



## **FoU-rapport 65:2011**

# **Lärcenter för en god demensvård**

Ett FoU-projekt för att utveckla en lokal kompetensutvecklingsenhet inom demensvården i Linköpings kommun

***Bo Davidson (redaktör)***

*Projektmedarbetare:*

*Kerstin Angvik*

*Liselotte Björk*

*Kicki Holmberg*

*Eva-Lena Lundberg*



## SAMMANFATTNING

I denna rapport redovisas FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård, som bedrivits vid FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun. Projektet startade i oktober 2007 och avslutades i oktober 2010. Det övergripande målet var att utifrån ett brukar- och evidensbaserat perspektiv utveckla ett lokalt lärcenter inom demensvård. Målsättningen var vidare att lärcentrat lokalt och inom berörda kommuner ska ha stor betydelse för demensvårdens kvalitet och verksamhetsutveckling samt att centrat aktivt ska delta i motsvarande utveckling i regionen och på nationell nivå. Syftet var att säkerställa och höja kvalitet i demensomsorgen genom att utveckla modeller för att sprida kunskap till brukare, anhöriga och medarbetare samt dokumentera kunskap och arbetssätt.

Inom projektet valde man att arbeta med sex olika tema:

1. Brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i dagen
2. Anhörigtöd, samverkan med anhöriga
3. Demensutbildning
- 4.Handledning
5. Vetenskapligt arbetssätt (evidens), samverkan med universitet, dokumentation av kunskap
6. Modeller för kunskapsspridning för att främja lärandet

Projektets förhistoria kännetecknas i hög grad av att medarbetare i verksamheten genom engagemang och arbete i tidigare FoU-projekt haft drivkraften och viljan att utveckla verksamheten. En grundläggande tanke för Lärcenter för en god demensvård var att organisera projektet med en nära koppling mellan ledningen och medarbetarna som driver projektet. Detta har visat sig genom att medarbetarna i projektet, som är undersköterskor, hela tiden har fortsatt att arbeta i den dagliga verksamheten samtidigt som de arbetat i projektet. Vidare har projektet organiserats i enlighet med en interaktiv forskningsansats vilken kännetecknas av att praktiker samverkar forskare på ett verksamhetsnära sätt för att formulera problem, metoder och lösningar.

Projektet har organiserats så att arbetet har bedrivits i form av delprojekt i de sex teman som redovisats ovan.

I temat Brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i dagen har samverkansråd med brukare och gäster genomförts på sex enheter. Skattningsskalor har utvecklats för att mäta brukares uppfattningar om

aktiviteter och delaktighet. Skattningssskalorna fungerar bra och modellen används på fem enheter efter projekttidens slut.

I temat Anhörigstöd, samverkan med anhöriga har studiecirkel genomförts för anhöriga på tre enheter, samt anhörigstöd har genomförts i grupp. Temat har utvärderats internt i projektet och i en kandidatuppsats och utfallet visar att studiecirkelarna har lett till utveckling av kommunikationen med anhöriga samt konkreta utvecklingsförslag. Anhörigstödet har anpassats för anhörigas olika behov.

Temat Demensutbildning, som bekostats med stimulansmedel innebär att totalt 1070 vårdpersonal genomgått utbildningen. Inom temat har även läromedel i demensvård samt dans tagits fram. I en extern utvärdering i form av en kandidatuppsats konstateras att kunskaperna används i dagligt arbete och bemötandet av vårdtagaren har förbättrats. Ledningens roll i detta sammanhang kan dock utvecklas.

I tematHandledning har en modell tagits fram där medarbetare i verksamheten kan få kontinuerlig handledning gruppvis cirka en gång per månad. Syftet är att ge vårdpersonal ökad kunskap, ge möjlighet till reflektion, samt utveckla ett gemensamt arbetssätt som gynnar vårdtagaren. Cirka 200 medarbetare har deltagit i kontinuerlig handledning och ytterligare cirka 110 har fått konsultation vid enstaka tillfällen. I den extern utvärdering i form av en kandidatuppsats konstateras att handledningen upplevs leda till utveckling, nya kunskaper och gemenskap.

Temat Vetenskapligt arbetssätt, samverkan med universitetet och dokumentation har inneburit kontinuerliga träffar med forskare i geriatrik, handledning och stöd från FoU-centrum, utvärdering i form av kandidatuppsatser inom Socionom- och PA-programmet, samt egen dokumentation i form av läromedel och arbetsrapporter. Det material som tagits fram har kontinuerligt behandlats internt i styr- och arbetsgrupp, samt redovisats i work shop, på FoU-seminarier samt på konferenser. Läromedlen som tagits fram tillämpas i verksamheten.

Det sista temat, Modeller för kunskapsspridning för att främja lärande har omfattat att skapa ett demensnätverk, genomföra work shops samt organisera inspiratörer på enheterna. Vidare har en modell för implementering av metodverktyg på sju enheter. I en extern utvärdering i form av kandidatuppsats konstateras att implementeringsmodellen fungerar bra.

Överlag har projektet varit framgångsrikt och i stort uppfyllt målen. Det finns dock några aspekter där projektet inte varit helt framgångsrikt. Ambitionen var initialt att skapa en referensgrupp där forskare i gerontologi, fackliga företrädare, företrädare för alternativa utförare och andra FoU-kommuner kunnat ingå. Detta blev inte verklighet, även om kontakter med Mjölby kommun

förekommit. Vidare var ambitionen att arbeta systematiskt med att ta del av forskning inom demensområdet, t ex i form av att samarbeta med forskningsbiblioteket på Linköpings universitet för att kunna söka och ta del av ny forskningslitteratur. I viss mån har detta kunnat genomföras men då snarare i form av personliga kontakter och initiativ hos enskilda i projektet.

Mot denna bakgrund kan de viktigaste framgångsfaktorerna i FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård sammanfattas på följande sätt:

- Initiativet till projektet bygger i hög grad på engagemang och kompetens hos medarbetare som har både teoretisk och praktisk erfarenhet av demensvård, dvs. de demensvårdsutvecklare som arbetat i projektet.
- Ledningen på samtliga nivåer i organisationen har gett sitt aktiva stöd och även medverkat i projektet.
- Projektet har haft stöd från FoU-centrum och av externa utvärderare och bedrivits enligt en interaktiv forskningsansats.

En evidensbaserad praktik kännetecknas av att utgå från en sammanvägning av kunskap som finns inom forskningen, de yrkesverksamma praktikernas erfarenheter och den kunskap som dessa får av sina klienter/brukare. Det är en rimlig slutsats att FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård i hög grad kännetecknats av just dessa faktorer. Givetvis kan Lärcentret utvecklas ytterligare men den modell av ett lokalt lärcenter som arbetats fram under projektet torde vara en bra plattform för att kunna arbeta med evidensbaserad praktik inom demensvården.

## FÖRORD

I denna rapport redovisas FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård. Projektet har genomförts vid FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete, vilket är ett samarbete mellan Linköpings, Motala, Mjölby, Kinda, Ydre, Åtvidaberg och Vadstena kommuner, alternativa utförare samt Linköpings universitet. Just detta projekt har utförts inom affärsområdet äldreomsorg inom den kommunala utföraren Leanlink i Linköping, och specifikt inom området demensvård. Det finns olika typer av FoU-projekt, men detta projekt kanske har vissa speciella drag, varav det viktigaste är att det är ett modellutvecklingsprojekt. Vidare har arbetet i projektet kännetecknats av ett interaktivt arbetssätt, vilket innebär att forskare och praktiskt verksamma, samarbetar för att producera kunskap som är både vetenskapligt intressant och praktiskt användbar.

Projektet startade som en följd av fyra undersköterskors engagemang för att utveckla och förbättra demensvården, nämligen Kerstin Angvik, Liselotte Björk, Kicki Holmberg och Eva-Lena Lundberg. Genom deras deltagande i fortbildningar och tidigare engagemang i FoU-projekt skapades en god grund för att kunna lyfta utvecklingsarbetet till ett mera omfattande projekt. Ledning och sakkunniga inom Leanlink stödde detta engagemang och en ansökan till FoU-centrum formulerades.

Det övergripande målet med projektet blev att utifrån ett brukar- och evidensbaserat perspektiv utveckla ett lokalt lärcenter inom demensvård. Förhoppningen är att efter projektets slut ha hittat ett sätt att säkerställa och höja kvalitet i demensvården, och att även i framtiden kunna utveckla modeller för att sprida kunskap till brukare, anhöriga och medarbetare. Projektet är treårigt och startade i oktober 2007 och avslutades i oktober 2010.

Även i arbetet med denna rapport och i dess disposition, visar sig den interaktiva ansatsen som kännetecknat projektet. Rapporten har närmast karaktären av en antologi, där olika delar författats av dem som arbetat i projektet, av forskare från FoU centrum och Linköpings universitet, men även av studenter från Socionom- och PA-programmen vid Linköpings universitet, vilka engagerats för att inom ramen för sin utbildning belysa och utvärdera delar av Lärcenterprojektet. I arbetet med denna rapport har Bo Davidson, som är projektets FoU-handledare och som arbetar vid Linköpings universitet och inom FoU-centrum, tillsammans med Kerstin Angvik, Liselotte Björk, Kicki Holmberg och Eva-Lena Lundberg haft rollen av redaktörer. Arbetet med

rapporten har dock skett i nära samarbete med författarna av de i rapporten ingående kapitlen.

Kapitel 1 till och med 4 kan ses som en inledande beskrivning av projektet, dess mål, praktiska och teoretiska förutsättningar och organisering. Kapitlen 5 till och med 11 beskriver olika delprojekt och aktiviteter i Lärcenterprojektet, och är i huvudsak författade av medarbetare i projektet samt av studenter som utvärderat olika delar och redovisat dessa i kandidatuppsatser. De arbetsrapporter som Lärcenters medarbetare skrivit har redigerats ihop med delar av studenternas uppsatser. I arbetet med denna redigering har Bo Davidson haft huvudansvaret, men med aktiv medverkan från medarbetarna i Lärcenterprojektet. Kapitel 12 avslutar rapporten och i detta kapitel redovisas och diskuteras projektets utfall i relation till målen. De olika kapitlen har följande innehåll och författare:

Kapitel 1 är i huvudsak författat av Bo Davidson, men med bidrag från biträdande affärsområdeschefen inom äldreomsorgen vid Leanlink, Camilla Scharff, och Bror Önstorp, före detta Omsorgschef i Linköpings kommun och medlem i Lärcenters styrgrupp.

Kapitel 2 behandlar teoretiska aspekter på kompetens- och verksamhetsutveckling i projekt, och är skrivet av Dan Rönnqvist, Linköpings universitet, vilken även har en bakgrund i FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete.

I kapitel 3 ges en bakgrund till demenssjukdomar, vad gäller olika typer av demens, diagnoser och behandlingsmetoder. Detta kapitel är skrivet av Bertha Ragnarsdóttir som är sakkunnig inom demensvård i Linköpings kommun.

Kapitel 4 är en beskrivning av Lärcenterprojektets organisation och olika faser i projektet, och är författat av Liselotte Björk, som är undersköterska vid en enhet i Leanlink, men också projektledare och demensvårds-utvecklare i Lärcenterprojektet.

I kapitel 5 beskrivs temat brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i vardagen, och författare är Liselotte Björk och Eva-Lena Lundberg, som båda är undersköterskor/demensvårdsutvecklare och medarbetare i projektet.

I kapitel 6 redovisas delprojekt om anhörigstöd. Kapitlet är skrivet av Ann-Kristin Andersson, Liselotte Björk och Kerstin Angvik, samtliga undersköterskor och projektmedarbetare. Anhörigtemat behandlas även i kapitel 7, författat av Kicki Holmberg och Liselotte Björk, där delprojektet anhörigsamverkan beskrivs.

En av de mera omfattande aktiviteterna i Lärcenterprojektet är en fortbildning i demenskunskap som genomförts för merparten av medarbetarna inom Linköpings kommunala äldreomsorg, vilket beskrivs i kapitel 8. Detta kapitel är en syntes av en arbetsrapport skriven av Kicki Holmberg och Eva-Lena Lundberg och en kandidatuppsats skriven av PA-studenterna Terese Andersson och Emelie Ingmarsson.

I kapitel 9 beskrivs verksamheten i temat handledning, och även detta kapitel är en syntes av en arbetsrapport och en kandidatuppsats. Arbetsrapporten är skriven av Kerstin Angvik, Liselotte Björk och Eva-Lena Lundberg från Lärcenterprojektet, och uppsatsen är skriven av PA-studenterna Tomas Köhler och Gustav Åberg.

I kapitel 10 beskrivs temat modeller för kunskapsspridning för att främja lärande, och författare till detta kapitel är Inga Micko och Bertha Ragnarsdóttir, båda från Leanlink och medlemmar i Lärcenters styrgrupp.

I kapitel 11 redovisas en utvärdering av den implementeringsmodell som tagits fram i projektet. Kapitlet är baserat på en kandidatuppsats författad av PA-studenterna Ingela Larsson Kindeland och Susanne Sundström.

Kapitel 12 avslutar rapporten och omfattar en redovisning och diskussion av projektets utfall i relation till målen. Detta kapitel är i huvudsak författat av Bo Davidson.

Trots denna kanske något ovanliga disposition av en FoU-rapport hoppas vi att ni läsare skall finna den intressant, läsvärd och tillgänglig. Avslutningsvis vill vi som har arbetat med denna rapport tacka alla som på olika sätt deltagit i projektet.

Linköping i februari 2011

Bo Davidson  
redaktör

Kerstin Angvik, Liselotte Björk, Kicki Holmberg, Eva-Lena Lundberg  
projektmedarbetare



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUND TILL FOU-PROJEKTET LÄRCENTER FÖR EN GOD DEMENSVÅRD .....	2
1.2 VAD ÄR ETT LÄRCENTER FÖR EN GOD DEMENSVÅRD? .....	4
1.3 MÅL FÖR FOU-PROJEKTET LÄRCENTER FÖR EN GOD DEMENSVÅRD .....	4
1.4 SYFTE MED RAPPORTEN .....	5
1.5 DISPOSITION .....	5
<b>2. KOMPETENS- OCH VERKSAMHETSUTVECKLING I PROJEKT</b> .....	<b>7</b>
2.1 KOMPETENS OCH UTVECKLING AV KOMPETENS .....	7
2.2 OM FÖRÄNDRINGS- OCH UTVECKLINGSARBETE I ARBETSLIVET .....	8
2.3 LÄRANDE OCH FÖRÄNDRING I ARBETSLIVET .....	9
2.4 NÅGRA KRITISKA FAKTORER FÖR LÄRANDE OCH UTVECKLING .....	11
<b>3. DEMENSSJUKDOMAR - EN TEORETISK BAKGRUND</b> .....	<b>13</b>
3.1 BAKGRUND .....	13
3.2 NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD OCH OMSORG OM PERSONER MED DEMENS.....	14
3.3 DEMENSDIAGNOS .....	14
3.4 DEMENS - EN BEGREPPSUTREDNING .....	15
3.5 VERKTYG I VÅRDEN AV PERSONER MED DEMENSSJUKDOM.....	18
3.6 FRAMTID.....	23
<b>4. LÄRCENTERS ORGANISATION OCH FOU-PROJEKTETS OLIKA FASER</b> .....	<b>25</b>
4.1 FÖRHISTORIA .....	26
4.2 PROJEKTANSÖKAN .....	27
4.3 PROJEKTORGANISATION.....	27
4.4 PROJEKTETS OLIKA FASER.....	28

4.5 PROJEKTETS OMFATTNING .....	30
4.6 ÖVRIGT.....	31

## **5. TEMA BRUKARINFLYTANDE, SOCIALT OCH MENINGSFULLT**

### **INNEHÅLL I DAGEN – DELPROJEKT SAMVERKANSRÅD..... 33**

5.1 INLEDNING.....	33
5.2 BAKGRUND.....	33
5.3 PROJEKTET SAMVERKANSRÅD .....	33
5.4 TEORETISK BAKGRUND .....	34
5.5 GENOMFÖRANDE AV MODELLEN SAMVERKANSRÅD .....	37
5.6 RESULTAT.....	38
5.7 SAMMANFATTNING OCH AVSLUTANDE KOMMENTARER.....	42

## **6. TEMA ANHÖRIGSTÖD OCH SAMVERKAN MED ANHÖRIGA –**

### **DELPROJEKT ANHÖRIGSTÖD..... 43**

6.1 INLEDNING.....	43
6.2 ANHÖRIGGRUPPER I LINKÖPING.....	44
6.3 SYFTE MED ANHÖRIGSTÖD .....	45
6.4 TEORI OM NÄRSTÅENDES SITUATION.....	46
6.5 DELPROJEKT ANHÖRIGSTÖD.....	47
6.6 DISKUSSION.....	48

## **7. TEMA ANHÖRIGSTÖD OCH SAMVERKAN MED ANHÖRIGA –**

### **DELPROJEKT ANHÖRIGSAMVERKAN..... 51**

7.1 INLEDNING OCH BAKGRUND.....	51
7.2 SYFTE MED ANHÖRIGSAMVERKAN.....	51
7.3 TEORETISK BAKGRUND .....	51
7.4 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT FÖR ANHÖRIGSAMVERKAN.....	52
7.5 SAMMANFATTNING OCH AVSLUTANDE KOMMENTARER.....	54

## **8. TEMA DEMENSUTBILDNING..... 57**

8.1 INLEDNING OCH BAKGRUND.....	57
8.2 SYFTET MED DEMENSUTBILDNING .....	58
8.3 TEORETISK BAKGRUND .....	59
8.4 UTBILDNINGENS INNEHÅLL OCH GENOMFÖRANDE.....	61
8.5 MEDARBETARNAS UPPFATTNINGAR OM DEN GENOMFÖRDA UTBILDNINGEN.....	61
8.6 UTBILDARNAS ERFARENHETER OCH REFLEKTIONER OM DEMENSUTBILDNINGEN .....	67

## **9. TEMA HANDLEDDNING..... 73**

9.1 INLEDNING OCH BAKGRUND.....	73
9.2 SYFTE MED HANDLEDDNINGEN .....	74
9.3 TEORI OM HANDLEDDNING AV VÅRDPERSONAL .....	74
9.4 GENOMFÖRANDE AV HANDLEDDNINGEN .....	76
9.5 MEDARBETARNAS UPPFATTNINGAR OM DEN GENOMFÖRDA HANDLEDDNINGEN.....	78
9.6 UTBILDARNAS ERFARENHETER OCH REFLEKTIONER OM DEMENSUTBILDNINGEN .....	84

## **10. TEMA MODELLER FÖR KUNSKAPSSPRIDNING FÖR ATT FRÄMJA**

### **LÄRANDE – DEMENSNÄTVERK, INSPIRATÖRER OCH WORK SHOP..... 89**

10.1 INLEDNING OCH BAKGRUND.....	89
10.2 SYFTE .....	90
10.3 VAD ÄR ETT NÄTVERK OCH VARFÖR NÄTVERK? – EN TEORETISK BAKGRUND.....	90
10.4 UPPBYGGNAD AV DEMENSNÄTVERKET.....	91
10.5 DISKUSSION.....	99

## **11. TEMA MODELLER FÖR KUNSKAPSSPRIDNING FÖR ATT FRÄMJA**

### **LÄRANDE - LÄRCENTERS IMPLEMENTERINGSMODELL..... 103**

11.1 INLEDNING OCH BAKGRUND.....	103
11.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR I UTVÄRDERINGEN AV IMPLEMENTERINGSMODELLEN .....	104

11.3 MODELLER FÖR KUNSKAPSSPRIDNING FÖR ATT FRÄMJA LÄRANDE .....	104
11.4 TEORETISK BAKGRUND - IMPLEMENTERING OCH UTVECKLINGSARBETE I OMSORGSARBETE	105
11.5 UTVÄRDERINGENS GENOMFÖRANDE .....	107
11.6 MEDARBETARNAS UPPFATTNINGAR OM IMPLEMENTERINGEN .....	109
11.7 INSPIRATÖRERNAS UPPFATTNINGAR OM IMPLEMENTERINGEN.....	115
11.8 SAMMANFATTNING OCH AVSLUTANDE KOMMENTARER .....	120
11.9 SLUTORD .....	125

## **12. LÄRCENTER FÖR EN GOD DEMENSVÅRD – AVSLUTANDE**

### **REFLEKTIONER ..... 127**

12.1 VAD HAR PROJEKTET LÄRCENTER FÖR EN GOD DEMENSVÅRD UPPNÅTT – AKTIVITETER, UTFALL OCH UTVÄRDERING AV PROJEKTETS OLIKA TEMAN .....	127
12.2 PROJEKTETS UTFALL I RELATION TILL MÅLEN .....	134
12.3 VILKA KRITISKA FAKTORER HAR PÅVERKAT ARBETET I PROJEKTET LÄRCENTER FÖR EN GOD DEMENSVÅRD? .....	137

### **LITTERATURLISTA ..... 141**

# 1. INLEDNING

FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete har funnits sedan år 2000 och är ett av cirka 80 FoU-centrum inom vård- och omsorgssektorn i Sverige. Just detta FoU-centrum är ett samarbete mellan Linköpings, Motala, Mjölby, Kinda, Ydre, Åtvidaberg och Vadstena kommuner, alternativa utförare samt Linköpings universitet. Huvudmålen med detta FoU-centrum är: *”att med utgångspunkt i aktuell och framtida samhällsutveckling skapa förutsättningar för en långsiktig kunskapsutveckling”* samt *”att genom samverkan mellan forskning och praktisk verksamhet stärka förutsättningar för och stimulera utveckling av kunskap och verksamhet inom äldreomsorg, handikappomsorg och individ- och familjeomsorg.”* (Thor, Ellström, Ekholm, Ellström & Rönnqvist, 2006, s. 22). Detta kan ske genom att bilda mötesplatser och arenor där praktiker och forskare kan träffas.

En central tanke inom FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete är att verksamheten skall bedrivas utifrån en interaktiv ansats (Svensson, Brulin, Ellström & Widegren, 2002). En interaktiv ansats innebär samverkan mellan forskare och praktiskt verksamma, och syftar till att ge kunskap som är både vetenskapligt intressant och praktiskt användbar. Tillsammans med praktiker samverkar forskare på ett verksamhetsnära sätt för att formulera problem, metoder och lösningar. Forskarna kan då bidra med att ge de medverkande teoretiska begrepp och modeller för att förstå och lösa de problem som projektet fokuserar, ge handledning, feedback, fokusera på kritiska aspekter, samt tillsammans med projektledningen dokumentera processen.

Thor et al. (2006) sammanfattar ett antal hinder och förutsättningar för att genomföra FoU-projekt. Ett hinder som författarna beskriver i rapporten är att den kunskap som kommer fram genom ett FoU-projekt ofta kan vara svår att sprida. Detta trots att FoU-projekten är nära och tydligt kopplade till verksamheten. För att kunna utveckla FoU- verksamheten beskriver Thor et al. (2006) tre utvecklingsstrategier, varav ett förslag handlar om att utveckla lokala center för arbetsplatslärande, vilket benämns ”mini-lärcenter”. Ytterligare ett argument för att utveckla ett lokalt ”mini-lärcenter” är att tidigare studier tyder på att anställda inom vården oftast lär och får ny kompetens genom erfarenheter i det dagliga arbetet.

I föreliggande rapport redovisas arbetet i ett FoU-projekt som bedrivits enligt en interaktiv ansats och som gått ut på att skapa ett lokalt lärcenter inom äldreomsorgen, närmare bestämt inom området demensvård.

## ***1.1 Bakgrund till FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård***

Linköpings kommun är sedan 1992 organiserad i en beställar- och utförarorganisation. Hela äldreomsorgen är konkurrensutsatt och flera privata aktörer finns på marknaden. När projektet startade 2007 var Linköpings kommunala Utförare (LKU) en del av den kommunala äldreomsorgen. LKU var organiserad i tre geografiska områden med en områdeschef för varje område och en affärsområdeschef som ansvarande för den samlade äldreomsorgen. Verksamheterna inom Lärcenter för en god demensvård<sup>1</sup> ingick då i det Centrala/Östra området. Sedan projektet startade har den kommunala utförarorganisationen delvis förändrats. Äldreomsorgen arbetar idag mer processinriktat utifrån verksamhetstyp (vårdboende och hemtjänst) och områdesindelningen har upphört. Under våren 2009 startade ett gemensamt varumärkesarbete och LKU ändrade namn till Leanlink.<sup>2</sup> Sedan 2010 finns en affärsområdeschef och en biträdande affärsområdeschef inom äldreomsorgen.

Att beskriva hur många boende och servicehus som omfattas av projektet är svårt då det har förändrats hela tiden under projektiden, vilket även gäller antal anställda. Äldreomsorgen i Linköping är starkt konkurrensutsatt och Leanlinks marknadsandel har varierat mellan cirka 35 – 45 procent av totalt antal platser inom särskilt boende. Hela Leanlink kan grovt uppskattat sägas bestå av cirka 30 enheter med både hemtjänst, och särskilt boende. Vad gäller personal så är cirka 800 - 900 tillsvidareanställda.

Sedan 2003 har Centrala/Östra området i Leanlink haft en strategisk viljeinriktning att utveckla demensverksamheten. Det finns flera kompetenta medarbetare som varit motorn i detta arbete, styrkan är att de både arbetar i vardagen som undersköterskor inom demensvården och en del av sin tjänst arbetar de tillsammans med ledningen för att utveckla verksamheten. År 2004 påbörjades arbetet men en vision om en sammanhållen vårdkedja för den enskilde brukaren med demenssjukdom samt dennes anhöriga. Ett flertal delprojekt planerades för att kunna leva upp till visionen (se kapitel 4).

FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård startade i oktober 2007 och löpte under tre år. Lärcenter ska utveckla och sprida verksamhetsnära kunskap och arbetssätt. Undersköterskor med specialistkunskap som demensvårdsutvecklare som har sin bas i olika verksamheter inom demensvården driver

---

<sup>1</sup> I rapporten används fortsättningsvis benämningen Lärcenter i löpande text.

<sup>2</sup> I rapporten används fortsättningsvis benämningen Leanlink i löpande text oavsett tidsperiod i projektet.

projektet tillsammans med ledning och sakkunniga inom demensområdet. Lärcenter valde att arbeta med sex olika tema:

1. Brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i dagen
2. Anhörigstöd, samverkan med anhöriga
3. Demensutbildning
- 4.Handledning
5. Vetenskapligt arbetsätt (evidens), samverkan med universitet, dokumentation av kunskap
6. Modeller för kunskapsspridning för att främja lärandet

Lärcenter arbetar med fem beprövade och genomtänkta verktyg och metoder som ska bidra med ett gemensamt bra arbetsätt inom omsorgen. Dessa verktyg är: Levnadsberättelse, Bemötandemetoder, Reminiscens, Beröringsmassage samt Musik och Dans. Det fanns många delar men ingen helhet, under 2006 växte tanken fram från ledningen om att utveckla ett lärcenter för demensvård.

För att starta ett Lärcenter ansöktes om projektmedel från FoU-centrum. I oktober 2006 beviljades ett planeringsanslag om 40 000 kronor för förankringsarbete och idéutveckling i berörda personalgrupper, studiebesök, kontakter med olika samarbetspartners och framtagande av projektansökan. I projektansökan till FoU ansöktes om 420 000 kronor per år under tre år för att finansiera projektet Lärcenter.<sup>3</sup> I ansökan förband sig även Leanlink att skjuta till medel om 190 000 kronor per år. Lärcenter beviljades slutligen 400 000 kronor per år men har finansierats av både FoU- medel och statliga stimulansmedel.

Under hela projekttiden har Lärcenter bemannats med 0,25 årsarbetare för projektledare och cirka 0,6 årsarbetare för projektmedarbetare. I stort sett hela projektanslaget har används för att täcka fasta personalkostnader. Leanlink har stått för kostnader för OH, såsom chef, ekonom, datorer, telefoner, resor, utbildningar och övrigt material, utöver detta har varje berörd verksamhet själva bekostat vikarier och personaltid för att delta vid olika aktiviteter. Lärcenter har även sålt tjänster till enheter som inte ingått i projektet. Dessa tjänster har främst varit de olika steg 1, 2 och 3 - utbildningarna om demens och handledning till personal. För att finansiera detta har respektive enhet debiterats ett självkostnadspris.

---

<sup>3</sup> Ansökan om projektanslag för LÄRCENTER – DEMENSVERKSAMHET, Linköpings kommun Dnr. 2005.0144

## ***1.2 Vad är ett lärcenter för en god demensvård?***

Hur skall man då förstå vad ett lokalt lärcenter för en god demensvård är för något? Mot bakgrund av erfarenheter från arbetet i demensvården, och de speciella krav detta ställer, samt med erfarenheter från tidigare utvecklingsarbete, kompetensutveckling, samt tidigare FoU-projekt, finns det några kännetecken. En utmaning är att lärcentret inte skall verka avskilt från den ordinarie verksamheten. Mot bakgrund av detta så kan några kännetecken för ett lärcenter för en god demensvård sammanfattas i följande punkter:

- Verksamheten i Lärcentret utgår från tydliga behov hos brukare och hos personal
- Lärcentret har sin bas både i forskning/utveckling och i produktionen
- Lärcentret verkar i närhet till befintligt FoU-centrum
- Kompetensutvecklingsaktiviteter fokuserar huvudsakligen på arbetsplatsförlagd utbildning
- Kompetensutveckling innebär huvudsakligen informellt lärande men mera formellt lärande i samarbete med extern part kan förekomma
- Lärcentermedarbetarna har sin tillhörighet både i lärcenter och i aktuell verksamhet (produktion)
- Lärcentret skall ha en tydlig organisation vad gäller styrning, projektutformning och implementering
- Arbetet i lärcenter präglas av ett sökande, prövande och öppet arbetsätt, transparens, uppföljning och utvärdering

## ***1.3 Mål för FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård***

Det övergripande målet är att utifrån ett brukar- och evidensbaserat perspektiv utveckla ett lokalt lärcenter inom demensvård. Målsättningen är att detta lärcenter lokalt och inom berörda kommuner ska ha stor betydelse för demensvårdens kvalitet och verksamhetsutveckling samt att centrat aktivt ska delta i motsvarande utveckling i regionen och på nationell nivå. Syftet är att säkerställa och höja kvalitet i demensomsorgen genom att utveckla modeller för att sprida kunskap till brukare, anhöriga och medarbetare samt dokumentera kunskap och arbetsätt.

Utifrån det angivna övergripande syftet formulerades följande mål på en lägre nivå:

- Utveckla modeller för hur vi genom brukare och anhöriga kan säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet
- Utveckla modeller för hur vi systematiskt kan fånga och tydliggöra den ”tysta” och verksamhetsnära kunskap som produceras i verksamheten



- Tillämpa organisering, arbetssätt och ledarskap som främjar lärande systematisering och dokumentation av kunskap, arbetsmetoder och arbetssätt
- Utveckla modeller för spridning av kunskap
- Utveckla vardagsnära och kontinuerligt samarbete mellan forskning och praktik

### ***1.4 Syfte med rapporten***

Syftet med denna rapport är att:

- Beskriva FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård vad gäller organisering, projektaktiviteter och utfall kopplat till projektets mål.
- Problematisera kritiska faktorer för att uppnå projektets mål, både vad gäller möjligheter och hinder.

### ***1.5 Disposition***

I kapitel 1 ges en bakgrund till FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård. Kapitlen 2 och 3 avser att ge en teoretisk ram för rapporten. I kapitel 2 presenteras en teoretisk bakgrund till projektet vad gäller att arbeta med kompetens- och verksamhetsutveckling i projekt. I kapitel 3 redovisas en teoretisk bakgrund vad gäller demenssjukdomar och olika verktyg som kan användas i vården av personer med demenssjukdomar. I kapitel 4 redovisas hur projektet organiserats samt en beskrivning av de aktiviteter som genomförts i projektet. I kapitel 5 till och med 11 redovisas mera detaljerat aktiviteter samt utfall av vad som gjorts i de olika teman som projektet omfattar, dvs.: Brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i dagen; Anhörigstöd; samverkan med anhöriga; Demensutbildning;Handledning, samt slutligen Modeller för kunskapsspridning för att främja lärandet. Temat Vetenskapligt arbetssätt, samverkan med universitet, dokumentation av kunskap, har inte något eget kapitel men antas genomsyra hela rapporten, och behandlas i det avslutande kapitel 12. Vidare diskuteras i kapitel 12 vad projektet Lärcenter för en god demensvård har uppnått, samt vilka kritiska faktorer som har påverkat arbetet i projektet vad gäller hinder och möjligheter.

För enkelhets skull tillämpas den kortare benämningen Lärcenter, i löpande text, snarare än det fullständiga namnet Lärcenter för en god demensvård. Rapporttexten har närmast formen av en antologi som baseras på ett antal olika ursprungsdokument i form av arbetsrapporter och uppsatser, och de författare och källor som de olika kapitlen baseras på presenteras i form av fotnoter i

inledningen till respektive kapitel. De arbetsrapporter som författats i projektet finns tillgängliga på FoU-centrums hemsida<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> <http://www.linkoping.se/Stod-omsorg/Kvalitet-och-utveckling/FoU-centrum-for-var-d-omsorg-och-socialt-arbete/>

## 2. KOMPETENS- OCH VERKSAMHETSUTVECKLING I PROJEKT

I detta kapitel presenteras en teoretisk bakgrund som avser att belysa problem och möjligheter vad gäller att arbeta med kompetens- och verksamhetsutveckling i projekt.<sup>5</sup>

### 2.1 Kompetens och utveckling av kompetens

Enligt Hansson (2005) är kompetens något som vi måste ha för att exempelvis klara av att utföra en uppgift. Ellström (1992, sid. 21) har en likartad syn på kompetensbegreppet. Han definierar kompetens som:

*”En individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller kontext. Närmare bestämt förmågan att framgångsrikt utföra ett arbete, inklusive förmågan att identifiera, utnyttja och, om möjligt, utvidga det tolknings-, handlings- och värderingsutrymme som arbetet erbjuder.”*

Här talar Ellström om det han kallar för potentiell handlingsförmåga. Med detta avses vad man egentligen kan och som kan utnyttjas i arbetet om man får möjlighet. Samtidigt är den kompetens som vi har beroende av i vilken miljö vi befinner oss. I en miljö ses vi som kompetenta då andra människor har begränsade förmågor inom det aktuella området, men vi kan också befinna oss i en miljö där våra förmågor kommer till korta jämfört med andra som verkar inom området. Så man kan säga att vår kompetens är relativ i relation till vilken miljö vi verkar inom och vilka personer som verkar inom området. Såväl Hansson (2005) som Ellström (1992) har specificerat vilka förmågor som kan avses när man säger att någon är kompetent. Utan att göra en lång uppräkningslista av förmågor kan man nämna olika kunskaper och färdigheter men också värderingar och nätverk.

Kompetensutveckling avser endera en arbetsgivares planerade åtgärder eller mer eller mindre spontana aktiviteter i arbetet som leder till lärande. I huvudsak finns det tre olika former för kompetensutveckling (se t ex Rönnqvist, 2001).

- För det första, det som benämns formella utbildningsaktiviteter. Det rör sig här om organiserade utbildningar som arbetsgivaren planerar och genomför alternativt ger någon annan i uppdrag att planera och

---

<sup>5</sup> Kapitlet är skrivet av Dan Rönnqvist, Linköpings universitet.

genomföra. Det kan röra sig om exempelvis olika typer av kurser som riktar sig till medarbetare.

- För det andra, det som benämns icke-formella utbildningsaktiviteter. Dessa utbildningsaktiviteter har en lägre grad av planering. Organiserar ofta av ledning på mindre enheter. Det finns inget ansökningsförfarande. Om man är anställd på enheten så har man rätt och ibland skyldighet att delta. Exempelvis kan det röra sig om kvalitetscirklar.
- Den tredje formen kallas informellt lärande på arbetsplatsen. Ibland kan ledning organisera för att öka det informella lärandet på arbetsplatsen genom att organisera verksamheten så att medarbetare har ökade möjligheter att ta sig an nya arbetsuppgifter och därigenom lära mer av de erfarenheter som de får. Ett annat alternativ är att organisera i team för att öka interaktionen mellan medarbetare vilket kan medföra ökade möjligheter att lära av varandra. Till denna form av kompetensutveckling hör också det som kallas självstyrt lärande i samband med att man utför sitt arbete. Sammantaget kan man säga att det informella lärandet spänner från att vara autodidakt till omedvetet lärande genom att delta i organisationsgemenskapen. Det som ibland kallas socialisation.

## ***2.2 Om förändrings- och utvecklingsarbete i arbetslivet***

Vilka faktorer och aktörer finns bakom de förändringar som genomförs i arbetslivet? Det finns ett antal grundläggande teoretiska perspektiv som försöker att besvara denna fråga. Med utgångspunkt från ett ledningsrationellt perspektiv är det ledning och experter som initierar förändringar i en organisation. Motivet är då direkt eller indirekt effektivitets- och verksamhetsrelaterade. Utifrån ett konfliktteoretiskt perspektiv är det grupper och koalitioner i organisationen som åstadkommer förändringar vars syfte är att stärka maktpositioner eller för att öka sitt inflytande (se Rönnqvist, 2001). Ett tredje perspektiv utgår från att det är omvärlden som styr vilka förändringar som sker i organisationen. Motiven kan här vara att vinna legitimitet i omvärlden (se Røvik, 2008).

Att genomföra en förändring brukar sällan vara fritt från problem. Snarare brukar förändringsprojekt möta motstånd vid såväl planering som genomförande. Motståndet kan ha många olika orsaker. På det individuella planet kan det handla om rädsla att förlora förmåner, rädsla att inte klara nya arbetsuppgifter eller att man upplever att förändring i fråga är onödig. På gruppnivå kan det handla om att sociala band bryts eller att grupper upplever att de förlorar inflytande (se Yukl, 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2008). Vilka strategier kan då tillämpas för att övervinna motstånd mot förändring? Ofta betonas vikten att ge medarbetare på olika nivåer möjlighet att aktivt delta i förändringsarbetet som ett sätt att öka förändringsbenägenheten (se t ex Dilschmann, Falck och Krafft, 2000). Vidare är det viktigt att ledningen aktivt

arbetar för att leda och stödja förändring (French & Bell, 1999). Delaktighet kan dock innebära allt ifrån ett gemensamt beslutande till att bli konsulterad (se Vroom & Yetton, 1973). Dilschmann et al (2000) problematiserar deltagandet vid förändringar. Frågor som vem är delaktig i vad och på vilket sätt är centrala. Berör delaktigheten alla anställda eller gäller det bara vissa grupper eller representanter. Dilschmann et al (2000) pratar i detta sammanhang om accesstrukturer. Olika grupper av anställda har olika förutsättningar och möjligheter att delta i förändringar beroende på position i den hierarkiska ordningen. Läkare är exempel på anställda som har en god accesstruktur medan sjukvårdsbiträden har en dålig accesstruktur. Graden av deltagande kan variera, såväl när det gäller hela den planerade förändringen som under olika faser av förändringen. Grupperas deltagandemönster kan också variera. Deltagandemönstret bestäms också av grupperas villighet och förmåga att delta.

### ***2.3 Lärande och förändring i arbetslivet***

Att förändra innebär att gå från ett tillstånd till ett annat. Förändringar kan beskrivas som varande av första eller andra ordningen. En förändring av första ordningen innebär att delar av ett system påverkas så att det sker en förnyelse. Detta i motsats till den andra ordningens förändringar där hela system påverkas. Jakobson (2005) kategoriserar dessa förändringar som inkrementell respektive revolutionär karaktär (Jakobsen, 2005). När det är fråga om andra ordningens förändringar eller det som ovan kallas revolutionär förändring brukar man vanligtvis tala om att det handlar om kulturförändring. Att förändra en organisations kultur handlar om att ersätta tankesätt, normer och attityder men kanske främst individers omedvetna antaganden (Schein, 1988). Frågan är vilken strategi som går att tillämpa för att förändra en organisations kultur. Tre mer traditionella strategier som brukar lyftas fram är den som Chin och Benne har utvecklat (se French & Bell, 1999). Den kanske minst verksamma och det som vi kanske tror är den mest effektiva är informationsstrategin. Tanken bakom denna strategi är att om man har kunskap så agerar man i enlighet med denna kunskap. Redan på 40-talet genomfördes forskning som visade att denna strategi inte hade den effekt som önskats. Den andra strategin gäller makt och tvång. Den kan i och för sig vara verksam men här är det viktigt med vilka sanktionsmöjligheter som finns för de som inte följer de regler eller motsvarande som den som har makt kommunicerar.

Att försöka att enbart informera individer om saker och tings fördelar eller att försöka förändra genom tvång eller makt brukar inte vara speciellt verksamt. Åtminstone inte i ett längre perspektiv. Istället förordas en omskolningsstrategi som innebär att de gamla tankesätten, normerna och attityderna men kanske främst individers omedvetna antaganden utmanas och luckras upp innan nya har möjlighet att bli etablerade (se French & Bell, 1999).

Flertalet definitioner av begreppet lärande betonar samspelet mellan individ och omgivning och att lärande medför förändring. I denna rapport definieras lärande som *”relativt varaktiga förändringar hos en individ som ett resultat av individens samspel med sin omgivning.”* (Ellström, 1992, sid. 67). Med utgångspunkt från denna definition kan lärande och förändring ses som intimt sammanknippade. Det sker inga förändringar utan ett individuellt eller ett kollektivt lärande. Dilschmann et al (2000) beskriver relationen mellan begreppen som att förändringar erbjuder möjligheter till lärande. Motsatt kan lärande åstadkomma förändring.

I huvudsak kan sägas att det finns två typer av lärande som kan generera två typer av förändringar. Ett anpassningsinriktat respektive ett utvecklingsinriktat lärande. Dessa kan ses som komplementära där den ena typen av lärande inte utesluter den andra typen. Snarare är de mer eller mindre framträdande i specifika situationer. Det anpassningsinriktade lärandet avser ett lärande där individer eller grupper förvärvar kunskaper och erfarenheter genom att lösa problem utifrån givna förutsättningar, mål och uppgifter. Detta till skillnad från ett utvecklingsinriktat lärande där individer och grupper ifrågasätter det givna (Ellström, 1992). Ellström (1992) menar att i det utvecklingsinriktade lärandet ställs frågorna ”vad” och ”varför”, till skillnad från det anpassningsinriktade lärandet, där det snarare är frågan ”hur” som ställs, när det gäller att hantera uppgifter och problem. I det utvecklingsinriktade lärandet handlar det i många fall om att ifrågasätta och utmana gällande rutiner och den kultur som råder. Det krävs dock ett antal förutsättningar för att utvecklingsinriktat lärande skall kunna ske. Centralt i sammanhanget är att individer och grupper har en frihet eller ett handlingsutrymme att bestämma hur uppgifter och problem ska lösas, att det finns en kultur som stödjer ifrågasättande av rådande rutiner och det förgivet tagna i organisationen, samt att ledningen uppmuntrar till nytänkande och experimenterande. Hindrande faktorer blir ovanstående faktorerers motsatser samtidigt som brist på tid i många fall hindrar ett utvecklingsinriktat lärande (se Ellström, 1992; Docherty, 1996). På kollektiv nivå talar Argyris & Schön (1996) om singel-loop och dubbel-loop lärande. Där den förstnämnda typen av lärande avser ett lärande där individer lär sig att bättre hantera problem och uppgifter utan att ifrågasätta ramar. Vid ett dubbel-loop lärande krävs det att det sker ett ifrågasättande av de grundantaganden och värderingar som styr handlandet. Etablerade rutiner och sanningar ifrågasätts.

En central fråga rör relationen mellan individuellt och kollektivt lärande. Om en individ lär något nytt är det inte säkert att detta leder till kollektivt lärande. Det krävs åtminstone två processer för att det ska ske ett kollektivt lärande. För det första måste det ske en spridning av det lärda. Detta medför att det måste finnas kanaler eller fora för att möjliggöra detta. För det andra måste det lärda

institutionaliseras. Det vill säga att den nyvunna kunskapen liksom de förändrade attityder och värderingar som följer i spåren av den nyvunna kunskapen, förutom att den blir tillgänglig för individerna i det kollektiva sammanhanget, också blir normgivande för kollektivet (se Docherty, 1996). Av detta resonemang framgår implicit att spridning och institutionalisering mellan nivåer (mikro-meso-makro) kan vara problematiskt.

När det gäller utvecklingsarbete i projekt, dvs. en temporär organisation, torde spridningsproblematiken vara av såväl intern som extern karaktär. Risken finns att projektet lever sitt eget liv och kanske snarast blir en arena för egen utveckling, inte en utveckling för hela organisationen. Hultman och Klasson (1995) problematiserar att förändringar ofta stannar i den temporära organisationen utan att nå moderorganisationen. Ett begrepp som kan användas i detta sammanhang är "lösa kopplingar" (se Weick, 1976). För att utvecklingsarbete i ett projekt skall bli framgångsrikt krävs att brygga över eventuella lösa kopplingar genom att på olika sätt integrera projektet i ordinarie verksamhet.

## ***2.4 Några kritiska faktorer för lärande och utveckling***

Slutligen skall vi mot bakgrund av ovanstående försöka att formulera några kritiska faktorer som är centrala för att skapa en god lärmiljö som stödjer utvecklingen av både verksamheter och individer (Ellström, 1992; 1996; 2005; Nilsson, Wallo, Rönnqvist & Davidson, 2011).

