



FÖR EN BÄTTRE DEMENSVÅRD

En utvärdering av Silviahemscertifieringen

Eva Norman
Jenny Österman

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2019:2 ISSN 1401-5129

FÖRORD

I Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom poängteras och definieras rekommendationer om utredning och uppföljning, multiprofessionellt arbete, stödinsatser, läkemedelsbehandling och utbildning.

Sedan 2008 finns möjligheten för verksamheter inom vård och omsorg för personer med en demenssjukdom att genom Stiftelsen Silviahemmet utbilda sin personal i helhetsvård som till stor del tar avstamp i de nationella riktlinjerna. Efter genomgången utbildning och uppstart av reflektionsarbete på enheten erhålls en Silviahems-certifiering. Certifieringen garanterar att personalen har en gemensam kunskapsgrund, att nya arbetssätt kan etableras och att rutiner för reflektion införts. Silviahems-certifieringen kan därmed ses som ett sätt att utveckla sin verksamhet i enlighet med de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom.

För att undersöka på vilket sätt utbildning av personal och certifiering av verksamheter enligt Silviahemmets vårdfilosofi har påverkat det dagliga arbetet har Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum studerat fyra olika verksamheter före och efter Silviahems-certifiering. I rapporten framkommer att utbildningen är uppskattad och möjligheterna att förändra arbetssätt kräver målmedveten organisation och engagerat ledarskap. Att regelbundet arbeta med reflektion framkommer även som värdefullt för det praktiska arbetet.

Vi vill tacka boende, deras anhöriga och all personal på de enheter som vi har haft möjlighet att besöka och kommit i kontakt med genom projektet, och som alla givit värdefulla bidrag till rapportens innehåll. Vi vill även tacka Lars Andersson, tidigare forskningsledare vid Äldrecentrum, för värdefull vägledning i arbetet med rapporten.

Stockholm oktober 2019

Åsa Hedberg Rundgren

Direktör, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

SAMMANFATTNING	1
<i>Syfte och frågeställningar</i>	<i>1</i>
<i>Metod och material.....</i>	<i>1</i>
<i>Resultat</i>	<i>1</i>
INLEDNING	4
DEN NATIONELLA STRATEGIN FÖR OMSORG OM PERSONER MED DEMENSSJUKDOM	5
NATIONELLA RIKTLINJERNA FÖR VÅRD OCH OMSORG VID DEMENSSJUKDOM	5
PERSONCENTRERAD VÅRD OCH OMSORG	6
<i>Personcentrerad vård och omsorg uppstår i mötet mellan individer</i>	<i>8</i>
<i>Anhörigstöd</i>	<i>9</i>
KOMPETENSUTVECKLING INOM DEMENSVÅRDEN	9
SILVIAHEMSCERTIFIERING	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	13
METOD.....	14
INTERVJUER	14
<i>Bortfall.....</i>	<i>15</i>
OBSERVATIONER.....	16
BEARBETNING AV INSAMLADE DATA/ANALYS	16
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	17
MATERIAL – BESKRIVNING AV ENHETERNA.....	18
1. Enhet för personer med demensdiagnos.....	18
2. Enhet för personer med demensdiagnos.....	19
3. Enhet för personer med demensdiagnos.....	20
4. Enhet för myndighetsutövning	20
Antal utbildade personal	21
RESULTAT	23
TANKAR OM VAD CERTIFIERINGEN KAN GE.....	23
ERFARENHETER FRÅN BASUTBILDNINGEN	24
VÅRDEN OCH OMSORGEN UTIFRÅN DE FYRA HÖRNSTENARNA	25
<i>Kommunikation/relation</i>	<i>25</i>
<i>Symtomkontroll.....</i>	<i>30</i>
<i>Anhörigstöd</i>	<i>35</i>
<i>Teamarbete</i>	<i>38</i>
REFLEKTION	43
<i>Reflektion/handledning före certifieringen</i>	<i>44</i>
<i>Reflektionsledarutbildningen</i>	<i>45</i>
<i>Planering inför reflektionsmötena.....</i>	<i>45</i>
<i>Organisering av reflektionsmötena</i>	<i>46</i>
<i>Vad tyckte deltagarna om reflektionen?.....</i>	<i>47</i>
<i>Stöd till reflektionsledarna</i>	<i>48</i>
LEDARSKAP	49
BÄTTRE VÅRD OCH OMSORG EFTER CERTIFIERINGEN?	51

DISKUSSION OCH SLUTSATSER	53
IMPLEMENTERING AV SILVIAHEMSCERTIFIERINGEN	54
REFLEKTION - CERTIFIERINGENS KÄRNA.....	57
MER KUNSKAP BEHÖVS	58
REFERENSER.....	59
BILAGA 1	61
BILAGA 2	65
BILAGA 3	67

SAMMANFATTNING

Sedan 2008 tillhandahåller Stiftelsen Silviahemmet en utbildningscertifiering, för personal inom vård och omsorg för personer med en demenssjukdom – Silviahemscertifiering. Syftet med certifieringen är att skapa en vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv med hög kvalitet för personer med demenssjukdom¹ och deras anhöriga. Med utgångspunkt från den palliativa vårdfilosofin har Silviahemmet utvecklat en vårdfilosofi där det praktiska arbetet utgår från de fyra hörnstenarna: Kommunikation/relation, symtomkontroll, anhörigstöd och team. Certifieringen sker i tre utbildningssteg: basutbildning, arbetsledarutbildning och reflektionsledarutbildning.

Syfte och frågeställningar

Stiftelsen Äldrecentrum följde under våren 2017 fram till februari 2019 fyra enheter som genomfört Silviahemscertifiering. Syftet med studien var att studera vad som händer i en verksamhet efter att den genomgått Silviahemscertifiering. Syftet var också att studera om certifieringen haft någon inverkan på personalens bemötande, stöd till anhöriga, systematiskt teamarbete och kontinuerlig reflektion. Studien hade för avsikt att kartlägga viktiga förutsättningar och utmaningar som kan förekomma vid implementering av ett nytt arbetssätt. Studiens frågeställningar fokuserade på hur verksamheterna arbetade utifrån de fyra hörnstenarna, före och efter certifieringen. Här ingick även att studera hur verksamheterna arbetade med reflektion.

Metod och material

Studiens empiriska material bestod av intervjuer och observationer före och efter certifieringen. Tre av enheterna var särskilda boenden med inriktning för personer med en demenssjukdom. Den fjärde enheten var en enhet för myndighetsutövning inom SoL och LSS. Intervjuer genomfördes med ledning och medarbetare såsom omsorgspersonal, legitimerad personal samt biståndshandläggare. Intervjuer gjordes också med anhöriga till boende vid de tre enheterna. Observationer genomfördes i allmänna utrymmen på de tre boendena samt vid hembesök tillsammans med biståndshandläggare vid enheten för myndighetsutövning.

Resultat

Personalen var mycket nöjda med basutbildningen som de tyckte gav en bra grund, särskilt för dem som inte tidigare hade någon kunskap inom området. De beskriver att de fick en gemensam kunskapsgrund att utgå ifrån som de sedan skulle arbeta vidare med på sin enhet. Biståndshandläggarna och den legitimerade personalen på boendena saknade dock moment i utbildningen som gav dem yrkesspecifik kunskap och verktyg.

¹ I denna rapport används begreppet demenssjukdom och kognitiv nedsättning/svikt synonymt med kognitiv sjukdom.

Implementering av nya arbetssätt sker i komplexa kontexter. Komplexiteten framkom tydligt i denna studie. Förändringar i arbetssätt och bemötande är beroende av en rad olika faktorer och det är svårt att urskilja vad en viss utbildning gett upphov till och vad som beror på annat.

Reflektionen visade sig vara den stora behållningen med certifieringen. Det var den konkreta åtgärd som samtliga enheter lyfte fram. Reflektionen gav personalen möjligheten att tillsammans arbeta fram en individualiserad omsorg. Enligt personalen kunde reflektionen bidra till en personcentrerad vård utifrån den äldres behov.

Hörnstenarna på de tre boendena

Den ordinarie omsorgspersonalen hade övervägande en god kommunikation med de boende och hade byggt upp en fin relation med dem. Hos den ordinarie personalen kunde inga skillnader i kommunikationen före och efter certifieringen observeras. Personalen upplevde inte heller att de förändrat sitt sätt att kommunicera med de boende efter certifieringen.

Symtomkontroll inkluderar många aspekter. Utgångspunkten i observationerna var delaktighet och inflytande, bemötande vid oro och aktiviteter och stimulans. Flera goda exempel framkom under observationerna hur de boende gjordes delaktiga i sin vardag. Aktiviteterna som genomfördes verkade uppskattas av de boende. Aktiviteter var dock ett område som identifierades som ett möjligt utvecklingsområde, vilket bekräftades av både personal och anhöriga. Vid ett av boende framkom en viss skillnad i hur oro hos de boende bemöttes av personalen före och efter certifieringen. Vid de två andra boendena kunde inga skillnader observeras.

Personalen beskrev att det inte hade genomförts några förändringar i stödet till anhöriga efter certifieringen. De upplevde dock att de genom utbildningen hade fått en större förståelse för anhörigas situation. Delade meningar fanns bland de intervjuade anhöriga om de fick det stöd de önskade. Utrymme fanns således för att utveckla det personcentrerade anhörigstödet ytterligare.

Oklarheter fanns både före och efter certifieringen vad ett teambaserat arbete är. Personalen hade delade meningar om de arbetade i ett team samt vilka som ingick i teamet. Personalen vid samtliga enheter deltog i regelbundna teammöten och tyckte att de var värdefulla då allas kompetens togs tillvara för att på bästa sätt kunna stötta och hjälpa de boende. Med de punktinsatser som den legitimerade personalen utförde begränsades möjligheterna att arbeta teambaserat. Med bakgrund mot att endast omsorgspersonalens samarbete kunde observeras och inte övriga personalkategoriers, kan observatörerna inte uttala sig om huruvida de arbetade teambaserat förutom att de hade teammöten.

Hörnstenarna på enheten för myndighetsutövning

Handläggarna tyckte att utbildningen var bra och att kunskapen var viktig för deras arbete. De upplevde dock att de inte fått med sig den kunskap de hade förväntade sig i utbildningen avseende kommunikation och bemötande. Generellt kan sägas att handläggarna hade en bra kommunikation med pensionärerna och deras anhöriga redan före certifieringen.

Biståndshandläggarna ansåg att anhöriga var en viktig resurs. Anhöriga bidrog med viktig information i utredningsarbetet. Handläggarna tyckte att utbildningen hade gett dem viss vägledning i hur de kunde tänka kring insatser vid behovsbedömningen. Det handlade främst om att bevilja stöd och hjälp utifrån den enskildes behov. Utbildningen hade även ökat förståelsen för anhörigas situation och behovet av avlastning. Bristen på olika former av insatser för att avlasta anhöriga begränsade dock möjligheten att ge ett personcentrerat anhörigstöd.

Handläggarna upplevde inte att de arbetade i team. Däremot lyfte biståndshandläggarna det goda samarbetet med demenssjuusköterskan som var ett stort stöd i arbetet. Handläggarna saknade ett strukturerat samarbete med hemtjänst och primärvård.

Slutsatser

Silviahemscertifieringen är en process, ett ständigt pågående arbete. Med tanke på dessa omständigheter går det inte att på ett enkelt sätt beskriva om och i så fall på vilket sätt, utbildningen medfört en utveckling av det personcentrerade arbetet på de studerade enheterna. En gemensam kunskapsbas är en bra utgångspunkt i allt utvecklingsarbete. Men för att förändring ska ske krävs mer än bara kunskap. Cheferna har en betydande roll för att implementera vårdfilosofin i det dagliga arbetet och skapa de förutsättningar som personalen behöver för att kunna arbeta personcentrerat som ett team samt arbeta med reflektion.

Enighet råder om att reflektionen var den stora behållningen med certifieringen, enligt samtliga yrkesgrupper. Reflektion är en central del i den personcentrerade vården och omsorgen för att ta tillvara varje professions unika kompetens och kunskaper vilket missas när inte alla professioner deltar i reflektionen.

