz A. & Jönner M. (2000) A 2-year follow-up of behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatrics Cognitive Disorders*, 11, 147–152.
- Heap K. (1995) *Samtal med äldre. Om kommunikation, minnen, kriser och sorg*. Liber.
- Kihlgren M. m.fl. (2002) *Att möta personer med demens* 137–138. Studentlitteratur Lund.
- Ludvigsson F J. (2002). *Att börja forska – inom medicin, bio- och vårdvetenskap*. Studentlitteratur.
- Mega M.S., Cummings J.L., Fiorello T. & Goebel J. (1996) *The spectrum of behavioural changes in Alzheimer's disease*. *Neurology*, 46, 130–135.

Ragneskoog H. (2001) *Music and other strategies in the care of agitated individuals with dementia. A nursing perspective*. Medical Dissertation. Göteborg University.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006:172) *Sammanfattning och slutsatser Demenssjukdomar, en systematisk litteraturoversikt*.

Skovdahl K. (2004) *Krävande beteenden i samband med demensförekomst och olika förhållningssätt*. Medicinsk avhandling, Neurotec, Karolinska Institutet, Stockholm.

Socialdepartementet (2003). *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras närstående*. Ds 2003:47.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.

Starrin B. (red.)(1993). *Deltagarorienterad forskning*. Studentlitteratur.

Strandberg G. (2002). *Beroende av vård. Innebörden av fenomenet som det visar sig genom patienters, deras anhörigas och vårdares berättelser*. Medicinsk avhandling, Umeå Universitet.

Strängnäs kommun. *Mål o Budget 2007 för socialnämnden* Dnr: 2006:176-018.

Svalander & Widén (1983) *Vårda vårdarna* , Studentlitteratur, Lund.

Närvård Sörmland 2007. *Länsgemensamt vårdprogram för vård och omsorg av demenssjuka*.

Wijk H. (2001) *Color perception in old age, color discrimination, color naming, colorpreferens and color/shape recognition*. Doktorsavhandling medicinska fakulteten Göteborgs universitet.

Volicer L. & Hurley A.C. (2003) *Management of behavioural symptoms in progressive degenerative dementias. Review*. Journal of Gerontological Medical Sciences, **58A** (9), 837-845.

### **Personalens yrkes- och andra erfarenheter**

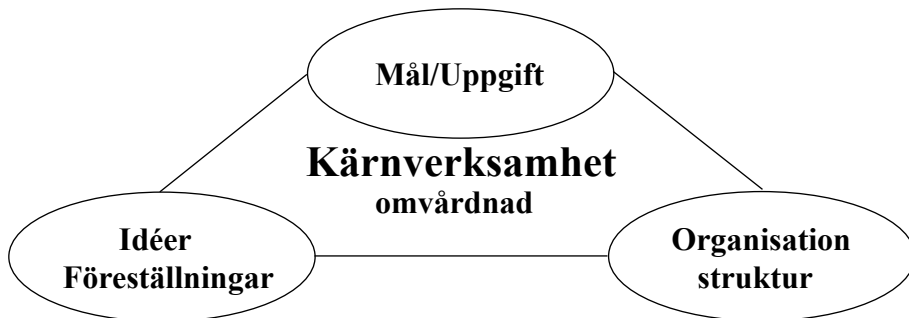
All personal har utbildning inom vården som undersköterska/omvårdnadslinjen eller skötarutbildning. Flera har även andra yrkesutbildningar såsom kontorist, frisör, inom restaurangbranschen och i missbruksprogram. Även utbildningar i katastrofmedicin och demensvård är representerade.

Erfarenheter finns sedan tidigare bland annat av äldrevård, rehabilitering, vård i livets slut och från demensvård på Irland liksom från hemvård med förstånds- handikappade personer, psykiskt sjuka och personer med demenssjukdom, samt från arbete med människor på verkstadsgolv med fysiska och psykiska problem. Erfarenhet finns även från industriarbete och stallarbete som omfattar hästar.