1. Delaktighet i målformulering, planering och verksamhetsutveckling
2. Arbetsuppgifter med hög lärandepotential vilket yttrar sig i både handlingsutrymme och interaktionsutrymme
3. Information och fördjupade teoretiska kunskaper
4. Lokala experiment och prövande av olika handlingsalternativ
5. Erfarenhetsutbyte och reflektion
6. Utbildningsmöjligheter
7. Ett ledarskap som stödjer utveckling och lärande
8. Betydelsen av grupprocesser, arbetsplatskultur och organisationsstrukturer som främjar lärande





## **3. DEMENSSJUKDOMAR - EN TEORETISK BAKGRUND**

I detta kapitel redovisas en teoretisk bakgrund vad gäller demenssjukdomar och olika verktyg som kan användas i vården av personer med demenssjukdom.<sup>6</sup>

### ***3.1 Bakgrund***

Demenssjukdomar är ett betydande samhällspolitiskt och ekonomiskt problem. Antalet demenssjuka växer och det talas mycket om demensvården i ekonomiska termer. I Sverige beräknas cirka 150 000 personer lida av någon form av demenssjukdom (SUB, 2006) och cirka 24 000 nya fall upptäcks varje år. Totalt räknar man med att 50 000 – 60 000 av dessa finns i det egna hemmet enligt skattningar som gjorts utifrån data från bl.a. Kungsholmsprojektet. Cirka en fjärdedel av dem (16 000 personer) har en måttlig eller svår demenssjukdom. I tidiga faser av demenssjukdomen bor de flesta människor hemma. Detta uppmuntras på alla sätt. Enligt flera undersökningar (Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan & Winblad, 2000) mår personer med demenssjukdom bäst hemma, så länge det går, vilket också är det billigaste alternativet. När det gäller personer med demenssjukdom som har insatser från kommunal hemtjänst finns inga uppgifter på nationell nivå att tillgå eftersom man i kommunernas registrering och dokumentation inte kan sammanställa uppgifter som är diagnosrelaterade (Socialstyrelsen, 2007). Enligt preliminära bedömningar har ungefär 10 000 personer yngre än 65 år någon form av demenssjukdom. Uppgifterna är dock mycket osäkra.

Demenssjukdom är troligen den viktigaste orsaken till att äldre människor flyttar till särskilda boende (Marcusson, Blennox, Skoog & Wallin, 2003). Andelen människor med demenssjukdom på särskilda boenden som inte klassificeras som gruppboende för personer med demenssjukdom, uppgår till 60 - 80 procent (Dehlin & Rundgren 2007).

Vården av personer med demenssjukdom anses kosta upp till 50 miljarder SEK per år och är redan en av de största utgiftsposterna inom det sociala området samt hälso- och sjukvårdsbudgeten. Antalet anhöriga som berörs av demenssjukdom är stort. Ingen vet exakt hur många de är. I en undersökning av Johansson (2001) anges att två tredjedelar av all vård av äldre som bor hemma sköts av familjemedlemmar eller andra släktingar.

### ***Prevalens***

---

<sup>6</sup> Kapitlet är skrivet av Bertha Ragnarsdóttir, Linköpings kommun.

Hög ålder är den starkaste riskfaktorn för att få en demenssjukdom. Risken att drabbas ökar signifikant med stigande ålder och tio procent av alla som är äldre än 65 år, samt 50 procent av alla över 90 år insjuknar. Efter år 2020 förutspås en markant ökning av antalet drabbade, då en hög ålder uppnås bland det stora antalet personer som föddes på 1940 talet (SBU, 2007). I Östergötland beräknas 7 300 personer lida av demenssjukdom varav 2125 i Linköping. Kvinnor och män insjuknar i lika stor utsträckning (Landstinget i Östergötland, 1999).

### ***3.2 Nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demens***

Att förbättra vård och omsorg för personer med demenssjukdom är en ständigt pågående process. Socialstyrelsen har arbetat med att utveckla nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demens (Socialstyrelsen, 2010). Syftet med riktlinjerna är att ge kunskapsbaserade nationella rekommendationer om hur kommuner, landsting, regioner och privata och ideella vård- och omsorgsutförare, gemensamt kan tillgodose behov av vård och omsorg för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det övergripande syftet är att bidra till kvalitetsutveckling och god resurshushållning. Riktlinjerna ska bidra till en likvärdig vård och omsorg av hög kvalitet över hela landet. Samtliga rekommendationer avser gruppnivå. När det handlar om individuella fall vägs flera andra faktorer in utifrån individens unika situation. Riktlinjerna innehåller indikatorer för god vård och omsorg som gör det möjligt att följa upp vården och omsorgen över tid och jämföra verksamheter.

Socialstyrelsen anser att all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbete. All personal som arbetar inom demensområdet bör få möjligheter till utbildning som är långsiktig, kombinerad och med praktiskt träning, handledning och feedback.

Många av rekommendationerna har trots det svaga kunskapsunderlaget fått en hög rangordning. Skälen till detta är flera. Det kan saknas alternativa åtgärder och den åtgärd som föreslås är den enda eller bästa möjliga (Socialstyrelsen, 2010).

### ***3.3 Demensdiagnos***

En demensdiagnos är viktig för ställningstagande om vård, omsorg och behandling för personer med demenssjukdom och stöd till deras närstående.

Grunden för demensdiagnostik inom svensk sjukvård är kopplat till WHO:s klassifikation ICD-10 (Classification of Mental and Behavioural disorders).

Definition av demens enligt ICD-10: Diagnostic Criteria for Reserch är följande (The ICD-10, 1993, I: Marcusson et al. 1995, sid. 16):

1. Demens är ett syndrom som beror på hjärnsjukdom, vanligen kronisk eller progressiv till sin natur.
2. Demens innebär störning av flera högre kortikala funktioner som minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme.
3. Medvetandet är inte grumlat.
4. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta och är ibland föregången av försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation.
5. Demens medför avsevärd försämring av intellektuella funktioner och påverkar vanligen dagliga aktiviteter som tvättning, påklädning, ätande och toalettbesök.
6. Symptomen skall ha funnits i minst sex månader innan en säker klinisk demensdiagnos kan ställas.
7. Hur dessa svårigheter manifesterar sig beror i stor utsträckning på de sociala och kulturella omständigheterna under vilka patienter lever.

### ***3.4 Demens - en begreppsutredning***

Ordet demens härleds ur de latinska orden ”de” som betyder från och ”mens” som betyder förnuft, sinne eller själ. På detta sätt blir översättningen ”från förståndet”. Det kan också översättas med ”bestående nedsättning av intelligens och känsloliv på grund av sjukliga förändringar i hjärnan” (Gaunt, Öhlander & Schwarz, 1994).

Det finns olika sätt att beskriva demenssjukdomars svårighetsgrad och sjukdomsstadier. Socialstyrelsen (2010) har valt att dela in demenssjukdomens olika stadier i mild, måttlig och svår.

***Mild demenssjukdom*** – personer behöver stöd i det vardagliga livet men kan oftast vistas hemma och klara sig utan så stora insatser från samhället.

***Måttlig demenssjukdom*** – personer behöver stöd i det vardagliga livet men kan oftast vistas hemma.

***Svår demenssjukdom*** – personen är så funktionsnedsatt att ständig tillsyn är nödvändig och någon form av särskild boendeform krävs.

Sjukdomen utvecklas under kanske tio till femton år. Ett genomsnitt på sju års sjukdomslängd har rapporterats från flera håll (Gullman, 2003). Demens är

ingen enhetlig sjukdom, utan ett komplex av olika symptom. Demens är en samlingsbeteckning för en grupp av sjukdomar och syndrom som har vissa gemensamma symtom (SUB 2006). Det kan röra sig om förlust av kognitiva funktioner såsom minne, språk, orienteringsförmåga, igenkänning eller läs- och skrivförmåga. Det finns tre stora huvudgrupper av demenssjukdomar. Primärdegenerativa, vaskulära och sekundära demenssjukdomar. Till de primär degenerativa demenssjukdomarna hör Alzheimers sjukdom, frontallobs demens och Huntingtons sjukdom. Bland de vaskulära demenssjukdomarna är MID (Multi Infarkt Demens) den vanligaste. Sekundära demenssjukdomar orsakas av indirekta hjärnskador till följd av somatisk sjukdom orsakade av till exempel etylskador eller brist på B-12 vitamin (Larsson & Rundgren, 2003). Här nedan kommer några av de vanligaste demenssjukdomarna att redovisas.

### ***MCI (Lindrig kognitiv nedsättning)***

Lindrig kognitiv (intellektuell) störning (förkortat till MCI = mild cognitive impairment) är en blandad symptomgrupp där den kliniska bilden utgörs av lätt minnesnedsättning eller andra lätta intellektuella symtom. Många gånger är det svårt för denna grupp människor med lindriga symtom att avgöra huruvida symtomen är en del av normalt åldrande, ett avgränsat tillstånd med kognitiva störningar eller början på ett mer allvarligt tillstånd. Cirka 80 procent av de personer som får MCI diagnos har inom fem år fått någon form av demenssjukdom ofta Alzheimerssjukdom (Karolinska Institutet, 2011).

### ***Alzheimers sjukdom***

Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom, den omfattar 45 - 50 procent av antalet personer med demenssjukdom. Alzheimers sjukdom brukar ha ett ganska linjärt progressivt förlopp, det vill säga de intellektuella funktionerna avtar kontinuerligt med tiden, sakta men säkert. Skadorna är i huvudsak lokaliserade till hjärnans tinning- och hjässlober. Ofta kan hela sjukdomsförloppet utspelas under många år, ibland femton år eller mer om de tidigaste stadierna räknas med. Sjukdomen debuterar vanligen efter 65 års ålder. En underform till Alzheimer, kallad "Familjär Alzheimers sjukdom", föreligger när patienten har nära släktingar som också har Alzheimers sjukdom. Denna form leder till en presenil debut, d.v.s. debut före 65 års ålder (Marcusson et al, 1995).

### ***Vaskulär demens***

Vaskulär demens utgör cirka 20 - 25 procent av demenssjukdomarna. Alla orsaker bakom vaskulär demens är inte helt klarlagda. En i högsta grad bidragande orsak är dock försämrad blodcirkulation i åderförkalkade blodkärl, vilket i sin tur skadar hjärnceller. Riskfaktorer för att utveckla sjukdomen är: högt blodtryck, diabetes, hjärt- och kärlsjukdom t ex kärlkramp, hjärtinfarkter, flimmerrytm på hjärtat, tidigare stroke och andra cirkulationsstörningar i

hjärnan. Hjärnans olika delar har olika funktioner. Blodkärl finns i hela hjärnan. Symtomen vid vaskulär demens blir därför mer skiftande än vid andra demenstyper, beroende på vilka områden som blir skadade. Vid vaskulär demens insjuknar personen ofta relativt plötsligt, ibland i direkt anslutning till stroke eller mindre genomblödningsstörning. Förloppet vid sjukdomen brukar beskrivas som trappstegsliknande, dvs. det kan ofta anges när sjukdomen började samt när försämring skett. Vid vaskulär demens är människor ofta medvetna om sina minnesstörningar (Marcusson et al, 1995).

### ***Frontallobsdemens (Fronto-temporal demens)***

Orsaken till frontallobsdemens är okänd. I en del fall finns ärftliga orsaker, i andra fall är det inte känt vad som utlöser sjukdomen. Nervceller i hjärnans främre delar skruppnar och dör. Följaktligen uppstår då störningar i de funktioner som styrs från den delen av hjärnan, t ex planering, omdöme, insikt och koncentrationsförmåga. I hjärnans främre delar finns hela vår personlighet och förutsättningar för ett socialt liv. Symtombilden är något annorlunda, än i de ovan nämnda sjukdomarna, då glömskan kan komma senare i förloppet. Tidigt i sjukdomen sker ofta en förändring av personligheten, omdömessvikt, distanslöshet, nedsatt språkförmåga, hämningslöshet och insiktslöshet. Ibland förekommer psykiska symtom som nedstämdhet, håglöshet och hallucinationer. Det är också vanligt med ökad aptit och ett stort behov av sötsaker. Personer med frontallobsdemens kan därför förorsaka sociala katastrofer för familj och vänner innan diagnosen sätts (Landahl, Ingelsson & Kilander, 2009; Wimo & Sandman, 1999; Melin & Olsen, 1999).

### ***Lewy-Body-demens***

Demensbilden är skild från den som ses hos alzheimerpatienter genom att minnet och orienteringsförmågan är förhållandevis välbevarade tidigt i sjukdomen. Det gör att patienten kan te sig förhållandevis mer intellektuellt välbevarad och att man inte misstänker demenssjukdom (Boström, Palmqvist, Andersson & Londos, 2009) Längre fram i sjukdomsförloppet påverkas dock även minnet. Nervceller i hjärnans tinning- och hjässlobes skadas vilket leder till ett försämrat minne samt andra intellektuella svårigheter. De delar av hjärnan som styr rörelsefunktioner skadas också vilket ger upphov till symtom liknade de vid Parkinson sjukdom (stelt rörelsemönster, ibland darrningar) och synhallucinationer. Även en nedsatt blodcirkulation bidrar till skadorna vid sjukdomen. Många betraktar Lewy-Body demens som en variant av Alzheimers sjukdom. Sjukdomen börjar smygande och utvecklas långsamt, så att minne och tänkande försämras så att individen inte klarar den tidigare funktionsförmågan. Minnesnedsättningen är inte så uttalad till en början, utan tilltar med sjukdomsutvecklingen. Något som också är typiskt för denna grupp är att patienterna är extremt känsliga för neuroleptikabehandling (Londos, 2005)

### ***BPSD***

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) är ett internationellt konsensusbegrepp som omfattar ångest, nedstämdhet, hallucinationer och vanförställningar, aggressivitet, skrikande, rastlöshet, agitation, vandrande, socialt oacceptabelt beteende, bristande sexuell hämning, samlande och svärande (Finkel et al, 1996). Internationell konsensusgrupp har definierat BPSD som ”tecken och symtom på störd perception, stört tankeinhåll, förändrat stämningsläge och förändrat beteende som ofta förekommer hos patienter med demenssjukdom” (Eriksson, Minthon, Moksnes, Saarela, Sandman, Snaedal & Karlsson, 1998). BPSD förekommer hos cirka 90 procent av dem som drabbas av demenssjukdom och är en mycket vanlig orsak till att individen inte kan stanna i sitt eget boende utan är i behov av ett särskilt boende. 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

### ***3.5 Verktyg i vården av personer med demenssjukdom***

Ett av syftena med Lärcenter är att utveckla och säkerställa kvaliteten inom demensomsorg. God livskvalitet är ett viktigt mål för omvårdnad av personer med demenssjukdom, men det saknas bra metoder för skattning av livskvalitet ur den demenssjukes perspektiv (SUB, 2006).

För att nå syftet har Lärcenter för god demensvård bestämt sig för att lyfta upp fem verktyg som har sitt ursprung i vedertagna och genomtänkta metoder. Dessa verktyg ska användas inom all äldreomsorg inom Linköpings kommunala äldreomsorg. Verktygen är följande:

- Levnadsberättelsen
- Bemötandemetoder
- Reminiscens
- Beröringsmassage
- Musik och dans

Här nedan följer beskrivning av de fem verktygen där även det vetenskapliga underlaget har vävts in.

#### ***Levnadsberättelsen***

Inom Linköpings kommunala äldreomsorg används ett speciellt formulär som kallas ”Levnadsberättelse”. Närstående och eller ”vårdtagaren” ombeds av fylla i formuläret. Syftet med att arbeta med levnadsberättelsen som ett verktyg är att varje individ skall erbjudas personcentrerad omvårdnad. I de nationella

riktlinjerna för demensvård och omsorg (Socialstyrelsen, 2010) lyfts fram att en människas unika levnadsberättelse är grunden för hur hon ska bemötas. Ett av nyckelbegreppen där, är just personcentrerad vård och omsorg. Det innebär att vårdpersonalen sätter personen i centrum och inte demenssjukdomen. Utgångspunkten vid personcentrerad omvårdnad är den demenssjukes verklighet, vilket innebär att vårdpersonal förväntas utgå från den demenssjukes värderingar och sätt att leva, samt förstå psykiska symtom och beteende ur den demenssjukes perspektiv. En del av den personcentrerade omvårdnadens innebörd är att den demenssjuke personen accepteras och bekräftas som den person han/hon är. Viktigt är också att inspirera personen till att berätta om sitt liv och sina erfarenheter. Förhoppningen är att den kunskap som kommer fram i levnadsberättelsen bidrar till ökade förståelse för människan som vårdpersonalen har framför sig. Forskning har visat att vårdarnas empatiförmåga ökar i takt med ökad kunskap om individens liv (Solem, Ingebretsen, Lyng, & Nygård, 1996).

Det är kontaktmannens ansvar att informera om levnadsberättelsen och erbjuda sin hjälp om så önskas. Flera forskare påstår att levnadsberättelsen är ett av de viktigaste verktygen i vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Holst (2002) hävdar att för att kunna erbjuda ett gott bemötande måste vårdarna försöka förstå hur den demenssjuke personens livsvärld ser ut. Det kräver kunskap om hur den demenssjuke personen uppfattar sin situation. Enligt Holst kan det liknas vid att ta klivet ut ur sin egen livsvärld och stiga in i den andres livsvärld (Holst, 2002). Westlund och Sjöberg (2005) menar att levnadsberättelsen är ett salutogent verktyg eftersom den bidrar till att personalen lär känna personen de har framför sig. Den bidrar till förståelse för vem han eller hon är (identitet) och hur han eller hon har levt sitt liv. Denna kunskap kan hjälpa den äldre personen att förstå sig själv och sin omgivning. Kunskapen hjälper också till att skapa förutsättningar och möjligheter för meningsfulla dagar och till att lindra den oro och ångest som individen ofta drabbas av när han/hon inte minns sitt liv. Genom att personalen har kunskap om individens liv ökar möjligheten att svara "rätt" på existentiella frågor som: vem är jag, varför är jag här, vart ska jag och var är mamma. Forskarna Egan et al (2007) samt Skovdal, Kihlgren och Kihlgren (2003) visade att ökad kunskap om vårdtagarens livsberättelse minskade det aggressiva beteendet hos vårdtagaren, eftersom kvaliteten på omvårdnaden förbättrades.

Levnadsberättelsen kan med fördel användas som underlag när samtal äger rum mellan kontaktman och närstående. De närstående bör kontinuerligt erbjudas att komplettera levnadsberättelsen. Vid handledningstillfällen kan en bra ifyllt levnadsberättelse vara till en stor hjälp. Det är viktigt att informera vårdtagaren och dennes anhörige om att levnadsberättelsen behandlas med sekretess.

### ***Bemötandemetoder***

För att tillämpa och arbeta med bemötandemetoder som validation (bekräftande förhållningssätt) och ”jagstödjande förhållningssätt” krävs både kunskap om personen och om sjukdomens konsekvenser. Flera forskare (Feil, 1994; Skovdahl, 2004; Cars & Zander, 2006,) menar att det finns en mening bakom allt beteende, även hos personer som har kommit långt i sin demenssjukdom. Det är av största betydelse att vårdpersonal lär sig att bemöta de personer de vårdar på bästa tänkbara sätt. Det finns metoder/verktyg att arbeta efter. Avgörande för ett bra resultat är att personalen enas om ett vedertaget förhållningssätt gentemot vårdtagare. På det sättet får vårdtagaren bättre omvårdnad och slipper uppleva den kluvenhet som olika arbetssätt för med sig.

### ***Validation eller bekräftande förhållningssätt***

Ordet validation betyder bekräftelse, att göra giltigt sant (Feil, 1994). Validationsmetoden innebär ett bekräftande förhållningssätt och är en metod för kommunikation med personer med demenssjukdom. Metoden lämpar sig bäst enligt Feil för desorienterade äldre-äldre personer. Feil menar att det finns olika ”tekniker” för kommunikation beroende på i vilket stadium av demenssjukdomen individen befinner sig i. Metoden utgår från att äldre personer med demenssjukdom återvänder i sina sinnen till det förgångna. Det gör de för att känna trygghet samt att undvika eller stå ut med det kaos de befinner sig i. Metoden bygger på att personalen bekräftar den äldres känslor och därmed den verklighet som han/hon befinner sig i. Syftet med metoden är att stärka den enskildes självkänsla och att skapa lugn och harmoni (Feil, 1994). Bekräftelse definieras i Nationalencyklopedin som att fastslå riktigheten av ett antagande, att erkänna en persons känslor som sanna och giltiga.

Det är sannolikt att det ofta upplevs svårt att förstå de demenssjukas beteende och upplevelser, men genom att vårdpersonalen försöker kommunicera trots att de inte riktigt förstår, tycks personer med demenssjukdom uppleva förståelse och respekt från vårdpersonalens sida (Asplund & Norman, 2002).

### ***Jagstödjande förhållningssätt***

Geropsykologerna Cars och Zander (2006) har skrivit om jagstödjande förhållningssätt. De bygger sin metod på en teori som utvecklats av Bellak, Hurvich och Gedriman under 1970-talets första del. De senare har definierat jaget utifrån tolv jagfunktioner som på olika nivåer interagerar med varandra. Vid demenssjukdom är alla jagfunktioner påverkade på olika sätt och i olika grad. Det finns ingen generell demenspersonlighet, utan varje person har sin egen funktionsprofil (Cars & Zander, 2006).

Metoden har sin utgångspunkt i psykoanalytisk jagpsykologi och går ut på att stärka och stödja den demenssjukes sviktande jagfunktioner. I början av



sjukdomen handlar personalens/närståendes hjälp om att vara en "Hjälp till självhjälp" för personen med demenssjukdom dvs. att på olika sätt motivera, vägleda, uppmuntra och vara pedagogiskt förklarande. När sjukdomen fortskrider behöver personen med demenssjukdomen mer hjälp genom att vara ett "hjälpjag" t.ex. ge mer fysisk assistans, spegla och bekräfta känslor som uttrycks. Personal eller närstående kan ibland behöva bli vikarierande förmåga åt personen t.ex. "vikarierande omdöme" Metoden syftar till att bevara och stärka de kvarvarande funktionerna vid demenssjukdom så att individens identitet och självkänsla kvarstår, vårdaren anpassar stödet till nivå på individens olika förmågor. Den demenssjuke personens förmågor kartläggs och utifrån den kartläggningen arbetas det fram förslag på lämpligt förhållningssätt (Cars & Zander, 2006).

### ***Reminiscens***

Ett av de verktyg som används för bemötande inom demensvård och omsorg är "Reminiscens". Ordet reminiscens beskrivs i Nationalencyklopedins ordbok som "svag eller ofullständig minnesbild av något, dra sig till minnes, komma ihåg". Reminiscensterapi började utvecklas i början av 1960-talet. En amerikansk psykiatriker, Robert Butler var den förste som intresserade sig professionellt för reminiscens. Han betecknade processen som en "Life Review" – ett slags inventering av livet. Att hämta fram och betrakta egna minnen, så han, är som att se sig själv i en spegel (Butler, 1963).

Med reminiscens avses att tänka eller tala om livserfarenheter, samt dela minnen och reflektera över det förgångna. Det innebär bl.a. att man bygger länkar med andra genom att dela tidigare erfarenheter och tillsammans reflektera över nuet (Bruce, Hodgson & Schweitzer, 1999). Bruce och hans kollegor menar, att när man sammanför flera människors minnen skapar det en samhörighet som bygger på en erfarenhet, som alla känner att de har del av. Enligt Gynnersted och Schartau (2000) kan personer med demenssjukdom dra nytta av reminiscensarbete genom att bygga nya relationer och bibehålla nära vårdande relationer, vilket kanske kan hindra eller fördröja utvecklingen mot isolering och tillbakadragande. Det kan också leda till ökat deltagande, ökad spontanitet, större socialisation, möjligheter till kommunikation och högre självuppskattning. Dessutom, säger Gynnersted och Schartau (2000), kan avståndet mellan personal och äldre människor minska. Heap (1995) menar att reminiscensarbete höjer aktivitetsnivån i miljöer där äldre människor möts samt förstärker känslan av identitet och egenvärde och stödjer kampen för jagintegritet (Heap, 1995). Även avståndet mellan personalen och de äldre kan minska vid reminiscensarbete (Bruce, Hodgson & Schweitzer, 1999).

Reminiscensterapi antas påverka personer med demenssjukdom och ha en god effekt på psykiska, sociala och kognitiva funktioner, samt upplevdes positivt av

de undersökta personerna. Gynnerstedt och Schartau (2000) menar att de flesta människor tycker om att aktivt minnas, men det är väsentligt att ta hänsyn till, att det inte passar alla människor och att det aldrig får jäktas fram. Människor får inte tvingas in i reminiscensarbete mot sin vilja. Det är viktigt att ha i tankarna att alla reminiscenser inte handlar om lyckliga minnen eftersom ingen människas liv enbart består av ”gamla goda tider” (Gynnerstedt & Schartau, 2000). För den som vill arbeta med reminiscensmetoden gäller det således att vara förberedd på att ha förmågan att hantera och ta hand om alla känslor som kommer upp (Gibson, 1998). I reminiscensarbete används föremål som återkallar minnen, fotografier, dofter, smaker, ljudupplevelser såsom musik, rörelse och känslolimpulser. Syftet är att stimulera personen att minnas sådant som han eller hon trodde sig ha glömt för länge sedan med fokus på de positiva händelserna i livet (Isacs & Wallskär, 2008).

### ***Beröringsmassage***

Flera studier visade en positiv påverkan av massage på oro och självkänsla hos äldre personer. Massage och beröring har använts inom demensomsorgen som ett komplement till befintlig medicinsk behandling för att förebygga/lindra oro, ångest, stress, depression och aggressivitet samt ökat välbefinnande (Skarpe, Willians, Granner & Hussey, 2007). I detta sammanhang nämns ofta ”mjuk massage” som kan sägas utgöra ett samlingsbegrepp för taktil stimulering, taktil massage, aromaterapi, massage, hudmassage och beröringsmassage. Frivillighet är avgörande för att massage inte ska upplevas påträngande och krävande för den demenssjuka personen eller tvingande för vårdaren. I flera studier har det framkommit att en av orsakerna att inte använda massage/beröring är brist på evidens för metoden (Socialstyrelsen, 2010). Det finns dock ett flertal studier kring massage och av resultaten framkom att i större delen av studierna har massage/beröring en positiv effekt på välmående hos äldre demenssjuka personer och även icke demenssjuka personer. Särskilt kan noteras att massage kan vara en metod att minska agiterat beteende och vandrande hos demenssjuka. Slutligen märktes det att massage hade bättre effekt på sömnen hos personer med demenssjukdom (Custerson & Jansson, 2009).

### ***Musik och dans***

Musik och dans är verktyg som används alltmer i vården av personer med demenssjukdom. Många positiva resultat har uppmärksammas. Musiken lockar fram lusten att röra på kroppen i takt till musiken. Det kan vara allt från att hålla takten med fötterna och händerna till att dansa. I en miljö med musik och dans kan den demenssjuka personen ta fram förmågor som varit dolda av demenssjukdomen. Dans och musik kan stimulera de demenssjuka personerna till aktiviteter (Gullström & Lundberg, 2002; Nyström, 2002). Ericsson (1991) visar att vår könstillhörighet är en viktig del av vår identitet sedan barndomen. Omgivningen har en tendens att se demenssjuka personer mer könsneutrala. På

boende för äldre människor är kvinnorna i majoritet, ibland finns det bara en man. Då kan den manliga identiteten behöva stärkas. Studien visar att musik och dans hjälper de demenssjuka att stärka sina sociala roller som är viktigt för identiteten (Ericsson, 1991). Många personer med demenssjukdom har som en följd av sjukdomen svårt att uttrycka sig med talet då många av ordens betydelse går förlorade. Samspelet mellan den demenssjuke personen och dennes vårdare kan betraktas som kärnan i vården av de demenssjuka (Feil, 1994).

Det finns ett flertal undersökningar kring effekter av musik på personer med demenssjukdom. Hicks-Moore och Robinson (2008) undersökte effekten av favoritmusik och handmassage för att minska agiterat beteende hos patienter med demenssjukdom. Resultatet visade att när de demenssjuka personerna lyssnade på sin favoritmusik minskade det verbala aggressiva beteendet hos dessa människor.

Svansdóttir och Snaedal (2006) undersökte om musikterapi har en potential icke farmakologisk behandlig för symtom på Alzheimers sjukdom och efter slutförd studie anser hon att musikterapi är en säker och effektiv metod för handling av agitation och ångest av måttlig och svår form av Alzheimers sjukdom (Svansdóttir & Snaedal, 2006). Samma slutsats har flera forskare kommit fram till som Götell, Brown och Ekman (2009). Genom studierna uppmärksammades att dans hade en positiv påverkan på de demenssjuka personernas livskvalité. De visade förmågan att minnas gamla sociala mönster och även gamla sånger och melodier i dansen. Deras koncentrationsförmåga förbättrades under dansen och de verkade vara uppmärksamma när någon bjöd upp dem till dans och de dansade efter bästa förmåga. Dansaktiviteter skapar och stödjer miljön för personer med demenssjukdom i särskilda boenden, dansen ökar kontakten mellan de boende, vårdpersonalen och även de närstående. Under dans och musikstunder visar deltagarna glädje och sinne för humor (Palo-Bengtsson, 2000). Enligt en undersökning som Ragneskog (2001) gjorde blev de demenssjuka personerna som deltog i undersökningen speciellt påverkade när lugn musik spelades för dem. Demenssjuka personer som var rastlösa blev lugnare och åt utan hjälp (något de annars behövde hjälp med). De spenderade mer tid vid måltiderna. Plockigt beteende verkade mattas av när de lyssnade på musik. De demenssjuka personerna blev enligt personalen gladare och lugnare efter musikstunden och det kunde vara i flera timmar eller resten av dagen.

### ***3.6 Framtid***

Befolkningen i världen blir allt äldre. I dagens Sverige finns det omkring 1,5 miljoner människor som är äldre än 65 år och av dessa är drygt 400 000 över 80 år. Inom tio år beräknas 80 år och äldre vara 25 procent fler än i dag och gruppen människor över 65 år förväntas utgöra 25 procent av Sveriges

befolkning. Enlig statistik kommer många av dessa äldre människor att få demenssjukdomar (SCB, 2000).

Med tanke på de konsekvenser som demenssjukdomarna medför för alla inblandade är det uppenbart att behovet av forskning inom detta område är väldigt stort. Speciellt kring hur olika beteenden bäst skall bemötas och behandlas och kring vilka metoder lämpar sig bäst för att bättra kommunikationen mellan den demenssjuke, närstående och vårdpersonal. Kunskap om detta område bör leda till nya förhållningssätt och terapeutiska strategier.

Ett annat viktigt område är att utveckla mätinstrument för att utvärdera livskvalitet och funktionell kapacitet. Enligt Socialstyrelsen (2010) krävs en nära samverkan mellan huvudmännen för att en optimal omsorg om personer med demenssjukdom ska vara genomförbar.

## **4. LÄRCENTERS ORGANISATION OCH FoU-PROJEKTETS OLIKA FASER**

I detta kapitel redovisas hur projektet Lärcenter för en god demensvård har organiserats och hur arbetet har bedrivits i projektets olika faser.<sup>7</sup> Lärcenter för en god demensvård är ett FoU-projekt som löpt under tre år med start i oktober 2007. Lärcenters syfte är att utveckla och sprida verksamhetsnära kunskap och arbetssätt. Undersköterskor med specialistkunskap som demensvårdsutvecklare driver projektet tillsammans med ledning och sakkunniga inom demensområdet.

Lärcenter arbetar med fem beprövade och genomtänkta verktyg och metoder som ska bidra med ett gemensamt bra arbetssätt inom omsorgen (se avsnitt 3.5). Dessa verktyg är:

- Levnadsberättelse
- Bemötandemetoder
- Reminiscens
- Beröringsmassage
- Musik och Dans.

Lärcenter har valt att arbeta med sex olika tema där utgångspunkten ska vara att utveckla och sprida verksamhetsnära kunskap och arbetssätt. Se figur 4.1.

---

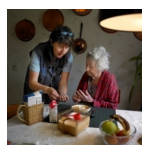
<sup>7</sup> Kapitlet är skrivet av Liselotte Björk, Linköpings kommun.

## Teman

1. Brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i dagen
2. Anhörigstöd, samverkan med anhöriga
3. Demensutbildning
- 4.Handledning
5. Vetenskapligt arbetsätt (evidens) samverkan med universitet, dokumentation av kunskap
6. Modeller för kunskapsspridning för att främja lärandet.



### Verksamhetsförankring



4

Figur 4.1. Lärcenters olika tema.

## 4.1 Förhistoria

Sedan 2003 har Leanlink haft en strategisk viljeinriktning att utveckla demensverksamheten. År 2004 påbörjades arbetet med en vision om en sammanhållen vårdkedja för den enskilde brukaren med demenssjukdom samt dennes anhöriga. Ett flertal delprojekt, varav flera i form av FoU-projekt, planerades för att kunna leva upp till visionen. De aktuella projekten anges nedan i rubrikform.

- Utveckling av metod för anhörigstöd (FoU-projekt)
- Ta fram en dokumentation av demensutbildningar för medarbetare inom omsorg (FoU-projekt)
- Utforma demensutbildningar för alla medarbetare inom omsorg
- Erbjuder alla medarbetare inom demensboende handledning
- Demensvårdsutvecklare som arbetar del av tjänst övergripande med utbildning, handledning samt implementering av nya arbetsmetoder
- Dansprojekt (FoU-projekt)
- Starta ett demensteam i hemtjänsten
- Starta nätverk för medarbetare inom demensomsorg
- Utveckla ett boende för yngre personer med demenssjukdom
- Demensvårdsutvecklarna har genomfört utbildningar och föreläsningar regionalt och nationellt.

Utifrån de olika delprojekten fanns behov av att åstadkomma en mer sammanhållen helhet, och under 2006 väcktes tanken från ledningen att utveckla ett lärcenter för demensverksamhet.

## ***4.2 Projektansökan***

I oktober 2006 beviljade FoU- centrum ett planeringsanslag om 40 000 kr för förankringsarbete, studiebesök och idéutveckling i berörda personalgrupper samt framtagande av projektansökan. Kontakter togs med Mjölby kommun och privata utförare i Linköpings kommun för ett eventuellt samarbete inom Lärcenterprojektet. En interimsgrupp bildades med undersköterskor med specialistkompetens inom demensvård (sedermera demensvårdsutvecklare), verksamhetschefer, personer i ledande befattning och sakkunniga inom området samt en representant från FoU-centrum. Interimsgruppens uppgift var att formulera en ansökan om ett Lärcenter till FoU-centrum.

I denna projektansökan till FoU-centrum ansöktes om 420 000 kr/år under tre år för att finansiera projektet Lärcenter. I ansökan förband sig även Leanlink att skjuta till medel om 190 000 kr/år. I oktober 2007 beviljades projektet slutligen 400 000 kr/år under tre år. Projektet har finansierats av både FoU- medel och statliga stimulansmedel.

## ***4.3 Projektorganisation***

Projektet har varit organiserat i en styrgrupp och en arbetsgrupp.

### ***Styrgrupp***

Styrgruppen består av affärsområdeschef äldreomsorg Leanlink, biträdande affärsområdeschef, verksamhetsutvecklare, sakkunnig inom demensomsorg, representant från demensvårdsutvecklarna, FoU- representant samt extern person med erfarenhet av FoU- arbete. Styrgruppens uppgift har varit att ha ett långsiktigt fokus och att hantera strategiska frågor. Styrgruppen har sammanträtt i genomsnitt fyra gånger per år.

### ***Arbetsgrupp***

Arbetsgruppen består av demensvårdsutvecklare, biträdande affärsområdeschef, berörda verksamhetschefer samt representant från FoU. Arbetsgruppen driver utvecklingsprojekten samt organiserar och fördelar arbetet som sker i Lärcenter. I början av projekttiden träffades arbetsgruppen cirka en gång per månad. Under senare delen av projektet har träffarna varit cirka fyra gånger per år.

### ***Projektledare***

Den första fasen i projektet leddes av den verksamhetschef som var initiativtagare till Lärcenter. I samband med att Lärcenter beviljades medel från FoU-centrum att driva projektet tillsattes en projektledare på 25 procent som fanns inom Leanlinks organisation med erfarenhet och kunskap både inom demensområdet och som projektledare. Våren 2009 tillsattes en av demensvårdsutvecklarna som projektledare, och den tidigare projektledaren fortsatte dock att vara delaktig i Lärcenters styrgrupp.

### ***Projektmedarbetare***

Undersköterskor med uppdrag som demensvårdsutvecklare har varit de som driver och utför de utvecklingsinsatser och projekt som sker i Lärcenter. De har också utfört demensutbildningar och tillhandahållit handledning till personalgrupper. Demensvårdsutvecklarna har vidareutbildning inom området demensvård, bland annat en högskoleutbildning i psykiatrik, demenssjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar ur ett helhetsperspektiv. Lärcenters idé har varit att alla medarbetarna som deltar i projektet ska vara kvar i ordinarie verksamhet en del av sin tjänst under projektets gång.

En medarbetare från varje arbetsgrupp som är delaktig i projektet har uppdraget som inspiratör. Uppdraget innebär bland annat att motivera och inspirera till ett gemensamt bra arbetssätt i den egna arbetsgruppen. Inspiratörerna ingår i ett nätverk och är länken mellan Lärcenter och arbetsgrupperna.

### ***Bemannings***

Under projekttiden har Lärcenter bemannats med 0,25 årsarbetare för projektledare och cirka 0,6 årsarbetare för projektmedarbetare. I stort sett hela projektanslaget har används för att täcka fasta personalkostnader. Leanlink har stått för OH-kostnader såsom chef, ekonom, datorer, telefonkostnader, resor, utbildningar och övrigt material. Utöver detta har varje berörd verksamhet själva bekostat vikarier och personaltid för att delta vid olika aktiviteter.

## ***4.4 Projektets olika faser***

### ***Uppstartsfas***

Uppstartsfasen började med en kunskapsinventering hos medarbetarna i Lärcenter. Handledare från FoU genomförde en fokusgrupp med intervjuer för att få fram en nulägesanalys. För att göra en kunskapsinventering genomförde en student från socionomprogrammet en enkätundersökning bland medarbetare på de verksamheter som berördes av Lärcenter. Vidare erbjöds medarbetare i berörda verksamheter seminarier. Seminariernas syfte var att informera om



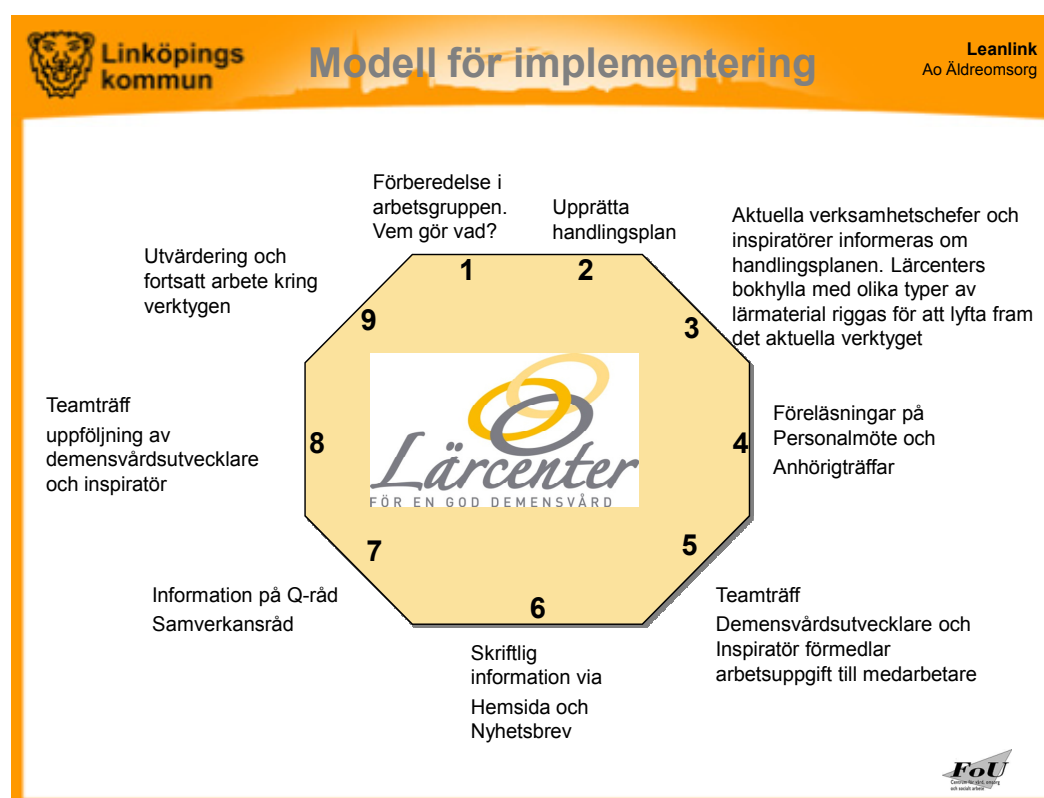
Lärcenter och att inventera önskemål och behov om utvecklingsområden hos medarbetarna.

### **Utbildnings- och handledningsfas**

Denna fas innebar stort fokus på demensutbildning och handledning till medarbetare. Ett delvis nytt koncept med utbildning testades och utvärderades av studenter från Linköpings universitet. Även handledningsuppdraget utvärderades av studenter. En insats gjordes för att bjuda in anhöriga att delta i anhörigstödgrupper utöver de befintliga grupper som pågick sen tidigare.

### **Utvecklingsfas**

Utifrån erfarenhet och de utvärderingar som gjorts under projektet arbetade Lärcenter med att ta fram en modell för varaktigt lärande och implementering av nya kunskaper och arbetssätt i verksamheterna (se figur 4.2). Nya delprojekt startades och utvärderades. Nätverket med inspiratörer arrangerade workshop för medarbetare och anhöriga.



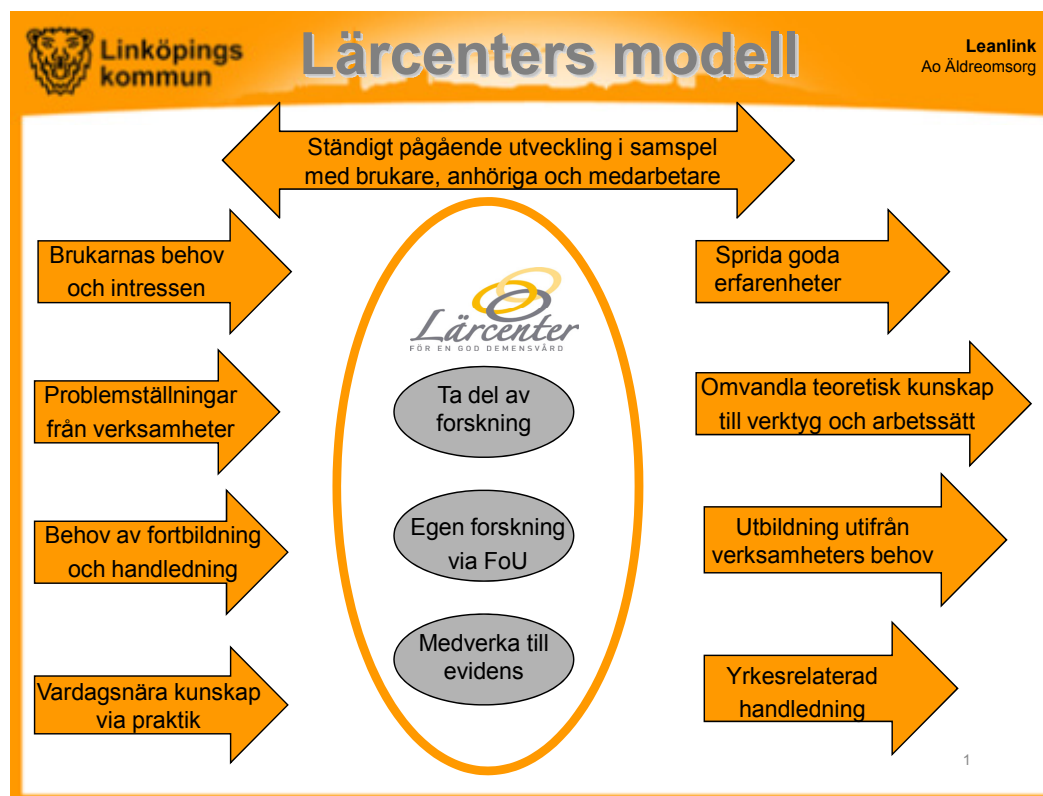
Figur 4.2 Modell för implementering av metodverktyg.

### **Implementeringsfas och framtagande av Lärcentermodell**

Under sista fasen i projektet Lärcenter inriktades arbetet på implementering av Lärcenters fem verktyg enligt den modell som tagits fram (Figur 4.2). I vart och ett av de nio stegen gjordes en detaljplanering av vem som var ansvarig för att utföra uppgifterna i varje steg. Det första verktyget som implementerades var

Levnadsberättelsen. Modellen utvärderades av studenter från Linköpings universitet.