Frågan om nyttan och effekterna av Silviahemscertifieringen är ännu inte tillräckligt belyst. Framförallt handlar det om effekterna på sikt. Att följa upp effekterna ett år efter certifieringen genomförts kan vara för kort tid. Det stora arbetet börjar efter att enheten har certifierats.

En gemensam utbildningsgrund och en modell för reflektion som Silviahemmet erbjuder kan vara en god start i arbetet att utveckla en personcentrerad vård och omsorg med målet att höja kvaliteten inom demensvården.

INLEDNING

Hösten 2016 ansökte och erhöll Äldrecentrum medel från Drottning Silvias stiftelse för forskning och utbildning, för att studera erfarenheter från Silviahemscertifieringen. Från våren 2017 fram till februari 2019 har Äldrecentrum följt fyra enheter, tre boenden för personer med demenssjukdom² samt en enhet för myndighetsutövning som genomfört Silviahemscertifiering.

Allt fler i Sverige uppnår en hög ålder. Med det ökade antalet äldre ökar också antalet personer med funktionsnedsättningar och kognitiva nedsättningar. Risken att insjukna i en demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Varje år insjuknar mellan 20 000 och 25 000 svenskar i en demenssjukdom och ungefär lika många med sjukdomen dör (Socialstyrelsen, 2018).

I dagsläget går det inte att bota en demenssjukdom. Åtgärder som sätts in ska syfta till att bidra till en så god livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika skeden. Åtgärder ska i första hand lindra symtom och på olika sätt kompensera för de funktionsnedsättningar som personen med demenssjukdom drabbats av (Socialstyrelsen, 2017).

Äldreomsorgen i Sverige har under en längre tid varit inriktad på att äldre personer så länge det är möjligt ska vårdas i sitt hem trots omfattande behov av vård och omsorg. Det har samtidigt skett en neddragning av antalet platser i särskilt boende med heldygnsoomsorg. Mellan år 2000 och 2016 har antalet platser på särskilt boende nästan halverats. Kriterierna för att få en lägenhet i särskilt boende har således höjts. Bland dem som har omfattande behov av vård och omsorg är det gruppen med kognitiv nedsättning som prioriteras för att få plats i särskilt boende. Omkring hälften av dem som får beslut om särskilt boende med heldygnsoomsorg är svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta³ (Äldrecentrum, 2017). En hög andel av platserna på särskilt boende med heldygnsoomsorg är inriktade på demensvård och omsorg. Men även de somatiskt inriktade platserna beläggs i stor utsträckning av personer med kognitiv svikt (Socialstyrelsen, 2014).

Kostnaderna för vård och omsorg till personer med demenssjukdom beräknas uppgå till drygt 60 miljarder kronor årligen, varav nästan 80 procent av kostnaderna faller på kommunerna, 5 procent på landstingen och resterande 15 procent på anhöriga eller andra närstående (Socialstyrelsen, 2014).

² 2013 kom den nya svenska översättningen av diagnoskriterier för psykiatrien DSM-5 (<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon?Lookup=kognitiv%20sjukdom>). I den nya versionen har begreppet "demens", ersatts med "kognitiv sjukdom" och "lindrig kognitiv funktionsnedsättning". Med kognitiv sjukdom avses i DSM-5 förändrade eller försvagade funktioner i människors sätt att ta in och bearbeta intryck till följd av sjukliga förändringar eller skador i centrala nervsystemet. Den funktionsnedsättning som avses är i huvudsak, genom att den yttrar sig i försvagning av minne, tal, abstraktions- och slutledningsförmåga. I vardagligt tal används fortfarande begreppet "demenssjukdom".

³ Svår kognitiv nedsättning definieras som påtagliga minnessvårigheter, ofta oklar och förvirrad, mycket svår kognitiv nedsättning definieras som helt glömsk, ständigt mycket oklar och förvirrad. Skalan baseras på Bergerskalen, men är i hopslagen i fyra nivåer istället för sju.

Den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom

Målet för regeringens politik är att personer med en demenssjukdom ska kunna åldras i trygghet, så långt som det är möjligt och med ett bibehållet oberoende. De med demenssjukdom ska, sjukdomen till trots, kunna leva ett aktivt liv, ha inflytande i samhället och över sin vardag. Personen ska vidare bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg som både är jämställd och jämlik. Regeringen vill genom strategin för demenssjukdom verka för förbättringar inom sju strategiska områden:

- Samverkan mellan hälso- och sjukvård och social omsorg
- Personal
- Kunskap och kompetens
- Uppföljning och utvärdering
- Anhöriga och närstående
- Samhälle
- Digitalisering och välfärdsteknik

De insatser som den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom innehåller syftar ytterst till att på olika sätt förbättra förhållanden för dem som drabbas av demenssjukdom och deras anhöriga. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa upp och långsiktigt hantera strategiska frågor inom ramen för den nationella strategin för personer med demenssjukdom.

(Socialdepartementet, 2018).

Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom

Under 2017 gav Socialstyrelsen ut en reviderad version av nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Med riktlinjerna vill de stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder. Riktlinjerna ska också vara ett underlag för prioriteringar för hälso- och sjukvård och inom socialtjänsten. Några rekommendationer som riktlinjerna särskilt lyfter är vikten av:

- **Utredning:** dels för att utesluta andra sjukdomar, dels för att kunna bestämma typ av demenssjukdom personen lider av för att kunna ge rätt behandling och prognos. Utredning av vård och omsorgsbehovet är också viktigt för att kunna ge en personcentrerad vård och omsorg utifrån individens förutsättningar.
- **Uppföljning:** regelbunden och strukturerad uppföljning för att bedöma individens behov av medicinskt och psykosocialt stöd samt se till att dessa behov tillgodoses.

- **Multiprofessionellt arbete:** ett multiprofessionellt teambaserat arbete bestående av olika professioner inom hälso- och sjukvården och omsorgen kan tillsammans bidra till ett helhetsperspektiv av den enskildes vård och omsorgsinsatser.
- **Socialt stöd:** stödet till personen ska utgå från personens egna önskemål och kvarvarande förmågor. Insatserna ska planeras individuellt i enlighet med ett personcentrerat förhållningssätt. Olika former av stöd kan vara i form av hemtjänst, dagverksamhet eller särskilt boende. Socialstyrelsen lyfter vikten av att särskilt boende för personer med demenssjukdom ska kännetecknas av en inkluderande boendemiljö som främjar känslan av att vara välkommen i dagliga aktiviteter och som känns bekant av personen.

(Socialstyrelsen, 2017)

Svenskt Demenscentrum, som är ett nationellt kompetenscentrum för demensfrågor har tagit fram en guide som främst riktar sig till personal som arbetar med personer med demenssjukdom, som baseras på de nationella riktlinjerna. Guiden tar upp viktiga aspekter i omvårdnaden som är av betydelse för personer med demenssjukdom (Svenskt Demenscentrum, 2017).

Personcentrerad vård och omsorg

I Silviahemmets vårdfilosofi är ett personcentrerat förhållningssätt centralt. Målet är att vården och omsorgen om de demenssjuka ska ses ur ett helhetsperspektiv i enlighet med de nationella riktlinjerna. I syfte att få en förståelse för vad personcentrerad vård innebär och vilka komponenter som är viktiga följer en redogörelse för vad begreppet innebär i det vardagliga arbetet.

Enligt de nationella riktlinjerna bör vård och omsorg vid demenssjukdom ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. I praktiken innebär det att fokus ska ligga på personen med demenssjukdom, inte på diagnosen och att vården och omsorgen ska utformas utifrån den enskilde. Genom ett multiprofessionellt och teambaserat arbetssätt ökar möjligheten att arbeta personcentrerat. Det bidrar till kontinuitet i vården och omsorgen och underlättar bedömningar som kräver olika kompetenser. (Socialstyrelsen, 2017).

I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom lyfter Socialstyrelsen vikten av att personalen bemöter individen med respekt och värnar om individens självbestämmande. De ska också arbeta för att göra individen delaktig i sin egen vardag och i planeringen av vården och omsorgen tillsammans med anhöriga. Personalen ska sträva efter att förstå vad som är bäst för personen med demenssjukdom utifrån dennes perspektiv. Personalen ska också arbeta efter att skapa en meningsfull vardag i gemenskap med andra för personen med en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017).

I Socialtjänstlagen kap. 5, 4 §, står det att:

”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande ”(värdegrund).

"Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra".

Utgångspunkt för allt arbete inom äldreomsorgen ska vara Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden, SOSFS 2012:3.

Enligt Centrum för personcentrerad vård (GPCC)⁴ vid Göteborgs universitet innebär personcentrerad vård ett partnerskap mellan patienter/närstående och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering som bygger på noggrant lyssnande på patientens berättelse, ofta tillsammans med närstående. GPCC lyfter tre viktiga komponenter i den personcentrerade vården:

- **Partnerskap** - Den mest centrala delen i personcentrerad vård är partnerskapet. Det handlar om en ömsesidig respekt för varandras kunskap; å ena sidan patientens och närståendes kunskap om hur det är att leva med sjukdomen, å andra sidan hälsoprofessionellas kunskap om vård, behandling eller rehabilitering vid det specifika tillståndet, en mer generell kunskap.
- **Patientberättelse** - Att lyssna på patientens berättelser om sitt tillstånd och övriga undersökningar är förutsättningen för personcentrerad vård. Vård, rehabilitering eller omsorg ska planeras gemensamt med hälsoprofessionella, och en överenskommelse skrivs ner i form av en hälsoplan som innehåller mål och strategier för genomförande och kort- och långsiktig uppföljning.
- **Dokumentation** - I den ingår dokumentation av berättelsen och hälsoplanen i patientens journal. Denna dokumentation ska vara levande, alltså ständigt ses över, samt vara tillgänglig för patienten och följa patienten genom vårdkedjan.

I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom lyfts vikten av att personalen:

1. Bemöter personen med en demenssjukdom som en person med egen självkänsla och egna upplevelser och rättigheter, trots de funktionsnedsättningar sjukdom inneburit för individen.
2. strävar efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån dennes perspektiv.
3. Värnar om individens självbestämmande och medbestämmande.
4. Ser personen med demenssjukdom som en aktiv samarbetspartner.
5. Gör den enskilde tillsammans med anhöriga delaktiga i vården och omsorgens planering.
6. Möter personen med demenssjukdom där denne befinner sig, i dennes upplevelse av världen.

⁴ GPCC är ett forskningscentrum med klinisk och tillämpad forskning. GPCC invigdes 2010 med stöd från regeringens strategiska forskningssatsning (SFO) inom området vårdforskning, med övergripande mål att stödja och genomföra forskning av hög kvalitet inom personcentrerad vård. <https://gpcc.gu.se/>

7. Strävar efter att involvera personens sociala nätverk i vården och omsorgen.
8. Strävar efter att upprätta och bevara en relation till personen.

(Socialstyrelsen, 2017).

Ett personcentrerat förhållningssätt kan skapa trygghet och tillit till omgivningen. Det kan också bidra till att stärka initiativförmågan och ge en större känsla av självständighet hos personen med demenssjukdom. Ett bra bemötande kan stärka en persons självkänsla. Att agera respektlöst kan få motsatt effekt.

Studier har också visat att högre grad av personcentrerad vård i särskilda boenden för äldre var positivt relaterat till välbefinnande och tillfredsställelse för såväl de äldre (Terada, m.fl., 2012; Sjögren, 2013; Zimmerman, m.fl., 2005; Winzelberg, m.fl., 2005), som för vårdpersonal (Edvardsson, m.fl., 2011; Sjögren, 2013; Wallin, m.fl., 2012).

I det praktiska arbetet innebär en personcentrerad vård och omsorg att man arbetar utifrån en individanpassad vård och omsorg med levnadsberättelser⁵ som stöd och individanpassade meningsfulla aktiviteter. Den fysiska miljön ska vara trygg och skapa möjlighet till att ta egna initiativ och att få uttrycka sig som person. Genom att lära känna personen kan en personcentrerad vård och omsorg ges (Brooker, 2004, Kitwood, 1997, Sjögren, 2013).