Ovanstående erfarenheter är ett utmärkt komplement i vårdandet av personer på gruppboendet, det finns stor serviceanda och stor social kompetens.



## Svalanders modell



**Mål/uppgift** omfattar till exempel olika styrande faktorer såsom lagarna Hälso och sjukvårdslagen (HSL) och Socialtjänstlagen (SoL) och Strängnäs kommuns värdegrund för ordinärt och särskilt boende för äldre- och funktionshindrade uttryckt i sex kvalitetsbegrepp; valfrihet, kontinuitet, integritet, trygghet, rätt till ett så aktivt och meningsfullt liv som möjligt samt tillgänglighet. Andra faktorer utgörs till exempel av resurser i form av inre och yttre miljö samt personalen och deras kompetens.

**Idéer och föreställningar** omfattar en rad faktorer som är viktiga för att nå målet. Som exempel kan nämnas hur ledningen och personalen ser på vården av personer med BPSD. En prioriteringsgrupp som bildats för projektet fastställde kriterier för vilka personer som kan komma ifråga för inflyttning till boendet. En styrgrupp bestämde en kravspecifikation vad avser personalens kompetens. Den bärande idén i projektet har varit att personalen skulle vara aktivt involverade under hela utvecklingsprocessen och medverka för att belysa resultatet. Personal rekryterades utifrån en kravspecifikation och tjänstgöringen startade med en gemensam utbildningsvecka där kommunens kvalitets och inriktningsmål, värdegrund, förutsättningar, etiska aspekter, samverkan hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser diskuterades liksom att kontaktpersonen har en viktig och framträdande roll (Hansson & Nordin, 2006).

**Organisationsstrukturen** utformades utifrån dimensionerna mål/uppgift och idéer och föreställningar för att ge förutsättningar att klara kärnprocessen. I utvecklingen och förbättringsarbetet i projektet eftersträvas en balans och samstämmighet mellan dimensionerna. Ledningen skall vara stödjande i kärnprocessen som är vårdandet. Personalens kompetens har utvecklats genom den inledande utbildningsveckan, fortlöpande handledning och undervisning. Som ett led i kvalitetsarbetet och utvecklingen av individualiserad vård görs regelbunden bedömning och analys av olika variabler via VAS skalor (oro, glädje och välbefinnande) samt sömnregistrering (sov/vaken tid) tillsammans med demenssjuksköterska.

### **Enligt Strängnäs kommuns mål och budget för socialnämnden har nedanstående begrepp följande betydelse:**

#### **Valfrihet,**

”Vårdtagare bör ges möjlighet att påverka:

- när de vill stiga upp och när de vill lägga sig
- när, var och med vem de vill äta och dricka
- vilka kläder de vill ha på sig
- vad de vill göra under dagen
- hur de vill möblera sin bostad
- om de vill låsa rummet/lägenheten
- om de vill ha gäster
- om de vill röka och dricka alkoholdrycker”

#### **Kontinuitet**

”Antalet personal som deltar i omvårdnaden om vårdtagaren ska vara begränsade till så få personer som möjligt.

- Vårdtagaren ska ha hjälp med att upprätthålla kontakten med sina anhöriga och vänner.
- Personalen bör skaffa sig en uppfattning om vårdtagarens tidigare liv för att bättre kunna förstå vårdtagaren och föra meningsfulla samtal genom levnadsbeskrivningar som utförs med vårdtagare som har dagliga insatser.
- Varje vårdtagare med dagliga insatser ska ha någon i personalen som kontaktperson”.

#### **Integritet**

”Vårdtagarens integritet ska respekteras i alla situationer.

- Vårdtagare ska tillfrågas om hur de själva vill ha det.
- Vårdtagaren har rätt att få vara ifred om han/hon vill det.
- Vårdtagarens önskemål om hur han/hon vill bli tilltalad ska respekteras.
- Vårdtagaren ska få hjälp att sköta sin hygien och sina toalettbestyr på ett så respektfullt sätt som möjligt.”