Medarbetarna i projektet tog fram en modell för hur ett Lärcenter kan vara organiserat och fungera för att garantera en fortsatt positiv utveckling av demensomsorgen (se figur 4.3).



Figur 4.3 Modell för Lärcenter.

#### 4.5 Projektets omfattning

Omfattningen av hur många brukare, anhöriga och personal som varit berörda har varierat under projektets gång. I tabellerna nedan anges en ungefärlig omfattning av hur många som omfattas av olika delar i projektet.

Tabell 4.1. Antal berörda av projektet i olika målgrupper.

Målgrupp	Omfattning
Brukare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 personer på dagverksamhet och vårdboende</li> <li>• 130 personer inom hemtjänst</li> </ul>
Anhöriga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200 personer på dagverksamhet och vårdboende</li> <li>• 260 personer inom hemtjänst</li> </ul>
Personal som deltagit i projektet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 75 personer på dagverksamhet och vårdboende</li> <li>• 40 personer inom hemtjänst</li> </ul>

Tabell 4.2. Antal berörda av projektet och i aktiviteter genom statliga stimulansmedel.

Målgrupp	Omfattning
Personal som deltagit i utbildning, handledning eller konsultation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirka 1070 har genomgått demensutbildning</li><li>• Cirka 200 har deltagit i handledning</li><li>• Cirka 120 har tillhandahållit konsultation vid enstaka tillfällen</li></ul>

#### 4.6 Övrigt

Lärcenter har även erbjudit tjänster till enheter som inte ingått i projektet. Dessa tjänster har främst varit kopplade till en demensutbildning i tre steg och handledning till personal. För att finansiera detta har respektive enhet debiterats ett självkostnadspris.

Demensvårdsutvecklarna har också haft uppdrag som föreläsare och utbildare i andra kommuner vid ett flertal tillfällen.

Lärcenter presenterade sitt arbete för Maria Larsson, äldre- och folkhälsominister, när hon var inbjuden till Linköping av SKTF 2009.

Ett flertal studiebesök har mottagits från olika delar av landet där intresset har varit att få information om hur demensomsorgen bedrivs inom Lärcenters verksamheter och vilka metoder och verktyg Lärcenter arbetar efter.

Lärcenter har också medverkat i ett projekt bekostat med stimulansmedel inom kost och nutrition tillsammans med andra utförare i Linköpings kommun. Slutligen samarbetar Lärcenter med en annan utförare att ta fram en gemensam kartläggning och bemötandeplan enligt den jagstödande metoden.



## **5. TEMA BRUKARINFLYTANDE, SOCIALT OCH MENINGSFULLT INNEHÅLL I DAGEN – DELPROJEKT SAMVERKANSRÅD**

Ett av de teman som Lärcenter för en god demensvård arbetar med är Brukarinflytande och socialt och meningsfullt innehåll i dagen. I detta kapitel presenteras ett av delprojekten som ingått i detta tema, nämligen samverkansråd.<sup>8</sup>

### ***5.1 Inledning***

FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård har som övergripande mål att utifrån ett brukar- och evidensbaserat perspektiv utveckla ett lärcenter inom demensvård. Ett tema i projektet är Brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i dagen, där delprojektet Samverkansråd ingår. Syftet med detta kapitel är att redovisa en modell för att säkerställa hur vårdtagaren kan få inflytande över sin tillvaro.

### ***5.2 Bakgrund***

På berörda enheter hade brukarinflytande tidigare bedrivits i olika sammanhang. Servicehuset, vårdboendet och dagverksamheterna sammankallade två gånger per år till enhetsråd. Inbjudan gick till brukare på servicehuset, ansvarig utförare för lunchservering, fritidsverksamhet samt utsedd kontaktpolitiker. Även anhöriga, vårdpersonal och verksamhetschefer från respektive enhet och representant från någon pensionärsorganisation bjöds in. Detta var ett forum där målet var en dialog och åsiktsutbyte kring frågor som t ex aktiviteter, inre och yttre miljö och kost. Det gavs också information om vad som hände på enheten och vilken hjälp som erbjöds. Att alla ska känna sig bemötta med värdighet och respekt är ett av Linköpings Kommuns mål.

Dagverksamheten har sedan tidigare haft samverkansråd/verksamhetsråd en gång per månad där personal och gäster deltog. Även två demensboende som ingick i projektet hade nyligen börjat med samrådsmöten innan projektet startade.

### ***5.3 Projektet samverkansråd***

Genom Lärcenter så startades delprojektet samverkansråd, för att säkerställa och utveckla demensverksamheternas kvalitet utifrån brukarens perspektiv.

---

<sup>8</sup> Kapitlet baseras på en arbetsrapport som skrivits inom detta tema (Björk & Lundberg, 2010).

Modellen prövades på sex olika enheter inom Leanlink, Linköpings kommunala äldreomsorg. Det var demensboende, sjukhemsboende och dagverksamheter som hade olika inriktningar för både yngre och äldre personer med demenssjukdom. På dagverksamheterna kallas brukaren för gäst.

För att säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet för brukaren så användes olika mätmetoder för att se hur betydelsefullt det var för brukaren att få mer inflytande över sin tillvaro och på vilket sätt man deltog med sina önskemål och åsikter. Personen med demenssjukdom kan förmedla sina åsikter på olika sätt. När sjukdomen fortskrider så blir det svårare att uttrycka sina upplevelser med det talade ordet, och vårdpersonalen får då försöka tolka budskapet på flera olika sätt (Norberg & Zingmark, 2002).

### ***Mål och syfte med projektet samverkansråd***

- Att utveckla en modell för att utifrån ett brukar- och anhörigperspektiv säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet vad gäller brukarinflytande.

### ***Frågeställningar***

- Kan en person föra sin talan när man har en medelsvår eller svår demenssjukdom?
- Är skattningsskalor en hjälp för att säkerställa kvaliteten?

## ***5.4 Teoretisk bakgrund***

### ***Inflytande och självbestämmande***

Regeringen gav år 2008 Länsstyrelsen i uppdrag att beskriva iakttagelser bland annat gällande äldres inflytande och självbestämmande i kommuner i Sverige (Länsstyrelsen i Skåne, 2009). I rapporten konstaterades att utan en genomförandeplan så blir den enskilde i vardagen helt beroende av personalens engagemang och intresse och det är då viktigt att personen ges möjlighet att bibehålla sin personlighet och sina intressen även efter inflyttning till särskilt boende. Den enskildes inflytande och självbestämmande behöver bli bättre konstateras i rapporten.

### ***Etik***

Självbestämmandepincipen är en av ett antal etiska principer (Statens medicinsk etiska råd, 2002). I hälso- och sjukvårdslagen står att vården ”ska bygga på respekt av patientens självbestämmande och integritet”. Det innebär bland annat att de som inte själva kan utöva sitt självbestämmande måste få den

säkerställd av någon eller några andra, t ex anhörig eller personal. Förlust av självbestämmande innebär inte att man förlorar integriteten.

### ***Personcentrerat synsätt***

Hur ser vi på människan med demenssjukdom? Beslut i svåra etiska frågor i demensvården styrs av dessa värderingar (SBU-rapport, 2007). Är det en vanlig människa som drabbats av en sjukdom eller en människospillra, ett tomt skal? Med ett mer personinriktat synsätt med kunskap om levnadshistoria och tidigare ställningstagande, väger rätten till självbestämmande tungt när man tar ställning i etiska frågor.

### ***När tankeförmågan sviktar***

Tänkanget är mycket komplicerat och påverkas och försämras vid en demenssjukdom (Cars & Zander, 2006). Det personen kan få svårigheter med är att bara kunna koncentrera sig kortare stunder, har svårt att ”hålla tråden” i ett samtal, och får minnesnedsättningar som ofta upplevs som stressande, samt en försämring av språket. För att stödja personen kan användandet av ett enkelt och tydligt språk, att vara uppmärksam, tala långsamt, inte korrigera, undvika störande bakgrundsljud, ha kännedom om livshistoria, samt att använda ledtrådar som hjälp för att plocka fram minnen, som t ex fotografier, vara till stor hjälp.

### ***Socialt och meningsfullt innehåll dagen***

I en studie vars syfte var att ta reda på hur demenssjuka personer upplever sin dag på en dagverksamhet så upplevde flera av de intervjuade att de inte blivit tagna på allvar och att de hade helt andra önskemål om innehållet på dagarna än vad de nu hade (Ragnarsdóttir, 2001). Har de demenssjuka personerna inte tillfrågats och är det så att personalen kör med det gamla vanliga i tron att det är det bästa tänkbara, undrar författaren. En lista med befintliga aktiviteter och önskade aktiviteter som redovisades i uppsatsen visade att det inte fanns många gemensamma faktorer. Flera av deltagarna ville utföra någon ”vettig” syssla, göra något produktivt. Deltagarna tackade intervjuaren för att hon pratat med dem som varande vuxna människor och frågade vad just de ville göra på dagarna. De berättade att det var länge sedan de upplevt sig som vuxna människor med åsikter om saker och ting.

### ***Kan svårt sjuka ha inflytande?***

Hur kan man förstå de som har en långt framskriden demenssjukdom och på vilket sätt kan de föra sin talan? Det är inte alltid nödvändigt att prata för att nå varandra. Kommunikation kan även ske med ett leende, en mjuk beröring och med kroppsspråk (Cars & Zander, 2006).

För att samla information om personer i demenssjukdomens senare stadier kan man göra på olika sätt. Personen själv är den primära källan och då är det viktigt att använda rätt samtalsteknik (Edberg, 2002). Anhöriga är en annan viktig informationskälla av t ex levnadshistorien. Genom att observera personen och vilka funktioner som är nedsatta så kan värdefull information erhållas. Att läsa journaler kritiskt kan också till viss del ge bakgrundsinformation av personen.

Den egna identitetens mosaik, med alla minnen, kan bevaras med hjälp av personer i omgivningen (Westius & Petersen, 2006). Personen kan ha berättat sina minnen för någon annan och i bästa fall är dessa minnen nedskrivna. Dessa minnen kan ges tillbaka till ägaren som då får sin identitet bekräftad, vilket stärker självkänslan.

## ***UPPHITTAT***

### ***Förlorat minne, återfås mot beskrivning***

#### ***Levnadsberättelse***

Att vara en person är att vara någon som har en historia, en livsberättelse och en livsåskådning (Westius & Petersen, 2006). När man intervjuar en anhörig eller närstående så är det av stor vikt och betydelsefullt att få veta anekdoter och delberättelser i livshistorien. Genom att samla ihop personliga minnesföremål t ex fotografier, religiösa symboler och klädesplagg, kan levnadsberättelsen återskapas. Syftet med detta är att det är värdefullt för vårdpersonalen att med hjälp av levnadsberättelsen lättare vårda personen utifrån god kunskap om vem han/hon tidigare varit.

#### ***Skattningsinstrument***

För att undersöka eller mäta individens attityd till någonting kan en attitydskala användas (Patel & Davidson, 2003). I en liten grupp så får varje individs värden en mycket stor betydelse. När man samlar information som berör beteenden och skeenden i naturliga situationer så är observationer användbara. Med ordet beteende menas inte bara fysiska handlingar utan även verbala yttranden, relationer mellan individer och känslouttryck. Observationen görs i samma stund som händelsen inträffar och är den enda metoden att använda när personen saknar förmåga till verbal kommunikation.

Det finns olika typer av observation att använda. Vid strukturerad observation så ska den situationen och beteendet som observeras vara given. Ett observationsschema, där ett antal kategorier ställs upp, ska täcka in det vi avser att undersöka. Det ska vara lätt för observatören att göra sina registreringar och utprovat så att man vet att det fungerar.



### ***Reminiscens***

Med hjälp av bilder som ledtråd kan man låta personer med demenssjukdom spontant plocka fram ett personligt minne (Wijk, 2004). Reminiscensmetoden innebär att med hjälp av alla sinnen få hjälp med att tänka tillbaka på tidigare händelser och delar av livet. Som så kallade triggers eller minnesväckare kan bland annat bilder användas. Målet med reminiscensmetoden är att öka välbefinnandet i stunden, och ge en stärkt självkänsla och upptäckten att man trots sjukdomen kan uppleva att livet är meningsfullt (Westius & Petersen, 2006).

## ***5.5 Genomförande av modellen samverkansråd***

### ***Målgrupp***

Målgruppen var brukare, gäster och ansvarig vårdpersonal på sex olika enheter inom Leanlink. Dessa enheter var demensboende, sjukhemsboende med i genomsnitt nio brukare på varje avdelning. Dagverksamheter med cirka fjorton inskrivna gäster, varav åtta besökte dagverksamheten dagligen. På ett demensboende och en dagverksamhet var målgruppen under 65 år. Brukarna och gästerna som projekt Samverkansråd vände sig till var i olika faser av sin demenssjukdom och deltog därför på olika sätt.

### ***Urval***

Ansvarig vårdpersonal och enheter som deltog i projektet samverkansråd valdes ut eller tillfrågades av respektive verksamhetschefer. Anhöriga har blivit informerade under projektiden.

### ***Tillvägagångssätt***

Projektet började med att planera och söka bakgrundsinformation. Både muntlig och skriftlig information gavs till berörd vårdpersonal som utsetts till handledare i projektet och verksamhetschef på respektive enhet. Handledarna fick även ta del av annan vårdpersonals erfarenheter kring samverkansråd. Handledarna fick instruktioner av demensvårdsutvecklarna om förberedelse, strukturen på samverkansrådet och olika tema som kunde tas upp. Vidare informerades om efterarbete med protokoll/minnesanteckningar, samt de mätmetoder som används för att se på vilket sätt brukaren var delaktig i Samverkansrådet och skattning för aktivitet. Handledarna var ansvariga för att driva projektet på respektive arbetsplats, att hålla i samverkansrådet, föra minnesanteckningar, göra reflektioner kring mötet och att använda mät-instrumenten.

Delprojektet pågick under våren och sommaren år 2009. Två uppföljningsträffar med handledarna och projektledarna genomfördes. Även en skriftlig utvärdering till handledarna med frågor kring samverkansrådet genomfördes.

### ***Mätmetoder/skattning***

Med en skattningsskala av brukarens/gästens delaktighet på samverkansråden kartlades på vilka olika sätt personen kunde delta med sina åsikter och önskemål och därmed öka sitt inflytande över sin tillvaro. Delaktigheten kunde variera beroende på vilken fas i demenssjukdomen personen var och vilka de kognitiva nedsättningarna var.

Skattning av brukarens sinnesstämning vid aktivitet, användes för att mäta om personen var nöjd eller mindre nöjd med att delta i den önskade aktiviteten. Medarbetarna i projektet uppmanades att göra om samma aktivitet några gånger för att få ett rättvist resultat på skattningsskalan, samt att olika medarbetare gjorde skattningen.

### ***Fotografier***

Demensvårdsutvecklarna uppmanade handledarna att använda fotografier som ett hjälpmedel för att se om brukaren lättare kunde komma ihåg händelser.

### ***Idélåda***

För att lättare fånga stunden när idéer och önskemål kommit upp kunde detta skrivas ner av vårdpersonalen på ett papper som man lade i en idélåda som öppnades på mötet.

## ***5.6 Resultat***

### ***Kommentarer från första och andra uppföljningen och skriftliga frågor***

Demensvårdsutvecklarna träffade handledarna för samverkansrådet två gånger efter att delprojektet startade för att reflektera tillsammans hur det hade gått på de olika enheterna. Handledarna fick även ett skriftligt frågeformulär med frågor att besvara. En sammanställning av dessa reflektioner och svar från vårdpersonalen redovisas under rubrikerna nedan.

### ***Dagordning och minnesanteckningar***

Synpunkter på dagordningen resulterade i att den gjordes enklare och tydligare till brukarna/gästen och mer utförlig till handledarna. Minnesanteckningar sattes ofta upp på anslagstavlan och skrevs även ner i en bok. Det var bra att alla i personalgruppen och anhöriga fick läsa vad som sagt och gjorts. Kallelsen och minnesanteckningarna nådde brukarna på olika sätt. De brukare/gäster som kunde tillgodogöra sig dagordningen och minnesanteckningarna fick den innan

och efter mötet vilket uppskattades. Dagordningen kunde även delas ut i samband med mötet. Det upplevdes då mer som ett riktigt möte. Kallelsen kunde även ges ut på dagverksamheten tillsammans med annan information t ex veckans matsedel.

### ***Mötesformen och miljön***

Önskemål från brukare och handledare var att mötet skulle vara en ungefär gång i månaden. Det var viktigt för handledaren att fördela ordet så alla fick prata och vara delaktiga. Matsalen vid köksbordet kunde vara en bra plats för mötet och att avsluta med kaffe. Dörrarna stängdes igen så att de inte skulle bli störda. Förslag var att sätta en lapp på dörren ”stör ej, möte pågår”. Vid ett tillfälle hade man förlagt mötet utomhus men det blev då svårt för brukarna att koncentrera sig. Önskvärt var att telefonen var avstängd under mötet.

Stor betydelse var hur man placerade brukarna så att de inte blev störda av varandra. Viktigt att ta hänsyn till t ex brukare med syn och hörselnedsättning och att vårdpersonal då bör sitta bredvid eller att ett individuellt enskilt samverkansråd genomförs i en lugnare miljö. Det visade sig att om antalet vårdpersonal var för stort så påverkades brukarnas känsla av att de ”tog över”.

På vårdboende där brukaren var i sen fas av sin demenssjukdom och svårt att uttrycka sig verbalt i grupp prövades istället ”individuella samverkansråd”. Detta genom att bland annat använda levnadsberättelsen för att uppfylla brukarens önskemål. Detta var tänkt att ske en gång i månaden och att kontaktpersonen var ansvarig för detta.

Då frågorna från agendan blev inlagda i ett vanligt samtal kunde brukaren lättare berätta om sina synpunkter och önskemål. Handledaren var ordförande och sekreterare och såg till att alla kom till tals. En reflektion från möte där annan vårdpersonal än handledaren deltagit kunde en skillnad märkas mellan olika medarbetare i konsten att låta gruppen själva styra samtalet och få sina önskemål framförda . En slutsats är att det är bra med en rutin i att träffas i grupp.

### ***Idélådan***

Idélådan kunde användas på flera sätt och se olika ut, t ex en korg. Ibland skrev vårdpersonal förslag och önskemål som brukarna/gästerna uttryckt vid andra tillfällen och lade i lådan. Förslaget var att puffa mer för idélådan till anhöriga och att t ex placera den på ett bord med lappar och en penna bredvid. Den kunde också tas fram vid varje eftermiddagsfika på enheterna för att synliggöra den mer.

*”Jag hade uppmuntrat en brukare att skriva ner sin idé om att möblera om på balkongen så att det skulle bli lättare att komma fram. Idélådan öppnades på*

*mötet och jag läste upp hans förslag och de andra tyckte att det var en bra idé att prova.” (vårdpersonal)*

### ***Fotografier***

På samtliga enheter som deltog i projektet använde de redan mycket fotografier på olika aktiviteter, bland annat genom digitalram. Det upplevdes vara ett bra och trevligt sätt för brukare, anhöriga och vårdpersonal att tillsammans komma ihåg olika händelser.

### ***Skattning för delaktighet i Samverkansråd***

Handledarna tyckte att skattning av delaktighet var enkel att fylla i. En reflektion var att om vårdpersonalen alltid gjorde en skattning skulle de även se om en brukare/gäst blev sämre i sin demenssjukdom och då deltog på ett annat sätt. Att fler blivit mer aktiva på samverkansrådet kunde också läsas ut av skattningen. Handledarna hade inte saknat något i skattningsinstrumentet. Den hade använts av handledarna för att lättare förstå att det var viktigt att gå laget runt och ställa frågor till var och en.

Projektledarna noterade att handledarna hade tolkat skattningen och rubriken, *själv delaktig*, på olika sätt. Ibland bedömde vårdpersonalen att delaktigheten ofta var mellan brukare/gäst och personal och att de ibland själv kunde ge någon egen enstaka kommentar. Detta gällde även för de som inte hade så svåra kognitiva nedsättningar. Men ibland bedömdes att samma brukare/gäst själv var aktiv och pratade på samverkansrådet. Detta gällde även för de som inte hade så svåra kognitiva nedsättningar. En ny skattningsskala är gjord efter dessa reflektioner där det framgår om de deltagit gemensamt med personal eller själv.

Vad innebär det för brukaren/gästen att själva vara aktiva? Är det med hjälp av vårdpersonalen som leder in dem på olika ämnen i samtalet, eller innefattar begreppet att själv vara aktiv att vårdpersonalen är helt tyst? Det är svårt att veta hur detta skulle vara eftersom de aldrig är själva i detta forum. Vårdpersonalens syn på människan med demenssjukdom kanske även styr i denna etiska fråga (SBU-rapport, 2007).

### ***Skattning av aktivitet***

Med hjälp av skattningen av aktivitet kunde handledarna tydligt se hur brukaren/gästen upplevde en önskad aktivitet. Syftet var att all vårdpersonal läste skattningen för olika aktiviteter för att kunna vägledas kring vilken aktivitet som passade för den enskilde brukaren.

Förslag från handledarna var att skriva detta i deras journal, daganteckning, att på personalmöte berätta för anhöriga om aktiviteten var bra eller dålig. Ett

önskemål var också att skattningen skulle finnas på checklistan så alla i personalen kunde fylla i den.

Handledarna såg även att dagsformen på brukaren/gästen var något som kunde påverka skattningen. De tyckte också att det var viktigt att göra skattningen på samma aktivitet flera gånger för att få ett rättvist resultat. Det kunde även vara ett sätt för personalen att reflektera över sitt arbetssätt och över varför det blev bättre med viss vårdpersonal och brukare och hur viktigt det var hur man ”gick ihop” med varandra. De upplevde att det blev en trevligare stund/aktivitet om man trivdes tillsammans.

Förslag från handledarna var att en vårdpersonal skulle vara observatör vid en aktivitet och göra skattningen av sinnesstämning vid en gruppaktivitet. För att det inte skulle glömmas bort att använda skattningsskallinstrumentet var det bra att göra det direkt efter avslutad aktivitet.

*”På samverkansrådet framfördes önskemål av brukarna att ha körövning tillsammans. En skattning av aktiviteten visade att av sex personer som deltog var tre stycken nöjd/harmonisk/aktiv. En person var neutral och två var mellan neutral och nöjd. Vi tolkade att personens ökade känslighet för stimuli bidrog till resultatet av skattningen. Ett annat önskemål var att spela boule. Skattningen av aktiviteten visade då att sex personer var nöjda med aktiviteten, men en person var negativ/illa till mods. När vi reflekterade över detta så tolkade vi att den aktiviteten inte passade på grund av brukarens missnöje med sitt rörelsehinder”. (vårdpersonal)*

### **Framtid**

De enheter som deltog i projektet har som mål att fortsätta med samverkansråd i samma form som under projektet ungefär en gång i månaden. Handledarna tyckte att även skattningsskallorna för delaktighet i samverkansrådet och aktiviteten kunde vara ett bra verktyg att fortsätta med.

### **Övriga reflektioner**

Reflektioner som kom fram under projekttiden var att till vardags mer fråga vad brukaren/gästen tyckte och tillvägagångssättet att var och en fick uttrycka sig. Respektera att det kunde upplevas som störande för brukarna att annan vårdpersonal av olika anledning ibland avbröt ett samtal. Personalen tänkte på ett annat sätt efter projektet. När brukaren/gästen kände sig säker i gruppen kom mycket av det friska fram. Personalen upplevde en glädje i att hitta det gamla jaget hos brukaren/gästen och att sitta i grupp och samtala och att de kunde uttrycka önskemål och åsikter om sin situation.

## ***5.7 Sammanfattning och avslutande kommentarer***

Målet och syftet med delprojektet samverkansråd var att utifrån ett brukar- och anhörigperspektiv utveckla modeller för att kunna säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet vad gäller brukarinflytande. Frågeställningen var om en person kan föra sin talan när man har en medelsvår eller svår demenssjukdom och om skattningsskalor var en hjälp för detta.

Innan projektet startade hade brukarinflytande bedrivits i form av enhetsråd på samtliga enheter som deltog i delprojektet samverkansråd. På tre enheter hade man, innan projektet börjat med samverkansråd. För de övriga tre så var denna modell något nytt. Efter projekttiden så hade man på fem enheter tänkt fortsätta med modellen samverkansråd i genomsnitt en gång i månaden. På demensboendet med svårt sjuka personer hade man efter projektet som mål att kontaktpersonen en gång i månaden skall säkerställa brukarinflytandet genom levnadsberättelsen och samtal med anhöriga och personal. Då brukaren av olika anledningar inte klarade av att sitta i grupp så fortsatte vårdpersonalen med individuella samtal på brukarens rum i en lugnare miljö.

Skattningsskalorna har av personalen upplevts som lätta att fylla i och att de har ett värde i att lättare se till den enskilde individen. För de svårt demenssjuka personerna har man hittat andra möjligheter där brukaren och närstående kan få uttrycka sina åsikter och därmed öka sitt inflytande.

Vårdpersonalen upplevde en glädje att hitta det gamla jaget hos brukaren/gästen och att sitta i samverkansrådet i grupp och samtala. De märkte att det kommer åsikter från de som man inte trodde kunde uttrycka detta.

*”Det viktiga är inte mötesstunden i grupp utan fokus måste ligga på att brukaren får uttrycka sina synpunkter och får möjlighet att påverka.”*  
(vårdpersonal)

Ett syfte med skattningen för aktivitet var att ytterligare säkerställa om önskemål som kom upp i samverkansrådet verkligen var ett bra alternativ till aktivitet. De brukare/gäster som verbalt kan uttrycka sig kan man få direkt respons från. Med skattningsskalorna var syftet att även nå de som har språknedsättningar och mer uttrycker sig med kroppsspråket. Det visade sig att önskemål från brukaren/gästen inte ibland blev rätt aktivitet men även att många av de önskade aktiviteterna blev väldigt lyckade. Delprojektet visade att genom samverkansråd får de demenssjuka mer inflytande över sin tillvaro med en innehållsrik dag och att det ytterligare säkerställs genom skattning för delaktighet och aktivitet.

## **6. TEMA ANHÖRIGSTÖD OCH SAMVERKAN MED ANHÖRIGA – DELPROJEKT ANHÖRIGSTÖD**

I detta kapitel presenteras ett av de delprojekt som genomförts under tema Anhörigstöd och anhörigsamverkan.<sup>9</sup>

### **6.1 Inledning**

Demenssjukdom påverkar på ett negativt sätt individens förmåga att klara det dagliga livet självständigt. Man behöver ofta mycket hjälp och stöd och kan bli helt beroende av sin omgivning. När en person drabbas av demenssjukdom påverkar det inte bara den enskilde personen utan även i hög grad deras närstående. För att närstående ska orka hjälpa och stötta en person med demenssjukdom krävs utbildning och stöd i olika former.

Målet med ”tema anhörigstöd” är att ge stöd till dem som är närstående till personer med demenssjukdom inom Leanlink Linköpings kommunala äldreomsorg. Vi vill också ge viss utbildning i demenssjukdomar med största vikten på bemötande utifrån ett ”Jagstödjande” perspektiv av personen med demenssjukdom, samt vidareutveckla den redan påbörjade modell för anhörigstöd på dagverksamhet som även ska gälla särskilt boende. Det viktigaste målet med anhörigstödet är att ge en bättre vardag både för närstående och personen med demenssjukdom. Det unika med tema anhörigstöd är att vi som vårdar personerna med demenssjukdom på särskilt boende eller dagverksamhet är de som håller i anhörigstödet. Vi har alltså en nära kontakt och god kännedom om den demenssjuka personen vilket borde innebära att vi har en ökad möjlighet att ge rätt råd och stöd till dennes närstående. Vår målsättning är att utveckla anhörigstödet till en naturlig del på våra särskilda boende och dagverksamheter. Vi vill då också fånga upp de närstående som har behov av enskilda samtal. Ibland kan dessa samtal ske med kontaktpersonen och i vissa fall kan vi hjälpa till att etablera en kontakt utifrån t ex från Anhörigcentrum.

I vårt arbete är det viktigt att ha en god kontakt med närstående, det ökar vår förståelse för den svåra situation de befinner sig i och ger ett ökat engagemang hos oss personal vilket kan leda till ett mer flexibelt arbetssätt.

---

<sup>9</sup> Kapitlet baseras på en arbetsrapport som skrivits inom detta tema (Andersson, Angvik & Björk, 2010).

FoU-projektet Anhörigstöd på dagverksamhet för personer med demenshandikapp som 2004 genomfördes på Asplövets dagverksamhet kunde påvisa vikten av anhörigstöd i samband med dagverksamhet. Kunskapen från det projektet har föranlett oss att göra en fortsättning och då utvidga och ta med särskilda boende. Vi hoppas i en förlängning kunna påverka politikerna att satsa på förebyggande insatser för att i slutändan spara pengar.

## **6.2 Anhöriggrupper i Linköping**

I Linköpings kommun finns olika typer av anhörigstöd<sup>10</sup> som kommunen och landstinget bedriver, dels genom frivilligorganisationer och olika kyrkliga samfund men också stöd organiserat av kommunen. Anhörigstödet riktar sig till olika målgrupper. Vid demenssjukdom finns olika möjligheter till anhörigstöd. När en person fått en demenssjukdom som diagnos erbjuder Geriatriska kliniken mottagning på US närstående deltagande i anhörigutbildning. Syftet är att ge familjen kunskaper om diagnos, sjukdomssymtom och sjukdomens konsekvenser. Anhöriggrupperna delas upp i två grupper med makar och barn till personer med demenssjukdom i olika grupper. Makar till den som fått en demensdiagnos träffas dagtid vid fem tillfällen om två timmar varje gång, de som är barn till en demenssjuk person träffas kvällstid tre tillfällen och tre timmar varje gång. Efter utbildningen bör närstående slussas vidare till olika former av familjeinsatser som kommunen svarar för.

Genom Linköpings kommun erbjuds närstående kontakt med ett demensteam för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.<sup>11</sup> Demensteamet erbjuder råd och stöd både i enskild form och i anhöriggrupper. Makar och personer med föräldrar som har en minnessjukdom erbjuds att delta. Syftet med anhöriggrupperna är att ge utbildning och möjlighet till erfarenhetsutbyte. Alla anhöriga som kommer i kontakt med det kommunala Demensteamet erbjuds deltagande i en anhöriggrupp. För många närstående har det ett värde i sig att träffa andra människor som befinner sig i en liknande situation och kunna utbyta erfarenheter.

Närståendes behov av stöd ser olika ut från individ till individ och det behöver därför erbjudas stöd i olika former. Det är viktigt att inte se anhöriggrupper som en isolerad insats utan de ska ses i ett sammanhang med familjestöd där även dagverksamhet, hemtjänst, växelvård mm ingår. Då kan stödet bli en helhet för familjen. Det som saknas i Linköping för att bli en riktigt bra helhet är ett riktat stöd för anhöriga till demenssjuka som också sträcker sig till det särskilda

---

<sup>10</sup> Anhörigstöd och anhöriggrupp är kända och etablerat begrepp i dessa sammanhang och vi har därför valt att använda det som term även om projektets deltagare i texten benämns närstående.

<sup>11</sup> [www.linkoping.se/anhorigstod](http://www.linkoping.se/anhorigstod)



boendet eftersom Demensteamets uppdrag tar slut när någon flyttar till ett särskilt boende. Däremot finns möjlighet till stöd från anhörigcentrum som har allmänna anhöriggrupper som sträcker sig till närstående på särskilt boende. Vi har under flera år sett behovet av stöd till närstående när en person med demenssjukdom flyttat in på vårdboende. Detta stöd har tidigare inte varit möjligt men kan nu erbjudas i samband med Lärcenters tema anhörigstöd.

När det gäller grupsammansättning har vi inför tidigare och nuvarande projekt rådfrågat ledare för anhörigstöd och samtalsgrupper och de är samstämmiga om att man bör utforma grupper där makar och barn till personer med demenssjukdom är i skilda grupper eftersom deras situation skiljer sig åt. Erfarenheter visar också att det är bra att erbjuda särskilda grupper för dem som är närstående till en relativt ung person som drabbats av demenssjukdom eftersom även deras situation skiljer sig från övriga. Make/makar till den yngre gruppen befinner sig mitt i livet med förvärvsarbete och ibland minderåriga barn som innebär en annan problematik än för äldregruppen.

Andras och våra egna erfarenheter är också att det i en grupp inte bör vara fler än åtta personer för att alla ska kunna komma till tals (Cars & Zander, 2006). Erfarenheter visar också att det kan behövas uppsökande verksamhet och motivationsarbete för att förmå närstående att ta beslut att vara med i en anhöriggrupp.

### ***6.3 Syfte med anhörigstöd***

Syftet med Lärcenters, tema anhörigstöd är att skapa utrymme för samtal runt svårigheter som närstående kan ställas inför när en anhörig drabbats av demenssjukdom och bor på vårdboende eller vistas på dagverksamhet. Vi riktar oss till närstående till både äldre och yngre personer med demenssjukdom. Under projektets gång vill vi öka våra kunskaper om hur man bäst utformar anhörigstöd för de olika grupperna. Vi har för avsikt att ge en viss form av utbildning om demenssjukdomen och dess symtom samt ge råd kring hur man kan bemöta en person med demenssjukdom utifrån ett ”Jagstödjande förhållningssätt” (Cars & Zander, 2006). År 2005 gjordes ett anhörigstödsprojekt på Asplövet's dagverksamhet (Angvik & Björk, 2005). Kunskapen från det projektet har hjälpt oss att utforma dessa träffar som vi nu erbjuder fler närstående.

Vi har valt att dela upp projektet i två grupper. En grupp för närstående till yngre personer med demenssjukdom och en grupp för närstående till äldre personer med demenssjukdom. Denna uppdelning har vi valt på grund av att problematiken kan se olika ut beroende på om man t ex är en 80 årig hustru med en demenssjuk make eller om man är ett tonårsbarn till en demenssjuk mamma.

Uppdelningen blir naturlig eftersom man bor på olika boenden eller vistas på olika dagverksamheter beroende av ålder.

#### **6.4 Teori om närståendes situation**

Det är inte bara den sjuke som drabbas vid en demenssjukdom, antalet personer runt den sjuke är stort då det i praktiken är cirka 70 procent av dem som drabbas av demenssjukdom som vårdas av närstående. Närstående är ett vidare begrepp än anhörig, närstående används om personer inom familj och släkt men innefattar också vänner och grannar till den sjuke (Socialdepartementet, 2003). Att bli närståendevårdare innebär att hela ens liv förändras totalt (Engedal, 2000). Demenssjukdomen kallas ofta för de anhörigas sjukdom. Hela familjen drabbas och måste ofta inta nya roller, ta på sig nytt ansvar och kanske ändra hela sitt livsmönster både psykiskt och fysiskt. Har relationen mellan närstående och personen med demenssjukdom varit god kan det kanske upplevas som helt naturligt att ta på sig rollen som vårdare. Men det händer att närstående tar på sig rollen som vårdare fast man innerst inne inte vill. Både den demenssjuke och omgivningens krav kan påverka ett sådant beslut. Det finns naturligtvis närstående som kan anpassa sig och finna en ny och meningsfull uppgift i rollen som vårdare till en kär livskamrat. Detta till trots är ändå närstående till någon som drabbas av demenssjukdom ofta under stor belastning. I Sverige har Kungsholmsprojektet i Stockholm följt anhöriga under många år, flera studier har visat att närstående till demenssjuka personer har sämre hälsa och upplever större påfrestningar om man jämför med närstående som vårdar kognitivt friska personer (Edberg, 2002).

Demenssjukdomen har ofta ett smygande förlopp vilket i början kan göra att den närstående inte förstår vad den sjuke drabbats av. Den sjuke mår oftast bäst av att få bo kvar hemma i en igenkänd miljö med en anförvant som känner den sjuke. En förutsättning för att den närstående ska orka vårda, hjälpa och stödja en demenssjuk släkting eller vän är att de har tillgång till olika typer av stödåtgärder. Vilka stödåtgärder som behövs är unikt för varje individ men det är viktigt att den som vårdar har ett socialt nätverk runt sig som kan hjälpa till praktiskt men även ge ett känslomässigt stöd för att undvika utmattning som kan innebära en risk för våld och vanvård. Genom olika undersökningar är det bekräftat att närståendevårdare har en sämre hälsa och lägre livskvalité med risk att utveckla depression och symtom på stress och ett förändrat socialt liv (Grafström, 1999). Kunskap och stöd kan hjälpa närståendevårdare och den sjuke till en bättre vardag då förståelse för sjukdomen kan minska tillfällena för konflikter (Edberg, 2002).

## **6.5 Delprojekt Anhörigstöd**

### **Urval av deltagare**

Till delprojektet inbjöds närstående till personer med demenssjukdom som finns på särskilt boende, dagverksamhet och de som har hjälp av hemtjänstteam för personer med minnesproblem inom Leanlink. Sex olika anhöriggrupper delades in efter följande ordning:

1. Make/makar till yngre personer med demenssjukdom som bodde på Trollflöjtens demensboende eller var medlemmar på dagverksamheten Club Lyra.
2. Barn, syskon och andra närstående till yngre personer med demenssjukdom som bodde på Trollflöjten eller var medlemmar på Club Lyra.
3. Närstående till äldre personer med demenssjukdom på dagverksamheten Asplövet erbjöds en fortsättning i en redan pågående grupp. De närstående som inbjöds var makar, barn, vänner, god man.
4. Närstående till äldre personer med demenssjukdom inom hemtjänstens speciella demensteam. De närstående som inbjöds var makar, barn och vänner.
5. Närstående till personer med demenssjukdom på demensboenden, sjukhemsboenden och ålderdomshemsboenden i Leanlink Linköpings kommunala äldreomsorg. De närstående som inbjöds var makar, barn och vänner och god man.
6. Pargrupp (sjuk och närstående tillsammans) i samarbete med Linköpings demensförening. Tre par inbjöds att delta. Alla där maken hade en demensdiagnos och hustrun är frisk.

### **Genomförande**

1. På dagverksamheterna fick alla en personlig inbjudan och/eller en personlig kontakt togs av respektive kontaktperson.
2. Inom hemtjänsten skickades en inbjudan ut och en av gruppledarna tog en personlig kontakt.
3. På gruppboendena var det meningen att en personlig inbjudan skulle skickas ut. På de flesta boenden sattes endast ett anslag upp.
4. I pargruppen togs en personlig kontakt tillsammans med en skriftlig information. Detta sköttes av en person från föreningen Seniorerna.
5. Gemensamt för alla träffar var att första träffen var en informationsträff.

Träffarna utformades som studiecirkel med utgångspunkt från ett ”Jagstödande förhållningssätt”. Vi hade boken Samvaro med dementa som kurslitteratur (Cars & Zander, 2006). Det fanns möjlighet att låna boken från oss under studiecirkeltiden, alternativt att köpa den som många har valt att göra.

### ***Träffarnas struktur***

- Varje träff pågår 1,5 timmar och är förlagd på eftermiddagen eller kvällstid utifrån gruppens önskemål.
- Boken Samvaro med dementa där metoden Jagstödjande förhållningssätt beskrivs ligger till grund för alla träffar.
- Varje träff börjar med ”Rundan”, där varje deltagare får berätta hur dagsläget är och vad som hänt sen förra träffen.
- Återkoppling till temat på förra träffen.
- Gruppledarna berättar om den aktuella Jagfunktionen och förhållningssätt.
- Eventuell praktisk information
- Kaffe/the serveras under träffarna till självkostnadspris.

### ***6.6 Diskussion***

Unga personer som drabbas av demenssjukdom och deras närstående befinner sig mitt i livet och livssituationen förändras därför dramatiskt för alla parter. Vi upplever att behovet av stöd ser väldigt olika ut i den här gruppen som är närstående till yngre demenssjuka personer. Det finns barn som är väldigt unga och är ovana att delta i en grupp och har svårt att känna samhörighet med övriga. De har större behov av enskilda samtal. De flesta i den här närståendegruppen förvärvsarbetar och en del bor också långt bort som gör det praktiskt omöjligt att delta.

När det gäller gruppen make/makar var det en stor del av dem som valde att delta i anhöriggruppen däremot var det lågt deltagande av barn, syskon och övriga närstående. Vi känner igen detta sen tidigare erfarenheter, att intresset har varit lägre bland barn, syskon och övriga. Vi tror att vi fått ett större deltagande om vi också hade tagit en personlig kontakt och inte bara skickat en skriftlig inbjudan. I den här gruppen av närstående finns det personer som har valt att träffas enskilt med gruppledarna cirka ett par gånger per termin. Vårt mål är att vi ska kunna ge anhöriga stöd och under projektets gång få mer kunskaper om hur vi på bästa sätt kan stödja den här gruppen av närstående.

På Asplövets dagverksamhet fortsatte vi en redan påbörjad anhöriggrupp, som varit igång sedan FoU-projektet 2005. Det som förändrats sedan anhörigprojektet 2004 är att det idag är en blandad grupp maka barn god vän god man vilket har fungerat bra och inte finns någon anledning att förändra. Det nya blir att använda boken Samvaro med dementa som kursmaterial för att prata om bemötande, vilket många ser fram emot. De flesta har köpt en egen bok. Personal på dagverksamheten övertar ansvaret och genomförandet av

studiecirkeln från och med våren 2008. Ansvariga för Anhörigstöd tema äldre i Lärcenter finns kvar som stöd vid behov.

Aspens hemtjänst har haft en förberedande träff där en person från hemtjänstteamet tillsammans med ansvarig från Tema äldre från Linköpings universitet höll i träffen, vi måste nu fundera vidare på hur vi går tillväga med tanke på att flera som vill vara med bor långt bort.

Den stora gemensamma träffen blev tyvärr inställd, det kan finnas flera orsaker till det. En kan vara att inbjudan inte gick ut personligt till alla närstående. En annan orsak kan vara att vi inte är kända namn på alla enheter och att Lärcenter ännu inte är tillräckligt känt, vi tänker göra nya försök. I Linghem anordnades en anhörigträff där vi blev inbjudna att prata demenssjukdom och jagstödande förhållningssätt. Flera blev intresserade av att delta i en studiecirkel. Fyra personer har anmält sig och det ska göras ett personligt utskick till dem som inte var närvarade på anhörigträffen. Det vi nu måste ta ställning till är om denna form är bättre för presentation av ett jagstödande förhållningssätt.

Pargruppen har under hösten haft en förberedande träff och sedan ytterligare två träffar. Varje träff har haft ett tema. Här är det meningen att vi ska skapa en trevlig stund tillsammans utifrån de intressen och förmågor den sjuke har kvar. Allt för en ökad självkänsla. På varje träff bjuds på något gott tilltugg.

En viktig synpunkt som vi fått ifrån närstående på Asplövet är att vi inte får tro att allt anhörigstöd handlar om det svåra, man har även ett behov av att få göra något trevligt tillsammans ibland. Det behovet behöver uppfyllas och bli en naturlig del i vårt anhörigstöd.



## **7. TEMA ANHÖRIGSTÖD OCH SAMVERKAN MED ANHÖRIGA – DELPROJEKT ANHÖRIGSAMVERKAN**

Ett av de delprojekt som Lärcenter för en god demensvård arbetat med i temat Anhörigstöd och samverkan med anhöriga är Anhörigsamverkan, vilket presenteras detta kapitel.<sup>12</sup>

### ***7.1 Inledning och bakgrund***

Medarbetare som ingår i Lärcenter har som vi presenterat här ovan under flera år arbetat med anhörigstöd genom att leda grupper med anhöriga till personer med demenssjukdom inom Leanlink i Linköpings kommunala Äldreomsorg. Under de träffarna framkom ofta värdefulla och viktiga synpunkter från anhöriga på verksamheterna, och i samband med det väcktes tanken på att ta tillvara anhörigas kunskap och synpunkter (Angvik & Björk, 2005). Projektledarna deltog 1999 i ett EU-projekt, Anhörig 300 (Socialstyrelsen, 2002), vars syfte bland annat var att utveckla modeller för samverkan mellan personal och anhöriga som i slutändan gagnar den demenssjuka personen. Mot bakgrund av de goda erfarenheterna från tidigare projekt är ambitionen att i Lärcenterprojektets Anhörigsamverkan dra nytta av och sprida kunskaperna till andra verksamheter.

### ***7.2 Syfte med anhörigsamverkan***

- Att hitta nya samverkansformer med anhöriga till personer med demenssjukdom för att säkerställa, utveckla och förbättra demensvården utifrån anhöriga och brukarens behov.
- Att öka förståelsen mellan personal och anhöriga och skapa möjlighet till ett positivt samarbete.
- Att samverkansformerna som utvecklas ska få betydande fördelar för den demenssjuka personen.

### ***7.3 Teoretisk bakgrund***

När en person med demenssjukdom flyttar till ett boende ändras inte bara livssituationen för den sjuke utan även för de anhöriga (Angvik & Björk, 2005). Anhöriga har i vissa fall svårt att hitta sin nya roll och upplever ibland att deras kompetens och erfarenheter inte tas tillvara eller efterfrågas av personalen.

---

<sup>12</sup> Kapitlet baseras på en arbetsrapport som skrivits inom detta tema (Holmberg & Björk, 2009).