Brooker (2004) har utvecklat en modell för att omsätta det teoretiska begreppet personcentrerad vård till praktisk demensvård i den så kallade VIPS-modellen.

- V Valuing people, alla inblandade ska värderas och respekteras.
- I Individualise care, vården ska individualiseras, bemöta och behandla personer som individer.
- P Personal perspectives, utgå från personens perspektiv
- S Social environment, sträva efter att skapa en vardaglig och social miljö som stödjer möten och interaktioner.

Personcentrerad vård och omsorg uppstår i mötet mellan individer

Personcentrerad vård och omsorg skapas i mötet mellan två individer. Varje enskild individ måste mötas utifrån dennes förutsättningar, personlighet och nuvarande situation. Ett personcentrerat förhållningssätt underlättas om man har kännedom om individen. Inom omsorgen används ofta levnadsberättelser för att lära känna personen bakom sjukdomen. Ibland kan det behövas hjälp från anhöriga för att tillsammans med personen med en demenssjukdom ta fram en levnadsberättelse beroende på i vilket skede i sjukdomen personen befinner sig. Genom levnadsberättelsen ökar kunskapen om individen, vilket kan underlätta kommunikationen

⁵ Levnadsberättelse är ett sätt för en person eller dennes närstående att berätta om betydelsefulla händelser och vad som är viktigt för honom eller henne. Levnadsberättelsen är ett verktyg för personalen inom äldreomsorgen att genom ett strukturerat samtal lära känna och ta tillvara den äldres intressen. <https://www.fouvalfard.se/levnadsberattelse> 2019-09-03

och samspelet mellan professionen och personen med en demenssjukdom (Borgkvist & Theander, 2018).

Levnadsberättelsen kan även ha en positiv inverkan på sorgearbetet och stressen hos anhöriga, genom att göra dem delaktiga i att upprätta den (Andersson, m.fl., 2018).

Att arbeta personcentrerat kräver ofta hög flexibilitet och kreativitet hos personalen samt bra bemanning samtidigt som kontinuitet i personalgruppen är oerhört viktigt. Personcentrerad vård och omsorg förutsätter att den är multiprofessionell och teambaserad. Genom flera perspektiv och kompetenser kan vård och omsorg med ett helhetsperspektiv skapas utifrån personen med demenssjukdom. Förbättrad livskvalitet och bättre funktion för personen med demenssjukdom och förbättrad livskvalitet för anhöriga är några av vinsterna med arbetssättet enligt beprövad erfarenhet och har högsta prioritet, i nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. (Socialstyrelsen, 2017).

Anhörigstöd

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2017) lyfts stöd till anhöriga som viktigt för att minska anhörigas psykiska och fysiska belastning. Enligt Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda anhöriga till personer med demenssjukdom utbildning.

Trots bristande vetenskapligt stöd rekommenderar Socialstyrelsen olika former av avlastning i hemmet, dagverksamhet eller i form av särskilt boende. Socialstyrelsen motiverar rekommendationen med att denna typ av insatser kan bidra till förbättrad livskvalitet, minskad upplevd belastning och utebliven vårdkonsumtion för anhöriga. Rekommendationerna grundar sig i detta fall på beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen 2017).

Kompetensutveckling inom demensvården

I den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom är ett mål att personer som insjuknar i demenssjukdom ska kunna åldras i trygghet, så långt som det är möjligt med ett bibehållet oberoende. Regeringen lyfter dels vikten av kunskap, dels de nationella riktlinjerna om att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör säkerställa ett multiprofessionellt, teambaserat arbete inom vården och omsorgen för personer med demenssjukdom (Socialdepartementet, 2018).

För att möta de ökade behoven och uppfylla de nationella riktlinjerna för en god demensvård krävs kompetensutveckling av dem som arbetar närmast personerna med en demenssjukdom, både inom hemtjänst och särskilt boende samt inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsens översyn av kompetensen inom omsorgen framkom att personal på särskilt boende i stor utsträckning har adekvat utbildning. Kunskapsnivån är dock lägre hos personalen inom hemtjänsten. Kunskap och kompetens är det område som Socialstyrelsen lyfter fram som ett område där det finns störst problem. Socialstyrelsen föreslår bland annat att kommunerna kan förbättra vården och omsorgen för personer med demenssjukdom genom att

säkerställa att baspersonalen har utbildning motsvarande gymnasiets vård- och omsorgsprogram samt att stimulera att personalen genomgår påbyggnadsutbildningar med inriktning äldreomsorg och demensvård. Men också att personalen får möjlighet att använda sina kunskaper efter avslutad utbildning (Socialstyrelsen, 2018).

Silviahemscertifiering

Sedan 2008 tillhandahåller Stiftelsen Silviahemmet⁶ en utbildningscertifiering, för personal inom vård och omsorg för personer med en demenssjukdom – Silviahemscertifiering. Syftet med certifieringen är att förmedla en helhetsvård med hög kvalitet för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Genom att certifiera hela verksamheten kan, enligt Silviahemmet, en gemensam kunskapsgrund skapas och möjlighet ges att etablera nya arbetssätt och rutiner för reflektion. Silviahemmets vårdfilosofi har sin grund i den palliativa vårdfilosofin som av Världshälsoorganisationen (WHO) definieras som en ”aktiv helhetsvård av patienten och dennes familj genom ett multiprofessionellt team”. Målsättningen är att ge livskvalitet när bot inte längre är möjlig, men väl lindring och tröst. Palliativ vård beaktar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Den stödjer också anhöriga i deras sorgearbete. Syftet är att ge förutsättningar för högsta möjliga livskvalitet för den demenssjuke och dennes anhöriga (Silviahemmets utbildningsmaterial s. 14).

Enligt Socialstyrelsen kännetecknas ett palliativt förhållningssätt av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut. Det palliativa förhållningssättet innebär att en professionell bedömning av patientens tillstånd, behov och önskemål görs utifrån en fysisk, psykisk, social och existentiell dimension. Förhållningssättet medför att tänkbara insatser föregås av en avvägning av för- och nackdelar för patientens välbefinnande (Socialstyrelsens termbank 2019)⁷.

Silviahemmets vårdfilosofi är en helhetsvård som har sin grund i den palliativa vårdfilosofin och det praktiska arbetet utgår från de fyra hörnstenarna:

- **Kommunikation/relation**

Personalen måste kunna kommunicera med den som är demenssjuk, med anhöriga, medarbetare och andra berörda och samtidigt vårda relationerna. Utbildningen tillhandahåller kunskap om hur kroppsspråk, tonläge och attityder påverkar kommunikationen. Ett gott bemötande kan skapa trygghet och underlätta för den demenssjuke och anhöriga.

- **Symtomkontroll**

Den personcentrerade vården utgår från den enskilde individen och personalens uppgift är att förebygga, tolka och lindra olika svåra symtom som

⁶ Stiftelsen Silviahemmet bedriver sedan 1996 en dagverksamhet för personer med demenssjukdom samt utbildning för personal som arbetar med målgruppen.

⁷ <https://palliativ.se/registrering-2/socialstyrelsens-termbank/>

demenssjukdomen kan orsaka. Att fokusera på personen och inte på sjukdomen.

- **Anhörigstöd**

Stödet till anhöriga ska vara personcentrerat. Anhöriga ska få vara delaktiga i vården och omsorgen om de vill.

- **Teamarbete**

Teamarbetet utgår från att olika yrkeskategorier inom vård och omsorg behövs för att den bästa vården ska kunna säkerställas. Den enskilde och anhöriga ses som självklara medlemmar i teamet.

(Silviahemmets utbildningsmaterial s. 14-16)

Sedan starten 2008 har drygt 90 enheter; särskilt boende med heldygnsomsorg, hemtjänst, dagverksamhet, enhet för myndighetsutövning och vårdenhet på sjukhus genomgått Silviahemscertifieringen.

Silviahemmets certifieringssystem fokuserar på tre områden som identifierats som viktiga för att uppnå hög kvalitet inom vård- och omsorg:

- Gemensam vårdfilosofi/syn- och arbetssätt
- Utbildad personal
- Gott ledarskap

Certifieringen sker i tre utbildningssteg med efterföljande handledning av utbildade reflektionsledare.

Steg 1: Basutbildning

För att kunna certifiera en enhet ska alla medarbetare delta i en tredagars basutbildning. Sammanlagd utbildningstid är 21 timmar. Samtliga som deltar i utbildningen genomgår ett skriftligt test före och efter utbildningen. Utbildningen är förlagd på arbetsplatsen. Utbildningen ges av utbildare från Silviahemmet. Under de tre dagarna varvas föreläsningar med diskussioner.

Dag ett består av en genomgång av Silviahemmets vårdfilosofi och innehållet i utbildningen baseras på dess fyra hörnstenarna. Övriga ämnen som berörs den första dagen är hjärnans uppbyggnad, läran om det normala åldrandet (gerontologi), vanliga sjukdomar som drabbar äldre, äldre och läkemedel, de vanligaste demenssjukdomarna och symtom samt hur en demensutredning går till och varför en utredning är så viktig.

Under dag två i basutbildningen ges en fördjupning i hörnstenarna kommunikation/relation och symtomkontroll, analys, åtgärder och utvärdering.

Den tredje dagen fokuserar på hörnstenarna teamarbete och anhörigstöd. Fokus dag tre är även kost och måltid.

Steg 2: Arbetsledarutbildning

Arbetsledarutbildning vänder sig till ledare på enheten. Samtliga personer som går steg två ska ha genomgått basutbildningen. Utbildningen omfattar en heldag.

Inriktning är Silviahemmets vårdfilosofi med betoning på ledning av teamarbete. Utbildningen sker efter överenskommelse vid Silviahemmet eller på arbetsplatsen. Arbetsplatsen bestämmer själva vem eller vilka som ska gå arbetsledarutbildningen.

Utbildningen innefattar genomgång av certifieringsprocessen, ledarskap, Silviahemmets vårdfilosofi, arbetsledarens roll i teamet, personcentrerat ledarskap, fördjupad kunskap i demens och beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Dagen avslutas med utbildningsmaterialet, Nollvision - en demensvård utan tvång och begränsningar⁸.

Steg 3: Reflektionsledarutbildning

Minst två från personalen på respektive enhet ska genomgå en reflektionsledarutbildning som omfattar tre heldagar. Enheten bestämmer vilka ur personalen som ska genomgå utbildningen. Utbildningen syftar till att förmedla kunskap om hur man leder "reflektionsstunder" på sin enhet. Utbildningen sker antingen på Silviahemmet eller på arbetsplatsen. Deltagarna får under utbildningen kunskap om vad reflektion innebär, varför det är viktigt att reflektera samt reflektionsledarens roll. Under utbildningen får deltagarna ta del av Silviahemmets modell och struktur för reflektionsstunden och delta vid praktiska reflektionsövningar.

Efter de två första dagarna får deltagarna en hemuppgift som består i att leda en reflektionsgrupp på sin arbetsplats och svara på ett antal frågor kring reflektionsstunden. Vid det tredje tillfället ska deltagarna lämna in en skriftlig redogörelse samt muntligen redovisa erfarenheterna från reflektionen.

Reflektionsledarna får efter avslutad utbildning handledning av utbildare från Silviahemmet vid tre tillfällen.

Certifiering

Då alla moment i processen är genomgångna och godkända delas ett certifikat ut till enheten. Certifieringen gäller i tre år. För bibehållande/förnyat certifikat efter tre år krävs att totalt 70 % av samtliga anställda har genomgått basutbildningen och att ledare på enheten har gått arbetsledarutbildningen samt att minst två ur personalen per enhet har gått reflektionsledarutbildningen och leder reflektionsstunder. Silviahemmet följer årligen upp certifieringsprocessen.⁹

⁸ Nollvision är ett utbildningspaket för att förebygga tvång och begränsningsåtgärder. Det vänder sig till vård och omsorgspersonal samt till anhöriga. Utbildningspaketet består av bok, app, webbutbildning samt anhörigskrift.