#### **Trygghet**

”Varje vårdtagare ska ha tillsyn och möjlighet till någon form av kontakt med personal varje dag.

- Vårdtagaren ska inte behöva känna rädsla för sin personliga säkerhet.
- Bemanningen/säkerheten ska vara sådan att vårdtagare som har en benägenhet att avvika, om möjligt hejdas innan något farligt inträffar.

- Det ska finnas rutiner för utrymning vid brand som vårdtagare och personal känner till.
- Trygghetslarmen ska kontrolleras att de är i funktion och får inte kopplas ur, även om vårdtagaren ringer mycket ofta. Trygghetslarm i ordinärt boende ska provlarmas en gång per månad.”

### **Rätt till ett så aktivt och meningsfullt liv som möjligt**

”Vårdtagare bör, om de så önskar, ha möjlighet att:

- delta i olika aktiviteter
- ha gäster vid måltider
- fira helg- och födelsedagar på det sätt man är van vid
- läsa de böcker och tidningar (även taltidningar) de är vana vid
- delta i någon form av gemensam aktivitet tillsammans med andra vårdtagare och med personalen så ofta som möjligt
- komma ut i friska luften efter önskemål för vårdtagare i särskilt boende och enligt biståndsbeslut i ordinärt boende
- ta del av kulturaktiviteter”

### **Tillgänglighet**

”Bostaden som kommunen tillhandahåller och övriga utrymmen bör vara lämpliga för äldre människor såväl med som utan funktionshinder.

- Lokaler och uteplatser inom särskilda boendeformer bör vara lätta för vårdtagare att nå.
- Information ska göras tillgänglig för alla oavsett funktionshinder och språk.”

### Arbetsmetoder på gruppboendet BPSD

Vi arbetar med ett individuellt synsätt där vi sätter vårdtagaren i centrum. Arbetsmetoderna vi använder oss av är:

**VALIDERING** (bekräftelse/ bemötande på ett värdigt sätt i svåra situationer utan kränkning)

Att utgå från att alla människor är unika och skall behandlas som individer.

Alla skall ha ett värde hur desorienterad man än är.

Att ta reda på orsaken till ett desorienterat beteende

Att vi som personal inte kan ändra på ett beteende.

Att alla skall accepteras på ett icke dömande sätt.

**REMINISCENS** (hågkomst)

Syftet är att väcka personens lust att minnas.

Målet för metoden är att återställa självkänslan, minska stressen och att vårdtagaren får känna sig viktig, minska läkemedelsintaget, öka kommunikationen och förhindra tillbakadragande (vegeterande stadiet)

**SÅNG OCH MUSIK**

Forskning visar på att demenssjuka reagerar på musik på ett positivt sätt.

För att minska aggressivitet och istället öka samarbetsviljan är det bra att ha bakgrundsmusik vid omvårdnadsskötsel. Om det finns musik så genererar det till att vårdtagaren blir lättare att vårda resten av dagen.

Sång och musik ökar sammanhållningen och ger en känsla av välbefinnande.

**TAKTIL MASSAGE**

Att få känna ömhet och beröring, som ger ett högt välbefinnande och mående.

**SYMPTOMKONTROLL**

Kognitiva symtom:

- Minne – närminne
- Orienteringsförmågan – ingen tidsuppfattning, nedsatt tidigt
- Exekutiv förmåga – tänka ut planer och utföra tidiga problem
- Språk och räkneförmåga
- Tankeförmåga och uppmärksamhet – svårt att fokusera
- Agnosi = känner ej igen saker
- Apraxi = kan ej utföra ändamålsenliga rörelser ex knäppa knappar

### Psykriatiska symtom:

- Depression – vanligt, svårt att tolka ju sjukare de blir
- Ångest
- Aggressivitet, både verbalt och fysisk. Handlingsplan ett måste
- Hallucinationer – syn, hörsel och känsel. Om det ej är otäcka så ska det inte behandlas
- Förvirring, konfusion eller dilerium = samma. Orsak kan vara akut urinvägsinfektion, läkemedel.