Erfarenheterna projektledarna fick genom deltagandet i projektet Anhörig 300 (Socialstyrelsen, 2002) var att personal på vårdboende å sin sida inte ville fråga eller be anhöriga om deltagande i verksamheten för man trodde att det kunde upplevas som en belastning för anhöriga. Projektet med studiecirkelar inom demensvård personal och anhöriga tillsammans (Socialstyrelsen, 2002) visade dock att anhöriga upplevde det positivt när personal uppmuntrade dem att delta i omsorgen och att deras kunskaper efterfrågades. Genom samarbete mellan anhöriga och personal i vården ökar möjligheterna till en mer helhetlig förståelse för vårdens komplexa natur (Socialstyrelsen, 2002). Det gagnar inte bara den anhörige utan också den sjuka personen (Lampa & Sandberg, 2004) I en studie som Britt Almqvist gjort (Almqvist & Jansson, 2003) har det visat sig att anhöriga vill känna sig respekterade som samarbetspartners även efter inflyttning till ett gruppboende. De ville fortfarande vara ett stöd till sina anförvanter trots att de inte orkade ta hela ansvaret. Studien visade också tydligt att anhöriga inte bara såg till vad som gjordes för den sjuke utan också hur hjälpen gavs. Att i så hög grad som möjligt vara delaktig i att den sjuke kände sig "hemma" var nödvändigt för att både den anhörige och sjuke lättare skulle finna sina nya roller. För personal kan samverkan med anhöriga innebära att man kan ägna sig mer åt det personalen har kunskap om när anhöriga kan vara behjälpliga med praktiska saker (Lampa och Sandberg, 2004).

#### ***7.4 Tillvägagångssätt för anhörigsamverkan***

Projektledarna förberedde projektet genom att uppdatera sig med det material som fanns från studiecirkelarna från Anhörig 300-projektet 1999, Samarbete i vården av äldre (Hellström & Lundh, 2004), samt Socialstyrelsens rapport, Studiecirkelar inom demensvård personal anhöriga tillsammans som utvärderade projektet (Socialstyrelsen, 2002).

##### ***Information till personal och anhöriga***

Projektledarna fick möjlighet att informera om projektets mål och syfte samt tillvägagångssätt på verksamheternas anhörigträffar. Berörda verksamhetschefer fick information om projektet via e-post.

##### ***Målgrupp***

Anhöriga och personal på Garnisonens gruppboende för demenssjuka personer på avdelningarna Trollflöjten och Patronen. Trollflöjten har 18 lägenheter fördelade på två våningar och Patronen består av 10 lägenheter.

##### ***Urval***

Personal på Garnisonens avdelning Patronen och Trollflöjten våning ett och två tillfrågades eller valdes ut av respektive verksamhetschef. Båda verksamheterna är gruppboende för personer med demenssjukdom och Leanlink, Linköpings



kommunala Äldreomsorg är utförare av verksamheterna. Anhöriga fick information om projektet på anhörigträffar på respektive gruppboende, efter träffarna anmälde några anhöriga själva sitt intresse. Den personal som deltog i projektet kontaktade sedan övriga anhöriga personligen för att bjuda in till deltagande. Personalen valde att kontakta de anhöriga som man trodde hade möjlighet och var intresserade av att delta.

### ***Sammansättning av grupper***

Gruppsammansättning på Patronen var tre anhöriga och tre undersköterskor från vårdavdelningen. Gruppsammansättning på Trollflöjten var två anhöriga och två undersköterskor från vårdavdelning 1 samt två anhöriga och två undersköterskor från vårdavdelning 2.

### ***Tema för träffarna***

#### ***1. Informationsutbyte***

Vilken information är viktig för anhöriga och personal i samband med inflyttning till ett vårdboende?

#### ***2. Engagemang och delaktighet i vården***

Hur kan vi utveckla samarbetsformer som kan tillgodose både den anhörige och den demenssjuka personens behov?

#### ***3. Stöd till anhöriga och personal***

Behovet av både praktiskt och känslomässigt stöd.

#### ***4. Samarbete i praktiken***

Upprättande av handlingsplan för förbättringsområden på det aktuella vårdboendet.

### ***Tidsåtgång och antal träffar***

Träffarna genomfördes under vecka 9 - 15, 2009 vid fyra tillfällen. Första träffen tog två timmar och de övriga tre träffarna, en och en halv timma.

### ***Plats***

Träffarna var förlagda på eller i anslutning till respektive gruppboende.

### ***Struktur på träffarna***

Varje träff inleddes med en kort information om träffens syfte. Uppgifter och diskussionsfrågor samt tidsangivelser fanns i studiematerialet för varje träff. Där fanns också förslag på gruppindelning som var skiftande beroende på frågeställningarna som skulle diskuteras.

## ***7.5 Sammanfattning och avslutande kommentarer***

### ***Förutsättningar och förberedelser***

Tid för förberedelser inför varje träff för personalen såg lite olika ut, personalen på Patronen sågs cirka 30 minuter innan för att förbereda, Trollflöjtens personal hade avsatt mindre tid för förberedelse och kom ibland direkt från vårdarbetet. Båda grupperna var efter projektets slut överens om att det är viktigt att avsätta tid för förberedelser. Projektledaren och deltagarna ur personalgruppen anser att innan en grupp med anhörigsamverkan startas behöver handledaren och personal som deltar få information om studiematerialet och tillvägagångssätt.

### ***Sammanställning efter träffarna***

Under träffarna för någon av personalen minnesanteckningar. Det är önskvärt att personalen direkt efter träffens slut tillsammans gör en sammanfattning av träffen.

### ***Studiematerial***

Det upplevdes positivt att diskussionsfrågorna var ställda från andra personer som inte deltog i träffarna. Både anhöriga och personal var då likställda inför uppgifterna. Efter utvärderingen har några diskussionsfrågor ändrats, de första frågorna upplevdes som mycket personliga och de var svåra att starta med då deltagarna ännu inte kände varandra. Några andra frågor upplevde deltagarna gick för mycket i varandra och har därför omformulerats eller satts samman. Ett par frågor har omformulerats till mer öppna frågor eller förtydligats. Det har också lagts till anteckningssidor i studiematerialet.

### ***Kontinuitet och antal träffar***

Tidsintervallet med cirka fjorton dagar mellan träffarna har upplevts bra av personalen, vid längre tid mellan träffarna finns risk att man glömt vad man pratade om senast, det är lättare att ta upp tråden igen vid täta träffar. Antalet träffar upplevdes som lagom även om det för någon anhörig innebar att det var svårt att delta på grund av det egna arbetet.

### ***Plats och tidsåtgång för träffarna***

Lokaler för träffarna har inte varit något problem, och det har uppfattats som bra både för anhöriga och personal att det är i anslutning till gruppboendet på en ostörd plats. När träffarna skulle genomföras har anpassats efter de anhöriga. Där alla varit daglediga har träffarna legat eftermiddagstid och där deltagarna varit yrkesarbetande har det styrts tiden för träffarna. Tiden för träffarna med en och en halvtimme har personalen som deltagit ansett vara lagom lång. Studiematerialet har styrts tiden för hur länge frågorna ska diskuteras, det har gjort att det inte funnits utrymme för annat samtal under träffarna och gjort att deltagarna hållit sig till ämnet.

### ***Sammansättning av grupper***

Information om studiecirkeln bör göras till alla anhöriga för att alla ska ha samma möjlighet att anmäla sitt intresse att delta. När personal väljer ut och tillfrågar anhöriga är det viktigt att fundera över vilka som kontaktas. Det finns en risk att de anhöriga som personalen upplever positiva till gruppboendet kontaktats i första hand. Grupperna på Patronen och Trollflöjten har varit blandade med personer som haft sin demenssjuke anhörige kort eller lång tid på gruppboendet och som har olika relationer till den som är sjuk. Det har upplevts positivt av personalen och medfört olika infallsvinklar på det som diskuterats.

Resultatet visar att det är viktigt att alla deltagare kan närvara alla gånger. I det här projektet var tiden begränsad vilket innebar att några träffar genomfördes även om inte alla kunde delta. Vid något tillfälle ersattes en deltagare av en annan person, vilket gjorde det svårt både för övriga deltagare och för den som kom ny. Lärdomen av det är att vara tydlig när man informerar och bjuder in att det är viktigt att kunna delta de tider man bokar tillsammans. Någon anhörig undrade vid inbjudan vad man band sig vid om man tackade ja. Det visar också att man behöver bestämma från början om gruppen ska träffas även om någon deltagare inte kan vid något tillfälle. Grupperna bestod av sex eller åtta personer. Storleken på grupperna har varit bra för att alla ska kunna komma till tals. Studiematerialets förslag till gruppindelning fungerar inte alltid när man är färre än åtta deltagare. Projektledarna rekommenderar åtta deltagare.

### ***Medarbetares egen utveckling***

De flesta ur personalen som deltog i projektet hade inte någon tidigare erfarenhet av att leda en anhörigrupp. Det fanns en viss osäkerhet från några inför den första träffen men flera ur personalen har framfört att de stärks som personer av att ha deltagit och varit handledare för träffarna. Projektet har medfört en personlig positiv utveckling och en stärkt yrkesroll.

### ***Effekter och utvärdering***

Flera positiva effekter har förmedlats från deltagarna. Anhöriga har ansett att projektet med studiecirkel var ett viktigt forum för dem att tillsammans med personal diskutera hur gruppboendet upplevs. Det är svårare att framföra synpunkter vid traditionella anhörigträffar. Det blev också en ny form för anhöriga att träffas och lära känna varandra. Personal som deltog fick också en delvis annan bild av anhöriga och i vissa fall en ökad förståelse. Mycket fokus hamnade på kommunikation på olika sätt. Personal som deltog framförde att det är viktigt att övriga personer i personalgruppen blir informerade om träffarna och vad som framkommer under samtalen. Det behöver avsättas tid på personalmöten för den informationen.

Ingen av deltagarna i projektet hade varit med och utformat studiematerialet. Både anhöriga och personal var därför likställda inför studiematerialet vilket upplevdes positivt. Det gjorde det t ex lättare att vara kritisk mot frågorna i studiematerialet och underlättade för handledaren att hänvisa till vid gruppindelningen mm.

Flera konkreta och genomförbara förslag kom fram under träffarna. Några exempel på förslag var en dagbok hos varje boende, tydliga namnskyltar, önskemål om namnskyltar där det också står om personalen är vikarie. Det fanns önskemål från anhöriga om att kontaktpersonen skulle höra av sig om vardagliga händelser och gärna ta kontakt när man kom på besök. Ett annat förslag var att anhöriga ville ha nerskrivet och uppsatt på anslagstavla hur en dag på gruppboendet kan se ut. Det är bra om de handlingsplaner som gruppen kommer fram till och skrivit ner sätts upp på gruppboendet så både andra anhöriga och personal kan ta del av dem. Handlingsplanerna bör vara genomförda inom överskådlig framtid. Anhöriga ville också ha en uppföljning vid ett senare tillfälle för att stämma av att målen har uppnåtts.

Projektledarna uppfattar att detta är ett bra sätt att samverka med anhöriga. Det finns behov av att finna nya former för att ta till vara kunskap och utveckla omsorgen. Anhörigas reflektioner av vad de tar del av vid besök på gruppboende och genom samtal med personal glöms annars ofta lätt bort. Samverkan mellan anhöriga och personal med olika kunskap och erfarenheter är till stor nytta för de personer som drabbas av demenssjukdom.

### ***Extern utvärdering***

I samband med Anhörigsamverkans start fick projektledarna kontakt med två studenter från Socionomprogrammet som skulle skriva sin C-uppsats. De valde att i sin uppsats utvärdera formen för projektet Anhörigsamverkan genom att utläsa vad deltagarna anser genom enkäter och intervjuer (Genberg & Grenabo Lundgren, 2009).

Deras slutsats är att projektdeltagarna övervägande anser att studiecirkel är positivt för att förbättra kontakten mellan anhöriga och personal, och att kommunikationen förbättras och därmed ökar förståelsen för varandras situation. Gruppsammansättningen med lika många anhöriga som personal verkar ha upplevts jämlik, risken att personal har en viss makt påtalades från den personal som deltog men är inte något som framkommit från anhörigas sida. I likhet med projektledarna visar resultatet från uppsatsen att materialet behövde omarbetas på vissa punkter vilket är beskrivet under Studiematerial ovan (Genberg & Grenabo Lundgren, 2009).

## 8. TEMA DEMENSUTBILDNING

Ett av de teman som Lärcenter för en god demensvård arbetar med är en demensutbildning för vårdpersonal. I detta kapitel redovisas hur arbetet i detta tema genomförts samt några slutsatser som dragits under projektet.<sup>13</sup>

### *8.1 Inledning och bakgrund*

Demensvården har ändrats radikalt under senare år. Naomi Feil (1994) skriver i sin bok: Validation-Feilmetoden, hur hon år 1966 drog slutsatsen att det var orealistiskt att verklighetsorientera personer med demenssjukdom. Hon lärde sig validation, som betyder att erkänna en persons känslor. Sättet vårdpersonalen möter vårdtagaren ska kunna anpassas till behovet hos varje enskild individ. För att kunna göra detta behövs kunskap om varje person. Detta kallas individuellt anpassad omvårdnad (Edberg, 2002). Anders Westius och Ulla Petersen (Westius & Petersen, 2006) beskriver hur viktigt det är att värna om en persons identitet när hennes egen förmåga att göra det sviktar. Det är bland annat omsorgspersonalens och närståendes ansvar att göra detta, vilket förutsätter en intresserad, respektfull syn på en annan människas livsåskådning även när man själv inte delar den. De som arbetar inom demensomsorgen använder sig själva som redskap och behöver då metoder att arbeta efter. Kunskap om dessa metoder ökar tryggheten för personer med demenssjukdom och de kan bättre använda sina förmågor (Cars & Zander, 2006).

Kirsti Skovdahl skriver i sin avhandling att hon i sitt arbete som sjuksköterska på en psykiatrisk avdelning såg att när patienterna vårdades i en positiv, lugn miljö, samt med goda kunskaper och förståelse hos vårdarna så förekom symtom som störande beteende, alltmer sällan (Skovdahl, 2004). Det forskas och skrivs mycket om vikten av ett bra bemötande hos omsorgspersonal, anhöriga och närstående. Det är dock vanligt att denna kunskap inte alltid har spridit sig till dem som möter och vårdar dessa personer dagligen. Cars och Zander (2006) påpekar att det bemötande som en person med demenssjukdom får är viktigt för hans eller hennes självkänsla och livskvalitet och på så sätt kan många misstag och konflikter undvikas.

Med stöd av Områdeschef och verksamhetschefer i enheten uppmuntrades demensvårdsutvecklarna att sprida kunskapen om demens i verksamheterna. En kursplan arbetades fram som kallades Demensutbildning steg 1 och 2 som

---

<sup>13</sup> Kapitlet baseras på en arbetsrapport som skrivits inom detta tema (Holmberg & Lundberg, 2009) samt en kandidatuppsats (Andersson & Ingmarsson, 2009a), vilken även finns utgiven som FoU rapport (Andersson & Ingmarsson, 2009b).

enheten själva finansierade. Utbildningen startade under år 2004 och har pågått fram till dags datum. I maj år 2007 startade även Demensutbildning steg 3 som var finansierad genom Kompetensstegen. Hittills har 1070 vårdpersonal genomgått utbildningen.

Utbildningen omfattar kunskap om vilka metoder/verktyg som kan användas i mötet med personen med en demenssjukdom. Dessa är metoder är: levnadsberättelsen, jagstödande och bekräftande förhållningssätt, reminiscens, berörningsmassage och musik och dans. Vi nämner även de vanligaste demenssjukdomarna och hur människan påverkas då olika områden i hjärnan är skadade. I upplägget av utbildningen finns även plats för diskussioner och redogörelser för arbetet på de olika enheterna som uppmuntras i syfte att lyfta den tysta kunskap som finns. Att få ny kunskap kräver ibland att ändra arbetssätt. Olika typer av rutiner kan vara svåra att förändra särskilt de som har betydelse för personalens egna känslor (Ekholm, Ellström och Ellström, 2003).

Demensutbildningen kopplas också till ett läromedel som tagits fram av demensvårdsutvecklarna. Detta material kallas Dokumentation Demensutbildning (Angvik, Björk & Holmberg, 2009b). Materialet är samlat i en pärm och innehåller dokumentation av demensutbildningen och de fem verktygen. Pärmerna är tänkt att användas på varje verksamhet efter genomgången utbildning. Vidare har ett instruktionsmaterial i form av en handledning för hur man kan arbeta med musik och dans tagits fram (Gullström & Lundberg, 2009).

I temat ingår också dokumentation av kunskap, arbetsmetoder och arbetssätt. Ett kontinuerligt samarbete mellan forskning och praktik med olika typer av delstudier med utvärdering av studenter som skriver kandidatuppsatser omfattas också av arbetet i temat. Demensutbildningen måste successivt anpassas till nya behov och ny kunskap och följa de mål och teman som ingår i Lärcenter för en god demensvård.

## ***8.2 Syftet med demensutbildning***

- Syftet med demensutbildningen är att höja kompetensen i demenskunskap och bemötande för vårdpersonal i Linköpings kommunala äldreomsorg, Leanlink.
- Målsättning är att all vårdpersonal som arbetar i äldrevården, demensboende, sjukhemsboende och hemtjänst inom Leanlink, ska använda sig av de fem olika verktygen som lärs ut på demensutbildningarna steg 1, 2 och 3.

## ***8.3 Teoretisk bakgrund***

### ***Lärande för omsorgspersonal***

Faktorer som är betydelsefulla för att stimulera lärandet inom en organisation är att skapa lärtillfällen, uppmuntra och stödja personal men att också verksamhetschefen utgör en förebild för lärandet och har visioner kring detta (Ekholm, Ellström & Ellström, 2003). Lärandet ska inte ske vid enstaka tillfällen av t ex en konsult utan det är viktigt att skapa en kultur där vardagen präglas av lärande. I omsorgsverksamheten som har hög komplexitet, ställs det höga krav på att det finns goda förutsättningar för lärandet i det dagliga arbetet. Det är också viktigt att de anställda är intresserade av och motiverade för att engagera sig i olika lärande aktiviteter som är kopplade till arbetet.

Med formellt lärande menar man ett planerat, målinriktat lärande som kan utföras t ex inom skolväsendet eller någon form av personalutbildning. Det informella lärandet sker i vardagslivet eller på arbetet. I det informella lärandet räknas också den ”tysta kunskap” som fås genom att arbeta tillsammans men som man inte sätter ord på. Behovet och värdet av att formellt och informellt lärande i det dagliga arbetet integreras är betydelsefullt. Lärandet underlättas om individen ställs inför olika problem eller utmaningar som då kräver ett engagemang. Motivationen för detta bestäms bland annat av individuella bakgrundsfaktorer som t ex uppväxt och utbildningsnivå (Ekholm, Ellström & Ellström, 2003).

### ***Integration av teori och praktik***

Teori utan praktik är som form utan innehåll och praktik utan teori reduceras till tillfälligheter utan sammanhang (Skancke Bjerknes & Bjork, 1996). Integrering av teori och praktik under utbildning krävs för kvalificering till yrken inom vård och omsorg. Att lära genom att handla, uppleva och förvärva kunskap måste vara idealet, liksom att även kunna diskutera och reflektera erfarenheterna tillsammans med erfarna praktiker och handledare. Enbart genom teoretisk utbildning kan vi inte lära oss yrkesmässig skicklighet och omdöme utan detta utvecklas genom reflektion över handlingarna i en praktisk kontext. Teori och praktik representerar två olika former av insikt. Teori är en objektiv kunskap, praktiken däremot är konkret och nära och handlar om subjektiv kunskap.

### ***Yrkesmässig identitet***

Genom praktiska studier sker en utveckling av yrkesetisk medvetenhet. Detta utvecklas genom etiska konflikter, frågeställningar, diskussioner och reflektioner. Vårdtagaren är ofta hjälplös och befinner sig i en utsatt situation då de behöver vårdpersonalen som ”advokat” och hjälpare. Syftet med praktiska studier är också att utveckla en yrkesmässig identitet och en ansvarsmedvetenhet där ansvar för egen inläring av lärostoffet ingår. Den yrkesmässiga

identitetsutvecklingen styrks av erfarenhetsinläring och reflektion där tankar och känslor samverkar (Skancke Bjercknes, & Bjork, 1996).

I hierarkin av vårdpersonal befinner sig vårdbiträdet längst ner och har därmed låg status. Vårdbitrådets identitet har sitt ursprung i en tradition av omsorg och omvårdnad, till skillnad från sjuksköterskor och läkare vars yrkesidentitet har sitt ursprung i en medicinsk tradition. Detta kan antas ha nära samband med uppfattningar om vilka möjligheter man har att påverka sin arbetssituation (Ekholm, Ellström & Ellström, 2003).

Genom att få en ökad förståelse för demenssjukdomens konsekvenser ges en möjlighet för vårdpersonalen att utveckla och anpassa förhållningssättet i mötet med vårdtagaren. Diskussioner och erfarenhetsutbyte med vårdpersonal från olika arbetsplatser ger möjligheter att jämföra arbetssätt och få nya infallsvinklar. Är personerna från samma arbetsgrupp så kan man resonera sig fram till ett gemensamt förhållningssätt som kan dokumenteras. Det är viktigt att reflektera över frågor om hur det egna förhållningssättet kan påverka vårdtagarens självkänsla? För vårdpersonalen är det Jagstödjande förhållningssättet ett sätt att kvalitetssäkra sitt bemötande (Cars & Zander, 2006).

### ***Den pedagogiska rollen för föreläsarna i demensutbildningen***

En föreläsning/utbildning måste förberedas, inte bara genom att skriva manus utan läraren/utbildaren måste också ha gjort klart för sig vad som skall förmedlas och hur. Vad målsättningen är med informationen, att känna till målgruppen, dess behov och krav. Informationen måste struktureras och en lämplig nivå sättas. Målsättningen kan vara att ge mottagaren vissa verktyg för att kunna använda kunskapen. Det är också viktigt att anpassa föreläsningen tidsmässigt för att nå det uppsatta målet. Om tekniska hjälpmedel som t ex overheadapparat, video eller datorer ska användas så ska det kunna motiveras med att det ska vara ett stöd för åhöraren för att budskapet ska förstärkas eller förtydligas. Lokalen och dess utseende ska väljas utifrån den information som ska förmedlas och att åhörarna sitter, ser och hör bra.

En föreläsning bör bestå av inledning, själva föreläsningen och avslutning (Iseskog, 2003).

- I inledningen kan man tala om vad föreläsningen ska handla om, tider, en presentation av föreläsaren. Själva föreläsningen ska vara innehållsmässigt förberedd.
- Viktigt att tala tydligt och varierande. Bedöm behovet av mikrofon.
- Tänk på kroppshållningen, använd olika uttryckssätt som kroppen ger utrymme för. En uttrycksfull min kan hjälpa till att betona ett budskap.



- Använd ett manuskript som inte är fullständigt formulerat utan mer som ett stöd för föreläsaren. Den vane föreläsaren kan då tala fritt ur hjärtat.
- Språket ska vara så enkelt och äkta och föreläsarens eget i så stor utsträckning som möjligt. Upprepningar kan ha en god pedagogisk effekt för att markera och förtydliga.
- Humor är en stor tillgång i en föreläsning, Skrattet är avväpnande och befriande. En lustighet som kryddar föreläsningen kan ha en god effekt.
- Föreläsaren bör markera i början om det är tillåtet med frågor och diskussioner under eller efter föreläsningen.
- Avslutningen bör innehålla någon form av sammanfattning och ett avskedsuttryck.

#### ***8.4 Utbildningens innehåll och genomförande***

I detta avsnitt presenteras demensutbildningen steg 1, 2 och 3 innehåll. Maxantal deltagare per gång beräknas till cirka 20 personer.

##### ***Demensutbildning steg 1***

Längden på demensutbildning steg 1 är 4 timmar. Innehållet är:

- En kort översikt av de vanligaste demenssjukdomarna
- Bemötande med ett bekräftande förhållningssätt
- Jagstödjande förhållningssätt

##### ***Demensutbildning steg 2***

Längden på steg 2 är 8 timmar. Innehållet är:

- Utvecklingspsykologi
- Anhörigas situation
- Beröringsmassage, teori och praktik

##### ***Demensutbildning steg 3***

Längden på steg 3 är 7,5 timmar. Innehållet är:

- Reminiscensmetoden
- Måltider och miljö
- Dans

#### ***8.5 Medarbetarnas uppfattningar om den genomförda utbildningen***

I detta avsnitt redovisas utfallet av en extern utvärdering som genomförts av demensutbildningen. Avsnittet baseras på en kandidatuppsats som genomförts inom ramen för PA-programmet vid Linköpings universitet (Andersson &

Ingmarsson, 2009a; 2009b). Utvärderingen omfattade tre enheter inom äldreomsorgen i Linköpings kommun där medarbetare genomgått demensutbildningen.<sup>14</sup> Framställningen är uppdelad i fyra teman, nämligen medarbetarnas uppfattningar om: utbildningens mål och innehåll, utbildningens genomförande, resultat av utbildningen, samt medarbetarnas syn på ledningens roll i samband med utbildningen.

### ***Utbildningens mål och innehåll***

Det första temat rör medarbetares uppfattningar om utbildningens mål och innehåll. I tabell 1 nedan redovisas medelvärden för uppfattningar om demensutbildningens mål.

*Tabell 8.1. Resultat för frågor om utbildningens mål.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
1. Jag anser att jag i samband med utbildningen blev väl informerad om den aktuella utbildningens mål.	4,56	0,57
2. Jag tycker att utbildningens mål har varit klara och tydliga.	4,42	0,66

Tabell 8.1 visar att medelvärdena för fråga 1 och 2 ligger mellan svarsalternativen ”Instämmer helt” och ”Instämmer delvis”. Resultatet tyder på att medarbetarna anser sig ha blivit väl informerade om utbildningens mål och att dessa har varit klara och tydliga.

*Tabell 8.2. Resultat för frågor angående utbildningens innehåll.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
3. För mig är det viktigt att kunna påverka innehållet i de utbildningar jag deltar i.	4,00	0,92
4. Jag anser att jag har haft möjlighet att påverka utbildningsinnehållet i denna utbildning.	2,44	1,17
5. Min uppfattning är att innehållet i utbildningen har varit relevant för mitt arbete.	4,47	0,57
6. Under utbildningen gavs möjlighet att reflektera över utbildningens innehåll.	4,15	0,68

Medelvärdet för fråga 3 är 4,00 vilket visar att medarbetarna anser att det är viktigt för dem att kunna påverka innehållet i de utbildningar de deltar i.

<sup>14</sup> Datainsamlingen genomfördes våren 2009 och omfattade enkäter till samtliga de medarbetare på de tre enheterna som genomgått utbildningen samt intervjuer med enhetschefer på de berörda enheterna. Antalet respondenter var 59, varav 55 besvarade enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 93 procent. Utfallet redovisas i form av medelvärden (m) och spridningsmått i form av standardavvikelse (s) för de frågor som ingått i enkäten. Ett högre värde på standardavvikelsen innebär att uppfattningarna varierar i hög grad, och ett lägre värde att uppfattningarna är i stor del samstämmiga. Frågorna är kodade så att 1=Tar helt avstånd och 5=Instämmer helt.

Medelvärdet för fråga 4 som berör huruvida medarbetarna har kunnat påverka innehållet i just denna utbildning är dock relativt lågt vilket tyder på att respondenterna inte anser sig ha kunnat påverka innehållet i någon större utsträckning.

Resultatet för fråga 5 visar ett medelvärde på 4,47 vilket betyder att respondenterna anser att utbildningens innehåll har varit relevant för deras arbete. Vad gäller huruvida medarbetarna har fått möjlighet att reflektera över innehållet, fråga 6, så visar även detta ett relativt högt medelvärde. Medelvärdet för denna fråga är 4,15 vilket i det närmaste motsvarar svarsalternativ ”Instämmer delvis”. Resultatet tyder alltså på att medarbetarna har fått möjlighet att reflektera över utbildningens innehåll.

### ***Utbildningens genomförande***

Nästa tema i denna utvärdering rör medarbetarnas uppfattning om utbildningens genomförande, vilka redovisas i tabell 8.3 nedan i form av medelvärden samt av citat från öppna frågor i medarbetarenkäten.

*Tabell 8.3. Resultat för om demensutbildningens genomförande.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
7. Jag anser att utbildningens upplägg med tre olika tillfällen har varit bra.	4,60	0,71
8. Jag anser att det hade varit bättre om utbildningen hade genomförts vid ett och samma tillfälle.	2,40	1,26
9. Jag anser att antalet deltagare vid utbildningsfällena har varit bra.	4,50	0,81
10. Möjligheten att utbyta erfarenheter med varandra har underlättats av att utbildningsgruppen har bestått av deltagare ifrån olika enheter.	4,50	0,69
11. Jag anser att mina egna erfarenheter har synliggjorts under utbildningen.	3,95	0,97
12. I samband med utbildningen fick jag möjlighet att kritiskt granska och reflektera över mitt arbetssätt.	4,07	0,54

Av resultatet ifrån fråga 7 kan man se att respondenterna har varit väldigt nöjda med att utbildningen har varit uppdelad vid tre olika tillfällen. Detta är också något som förstärks av det låga medelvärdet på fråga 8, om det varit bättre om utbildningen genomförts vid ett tillfälle visar, nämligen 2,40. Av citaten ifrån de öppna frågorna i enkäten kan man utläsa att medarbetarna har varit nöjda med att utbildningen har genomförts vid tre olika tillfällen dock ges det uttryck för att utbildningstillfällena har varit utspridda över en för lång period. Denna tolkning förstärks av följande citat:

*”Det var bra att det var vid tre tillfällen. Men det hade inte gjort något om tillfällena hade varit lite mer tätare”.*

*”För lång tid mellan utbildningarna, de skulle följa varandra mer”.*

Vad gäller utbildningsgruppen så kan man av medelvärdet för fråga 9, vilket är 4,50, utläsa att medarbetarna har varit nöjda med gruppantalet vid utbildningstillfällena. Trots att majoriteten av medarbetarna verkar nöjda med gruppstorleken så kan vi utifrån vissa citat ändå identifiera ett missnöje med deltagarantalet. Följande citat kommer ifrån enkätens öppna fråga:

*”I större grupper kunde inte alla göra sig hörda då vissa tog mer plats än andra.”*

Att utbildningsgruppen har bestått av deltagare ifrån olika enheter, fråga 10, är något som respondenterna anser har underlättat möjligheten till erfarenhetsutbyte med varandra. Medelvärdet för denna fråga är 4,50 och ligger därmed mitt emellan svarsalternativen ”Instämmer helt” och ”Instämmer delvis”.

Frågorna 11 och 12 berör huruvida medarbetarna anser att deras egna erfarenheter har synliggjort under utbildningen och om de i samband med denna har fått möjlighet att kritiskt granska och reflektera över sitt arbetssätt. Medelvärdena för dessa påståenden ligger nära svarsalternativet ”Instämmer delvis”.

### ***Resultatet av utbildningen***

Det tredje temat i utvärderingen av demensutbildningen rör resultat av utbildningen.

*Tabell 8.4. Resultat för påståenden som berör utbildningens resultat.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
13. De kunskaper jag har fått genom utbildningen kommer till användning i mitt dagliga arbete.	4,44	0,57
14. Utbildningen har gjort att jag klarar av mina arbetsuppgifter på ett bättre sätt.	4,02	0,80
15. Utbildningen har lett till att ett gemensamt arbetssätt bland personalen har utvecklats.	3,85	0,93
16. Utbildningen har förbättrat mina möjligheter att bemöta vårdtagaren.	4,29	0,69

Tabell 8.4 visar att medelvärdet för fråga 13 är 4,44. Detta innebär att medarbetarna i relativt hög utsträckning anser att de kunskaper de har fått genom utbildningen kommer till användning i det dagliga arbetet. Vad gäller huruvida utbildningen har medfört att man klarar av sina arbetsuppgifter på ett bättre sätt så kan vi av medelvärdet för fråga 14 utläsa att detta i relativt hög grad är fallet.

Fråga 15 berör huruvida utbildningen har medfört att ett gemensamt arbetssätt har utvecklats bland personalen. Även om medelvärdet (3,85) för fråga 15 är ett av de lägre i utvärderingen så visar det ändå att medarbetarna till viss del anser att ett gemensamt arbetssätt har utvecklats. Fråga 16 som istället handlar om ifall utbildningen har förbättrat personalens förutsättningar att bemöta vårdtagaren, har ett medelvärde på 4,29. Resultat tyder på att personalen efter utbildningen har klart bättre förutsättningar att bemöta vårdtagaren.

Nästa aspekt vad gäller resultat av demensutbildningen rör om de metodverktyg som lärts ut tillämpas i verksamheterna.

*Tabell 8.5. Resultat för frågor som handlar om de metodverktyg som lärts ut under utbildningen.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
17. Min uppfattning är att utbildningen har medfört att jag använder mig av följande metodverktyg mer i mitt dagliga arbete med vårdtagaren:		
a. Massage	3,91	0,82
b. Dans	3,65	1,17
c. Levnadsberättelsen	4,60	0,53
d. Färger	3,73	0,93
e. Musik	4,75	0,48
Index för huruvida metodverktygen används mer efter utbildningen.	4,13	0,51

Index<sup>15</sup> för det totala medelvärdet ligger på 4,13 vilket tyder på att medarbetarna anser att metodverktygen används i en högre utsträckning som en följd av utbildningen. De högsta medelvärdena finner vi på påståendet 17c (4,60) och 17e (4,75). Båda dessa medelvärden ligger närmare svarsalternativ ”Instämmer helt” än ”Instämmer delvis” vilket tyder på levnadsberättelsen och musiken har fått ett större utrymme i den dagliga verksamheten efter utbildningen.

*Tabell 8.6. Resultat för frågor som berör medarbetarnas uppfattningar om utbildningens resultat.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
18. Utbildningen har medfört att jag och mina arbetskollaborer samverkar mer.	3,91	0,95
19. Jag anser att denna utbildning har ökat min kunskap inom demensvård.	4,31	0,74
20. Min uppfattning är att denna utbildning har förbättrat mina förutsättningar att tillgodose vårdtagarens behov.	4,25	0,78
21. Jag är nöjd med utbildningen.	4,40	0,68

<sup>15</sup> Index för tillämpning av metodverktygen innebär att samtliga delfrågor slagits samman.

För fråga 18, som handlar om ifall utbildningen har medfört att medarbetarna samverkar mer, så är medelvärdet strax under fyra vilket motsvarar svarsalternativ ”Instämmer delvis”. Vad gäller huruvida utbildningen har ökat medarbetarnas demenskunskap, fråga 19, så kan medelvärdet 4,31 utläsa att så verkar vara fallet. På fråga 20, som handlar om ifall utbildningen har medfört att personalen har förbättrat sin förmåga att tillgodose vårdtagarens behov, så kan medelvärdet på 4,25 tolkas som att detta också verkar vara fallet. Hur väl utbildningen har tagits emot av personalen visas genom fråga 21. Medelvärdet för denna fråga är 4,40 och indikerar att respondenterna i stort är nöjda med utbildningen.

### ***Medarbetarnas syn på ledningens roll i samband med utbildningen***

Den sista aspekten vad gäller hur medarbetarna uppfattar demensutbildningen rör enhetschefs roll i förhållande till de egna medarbetarna. I tabell 8.7 redovisas utfallet.

*Tabell 8.7. Resultat för frågor som handlar om medarbetarnas uppfattningar om ledningens roll och stöd i samband med utbildningen.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
21. Min chef har haft en aktiv roll i samband med utbildningen	3,27	1,24
22. Jag anser att min chef har visat ett stort engagemang i samband med denna utbildning.	3,27	1,43
23. Efter avslutad utbildning har jag och min chef diskuterat demensutbildningen.	2,69	1,51

Medelvärdet för fråga 21 är relativt lågt, nämligen 3,27 och ligger strax över svarsalternativet ”Varken eller”. Resultatet för fråga 22 visar också ett medelvärde på 3,27. Att medelvärdet inte är ett av de högre tyder på att medarbetarna inte i någon högre utsträckning upplever att deras chef har visat ett stort engagemang i samband med utbildningen. Fråga 23 som handlar om ifall chefen har diskuterat den aktuella utbildningen tillsammans med sina medarbetare efter att utbildningen har avslutats har ett av de lägre medelvärdena i enkätundersökningen. Medelvärdet på 2,69 ligger mellan svarsalternativen ”Varken eller” och ”Tar delvis avstånd ifrån”.

### ***Sammanfattning av medarbetares syn på den genomförda utbildningen***

När det gäller utbildningens innehåll och genomförande så visar resultatet att medarbetare har en positiv inställning till utbildningen i stort. Utbildningens innehåll uppfattas ha varit relevant för det dagliga arbetet och det har varit positivt att utbildningsgruppen har bestått av deltagare från olika enheter. Resultatet visar också att medarbetarna i väldigt hög grad anser sig ha blivit informerade om målen.

Vad beträffar utbildningens resultat så visar dessa att medarbetare upplever att utbildningen har kommit till användning i det praktiska arbetet och att de metodverktyg som presenterats under utbildningen används. Vidare upplevs att förutsättningen att bemöta vårdtagaren har förbättrats som effekt av utbildningen.

Ett av de mål som har satts upp i samband med utbildningen har varit att denna skall medföra att ett gemensamt arbetssätt utvecklas bland personalen. Det relativt låga medelvärde tyder dock på att detta inte i så hög grad uppnåtts.

Resultatet visar att medarbetarna inte anser att ledningen har haft en så aktiv roll i samband med utbildningen och att medarbetarna inte i någon större utsträckning anser att deras chef har diskuterat utbildningen efter att denna har avslutats.

## ***8.6 Utbildarnas erfarenheter och reflektioner om demensutbildningen***

I detta avsnitt redovisas de erfarenheter och reflektioner som de medarbetare gjort som arbetat med temat demensutbildning inom Lärcenter för en god demensvård.

### ***Hur kan kunskap om god demensvård spridas på bästa sätt?***

Ett flertal olika modeller för genomförande av utbildningen har prövats. Bland annat att genomföra utbildningen med enheter där hela personalgruppen deltog och men även med grupper från flera enheter. Utvärderingarna visar att många av kursdeltagarna önskar byta erfarenheter med varandra och att de har kommit olika långt i sina verksamheter. Andra vill att hel arbetsgrupp ska gå samtidigt för att alla ska få samma information och man kan direkt göra en koppling till sin egen arbetsplats. Båda modellerna har fördelar och det är viktigt att byta erfarenheter och idéer med varandra. Till exempel hur man gör vid måltiden eller får tid med reminiscensarbete. När en hel arbetsgrupp deltar kan de bättre relatera till sin egen arbetsplats och eventuellt göra en handlingsplan tillsammans. En slutsats är att om kunskapen ska kunna spridas på ett bra sätt så kan modellen vara att två-tre arbetsgrupper får utbildning samtidigt. Då kan de både få utbyte av varandra och även göra en egen handlingsplan. Det är av stor betydelse att vårdpersonalen får stöd av sin verksamhetschef för att stimulera lärandet inom organisationen (Ekholm, Ellström och Ellström, 2003). Det är viktigt att lärandet inte enbart sker vid enstaka tillfällen, utan att verksamhetschefen skall skapa lärtillfällen, uppmuntra, stödja och själv utgöra en förebild för lärandet. T ex har de verksamhetschefer som ingår i Lärcenter

uppnått detta och de är en viktig förebild för andra verksamhetschefer i organisationen.

### ***Hur tas utbildningen emot om föreläsarna är från samma yrkesgrupp?***

I resultatet av de utvärderingar som deltagarna fick fylla i efter varje utbildningstillfälle framkommer att många tycker att det är positivt att föreläsarna arbetar inom samma yrkesgrupp. Några kommentarer var:

*”Bra föreläsare som varit med på ”golvet”.”*

*”Bra med personer som själva jobbar inom vården.”*

*”Bra att ni själva har jobbat och jobbar med gamla.”*

*”Ni pratade så att man förstod.”*

*”Hade redan kunskap om det ni pratade om, men det är bra att bli påmind igen.”*

Styrkan är att föreläsarna själva arbetar i verksamheten och möter samma situationer som kursdeltagarna. Det är tydligt att många uppskattar att föreläsarna själva arbetar efter de metoder som lärs ut och har sett att det gett resultat.

*”Hur ska jag få andra att tro på mig om jag inte tror på mig själv”* skriver Bert Stålhammar, professor i pedagogik (Stålhammar, 2006). Den känslan är viktig förmedla till vårdpersonalen. Det är ett svårt och krävande arbete att möta svårt sjuka personer och deras närstående. Det är viktigt att visa hur stolta vi ska vara som har detta som yrke. Yrkesstoltheten för vårdnadspersonalen kan ökas genom att vi får mer kunskap och därmed större förståelse för de drabbades situation.

### ***Hur kan utbildningen på enheterna följas upp?***

Ett frågeformulär delades ut till deltagarna att ta med sig hem till sina verksamheter för att diskutera i arbetsgruppen, för att få respons på hur det fungerade på deras arbetsplatser. Den uppföljningen har inte fungerat och frågan är hur detta kan utvecklas. En metod kan vara att utse en ”kontaktperson” på varje enhet för responsen kanske skulle göra att det fungerar bättre.

En annan typ av uppföljning sker redan nu till några arbetsgrupper genom handledningstillfällen (se kapitel 9). Önskvärt är dock att flera grupper ska få handledning för att kunna följa upp kursens metoder och att de används av alla på ett likartat sätt utefter vårdtagarens behov.

### ***Hur får vi deltagarna aktiva i utbildningen?***

Upplägget på utbildningen är att varva teori med mer praktiska övningar t ex beröringsmassage och dans. Deltagarna får ibland delge varandra kunskap och



reflektioner av sina egna erfarenheter i arbetet med vårdtagarna. Det kan ske t ex utifrån ett fall och frågor som: ”hur gör ni för att det ska funka”? När aktiviteten dans behandlas, så får deltagarna själva pröva på att iklädda hattar pröva på olika danser. Stämningen brukar då bli väldigt ”skrattig och fnissig”.

Gruppens storlek på högst 20 personer känns lagom. Vid några tillfällen har gruppen varit större och det har då varit svårare att få igång en diskussion.

### ***Spridning av utbildningen till andra i vår närhet***

Ett önskemål, som även delas av deltagarna, är att även vikarier och chefer fick denna utbildning. Under hösten 2007 fick därför cheferna en heldagsutbildning av projektledare för Kompetensstegen i Leanlink. Vårdpersonal behöver känna att de har stöd av en chef som förstår vikten av att jobba med dessa metoder. Därför är det nödvändigt att också cheferna får denna kunskap.

Vikarier har deltagit i olika halvdagsutbildningar under projekttiden. Det finns många tillfällen då vikarier ersätter ordinarie personal och det är viktigt att alla jobbar efter samma metoder som gör att vårdtagaren och anhöriga känner sig trygga. Även sjuksköterskor har fått en utbildning av demensvårdsutvecklarna. Grupper som arbetsterapeuter, sjukgymnaster, gode män anser vi också ha behov av demensutbildningen.

### ***Hur tas kunskapen emot av vårdpersonalen?***

Utbildningen tas emot på olika sätt och nivåer av deltagarna. Utvärderingarna visar att det är nytt för många men kan också vara en ahaupplevelse för andra. Genom utbildningen får de möjlighet att sätta ord på den tysta kunskapen de redan har. Demensutbildningens mål var att använda både formellt och informellt lärande. Vid utbildningstillfället ges faktakunskap som omsorgspersonalen sedan förväntades använda praktiskt på sin arbetsplats. Vid nästa utbildningstillfälle så reflekterar alla tillsammans över resultatet av detta. Att kunna se ”personen bakom sjukdomen” och ge ett individuellt bemötande kan vara svårt och kräver empati och engagemang av vårdpersonalen.

### ***Att släppa de gamla rutinerna***

Vid gruppdiskussionerna framkommer att vårdpersonalen ibland har svårt att släppa de gamla rutinerna och det gamla ”tänket”. Många etiska frågor kommer dagligen upp för vårdpersonalen i sitt möte med den sjuka människan. Det är viktigt att kunna ge vårdtagaren ett värdigt liv trots de nedsättningar personen drabbats av. Ett exempel på detta är hur vårdtagarens måltid ser ut på enheten. Det behandlas utförligt i steg 3 efter de kriterier socialstyrelsen skriver om (Sidenwall, 2007). Detta kan tydligt kopplas till det som står i boken Verksamhet och lärande, att det kan vara svårt att vänja sig av med tidigare

tanke och handlingsmönster, vilket kallas avläring (Ekholm, Ellström & Ellström, 2003).

### ***Utbildningsmaterial till vårdpersonal***

Deltagarna har själva fått göra anteckningar efter behov. De fick även ett intyg efter varje steg i utbildningen. Det saknades dock ett större dokument eller läromedel att dela ut till dem. Ett delprojekt i Lärcenterprojektet har resulterat i att ett dylikt läromedel tagits fram (Angvik, Björk & Holmberg, 2009b). Ett annat FoU-projekt har resulterat i ett material avsett att inspirera till att bjuda upp till dans (Gullström & Lundberg, 2009). Syftet är att alla deltagare ska ha ett eget utbildningsmaterial att kunna studera. Under år 2009 delades dessa material ut till enheter i Leanlink. Syftet var att det kan leda till att alla känner större ansvar för det egna lärandet och att det kunde bidra till att höja kompetensen inom demensområdet för vårdpersonalen som är en målsättning med utbildningen.