⁹ <http://www.silviahemmet.se/wp-content/uploads/2010/01/Silviahemmets-certifieringsfolder-2017.pdf>

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie har varit att studera vad som händer i en verksamhet efter att den genomgått Silviahemscertifiering. Syftet var också att studera om certifieringen haft någon inverkan på personalens bemötande, stöd till anhöriga, systematiskt teamarbete och kontinuerlig reflektion. Studien har haft för avsikt att kartlägga viktiga förutsättningar och utmaningar som kan förekomma vid implementering av ett nytt arbetssätt.

I Silviahemmets vårdfilosofi är de fyra hörnstenarna centrala. Studiens frågeställningar har fokuserat på hur verksamheterna arbetat utifrån de fyra hörnstenarna, före certifieringen och efter. För att arbetsplatsen ska fortsätta utvecklas utifrån vårdfilosofin ska verksamheterna enligt Silviahemmets vårdfilosofi arbeta aktivt med reflektion. Studien har därför också lagt vikt på hur verksamheterna arbetat med reflektionsgrupper.

Frågeställningar:

- Arbetar personalen utifrån de fyra hörnstenarna i Silviahemmets vårdfilosofi?
- Kan några skillnader observeras i enheten avseende symptomkontroll, kommunikation/relation, anhörigstöd och teamarbete efter Silviahemscertifieringen?
- Upplever personal och ledningen några förbättringar i vården och omsorgen sedan Silviahemscertifieringen?
- Hur arbetar enheten med reflektionsgrupper?

METOD

Studiens empiriska material utgörs av intervjuer med medarbetare, ledning och anhöriga samt observationer på de fyra enheter som studerats. Tre av enheterna var särskilda boenden med heldygnsvård med inriktning för personer med en demenssjukdom. Den fjärde enheten var en enhet för myndighetsutövning inom SoL och LSS. Ansvariga för studien har också deltagit vid Silviahemsutbildningens tre steg, basutbildning, arbetsledarutbildning samt utbildning av reflektionsledare.

Genom ansvarig för Silviahemscertifieringen på Silviahemmet identifierades vilka enheter som skulle certifieras under hösten 2017 och våren 2018. Äldrecentrum valde ut fyra enheter som tillfrågades om att ingå i studien. Ambitionen med urvalet var att få en geografisk spridning över landet samt att enheterna skulle påbörja certifieringen under hösten 2017. Silviahemmet kontaktade enheterna och informerade om att Äldrecentrums uppdrag och frågade dem om de fick lämna ut uppgifter till Äldrecentrum för vidare kontakt angående studien. Äldrecentrum etablerade därefter kontakt med respektive enhet. Samtliga enheter tackade ja till att medverka i studien. Tider för intervjuer och observation bokades in. Verksamhetschefen informerade personalen, de äldre samt deras anhöriga om studien. Utredarna presenterade sig och informerade om syftet med studien för berörda när de besökte verksamheten i samband med observationerna.

Respektive enhet besöktes vid två tillfällen mellan maj 2017 och februari 2019. Vid samtliga enheter genomfördes intervjuer och observationer både före och efter certifieringen. Syftet var att få en uppfattning om hur verksamheten utvecklats i och med utbildningssatsningen. Uppföljningen genomfördes mellan 8 – 11 månader efter att verksamheten erhållit certifieringen. Anledningen till att vänta ca ett år för att följa upp verksamheten var för att de skulle få tid och möjlighet att implementera den nya kunskapen och arbetssättet. Syftet med studien var inte att jämföra de studerade enheterna.

Tabell 1. Tidpunkt för datainsamling och certifiering.

Enhet	Datainsamling före certifieringen	Certifiering	Uppföljning efter certifiering	Tid mellan certifiering och uppföljning
1	Sept 2017	Sept 2017 - Dec 2017	Oktober 2018	10 månader
2	Okt 2017	Okt 2017 – Dec 2017	Nov 2018	11 månader
3	Jan 2018	Jan 2018 – Juni 2018	Feb 2019	8 månader
4	Juni-aug 2017	Aug 2017 – Nov 2017	Aug/sept 2018	9 månader

Intervjuer

Vid varje enhet intervjuades både medarbetare och ledning (tabell 2), vid respektive uppföljningstillfälle. Intervjuerna var semi-strukturerade (Kvale, 2001) och anpassades efter yrkesgrupp samt före och efter certifieringen. Bilaga 1 exemplifierar de frågeområden som togs upp vid intervjuerna. Intervjuerna med cheferna på respektive enhet genomfördes enskilt. Intervjuerna med omsorgspersonal, sjuksköterskor och fysio- och arbetsterapeuter genomfördes i huvudsak i grupp. Verksamhetschefen hjälpte till att organisera intervjuerna med medarbetarna.

Personalen som kom att intervjuas var de som arbetade under dagarna som observationerna genomfördes på enheterna. I vissa fall är det samma personer som intervjuades före och efter certifieringen men inte alltid. Samtliga sjuksköterskor som intervjuades före certifieringen hade vid uppföljningen avslutat sin anställning. I några fall genomfördes intervjuer med sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut per telefon. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuer gjordes även med anhöriga som befanns sig på enheten under observationerna, totalt intervjuades elva anhöriga. Vid intervjuerna fördes anteckningar. Utöver intervjuer med anhöriga fördes även informella samtal med anhöriga på enheten. Samtliga intervjuerna var mellan 30–80 minuter långa.

Tabell 2. Antal informanter på respektive enhet, före och efter certifieringen.

Enhet		Före	Efter
1	Verksamhetschef	1	1
	Sjuksköterska	2	1
	Arbetsterapeut	1	1
	Fysioterapeut	1	1
	Omsorgspersonal	3	4
	Reflektionsledare		2
	Anhöriga	4	1
2	Verksamhetschef	1	1
	Sjuksköterska	-	-
	Arbetsterapeut	-	1
	Fysioterapeut	-	1
	Omsorgspersonal	4	5
	Reflektionsledare		3
	Anhöriga	2	1
3	Verksamhetschef	1	1
	Sjuksköterska	2	1
	Arbetsterapeut	1	-
	Fysioterapeut	1	1
	Omsorgspersonal + aktivitetsansvarig	6	4
	Reflektionsledare		5
	Anhöriga	3	-
4	Enhetschef	2	1
	Biståndshandläggare	10	4
	Demenssjuksköterska	1	1
	Reflektionsledare		3
Totalt antal intervjuade		46	45

Bortfall

Vid ett boende genomfördes inga intervjuer med sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut före certifieringen. Boendet hade vid tiden för observationen ingen ordinarie sjuksköterska och arbetsterapeuten och fysioterapeuten skulle inte delta i certifieringen. Av de inplanerade intervjuerna i samband med observation-

erna efter certifieringen var det två personer, en sjuksköterska samt en arbetsterapeut som inte genomfördes. Den ena på grund av sjukdom den andra på grund av hög arbetsbelastning.

Observationer

Fokus vid observationerna var själva mötet mellan den äldre och professionen, det vill säga personalen på vård- och omsorgs boendena alternativt biståndshandläggarna. Observationerna var systematiska och genomfördes med stöd av ett observationsprotokoll, utifrån hörnstenarna. De olika begreppen hade på förhand definierats för att skapa en samstämmig bild över vad som skulle vara i fokus vid observationen (bilaga 2).

Observationer genomfördes dels före certifieringen, dels ett år efter certifieringen. Vid samtliga observationstillfällen gjordes observationer av ansvariga utredare, oberoende av varandra. Totalt befann sig observatörerna 48 timmar på respektive enhet. Observationer gjordes på olika tider för att fånga in hela dagens arbete samt även kvällen. Observationer gjordes enbart i de allmänna utrymmena på boendet, inga observationer gjordes i vård- och omsorgssituationer i den enskildes lägenhet på boendet.

När det gäller enheten för myndighetsutövning genomfördes fyra observationer vid hembesök med två av handläggarna före certifieringen. Observationerna av mötet mellan den enskilde, anhöriga och biståndshandläggare ägde rum hemma hos personen som ansökt om insatser från kommunen. Vid hembesöket deltog förutom den sökande, även anhöriga i samtliga fall. Vid ett tillfälle deltog även personal från hemtjänsten. Handläggarna intervjuades efter observationstillfällena.

Efter certifieringen kontaktades de biståndshandläggare som observerades före certifieringen. Endast en observation genomfördes med efterföljande intervju då det under uppföljningsperioden inte fanns fler personer som samtyckte till att ansvariga utredare skulle vara med enligt biståndshandläggarna. Det går därför inte att dra några generella slutsatser utifrån det som observerades. Beskrivningarna utifrån observationerna kan istället visa på vilka dilemman handläggarna ställs inför i sitt många gånger komplexa arbete med att utreda och bedöma bistånd för personer som har en demenssjukdom och deras anhöriga.

Efter varje observationsdag fördes anteckningar främst utifrån de förutbestämda temana. Dessa fältanteckningar renskrevs sedan. Efter respektive observationstillfälle gjordes en analys utifrån vad de två oberoende observatörerna observerat.

Bearbetning av insamlade data/analys

Intervjumaterial och observationsdokumentation från alla fyra enheter ligger till grund för analysen. För att bearbeta och analysera det insamlade materialet användes strukturerad kvalitativ innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005). Ansvariga utredare har själva gjort intervjuer, observationer, transkribering av intervjuerna samt analys av materialet.

Genom intervjuer har vi försökt fånga medarbetarnas upplevelser och synpunkter. Analysarbetet av det empiriska materialet startade med en genomläsning av samtliga intervjuer och observationsprotokoll för att få ett helhetsintryck. I nästa steg gjordes ytterligare en genomläsning i syfte att tematisera intervjuerna och observationsprotokollen utifrån dels de på förhand valda teman, kommunikation/relation, symtomkontroll, teamarbete och anhörigstöd. Utöver dessa teman identifierades ytterligare två områden, reflektion och ledarskap. Dessa teman ligger till grund för den övergripande strukturen i rapporten. I de fall det förekommer citat i rapporten, avser dessa att illustrera och exemplifiera respondenternas intervju svar. I resultatdelen återfinns utdrag från fältanteckningarna som har syftet att beskriva arbetet i verksamheten utifrån utredarnas perspektiv.

Etiska överväganden

Efter att de fyra enheterna valts ut tillfrågades verksamhetschefen på respektive enhet om tillåtelse att genomföra observationer samt intervjuer på boende/enheten. Samtliga fyra enheter tackade ja till att delta. Tre av enheterna var demensboenden. Verksamhetschefen som tackade ja till att enheten ska ingå i studien, har också ansvarat för att detta beslut varit förankrat i organisationen samt att brukare, anhöriga och personal informerats. Utöver detta presenterade ansvariga utredare studien och syftet med den samt det sätt på vilken studien skulle genomföras. Den fjärde enheten var en enhet för myndighetsutövning. I dialog med enhetschefen beslutades att biståndshandläggare skulle tillfråga den enskilde, alternativt en anhörig, om en utredare fick delta vid hembesök. I de fall samtycke gavs deltog vi som observatörer vid hembesöket.

Vidare informerades samtliga intervjuade om att allt datamaterial förvaras oåtkomligt för utomstående samt att materialet anonymiseras, såväl beträffande kommun, arbetsplatser som uppgifter rörande enskild personal, äldre/brukare och anhörig. Genom att delta vid intervjuerna har personal och anhöriga samtyckt till att delta i studien. Utomstående kommer inte kunna identifiera vilka enheter som studerats, enskilda personer eller händelser. Information gavs inte direkt till de boende på grund av att samtliga hade en kognitiv nedsättning, efter etiskt övervägande valde vi att presentera oss och varför vi befann oss på boendet i de fall det ansågs lämpligt, med motiveringen att vi inte hade för avsikt att skapa oro bland de boende. Vid samtliga hembesök tillsammans med biståndshandläggaren presenterade utredarna sig själva och i vilket syfte vi deltog på mötet i den enskildes hem. Inga intervjuer genomfördes med de boende och i de fall händelser dokumenterades avidentifierades dessa.