### Beteendemässiga symtom:

- Vandring – minimera fall och skador, undvik viktnskning, ge extra kalorier, byta skor och eventuellt höftbyxa.
- Plockighet
- Upprepat beteende – knackar
- Rop eller skrik, svårt att behandla. Obs smärta!
- Epileptiska anfall utan kramper.

### Kroppsliga symtom:

- Inkontinens – regelbundna toalettbesök var 3:e timme
- Stelhet – svårt att sätta sig ner
- Parkinsonism
- Kramper – till följd av skadeutveckling i hjärnan
- Myklonier – muskelryckningar, behandla de som lider eller de som ramlar
- Kontrakturer, särskilt blodkärlsdemens, ge taktill massage.

## **KONTAKTMANNASKAP**

Avdelningen arbetar med ett kontaktmannaskap där kontaktpersonen har ett ansvar utifrån Andréns projektets vision:

- Vara med på vårdplanering när ny vårdtagare aviseras, tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS).
- Presentation hur inflyttning skall ske. Informera om vår målsättning och vilka riktlinjer vi arbetar efter.
- Vara med OAS på hembesök.
- Ansvara för att ankomstsamtalet blir ifyllt tillsammans med OAS och eventuellt närstående.
- Skapa god kontakt med anhöriga.
- Kontaktpersonen är den som står vårdtagaren och dess anhöriga närmst.
- Se till att anhöriga fyller i levnadsberättelsen och vara behjälplig. Vara i tjänst när vårdtagaren flyttar in.

En månad efter inflyttning skall vårdplaneringen ske med anhörig/OAS/kontaktperson. Den kontakten ansvarar kontaktpersonen för, att den blir av:

- Ansvara för individuell vårdplan/genomförandeplan
- Att ansvara för att den Soc genomförandeplanen är aktuell.
- Ansvara för att VAS/GBS skalor genomförs var 3:e månad.
- Ha god symtomkontroll.
- Arbeta efter en funktionsbevarande vård
- Använda sig utav arbetsmetoderna i det dagliga arbetet.

Minst 1 ggr/år skall kontaktpersonen vara med på vårdplanering tillsammans med anhörig och OAS eller om förhållanden förändras.

Vid utflyttning av vårdtagare på gruppboendet skall avlämnande kontaktperson tillsammans med ny kontaktperson se till att överflyttningen sker optimalt med utslussning/inskolning.

Vid dödsfall skall kontaktpersonen ringa anhöriga efter begravning och fråga hur de mår för att på så sätt få ett avslutningssamtal. Detta förfaringssätt är mycket beroende på hur relationen har varit.

## **MÅL OCH RIKTLINJER**

Målen för varje individ är Valfrihet, Kontinuitet, Integritet, Trygghet, Rätt till ett så aktivt och meningsfullt liv som möjligt samt Tillgänglighet.

För att nå kommunens inriktnings och kvalitetsmål krävs följande riktlinjer:

- Tillgodose de emotionella, existentiella och intellektuella behoven.
- Att ha en anpassad verksamhet utifrån vårdtagaren.
- Erbjuder en positiv och stimulerande miljö.
- Stärka vårdtagarens självkänsla.
- Sätta vårdtagaren i centrum.
- Stimulera och motivera.



## Gottfries-Bråne-Steen-skalan (GBS-skalan)

- *intellektuell funktionsnedsättning (i), max 72 poäng*

*delskalan består av tolv variabler och mäter person-, tids- och rumsorientering, närminne, fjärrminne, vakenhet, koncentration, förmåga att öka tempo samt förströddhet, omständighet, distraherbarhet och språkstörningar.*

- *emotionell funktionsnedsättning (e), max 18 poäng*

*Den emotionella delskalan består av tre variabler och mäter emotionell funktionsförmåga, emotionell labilitet och nedsatt motivation.*

- *ADL, max 36 poäng*

*ADL skalan består av sex variabler, förmågan till av- och påklädning, till att klara sig i matsituationer, fysisk- spontan till att klara personlig hygien till att kontrollera blåsa och tarm.*