### ***Framtiden***

Vårt mål är att arbeta fram modeller för att sprida kunskap om de fem verktygen och ett gemensamt arbetssätt i äldrevården i Linköpings kommun utefter människans grundläggande behov:

- Att vara trygga och älskade
- Att vara nyttiga och behövda
- Att få uttrycka naturliga känslor

Det behöver också utvecklas fler demensutbildningar så att inte kunskapsflödet till vårdpersonalen stannar upp. Ett önskemål är att kunna erbjuda vårdpersonal ett utbildningstillfälle per år. Även nya anställda och vikarier har behov av de tidigare utbildningsstegen i framtiden.

Vårdpersonalen har också ett eget ansvar att arbeta efter dessa metoder som demensutbildningen innehåller.Handledning på varje enhet är en hjälp för dem att kunna reflektera över de svåra situationer som vi dagligen möter hos vårddagarna som alla är olika individer med sin egen unika livshistoria.

### ***Reflektioner efter genomförda utbildningar hösten 2008***

Sedan hösten 2008 har demensutbildningen genomförts med ett delvis nytt koncept men med i stort sett samma innehåll som steg 1 och 2. Förändringen innebär att utbildningarna har genomförts under en och en halv dag sammanhållet med samma grupp, till skillnad från tidigare när steg 1 var ett tillfälle och steg 2 vid en helt annan tidpunkt.

### ***Positiva synpunkter***

Det finns flera vinster med att ha slagit samman steg 1 och 2 till ett utbildningstillfälle.

- Gruppen träffas två dagar i rad vilket leder till en mer sammansatt tid att få utbildningen att sjunka in hos deltagarna.
- Gruppen hinner bli mer trygga med varandra vilket medför mer diskussionsvilliga deltagare. Det ger utbildningen ett bättre innehåll.
- För och efterarbete för utbildarna har tagit mindre tid.
- Det här konceptet har gjort det Jagstödjande förhållningssättet tydligare. Tidigare utbildningar har inte varit så tydligt kopplat till det jagstödjande förhållningssättet som med det nya konceptet.
- Det är troligt att deltagaren med det nya konceptet har fått en tydligare och bättre grund att stå på inför kommande handledningstillfällen.
- Deltagarna har fått bättre förutsättningar att vara koncentrerade på utbildningen när man inte ska vidare till eller kommer direkt från arbetsplatsen.

### ***Nackdelar***

- Fortfarande för komprimerat innehåll, utbildarna får begränsa diskussionerna mer än önskvärt.
- Svårt att som ensam deltagare från en arbetsplats föra kunskapen om metoderna vidare till sin verksamhet och genomföra förändringar.

### ***Framtidsvision***

- Förlänga steg 1 och 2 ytterligare en halv dag, dels för att deltagarna inte ska behöva känna sig splittrade och arbeta på boendet efteråt men också, och framförallt för att få möjlighet att visa hur man gör och använder en bemötandeplan. Detta skulle också leda till ett något mindre komprimerat innehåll då bemötandeplanen inte behöver ta en halv dag.
- För att göra utbildningen ännu bättre skulle 3 dagar i följd behövas.
- Att flera medarbetare på en arbetsplats går samtidigt eller nära i tiden. Det blir då lättare att komma tillbaka till arbetsplatsen och verkligen få en förändring till stånd.
- Efter genomförd utbildning startar handledning direkt. Arbetsgruppen har ett datum för handledning.
- Uppföljningstillfällen vid något eller några tillfällen varje termin där nya medarbetare får möjlighet att gå steg 1 och 2.
- Vikarierna får också gå utbildningarna för att det inte ska bli någon skillnad på ordinarie personal och vikarierande personal.



## 9. TEMA HANDEDNING

Ett av de teman som Lärcenter för en god demensvård arbetar med är Handledning för personal inom Linköpings kommunala omsorg. I detta kapitel redovisas hur arbetet i detta tema genomförts samt några slutsatser som dragits under projektet.<sup>16</sup>

### *9.1 Inledning och bakgrund*

Att vårda personer med demenssjukdom ställer stora krav på vårdaren. Demenssjukdom kan förorsaka svåra skador på hjärnan som medför en nedsatt förmåga att tolka, förstå och förmedla reaktioner på det som händer i samspel med andra och omvärlden (Edberg, 2002). Studier har visat att problemet med att kommunicera med personer som har en långt framskriden demenssjukdom innebär en extra påfrestning och utmaning för vårdaren (Edberg, 2002). Handledning kan vara ett sätt att stödja vårdaren i att bättre förstå personen med demenssjukdom samt hitta lösningar för ett bra bemötande (Cars & Zander, 2006).

Fyra av medarbetarna i Lärcenterprojektet har genomgått en högskoleutbildning i Psykiatri, demenssjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar ur ett helhetsperspektiv 40 poäng, vid Hälsohögskolan i Jönköping. Denna utbildning innefattade även en delkurs i handledning. Utbildningen och egna erfarenheter av demensomsorg stärkte uppfattningen att handledning är ett bra sätt att utveckla vården. I samråd med dåvarande omsorgschef formades ett handledarteam. I samråd med samtliga verksamhetschefer i Centrala Östra Området beslutades 2004 om handledningens innehåll och struktur och vad handledarteamet kunde erbjuda. Verksamhetschefer valde ut de enheter som var i behov av handledning. Handledningen började i mindre skala och utökades med fler grupper efterhand.

Under år 2007 fick handledarteamet och ytterligare två undersköterskor från Centrala Östra området möjlighet att genom Kompetensstegen delta i en handledarutbildning i jagstödande förhållningssätt med geropsykologerna Jane Cars och Birgitta Zander (Cars & Zander, 2006). Efter den utbildningen inriktades handledningen mer efter den Jagstödande metoden som också innebär att vårdpersonalen lär sig göra en kartläggning av den demenssjuka

---

<sup>16</sup> Kapitlet baseras på en arbetsrapport som skrivits inom detta tema (Angvik, Björk & Holmberg, 2009a) samt en kandidatuppsats (Köhler & Åberg, 2009a), vilken även finns utgiven som FoU rapport (Köhler & Åberg, 2009b).

personens förmågor och därefter skriver ner en bemötandeplan. Under perioden från 2004 till 2009 har totalt cirka 200 medarbetare kontinuerligt omfattats av handledning. Cirka 110 medarbetare har fått konsultation vid enstaka tillfällen.

## **9.2 Syfte med handledningen**

Mot bakgrund vad som presenterats i inledningen kan syftet med handledningen beskrivas i följande punkter:

- Att ge vårdpersonal ökad kunskap om demenssjukdomar och symtom som uppstår i samband med sjukdomen.
- Att vårdpersonal ska få möjlighet att reflektera över praktiska erfarenheter samt teoretiska kunskaper och med stöd av handledaren se sambandet mellan dem för att kunna omsätta den kunskapen i praktiken.
- Att vårdpersonal ska få ett gemensamt förhållningssätt och synsätt på omsorgen av personer med demenssjukdom.
- Att vårdpersonal ska få bekräftelse för goda omsorgsinsatser och stöd att bryta arbetssätt som inte gynnar vårdtagaren.

## **9.3 Teori om handledning av vårdpersonal**

Forskaren Ulla Melin Emilsson (2004) hävdar att stöd och kunskap till personalen kan förbättra uppfattningen om den person som drabbats av demenssjukdom vilket gör att vi ser människan bakom sjukdomen. Personen med demenssjukdom kan få en bättre vardag då förståelsen för sjukdomen leder till färre konflikter, detta beskrivs bl.a. i böckerna *Att möta personer med demens* (Edberg, 2002) och *Demenssjukdomar* (Landstinget i Östergötland, 1999). Liv Gjems (1997) menar i sin bok *Handledning i professionsgrupper* att handledning är ett av flera redskap som vi har för att ta till vara och utveckla kompetens. Handledning bygger på att ta tillvara kunskaper, erfarenheter och värderingar som varje vårdpersonal besitter. Som deltagare använder man både intellekt och känslor för att utveckla sin kompetens. Innehållet i handledningen grundar sig på de olika situationer som personalen möter på sin arbetsplats så kallad yrkesmässig handledning (Johansson & Skärgren, 2007). Personalen reflekterar över praktiska erfarenheter och teoretiska kunskaper och ser sambandet mellan dem och omsätter det i praktiken.

Liv Gjems (1997) menar att handledaren bör ha kunskap om handledning både teoretiskt och erfarenhetsgrundat. För att handledningen ska bli en trovärdig inläring är det bra om handledaren har samma utbildningsbakgrund som deltagarna, det medför att handledaren har lättare att kunna sätta sig in i olika situationer som deltagarna delger. Liv Gjems skriver också om vad som är viktigt när det gäller de yttre strukturerna i handledningstillfällena som hon

anser bör vara med jämna intervaller. Hon föreslår var fjortonde dag för att deltagarna lättare ska minnas vad de samtalade om förra gången.

Utrymme till reflektion är en del av handledningstillfällena. Ulla Melin Emilsson (2004) hävdar i sin bok *Handledning och lärande* att med reflektion menas att begrunda, tänka eller fundera över någon viss situation. Det kan vara det egna handlandet eller en annan persons handlande som tas upp för eftertanke och diskussion. För att denna begrundan ska analyseras och utvecklas bör strävan vara ett kontinuerligt reflekterande i handledningssituationen. Yrkesmässig handledning bygger på att deltagarna är förberedda inför varje tillfälle. Deltagarna har ett stort ansvar för innehållet, de måste vara aktiva och motiverade för att det ska gå framåt (Johansson & Skärgren, 2007).

Jane Cars och Birgitta Zander har utvecklat sin metod för handledning inom demensomsorgen utifrån ett Jagstödjande förhållningssätt (Cars & Zander, 2006). Deras erfarenheter är att personal inom demensomsorgen söker en metod att arbeta efter. Den Jagstödjande metoden som de har tagit fram har sin grund i jagpsykologin där jaget delas upp i ett antal jagfunktioner, som också kallas förmågor. Metoden utgår från nio av de här förmågorna. Demenssjukdom påverkar en människas förmågor mer eller mindre, en del kan vara svårt skadade medan andra förmågor finns kvar och fungerar bra. Den Jagstödjande metoden går ut på att stödja och upprätthålla de förmågor som fungerar, att som vårdare ge hjälp till självhjälp. När demenssjukdomen fortskrider och förmågor sviktar övergår rollen som vårdare mer i att ta över de förmågor som saknas, vårdaren blir ett hjälp-jag. Cars och Zanders handledning utifrån den Jagstödjande metoden lär vårdaren att se hur de olika förmågorna är påverkade hos varje individ och att utifrån de kunskaperna göra en kartläggning av förmågorna hos personen med demenssjukdom. Metoden ger kunskap om hur man bäst stödjer varje förmåga och vad som är viktigt att tänka på i omsorgen om den sjuke. Efter kartläggningen skrivs en bemötandeplan där personalen tecknar ner vad som är viktigt att tänka på i mötet med personen med demenssjukdom. Cars och Zander menar att det krävs att vårdpersonal arbetar efter samma principer och har ett gemensamt synsätt för att skapa trygghet hos personer med demenssjukdom. I likhet med Gjems förordar Cars och Zander jämna intervaller med handledning cirka var fjortonde dag under ett halvår. Deras åsikt är också att om handledningen ska fortgå under en längre period bör handledaren bytas efter max ett år för att få bra resultat av handledningen.

## **9.4 Genomförande av handledningen**

I detta avsnitt beskrivs hur handledningen genomförts.

### ***Tillvägagångssätt för handledningsträffarna***

Efter den informationsträff som handledarteamet hade för Centrala Östra Områdets verksamhetschefer 2004 valde de i samråd med omsorgschef ut personalgrupper som de ansåg vara i behov av handledning. I vissa fall hade personalen själv efterfrågat handledning. Handledningen startade våren 2004.

### ***Tidsintervall***

Handledningstillfällena var till största delen förlagda som en del av schemalagda personalmöten/teamträffar i stort sett alltid på eftermiddagen. Träffarna återkom var 5:e eller 6:e vecka. I dessa fall var handledningen obligatorisk för personalen. Några få grupper hade handledningen utanför ordinarie schema och då var inte handledningen obligatorisk. Tidsintervallen var i de flesta fall den samma som för de schemalagda träffarna. Handledningen hade uppehåll under sommar och jul.

### ***Tidsåtgång***

Handledningstillfällena pågick under 90 minuter, i några fall 60 minuter. Handledarteamets önskemål var att träffarna skulle vara i 90 minuter men för några personalgrupper var det inte praktiskt möjligt.

### ***Deltagare***

Deltagare var personal inom demensomsorgen i Linköpings kommunala omsorg. I några grupper deltog även verksamhetschef helt eller delvis under träffarna. Nattpersonal var representerad i några grupper och en grupp med nattpersonal hade egen handledning under en tid. Personalgruppernas storlek varierade från cirka sex upp till tio personer.

### ***Plats***

Träffarna var förlagda på respektive personalgruppers arbetsplats.

### ***Antal handledningsträffar***

Några personalgrupper har haft kontinuerlig handledning sen handledningsteamet startade. Andra grupper har avslutat handledningen efter ett eller två år och några grupper har handledarteamet bara träffat vid två till tre tillfällen då speciella problem har uppstått.

### ***Struktur på handledningsträffarna***

Uppföljning av föregående handledningstillfälle. Handledaren sammanfattar förra gångens träff och om det uppstod några frågor. Personalgruppen enas om vilken eller vilka omsorgstagare eller situationer som behöver diskuteras.



Personalen gör en presentation av omsorgstagaren eller situationen som ligger till grund för samtalet. Diskussion med utgångspunkt från presentationen.Handledarens uppgift är att föra diskussionen framåt med hjälp av frågor och se till att alla synpunkter kommer fram som sen leder till att personalgruppen kan enas om ett bra bemötande och arbetssätt.Handledningstillfället avslutas med en sammanfattning av diskussionen om vad gruppen kommit fram till och hur man ska gå vidare till nästa handledningstillfälle.

### ***Handledning efter ett jagstödjande förhållningssätt***

Handledningen har vid de tillfällen då det Jagstödjande förhållningssätt ska introduceras delvis ändrat karaktär. De första träffarna med varje personalgrupp är då mer inriktade på viss utbildning i metoden, personalen får därigenom ett tydligt och konkret redskap med kartläggning och bemötandeplan som de själva kan använda efter avslutad handledning. Handledning efter den Jagstödjande metoden är också tänkt att pågå under en begränsad tid, sex till åtta gånger med eventuell uppföljning vid enstaka tillfällen. I de handledningsgrupper som har avslutats har personalgruppen gjort en utvärdering.

### ***Handledning i enskilda ärenden***

Handledarteamet har vid flera tillfällen kallats till olika enheter i enskilda ärenden när problem uppstått runt en omsorgstagare. Personalgruppen har träffat handledaren och presenterat det aktuella ärendet. Träffarnas mål har varit att personalgruppen ska få hjälp med att komma fram till hur man ska bemöta omsorgstagaren eller vilka åtgärder som ska vidtagas. Under konsultationen upprättas en bemötandeplan där personalgruppen skriver ner vilka åtgärder gruppen enats om och som ska ligga till grund för det fortsatta omsorgsarbetet. I de flesta fall träffar handledaren personalgruppen totalt två till tre gånger för att följa upp hur det har gått och göra eventuella förändringar i bemötandeplanen. Handledarteamet har vid rapportens skrivande träffat cirka 110 medarbetare både inom och utanför den egna enheten.

### ***Omfattning***

Vid uppstarten av handledningen erbjöds alla enheter inom Centrala Östra området som har demensverksamhet kontinuerlig handledning vilket rör sig om cirka 80 personal. Efter hand har andra enheter utanför det egna området efterfrågat handledning. Handledarteamet har kunnat erbjuda tre till fem enheter från andra områden kontinuerlig handledning i olika perioder. Efterfrågan på handledning har varit större än handledarteamet har kunnat tillhandahålla. I de flesta fall har handledarteamet handlett enheter med cirka sex till tio personal i varje grupp cirka var femte vecka med uppehåll under sommaren och julen. Några handledningsgrupper har avslutats och nya har kommit till.

### ***Kostnad för handledningen***

Vid starten av handledningen våren 2004 betalade de enheter som utnyttjade handledning den enhet där handledaren var anställd för att täcka arbetskostnader. Efter att Kompetensstegen startade kunde handledning erbjudas som en av de aktiviteter som ingick under den och betalas med medel därifrån. Efter årsskiftet 2008 – 2009 har kostnaderna för handledningen gått tillbaka till att varje enhet som utnyttjar handledning ersätter den enhet där handledaren utgår från. Varje handledningstillfälle debiteras tre timmar där handledarens förberedelse och efterarbete ingår. Reskostnad debiteras i de fall det uppstår.

### ***9.5 Medarbetarnas uppfattningar om den genomförda handledningen***

I detta avsnitt redovisas utfallet av en extern utvärdering som genomförts av handledningen. Avsnittet baseras på en kandidatuppsats som genomförts inom ramen för PA-programmet vid Linköpings universitet (Köhler och Åberg, 2009a; 2009b). Utvärderingen omfattade tre enheter inom äldreomsorgen i Linköpings kommun där medarbetare genomgått handledningen.<sup>17</sup> Framställningen är uppdelad i tre avsnitt, nämligen: medarbetarnas uppfattningar om handledning, främjande och hindrande faktorer för lärande och utveckling genom handledning, samt resultatet av handledningen.

#### ***Medarbetarnas uppfattningar om grupphandledning***

Medarbetarna har fått svara på vilka uppfattningar de har om handledningen. I frekvenstabellen nedan presenteras de ord som medarbetarna fick välja mellan för att beskriva handledningen. Varje medarbetare kunde välja att kryssa i samtliga ord då någon begränsning inte angavs.

---

<sup>17</sup> Datainsamlingen genomfördes våren 2009 och omfattade enkäter till samtliga de medarbetare på de tre enheterna som genomgått handledningen. Antalet respondenter i stickprovet var 32 varav 27 besvarade enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 84 procent. Utfallet redovisas i form av medelvärden (m) och spridningsmått i form av standardavvikelse (s) för de frågor som ingått i enkäten. Frågorna är kodade så att 1=Tar helt avstånd och 5=Instämmer helt.

*Tabell 9.1. Medarbetarnas uppfattningar om vilka ord som de anser stämma överens med handledningen. Orden presenteras i fallande ordning efter frekvens.*

<b>Uppfattningar om grupphandledningen</b>	<b>Frekvens</b>
Stödjande	24
Reflekterande	22
Lärande	19
Problemlösande	19
Utvecklande	19
Engagerande	16
Välfungerande	13
Individfokuserad	8
Relevant	5
Utmanande	5
Terapi	4
Frivillig	3
Tidskrävande	3
Skapar osäkerhet	1
Ett nödvändigt ont	0
Kontrollerande	0
Otydlig	0
Stressande	0

Av tabellen ovan framgår att av de ord som inringades så hade ett fåtal ett mycket stort antal inringningar medan andra inte eller knappt hade någon inringning alls. Spannet av ord med ett medelstort antal inringningar kan heller inte sägas utgöra en stor andel. Medarbetarna upplever handledningen som stödjande, reflekterande, lärande och problemlösande, men inte som kontrollerande, otydlig och stressande. Sammanfattningsvis kan detta tolkas som att medarbetarna upplever att handledningen i den studerade verksamheten fungerar väl.

*Tabell 9.2. Medarbetarnas uppfattningar om handledningen med avseende på utveckling.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
1. Jag behärskar de moment som lärs ut i handledningen.	4,44	0,58
2. Handledningen är stimulerande och utmanande.	4,44	0,58
3. Jag får ett ökat självförtroende i mitt dagliga arbete.	4,44	0,51
4. Handledningen är först och främst till för oss gruppmedlemmar.	4,30	0,82

Den första aspekten av medarbetarnas uppfattningar om handledningen bygger på fyra påståenden som alla behandlar individens utveckling på något sätt. Om de handledda har föreställningen att de behärskar de moment som lärs ut i handledningen samtidigt som de finner den stimulerande och utmanande så har de utvecklats. Detta bekräftas av att de har fått ett ökat självförtroende och

upplever att handledningen är till för dem. Samtliga fyra påståenden får höga värden och detta kan tolkas som att medarbetarna upplever att de utvecklas genom handledningen.

*Tabell 9.3. Medarbetarnas uppfattningar om handledningen med avseende på känslor.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
5. Handledningen är en rättighet i min yrkesprofession.	4,67	0,55
6. Handledningen är en bra plats att ventilerar känslor som uppkommer i det dagliga arbetet.	4,78	0,51
7. Handledningen är sammantaget bra.	4,67	0,55

Nästa aspekt handlar om medarbetarnas känslor kopplade till handledningen och bygger på tre påståenden. Samtliga påståenden får höga medelvärden och detta visar att det är tydligt att medarbetarna verkligen tycker att det är en rättighet att få handledning. Dessutom tycker medarbetarna att handledningen är en bra plats att ventilerar känslor som uppkommer i det dagliga arbetet och att den sammantaget är bra är i sig konkreta känslor för själva handledningen. Detta innebär att handledning inom demensomsorgen troligen är en känsloladdad företeelse och samtidigt en plats där känslor ventileras.

*Tabell 9.4. Medarbetarnas uppfattningar om handledningen med avseende på gemenskap.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
8. Vi som genomgår handledningen får ett gemensamt förhållningssätt och synsätt på demensvård.	4,44	0,75
9. Jag är nöjd med de andra gruppmedlemmarnas insatser i handledningen.	4,18	0,56
10. Handledningen är ett positivt avbrott i rutinerna i det dagliga arbetet.	4,29	0,82

Nästa aspekt vad gäller medarbetarnas uppfattningar om handledning gäller gemenskap. Även i detta sammanhang erhålls höga medelvärden. Att medarbetarna känner att de får ett gemensamt förhållningssätt ger naturligtvis en känsla för gemenskap. Dessutom så är medarbetarna nöjda med varandras insatser vilket torde stärka sammanhållningen i gruppen. När medarbetarna får gå på handledningen så skapar detta ett positivt avbrott i rutinerna vilket leder till att de bättre lär känna varandra som även det bidrar till gemenskap. Resultatet visar sammantaget att medarbetarna upplever en känsla av gemenskap i handledningen.

*Tabell 9.5. Medarbetarnas uppfattningar om handledningen med avseende på kunskaper.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
11. Handledning i gruppform har varit givande som ett sätt att lära.	4,56	0,51
12. Jag får nya kunskaper om demens genom handledningen.	4,26	0,90

Den sista aspekten vad gäller medarbetarnas föreställningar om handledningen kallas här för kunskaper. Återigen erhålls höga medelvärden för samtliga påståenden. Medarbetarna upplever att handledningen i gruppform, har varit ett givande sätt att lära och att de får nya kunskaper om demens genom handledningen. Sammantaget kan sägas att medarbetarna i studien upplever att handledningen har varit ett givande sätt att lära och att de fått nya kunskaper om demens genom handledningen.

Som framgår av tabellerna får samtliga påståenden gällande vilka föreställningar har medarbetarna kring handledningen höga medelvärden. Spridningen av medelvärdena går från 4,18 för påstående 9, om hur nöjd man är med de andra gruppmedlemmarnas insatser, till 4,78 för fråga 6, om att grupphandledningen är en bra plats att ventilera känslor. Spannet för samtliga påståenden ligger därmed mellan alternativen ”Instämmer delvis” och ”Instämmer helt”, vilket kan tolkas som högt eller mycket högt på den femgradiga skalan.

### ***Främjande och hindrande faktorer för lärande och utveckling genom handledning***

Nästa avsnitt handlar om vilka faktorer som upplevs främja eller hindra lärande och utveckling för medarbetarna i relation till grupphandledningen.

*Tabell 9.6. Medarbetarnas uppfattningar om förutsättningar för handledningen som främjar och hindrar lärande och utveckling.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
13. Handledningen används av ledningen på enheten i kontrollsyrte mot mig.	1,56	1,01
14. Det finns konkurrens mellan deltagarna i handledningen.	2,30	1,14
15. Tiden som avsatt i handledningen används väl.	4,37	0,63
16. Handledningen ger mig stöd i mitt dagliga arbete.	4,63	0,56
17. Mina individuella behov och utvecklingsmöjligheter har tillgodosetts i utbildningen.	4,19	0,74
18. Målen för handledningen har varit rimliga.	4,19	0,79
19. Inom ramen för handledningen finns det utrymme för reflektion.	4,11	0,75
20. Det råder ett positivt klimat som tillåter kritik och prövning i handledningen.	4,33	0,68

Samtliga påståenden som berör främjande faktorer erhåller höga medelvärden och samtliga faktorer som berör hindrande faktorer erhåller låga värden. Handledningen ses utifrån påståendernas höga medelvärden så som effektiv, utvecklande, stödjande, reflekterande samt prövande utan att ledningen eller andra medarbetare hindrar då dessa påståenden fick låga medelvärden. Dessutom upplevs målen för handledningen som rimliga. Sammantaget innebär detta att förutsättningarna för handledningen främjar lärande och utveckling.

*Tabell 9.7. Medarbetarnas uppfattningar om omfattningen på handledningen och huruvida denna främjar eller hindrar lärande och utveckling.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
21. Tiden i handledningstillfällena är för kort.	3,78	1,15
22. Det har funnits för få handledningstillfällen.	3,07	1,24
23. Tiden mellan handledningstillfällena har varit för lång.	3,26	1,16

Nästa aspekt berör handledningens omfattning med avseende på tid. Vad gäller denna aspekt är medelvärdena generellt lägre. Tendensen är att medarbetarna skulle vilja ha mer handledning och oftare. Detta kan tolkas som att handledningstillfällena, när de väl förekommer, borde vara längre men att det i övrigt anses förekomma i lagom mängd. Således både främjas och hindras lärande och utveckling av handledningens omfattning.

*Tabell 9.8. Medarbetarnas uppfattningar om kommunikationen på handledningen och huruvida denna främjar eller hindrar lärande och utveckling.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
24. Jag får återkoppling på min egen arbetsinsats via handledningen.	4,30	0,78
25. Träffarna styrs av handledaren.	3,37	1,28
26. Det känns obehagligt att blottlägga mina svagheter inför andra i handledningen.	2,11	1,09
27. Handledaren är mer erfaren och kunnig än jag själv inom ramen för det som diskuteras på handledningstillfällena.	4,19	0,96

Denna aspekt berör hur väl kommunikationen i handledningen fungerar. Medelvärdena varierar från höga värden till ett ganska lågt för påstående 26. Handledaren styr grupphandledningen och medarbetarna upplever att de får återkoppling och dessutom upplever de obehaget i detta som lågt. Fråga 27 beskriver att handledaren är mer kunnig och erfaren än medarbetarna gällande det som diskuteras i handledningen vilket kan tolkas som att handledarens kunskaper främjar deltagarnas lärande och utveckling. Därmed kan sammanfattningsvis sägas att kommunikationen i handledningen är en främjande faktor för lärande och utveckling.

*Tabell 9.9. Medarbetarnas uppfattningar om initiativ till handledningen och huruvida detta främjar eller hindrar lärande och utveckling.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
28. Jag deltar frivilligt i handledningen.	3,85	1,41
29. Ledningen på enheten är engagerad i handledningen.	4,00	1,07

Medarbetarnas grad av frivillighet har ett något lägre medelvärde än påståendet om ledningens är engagemang. Totalt sett är troligen dock ledningens engagemang något positivt för lärande och utveckling trots att en del av frivilligheten hos medarbetarna kanske försvinner som en konsekvens av detta.

Gällande påståendena som berör faktorer som främjar respektive hindrar medarbetarnas möjligheter att lära och utvecklas genom handledningen så varierar medelvärdena från medelhögt till högt för de stödjande faktorerna, och med låga värden för de hindrande faktorerna.

### ***Resultatet av handledningen***

I detta avsnitt redovisas utfallet av enkätundersökningen vad gäller hur medarbetarna uppfattar resultatet av handledningen.

*Tabell 9.10. Medarbetarnas uppfattningar om resultatet av handledningen.*

<b>Fråga</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
30. Jag anser att handledningen har ökat min kunskap inom demensvård.	4,30	0,78
31. Handledningen gör att jag klarar av mina arbetsuppgifter på ett bättre sätt.	4,37	0,63
32. De kunskaper jag har fått genom handledningen kommer till användning i mitt dagliga arbete.	4,52	0,51
33. Handledningen har lett till att ett gemensamt arbetssätt bland personalen har utvecklats.	4,33	0,68
34. Handledningen har förbättrat mina förutsättningar att tillgodose vårdtagarens behov.	4,44	0,75
35. handledningen har förbättrat mina förutsättningar att bemöta vårdtagaren.	4,59	0,50

Samtliga medelvärden för medarbetarnas uppfattningar om resultat av handledningen är höga och ligger mellan alternativen Instämmer delvis och Instämmer helt.

## ***9.6 Utbildarnas erfarenheter och reflektioner om demensutbildningen***

### ***Förutsättningar och förberedelser***

Vi kan konstatera att handledarteamets uppfattning och erfarenhet att handledning kan vara ett sätt att ge kunskap och stöd till personal och på så sätt förbättra uppfattningen om personer med demenssjukdom styrks av olika forskare (Gjems, 1997; Edberg, 2002; Melin Emilsson, 2004). Demensgruppens slutrapport (Socialstyrelsen, 2003) styrker också det vi upplever, dvs. att handledning och utbildning är nödvändig för att personal ska känna tillfredställelse och motivation i sitt arbete.

Handledarteamets erfarenheter är att verksamhetscheferna av olika anledningar, både vad det gäller tid och kunskaper, har begränsade möjligheter att aktivt delta och leda omsorgsarbetet.

När handledningen startade våren 2004 var uppdraget som handledare lite oklart, både från handledarteamets sida och från några av de verksamhetschefer som anlitate våra tjänster. Även hos vissa personalgrupper var det oklart vad handledningen hade för funktion. Handledarteamet hade goda teoretiska kunskaper om demensomsorg och handledning men saknade naturligtvis praktiska erfarenheter av att handleda. Vid uppstarten av handledningsgrupper kunde vi ha varit tydligare med ramar och innehåll för handledningen och vilket mål handledningen skulle ha, nämligen att förbättra omsorgen för personer med demenssjukdom genom att personalen får ett gemensamt förhållningssätt och synsätt på omsorgen. I vissa grupper överskuggade problem i personalgruppen omsorgsarbetet, handledaren kunde då inte utföra sitt uppdrag som det var tänkt. Erfarenheterna har kanske gjort att om vi numera kan vara tydligare med vår uppgift och hänvisa till respektive verksamhetschef om problem tas upp under handledningen som inte ingår i vårt uppdrag. Det har ändå visat sig i grupperna att vi som handledare då och då möter att det finns oro i grupperna av olika anledningar, t ex under upphandlingsperioder, vid chefsbyten eller andra orsaker, då är det nödvändigt för handledaren att ta hand om det som är aktuellt för att sedan komma vidare i den yrkesmässiga handledningen. När rapporten skrivs har handledarteamet tagit fram ett ”handledningskontrakt” där det står vad handledningen har för syfte och vilket ansvar handledaren, personalen och verksamhetschefen har i samband med handledningstillfällena. Kontraktet är tänkt att användas som en information för verksamhetschef och personalgrupp innan handledningen startar. Handledarteamet var i början inte tillräckligt klara över att det krävs tid för förberedelser inför ett handledningstillfälle och att handledaren efter träffen behöver tid för att reflektera och skriva ner minnesanteckningar. Ofta gick handledaren direkt från det egna omsorgsarbetet till handledningsgruppen och ibland direkt tillbaka till sin arbetsplats. Det här



har förbättrats nu och tanken är att utöver tiden handledaren träffar gruppen ska det finnas 90 minuter avsatt till för och efterarbete, plus restid.

Vissa personalgrupper var ovana vid handledning och det kunde uppfattas som kritik på deras arbetssätt att verksamhetschefen hade bestämt att gruppen skulle ha handledning. Andra grupper var mycket positiva och såg det som en förmån. Gjems (1997) menar att det är bra om handledaren har samma utbildning och grund som gruppen som handleds. Vi kan nog hålla med om att det kan vara en förmån att gruppen känner att vi jobbar på liknande sätt och att vi som handledare blir trovärdiga när vi har egna erfarenheter av många situationer som upplevs som svåra. I vissa fall kan dock handledaren uppfattas som någon man jämför sig med eftersom man är i samma yrkesgrupp och det kan uppstå ”kamp” om vad som är möjligt eller inte i omsorgen. En del beror nog på handledarens personlighet vilken roll handledaren får i gruppen. Som helhet upplever ändå handledarteamet det som en fördel att ha samma yrkesbakgrund. I några få grupper har handledaren varit kollega med personalgruppen och arbetat inom samma enhet, det är inte något att sträva efter då det blir svårt för alla parter att skilja på rollerna.

### ***Kontinuitet och antal träffar***

Kontinuiteten har ibland varit ett problem. Fem till sex veckor mellan träffarna är ibland för lång tid. Det märks tydligt när vi handleder efter den Jagstödjande metoden då de första träffarna innebär en viss utbildning, då är det svårt för gruppen att minnas vad vi pratade om föregående gång och gruppen får ägna tid åt att repetera. Vi tror att handledningen skulle bli mer effektiv om det gick att under sex till åtta gånger träffas oftare, t ex var fjortonde dag, därefter kan gruppen träffa handledaren exempelvis ett par gånger per termin för att följa upp och hålla metoden vid liv. Handledarteamet har haft svårt att motivera verksamhetschefer att under en tid ha tätare träffar. Ska handledningen vara obligatorisk, vilket är önskvärt, är det svårt att lägga det utöver schema vilket krävs för att åstadkomma träffar med den intervallen. Nu ligger handledningen oftast i samband med schemalagda personalmöten med den fördelen att det är obligatoriskt. Nackdelen är att det blir långt mellan varje tillfälle och att personalgruppen får mindre tid för det som ska tas upp under personalmötet. Det kan upplevas stressande för personalen att hinna avhandla allt innan handledaren kommer och sen släppa det för att koncentrera sig på handledning. Likaväl som det kan vara svårt att börja mötet med handledning när personalgruppen känner att man har mycket som behöver tas upp den tid som blir kvar till personalmöte. Med anledning av att schemalagda personalmöten styr när verksamheterna önskar handledning har det varit svårt för handledarteamet att styra vilka dagar och tider som passar bäst för handledaren själv. Det har i vissa fall inneburit att handledarteamet inte haft fulltecknat de tider som erbjudits då man från

verksamheternas sida inte kunnat eller velat ändra på personalens tider för att kunna delta i handledning.

Antalet träffar har varit olika för grupperna. Under utbildningen i den Jagstödjande metoden diskuterades hur lång tidsperiod som handledning ska fortgå. Cars och Zanders (2006) uppfattning var som vi beskrivit under teoridelen att en handledare är ”förbrukad” efter cirka ett år. De menar att man efter den tiden ska byta handledare om handledningen ska fortsätta. Ett par av grupperna har efter en tid bytt handledare. Handledarteamet har efter utbildningen i den Jagstödjande metoden blivit tydligare med att från början bestämma antalet träffar under t ex en termin, för att sedan tillsammans med gruppen och verksamhetschef göra en utvärdering om handledningen ska fortsätta och i så fall hur. Andra grupper och verksamhetschefer har haft en önskan om handledning kontinuerligt var femte vecka och därefter uppföljning en till två gånger per termin eller om behov uppstår på grund av komplicerade omvårdnadssituationer.

### ***Plats och tidsåtgång för träffarna***

När det gäller plats för handledningen är det en fördel att handledaren kommer till respektive arbetsplats eftersom det sparar tid för gruppen. Nackdelen kan vara att några ur personalen kommer direkt från omsorgsarbetet och behöver lite tid att släppa arbetet innan handledningen kan starta. På en del arbetsplatser finns inte lokaler tillgängliga där man kan komma ifrån sin avdelning och sitta ostört. Det blir då svårt för hela gruppen att hålla fokus. När det gäller tiden för träffarna är vår erfarenhet att det behövs 90 minuter för att hinna stämma av från gången innan, enas om vad som ska tas upp och sen få en stund att sammanfatta vad gruppen kommit fram till.

### ***Sammansättning av grupper***

Sammansättningen av personalgrupperna har varit olika. I de grupper där både dag- och nattpersonal har deltagit har handledaren upplevt det mycket positivt för att få en helhetsbild av den demenssjuka personen och kunna åstadkomma bra samarbete personal emellan. Det har också upplevts positivt när ansvarig sjuksköterska deltagit. Sjuksköterskan kan då mellan handledningsträffarna få rollen av att vara den som stöttar personalgruppen och följer upp hur det går. När verksamhetschefer deltagit har det varit både för och nackdelar. Ibland kan personalgruppen bli lite mer försiktig med att uttrycka det de upplever problematiskt när verksamhetschef sitter med. Så är det naturligtvis inte alltid, mycket beror på vilket förhållande chef och personalgrupp har. Det som är en stor fördel när verksamhetschefen finns med vid handledningen är att han/hon då precis som sjuksköterskan kan följa upp och stötta personalgruppen och också få kunskap och förståelse för deras arbetssituation. I någon grupp har verksamhetschefen deltagit den sista stunden av handledningen och

personalgruppen har då fått möjlighet att förmedla vad gruppen kommit överens om under handledningstillfället.

### ***Effekter och utvärdering***

Vad det gäller syfte och mål med handledningen är det svårt att mäta effekter. Vi vet att de grupper vi handleder får möjligheter och tid till reflektion, för att komma fram till ett gemensamt förhållningssätt. Handledarnas upplevelse är att de ibland ser och hör förändringar i personalgruppens syn att se på de demenssjuka personerna. Handledarna kan ändå inte veta om förändringar skett i omsorgsarbetet. Det vi kan se är att personalen under handledningen får hjälp med att översätta de teoretiska kunskaperna med det praktiska arbetet. Önskvärt vore att även anhöriga kunde intervjuas. Om det skett förändringar har det i så fall skett under en lång tid, och att hitta anhöriga som funnits med under hela tiden och som dessutom har kraften att delta i en intervju kan nog bli svårt. Anhöriga är också i en beroendeställning till personalen vilket kan leda till att negativ kritik inte framförs. De flesta demenssjuka själva kan på grund av sin sjukdom inte delta i en sådan intervju.

Handledarteamet behöver fundera vidare hur det är möjligt att mäta eventuella effekter av handledning. Det vore intressant att ta reda på om verksamhetschefer upplever att de blivit avlastade när det gäller att utveckla omsorgsarbetet och om de har sett några förändringar på enheterna.

### ***Handledarteamets egen utveckling***

Handledarteamets mål är sedan december 2007 att träffas cirka en timma en gång per månad för att ge varandra stöd och diskutera eventuella problem. Handledarteamet har egen handledning sedan hösten 2008 var fjortonde dag med uppehåll för jul och sommar av en utomstående handledare. Syftet är dels att kunna ventilera svårigheter och också för att kunna utveckla och förbättra sina kunskaper som handledare. Det uppdrag handledarteamet nu har med yrkesmässig handledning visar sig i praktiken inte alltid vara så lätt att hålla sig till. Hur personalgruppen fungerar tillsammans påverkar i stor grad omvårdnadsarbetet och handledningen pendlar ofta mellan vad som händer i grupprocessen (Johansson & Skärgren, 2007) och den yrkesmässiga delen i de personalgrupper vi träffar. Det vore därför en viktig utveckling för handledarteamet att fördjupa sina kunskaper inom det området vilket i sin tur skulle gagna utvecklingen på verksamheterna. Vid flera tillfällen har det framkommit önskemål från personalgrupper att handledaren skulle komma till arbetsplatsen och var med i vårdsituationen för att bilda sig en egen uppfattning hur man bäst ska lösa ett problem kring en vårdsituation. Personalen på vårdboendet skulle då också kunna iaktta hur handledaren hanterar situationen och det skulle då bli en annan typ av lärande och handledning. Det tror vi vore ytterligare ett sätt att utveckla handledningen på i framtiden.



## **10. TEMA MODELLER FÖR KUNSKAPSSPRIDNING FÖR ATT FRÄMJA LÄRANDE – DEMENSNETVERK, INSPIRATÖRER OCH WORK SHOP**

Ett av de teman som Lärcenter för en god demensvård arbetar med är modeller för kunskapsspridning för att främja lärande. I detta kapitel redovisas hur arbetet i detta tema genomförts samt några slutsatser som dragits under projektet.<sup>18</sup>

### ***10.1 Inledning och bakgrund***

Ett av de teman som Lärcenter för en god demensvård arbetar med är modeller för kunskapsspridning. Ett arbetssätt för kunskapsspridning är att bilda ett nätverk för personal som arbetar på de olika demensenheter inom centrala/Östra området. I denna delrapport beskrivs arbetet med detta nätverk.

Ett mål för Lärcenter för en god demensvård är att utveckla modeller för spridning av kunskap. Forskning visar att det är förenat med svårigheter att få till stånd en någorlunda heltäckande spridning av erfarenheter, resultat och ny kunskap som producerats i ett projekt. Mot bakgrund av att projektgruppen har positiva erfarenheter av att arbeta i nätverk beslutades att pröva detta arbetssätt som en metod för spridning av kunskap.

När nätverket skulle startas uppstod flera frågor. Frågor som; vilka ska ingå i nätverket? Hur många bör vara med? Hur sprids kunskapen som deltagarna får vidare i organisationen?

Erfarenhet av nätverksarbete visar att för att kunna sprida kunskap är det bra att utse två deltagare från samma verksamhet som kan stödja varandra (Ragnarsdóttir, 2005). De chefer som tillhörde Lärcentersverksamheterna ombads att välja ut två medarbetare från sina verksamheter. De uppmanades att tänka över valet av deltagare och välja personer som de trodde skulle kunna föra vidare sina nyvunna kunskaper och presentera för sina medarbetare det som kom fram på träffarna på ett förståligt sätt.

Resultatet blev att alla verksamheter i de områden som hör till Lärcenterprojektet skickade två representanter till nätverket, utom en verksamhet som har ett speciellt uppdrag kring en vårdtagare som skickade en deltagare. Det kom

---

<sup>18</sup> Kapitlet baseras på en arbetsrapport som skrivits inom detta tema (Micko & Ragnarsdóttir, 2010).

också en representant från varje dagverksamhet eftersom de har så få medarbetare. En av verksamheterna var inte intresserade av att delta i nätverket när de hörde kriterierna. Nätverket startade med 11 deltagare.

Därefter formulerades ett brev med en inbjudan som skickades till de blivande deltagarna. Det ställdes krav på cheferna i förväg. Enligt erfarenhet av nätverksbyggande inom vården (Ragnarsdóttir, 2005) har det visat sig att stöd från chefer är av största vikt för att deltagarna skall ha en möjlighet att engagera sina medarbetare i ett eventuellt förändringsarbete. Framförallt är det viktigt att cheferna ger sina medarbetare, dvs. deltagarna, tid för reflektion, tid att delta, tid för förberedelse och tid för att föra ut kunskapen. Alla berörda chefer var med på noterna och ställde sig bakom kraven.

## ***10.2 Syfte***

Syftet med Lärcenters Demensnätverk är:

- att samla representanter från demensomsorgen inom Centrala Östra området för att tillsammans bidra till att hitta spridningsmodeller och för att främja kunskap och erfarenheter inom demensomsorgen.
- att nätverket vill prova nya grepp som förhoppningsvis startar processer i arbetsgrupperna.

## ***10.3 Vad är ett nätverk och varför nätverk? – en teoretisk bakgrund***

Varför använda nätverk som verktyg för spridning av kunskap? Här nedan följer en genomgång av kunskapsöversikt gällande nätverk.

Nätverk är ett ord som används i många olika sammanhang. Ett nätverk är en struktur med enheter som är kopplade till varandra genom relationer och noder som tillsammans bildar ett nät. Enligt Nationalencyklopedin (1994) är en nätverksorganisation ”en decentraliserad organisation som hålls ihop av olika relationer och kontakter, ofta utan att ha något egentligt centrum”.

Nätverksbegreppet fick under 1990-talet kraftigt genomslag inom samhällsforskningen och har under senare år blivit den folkrörelse, som många söker sig till. Den spontana uppfattningen om ett nätverk är oftast att det är ett kontaktnätverk som bygger på informella kontakter utan regler och stadgar och skapat för att lösa ett visst avgränsat problem. De olika former av nätverk som utvecklas gör dock att begreppet är mångtydligt och fyller många olika syften. Stundtals betraktades nätverk närmast som ett universalmedel för att lösa problem i företag och organisationer. Nätverk är på den mest allmänna nivån, ett antal enheter som är sammankopplade på något sätt (Utbult, 2000). Nilsson

(2004, sid. 25) definierar nätverk så här: ”En mer eller mindre kontinuerlig kommunikation mellan individer eller organisationer, som kan vara formell eller informell”.

Nilsson (2004) menar att det förekommer tre huvudtyper av nätverk, som har olika karaktär beroende på syftet. De är stödnätverk, företagsnätverk/ affärsnätverk och kompetensnätverk. Det sistnämnda är en form av nätverk som syftar till att utveckla deltagarnas kompetens. Det är rätt att understryka att behoven av kompetensutveckling och lärande ser olika ut beroende på vilken utvecklingsfas en verksamhet befinner sig i.