De intervjuade informerades också om att den slutgiltiga rapporten kommer att publiceras inom Äldrecentrums rapportserie.

Inför studien togs beslutet att inte göra någon etisk ansökan för att genomföra studien. Studien omfattar inte känsliga personuppgifter, den innebär inte fysiska ingrepp, skada eller fysisk eller psykisk påverkan på studiepersonerna.

MATERIAL - BESKRIVNING AV ENHETERNA

Nedan följer en beskrivning av de studerade enheterna utifrån inriktning, organisation och boendets fysiska miljö. I resultatdelen kommer inga jämförelser att göras mellan de fyra enheterna. Gemensamt för de fyra enheterna var att alla ville utveckla demensvården genom att kompetensutveckla all personal på enheten som möter personer med demenssjukdom i sitt arbete. I två av kommunerna hade beslut fattats på politisk nivå, att enheten skulle genomgå Silviahemscertifieringen. I de två andra enheterna fanns en ambition på verksamhetsnivå att utveckla demensvården. I dessa kommuner hade även andra demensboenden certifierats.

1. Enhet för personer med demensdiagnos

Enhet 1 var ett särskilt boende med heldygnsomsorg, med två demensenheter om totalt 19 platser. Observationer genomfördes på den enhet som är avsedd för särskilt vårdkrävande personer. Där bodde vid uppföljningstillfällena nio personer. Några av de boende hade utöver en demensdiagnos också en psykisk sjukdom. Det fanns även boende som inte hade en demenssjukdom men var trots det placerad på boendet. Det fanns ingen undre åldersgräns för placering på boendet. De boende var mellan 52 – 90 år gamla. Vid observationerna efter genomförd utbildning hade flera av de boende avlidit och nya personer hade flyttat in och det upplevdes vara mindre oroligt på enheten.

Enheten bemannades med tre undersköterskor både morgon och kväll. Nattetid var det en undersköterska på enheten som samarbetade med en annan enhet. Vid behov fanns möjlighet att ta in förstärkning. Det gjordes när en person var i behov av extravak eller om det var särskilt oroligt på enheten. Efter certifieringen hade enheten fått en extra resurs i köket på dagtid. Resursen ansvarade främst för måltiderna men fanns också att tillgå som en extra personal i de gemensamma utrymmena och förde bland annat samtal med de boende. Extraresursen i köket anställdes efter avslutad certifiering och hade således inte gått utbildningen.

Enheten hade i nära samband med att certifieringen avslutades fått en ny chef. Vid tiden för uppföljningen hade den nya chefen precis genomgått utbildningen. Enheten var redan före certifieringen i ett ansträngt ekonomiskt läge. Den nya chefen hade som sin primära uppgift att se över verksamheten och förbättra det ekonomiska läget. Enligt de intervjuade hade det påverkat enhetens möjlighet att aktivt under ledning av chefen arbeta med att implementera det nya arbetssättet i verksamheten.

Det fanns en sjuksköterska på boendet på vardagar mellan 07.00 – 16.00, övrig tid kontaktades kommunens jourverksamhet vid behov. Vid uppföljningen hade båda sjuksköterskorna slutat. En av de nyanställda sjuksköterskorna hade gått basutbildningen. Läkaren besökte enheten en gång per vecka. Övrig tid kontaktades regionens jourverksamhet vid behov av läkarinsatser.

Enheten hade tillgång till fysioterapeut och arbetsterapeut två dagar i veckan, dessa dagar var de stationerande på boendet. Övrig tid var de på andra enheter i kommunen.

Respektive enhet på enheten hade teammöte varannan vecka. På mötet deltog sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och omsorgspersonal.

Den fysiska miljön var avskalad. Enheten bestod av två långa, smala korridorer som bands samman av ett gemensamt tv-rum. Köket låg i ena änden av ena korridoren i anslutning till tv-rummet. Köket var stängt för de boende men det fanns en bardisk varifrån måltiderna fördelades ut. Det fanns få saker som gjorde den hemlik. Vid första tillfället fanns inga tavlor i de gemensamma utrymmena. Det saknades även vaser och annat för att skapa en trevlig miljö. På enheten fanns utrymmen som av ansvariga utredare upplevdes som avställningsplatser för överblivna möbler mer än ett utrymme för möjlighet till sociala aktiviteter eller avkoppling. Efter certifieringen var miljön mindre institutionslik. Tavlor hade satts upp på väggarna, utrymmena som tidigare upplevdes som förvaring av överblivna möbler hade städats upp och kunde användas av de boende och anhöriga. Boendet var en enplansbyggnad och det fanns tillgång till en innergård som kan nås av samtliga enheter på boendet. Det fanns även tillgång till en trädgård på baksidan av boendet.

2. Enhet för personer med demensdiagnos

Den andra enheten var ett särskilt boende med heldygnsomsorg, varav två enheter var riktade till personer med en demensdiagnos. De två enheterna hade tillsammans 22 platser, med elva platser på vardera enheten. Samtliga personer som bodde på enheten som observerades hade en kognitiv svikt, alla hade inte en demensdiagnos.

Enheten bemannades med tre personal på morgonen, två på kvällen samt en på natten. Vissa dagar fanns resurspersonal, som ansvarade för att tvätta och städa. Vid uppföljningstillfället hade enheten anställt en extra resurs som skulle ansvara för köket. Extraresursen hade inte deltagit vid utbildningen. Utöver denna resurs hade inga förändringar gjorts avseende bemanningen efter certifieringen.

Enheten hade själva initierat och sökt pengar för att genomföra certifieringen som ett led i utvecklingen av demensomsorgen på enheten. Inga förändringar avseende ledningen hade gjorts efter certifieringen. Enheten hade tillgång till sjuksköterska mellan 07.00 – 16.00 på vardagar. Mellan 16.00 – 21.00 kontaktades boendets konsultsjuksköterska vid behov. Efter 21.00 fanns en ansvarig nattsjuksköterska. Vid uppföljningstillfället hade en sjuksköterska avslutat sin anställning och en ny hade anställts. Läkare besökte boendet en gång per vecka och kunde nås via telefon en dag per vecka. Övrig tid hänvisades enheten till sjukhuset akutmottagning.

Före certifieringen var en fysioterapeut och arbetsterapeut kopplade till boendet. Dessa kontaktades vid behov. I samband med en omorganisation inom kommunens hemsjukvård förändrades organisationen för fysio- och arbetsterapeuten. Vid uppföljningen fanns de tillgängliga på boendet en bestämd dag i veckan samt vid behov.

Boendet var ett flervåningshus. Den fysiska miljön på boendet upplevdes trevlig. Lokalerna var väl tilltagna. Enheten bestod av två långa och breda korridorer i vinkel som binds samman med ett vardagsrum och ett mindre rum som kan avgränsas med dörrar. Längst bort i vardera korridoren fanns möjlighet att sitta

ner i fåtöljer. Personalen hade en bra överblick över enheten oavsett var de befann sig. Korridorerna var ljusa och det fanns bänkar strategiskt utställda om de boende vill sätta sig ner en stund. Intill vardagsrummet fanns kök och matsal. I matsalen fanns en skjutvägg som kan öppnas mellan de två närliggande enheterna. Matsalen hade ett par större bord och ett mindre. På borden fanns dukar, blommor och ljuslyktor. Köket och matsalen avgränsades med en låg bardisk som gav en närkontakt mellan personal och de som bor på enheten. De boende fick inte vistas inne i köket. Det fanns blommor i alla fönster på enheten. I direkt anslutning till matsalen fanns en stor inglasad balkong. På gården fanns en trädgård med boulebana och möjlighet att grilla. I de gemensamma utrymmena fanns inga hjälpmedel i form av färgsättning för att underlägga för de boende. Inga större förändringar hade gjorts beträffande den fysiska miljön vid uppföljningstillfället, den enda förändringen var placeringen av ett bord i matsalen.

3. Enhet för personer med demensdiagnos

Den tredje enheten var ett demensboende med två enheter med totalt 20 platser, tio på vardera enheten. Samtliga som bodde på enheten hade en demensdiagnos. Vid uppföljningstillfället var det fem nya personer som bor på enheten. De nya som flyttat in var fysiskt piggare och den gemensamma trädgården används i större utsträckning än vid första observationstillfället. Respektive enhet var bemannad med tre undersköterskor på morgonen samt en resurs i köket. Även kvällen var man tre personal. På natten var det en personal på respektive enhet. Vid behov fanns möjlighet att ta in en extra resurs, vid till exempel extravak. Boendet hade en synlig chef som var ute på enheterna dagligen och kände de boende och deras anhöriga väl. Inga förändringar hade gjorts avseende bemanningen och ledningen sedan före certifieringen.

På boendet fanns en sjuksköterska på dagtid mellan måndag till fredag. Övrig tid fanns tillgång till kommunens sjuksköterskepatrull. En läkare som ansvarade och var på boendet en gång per vecka. Övrig tid kontaktades det mobila teamet alternativt sjukhuset vid behov. En fast dag per vecka fanns tillgång till en fysioterapeut och en arbetsterapeut, utöver det kom de till boendet för att leverera hjälpmedel samt för att instruera personalen i till exempel förflyttningsteknik. Tillsammans med verksamhetschefen, sjuksköterska och omsorgspersonalen deltog fysioterapeut och arbetsterapeut vid teammötet. Inga förändringar avseende den legitimerad personalen hade gjorts mellan de två uppföljningstillfällena.

Boendet är ett enplanshus. Vardera enheten har tillgång till varsin trädgård. De allmänna utrymmena upplevs som hemtrevliga och enheten var bra planerad med god överblick. De två korridorerna binds samman av ett vardagsrum, kök och matsal med öppen planlösning. Köket var integrerat med matsalen och en plats där många aktiviteter ägde rum. De boende hade alltid tillgång till köket. Enheten är fint inredd med blommor och prydnadsföremål. Det finns flera sittgrupper i de gemensamma utrymmena.

4. Enhet för myndighetsutövning

Att certifiera enheten för myndighetsutövning var en del i en större satsning som genomfördes i kommunen. På högsta politiska nivå i kommunen beslutades att all

personal som arbetar med SoL och LSS ska Silviahemscertifieras. Certifieringen på enheten påbörjades i augusti 2017 och avslutades i november 2017. Utbildningen hölls i kommunens lokaler och enheten hade valt att blanda personal från olika verksamhetsområden vid utbildningstillfällena för att öka möjligheten för erfarenhetsutbyte och skapa förståelse för varandras verksamheter.

Generellt var personalen som handlade SoL-ärenden positivt inställd till att genomgå certifieringen och såg värdet i att få fördjupad kunskap i främst bemötande och kommunikation. Undantaget var de handläggare som inte direkt arbetade med personer med demenssjukdom i sitt vardagliga arbete.

Enheten som handlade SoL-ärenden hade en budget i balans men beskrev ändå ett ansträngt läge med många ärenden per handläggare. Vid uppföljningstillfället hade ytterligare några handläggare anställs, vilket bidragit till en lägre belastning för handläggarna. Utöver handläggarna hade enheten två boendesamordnare som handlade beslut om plats på särskilt boende samt tre avgiftshandläggare som i ansvarade för avgifter inom SoL och LSS. Mellan undersökningstillfällena hade det inte skett någon förändring beträffande ledarskapet.

Kommunen hade en demenssjuksköterska anställd. Demenssjuksköterskan stöttade biståndshandläggarna vid behov när den enskilde som ansökte om insatser hade en kognitiv svikt. Demenssjuksköterskan satt tillsammans med biståndshandläggarna och deltog vid behov vid hembesök och vid ärendedragning. Vid ärendedragningen gavs möjligheten till teamarbete och kollegialt stöd i handläggningen i specifika ärenden.

Före certifieringen hade enheten tillgång till handledning från kommunens demenssjuksköterska samt juridisk handledning utifrån egna ärenden. Efter certifieringen hade enheten tillgång till juridisk handledning, handledning i specifika ärenden från kommunens demenssjuksköterska samt reflektion en gång per månad.