- *ofta förekommande demenssymtom, ingen summering.*

*Ofta förekommande symtom, sex olika symtom tas upp, förvirring, irritabilitet, ängslighet, ångestkänslor, sänkt stämningsläge och rastlöshet. Symptomen kan bero på sjukdomen men också otillfredsställande omvårdnad.*

*De tjugosju variablerna har namn exempelvis "närminne". Varje variabel har sju skalsteg. Patienten kan få mellan 0 – 6 poäng. 0 innebär normal funktion eller avsaknad av symtom och 6 innebär maximal störning eller mycket hög grad av symptom.*

*Tolkning av resultaten, delskalorna behandlas var för sig.*

*Demensgrad enligt GBS-skalan:*

	Ingen	Lindrig	Medelsvår	Svår
Intellektuell skala	0–1	2–24	25–49	50–72
Emotionell skala	0–1	2–6	7–12	13–18
ADL-skala	0–1	2–12	13–24	25–36

Ovanstående hämtat från Bråne G (1997) *Att bedöma demens med GBS-skalan.*







## Rapporter utgivna av FoU Äldre i Sörmland

### Rapport 2006:1

**Förbättrat stöd för personer med demens i eget boende** – utvärdering av utbildningsprogram för hemtjänsten i Flens kommun.

*Författare: Sofia Kialt*

### 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*

### Rapport 2007:1

**Uppsökande verksamhet bland äldre i Eskilstuna och Strängnäs.** En projektbeskrivning.

*Författare: Sara Gustafsson*

### Rapport 2007:2

**Sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg.** En enkätstudie.

*Författare: Lisbeth Dahlberg, Eva Johansson, Anna-Maarit Tirkkonen*

### Rapport 2007:3

**Specifik omvårdnad för personer med beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)** – en utvärdering av ett tvåårigt utvecklingsprojekt.

*Författare: Siw Hansson*

## Projektredovisningar utgivna av FoU Äldre i Sörmland

### Projektredovisning 2006:1

**Utveckling av särskilt boende för äldre personer med specifik problematik i sin demenssjukdom.**

Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdomar BPSD.

*Författare: Siw Hansson, Lena Nordin*

### Projektredovisning 2006:2

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

*Författare: Åsa Eriksson*

### Projektredovisning 2006:3

**Social dokumentation.** Redovisning av ett utvecklingsprojekt i Vingåker.

*Författare: Lisbeth Dahlqvist, Rose-Marie Larsson*

### Projektredovisning 2006:4

**Kultur i vården.** Redovisning av ett utvecklingsarbete inom utvecklad hemtjänst.

*Författare: Monica Nordrup*

### Projektredovisning 2007:1

**Taktil Stimulans – Beröring som lugnar.** Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

*Författare: Annika Magnusson*

### Projektredovisning 2007:2

**Vardagsrehabilitering i eget ordinarie boende.** Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

*Författare: Susanne Borgerot*

### Projektredovisning 2007:3

**Äldre och Läkemedel.** Samverkansprojekt Hemtjänsten – Primärvård – Apotek i Flen och Katrineholm.

*Författare: Inger Ljungholm och Ann-Katrine Trybom*

### Projektredovisning 2007:4

**Äldre och Läkemedel.** Modell för kvalitetsanalys Oxelösund 2006.

*Författare: Ingela Mindemark*

**Rapporter och projektredovisningar går att beställa från FoU Äldre i Sörmland och finns som pdf-fil på hemsidan [www.foualdre.sormland.se](http://www.foualdre.sormland.se)**

# 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 lokaliserat i Mälardalens Högskola



FoU Äldre i Sörmland

Mälardalens Högskola, Box 325, 631 05 Eskilstuna

Besöksadress: Drottninggatan 16A, plan 4

Telefon: 016-15 51 22 Mobil: 070-348 87 09

e-post: [info@foualdre.sormland.se](mailto:info@foualdre.sormland.se)