Tydén och Blucher (2006) påpekar att nätverk kan ha olika form där kan nämnas fysiska, lokala och externa som används huvudsakligen för att hämta hem kunskap, ge feedback och spegling av den egna verksamheten. Externa anonyma nätverk förekommer också och de har den fördelen menar författarna att det är lätt att ställa frågor som man kanske inte skulle våga inför bekanta och kollegor.

Vad behövs då för att nå relevanta resultat i ett utvecklingsinriktat arbete? Flera forskare (Stål, 1993; Utbult, 2000; Björn, Ekman & Svensson, 2002; Nilsson 2004; Hellmark & Tykesson, 1999) har konstaterat att de deltagare som ingår i ett nätverk måste ha gemensamma intressen och att deltagandet måste vara frivilligt.

Det måste dessutom finnas en tillit mellan deltagarna. Nätverksforskare talar om vikten att det finns en social likhet mellan deltagarna som gör erfarenhetsutbytet tryggt, konkret, trovärdigt och jämlikt (Svensson, Jakobsson & Åberg, 2001).

En fara enligt flera forskare är att när ett fåtal personer har representerat en hel arbetsplats på nätverksträffarna medför det en stor risk för att det som framkommer inte återförs till eller förankras på de olika träffarna. Resultatet säger forskarna kan bli att deltagarna tillsammans bildar en ”ansluten klubb” med stark sammanhållning som får ökade kunskaper och nya kontakter medan avståndet till arbetskamraterna på den egna arbetsplatsen växer (Utbult, 2000; Björn, Ekman & Svensson, 2002).

#### ***10.4 Uppbyggnad av demensnätverket***

Tolv personer från åtta enheter i centrala/östra området tillfrågades om de ville delta i demensnätverket. Alla deltagarna utom på en enhet var positiva till idén och tackade ja till erbjudandet.

### ***Urval av deltagare***

Följande kriterier för deltagarna i nätverket sattes upp.

- Deltagarna skulle arbeta med personer med demenssjukdom. Två deltagare per ”enhet” skulle bjudas in, detta för att ha stöd av varandra i arbetet med att sprida kunskapen vidare i sin verksamhet. Deltagarna kommer från gruppboende för personer med demenssjukdom, hemtjänst-demenslag, två olika dagverksamheter för både yngre och äldre demenssjuka personer, samt ett särskilt boende för en person med avancerad demensproblematik.
- Deltagarna skulle ha både ett intresse för att delta och en vilja att förmedla sin nyvunna kunskap till andra.

### ***Deltagare i nätverket***

Totalt erbjöds åtta enheter att delta. En enhet tackade nej. Resultatet blev elva deltagare, tio undersköterskor och ett vårdbiträde varav två av deltagarna är män. Utöver detta är det två samordnare som håller i nätverksträffarna.

### ***Nätverksträffar***

Nätverksträffarna startade i oktober 2007, och planerades därefter en gång i månaden med uppehåll under sommaren. Varje träff omfattade två timmar. Platsen för träffarna varierade och hölls på de olika verksamheterna eller centralt i en kommunal lokal.

Nätverksarbetet startade med ett två dagars internat i Vårdsnäs stiftsgård. Totalt var det tretton personer som deltog i internatet. I arbetet kring att formulera framtiden, använde vi oss av olika verktyg hämtade från boken: ”Verkttygsboken 50 verktyg för grupper som vill lösa problem och föda nya idéer och komma fram till kloka beslut” (Morrissey & Olander, 2005). Det var kreativa dagar där alla var delaktiga i arbetet.

När vi i slutet av internatdagarna sammanfattade vårt arbete, framkom tydligt följande frågeställningar som deltagarna enades om att arbeta vidare med. Dessa var:

- Hur blir vi tillsammans i nätverket handlingskraftiga?
- Hur får vi våra arbetskamrater att bli delaktiga och känna lust och att se glädjen i vardagsstunderna? Hur når vi fram?
- Hur ska våra verktyg för en god demensvård bli en naturlig del i arbetet?
- Vilka förväntningar har medarbetarna på Lärcentrer?

Det bestämdes också under dessa dagar att deltagarna i nätverket skulle kallas för ”inspiratörer”.



### ***Frågor i enkätform***

En av frågeställningarna som ständigt återkom handlade om våra medarbetare på de enheter som tillhör Lärcenter har kännedom om att Lärcenter finns och vad det står för? Och om svaret på frågan är ja, vilka förväntningar har medarbetarna på vad Lärcenter ska åstadkomma? För att ta reda på detta arbetade inspiratörerna med att formulera några frågor i enkätform som delades ut till alla medarbetare som ingick i de enheter som tillhörde projektet Lärcenter. Frågeställningarna var följande:

- Vilken typ av utbildning saknar du för att kunna utföra dina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt?
- Hur ser en bra dag ut på ditt arbete?
- Har du drömmar/idéer som du skulle vilja förverkliga/genomföra på ditt arbete?
- Hur tror du Lärcenter kan bidra till en god demensomsorg?

Inspiratörerna delade därefter ut cirka 65 enkäter i sina arbetsgrupper och fick tillbaka 43 enkätsvar.

Svaren sammanställdes och redovisades på en nätverksträff. För att ge medarbetarna återkoppling redovisades inspiratörerna svaren på respektive arbetsplats. Mycket synpunkter och idéer kom fram. Ett förslag var att ta tillvara och lyfta fram goda exempel inom verksamheterna samt att byta erfarenheter i form av arbetsplatsutbyte och att ”hälsa på” varandra när aktiviteter äger rum för att få ny inspiration.

Av svaren framkom det att flera medarbetare önskade delta i just arbetsplatsutbyte och på det sättet byta erfarenheter. Med arbetsplatsutbyte i det här fallet menas att byta arbetserfarenheter och få tips och nya idéer om hur de olika arbetssätten inom demensomsorgen kan tillämpas.

Det var också arbetsplatsutbyte som inspiratörerna var mest intresserade av att börja med. För att komma igång med det arbetet så bestämdes det att deltagarna i nätverket, själva skulle börja med arbetsplatsutbyte. Ambitionen var dock att alla medarbetare på sikt skulle delta i arbetsplatsutbytet. Stor enighet rådde om att det var av största vikt att satsa på ett bra omhändertagande när det gäller personer som kom på arbetsplatsbesök Att avsätta tid för reflektion där gästen och en ur personalgruppen går igenom intryck funderingar och synpunkter. För att få struktur på arbetsplatsutbytet och använda denna kunskap som erfarenhet användes en av träffarna för att formulera en enkät som skulle användas i samband med arbetsplatsutbyten. Förhoppningsvis kan enkäten bli ett mått

(instrument) för att få fram information om vad arbetsplatsutbytet gav de inblandade.

Förhoppningen var att reflektionen skulle bli ett inlärningsstillfälle för alla inblandade samt att kontaktmannen skulle få möjlighet att ge sina medarbetare en återblick av ”gästens” synpunkter.

Ett annat önskemål som efterfrågades i enkätsvaren av flera medarbetare var mera kunskap omkring hur de anhöriga kan bemötas på bästa sätt och medarbetarna efterfrågade ytterligare kunskap kring vart de kunde hänvisa anhöriga vidare när inte de kunde hjälpa till. För att svara upp till dessa önskemål gjordes ett studiebesök på Anhörigcenter under våren 2008 där inspiratörerna fick information om det anhörigstöd som erbjuds i Linköpings kommun. Ett önskemål var också att kunna erbjuda inspiratörerna och deras medarbetare en föreläsning i anhörigstöd. Idéer om att inleda ett samarbete med den lokala demensföreningen i kommunen samt andra aktuella föreningar diskuterades.

De medarbetare som tillfrågades efterfrågade regelbundna föreläsningar i olika ämnen t ex bemötande av personer med demenssjukdom, anhörigstöd, hur demenssjukdomen påverkar kroppen, samtalskonst och psykisk ohälsa. Något att tänka på inför framtiden. En annan frågeställning som ofta återkom i enkätsvaren handlade om svårigheterna kring att alla ”bör” arbeta mot samma mål och hur verktygen för en god demensomsorg ska användas i verkligheten. Som exempel nämndes att personalen upplever sina olika roller i arbetsgruppen på varierande sätt och de pekade på att för att kunna leva upp till att arbeta mot samma mål är regelbunden tid för reflektion nödvändig. Något som är bristfälligt i dagsläget. Frågan om hur en bra dag ser ut för brukare och för medarbetare ansåg deltagarna vara viktigt att ta reda på.

### ***Aktiviteter på verksamheterna***

Vid diskussioner kring vilka olika aktiviteter personalen anordnade på respektive verksamheter framkom det många områden där det finns möjlighet att lära av varandra och få tips och råd kring tänkbara aktiviteter. Inspiratörerna berättade att det ibland var svårt att hitta på relevanta aktiviteter som passar de olika individerna som de vårdar. Ett förslag var att varje verksamhet ska göra en sammanställning på de aktiviteter som förekommer på deras verksamhet. Det kan vara ett led i att öka innehållet i utbudet för våra vårdtagare men också att stimulera till besök och utbyte hos varandra för att få olika tips och idéer.

Den första nätverksträffen på höstterminen 2008 blev nästan som en nystart för nätverket eftersom två av de enheter (Valla Park och Gottfridsbergs Gård) som har representerat Lärcenter hade lämnat nätverket pga. byte av utförare. Detta

innebar att fyra inspiratörer slutade och två nya inspiratörer från Garnisonens vårdboende började i nätverket. Även tre nya representanter från Mjölby och Skänninge hade kommit till som led i ett samarbete med Mjölby kommun. På detta möte fördes diskussioner kring arbetsplatsutbytet som inte verkade ha tagit den fart vi önskade. Enheterna i Mjölby visade intresse av att vara med och lämnade beskrivningar på sina enheter så att andra medarbetare kunde läsa sig till om verksamheterna och välja utifrån det. Affischer med de fem verktygen delades ut och frågan kring hur dessa verktyg skulle implementeras i våra verksamheter fördes.

Idén kring att arrangera en workshop och att göra illustrationer för de medarbetare/enheter som ingår i Lärcenter föddes och för att testa konceptet anordnade en lite mindre workshop på Aspen för att inspirera till aktivitet innan den stora skulle hållas. Under våren 2009 planerade inspiratörerna inför en inspirationsdag i form av en workshop. En inbjudan och ett nyhetsbrev formulerades. Syftet var att sprida vad som har skett och vad som är på gång inom Lärcenter. Verksamhetscheferna fick i uppdrag att sprida inbjudan och nyhetsbrevet till alla medarbetare samt att meddela antalet deltagare till workshopen. Inbjudan spreds även till politikerna och tjänstemännen i Äldrenämnden och Leanlink. En inbjudan gick även till olika tidningar i Linköping. Workshopen annonserades också på Linköpings kommuns hemsida. Detta gjordes för att nå även anhöriga och övriga intresserade. Under inspirationsdagen fick besökarna ta del av Lärcenters fem verktyg, lyssna till föreläsningar, träffa medarbetare och ställa frågor och lämna synpunkter om Lärcenter.

### ***Workshopens innehåll och upplägg***

Presentation av:

- Levnadsberättelsen
- Bildspel från olika verksamheter och våra fem verktyg
- Reminiscens/Jagstödjande förhållningssätt
- Miniföreläsningar om de olika verktygen
- Måltidssituationen på Garnisonens vårdboende
- Dansens betydelse inom vården
- Presentation av olika demensprojekt som pågår och har genomförts i Mjölby kommun
- Massage/ prova på
- Presentation av Lärcenters bokhyllor
- Projekt Lärcenter

### ***Utvärdering av workshopen våren 2009***

Inspiratörerna utvärderade workshopen som ägde rum i Missionskyrkan den 12 maj 2009. Diskussioner kring vad som var bra och mindre bra denna dag fördes och följande punkter kom upp:

- Besökarna tyckte att de fick vänta för länge på föreläsningarna efter att de hade gått runt bland de olika utställningarna.
- Det kom väldigt många medarbetare på samma gång som innebar att det blev trångt i lokalerna.

Samtidigt tyckte inspiratörerna att dagen hade varit lyckat på många sätt och att de hade fått bra respons av de som kom. Det framkom att inspiratörerna trodde på workshop som ett sätt att sprida kunskap. Slutsatsen blev att de tyckte att workshopen skulle upprepas för alla medarbetare på de övriga demensboendena i Linköpings kommunala äldreomsorg. Diskussioner kring planering av ytterligare en workshop för övriga medarbetare inom Linköpings kommunala äldreomsorg påbörjades. Efter att ha tagit del av synpunkterna bestämdes det att workshopen skulle förläggas i en större lokal. Valet föll på Omsorg Åleryd som har en stor lokal som kunde lånas utan kostnad. Åleryd är ett stort vårdboende med sjukhemsplatser, demensvårdsplatser, korttids- och växelvård samt dagverksamhet. Runt omkring Åleryd finns flera vårdboenden och servicehus. Dessa faktorer ansågs bra för att nå så många medarbetare som möjligt.

### ***Workshop hösten 2009***

Under hösten 2009 genomfördes workshop i Åleryd. Tanken med denna workshop var att nå ut till samtliga medarbetare i Linköpings kommunala äldreomsorg för att kunna presentera Lärcenter för god demensvård och berätta vad det står för. Inbjudan skickades ut till alla verksamhetschefer inom äldreomsorgen i Leanlink, samt till de privata utförarna. Den här gången var antal besökare mycket lågt. De miniföreläsningar som hade planerats fick ställas in.

Inspiratörerna utvärderade workshopen på Åleryd och kom fram till följande: Informationen och inbjudan spreds på samma sätt som till Workshopen i Missionskyrkan, däremot var det inte obligatoriskt för medarbetarna att gå som det var på den första workshopen. Det kan vara en tänkbar förklaring till att det kom så få dvs. att det är dyrt att skicka medarbetare och det kan vara svårt och framförallt kostsamt att få tag på vikarier och betala för deras insatser. En annan förklaring kan vara att det var brister i kommunikationen mellan inspiratörerna och cheferna? De som besökte workshopen var några medarbetare från ett fåtal enheter inom äldreomsorgen samt några vårdtagare från Åleryd som följde med vårdpersonal. Tanken med workshopen hade inte varit att vårdtagare skulle följa med men det blev ändå positiva möten. Slutsatsen blev ändå att resultatet med

spridning av kunskap blev för ”klent” med tanke på att många medarbetare i Lärcenter var inblandade och att workshopen kostade mycket personaltid.

Nätverksträffarna fortsatte under våren. Det bestämdes att utöka Lärcenter med två enheter för att få lite mera bredd i det hela. Två demensboende valdes in, Solstickan och två enheter i Lambohov. Med det kom två nya inspiratörer in i nätverket.

### ***Inspiratörernas arbetsbeskrivning***

På ett gemensamt internat i Söderköping där Lärcenters framtid diskuterades, arbetade deltagarna i Lärcenters arbets- och styrgrupp fram olika arbetsbeskrivningar för styrgrupp, arbetsgrupp, teamet, projektledare och inspiratörer. Det bestämdes även att Lärcenter skulle arbeta med en implementeringsmodell för spridning av kunskap för de fem verktygen som ska gälla för demensomsorgen inom Leanlink. Det första verktyget som skulle implementeras var Levnadsberättelsen. Eftersom Inspiratörerna är delaktiga på olika sätt i implementeringsarbetet och att det hade framkommit att de var oklara över vad deras roll var, kändes det viktigt att skriva en arbetsbeskrivning kring inspiratörernas roll i Lärcenter (se nedan):

### ***Arbetsbeskrivning för inspiratörer***

Inspiratörerna är länken mellan Lärcenter och den egna arbetsgruppen.

- Inspiratörernas uppgift är att motivera och inspirera medarbetare i den egna arbetsgruppen till ett bra gemensamt arbetssätt för våra kunders bästa.
- Delta i nätverket för Inspiratörerna under Lärcenters tema; Modeller för kunskapsspridning för att främja lärande.
- Sprida kunskap om Lärcenters fem verktyg och hålla dem levande i omsorgsarbetet.
- Vara delaktiga i implementeringsmodellen av de fem verktygen.
- Ansvara för att hålla Lärcenters bokhylla och pärmen med dokumentationen av demensutbildningen aktuella.
- Informera om Lärcenters arbete på personalmöten.

Första nätverksträffsmötet hösten 2009 användes till att gå igenom inspiratörernas uppdrag. Att inspiratören ska vara en länk mellan Lärcenter och medarbetare blev mera tydligt med arbetsbeskrivningen. Arbetsbeskrivningens innehåll diskuterades och vissa formuleringar ändrades.

Implementeringen med Levnadsberättelsen började hösten 2009. I samband med den fick inspiratörerna en framträdande roll med tanke på att de skulle stödja sina medarbetare i samarbete med demensvårdsutvecklarna. På följande

nätverksträffar lades tyngdpunkten på att diskutera inspiratörernas roll och stödja dem i den rollen. Frågor som diskuterades var:

- Hur har det märkts att Lärcenter har arbetat med levnadsberättelsen?
- Hur långt har arbetet kommit?
- När kan Lärcenter gå vidare med nästa verktyg?

Svaren från inspiratörerna varierade och flera upplevde att de hade kommit långt i arbetet med att stödja implementeringen kring levnadsberättelsen. De nämnde att flera arbetsgrupper hade börjat arbetet med att redovisa för varandra de levnadsberättelser som de hade tillgång till, detta skedde på arbetslagträffar.

På internatet i Söderköping bestämdes även att involvera två nya representanter i nätverket, personer som arbetar i ”vanlig” hemtjänst där det inte förekommer uttalat minnesproblematik. Detta pga. att det upplevdes som mycket viktigt att nå fram med levnadsberättelsen i ett tidigt skede och nå fram till äldre personer som själva kunde skriva sin levnadsberättelse och välja innehållet. Men det upplevdes svårare att motivera vårdtagare inom hemtjänsten samt deras närstående till att fylla i levnadsberättelsen. De nyblivna inspiratörerna ifrågasatte sin medverkan i Lärcenter för en god demensvård. De hade inte förstått vad rollen som inspiratör innebar och kände sig inte motiverade för uppdraget. En ny medarbetare tillfrågades som tackade ja och kände sig motiverad för uppdraget.

### ***Förändrade roller och ändrade arbetsuppgifter***

I början av år 2010 ändrades förutsättningarna för båda samordnarna i nätverket eftersom de fick nya arbetsuppgifter inom Leanlink som innebar att samordnarrollen lämnades över till två av demensvårdsutvecklarna i Lärcenter. Nya medarbetare har kommit till och andra har slutat eftersom nya verksamheter tillkommit genom nya upphandlingar.

Nätverksträffarna reducerades av ekonomiska skäl från att ha varit en gång i månaden till att bli cirka två gånger per termin. Allt det här har gjort att förutsättningarna för nätverket har förändras men arbetet fortsätter, just nu med tyngdpunkt på implementeringen av verktygen. Arbetet med levnadsberättelsen som ett verktyg anses vara klart till sommaren och till hösten 2010 börjar arbetet med verktyget bemötande metoder. Arbetsplatsutbyte har återupptagits men det är enbart inspiratörerna som byter arbetsplats för en dag, för att på det sättet få nya idéer och för att stärka sammanhållningen i nätverket bland inspiratörerna.

## ***10.5 Diskussion***

Olika forskare pekar på att det är viktigt att människor som ingår i ett nätverk måste ha gemensamma intressen att samlas kring. Det inledande internetet för samordnare och inspiratörer, blev ett viktig första steg i riktning mot en gemensam kunskapsgrund. Det kan verkligen rekommenderas att åka bort ett par dagar för att lära känna varandra och ha ostörd tid för att lägga grunden för ett nätverk av detta slag. Vi märkte emellertid redan efter första mötet att inspiratörerna hade olika förutsättningar för sitt arbete eftersom de kommer från olika verksamheter trots att alla tillhör Leanlinks demensomsorg. Det fanns inspiratörer som arbetade kring en person som hade ett eget boende och andra arbetade dagtid på dagverksamheter och slutligen inspiratörer som arbetade på olika gruppboenden, olika tider på dygnet.

Inspiratörerna resonerade kring för- och nackdelar kring detta faktum men kom fram till att det var berikande att kunna ta del av olika verksamheter och enades om att de ändå hade mycket gemensamt. Vi funderade över formerna för nätverket och kom fram till att en träff i månaden kändes ”lagom”. När det gäller mötestiderna fick vi vissa förutsättningar från inspiratörernas verksamhetschefer bl.a. att två timmar kunde avsättas till träffar, en gång i månaden. Det var lite delade meningar om mötestiderna, vissa tyckte att det var för kort tid men vid utvärdering efter ett antal träffar konstaterades det att förvånansvärt mycket hanns med på dessa två timmar.

Huvudsyftet med nätverket är att komma fram till olika spridningsmodeller för att föra fram kunskap till medarbetarna kring arbetssätt inom demensomsorgen. Begreppen det livslånga lärandet och lärande organisation används ofta. Det som är gemensamt för dessa begrepp är att man vill bryta sig loss från den gamla tankestrukturen där lärande förknippas med skola för att istället se lärande som något som sker under hela livet och som bör integreras i yrkeslivet. Det är i detta sammanhang som nätverket har viktiga uppgifter att sprida kunskap.

När det gäller att hitta olika spridningsmodeller har flera tankar lyfts fram och flera av dem har redan testas, där kan nämnas arbetsplatsutbyte som ett flertal inspiratörer har provat. Diskussionerna kring detta arbetssätt har varit övervägande positiva och de som har deltagit har tyckt att de fick ut mycket av att se hur andra arbetar och att få del av yttre och inre miljö på de olika enheterna. Emellertid har det varit trögt att få övriga medarbetarna att nappa på idén. Som ett skäl har nämnts svårigheter med att få chefer att ge sitt godkännande till arbetsplatsbyte men en mera utförlig utvärdering är på sin plats. Arbetsplatsutbyte låg på is ett tag men har återuppstått men det är enbart inspiratörerna som efterfrågar arbetsplatsutbyte. En annan idé var filminspelning, att filma små avsnitt kring olika händelser och situationer som kan uppstå inom demensomsorgen och som skulle kunna användas som grund

för diskussioner i arbetsgrupperna. Det framkom att en av deltagarna i nätverket hade en viss erfarenhet av att filma. Filminspelning gjordes på de workshops som anordnades. Däremot har det inte funnits tid och möjlighet till att använda inspelningarna till inläring riktat till personal.

Vid ett internat i Söderköping diskuterades inspiratörernas roll, det resulterade i att arbetsbeskrivning gjordes av vad deras roll innebar och vilka deras arbetsuppgifter kan tänkas vara. Förhoppningsvis har det inneburit att de känner sig tryggare i sin roll. När de fick arbetsbeskrivningen presenterat för sig hade de åsikter kring sista punkten som handlade om att inspiratörerna *"har mandat att uppmärksamma för övriga medarbetare vad som behöver förbättras i omsorgen på arbetsplatsen"*. Inspiratörerna tyckte sig inte ha ett sådant mandat och ansåg det vara en tveksam roll att ha. Flera av dem uttalade sig om att de tyckte att det var svårt att påpeka brister i omsorgen för sin medarbetare och tyckte att det var chefs roll att göra det.

Inom ramen för nätverket har möjligheten funnits att pröva olika arbetsmetoder och misstag har gjorts som vi kan lära oss av. När det gäller de två workshops som har planerats och genomförts kan det konstateras med facit i hand att det är av största vikt att engagera cheferna och få dem med på tåget. Om det inte görs är det stor risk för att det mesta faller platt, eftersom medarbetarna är helt och hållet beroende av chefernas medverkan och godkännande för att få delta i arrangemang av detta slag. Vid första workshopen var deltagande obligatoriskt vilket innebar att medarbetarna deltog. En fråga att ta ställning till är om det var rätt beslut att utvidga nätverket med hemtjänstpersonal från ordinarie hemtjänst dvs. där personer inte har uttalade minnessvårigheter. Tanken var att få dessa att medverka i att fylla i levnadsberättelsen och använda den på sikt som ett verktyg i äldreomsorgen. Det visade sig inte vara enkelt att få dessa personer med på tåget och de nyanlända inspiratörerna kände sig inte med rollen som inspiratörer och bad att få avstå. Därefter har andra medarbetare tackat ja till att arbeta som inspiratörer. Därmed är även hemtjänstpersonalen och brukare mer delaktiga i Lärcenters utvecklingsarbete.

Strukturen för Lärcenter förändrades hösten 2009. Projektledaren slutade på grund av ändrade arbetsuppgifter (men sitter fortfarande med i arbets- och styrgruppen) och en ny projektledare tog vid. En av initiativtagarna fick andra uppgifter och kunde inte vara ansvarig för processen för Lärcenter på samma sätt som tidigare. I början av år 2010 byttes samordnarna för nätverket ut pga. andra arbetsuppgifter inom Leanlink. I en organisation som oavbrutet utsätts för upphandlingar av verksamheten, måste medarbetarna leva med ständiga förändringar och göra det bästa möjliga av situationen. Klart är dock att nätverket under projektiden har tappat fart flera gånger på grund av att personer slutar och nya börjar. Detta har påverkat nätverket och periodvis känts tungt. En



lärdom som vi har dragit är att det är mycket viktigt att ”rätt” medarbetare väljs ut till inspiratör. Det får huvudsakligen bli en chefsuppgift att utse inspiratör. Den tilltänkta personen måste få information om vad det innebär att vara inspiratör och vad som krävs t ex genom att gå igenom arbetsbeskrivningen och erbjuda vederbörande att samtala med andra inspiratörer, ställa frågor och bilda sig en uppfattning.

Sammansättningen i Nätverket har ändrats en hel del under tiden som Lärcenter har funnits. De slutsatser som ändå kan dras är att nätverk av den här typen inom äldreomsorgen ändras hela tiden, nya medarbetare och nya chefer kommer och går och nya organisationer tar över. Man får vara beredd på förändringar och flexibilitet. Någon form av samordnare som håller i det hela verkar vara nödvändigt.



# 11. TEMA MODELLER FÖR KUNSKAPSSPRIDNING FÖR ATT FRÄMJA LÄRANDE - LÄRCENTERS IMPLEMENTERINGSMODELL

Ett av de teman som Lärcenter för en god demensvård arbetar med är modeller för kunskapsspridning för att främja lärande. I detta kapitel redovisas en beskrivning av en utvärdering av detta tema.<sup>19</sup>

## *11.1 Inledning och bakgrund*

I temat Modeller för kunskapsspridning arbetar Lärcenter för en god demensvård bland annat med en implementeringsmodell i nio steg (se figur 4.2) som ska användas av sju kommunala arbetsplatser inom demensboende, dagverksamhet och hemtjänst. Målet med satsningen på implementering är att personalen på de aktuella enheterna ska arbeta ännu mer aktivt och kanske även på andra sätt än tidigare med metodverktyg.

Arbetsplatserna har vardera utsett en eller två inspiratörer, det vill säga en undersköterska/vårdbiträde som själv arbetar i verksamheten. Inspiratörerna träffas regelbundet i ett nätverk och ska fungera som spridare av Lärcenters idéer och material på sin respektive arbetsplats. Det som ska implementeras i dessa verksamheter, med hjälp av inspiratörerna, är de fem metodverktyg för en god demensvård som Lärcenter har valt att arbeta utifrån. Metodverktygen benämns: Levnadsberättelsen, Bemötande metoder, Reminiscens, Beröringsmassage och Musik och dans. Dessa fem genomtänkta verktyg genomsyrar hela Lärcenters arbete i samtliga teman och är till för att skapa ett gemensamt arbetssätt och öka kvalitén i demensvården. De fem metodverktygen har dock redan funnits med i den kommunala omsorgsverksamheten under flera år, genom att en stor del av personalen har genomgått en demensutbildning där verktygen tagits upp. Därför genomförs implementeringen av dem enligt en implementeringsmodell med en uttalad tidsram, där flera av de nio stegen också finns inplanerade så att det går att se hur arbetet är tänkt att löpa på över tid (se figur 4.3). När vi härnäst nämner Lärcenters implementeringsmodell, är det huvudsakligen den modell som illustreras i figur 4.2 som avses.

Tanken var att de fem metodverktygen skulle implementeras i de berörda verksamheterna ett och ett från september 2009 till april 2011. Fyra månader hade beräknats per verktyg i tidsplanen för implementeringsmodellen. På dessa fyra månader skulle verktyget inledningsvis presenteras och en föreläsning

---

<sup>19</sup> Kapitlet baseras på en kandidatuppsats och en FoU rapport (Larsson Kindeland & Sundström, 2010a; 2010b).

genomföras, och sedan skulle verktyget arbetas in praktiskt med hjälp av inspiratörerna ute på enheterna. Slutligen skulle verktyget utvärderas samtidigt som införandet av nästa verktyg skulle planeras. Under hösten 2009 har det även genomförts en workshop samt ett seminarium i samband med implementeringen av det första verktyget, som är Levnadsberättelsen. Ganska snart upptäcktes det att tidsplanen var för snävt tilltagen och att det praktiska arbetet ute på enheterna inte löpte på så smidigt som man tänkt sig från Lärcenters sida. Därför förlängdes arbetet med Levnadsberättelsen till att pågå även under våren 2010, efter önskemål från personalen i verksamheterna.

### ***11.2 Syfte och frågeställningar i utvärderingen av implementeringsmodellen***

Syftet med utvärderingen som presenteras i detta kapitel är att utifrån medarbetarnas och inspiratörernas perspektiv belysa Lärcenters implementeringsarbete och hur implementeringsmodellen praktiskt har fungerat.

Eftersom verktygen redan har funnits med i verksamheterna under flera år ingår även i utvärderingen att belysa hur medarbetarna och inspiratörerna uppfattar arbetet med alla de fem metodverktygen. Vidare belyses olika faktorer i medarbetarnas och inspiratörernas lärandemiljö som påverkat implementeringsarbetet. Slutligen problematiseras hur Lärcenter kan arbeta med att utveckla, eventuellt förändra och förbättra sin implementeringsmodell för framtiden. Syftet konkretiseras i följande frågeställningar:

- Hur uppfattar medarbetare och inspiratörer i de olika verksamheterna arbetet med de fem metodverktygen för en god demensvård?
- Hur upplever medarbetare och inspiratörer i de olika verksamheterna att implementeringen av det första metodverktyget – Levnadsberättelsen – har fungerat?
- Hur ser lärandemiljön ut i de olika verksamheter som arbetar enligt Lärcenters implementeringsmodell?
- Hur kan Lärcenter för en god demensvård arbeta vidare med att utveckla, eventuellt förändra och förbättra sin implementeringsmodell för framtiden?

### ***11.3 Modeller för kunskapsspridning för att främja lärande***

I detta tema finns en modell för den arbetsgång genom vilken de fem verktygen ett efter ett ska implementeras i några av verksamheterna (se figur 4.2). Trots att många i personalen redan känner till verktygen sedan tidigare, genom demensutbildning, vill alltså Lärcenter på detta sätt lyfta fram och förstärka dem

ytterligare, samt uppmana medarbetarna till att aktivt reflektera över och arbeta utifrån dem.

Dessutom finns ett nätverk av så kallade inspiratörer, en undersköterska eller ett vårdbiträde från varje arbetsplats som ingår i Lärcenter. Inspiratörernas uppgift är bland annat att vara länken mellan Lärcenter och sin arbetsplats i arbetet med implementeringen och att aktivt arbeta för att verktygen ska bli en naturlig del av personalens arbetssätt. De arbetsplatser som ingår i nätverket är ett antal demensboenden för yngre och äldre med demenssjukdom, dagverksamheter för personer med demenssjukdom, samt hemtjänstteam. Några arbetsplatser i Mjölby och Lingham finns representerade i nätverket men arbetar inte aktivt enligt implementeringsmodellen. Inom vård och omsorg i Linköpings kommun sker regelbundet upphandlingar av verksamheter vilket innebär att bilden över ansvariga utförare är i ständig förändring. Alla arbetsplatser har inte varit med från början i Lärcenter, ett par hemtjänstteam har till exempel kommit med helt nyligen och ett par demensboenden har kommit med för cirka ett år sedan.

Arbetet med implementering startade i september 2009 enligt modellen som innehåller en tidsplan för implementeringsarbetet. Efter introduktion av respektive verktyg skall det aktivt arbetas med verktyget på arbetsplatserna under ett par månaders tid. Därefter skall arbetet med verktyget utvärderas innan nästa verktyg introduceras. Det första verktyget som skulle implementeras var Levnadsberättelsen. Ganska snart kunde det konstateras att implementeringen av verktygen skulle komma att ta längre tid än beräknat.

## ***11.4 Teoretisk bakgrund - implementering och utvecklingsarbete i omsorgsarbete***

### ***Implementering***

Nutt (1986) beskriver implementering som något som används för att göra planerade förändringar i organisationer. En förändring kan endast överleva om det i samband med implementeringsarbetet också skapas miljöer där förändringarna kan överleva och slå rot. Implementering är de steg som vidtas för att detta ska kunna ske. Att formulera en strategi är svårt, skriver Hrebiniak (2006), men att få strategin att fungera och att implementera den i organisationen är ännu svårare. Oftast är det inte planeringen som brister när förändringsarbete misslyckas, utan själva utförandet – implementeringen – och ingen strategi kan lyckas utan ett effektivt implementeringsarbete. Ett misslyckat implementeringsarbete kan enligt Nutt (1986) bero på missförstånd eller olika åsikter om vilka fördelar förändringarna kommer att medföra, men också på att individer eller grupper på olika sätt gör motstånd mot implementeringen.

Svedberg (2007) skriver om att implementering innebär att förstå och lära sig nya saker, vilket tar både tid och kraft. Vidare har det i arbetslivssammanhang visat sig vara nog så krävande att omsätta idéer till handling, det vill säga genomförande. Implementeringsfasen behöver därför uppmärksammas vid planering av förändringsarbete. Att byta till ny teknik är ofta inte så svårt då detta endast kräver att individen lär in ny kunskap. Svårare är det att införa nya arbetssätt eftersom det involverar nya handlingsmönster, vilket också innebär att påverka individuella attityder och underliggande värderingar. Den svåraste förändringsprocessen är att förändra en grups förhållningssätt eller en organisationskultur. Förändring är en process som kräver en viss tid, dock är den olika beroende på vad som ska förändras/implementeras. Tyvärr glöms detta ofta bort och förändringen ges alldeles för kort tid.

Implementering innebär alltså förändringar av något slag och i allt förändringsarbete är lärande av något nytt centralt. Därför är implementering och förändring nära sammanknutna med det som Matthews (1999) benämner arbetsplatslärande eller lärande på arbetsplatsen. Matthews beskriver arbetsplatslärandet som oerhört komplext, där det måste tas hänsyn till många faktorer som påverkar lärandet. Exempel på sådana faktorer är i vilken typ av arbetsmiljö lärandet ska ske, hur snabbt förändringen ska ske samt vilken syn på lärande som finns i organisationen och hos individerna. I följande avsnitt problematiseras lärande inom den specifika arbetsmiljö och organisering som finns i omsorgsarbete.

### ***Några villkor för lärande***

För att kunna lära måste individer först vara medvetna om att de är okunniga och vad de är okunniga om (Svedberg, 2007). Denna självinsikt är en viktig del för att kunna fungera inom ett lärande socialt system, för att kunna bidra med kunskap och inte sprida okunnigheter. Denna personliga referensram innefattar bland annat erfarenheter, kunskaper, personliga förutsättningar, värderingar och attityder. Utbildare och lärare kan *lära ut* men det är endast individen själv som kan *lära in*, eftersom lärande är en form av inre konstruktion och skapande. Kunskap kan inte erhållas utan ansträngning och engagemang. Lärandet är kommunikativt i sin natur och sker i ett socialt sammanhang och som sammanhang räknas i detta fall själva arbetsplatsen med sina traditioner, kulturer, krav och möjligheter.

Lärandet kan inte ses som en skild aktivitet från arbetet och det finns många faktorer som hindrar och möjliggör villkoren för att lära (Ellström, 1992). En grundförutsättning för att lärande skall kunna ske är att det finns ett tydligt och uttalat mål. Det är målet i sin tur som styr syftet och hur handlingsplanen ska se ut för att nå målet. Moxnes (1984) skriver att för att maximera lärandet måste

först målen klargöras så bra och tidigt som möjligt. Motivation är en viktig del som främjar inläringen och för den enskilda individen kan det vara en tillräcklig faktor för att lära. Det finns många uttryck för motivationskraften i lärprocessen, några av dessa är: nyfikenhet, mål, kunskapsförstärkning, meningsfullhet, pengar och arbete. Vid lärande behöver individer dessutom få feedback. Denna ska ges regelbundet och handla om hur individen löser sina uppgifter och om resultat. En arbetsgrupp som får feedback blir mer effektiv och lyckas bättre med arbetsuppgifterna och dessutom trivs medlemmarna i gruppen bättre.

Ellström (2001) skriver om några centrala faktorer för att lärande och innovationer i organisationer ska bli verklighet. Bland dessa faktorer finner vi, förutom vikten av klara och tydliga mål, även att allt lärande och utvecklingsarbete bygger på en hög grad av delaktighet från alla som berörs av det samt att det finns tid och rum för arbetet med utvecklingsfrågor. Dessutom är ledningens aktiva stöd centralt och det måste finnas en kultur i organisationen som främjar lärande. När det gäller delaktighet skriver Ellström att ett framgångsrikt utvecklingsarbete inte får bli en uppgift för ett engagerat fåtal, utan det krävs ett brett engagemang och en hög delaktighet från de flesta anställda. Delaktighet måste finnas både i förankrandet och genomförandet samt i planerings- och beslutsprocessen för att ett utvecklingsarbete ska kunna få fäste. Resurser måste frisättas så att det finns tid för detta. Tid och rum måste avsättas och det gäller att organisera arbetet så att det både gynnar högt ställda verksamhetsmål och ett utvecklingsarbete och lärande. Ledningens aktiva stöd är centralt inte minst för att se till att rätt prioriteringar görs gällande sådana resurser. Lärande och förnyelse måste främjas i vardagen så att en verksamhetskultur som uppmuntrar kreativitet och kritiskt tänkande skapas.

### ***11.5 Utvärderingens genomförande***

För att kunna besvara utvärderingens frågeställningar ingår både medarbetarnas och inspiratörernas perspektiv för att kunna få en bredare förståelse och kunskap. En kombination av flera olika datainsamlingsmetoder har använts för att få en fylligare bild av resultatet, nämligen en enkätstudie som omfattar medarbetarna och en intervjustudie med inspiratörerna.

I urvalet av arbetsplatser som är anslutna till Lärcenter och nätverket med inspiratörer valdes de arbetsplatser bort som endast ingick i nätverket men inte arbetade utifrån implementeringsmodellen. Vidare valdes två hemtjänstteam bort, dels eftersom de helt nyligen kommit med i nätverket och därför ännu inte kommit så långt med implementeringen, dels eftersom dessa hemtjänstteam inte jobbar endast specifikt med dementa. Dessutom valdes en dagverksamhet som ingår i nätverket bort, på grund av att samtliga anställda där är antingen inspiratörer eller demensvårdsutvecklare. Demensvårdsutvecklarna är de

undersköterskor som även arbetar med att driva Lärcenter för en god demensvård och dessa känner så pass väl till verksamheten att deras medverkan skulle kunna ge en felaktig bild av hur implementeringsarbetet verkligen ser ut. De fem arbetsplatser som slutligen bedömdes vara aktuella för studien är fyra demensboenden samt en dagverksamhet för personer med demenssjukdom.

Studien bygger på två datainsamlingsmetoder: intervjuer med inspiratörerna och en enkätundersökning bland övriga medarbetare inklusive de vikarier som arbetat i verksamheten under den aktuella datainsamlingsveckan. Orsaken till att även ha med vikarier i undersökningen är att även deras åsikter och erfarenheter är viktiga för att kunna få förståelse för hur arbetet med de fem verktygen samt implementeringen av Levnadsberättelsen fungerar. Utifrån detta urval har sammanlagt 47 personer varit aktuella för att delta i enkätundersökningen.

Inspiratörerna är sammanlagt sju till antalet på de fem arbetsplatserna, två av arbetsplatserna har alltså två inspiratörer. En inspiratör per arbetsplats har intervjuats. På de två arbetsplatser där det finns två inspiratörer avgjorde slumpen urvalet.

Enkäten till medarbetarna innehåller först ett antal bakgrundsfrågor. Därefter omfattar enkäten tre delar. Den första innehöll allmänna frågor om Lärcenter och inspiratören, den andra handlade övergripande om alla fem metodverktygen och den tredje delen behandlade implementeringsfasen av metodverktyget Levnadsberättelsen. Enkäten omfattar, förutom bakgrundsfrågorna, 32 frågor med fasta svarsalternativ.<sup>20</sup>

Intervjun till inspiratörerna är delvis uppbyggd efter samma mönster som enkäten men med huvudfokus på inspiratörens roll och arbetet med implementeringsmodellen, och innehåller fyra bakgrundsfrågor samt 18 frågor som behandlade rollen som inspiratör, arbetet med de fem verktygen samt implementeringsmodellen och arbetet med Levnadsberättelsen.

Datainsamling genomfördes under en vecka i april 2010. Enkäterna och intervjuerna genomfördes parallellt. Av de 47 medarbetare som varit aktuella för att fylla i enkäten erhöles svar från 41, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 87 procent. Det interna bortfallet var försumbart. Av de fem planerade intervjuerna genomfördes samtliga, vilket ger en svarsfrekvens på 100 procent.

---

<sup>20</sup> Svartalternativen var numrerade från 1-5 där nummer 1 benämndes ”instämmer inte alls” och nummer 5 benämndes ”instämmer helt”. Svartalternativen 2-4 benämndes inte alls. Frågorna formulerades som påståenden.



## ***11.6 Medarbetarnas uppfattningar om implementeringen***

I detta avsnitt presenteras resultatet från den enkät som 41 medarbetare på fem berörda arbetsplatser fyllt i. Resultatet redovisas i tabeller i form av det medelvärde (*m*) som frågan fått på den Likert-skala från 1-5, samt standardavvikelsen (*s*) för respektive fråga. Två statistiska signifikansprövningar har också genomförts mellan grupperna ”tillsvidareanställda” och ”vikarier” samt mellan grupperna ”vårdbiträden” och ”undersköterskor” på samtliga frågor, för att se om dessa grupper skiljer sig åt. I de fall då signifikanta skillnader förekommit redovisas detta i löpande text i anslutning till tabellerna. Dessutom sammanfattas resultaten av dessa t-tester i tabellerna 11.9 och 11.10 sist i detta avsnitt.

### ***Bakgrundsfrågor***

Medelåldern i den tillfrågade gruppen är cirka 43 år. 29 personer har uppgett att de är tillsvidareanställda och elva att de är vikarier. Av dem som svarat på frågan om befattning uppger nio att de är vårdbiträden, 30 att de är undersköterskor och 1 har kryssat i alternativet ”annat”. Medelvärdet för antal tjänsteår inom yrket är cirka fjorton år och motsvarande värde för antal tjänsteår inom just demensvård är cirka sju år. 34 personer har helt eller delvis genomgått demensutbildning steg ett, två och tre.

### ***Medarbetarnas uppfattningar om Lärcenter och inspiratörerna***

I detta avsnitt redovisas medarbetarnas uppfattningar om Lärcenter och inspiratörerna, dvs. den första delen av enkäten.

*Tabell 11.1. Allmän kännedom om Lärcenter och inspiratören.*

<b>Påstående</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
1. Jag känner till att det finns ett Lärcenter för god demensvård i Linköping	4,70	0,69
2. Jag känner till vem som har funktionen som inspiratör på min arbetsplats	4,68	0,94
3. Jag anser att ”min” inspiratör kan avsätta den tid som behövs för uppdraget	3,74	1,41

Resultatet visar att kännedomen om Lärcenter och om vem som är inspiratör på arbetsplatsen är hög, 4,70 respektive 4,68. I signifikanstestet skiljde sig dock resultatet angående kännedom om Lärcenter åt mellan grupperna tillsvidareanställda och vikarier. Bland tillsvidareanställda var medelvärdet 4,93, medan det bland vikarierna låg på 4,09. Ett något lägre medelvärde kan konstateras på påståendet som handlar om den tid inspiratören avsätter för sitt uppdrag. Ett medelvärde på 3,74 visar att ganska många anser att inspiratörerna kan avsätta den tid de behöver för att kunna sköta sitt uppdrag.

### **Medarbetarnas uppfattningar om arbetet med metodverktygen**

I detta avsnitt presenteras medarbetarnas uppfattningar om arbetet med metodverktygen, dvs. den andra delen i enkäten.

*Tabell 11.2. Medarbetarnas uppfattningar om arbetet med de fem metodverktygen.*

<b>Påstående</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
2. Min uppfattning är att jag regelbundet använder mig av följande metodverktyg i mitt arbete med vårdtagarna:		
a) Levnadsberättelsen	4,07	,85
b) Bemötande metoder	4,49	,71
c) Beröringsmassage	3,56	1,18
d) Reminiscens	3,83	1,06
e) Musik och dans	4,05	1,00

Resultatet visar att medarbetarnas uppfattning är att de använder sig av alla de fem metodverktygen för en god demensvård som Lärcenter arbetar utifrån. Flitigast används verktyget Bemötande metoder, som erhåller ett medelvärde på 4,49. Därpå följer Levnadsberättelsen tätt följd av Musik och dans. Reminiscens används i någon mindre utsträckning. Lägst medelvärde får Beröringsmassage med ett medelvärde på 3,56. En signifikant skillnad mellan grupperna vårdbiträden och undersköterskor fanns på fråga 2b. Vårdbiträdenas medelvärde låg på 4,89 medan undersköterskornas låg på 4,40.