Utöver Silviahemscertifieringen var det inga andra utbildningar planerade mellan undersökningstillfällena.

Antal utbildade personal

Sammanlagt utbildades totalt 118 personer i basutbildningen, fem personer gick arbetsledarutbildningen och 21 personer gick reflektionsledarutbildningen vid de fyra enheterna. Respektive chef fattade beslut om vilka som skulle gå de olika utbildningarna.

Tabell 3. Antal utbildade personer som genomfört respektive utbildningssteg, uppdelat på profession och enhet.

Enhet	Basutbildningen	Ledarutbildningen	Reflektionsledar- utbildningen	Professioner
1	1	1	7	chef
	2			sjuksköterska
	1			fysioterapeut
	1			arbetsterapeut
	43			omsorgspersonal
2	1	1	4	chef
	1			samordnare
	2	1		sjuksköterska
	1			arbetsterapeut
	1			fysioterapeut
16	omsorgspersonal			
3	1	1	6	chef
	1			samordnare
	2			sjuksköterska
	1			fysioterapeut
	1			arbetsterapeut
	29			omsorgspersonal
4	1	1	4	lokalvårdare
	10			chef
	1			biståndshandläggare (SoL)
				demenssjuksköterska
	118	5	21	

RESULTAT

Resultatet av studien redovisas i två olika avsnitt. I det första avsnittet presenteras personalens och chefernas förväntningar på certifieringen och erfarenheterna av basutbildningen följt av hur personalen arbetade utifrån de fyra hörnstenarna. Inledningsvis beskrivs hörnstenen kommunikation som är grunden i allt vård- och omsorgsarbete och som är central även i de övriga hörnstenarna. Därefter presenteras symtomkontroll, följt av anhöriga och team. Efter varje hörnsten sammanfattas utraderarnas iakttagelser om och i sådana fall vad som har förändrats i arbetet efter certifieringen.

I det andra avsnittet beskrivs hur det fortsatta arbetet med att implementera vårdfilosofin organiserades och genomfördes vid de fyra enheterna. Avsnittet inleds med hur arbetet med reflektionen utfördes följt av ledarskapet och vilka övriga strategier cheferna hade för att hålla vårdfilosofin levande i arbetet. Sist beskrivs vilka förändringar cheferna och deras medarbetare kunde se efter att verksamheten genomgått Silviahemscertifieringen.

Tankar om vad certifieringen kan ge

Vid intervjuerna med personal och chefer före certifieringen, framkom det att de upplevde att de redan utförde en bra personcentrerad omsorg. Enheterna använde BPSD-registret (Beteendemässiga Psykiatriska Symtom vid Demenssjukdom) och levnadsberättelser i syfte att kunna ge en personcentrerad vård. Cheferna upplevde att personalen hade vilja att hitta lösningar. De ansåg dock att det kunde bli ännu bättre. Cheferna vid de tre äldreboendena beskrev att större delen av personalen själva aktivt sökt sig till att arbeta inom demensomsorgen. De betonade också vikten av att personalen behövde mer kunskap om vad en god demensvård är för att se hur arbetssätten kan utvecklas. En av cheferna beskrev att personalen lätt fastnade i olika mönster, att personalen jobbar som de alltid gjort.

Cheferna hoppades att certifieringen skulle bidra till ett ”nytänk” hos personalen. Ytterligare en förhoppning de hade var att personalen genom certifieringen skulle bidra till en ökad stolthet för yrkesgruppen. Omsorgspersonalen på de studerade demensenheterna hade alla en önskan om att utbildningen skulle ge dem tips och idéer och ”aha-upplevelser”. Men också att de skulle få en bekräftelse på att de jobbat ”rätt”. Sjuksköterskorna, arbetsterapeuterna och fysioterapeuterna hoppades få mer kunskap om demenssjukdomar och större förståelse för hur de kunde bemöta personer med demenssjukdom och deras anhöriga. De tog även upp att de önskade att utbildningen skulle fokusera på aktiveringen och utevistelse.

Chefen för myndighetsutövningen hade en förhoppning om att certifieringen skulle ge ett stöd åt handläggarna i deras arbete och att den skulle hjälpa handläggarna i mötet med den enskilde. Handläggarna hoppades på att få verktyg för att bättre kunna möta personer med demenssjukdom, kunna ställa frågor på rätt sätt samt få bättre kunskap i hur de i sin roll som handläggare kan bemöta personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Erfarenheter från basutbildningen

Vid intervjuerna framhöll flera ur personalen vikten av en gemensam utbildningsgrund på arbetsplatsen. Den gemensamma kunskapsgrunden gjorde att de kunde relatera omsorgssituationer till det som de lärt sig i utbildningen. Samtliga beskrev utbildningen som bra eller jättebra. Flera av de intervjuade både chefer och medarbetar beskrev att utbildningen givit dem en helhetssyn på vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Personalen ansåg även att utbildningen givit dem en bekräftelse på att man ”jobbat rätt”.

Personalen på boendeenheterna upplevde att de genom utbildningen fått redskap för att kunna ge en personcentrerad vård och omsorg och bättre förstå beteenden och hur de ska bemöta dem på bästa sätt. Den ansåg även att de fått en helhetssyn och blivit tryggare i sin roll som omsorgspersonal. Majoriteten tyckte att de hade fått ny kunskap, alla ansåg dock inte att de kunde använda kunskapen i det dagliga arbetet. I stort sett alla var nöjda med utbildningen.

Personalen vid enheten för myndighetsutövningen såg vinster med att flera yrkeskategorier, från olika verksamheter inom socialtjänsten hade gemensamma utbildningstillfällen. Det bidrog till bra diskussioner och en ökad förståelse för varandras arbete. Genom utbildningen ansåg biståndshandläggarna att de hade fått en ökad kunskap om demenssjukdomar.

Men flera professioner som fysioterapeuter, arbetsterapeuter och biståndshandläggare framhöll att de saknade inslag i utbildningen som var professionsspecifik.

Paramedicinarna¹⁰ sa att de saknade genomgång av lämpliga aktiviteter och stimulans för personer som har en demenssjukdom. De hade också önskat att få mer kunskap om hur de kunde kommunicera när de skulle instruera om nya hjälpmedel.

Biståndshandläggarna sa att de upplevde att utbildningen till stor del riktade sig till omsorgspersonalen. Även efter utbildningen efterfrågade de kunskap om hur de som handläggare på bästa sätt kan möta personer med demenssjukdom. De saknade också verktyg för att möta anhöriga i en svår situation. Handläggarna upplevde inte att de genom utbildningen fått en bättre samtalsmetodik, något som de hade hoppats på att få. De sa att de önskade att utbildningen, förutom de tre dagarna i basutbildningen även skulle innehålla en dag som var specifik för dem.

’Det kändes som om den [utbildningen] var väldigt inriktad till dem som vårdar. Jag känner att man skulle vilja ha haft något mer för oss som jobbar på myndigheten, hur vi som inte möter dem så ofta ska kunna göra på ett bra sätt.

¹⁰ Paramedicin är enligt medicinsk ordbok enheter inom sjukvården som arbetar med icke rent medicinska behandlingar, bland annat bestående av fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logopeder, kuratorer och dietister. <http://medicinskordbok.se/component/content/article/9-b/55476-paramedicin> 2019-09-03. I denna rapport benämns arbetsterapeuter fysioterapeuter som paramedicinare.

Vården och omsorgen utifrån de fyra hörnstenarna

Nedanstående beskrivning utifrån de fyra hörnstenarna bygger på de observationer och intervjuer som genomfördes både före och efter certifieringen vid respektive enhet. Beskrivningarna över hur personalen arbetade utifrån hörnstenarna på de fyra enheterna visar olika exempel på vad som kan ingå i respektive hörnsten och hur det kan prägla arbetet som utförs.

Kommunikation/relation

Kommunikation och relation innebär, enligt Silviahemmets utbildningsmaterial, att kunna kommunicera med den person som har en demenssjukdom, anhöriga och medarbetare samt andra berörda. Kunskap behövs om hur kroppsspråk, tonläge och attityder påverkar kommunikationen.

För att kunna ge en bra vård och omsorg är det enligt Silviahemmet viktigt att bli medveten om sitt kroppsspråk. Det innebär bland annat att alltid vara lugn – inte stressa och att tydligt och lugnt visa med gester vad personen förväntas göra om språkförståelsen är nedsatt. Instruktionerna ska vara enkla, kortfattade och tydliga och bör delas upp i flera delmoment med en uppmaning i sänder. Vid kommunikation är det också centralt att ha ögonkontakt, tala tydligt och långsamt samt att vänta och ge tid för svar.

Gott bemötande kan skapa trygghet och underlätta för personer med demenssjukdom och även anhöriga. På samma sätt kan dåligt bemötande förstöra relationer, skapa otrygghet och försämra demenssymtom. Grunden till ett gott bemötande är att bygga upp ett förtroende, en relation med personen som har en demenssjukdom (Silviahemmets utbildningsmaterial s. 13-15)

Kommunikationen mellan omsorgspersonalen och boende

Utifrån de observationer som gjordes både före och efter certifieringen framkom att omsorgspersonalen generellt hade en tydlig, enkel och rak kommunikation med de boende. Omsorgspersonalen bjöd mycket på sig själva, det var många tillfällen med glada skratt och en skämtsam varm ton mellan dem och de boende.

Kommunikationen byggde mycket på att personalen kände de boende väl. De tolkade de boende som förlorat stora delar av det verbala språket utifrån kroppsspråk och gester. Exempel på hur personalen kommunicerade var när de gav instruktioner vid förflyttningar. De gav kortfattade instruktioner i ett lugnt tempo och visade genom ett tydligt kroppsspråk hur personen skulle göra i de olika stegen. Missförstånd uppstod vid några tillfällen då personal med svenska som andraspråk inte kunde göra sig förstådda när de gav instruktioner till de boende vid förflyttningar.

Under observationerna både före och efter certifieringen blev det tydligt att extra-personal och vikarier vid de tre boendena inte alltid hade kunskap om demenssjukdomar vilket avspeglade sig i kommunikationen med de boende. Det kunde innebära att de boende fick svar eller kommentarer från personalen i ordalag som

du förstår väl, eller det kommer du väl ihåg att jag har sagt. Det förekom i undantagsfall att enstaka personal pratade över huvudet på de boende.

Att utreda och bedöma behov av stöd och hjälp för personer med demenssjukdom

Det kan vara en komplex situation när biståndshandläggarna ska utreda och bedöma behov för personer med demenssjukdom. Det handlar både om etik och juridik. Handläggarna ställs inför svåra etiska överväganden när en person med demenssjukdom till exempel saknar insikt i sin situation och vägrar ta emot hjälp. I många svåra situationer ger inte juridiken någon vägledning hur handläggaren kan eller ska agera. Inte sällan hamnar handläggarna i situationer där etik och juridik kolliderar. Att utreda vilket behov av stöd och hjälp den enskilde har ställer stora krav på att kunna utgå från personens förutsättningar utifrån hur långt hen kommit i sin demenssjukdom. Men handläggaren kanske aldrig har träffat personen i fråga alternativt att det gått en lång tid sedan senaste mötet.

Ett centralt förhållningssätt som framkom under observationerna med handläggarna var att de utgick ifrån att motivera personen att ta emot hjälp och stöd. Dock kan personen vara svår att motivera, menade handläggarna. Socialtjänstlagen bygger på frivillighet, vilket innebär att handläggarna inte kan vidta åtgärder mot den enskildes vilja. Under intervjuerna berättade handläggarna att anhöriga var viktiga samarbetspartners, men det är inte alltid så att anhöriga och deras närstående vill samma sak eller att anhöriga har kunskap om hur de bör bemöta och kommunicera med sin närstående.