*Tabell 11.3. Medarbetarnas uppfattningar om syfte, mål, material och tid.*

<b>Påstående</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
3. Jag upplever att syfte och mål med de fem verktygen är tydligt	4,29	,79
4. Det finns material på min arbetsplats för att kunna underlätta arbetet med de fem verktygen	3,95	,87
5. Jag upplever att jag har den tid jag behöver för att arbeta enligt de fem verktygen.	2,97	1,13

Här kan konstateras att syfte och mål med verktygen upplevs vara tydliga då påståendet får ett medelvärde på, 4,29. Här finns dock en signifikant skillnad mellan grupperna tillsvidareanställda och vikarier, där medelvärdet för tillsvidareanställda hamnar på 4,54 medan motsvarande värde för vikarier ligger på 3,50. Många av medarbetarna upplever att de har material till hjälp på sin arbetsplats, medelvärdet ligger på 3,95, medan färre anser sig ha den tid de behöver för att arbeta enligt verktygen. Här erhålls ett medelvärde på strax under 3, vilket skulle kunna tyda på att medarbetarna upplever att tiden inte alltid räcker till fullt ut.

*Tabell 11.4. Medarbetarnas uppfattningar om stöd i arbetet med metodverktygen.*

<b>Påstående</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
6. Jag upplever att jag har stöd i mitt arbete med de fem verktygen av:		
a) Kollegor	4,25	,93
b) Inspiratören	4,23	1,01
c) Chefen	3,88	,99
d) Anhöriga till vårdtagarna	3,60	1,15
e) Lärcenter för en god demensvård	4,18	,96

Ovanstående tabell visar att stödet för arbetet med verktygen upplevs vara relativt stort bland medarbetarna i de olika verksamheterna. Störst stöd upplever de att de har av sina kollegor, sin inspiratör och Lärcenter, samtliga dessa har medelvärden på strax över 4 på skalan. Här finns dock en signifikant skillnad mellan grupperna tillsvidareanställda och vikarier när det gäller det upplevda stödet från Lärcenter. Medelvärdet för gruppen tillsvidareanställda hamnar här på 4,34, medan motsvarande medelvärde för vikarierna ligger på 3,60. Stödet från chefen erhåller ett medelvärde nära 4, medan stödet från anhöriga till vårdtagarna upplevs vara något lägre med ett medelvärde på 3,60.

*Tabell 11.5. Effekter av metodverktygen på det egna arbetet.*

<b>Påstående</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
7. Jag anser att arbetet med de fem verktygen har gjort mitt arbete...		
a) ...lättare	4,08	,94
b) ...roligare	4,13	,85
c) ...mer utvecklande för mig som person	4,20	,85
d) ...mer varierande	4,13	,88

De flesta av medarbetarna upplever att de fem metodverktygen gör deras arbete både lättare, roligare, mer utvecklande och mer varierande. Medelvärden på över 4 på samtliga dessa ger en samstämmig bild av att personalen trivs med och känner sig motiverade att arbeta med verktygen.

*Tabell 11.6. Yrkesroll, delaktighet och vårdtagarnas behov.*

<b>Påstående</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
8. Jag anser att arbetet med de fem verktygen stärker mig i min yrkesroll	4,20	,75
9. Jag har haft möjlighet att aktivt vara delaktig i hur jag ska arbeta praktiskt med verktygen i min vardag	3,68	,93
10. Jag anser att denna möjlighet till aktiv delaktighet är viktig för mig.	4,27	,78
11. Jag anser att de fem metodverktygen har ökat mina förutsättningar att tillgodose vårdtagarnas behov.	4,33	,66

Ett medelvärde på 4,20 tyder på att många medarbetare tycker att arbetet med de fem metodverktygen för en god demensvård stärker dem i deras yrkesroll. Här finns dock en signifikant skillnad mellan grupperna tillsvidareanställda och vikarier, där medelvärdet för tillsvidareanställda ligger på 4,34 medan motsvarande medelvärde för vikarierna hamnar på 3,82.

Medarbetarna anser i relativ hög grad att de haft möjlighet att vara delaktiga i hur de ska arbeta med verktygen i sin vardag, men i ännu högre grad anser de att möjligheten till delaktighet är viktig för dem. Medelvärdena för dessa frågor ligger på 3,68 respektive 4,27. Många är överens om att arbetet med de fem metodverktygen ökar deras förutsättningar att tillgodose vårdtagarnas behov, här hamnar medelvärdet på 4,33.

### ***Medarbetarnas uppfattningar om implementeringsarbetet***

I detta avsnitt redovisas medarbetarnas uppfattningar om implementeringsarbetet, dvs. den tredje delen i enkäten.

*Tabell 11.7. Medarbetarnas uppfattningar om implementeringsarbetet.*

<b>Påstående</b>	<b>m</b>	<b>s</b>
12. Jag känner till att det har arbetats aktivt med metodverktyget <i>Levnadsberättelsen</i> sedan 2009.	4,46	,90
13. Jag upplever att syfte och mål med metodverktyget <i>Levnadsberättelsen</i> är tydligt	4,46	,81
14. Jag upplever att jag har den tid jag behöver för att arbeta med <i>Levnadsberättelsen</i>	3,27	,95

När det gäller arbetet enligt Lärcenters implementeringsmodell, som hittills omfattat arbete med metodverktyget *Levnadsberättelsen*, så har kännedomen om detta arbete ett medelvärde på 4,46. Dock finns en signifikant skillnad mellan grupperna tillsvidareanställda och vikarier i denna fråga. Medelvärdet för tillsvidareanställda ligger på 4,83, medan motsvarande siffra för vikarier ligger på 3,64. Syftet och målet med arbetet med *Levnadsberättelsen* upplevs som tydligt enligt medelvärdet, som ligger på 4,46. Även här finns dock en signifikant skillnad mellan grupperna tillsvidareanställda och vikarier, där medelvärdet för tillsvidareanställda hamnar på 4,79 medan motsvarande siffra för vikarierna ligger på 3,64. När det gäller upplevelsen av att ha tillräckligt med tid till arbetet med *Levnadsberättelsen* finner vi ett medelvärde på 3,27.

Tabell 11.8. Medarbetarnas delaktighet i implementeringen av Levnadsberättelsen.

Påstående	m	s
15. Jag upplever att jag har varit delaktig i arbetet med <i>Levnadsberättelsen</i> genom att:		
a) Skriva <i>Levnadsberättelse</i>	2,73	1,72
b) Läsa <i>Levnadsberättelser</i> som andra har skrivit	4,10	,97
c) Diskutera och reflektera över <i>Levnadsberättelser</i> tillsammans med mina arbetskamrater	3,60	1,45
d) Diskutera och reflektera över <i>Levnadsberättelser</i> tillsammans med vårdtagares anhöriga	2,68	1,56
e) Använda mig praktiskt av <i>Levnadsberättelsen</i> i kontakten med vårdtagaren	3,80	1,09

Ovanstående fråga handlar om hur delaktiga medarbetarna upplever att de varit i själva implementeringsarbetet när det gäller *Levnadsberättelsen*. Här kan vi se att det högsta medelvärdet hamnar på strax över 4 och gäller att läsa *Levnadsberättelser* som andra har skrivit. Därefter följer att använda sig praktiskt av *Levnadsberättelsen*, med ett medelvärde på strax under 4. Något färre upplever att de varit delaktiga genom att diskutera och reflektera tillsammans med sina arbetskamrater, medelvärdet hamnar på 3,60. Att skriva *Levnadsberättelser* och att diskutera dem tillsammans med vårdtagarens anhöriga får betydligt lägre medelvärden, 2,73 respektive 2,68.

Det ena t-testet visade på signifikanta skillnader mellan grupperna tillsvidareanställda och vikarier på samtliga dessa frågor utom 15e. När det gäller att skriva *Levnadsberättelser* ligger medelvärdet för tillsvidareanställda på 3,24 medan vikarierna har ett så lågt medelvärde som 1,20. Medelvärdet för att läsa *Levnadsberättelser* ligger på 4,34 för tillsvidareanställda och 3,45 för vikarierna. Att diskutera och reflektera med arbetskamrater får ett medelvärde på 4,11 för tillsvidareanställda och 2,27 för vikarier, medan att diskutera och reflektera tillsammans med vårdtagarens anhörig får medelvärdet 3,14 för tillsvidareanställda och 1,64 för vikarier.

### ***Signifikanta skillnader mellan vikarier och tillsvidareanställda samt mellan vårdbiträden och undersköterskor***

De signifikanta skillnader som framkommit mellan tillsvidareanställda och vikarier samt mellan vårdbiträden och undersköterskor sammanfattas i tabellen nedan.<sup>21</sup> Medelvärdena för de olika grupperna presenteras i varsin spalt, med standardavvikelsen för respektive grupp inom parentes.

<sup>21</sup> I tabellen står *t* för t-värde, *s* för standardavvikelse, *fg* för frihetsgrader och *p* anger signifikansnivå på antingen < .05, < .01 eller < .001.

Tabell 11.9. Signifikanta skillnader mellan grupperna tillsvidareanställda och vikarier.

Påstående	m (s) tillsv.	m (s) vikarier	(fg) t	p
1. Jag känner till att det finns ett Lärcenter för en god demensvård i Linköping	4,93 ( ,37)	4,09 ( ,94)	(11,20) 2,87	<0,05
3. Jag upplever att syfte och mål med de fem verktygen är tydligt	4,54 ( ,69)	3,50 ( ,53)	(20,89) 4,89	<0,001
6. Jag upplever att jag har stöd i mitt arbete med de fem verktygen av: e) Lärcenter för en god demensvård	4,34 ( ,97)	3,60 ( ,70)	(21,91) 2,61	<0,05
8. Jag anser att arbetet med de fem verktygen stärker mig i min yrkesroll	4,34 ( ,77)	3,82 ( ,60)	(23,01) 2,28	<0,05
12. Jag känner till att det har arbetats aktivt med metodverktyget Levnadsberättelsen sedan 2009.	4,83 ( ,47)	3,64 (1,12)	(11,35) 3,42	<0,01
13. Jag upplever att syfte och mål med metodverktyget Levnadsberättelsen är tydligt	4,79 ( ,49)	3,64 ( ,92)	(12,21) 3,94	<0,01
15. Jag upplever att jag har varit delaktig i arbetet med Levnadsberättelsen genom att:				
a) Skriva Levnadsberättelse	3,24 (1,70)	1,20 ( ,63)	(36,65) 5,45	<0,001
b) Läs Levnadsberättelser som andra har skrivit	4,34 ( ,81)	3,45 (1,13)	(14,14) 2,39	<0,05
c) Diskutera och reflektera över Levnadsberättelser tillsammans med mina arbetskamrater	4,11 (1,23)	2,27 (1,19)	(18,87) 4,29	<0,001
d) Diskutera och reflektera över Levnadsberättelser tillsammans med vårdtagares anhöriga	3,14 (1,55)	1,64 ( ,92)	(30,40) 3,75	<0,01

Tabell 11.10. Signifikanta skillnader mellan grupperna vårdbiträden och undersköterskor.

Påstående	m (s) vård- biträde	m (s) under- sköterska	(fg) t	p
2. Min uppfattning är att jag regelbundet använder mig av följande metodverktyg i mitt arbete med vårdtagarna: b) Bemötande metoder	4,89 ( ,33)	4,40 ( ,77)	(31,71) 2,73	<0,05

## ***11.7 Inspiratörernas uppfattningar om implementeringen***

I detta avsnitt redovisas de resultat som framkommit av intervjuerna med inspiratörerna. De frågor som ställts till inspiratörerna har berört deras bakgrund, rollen som inspiratör, arbetet med de fem verktygen, arbetet med implementeringen av Levnadsberättelsen samt tankar och idéer inför framtiden.

### ***Bakgrundsfrågor***

Alla intervjupersoner är undersköterskor, utom en som håller på att utbilda sig till undersköterska vid datainsamlingstillfället. De har mellan 13 och 39 års erfarenhet av vårddyrket och i just demensvården har de arbetat mellan 11 och 25 år. Fyra av dem har gått demensutbildning steg ett, två och tre som Lärcenter bedrivit, samt en 7,5-poängskurs i demensvård på universitetet. Den femte har inte gått dessa kurser, men har istället deltagit i annan kompetensutveckling om demens under ett halvårs tid.

### ***Inspiratörsrollen***

På frågan hur de fick sitt uppdrag som inspiratör svarar alla att de blev tillfrågade av sin chef. Ingen visste direkt vad det innebar när de blev tillfrågade men några berättar att de tackade ja för att de var intresserade av och nyfikna på att få vara med i Lärcenters arbete och av att få vara med och bygga upp någonting. En intervjuperson uttrycker att hon mer eller mindre blev tilldelad uppdraget av chefen och att det inte direkt var ett aktivt val från hennes sida att bli inspiratör. Flera vittnar om att det var lite svårt i början att komma in i arbetet. Alla intervjupersoner trivs dock med det idag, de känner sig motiverade i arbetet och tycker att nätverket är bra och att rollen som inspiratör är givande. En person uttrycker dock att det kan vara lite svårt ibland att inneha rollen som inspiratör, då den bland annat innebär att vara den som säger till eller tar en diskussion med sina medarbetare om de gjort något som inte blev så bra. Hon menar att det kan vara svårt att göra det på ett bra sätt utan att såra personen det gäller och att det ibland känns som en balansgång.

Det finns en arbetsbeskrivning för inspiratörerna som Lärcenter för en god demensvård har tagit fram i samråd med nätverket. Denna beskriver inspiratörens funktion och arbetsuppgifter. Alla intervjupersoner vet att den finns och några har varit delaktiga i arbetet med att formulera den. Arbetsbeskrivningen har varit uppe till diskussion och nyligen formulerats om något, efter önskemål från inspiratörerna. Alla intervjupersonerna har inte hunnit se den senaste versionen av arbetsbeskrivningen, men de flesta säger sig i stort sett vara nöjda med hur den ser ut.

Inspiratörerna har ingen särskild avsatt tid för sitt arbete, utan får använda den tid som finns över i den ordinarie verksamheten. Flera av intervjupersonerna uttrycker att det inte är ett jättestort problem, eftersom mycket av inspiratörens arbete går ut på att stötta sina medarbetare i arbetet med verktygen i vardagen.

Då faller det sig naturligt när det fungerar att jobba med dem och det är inte så att det tar en massa extra tid direkt. En av intervjupersonerna beskriver hur hon tänker kring detta:

*”...det är inget jag tänker på när jag går upp på morgonen att nu är jag inspiratör och att vad ska jag göra idag... näe det gör jag ju egentligen inte...”*

Visst kan det variera lite med vårdtyngden och vissa dagar händer det saker som gör att andra uppgifter får vänta men i stort sett tycker våra intervjupersoner att de hinner med sitt uppdrag. Personalmötena används till diskussioner och till detta kan det behövas viss förberedelsestid, samt att mail ska kollas och så vidare, men intervjupersonerna tycker inte att det är en så stor belastning att hinna med dessa uppgifter. När de behöver åka iväg på sina nätverksträffar får de pussla ihop det så att det fungerar att de är borta, så att de slipper ta av sin fritid för uppdraget och det brukar fungera. Ett par av intervjupersonerna uttrycker att de gärna skulle vilja ha mer tid för uppdraget, för att kunna göra mer av det och kunna göra det där lilla extra för någon. Endast en av intervjupersonerna uttrycker att hon inte har den tid hon behöver för sitt uppdrag:

*”...det skulle behövas lite mer /.../ som när vi börjar med levnadsberättelsen så vill man ju gärna va insatt i liksom, vad är det vi vill göra, det har ju inte funnits riktigt den tiden utan där har man ju fått plocka under tiden...”*

Dock är det ju en del praktiska saker som inspiratörerna har ansvar för, bland annat ska de upprätta och uppdatera en bokhylla på sin arbetsplats. I denna bokhylla ska det finnas material till stöd för personalen i deras arbete med de fem metodverktygen och nytt material ska in där i samband med att implementeringen av ett nytt verktyg startar upp. När det gäller tiden för uppdraget är detta den uppgift som flera av intervjupersonerna berättar att de ännu inte riktigt hunnit med. På två av arbetsplatserna finns bokhyllan inte alls, på en håller de på och fyller den med material och på ytterligare en arbetsplats finns materialet på plats men de har inte hunnit gå igenom det och börja använda det.

*”...vi fick ju ut just det vad den skulle innehålla och vad det ska finnas i den och så... och det är ju ett par veckor sedan så det borde jag ju ha tittat lite närmre på men det har jag inte så ja... men det är mer att det ligger på mig då att jag inte har gjort det...”*

Endast en av arbetsplatserna arbetar aktivt med bokhyllan och de har valt att göra det på sitt eget sätt, utifrån sina förutsättningar och med delvis eget material, medan flera av de andra verkar invänta instruktioner från Lärcenter.



*”...vi har gjort våran bokhylla och gjort i ordning den och/.../den är inte så stor för vi har ju så lite om plats här då... så vi har gjort vad vi har kunnat och så har vi samlat ihop och skrivit ner vad den innehåller, bokhyllan då... men sen är det säkert lite kvar...”*

Intervjupersonerna upplever alla att de har stöd från sina medarbetare, från nätverket och från Lärcenter i sitt arbete som inspiratör. Alla arbetar tillsammans med verktygen på arbetsplatsen och behöver de hjälp så går det alltid att vända sig till Lärcenter. Flera berättar om ett arbetsplatsutbyte som inspiratörerna påbörjat, där de åker och arbetar tillsammans med en annan inspiratör på dennes arbetsplats under exempelvis en förmiddag. De som nämner arbetsplatsutbytet tycker att det är positivt att få komma till en annan arbetsplats och se hur det jobbas med verktygen där och hur den inspiratören tänker, eftersom det är lätt att bli hemmablind i sin egen verksamhet. När det gäller stöd från sin chef i arbetet som inspiratör uttrycker de flesta att de har det medan en tycker att det är lite för lite stöd från chefshåll och att det borde vara mer.

Stödet från anhöriga till vårdtagarna är det lite sämre med menar våra intervjupersoner. Det har varit träffar för anhöriga i Lärcenters regi och några berättar att anhöriga som varit med på dem har tyckt att de var bra. Dock tycker de att det är lite oklart hur mycket som nått fram och att anhöriga överlag inte är särskilt insatta i det arbete som personalen gör med verktygen. Ett par av intervjupersonerna menar att de anhöriga har så mycket annat att tänka på. Den mesta informationen om arbetet med verktygen når anhöriga via deras kontaktperson som är någon i personalgruppen. Ingen tror direkt att anhöriga känner till vem som är inspiratör på arbetsplatsen.

### ***Inspiratörernas syn på arbetet med de fem metodverktygen***

Samtliga intervjupersoner tycker att syfte och mål med de fem metodverktygen, Levnadsberättelsen, Bemötande metoder, Beröringsmassage, Reminiscens samt Musik och dans, är tydliga och bra. Alla intervjupersonerna är överens om att verktygen är bra och att arbetet med verktygen ökar personalens förutsättningar att tillgodose vårdtagarnas behov om de används på rätt sätt.

Flera av intervjupersonerna säger att de här verktygen egentligen är det arbetssätt som de alltid haft, mer eller mindre, så verktygen är i sig egentligen inte något nytt eller svårt och de känns inte konstiga eller främmande på något vis. Detta arbetssätt betraktas som väl förankrat och ett naturligt sätt att arbeta med just dementa. Däremot tycker intervjupersonerna att det är väldigt bra att få ett namn på det och att få bekräftat att just detta arbetssätt är bra. Även om alla egentligen kan och känner till de här sakerna, är det bra att hela tiden bli påmind om dem och det går alltid att lära sig nya saker och att arbeta med verktygen på ett nytt och annorlunda sätt. Så här uttrycker sig en av intervjupersonerna:

*”...det är ett bra sätt att jobba alltså vi har ju alltid jobbat så här men det är ju bra att få sig en tankeställare att... ja men så här ska vi göra så får man ju... en push alltså det är ju så här det ska va...”*

En av intervjupersonerna säger att hon tycker att arbetet med verktygen och i nätverket stärker henne i hennes yrkesroll. De övriga nämner inte detta rent ut.

Alla intervjupersonerna tycker att de har möjlighet att använda sig av verktygen på det sätt som passar just dem i just deras verksamhet. Det är lite varierande typer av verksamhet med olika inriktning och förutsättningarna ser olika ut på arbetsplatserna. Vissa har stora möjligheter till utomhusvistelse och aktiviteter medan andra inte har det, personaltätheten skiljer sig lite åt och grupperna av vårdtagare är olika stora. Dessutom anpassas mycket av arbetet utifrån verktygen efter individen, vilket innebär att när det kommer en ny boende får de börja om från början med den personen. Någon nämner att vårdtyngden varierar och därmed varierar också möjligheten och tiden de har att arbeta med verktygen. En annan nämner att det är olika tider på dagen då det finns mer eller mindre tid. Intervjupersonerna känner att de är delaktiga i och kan påverka hur verktygen ska användas just i den verksamhet och på den arbetsplats där de jobbar.

### ***Inspiratörernas syn på arbetet med implementeringen***

När det gäller själva arbetet med implementeringen av verktygen och den implementeringsmodell som Lärcenter arbetar efter, är alla intervjupersonerna överlag nöjda. De tycker att det är ett bra sätt att arbeta med att föra in verktygen naturligt i vardagen och de säger att de har lärt sig mycket av arbetet. Trots att de, som tidigare nämnts, alltid mer eller mindre har arbetat på det här sättet, anser de ändå att det behöver pratas om och arbetas aktivt med det hela tiden och att det är bra att detta lyfts fram.

När det gäller just Levnadsberättelsen, som är det enda verktyg som hittills hunnits med i implementeringsmodellen, var det så att det tog längre tid än det från början var planerat. Flera av intervjupersonerna uttrycker att den tiden behövdes och att det var bra att de fick förlängt så att de hann jobba färdigt. Just med Levnadsberättelsen kan det ta tid eftersom anhöriga måste involveras, det ska hinnas med möten och de måste få tid på sig att skriva ner det som de kommer på. Alla anhöriga vill inte lämna Levnadsberättelsen, de har olika anledningar till varför. På vissa arbetsplatser fanns det redan Levnadsberättelser, men en av intervjupersonerna berättar att dessa skulle skrivas om på arkivpapper och att anhöriga då åter måste involveras. En av intervjupersonerna väljer också att problematisera arbetet med Levnadsberättelsen genom att resonera kring det faktum att det inte alltid är lämpligt att dra upp allt gammalt heller, det kan vara

jobbigt både för anhöriga och vårdtagare att börja rota i det som varit och som kanske varit svårt eller jobbigt.

Eftersom tiden blev förlängd känner nu alla våra intervjupersoner att de hunnit slutföra arbetet med Levnadsberättelsen och nu verkar de flesta tycka att det börjar bli dags att gå vidare med nästa verktyg. Tidsplanen i implementeringsmodellen kan vara svår att förutse, det kan ju vara så att verktygen tar olika lång tid att implementera. Intervjupersonerna uppskattar att Lärcenter var flexibla när de signalerade att tiden inte räckte till. En person nämner dock att det är en svår balansgång, det här med tiden:

*”...då tror jag inte det blir nån kvalité om det är för kort, det tror jag inte... då kan det bli lite stressigt, då blir det bara nä usch jag orkar inte, måste vi hålla på med det här, det är lätt att det blir så... för personalen/.../ sista tiden nu, kanske sista månaden... det är väl att man har sagt åh, ska vi hålla på med den där levnadsberättelsen än... vad vi har ältat den... så vi är nog färdiga nu...”*

### ***Hinder och möjligheter, förändring och förbättring***

I det vidare arbetet med implementeringen har intervjupersonerna lite olika tankar kring hinder och möjligheter för framtiden. Ingen av intervjupersonerna har egentligen några konkreta idéer eller förslag eftersom de överlag verkar mycket nöjda med det som finns idag. En av intervjupersonerna betonar dock chefens roll i implementeringsarbetet. Hon menar att chefen måste vara mer aktiv med att formulera syfte och mål samt hjälpa till att driva på implementeringsarbetet. Ytterligare en intervjuperson uttrycker att det är viktigt att få klara direktiv om hur hon ska tänka och arbeta med nästa verktyg, men syftar då på Lärcenter och inte på chefen.

*”...då får man ju säkert nån... ide från demensutvecklarna/.../hur man ska... alltså hur man liksom ska göra med det... det tror jag, det kan jag tänka mig... hur man ska tänka kring det och då får vi säkert en viss tid då/.../och kanske gör någon, har en viss period då och ska man göra en utvärdering så måste det ju bli...”*

Ett par av intervjupersonerna efterlyser föreläsningar. Dels föreläsningar för personalen, gärna med karismatiska föreläsare att inspireras av, dels fler föreläsningar för anhöriga så att även de förstår syftet med verktygen och att personalen jobbar så mycket med dem.

Tiden är viktig för några, det måste få ta den tid det tar och ändå inte bli för lång tid för varje verktyg. Det är svårt att förutsäga hur lång tid varje verktyg kommer att ta och därför är tidsplanen alltid ett bekymmer och en svår

balansgång. Några direkta idéer om lösning på det problemet framkommer inte under intervjuerna.

En av intervjupersonerna har valt att kombinera sin inspiratörsroll med arbetsuppgiften som ansvarig för kultur och fritid, en uppgift som hon delar med ytterligare en person på sin arbetsplats. Hon tycker att dessa roller fungerar bra tillsammans. Ytterligare en möjlighet som nämns är att det till exempel går att jobba med Levnadsberättelsen som underlag för aktiviteter, att ordna aktiviteter som bygger på en persons levnadsberättelse för samtliga boende och på så sätt stärka den person vars levnadsberättelse används.

Intervjupersonerna resonerar en del kring de praktiska hinder som hittills uppstått, i samband med arbetet med Levnadsberättelsen. Bland annat nämner ett par av dem att Levnadsberättelsen betraktas som en journalhandling och måste vara inlåst, vilket försvårar arbetet med dem. Det är svårt att hålla alla berättelser i huvudet, de skulle vilja ha dem framme. Det faktum att de är inlåsta gör också att all personal inte ens har tillgång till dem och då är det ju svårt att jobba efter dem. Dessutom återkommer flera till problematiken kring att de inte får in Levnadsberättelser från alla och att anhöriga inte förstår hur viktigt det är för personalen att ha dem. Här har dock en av intervjupersonerna en lösning som kan ge åtminstone något:

*”...sen lär ju vi känna personen och då kan ju vi skriva upp lite själva och så och... för det gör vi ju och sen så... kan ju... anhöriga komma hit och prata så kan vi ju komplettera för det är ju det kommer ju upp saker hela tiden...”*

## ***11.8 Sammanfattning och avslutande kommentarer***

Resultaten visar på både likheter och skillnader mellan de uppfattningar som förmedlas från medarbetare och inspiratörer om arbetet med de fem metodverktygen och därmed om förutsättningarna för implementering och lärande. Nedan sammanfattas resultaten genom att besvara de tre första frågeställningar som ställts i detta kapitel.

### ***Hur uppfattar medarbetare och inspiratörer i de olika verksamheterna arbetet med de fem metodverktygen för en god demensvård?***

Kännedomen om Lärcenter och om vem som är inspiratör på arbetsplatsen är hög bland medarbetarna men vikarierna har en något lägre kännedom om Lärcenter. Medarbetare och inspiratörer har en gemensam upplevelse av att syfte och mål med de fem verktygen är tydliga, dock är denna upplevelse signifikant lägre bland vikarierna än bland tillsvidareanställda.

Medarbetare och inspiratörer förmedlar en gemensam uppfattning om att alla de fem metodverktygen används regelbundet i verksamheten. Många av medarbetarna och alla inspiratörer utom en har deltagit helt eller delvis i demensutbildning steg ett, två och tre där de fem verktygen har funnits med. Dessutom framkom av både enkäter och intervjuer att många medarbetare gått vidareutbildning inom demensvård på högskolenivå och även där berört dessa verktyg. Inspiratörerna förmedlar att de fem verktygen inte upplevs som något konstigt eller helt nytt eftersom de alltid arbetat mer eller mindre efter dem, men att det är bra att metoderna har fått ett namn och att bli påmind om att de finns.

Medarbetarna anser i stor utsträckning att arbetet med de fem verktygen har gjort deras arbete både lättare, roligare, mer utvecklande och mer varierande. De anser vidare att de fem metodverktygen stärker dem i deras yrkesroll. Här finns dock en signifikant skillnad mellan vikarier och tillsvidareanställda, där vikarierna har ett lägre medelvärde. Både medarbetare och inspiratörer anser att de fem metodverktygen ökar deras möjligheter att tillgodose vårdtagarnas behov. Inspiratörerna säger att de anser sig ha möjlighet att anpassa arbetet med de fem verktygen på ett sätt som passar just deras arbetsplats.

***Hur upplever medarbetare och inspiratörer i de olika verksamheterna att implementeringen av det första metodverktyget – Levnadsberättelsen – har fungerat?***

Medarbetarna förmedlar via enkäten att de har en god kännedom om att det arbetas aktivt med Levnadsberättelsen på deras arbetsplats. Dock finns där en signifikant skillnad mellan tillsvidareanställda och vikarier. Vikarierna känner i lägre utsträckning till detta arbete. Syfte och mål med metodverktyget Levnadsberättelsen upplevs som mindre tydliga av vikarierna.

I intervjuerna framkom att tiden för arbetet med Levnadsberättelsen blev förlängd utifrån medarbetarnas och inspiratörernas önskemål och det upplevdes som positivt. Tidsplanen för implementeringsarbetet är en svår balansgång, där inspiratörerna förmedlar vikten av att ha lagom med tid – inte för lite och inte för mycket. Att förutsättningarna ser lite olika ut på olika arbetsplatser kan enligt inspiratörerna också påverka.

Bokhyllan är en del av implementeringsmodellen och skulle alltså ha ”riggats” med aktuellt material i samband med att implementeringsarbetet med Levnadsberättelsen startade. När det gäller frågan om material på arbetsplatsen som underlättar arbetet med metodverktygen, skiljer sig svaren åt mellan medarbetare och inspiratörer. Medarbetarna verkar i högre utsträckning än inspiratörerna anse att det trots allt finns material på arbetsplatsen. Inspiratörerna har förmedlat att de inte hunnit med att ta fram material i den

utsträckning som de önskar och endast en arbetsplats har en fullt fungerande bokhylla som används.

### ***Hur ser lärandemiljön ut i de olika verksamheter som omfattas av Lärcenters implementeringsmodell?***

Stödet från kollegor och chef i arbetet med de fem verktygen upplevs som relativt stort av både medarbetare och de flesta inspiratörer. Medarbetarna uppger även att de känner ett stort stöd från inspiratörerna. Det finns dock vissa skillnader i uppfattningen om stöd från anhöriga till vårdtagarna. Medarbetarna skattar detta stöd som ganska högt i jämförelse med inspiratörerna, som även förmedlar en bild av att anhöriga är väldigt lite insatta i arbetet med verktygen. Inspiratörerna uttalar att de känner ett stort stöd från Lärcenter och inspiratörsnätverket i sitt arbete. Även medarbetarna har skattat stödet från Lärcenter högt. Däremot finns här skillnader mellan vikarier och tillsvidareanställda, där vikarierna känner mindre stöd.

När det gäller delaktighet i planeringen av implementeringen har inspiratörerna en viss möjlighet till detta via nätverksträffarna. Här har de till exempel fått vara med och ta fram arbetsbeskrivningen för inspiratörer och de har även fått gehör för sina önskemål om utökad tid för arbetet med Levnadsberättelsen. Själva implementeringsmodellen är dock framtagen av Lärcenter.

Medarbetarnas delaktighet handlar mer om att arbeta praktiskt med själva verktygen på sin respektive arbetsplats och här känner de sig i ganska hög grad delaktiga. Dock anser medarbetarna i ännu högre grad att möjligheten till aktivt deltagande är viktigt för dem. När det gäller delaktigheten i själva arbetet med Levnadsberättelsen upplever medarbetarna att de varit delaktiga i stor utsträckning när det gäller att läsa Levnadsberättelser som andra har skrivit. De upplever sig också ha varit delaktiga i relativt hög grad då det gäller att använda sig praktiskt av den i kontakten med vårdtagarna, samt diskutera och reflektera tillsammans med övriga medarbetare. Resultatet visar på en lägre upplevelse av delaktighet i att skriva Levnadsberättelser och att diskutera och reflektera över dem tillsammans med vårdtagares anhöriga. En tydlig skillnad i upplevelsen av delaktighet i implementeringen av Levnadsberättelsen finns mellan tillsvidareanställda och vikarier. På fyra av fem punkter skiljer sig resultaten signifikant åt mellan dessa två grupper och där upplever sig vikarierna vara mindre delaktiga.

Alla inspiratörer utom en säger att de tycker sig ha tillräckligt med tid för sitt uppdrag, trots att de inte har någon särskild tid avsatt för detta arbete. Dock skulle flera av dem gärna vilja ha lite mer tid för att kunna göra det lilla extra. Medarbetarna tycker i relativt hög grad att deras inspiratörer har tid för sitt uppdrag, men de upplever sig inte själva ha riktigt den tid de behöver.

***Hur kan Lärcenter för en god demensvård arbeta vidare med att utveckla, eventuellt förändra och förbättra sin implementeringsmodell för framtiden?***

Vad går det då att dra för slutsatser vad gäller den fjärde frågeställningen; Hur kan Lärcenter för en god demensvård arbeta vidare med att utveckla, eventuellt förändra och förbättra sin implementeringsmodell för framtiden?

Lärcenter för en god demensvård behöver fundera över hur deras implementeringsarbete ska kunna nå ut även till de många vikarier som finns i verksamheten. Vikarierna verkar ju ändå känna till och använda sig av verktygen i stor utsträckning. Det finns inga skillnader då det gäller frågorna som rör huruvida verktygen gör arbetet lättare, roligare och mer utvecklande och varierande och inte heller när det gäller önskan att aktivt vara delaktig i arbetet med verktygen. Därför vill vi uppmana Lärcenter att fundera över hur vikarierna ska kunna komma med i större utsträckning.

Tiden för arbetet med implementeringen finns, enligt de flesta av inspiratörerna. Ellström (2001) menar att det är viktigt att det avsätts ordentligt med tid för utvecklingsarbete och lärande och därför är det bra att inspiratörerna, som är nyckelpersoner i att driva implementeringsarbetet på sina arbetsplatser, upplever att de har tid. Dock kan det naturligtvis alltid bli bättre och det faktum att de aldrig riktigt vet från dag till dag eller från period till period hur mycket tid de har kan naturligtvis vara en svaghet i längden. Vissa av inspiratörerna uppger dessutom att de inte har riktigt så mycket tid som de skulle vilja. Medarbetarna uppskattar i ganska hög grad att deras inspiratörer har den tid de behöver för sitt uppdrag, men att det är lite sämre med deras egen tid för arbetet med implementeringen och de fem verktygen. Även om medelvärdena inte är katastrofalt låga, är de ändå lägre än vad som skulle kunna vara önskvärt.

Hur gör man då för att få alla med på implementeringståget? När det gäller användandet av verktygen verkar Lärcenter redan ha fått med sig väldigt många på tåget. Lärcenter för en god demensvård förefaller ha lyckats där andra liknande projekt har misslyckats (Thor et al, 2006) och bidragit till en kvalitetsförbättring för människorna i organisationen, såväl medarbetare som vårdtagare.

Medarbetarna, både idag och i framtiden, har möjlighet att använda verktygen på två olika sätt, enligt Ellströms (2004) logiker, som också kan kopplas till det anpassnings- och utvecklingsinriktade lärandet (Ellström, 1992) samt till lärande enligt single och double loop (Docherty, 1996). Dessa två typer av lärande/logiker ska ses som att de kompletterar varandra. En bra balans mellan dem båda behövs i varje organisation för att främja den långsiktiga utvecklingen och skapa förutsättningar för ett organisatoriskt lärande. Nedan sammanfattas

vad de två olika typerna av lärande/logiker skulle kunna innebära för arbetet med de fem verktygen.



*Figur 11.1 Två sätt att arbeta med metodverktygen.*

Enligt utförandets logik och det anpassningsinriktade lärandet kan verktygen användas till att utföra givna arbetsuppgifter bättre och att bemästra återkommande arbetsuppgifter. Detta skapar effektivitet, trygghet och stabilitet, vilket är viktigt i omsorgsarbetet, men om denna logik och lärandeform får för mycket utrymme kan det leda till passivisering och att man inte ifrågasätter sitt arbetssätt. I enlighet med utvecklings logik och det utvecklingsinriktade lärandet kan verktygen få en ny innebörd då medarbetare kan reflektera och ifrågasätta tidigare givna ramar och hitta nya lösningar och arbetssätt. Om denna logik får för mycket utrymme kan kraven på ständiga förändringar och flexibilitet leda till att medarbetarna känner osäkerhet, otillräcklighet och negativ stress. Det är viktigt att Lärcenter är medvetna om och öppna för att dessa två perspektiv finns och behövs. Arbetet med verktygen ute i verksamheterna påverkas av dem och inget av arbetssätten är mer rätt eller fel än det andra. Båda sätten fungerar kvalitetshöjande.

När det gäller tidsplanen finns en möjlighet för Lärcenter att fundera över om de kanske ska satsa på en lite öppnare modell så att nya arbetsplatser och medarbetare när som helst kan kliva på implementeringståget. Implementeringen av varje verktyg behöver kanske inte heller bygga på det förra och alla verktyg skulle kunna återkomma med jämna mellanrum. Eftersom upphandlingar sker inom omsorgen i Linköpings kommun innebär det att antalet verksamheter i Lärcenter ständigt kan förändras och därför ser vi att det är viktigt att inte tänka ”början och slut” på implementeringsarbetet utan snarare se det som att arbetet sker i cykler. Olika verktyg kan ta olika lång tid och därför uppfattar vi det som lämpligt att begränsa tiden något för varje verktyg och fokusera arbetet kring några områden i taget.

Bokhyllan som ska finnas på varje arbetsplats verkar kunna vara ett bra hjälpmedel i implementeringsarbetet, dock skulle syfte och mål med den kunna bli tydligare så att alla är införstådda med vilken funktion den ska fylla.



Förutsättningar finns för att åtminstone delvis anpassa den till varje arbetsplats och dess olika behov, vilket idag verkar vara fallet på vissa arbetsplatser men inte på andra. Kanske behöver inte alltid inspiratören vara huvudansvarig för den utan någon annan i arbetsgruppen kan ta på sig det ansvaret, för att öka delaktigheten bland övriga medarbetare.

Till sist kan utläsas av resultatet att vikarierna inte är lika delaktiga i själva implementeringsarbetet som övriga medarbetare och alltså inte kan sägas vara med fullt ut på implementeringståget. Vikarierna använder sig av verktygen i lika stor utsträckning som övrig personal men har inte lika stor del i det utvecklingsarbete som sker i och med implementeringsmodellen. Detta är något som Lärcenter bör uppmärksamma och tänka igenom.

## ***11.9 Slutord***

Ovan förda resonemang kan sammanfattas enligt följande:

- Tänk på att skapa en bra balans mellan anpassnings- och utvecklingsinriktat lärande vad gäller metodverktygen.
- Är alla med på tåget? Tänk på till exempel vikarier, nya medarbetare och anhöriga och försök att ge alla möjlighet att känna sig delaktiga.
- Kan alla hoppa på tåget? Verksamheter ”kommer och går” och upphandlingar sker. Fundera över hur förutsättningar kan skapas i implementeringsmodellen så att det går att hoppa på under resans gång.
- Fundera över bokhyllans funktion. Det är ett bra stöd i arbetet med verktygen.

Lärcenter för en god demensvård är en bra verksamhet och den bör utvidgas till att omfatta fler verksamheter än idag. Lärcenter har lyckats lyfta fram och sprida kunskap och arbetsmetoder vilket rimligtvis borde ha lett till ökad kvalitet för människorna i organisationen.



## **12. LÄRCENTER FÖR EN GOD DEMENSVÅRD – AVSLUTANDE REFLEKTIONER**

I detta kapitel sammanfattas FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård vad gäller aktiviteter och utfall kopplat till projektets mål. Vidare diskuteras kritiska faktorer som format arbetet under projektet vad gäller att uppnå målen.

I avsnitt 1.3 beskrevs det övergripande målet med projektet, nämligen att utifrån ett brukar- och evidensbaserat perspektiv utveckla ett lokalt lärcenter inom demensvård. Ambitionen är att detta lärcenter ska kunna ha stor betydelse för demensvårdens kvalitet och verksamhetsutveckling lokalt och i regionen men även på nationell nivå. Syftet är att säkerställa och höja kvalitet i demensomsorgen genom att utveckla modeller för att sprida kunskap till brukare, anhöriga och medarbetare samt dokumentera kunskap och arbetssätt. Mot bakgrund av det övergripande målet har följande delmål formulerats:

- Utveckla modeller för hur vi genom brukare och anhöriga kan säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet
- Utveckla modeller för hur vi systematiskt kan fånga och tydliggöra den ”tysta” och verklighetsnära kunskap som produceras i verksamheten
- Söka tillämpa organisering, arbetssätt och ledarskap som främjar lärande systematisering och dokumentation av kunskap, arbetsmetoder och arbetssätt
- Utveckla modeller för spridning av kunskap
- Utveckla vardagsnära och kontinuerligt samarbete mellan forskning och praktik

I det följande skall vi kort sammanfatta vad som genomförts i projektets olika teman och vad som uppnåtts.

### ***12.1 Vad har projektet Lärcenter för en god demensvård uppnått – aktiviteter, utfall och utvärdering av projektets olika teman***

I detta avsnitt redovisas utfallet av aktiviteterna i de sex teman som Lärcenter för en god demensvård har arbetat med under projektet.

#### ***Tema Brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i dagen***

I detta tema har delprojektet Samverkansråd genomförts på sex olika enheter i Linköpings kommunala äldreomsorg. Syftet med delprojektet var att utveckla en modell för att utifrån ett brukar- och anhörigperspektiv kunna säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet vad gäller brukarinflytande.

Gruppen som medverkade i delprojektet omfattade sammanlagt cirka 75 personer, vilka var brukare och gäster på sex enheter. Sammanlagt sju stycken vårdpersonal deltog. I delprojektet samlades personal och brukare/gäster i samverkansråd på respektive enhet. En skattningsskala utvecklades och användes för att kunna mäta uppfattningar om verksamheten, brukarens delaktighet i samverkansrådet och de aktiviteter som genomförs.

Efter projekttiden fortsätter man på fem enheter med modellen samverkansråd i genomsnitt en gång i månaden. Skattningsskalorna har av personalen upplevts som lätta att fylla i och att de har ett värde i att man nu lättare kan se till den enskilde individen. För de svårt demenssjuka personerna har man hittat andra möjligheter där brukaren och närstående kan få uttrycka sina åsikter och därmed öka sitt inflytande. Delprojektet visade att genom samverkansråd får brukaren/gästen mer inflytande över sin tillvaro med en innehållsrik dag och att det ytterligare säkerställs genom skattning för delaktighet och aktivitet. Ett material har också tagits fram som stöd för att kunna genomföra samverkansråd på andra verksamheter.

### ***Tema Anhörigstöd, samverkan med anhöriga***

Inom detta tema har två delprojekt genomförts, nämligen Anhörigstöd respektive Anhörigsamverkan, vilka kort beskrivs nedan.

Målet med delprojektet Anhörigstöd är att ge stöd till närstående till personer med demenssjukdom inom Linköpings kommunala äldreomsorg med syftet att skapa en bättre vardag för både närstående och personen med demenssjukdom. Delprojektet är en vidareutveckling av en redan påbörjad modell för anhörigstöd som utvecklats i tidigare FoU-projekt. Projektet organiserades i form av sex olika grupper med anhöriga, och omfattade också viss utbildning för anhöriga i demenssjukdomar med fokus på bemötande utifrån ett ”Jagstödjande” perspektiv. Kurslitteratur var boken Samvaro med dementa (Cars & Zander, 2006). Två olika målgrupper av anhöriga var aktuella, nämligen närstående till yngre personer med demenssjukdom respektive närstående till äldre personer med demenssjukdom. Projektet har lett fram till att anhörigstöd bör anpassas till anhörigas olika behov. Personal på dagverksamheten övertar ansvaret och genomförandet av anhöriggrupperna från och med våren 2008.

Det andra delprojektet i detta tema var Anhörigsamverkan. Detta delprojekt syftade till att hitta nya samverkansformer med anhöriga till personer med demenssjukdom och att säkerställa, utveckla och förbättra demensvården utifrån anhöriga och brukarens behov, samt att öka förståelsen mellan personal och anhöriga och skapa möjlighet till ett positivt samarbete. Anhöriga fick information om projektet på anhörigträffar, och efter träffarna anmälde några

anhöriga själva sitt intresse. Övriga anhöriga kontaktades av den personal som deltog i projektet.

Anhöriga bjöds in till fyra träffar som genomfördes våren 2009. Träffarna som omfattade följande punkter: Informationsutbyte, Engagemang och delaktighet i vården, Stöd till anhöriga och personal, samt Samarbete i praktiken. Flera positiva effekter har förmedlats från såväl anhöriga som medverkande vårdpersonal. I en extern utvärdering (Genberg & Grenabo Lundgren, 2009) konstateras att kontakten och kommunikationen mellan anhöriga och personal, förbättrats och förståelsen för varandras situation ökat. Ett arbetsmaterial har tagits fram för att kunna genomföra grupper med anhörigsamverkan på andra verksamheter.

### ***Tema Demensutbildning***

Syftet med demensutbildningen är att höja kompetensen i demenskunskap och bemötande för vårdpersonal i Leanlink, Linköpings kommunala äldreomsorg. Målsättningen var att all vårdpersonal som arbetar i äldrevården, demensboende, sjukhemsboende och hemtjänst inom Linköpings kommunala äldreomsorg, ska använda sig av de fem olika verktygen som Lärcenter fokuserar på, nämligen: Levnadsberättelse, Bemötandemetoder, Reminiscens, Beröringsmassage samt Musik och Dans. Demensutbildningen har utvecklats av medarbetare på Lärcenter. Ett läromedel specifikt utformat för utbildningen har också tagits fram i ett delprojekt. Demensutbildningen omfattar tre steg om totalt 19,5 timmar. Totalt har 1070 vårdpersonal genomgått utbildningen och fyra demensvårdsutvecklare har arbetat som utbildare i demensutbildningen. Ett instruktionsmaterial för verktyget musik och dans har också tagits fram.

En extern utvärdering visar att medarbetare har en positiv inställning till utbildningens innehåll och genomförande (Olofsson & Pettersson, 2009a; 2009b). Vad beträffar utbildningens resultat så visar dessa att medarbetare upplever att det som man lärt sig på utbildningen har kommit till användning i det praktiska arbetet och att de metodverktyg som presenterats under utbildningen används. Vidare upplevs att förutsättningen att bemöta vårdtagaren har förbättrats som effekt av utbildningen. Vad gäller att utbildningen skall medföra att ett gemensamt arbetssätt utvecklas bland personalen så har detta inte uppnåtts i lika hög grad. Resultatet visar vidare att medarbetarna anser att ledningens engagemang i samband med utbildningen varierat och de har inte haft en så aktiv roll. T ex anser medarbetarna att deras chef inte i någon större utsträckning har diskuterat utbildningen efter att denna har avslutats.

### ***TemaHandledning***

Syftet med handledningen kan beskrivas i följande punkter: att ge vårdpersonal ökad kunskap om demenssjukdomar och symtom som uppstår i samband med

sjukdomen; att vårdpersonal ska få möjlighet att reflektera över praktiska erfarenheter samt teoretiska kunskaper och med stöd av handledaren se sambandet mellan dem för att kunna omsätta den kunskapen i praktiken; att vårdpersonal ska få ett gemensamt förhållningssätt och synsätt på omsorgen av personer med demenssjukdom, samt, att vårdpersonal ska få bekräftelse för goda omsorgsinsatser och stöd att bryta arbetssätt som inte gynnar vårdtagaren.Handledningen erbjöds initialt till samtliga enheter, och har genomförts kontinuerligt under projekttiden vid varierande antal enheter. Handledningen har organiserats med träffar cirka var sjätte vecka och pågått under ett till två år med respektive handledningsgrupp. Respektive handledningsgrupp omfattar sex till tio medarbetare. Totalt har cirka 200 vårdpersonal erhållit handledning samt cirka 110 har erhållit konsultation vid enstaka tillfällen.

I en extern utvärdering konstateras att handledningen enligt medarbetarna upplevs fungera väl och att den innehåller många komponenter för att lärande och utveckling ska kunna ske (Köhler & Åberg, 2009a; 2009b). Handledningen upplevs leda till utveckling, nya kunskaper och gemenskap samtidigt som den väcker känslor. Positiva faktorer med handledningen är att förutsättningarna är goda, omfattningen är tillräcklig, det råder en god kommunikation, ledningen tar initiativ till handledningen och handledarens kunskaper är tillfredställande.

### ***Tema Vetenskapligt arbetssätt (evidens), samverkan med universitet, samt dokumentation av kunskap***

Samverkan med universitetet har skett på tre olika sätt. Dels i form av kontinuerliga kontakter mellan personer i styrgruppen och forskare i geriatrik. Vidare har projektet kontinuerlig kontakt med handledare från Linköpings universitet som arbetar inom FoU-centrum. Föreliggande rapport är ett exempel på hur denna samverkan genomförts. Slutligen har samverkan med universitetet skett genom att sammanlagt sex stycken kandidatuppsatser skrivits, som fokuserar på olika delar av Lärcenterprojektet. Dessa är:

- En nulägesanalys av kunskaper inom demensvården utifrån ett medarbetarperspektiv. (Rossow, 2007).
- Demensutbildning steg ett, två och tre. Ledningens och medarbetares uppfattningar om en genomförd kompetensutvecklingsinsats. (Andersson & Ingmarsson, 2009a; 2009b).
- ”Alltid en fot i verksamheten” – En studie om en kompetensutvecklingsenhet inom äldreomsorgen. (Olofsson & Pettersson, 2009a; 2009b).
- Studiecirklar om anhörigsamverkan i demensvård - en utvärdering av ett samverkansprojekt i Linköpings kommun. (Genberg & Grenabo Lundgren, 2009).

- Handledning som lärande och utvecklingsform – En kvantitativ studie inom demensvården. (Köhler & Åberg, 2009a; 2009b).
- ”Att få alla med på tåget” – kritiska faktorer för implementering av metodverktyg inom demensvården. (Larsson Kindland & Sundström, 2010a; 2010b).

Fyra av uppsatserna finns också publicerade i FoU-centrums rapportserie.<sup>22</sup>

Dokumentation av arbetet i projektet har skett löpande i form av protokoll och arbetsmaterial från styr- och arbetsgruppens möten och aktiviteter, samt från seminarier och work shop. Vidare har läromedel tagits fram som används i demensutbildningen. Slutligen har interna arbetsrapporter tagits fram i de olika teman som ingår i projektet.

### ***Tema Modeller för kunskapsspridning för att främja lärandet***

Det sista temat som Lärcenter för en god demensvård arbetat med i projektet är att finna modeller för kunskapsspridning. Inom detta tema har olika aktiviteter genomförts, nämligen att skapa ett demensnätverk, organisera workshops, utbilda inspiratörer som kan verka lokalt på enheterna, samt slutligen att utveckla och testa en modell för implementering av metodverktyg.

Vad gäller demensnätverket så inbjöds enheterna att delta, vilket de flesta också gjorde. Sammanlagt elva medarbetare samt två demensvårdsutvecklare bildade nätverket. Deltagarna i nätverket träffades i olika work shops för att inventera behov och önskemål, samt planera för det fortsatta arbetet. Det beslutades att utse medarbetarna i nätverket till inspiratörer, med avsikt att dessa skulle kunna ha en nyckelroll i det fortsatta arbetet i projektet. Olika önskemål och idéer undersöktes och en arbetsbeskrivning för inspiratörerna togs fram.

Lärcenter för en god demensvård tog fram en modell och tidsplanen för implementeringen (se kapitel 4 och 11). I arbetet med implementeringen av metodverktyg har sju enheter inom demensboende, dagverksamhet och hemtjänst ingått. Inspiratörerna i demensnätverket arbetar på dessa enheter med implementeringen. Det metodverktyg som först implementerats enligt modellen är levnadsberättelsen.

Implementeringsmodellen och arbetet med inspiratörerna har studerats i en extern utvärdering på fem av de sju aktuella enheterna (Larsson Kindland & Sundström, 2010a; 2010b). Fokus är på implementeringsmodellen, men eftersom de fem metodverktygen i hög grad är kända av vårdpersonalen, inte

---

<sup>22</sup> <http://www.linkoping.se/Stod-omsorg/Kvalitet-och-utveckling/FoU-centrum-for-vard-omsorg-och-socialt-arbete/>

minst eftersom de flesta gått den demensutbildning som beskrivs i kapitel 8 ovan, så omfattar utvärderingen samtliga verktyg. Resultatet visar att Lärcenter i stor utsträckning har lyckats mycket bra med sitt implementeringsarbete av de fem metodverktygen. Lärandemiljön ser dock olika ut i de olika verksamheterna och detta påverkar arbetet med verktygen. Vidare visar det sig att det finns vissa skillnader mellan tillsvidareanställda och vikarier vad gäller implementeringsarbetet, då vikarier i betydligt lägre grad engageras i arbetet med metodverktygen.

***Sammanfattande kommentarer vad gäller arbetet med Lärcenters olika teman***  
Mot bakgrund av vad som redovisats ovan kan aktiviteter, utfall och utvärderingsmetod sammanfattas i tabellen nedan. Framställningen är organiserad per tema vad gäller aktiviteter, utfall och hur utvärderingen av respektive tema gått till.



Tabell 12.1 Sammanfattning av aktiviteter, utfall och utvärdering av de olika teman som ingått i projektet.

Tema	Aktiviteter	Utfall	Utvärdering
<b>1. Brukarinflytande, socialt och meningsfullt innehåll i dagen</b>	Samverkansråd med brukare och gäster på sex enheter. Utveckling av skattningsskalor för att mäta brukares uppfattningar om aktiviteter och delaktighet.	Skattningsskalorna fungerar bra och modellen används på fem enheter efter projekttidens slut.	Intern uppföljning i Lärcenterprojektet.
<b>2. Anhörigstöd, samverkan med anhöriga</b>	Genomfört studiecirklar för anhöriga på tre enheter. Genomfört anhörigstöd i grupp.	Studiecirkarna har lett till utveckling av kommunikationen med anhöriga samt konkreta utvecklingsförslag. Anhörigstöd kan anpassas för anhörigas olika behov.	Extern utvärdering i form av kandidatuppsats. Intern uppföljning i Lärcenterprojektet.
<b>3. Demensutbildning</b>	Utveckla och genomföra demensutbildning om metodverktyg. Utveckla läromedel i demensvård samt dans.	Totalt har 1070 vårdpersonal genomgått utbildningen. Kunskaperna används i dagligt arbete och bemötandet av vårdtagaren har förbättrats. Ledningens roll kan utvecklas.	Extern utvärdering i form av kandidatuppsats/FoU-rapport. Intern uppföljning i Lärcenterprojektet.
<b>4.Handledning</b>	Kontinuerliga handledningstillfällen för grupper om 6 till 10 personal cirka en gång per månad. Ge vårdpersonal ökad kunskap, ge möjlighet till reflektion, utveckla ett gemensamt arbetssätt som gynnar vårdtagaren.	Cirka 200 medarbetare har deltagit i kontinuerlig handledning och ytterligare cirka 110 har fått konsultation vid enstaka tillfällen. Handledningen upplevs leda till utveckling, nya kunskaper och gemenskap.	Extern utvärdering i form av kandidatuppsats/FoU-rapport. Intern uppföljning i Lärcenterprojektet.
<b>5. Vetenskapligt arbetssätt (evidens), samverkan med universitetet, dokumentation</b>	Kontinuerliga träffar med forskare i geriatrik, handledning och stöd från FoU-centrum, utvärdering i form av kandidatuppsatser inom Socionom- och PA-programmet, samt egen dokumentation i form av läromedel och arbetsrapporter.	Det material som tagits fram har kontinuerligt behandlats internt i styr- och arbetsgrupp, samt redovisats i work shop, på FoU-seminarier samt på konferenser. Läromedlen som tagits fram tillämpas i verksamheten.	Föreliggande rapport. Extern utvärdering i form av kandidatuppsatser. Interna arbetsrapporter. Läromedel.
<b>6. Modeller för kunskapsspridning för att främja lärande</b>	Skapa ett demensnätverk, genomföra work shops samt organisera inspiratörer på enheterna. Utveckla och testa en modell för implementering av metodverktyg på sju enheter. Bokhyllor på enheterna.	Implementeringsmodellen upplevs fungera mycket bra. Skillnader mellan de olika enheterna påverkar implementeringen. Vikarier omfattas i lägre grad än tillsvidareanställda.	Extern utvärdering i form av kandidatuppsats/FoU-rapport. Intern uppföljning i Lärcenterprojektet.

## ***12.2 Projektets utfall i relation till målen***

I detta avsnitt redovisas utfallet av projektet i relation till de olika delmålen.

### ***Utveckla modeller för att genom brukare och anhöriga kunna säkerställa och utveckla verksamhetens kvalitet***

En modell i form av samverkansråd för brukare har utvecklats för att genom brukarinflytande kunna säkerställa och utveckla verksamheten. Skattnings-skalor för att utvärdera brukares uppfattningar av aktiviteter och delaktighet har utvecklats och anpassats för olika kategorier av brukare. Modellen har utvärderats i en intern uppföljning som indikerar att den fungerar bra och modellen används på flera enheter efter projektets slut.

Modeller för att ta tillvara anhörigas synpunkter och uppfattningar har utvecklats i form av studiecirkel och samverkansträffar. Modellen för studiecirkel har utvärderats i en extern utvärdering vilken indikerar att modellen uppfattas fungera bra och leder till bättre kommunikation med anhöriga och även konkreta utvecklingsförslag. Modellen med studiecirkel sprids nu till andra verksamheter.

Modellen med anhörigstödsgrupper har anpassats för olika kategorier av anhöriga och har utvärderats i intern uppföljning.

Brukare och anhöriga har omfattats av projektet, men inte i så stor omfattning jämfört med t ex satsningarna på personalen i form av demensutbildning och handledning. För att i högre grad kunna arbeta mot en evidensbaserad praktik bör Lärcenter i högre grad fokusera på just brukare och anhöriga.

### ***Utveckla modeller för att systematiskt kunna fånga och tydliggöra den "tysta" och verklighetsnära kunskap som produceras i verksamheten***

I främst handledningen, men även i någon mån i demensutbildningen, har medarbetares "tysta" vardagserfarenheter och kunskaper kunnat fångas och tydliggöras. Även i arbetet med implementering, och då speciellt vad gäller inspiratörernas och demensvårdsutvecklarnas roll, har medarbetares vardagskunskap varit i fokus. De externa utvärderingarna visar att handledningen och demensutbildningen har organiserats så att de utgår från och kopplar till det vardagliga arbetet. En trolig tolkning är att demensvårdsutvecklarna och inspiratörerna haft en nyckelroll i detta sammanhang. Det faktum att dessa själva har lång erfarenhet från arbetet, samt att de fortfarande arbetar i verksamheten vid sidan av sitt engagemang i Lärcenterprojektet, talar starkt för denna tolkning.

***Söka tillämpa organisering, arbetssätt och ledarskap som främjar lärande, systematisering och dokumentation av kunskap, arbetsmetoder och arbetssätt***

Lärcenterprojektets organisation i styr- och arbetsgrupp, projektmedarbetare samt inspiratörer, har inneburit att projektorganisationen kopplar samman olika nivåer i organisationen – från högsta ledningen till ”golvet”. I styrgruppen ingår affärsområdeschef äldreomsorg Leanlink, biträdande affärsområdeschef, verksamhetsutvecklare, sakkunnig inom demensomsorg, representant från demensvårdsutvecklare, berörda verksamhetschefer, FoU- representant samt extern person med erfarenhet av FoU- arbete. Styrgruppen har arbetat långsiktigt och med fokus på strategiska frågor. Arbetsgruppen består av demensvårdsutvecklare, biträdande affärsområdeschef, berörda verksamhetschefer samt representant från FoU. Arbetsgruppen driver utvecklingsprojekten samt organiserar och fördelar arbetet som sker i Lärcenter. Initialt var projektledaren den verksamhetschef som var initiativtagare till Lärcenter. Senare tillsattes en av demensvårdsutvecklarna som projektledare, tidigare projektledare fortsatte dock att vara delaktig i Lärcenters styr- och arbetsgrupp. Denna projektorganisation har inneburit att projektet har varit väl förankrat på samtliga nivåer i organisationen. Arbetet har också kännetecknats av att vara interaktivt i relation till FoU-centrum (se Svensson et al, 2002). Arbetsprocessen har omfattat dokumentation av styr- och arbetsgruppens arbete, verksamheterna i delprojekt och teman, samt i form av externa utvärderingar, främst i form av kandidatuppsatser.

Arbetsprocessen i Lärcenterprojektet har dock inte förlöpt linjärt och helt utan problem, vilket dokumentationen av arbetet ger vid handen. Över tid har dock de flesta problemen kunnat lösas tillfredsställande, något som krävt uppfinningsrikedom och nytänkande (jfr. Jakobsen, 2005). Detta visar sig t ex i den modell (se avsnitt 4.2) som tagits fram för hur ett permanent Lärcenter kan organiseras. Modellen innebär att ett väl fungerande Lärcenter skall kunna fungera i en dynamisk och föränderlig omvärld. Omvärldsfaktorer som påverkar verksamheten kan gälla uppdraget, budget, olika temporära satsningar (som t ex Kompetensstegen, Stimulansmedel, etc.), upphandlingar och förändrade ägarförhållanden för enheter, nya forskningsrön, brukares och anhörigas uppfattningar och önskemål. Vidare finns interna faktorer kopplade till medarbetare och kompetensförsörjning t ex vad gäller fortbildning, introduktion av nyanställda och i relation till vikarier. Även relationen till FoU-centrum utgör en viktig omvärldsfaktor för ett Lärcenter.

Det finns dock några aspekter där projektet inte varit helt framgångsrikt. Ambitionen var initialt att skapa en referensgrupp där forskare i gerontologi, fackliga företrädare, företrädare för alternativa utförare och andra FoU-kommuner kunnat ingå. Detta blev inte verklighet, även om kontakter med Mjölby kommun förekommit. Vidare var ambitionen att arbeta systematiskt med

att ta del av forskning inom demensområdet, t ex i form av att samarbeta med forskningsbiblioteket på LiU för att kunna söka och ta del av ny forskningslitteratur. I viss mån har detta kunnat genomföras men då snarare i form av personliga kontakter och initiativ hos enskilda i projektet.

### ***Utveckla modeller för spridning av kunskap***

De modeller för spridning av kunskap som utvecklats omfattar arbete i demensnätverk, work shops (se kapitel 10), samt i form av en implementeringsmodell (se kapitel 4 och 11). Dessa modeller har fungerat bra och arbetet med att utveckla dem har kännetecknats av en iterativ och stegvis process, vilket innebär att man inte utgått från färdiga modeller och lösningar, utan snarare arbetat dynamiskt med problemlösning. Vad gäller implementeringsmodellen så har tidsplanen förskjutits, och olika aspekter vad gäller de lokala enheterna spelar in. T ex så har det varit svårt att utforma implementeringen så att även vikarier kan ta del av de olika metodverktygen (Docherty, 1996). Vad gäller material som tagits fram under projektet, t ex i form av läromedel, så finns nu bokhyllor på samtliga enheter där medarbetare kan ta del av material och de läromedel som producerats i projektet. Projektet har också en hemsida.

Om ett Lärcenter skall vara en motor i den egna organisationen får inte centret institutionaliseras så att det utvecklas till en isolerad del av verksamheten. Medarbetare i lärcentret har i diskussioner framfört synpunkten att det inte alltid varit så lätt att få kolleger att förstå vad lärcentret egentligen är eller att få dem att medverka i olika aktiviteter (jfr. Svensson et al, 2001). I de olika utvärderingar som genomförts framgår också att ledningspersonal på de olika enheterna engagerat sig i olika hög grad i Lärcenters aktiviteter. Detta gäller t ex hur demensutbildningen och handledningen kan kopplas och integreras i den dagliga verksamheten. En lärdom, som knappast är ny vad gäller kompetens- och utvecklingsarbete, är att den lokala ledningen måste engageras. Här kan troligen Lärcenter utvecklas ytterligare.

Vad gäller att kunna sprida kunskap även utanför den egna organisationen så kan även detta troligen utvecklas ytterligare, t ex i relation till alternativa utförare i kommunen, andra FoU- kommuner i regionen, men även nationellt.

### ***Utveckla vardagsnära och kontinuerligt samarbete mellan forskning och praktik***

Det huvudsakliga samarbetet med forskningen har främst skett genom samverkan med FoU-centrum samt med de studenter som inom ramen för sin utbildning utvärderat olika delar av Lärcenterprojektet. Kontakter med forskare i gerontologi förekommer också men sker främst i form av kontakter mellan enskilda medlemmar i Lärcenter och forskare. Övriga medlemmar i

Lärcenterprojektet arbetar också kontinuerligt med att ta del av nya rön inom demensvården. Trots att samarbete mellan forskning och praktik förekommit i projektet så kan säkert detta utvecklas ytterligare.

### ***Sammanfattande kommentarer vad gäller hur projektets mål uppnåtts***

Överlag så har projektet lyckats väl vad gäller att uppnå målen. Detta gäller i relation till brukare och anhöriga, där fungerande modeller utvecklats för att fånga upp uppfattningar och engagera dessa i utveckling av verksamheten. Även vad gäller att kunna fånga och tydliggöra ”tyst kunskap” finns en bra modell i handledningen och i modellen med inspiratörerna. Lärcenter har också utvecklat en organisation och ett arbetssätt som är dynamiskt, och som tar hänsyn till omvärldsfaktorer och kopplar dessa till det interna arbetet i Lärcentret, samtidigt som Lärcentret är kopplat till samtliga nivåer i den egna hemorganisationen (se modell 4.3). En bidragande orsak till detta torde vara att personal som fortfarande arbetar ute i verksamheten är engagerade i Lärcenter tillsammans med ledningspersonal på olika nivåer. Modellerna för att sprida kunskap fungerar också bra men kan säkert utvecklas ytterligare. T ex gäller detta hur den lokala ledningen på de olika enheterna engageras. Vad gäller samarbete med forskning så har detta fungerat relativt bra men kan också utvecklas ytterligare.

### ***12.3 Vilka kritiska faktorer har påverkat arbetet i projektet Lärcenter för en god demensvård?***

För att kunna diskutera de kritiska faktorer som varit centrala för projektet återvänder vi till de aspekter som anges som centrala inom forskningen om lärande och utveckling i arbetslivet, och som presenterades i kapitel 2 (Ellström, 2005; Nilsson, Wallo, Rönnqvist & Davidson, 2011).

Några av de faktorer som antas stödja ett utvecklingsinriktat lärande är: delaktighet i målformulering, planering och verksamhetsutveckling; arbetsuppgifter med hög lärandepotential vilket yttrar sig i både handlingsutrymme och interaktionsutrymme; erfarenhetsutbyte och reflektion, samt: lokala experiment och prövande av handlingsalternativ (Ellström, 1992; 1996). Projektet har i hög grad byggt på att medarbetare med gedigen erfarenhet från verksamheten, dvs. de demensvårdsutvecklare och inspiratörer som arbetat i Lärcenterprojektet, har varit delaktiga i hela processen att formulera mål, samt organisera och utforma de aktiviteter som genomförts (jfr. Dilschmann et al, 2000). Både styr- och arbetsgruppen har organiserats så att demensvårdsutvecklare aktivt medverkat. Dessa har även arbetat med att dokumentera och utvärdera aktiviteterna. Organiseringen och arbetet i styr- och arbetsgrupperna innebär sålunda ett relativt stort handlings- och interaktionsutrymme (se avsnitt 2.4). I utvärderingarna av projektets olika teman framgår även att de olika aktiviteter som omfattat övriga medarbetare i

organisationen kännetecknats av ett relativt stort handlings- och interaktionsutrymme och möjlighet till erfarenhetsutbyte och reflektion. Detta är tydligast vad gäller temat handledning och i något lägre grad inom temat demensutbildning.

Ytterligare två faktorer som antas stödja ett utvecklingsinriktat lärande är: ett ledarskap som stödjer utveckling och lärande, samt grupprocesser, arbetsplatskultur och organisationsstruktur som främjar lärande. Vad gäller arbetsprocessen i Lärcenterprojektet så kännetecknas denna av att dessa faktorer varit uppfyllda i hög grad. Vad gäller verksamheten i resten av organisationen så har detta dock varierat, även om de externa utvärderingarna visar att utfallet av de olika aktiviteterna i projektet överlag är gott. Det är en gammal och väl känd sanning att utan den lokala ledningens aktiva stöd så riskerar även goda utvecklingsaktiviteter att inte bli optimala (French & Bell, 1999; Torrington, Hall & Taylor, 2008). Mot denna bakgrund finns anledning att fortsätta att arbeta med utvecklingen av implementeringsmodellen, och kanske specifikt då fokusera på aktiviteter som engagerar lokal ledningspersonal.

Ytterligare en faktor som poängteras i forskningen som stöd för utveckling är fördjupade teoretiska kunskaper samt utbildningsmöjligheter (Ellström, 1992). Lärcenterprojektet utgår i hög grad från befintlig forskning om vården av dementa, vilket t ex visar sig i de metoder/verktyg som utgör en kärna i projektet (se avsnitt 3.5 för en beskrivning av verktyg). För medarbetarna ute i organisationen har Lärcenterprojektet inneburit just utbildningsmöjligheter och fördjupade teoretiska kunskaper. Dessa metoder var dock delvis kända av medarbetarna i projektet sedan tidigare – projektet har i hög grad handlat om att sprida och implementera dessa metoder i verksamheten. Ett permanent lärcenter bör organiseras så att de som arbetar där i högre grad kan ta del av ny forskning och kontinuerlig fortbildning.

I kapitel 1 beskrivs vad som kännetecknar en interaktiv forskningsansats (Svensson, Brulin, Ellström & Widegren, 2002). Att arbeta med en interaktiv forskningsansats innebär att forskare och praktiskt verksamma samverkar på ett verksamhetsnära sätt för att formulera problem, metoder och lösningar. Arbetet i projektet har genomgående kännetecknats av ett dylikt arbetssätt. Detta har yttrat sig i att forskare bidragit med att ge de medverkande teoretiska begrepp och modeller för att förstå och lösa de problem som projektet fokuserar på, samt att ge handledning, feedback, och diskuterat kritiska aspekter. Vidare har det interaktiva arbetssättet inneburit kontinuerlig dokumentation och att externa utvärderingar kunnat organiseras och kopplats till projektet. Det är en rimlig slutsats att detta arbetssätt har varit en framgångsfaktor i projektet.

Om vi avslutningsvis skall försöka att sammanfatta de viktigaste framgångsfaktorerna i FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård, så är de mot bakgrund av ovan redovisade utfall samt kopplingen till forskningen följande:

- Initiativet till projektet bygger i hög grad på engagemang och kompetens hos medarbetare som har både teoretisk och praktisk erfarenhet av demensvård, dvs. de demensvårdsutvecklare som arbetat i projektet.
- Ledningen på samtliga nivåer i organisationen har gett sitt aktiva stöd och även medverkat i projektet.
- Projektet har haft stöd från FoU-centrum och av externa utvärderare och bedrivits enligt en interaktiv forskningsansats.

En evidensbaserad praktik kännetecknas enligt SKL (Oscarsson, 2009) av utgå från en sammanvägning av kunskap som finns inom forskningen, de yrkesverksamma praktikernas erfarenheter och den kunskap som dessa får av sina klienter/brukare. Mot bakgrund av vad som redovisats i denna rapport är det en rimlig slutsats att FoU-projektet Lärcenter för en god demensvård i hög grad kännetecknats av just dessa faktorer. Givetvis kan Lärcentret utvecklas ytterligare men den modell av ett lokalt lärcenter som arbetats fram under projektet kan vara en bra plattform för att kunna arbeta med evidensbaserad praktik inom demensvården.





## Litteraturlista

- Almberg, B. & Jansson, W. (2003). *Fånga stunden. Hur man bemöter och förhåller sig till personer med demenshandikapp*. Malmö: Liber.
- Andersson, A-K., Angvik, K. & Björk, L. (2010). *Delrapport Tema Anhörigstöd äldre och yngre. Arbetsrapport Lärcenter för en god demensvård*. (ej publicerad)
- Andersson, T. & Ingmarsson, E. (2009a). *Demensutbildning steg ett, två & tre: lednings och medarbetares uppfattningar om en genomförd kompetensutvecklingsinsats*. Kandidatuppsats. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Andersson, T. & Ingmarsson, E. (2009b). *Demensutbildning steg ett, två & tre: lednings och medarbetares uppfattningar om en genomförd kompetensutvecklingsinsats*. (FoU-rapport 59:2009). Linköping: FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun.
- Angvik, K. & Björk, L. (2005). *Anhörigstöd på dagverksamhet för personer med demenssjukdom*. (FoU-rapport 26:2005). Linköping: FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun.
- Angvik, K., Björk, L. & Holmberg, K. (2009a). *Delrapport Tema Handledning*. Linköping: Leanlink, Linköpings kommun, Lärcenter för en god demensvård. (ej publicerad)
- Angvik, K., Björk, L. & Holmberg, K. (2009b). *Dokumentation Demensutbildning*. Utbildningsmaterial. Linköping: Leanlink, Linköpings kommun, Lärcenter för en god demensvård.

- Argyris, C., & Schön, D. (1996). *Organizational Learning II. Theory, Method, and Practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Asplund, K. & Norman. (2002). Episoder av psykisk klarhet hos personer med demenssjukdom. I A-K. Edberg (red.). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.
- Björk, L & Lundberg, E-L. (2010). *Rapport Samverkansråd*. Arbetsrapport. Linköping: Leanlink, Linköpings kommun, Lärcenter för en god demensvård. (ej publicerad)
- Björn, C., Ekman, P. & Svensson, L. (2002). *Organisera för utveckling och lärande. Om skolprojekt i nätverksform*. Lund: Studentlitteratur.
- Boström, F., Palmqvist, S., Andersson, M. & Londos, E. (2009). Lewykroppsdemens – stor risk för felbehandling och död. *Läkartidningen*. Nr 20.
- Bruce, E., Hodgson, S. & Schweitzer, P. (1999). *Reminiscing with people with dementia*. AE, London: Age Exchange.
- Butler, R. (1963). The Life review: an interpretation of reminiscence in the aged, *Psychiatry: Journal for Study of Interpersonal Processes*, Vol. 26, nr. 1.
- Cars, J. & Zander, B. (2006). *Samvaro med dementa. Råd till anhöriga och personal om bemötande*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Custerson, A-L. & Jansson, M. (2009). *Effekter av massage/beröring hos dementa respektive icke dementa äldre personer: Systematisk litteraturstudie med empiriskt tillägg*. D-uppsats, Högskolan Dalarna, Institutionen för Akademin Hälsa och Samhälle.

Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrik*. Lund: Studentlitteratur.

Dilschmann, A., Falck, E. & Krafft, C. (2000). *Lärandebok. Delaktighet, lärande och förändringsarbete*. Stockholm: Liber.

Docherty, P. (1996). *Lärariket: vägar och vägval i en lärande organisation*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Edberg, A-K. (red.) (2002). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

Egan, M.Y., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M., Fulford, N., Nielson, M., Daros, B., & Rodrigue, C. (2007). *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 24-30.

Ekholm, B., Ellström, E. & Ellström, P-E. (2003). *Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur.

Ellström, P-E. (1992). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Publica.

Ellström, P-E. (1996). *Arbete och lärande – förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Solna: Arbetslivsinstitutet.

- Ellström, P-E. (2001). Lärande och innovation i organisationer. I T. Backlund, H. Hansson & C. Thunborg (Red), *Lärdilemman i arbetslivet*. (sid. 19-42). Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P-E. (2004). Reproduktivt och utvecklingsinriktat lärande i arbetslivet. I P-E. Ellström & G. Hultman (Red), *Lärande och förändring i organisationer: Om pedagogik i arbetslivet*. (sid.17-40). Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P-E. (2005). Arbetsplatslärandets Janusansikte. *Pedagogisk forskning i Sverige* 10 – (3/4), 182 – 194.
- Engedal, K. (2000). *UrundeHjul, Alderspsykiatri i praksis*. Nasjonalt kompetenscenter for aldersdemens.
- Ericsson, I-K. (1991). *Känna sig som hemma. Goda vårdmiljöer för demenssjuka*. Stockholm: Natur och kultur.
- Eriksson, S., Minthon, L., Moksnes, K-M., Saarela, T., Sandman, P-O., Snaedal, J. & Karlsson, I. och referensgruppen för BPSD. (1998). *BPSD i ett nordiskt perspektiv. Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom*. Västra Frölunda: Janssen-Cilag AB.
- Feil, N. (1994). *Validation – Feilmetoden*. Lund: Studentlitteratur.
- Finkel, S.I., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S. & Sartorius, N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychoeriatrics*. 1996;8 Suppl 3:497-500.

Fratiglinoi, L., Wang, H-X., Ericsson, K., Maytan, M. & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355:1315-1319.

French, W. & Bell, C. (1999). *Organization Development – Behavioural Science Interventions for Organization Improvement*. New Jersey: Prentice Hall.

Genberg, G. & Grenabo Lundgren, P. (2009). *Studiecirklar om anhörigsamverkan i demensvård - en utvärdering av ett samverkansprojekt i Linköpings kommun*. Kandidatuppsats. Linköping: Linköpings universitet.

Gaunt, D., Öhlander, M. & Swarts, R. (1994). *Demenser och demensvård. Medicinska, sociala och kulturella aspekter*. Stockholm: Liber utbildning.

Gibson, F. (1998). *Reminiscence and Recall: A Guide to Good Practice*. London: Age Concern Books.

Gjems, L. (1997). *Handledning i professionsgrupper*. Lund: Studentlitteratur.

Grafström, M. (1999). Vardagen i demensvården. *Nordisk Geriatrik*, 4, 61-3.

Gullman, N-C. (2003). *Gerontopsykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Gullström, A. & Lundberg, E-L. (2002). *Dansens betydelse för personer med demensdiagnos*. (FoU-rapport 8:2002). Linköping: FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun.

- Gullström, A. & Lundberg, E-L. (2009). *Bjud upp till dans*. Metodhäfte.  
Linköping: Leanlink, Linköpings kommun, Lärcenter för en god demensvård.
- Gynnerstedt, K. & Schartau, M-B. (2000). *Reminiscensmetoden. Tillämpad i äldreården*. Lund: Studentlitteratur.
- Götell, E., Brown, S. & Ekman, S-L. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analysis. *International Journal of Nursing Studies*; 46:422 – 430.
- Hansson, J. (2005). *Kompetens som konkurrensfördel*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Heap, K. (1995). *Samtal med äldre*. Stockholm: Liber AB.
- Hellmark, E. & Tykesson, P. (1999) *Nätverk och folkhälsoarbete. Tvärsektoriell samverkan på lokal nivå inom folkhälsoområdet*. D-uppsats. Mitthögskolan, Sundsvall.
- Hellström, I. & Lund, U. (2004). *Samarbete i vården av äldre*. Studiematerial. Jönköping: Högskolan i Jönköping, Hälsohögskolan.
- Hicks-Moore, S.L. & Robinson, B.A. Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in resident with dementia. (2008). *Dementia. The International Journal of Social Research and Practice*. 7;95.

- Holmberg, K. & Björk, L. (2009). *Rapport Anhörigsamverkan*. Arbetsrapport. Linköping: Leanlink, Linköpings kommun, Lärcenter för en god demensvård. (ej publicerad)
- Holmberg, K. & Lundberg, E-L. (2009). *Delrapport Tema Demensutbildning*. Arbetsrapport. Linköping: Leanlink, Linköpings kommun, Lärcenter för en god demensvård. (ej publicerad)
- Holst, G. (2002). Livet som en berättelse. I A-K. Edberg. (red.) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.
- Hrebiniak, L. G. (2006). Obstacles to Effective Strategy Implementation. *Organizational Dynamics*. 10 – (1), 12 – 31.
- Hultman, G. & Klasson, A. (1995). *Förändringens dynamik. En problematisering av förändringsprocesser, delaktighet och lärande*. LIU-PEK-R; 173. Linköping: Linköpings universitet.
- Isacs, L. & Wallskär, H. (2008). *Låt minnena leva. – en handbok i reminiscensmetoden*. Stockholm: Gothia förlag.
- Iseskog, T. (2003). *Konsten att föreläsa*. Stockholm: Thomson Fakta.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Organisationsförändringar och förändringsledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur.

- Johansson, L. (2001). *Anhörigstöd i teori och praktik*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum. Rapport 12.
- Johansson, R. & Skärgren, L. (2007). *Handledning*. Malmö: Liber.
- Karolinska institutet. (2011). *Alzheimers sjukdom*. Hämtad 4 februari, 2011 från adressen: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?a=47773&d=34670&l=sv>
- Köhler, T. & Åberg, G. (2009a). *Handledning som lärande- och utvecklingsform: en kvantitativ studie inom demensvården* (FoU-rapport 57:2009). Kandidatuppsats. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Köhler, T. & Åberg, G. (2009b). *Handledning som lärande- och utvecklingsform: en kvantitativ studie inom demensvården* (FoU-rapport 57:2009). Linköping: FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun.
- Landstinget i Östergötland. (1999). *Medicinska programmet med helhetsperspektiv på Demenssjukdomar*. Linköping: Landstinget i Östergötland.
- Lampa, U-K. & Sandberg, A-M. (2004). *Närståendes upplevelser i möten med vårdpersonal inom äldreomsorgen*. Luleå: Luleå tekniska Universitet, Institutionen för hälsovetenskap.
- Landahl, P., Ingelsson, M. & Kilander L. (2009). *Frontallobsdemens: den förbryllande sjukdomen*. Stockholm: Gothia.



- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson Kindland, I. & Sundström, S. (2010a). "*Att få alla med på tåget*" – *kritiska faktorer för implementering av metodverktyg inom demensvården*. Kandidatuppsats. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Larsson Kindland, I. & Sundström, S. (2010a). "*Att få alla med på tåget*" – *kritiska faktorer för implementering av metodverktyg inom demensvården*. (FoU-rapport 64:2010). Linköping: FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun.
- Londos, E. (2005). *Lewy Body Demens*. Lund: Vårdalinstitutet.
- Länsstyrelsen i Skåne. (2009). *Vem bestämmer? Om rättsäkerhet, inflytande och självbestämmande på äldreboenden*. Länsstyrelsen i Skåne Län.
- Marcusson, J., Blennox, K., Skoog, I., & Wallin, A. (1995). *Demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Marcusson, J., Blennox, K., Skoog, I., & Wallin, A. (2003). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Matthews, P. (1999). Workplace learning: developing a holistic model. *The Learning Organization* 6 – (1), 18 – 29.
- Melin Emilsson, U. (2004). *Handledning och lärande*. Lund: Studentlitteratur.

- Melin, E. & Olsen, R-B. (1999). *Handbok i demens*. Stockholm: Kommentus Förlag.
- Micko, I. & Ragnarsdóttir, B. (2010). *Delrapport Tema Främja kunskaper – utveckla modeller*. Arbetsrapport Lärcenter för en god demensvård. (ej publicerad)
- Morrissey, R. & Olander N-A. (2005). *Verktysboken. 50 verktyg för grupper som vill lösa problem och föda nya idéer*. Uppsala: Svenskt Näringsliv och Kompetensmäklarna.
- Moxnes, P. (1984). *Att lära och utvecklas i arbetsmiljön*. Stockholm: Natur och kultur.
- Nilsson, T. (2004). *Arbetsliv i omvandling. Arrangerade nätverk för kompetensutveckling – fackets roll i lokalt utvecklingsarbete*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Nilsson, P., Wallo, A., Rönnqvist, D. & Davidson, B. (2011). *HRD på svenska*. Lund: Studentlitteratur (in press).
- Norberg, A. & Zingmark, K. (2002). Att leva med svår demens. I A-K. Edberg, (red). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.
- Nutt, P. (1986). Tactics of implementation. *Academy of Management Journal*. 29 – (2), 230 – 261.
- Nyström, K. (2002). *Dans på gränsen. Demensdrabbades kommunikation i dansterapi*. Stockholm: Stockholms Universitet, Pedagogiska institutionen.

Olofsson, M. & Pettersson, J. (2009a). *"Alltid en fot i verksamheten": en studie om en kompetensutvecklingsenhet inom demensomsorgen* (FoU-rapport 55:2009). Kandidatuppsats. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.

Olofsson, M. & Pettersson, J. (2009b). *"Alltid en fot i verksamheten": en studie om en kompetensutvecklingsenhet inom demensomsorgen* (FoU-rapport 55:2009). Linköping: FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun.

Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Palo-Bengtsson, L. (2000) *Social dancing as a caregiver intervention in the care of persons with dementia*. Doktorsavhandling, Stockholm, Karolinska institutet.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Ragnarsdóttir, B. (2001). *Dagverksamhet för demenssjuka personer ur deltagarnas perspektiv*. D-uppsats. Linköping: Linköpings universitet, Hälsouniversitetet.

Ragnarsdóttir, B. (2005). *Demensnätverket. En kompetensutvecklingsmetod för omsorgspersonal inom demensboenden i Östergötland*. Rapport. Äldrecentrum Östergötland.

- Ragneskog, H. (2001). *Music and other strategies in the care of agitated individuals with dementia: a nursing perspective*. Doktorsavhandling, Göteborg, Göteborgs universitet.
- Rossow, R. (2007). *Demensomsorg – ur omsorgspersonalens perspektiv*. Kandidatuppsats. Linköping: Linköpings universitet.
- Rönnqvist, D. (2001). *Kompetensutveckling i praktiken - ett samspel mellan ledning, yrkesgrupper och omvärld*. Linköping Studies in Education and Psychology No. 81. Linköping: Institutionen för Beteendevetenskap, Linköpings universitet.
- Rövik, K. A. (2008). *Managementsamhället*. Malmö: Liber.
- SBU-rapport. (2007). *Vård av personer med demenssjukdom - vad vet vi i dag?* Falköping: Elanders Falköping.
- Statistiska centralbyrån (2006). *Sveriges framtida befolkning: 2006-2050*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Schein, E. H. (1988). *Organizational psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Skanche Bjerknes, M. & Björk, I. T. (1996). *Klinisk utbildning i vård och omsorg - att skriva dagbok för reflektion och inläring*. Lund: Studentlitteratur.

Skarpe, P., Willians, H., Granner, M. & Hussey, J. (2007). A randomised study of the effects of massage therapy to compared to guided relaxation on well-being and stress perception among older adults. *Complementary Therapies in medicine*, 15:157-163.

Skovdahl, K. (2004). *Krävande beteenden i samband med demens: Förekomst och olika förhållningssätt*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, Stockholm.

Skovdahl, K., Kihlgren, A.L., & Kihlgren, M. (2003) Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia - narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*. 7, (4), 277-286.

Socialdepartementet. (2003). *På väg mot en god demensvård*. Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen (2002). *Studiecirkelar inom demensvård personal och anhöriga tillsammans*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003). *Demensgruppens slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Solem, P-E., Ingebretsen, R., Lyng, K. & Nygård A-M. (1996). *Demens – Psykologiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Statens medicinsk etiska råd. (2002). *Etik – en introduktion*. Stockholm: Elanders Gotab.

- Ståhl, A-B. (1993). *Nätverk – Mötesplatser för förändring*. Stockholm: Brevskolan.
- Stålhammar, B. (2006). *Syns jag? Hörs jag? Konsten att nå fram med det du vill ha sagt*. Örebro: Libris.
- SUB Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Demenssjukdomar*. Stockholm: SUB.
- Svansdottir, H. B. & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case – control study. *International Psychogeriatrics*; 18:4, 613-621.
- Svedberg, L. (2007). *Gruppsykologi: Om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, L., Brulin, G., Ellström, P-E., & Widegren, Ö. (2002). *Interaktiv forskning - för utveckling av teori och praktik*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Svensson, L., Jakobsson, E. & Åberg C. (2001). *Utvecklingskraften i nätverk – Om lärandet mellan företag*. Stockholm: Santérus förlag.
- Thor, I., Ellström, P-E., Ekholm, B., Ellström, E., & Rönnqvist, D. (2006). *FoU i praktiken: en studie av aktörer och projekt inom en flerkommunal FoU-verksamhet*. (FoU-rapport 34:2006). Linköping: FoU centrum för vård och omsorg, Linköpings kommun.

- Tydén, T. & Blucher, S. (2006) *Nätverk som redskap för kompetensutveckling*. Dalarnas forskningsråd.
- Torrington, D., Hall, L. & Taylor, S. (2008). *Human Resource Management*. Harlow: Prentice Hall.
- Utbult, M. (2000) *Nätverk som ger kraft att växa. Nya jobb & företag*. Rapport nr, 11. Svenska EFS rådet, Europeiska Socialfonden i Sverige.
- Vroom, V. H. & Yetton, P. W. (1973). *Leadership and Decision-making*. Pittsburg: University of Pittsburg Press.
- Weick, K. E. (1976). Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*. 21, 1–19.
- Wijk, H. (red). (2004). *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Westius, A. & Petersen, U. (2006). *I berättelsen finns jag*. Stockholm: Verbum.
- Westlund, P. & Sjöberg, A. (2005). *Antonovsky inte Maslow: för en salutogen omsorg och vård*. Solna: Fortbildningsförlaget.
- Wimo, A. & Sandman, P-O. (1999). *Demensvård för nästa sekel*. Stockholm: Svenska kommunförbundet Äldreberedningen.
- Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizations*. (7<sup>th</sup> Ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall International, Inc.