Nedanstående exempel är hämtat från ett av observationstillfällena och illustrerar de sammansatta, komplexa situationer och de samtal handläggarna kan ha då de utreder och beviljar bistånd. Bakgrunden är följande: Det har inkommit en orosanmälan från hemtjänstpersonalen om en man som varit ute och gått på en hårt trafikerad väg och polisen har fått hämta honom där. Det har hänt att han gått ut vid flera tillfällen och att polisen fått skjutsa hem honom då han inte hittat hem. Biståndshandläggaren är nu orolig och anser att han är en fara för sitt eget liv och att det inte längre går att han bor kvar hemma.

Ur fältanteckningarna vid ett hembesök:

Anhörig möter oss i entrén. I soffan i vardagsrummet sitter mannen. Han hälsar på oss med orden "Jaså ni har kommit nu" och sätter sig igen, tittar ner i golvet och så sitter han större delen av samtalet. Anhörig inleder med orden "Det funkar inte att du bor hemma längre". Mannen tittar ner i golvet och mumlar något. Biståndshandläggaren vänder sig till honom och säger: "Du tycker om långa promenader? Mannen säger att "ja, man måste hålla igång kroppen". Handläggaren fortsätter "Du var långt från din bostad och polisen hjälpte dig hem". Mannen säger "Jag har gått där jag har hamnat, tagit det lugnt." Anhörig påpekar för mannen att "du hittar ju inte hem, polisen har fått köra dig flera gånger". Handläggaren fortsätter att prata om hemtjänsten och vad de hjälper honom med och tillägger att "de är oroliga för dig". Mannen fortsätter att stirra ner i golvet.

Handläggaren försöker på nytt. "Vi har hittat ett annat boende där du kan vila upp dig, få den hjälp du behöver." Mannen svarar: "Jaha det är erat som ni vill". Han tittar stint i golvet, rör på sig lite oroligt. Anhörig säger: "Jag vill det." Mannen avbryter: "Men inget har hänt." Anhörig svarar: "Men polisen har ju skjutsat dig hem flera gånger de senaste veckorna." Dialogen fortsätter mellan mannen och hans anhörige. Handläggaren lyssnar och avvaktar, väntar in. Anhörig återger det handläggaren sagt om ett annat boende. Handläggaren fyller i "hemtjänsten är oroliga för dig" och hon beskriver boendet och säger till mannen att han kan få komma dit i morgon. Mannen säger "Jag vill ju bo där jag bor" och tittar ner i golvet. Anhörig inflikar – "ska vi behöva vara oroliga varje dag". Mannen säger: "Jag har ju kommit hem som jag ska". Handläggaren inflikar "det går ju mot höst, blir kallare och halare ute, om du inte hittar hem då". Det blir tyst en längre stund.

Anhörig säger mer bestämt "Jag vill att du åker dit imorgon". Handläggaren fyller i och försöker motivera mannen, berättar om fördelarna med boendet och understryker att han kan prova på att bo ett tag och passar det inte så får han säga till om det. Anhörig säger igen "Jag vill att du åker". Mannen säger då "Det känns riktigt fel", tittar ner i golvet och ser mycket ledsen ut. Handläggaren antecknar, anhörig sitter tyst och så säger mannen "Jag får åka dit då – på prov – får väl göra det då".

Efter hembesöket berättade biståndshandläggaren att hon tyckte att det hade varit svårt att kommunicera med mannen när anhörig bestämt sa att det inte längre fungerade att han bodde hemma, det blev negativt från början. Handläggaren tyckte att det var svårt att bedöma stöd och hjälp när en person har en demenssjukdom.

Med det är svårt [...]. När de inte har sjukdomsinsikt och inte själva förstår sitt bästa. [...] Det är oroväckande när personen inte förstår och en dag så kanske det händer något riktigt allvarligt och det vill jag inte ha på mitt samvete. Det känns lite tufft. Vi har ingen tvångslag – men så händer något, det är klart att jag känner här inne [pekar på sitt hjärta].

Ovanstående exempel beskriver komplexiteten i att bedöma bistånd för personer som har någon form av kognitiv svikt. Det illustrerar hur biståndshandläggaren måste arbeta för att bygga upp en relation med personen, motivera honom att ta emot stöd och hjälp samt att medla mellan anhörig och personen som har olika syn på behovet av en plats på ett äldreboende. I detta ingår också att bedöma om personens svar "jag får väl åka dit då – på prov" kan anses vara en ansökan till ett annat boende.

Kommunikationen vid hembesök

Vid observationerna under hembesöken som biståndshandläggarna gjorde i de äldres hem framkom att handläggarna i så stor utsträckning som möjligt anpassade kommunikationen utifrån pensionärens förutsättningar. Vid samtliga observerade hembesök deltog även anhöriga. Biståndshandläggarna skapade inledningsvis en god kontakt med pensionären och vände sig direkt till dem när de talade. Pensionärernas talutrymme var stort, de bjöds in i samtalet även när

anhöriga ställde frågor direkt till handläggarna. I mer komplexa svar och förklaringar på de frågor anhöriga ställde, till exempel om val av utförare av hemtjänst eller hur avgiften för hemtjänst beräknades, vände sig handläggaren oftast direkt till anhöriga när de talade. Frågorna som ställdes till pensionärerna handlade om hur de klarade av sin vardag, exempelvis hur det fungerade att handla mat, om maten de fick hem smakade bra, hur de trivdes på dagverksamheten etc. Vid dessa frågor kunde anhöriga flika in och ge mer detaljerad information om hur ofta pensionären var på dagverksamheten, om de brukade hjälpa till och handla med mera.

Biståndshandläggarens uppgift var ofta att motivera pensionären att ta emot hjälp då han/hon inte ville ha något stöd och kanske saknade insikt i sin situation. Handläggarna sa att det kunde vara riktigt svårt att veta hur de skulle fråga och hur de skulle motivera. En av biståndshandläggarna sa följande:

Här är vårt dilemma – man kan ju inte fråga ”vill du ansöka om ett särskilt boende”? Till en person med demenssjukdom. Det är de här kringfrågorna [...] Skulle du vilja bo där det finns personal dygnet runt? Det gäller att få med sig personen på tåget för att kunna utreda.

Många gånger var anhöriga till stor hjälp vid dessa samtal. Vid de observationer som gjordes framkom flera exempel på hur anhöriga stöttade och hjälpte sin närstående när de blev osäkra på hur de skulle svara biståndshandläggaren. Handläggarna bjöd in anhöriga i samtalet för att bekräfta och/eller komplettera det de frågat pensionären om. Det var ett samarbete mellan anhöriga-pensionären och handläggaren för att få kommunikationen att fungera.

Men handläggarna berättade att det inte alltid fungerade med kommunikationen. Anhöriga kunde vara anklagande mot sin närstående, tala över huvudet på dem och påpeka att de inte kom ihåg eller inte förstod.

Under intervjun med handläggarna efter certifieringen efterfrågade de en mer anpassad utbildning för dem vad gällde samtal med personer som har en kognitiv nedsättning. De ansåg att utbildningen var bra men att den inte tog upp hur de konkret skulle gå till väga och hur de kunde ställa frågor vid till exempel ansökan om hemtjänst eller plats på äldreboende. De ville veta hur de kunde ställa frågor anpassade utifrån pensionärens förutsättningar och hur de kunde förenkla information om abstrakta och ibland komplexa områden vid utredningar. De efterfrågade även mer vägledning avseende lagstiftningen.

Anhöriga nöjda då kommunikationen och informationen fungerar bra

I de fall anhöriga befann sig på plats vid de tillfällen som observationerna utfördes vid de tre boendena tillfrågades de om de ville delta vid en intervju. Samtliga tillfrågade ställde sig positiva till en intervju, dessa genomfördes i lokaler i anslutning till den studerade enheten.

Merparten av de anhöriga som intervjuades var nöjda med vården och omsorgen på boendet. Anhöriga som var nöjda beskrev att de fått löpande information om sin närstående och att personalen hörde av sig om något hänt.

"För mig känns det tryggt att ha mamma boendes här. Jag känner mig delaktig, personalen ringer alltid om det är något och mammas kontaktperson fixar och donar".

På frågan om hur anhöriga ansåg att de blev bemötta av personalen svarar en av de intervjuade:

"Bra, får snabb respons av personalen om jag undrar något. De följer upp, tar tag i saker. Har kontakt med sjuksköterskan per telefon. Det är viktigt att de (personalen) hör av sig om det är något".

Flera anhöriga lyfte vikten av en kontinuerlig kontakt med personalen på boendet.

Relation och bemötande

Vid observationerna framkom att omsorgspersonalen vid de tre boendena i regel hade ett respektfullt och fint bemötande mot de boende. De uppträdde lugnt och tog sig oftast tid (när tid fanns). De satte sig ner och pratade med de boende och hade kroppskontakt (höll i handen, kramade om) för dem som ville ha det. De stöttade och uppmuntrade när någon tvivlade på sig själv till exempel *"Jag kan inte äta längre, jag bara spiller"*. Personalens svarade: *Nej det där går fint*". De flesta boende verkade trygga och lugna med den ordinarie personalen. Detta framkom vid observationerna både före och efter certifieringen.

Under observationerna noterades att det kunde vara skillnad mellan den relation vikarier och ordinarie personal hade med de boende då de som kände personen hunnit bygga upp en relation under en längre tid. Vikarierna hade i regel ett bra bemötande men de hade inte samma kunskap om de boende och därmed inte samma vetskap om hur de skulle stötta personen vid exempelvis oro.

De observerade biståndshandläggarna hade ett respektfullt och lugnt bemötande mot pensionärerna och deras anhöriga. De hade en fin kontakt och tog sig tid för att hitta samtalsämnen om det som intresserade personen för att knyta kontakt och skapa förtroende. Relationen fick dock en annan innebörd i jämförelse med omsorgspersonalen på de olika boendena då handläggarna kanske träffade personen vid något eller några tillfällen under ett år, ibland än mer sällan.

Slutsatser om hörnstenen kommunikation/relation före och efter certifieringen

Vid de tre boendena kan generellt sägas att den ordinarie omsorgspersonalen hade en bra kommunikation och hade byggt upp en fin relation med de boende. Bara i undantagsfall fungerade den mindre bra. Under observationerna framkom en skillnad mellan hur personalen som gått utbildningen kommunicerade med de boende i jämförelse med de som inte hade gått den. Hos den ordinarie personalen kunde inga skillnader i kommunikationen före och efter certifieringen observeras. Personalen upplevde inte heller att de förändrat sitt sätt att kommunicera med de boende efter certifieringen.

På grund av den begränsade möjligheten ansvariga utredare fick att delta vid hembesök i samband med behovsbedömning efter certifieringen kan inga slutsatser

dras om skillnader före och efter certifieringen. Generellt kan dock sägas att handläggarna hade en bra kommunikation med pensionärerna och deras anhöriga redan före certifieringen. Pensionärerna fick i regel ett stort talutrymme och handläggarna vände sig till dem för att inkludera dem i samtalet. Handläggarna ställde frågor för att få en så heltäckande bild av den äldres vardag för att kunna individanpassa insatserna. De lyssnade in anhöriga och såg dem som en viktig informationskälla som underlag för utredningen. Biståndshandläggarna försökte vid varje observerat hembesök att bygga upp en relation med både pensionärerna och anhöriga men det kunde vara svårt då handläggarna inte träffade pensionärerna så ofta. Det kunde ta upp till ett år mellan gångerna, ibland ännu längre. Handläggarna uttryckte tydligt att de inte fått med sig den kunskap de hade förväntade sig i utbildningen avseende kommunikation och bemötande.

Symtomkontroll

Vid en demenssjukdom kan flera fysiska, psykiska och beteendemässiga symtom förekomma. Enligt Silviahemmet betyder symtomkontroll att individen måste ses ur såväl ett fysiskt, psykiskt, socialt som ett existentiellt perspektiv. För att kunna gör det krävs kunskap om demenssjukdomarnas utveckling över tiden och om god behandling, samt vård- och omsorgsstrategier. I det vardagliga arbetet handlar det om kunskap om metoder, arbetssätt och miljöns betydelse som färgsättning och tekniska hjälpmedel samt kunskap om läkemedelsbehandling vid demenssjukdom.

Symtomkontroll handlar till stor del om att förstå symtomen och att förekomma dem. När en person med en demenssjukdom uppvisar symptom, till exempel aggressivitet, vanföreställningar, sömnstörningar, ångest, skrik eller hallucinationer är det centralt att analysera beteendet och söka orsaken till det. Med rätt verktyg och kunskap kan personalen bemöta dessa symtom. Ofta finns det en anledning till att personen beter sig på ett visst sätt. Genom att lära känna och förstå beteenden hos personen med en demenssjukdom kan personalen också lättare bemöta och förebygga psykiska och beteendemässiga symtom vid demens. Personalen måste analysera situationen och vidta åtgärd och utvärdera effekterna av de insatser som satts in (Silviahemmets utbildningsmaterial s. 13-15).

Delaktighet och inflytande - vikten av att lära känna individen

Vid samtliga boenden användes levnadsberättelser¹¹ för att på bästa sätt möta varje enskild person. Levandsberättelsen var enligt personalen ett bra verktyg och ofta involverades anhöriga i det arbetet.

Vid observationerna blev det tydligt hur viktig personalens närvaro var för stämningen på enheten. De boende upplevdes som trygga och lugna när den ordinarie personalen var närvarande. De stunder då de boende lämnades ensamma blev det snabbt oroligt på enheten. Vid en av enheterna lämnades de boende sällan ensamma. Personalen på enheten tog sig tid, upplevdes aldrig stressade runt de

¹¹ Levnadsberättelse är ett verktyg för personal, en hjälp för att lära känna och bättre förstå en person genom att känna till hens förflutna för att kunna ge en så god vård och omsorg som möjligt.

boende. Enheten upplevdes ha kommit långt i sitt arbete att arbeta personcentrerat även före certifieringen.

Det skilde sig mellan de tre äldreboendena i vilken omfattning de boende gjordes delaktiga i omsorgen. Endast vid en enhet frågade personalen konsekvent vad de boende ville göra. Vid två enheter inkluderas de boende i vardagliga sysslor som att hämta mat, gå ut med sopor, vika servetter och följa med till tvättstugan.

Biståndshandläggarna berättar vid intervjuerna att de arbetade utifrån IBIC¹² och att strukturen för utredningsarbetet var detsamma oavsett vem som ansökte om insatser. Vid observationerna både före och efter certifieringen framkom att biståndshandläggarna gjorde sitt yttersta för att pensionärerna skulle vara delaktiga. Biståndshandläggarna gick systematiskt igenom hur personen upplevde att det fungerade hemma. De berättade också att anhöriga kan vara ett stöd för att hjälpa sin närstående att bli mer delaktiga.

Bemötande vid oro - om konsten att kunna avleda

Den ordinarie personalen på de tre enheterna var överlag bra på att uppmärksamma och avleda när någon av de boende var orolig. Under observationerna noterades att personalen på olika sätt avledde de boende när de blev oroliga över någonting. Det kunde till exempel vara att en boende var orolig över var anhöriga fanns. Även här var det tydligt att vikarierna inte hade samma kännedom om de boende och därmed inte samma möjlighet att bemöta dem vid oro. Den ordinarie personalen visade på hur oro kunde bemötas.

Ur fältanteckningarna

Personalen har ett fint och lugnt bemötande. De är otroligt tålmodiga och bra på att avleda de boende när de är oroliga. All konversation sker utifrån den boendes förutsättningar. Personalen jäktar inte, tar en sak i taget. De sätter sig ofta ner tillsammans med de boende.

Det fanns dock boende som upplevdes vara oroliga stora delar av dagen. I dessa fall behövde personalen på olika sätt avleda personerna. På ett av boendena fick dessa personer inga direkta svar på sina frågor eller begäran om hjälp. Personalen försökte avleda med fraser som "det blir snart kaffe" eller "om en stund ska vi äta middag". Det förekom även att oroliga personer som inte gick att avleda till slut negligerades av personalen.

Ur fältanteckningarna

Efter lunchen blir den orolige mannen irriterad och ber om hjälp att få av bältet. Mannen har ägnat större delen av förmiddagen åt att få kontakt med personalen och få dem att ta av bältet alternativt att hjälpa honom ut. Personalen svarar honom att de inte får det för läkaren. Han får hela tiden avledande svar. Det är i mina öron en nonsenskommunikation där mannens frågor aldrig besvaras. Mannen svarar "Jag

¹² IBIC - Individens Behov I Centrum är ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt som utgår från individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i det dagliga livet.

väljer att ramla i golvet” – detta upprepar han flera gånger men får till slut inget svar av personalen. Han negligeras totalt.

Aktiviteter och stimulans

Av observationerna som genomfördes både före och efter certifieringen framkom det att det varierade i utbudet med aktiviteter på de tre boendena. Aktiviteter som observerades på boendena förutom måltiderna, var bland annat fika, manikyr, Fia med knuff, frågesport, korta promenader inomhus, gångträning, läsa dagstidningen, titta på tv och högläsning eller att sitta och prata.

Vid intervjuerna framhöll både fysioterapeuterna och omsorgspersonalen att de boende skulle må bra av mer fysisk aktivitet än vad som erbjöds på enheterna. Gemensamt för de tre enheterna var att de boende endast i begränsad utsträckning erbjöds utevistelse, som promenader eller att vistas i trädgården, trots att alla hade tillgång till fina utomhusmiljöer. Under observationerna hände det vid något enstaka tillfälle att personalen tog en promenad runt huset tillsammans med någon av de boende. Vid ett boende kom ledsagare ett par gånger i veckan och promenerade med några av de boende.

Det ordnades även gemensamma aktiviteter för de boende vid samtliga tre äldreboenden. Vid ett av dem hade de som tradition att anordna ”kak-kalas”. Personalen bakade 12 sorters kakor och två enheter fikade tillsammans. Även andra gemensamma aktiviteter fanns vid respektive äldreboende så som underhållning och bingo. Flera av den intervjuade omsorgspersonalen ansåg att det var ett fåtal av deras boende som kunde delta i de gemensamma aktiviteterna då dessa var mer anpassade för personer som inte var så långt gångna i sin demenssjukdom.

Vid observationerna vid två av boendena noterades de boende som oroliga och understimulerade. Vid de enheterna prioriterades de praktiska arbetsuppgifterna i större utsträckning. Vid intervjuerna motiverades avsaknaden av stimulans med att de boende blev väldigt oroliga om det blev för mycket stimulans eller att de inte hade någon behållning av att delta vid de gängse aktiviteterna som arrangerades på boendet. Aktiviteter som personalen ansåg vara möjliga var främst att lyssna på musik och titta på tv.

Vid det tredje boendet observerades ett mer utvecklat personcentrerat förhållningssätt, personalen frågade de boende vad de ville göra och där fick dagsformen avgöra vilka aktiviteter som var lämpliga. De boende lämnades sällan ensamma framför tv:n, personalen valde lämpliga program och satt tillsammans med den boende och tittade på tv. Personalen följde även med på gudstjänst i den närliggande kyrkan. Vid observationstillfällena ägnade personalen mycket tid åt de boende, de lämnades sällan ensamma. Två av de boende hade GPS och kunde själva gå ut. Personalen berättade att de hade initierat att de skulle få det då de vid flera tillfällen hänt att en av dem gått ut på promenad och sedan inte hittat hem. När de nu hade GPS kunde personalen se i mobiltelefonen var de var någonstans om de inte kom hem.

Biståndshandläggarna beviljade olika former av insatser för aktivitet och stimulans. Det var bland annat ledsagning för att till exempel kunna gå ut och fika,

gå på konserter eller promenader. Redan före certifieringen berättade biståndshandläggarna att det fanns ett stort behov av att utöka antalet platser på dagverksamhet för att kunna erbjuda den insatsen till fler. Efter certifieringen öppnades ytterligare en dagverksamhet och möjligheten fanns att bevilja fler personer att få börja där, alternativt att utöka antalet dagar för dem som redan gick där. Vid observationerna framkom att dagverksamheten var mycket uppskattad av både pensionärerna som gick där och deras anhöriga.

Måltiden som aktivitet

Vid samtliga boenden var måltiden den huvudsakliga aktiviteten under dagen. Vid två av de tre enheterna utnyttjade man möjligheten att göra måltiden till en trevlig stund och där involverades några av de boende. De fick till exempel hjälpa till med saker som att vika servetter och torka bord. Dessa enheter hade lagt ner tid och engagemang för att skapa en trevlig måltid. Under matsituationerna gavs oftast information om vilken mat som serverades vid två av de tre boendena. De flesta boende tillfrågades hur mycket mat de ville ha och vad de ville dricka till maten. Omsorgspersonalen satt med vid måltiderna på samtliga boenden. På ett boende hade de pedagogiska måltider. Vid måltiderna var det en eller fler personer som fick hjälp med att äta medan andra bara behövde lite stöttning i olika situationer. De boende hade fasta platser och måltiden fick ta tid.

Ur fältanteckningarna:

Den ur personalen som inte matar någon går runt och stöttar där det behövs, hjälper på ett smidigt sätt, det märks nästan inte allt hon gör men hon gör det lilla som innebär att måltiden fungerar för alla. Lite påputtning här, hjälp med att dricka där.

Det varierade i vilken utsträckning personalen konverserade med de boende under måltiderna. Några av de boende ville samtala medan andra ville sitta och äta i lugn och ro utan prat. Måltiderna blev på så sätt lugna. Vissa av de boende lämnade bordet när de ätit klart medan andra valde att sitta kvar tills måltiden avslutades.

Vid den tredje enheten var måltiderna mer avskalade, både före och efter certifieringen. Motiveringen från personalen var att det inte fungerade att duka borden före maten då de boende plockade bort det som dukats fram. Det fanns av samma anledning heller ingen dekoration på borden. Vid denna enhet serverades de boende mat, många gånger utan att de blivit informerade om vilken mat de fick eller tillfrågades om vad de ville dricka. Samtalen var sparsmakade runt måltidssituationen, det som sades var främst frågor till de boende om de ville ha mer mat eller dricka.

Vid observationerna med biståndshandläggarna framkom att pensionärerna som bodde själva kunde glömma bort att äta. Matlådorna som levererades stod orörda i kylskåpet. Pensionärerna beviljades sällskap under måltiden då de sa att det var tråkigt att äta själv. En av handläggarna berättade att hon under utbildningen fått med sig kunskapen om vikten av att äta regelbundet och att inte behöva äta ensam, efter den beviljade hon oftare sällskap vid måltiderna.

Svårt att hitta lämpliga aktiviteter vid långt gången demenssjukdom

Personalen vid boendena beskrev i intervjuerna svårigheten med att hitta lämpliga aktiviteter, både i grupp och enskilda, ju längre en person med en demenssjukdom kommit i sin sjukdom. Det framkom även vid observationerna. Vissa personer tog inte plats, krävde inte uppmärksamhet, dessa "glömdes" lätt bort. Vissa lämnades ensamma kortare och längre stunder framför tv:n eller vid fikabordet. Personalen vid samtliga enheter beskrev även att de hade svårt att få tid för aktiviteter tillsammans med de boende, något som också framkom vid observationerna.

TV och musik användes på samtliga enheter som stimulans och var den huvudsakliga aktiviteten. Vid en av enheterna fanns inspelade tv-program och listor med musik att välja mellan för att anpassas utifrån vad den enskilde tyckte om. Vid de två andra enheterna stod tv:n på längre stunder, utan hänsyn tagen till vad som visades. Dessa enheter hade också samma musik spelandes under långa stunder.

Boendemiljö och personalresurser påverkade aktiviteter

Vid ett av boendena möjliggjorde miljön såväl individuella som gruppaktiviteter, gemenskap och utevistelse på ett lättillgängligt sätt. Boendet bestod enbart av ett plan och enheterna hade direkt tillgång till en trädgård. Dörren dit var på dagtid olåst och några av de boende gick själva eller med sällskap ut i trädgården flera gånger under dagen. I trädgården promenerade även personalen tillsammans med de boende. Inomhus hade personalen bra överblick över hela enheten som var inredd för att vara "hemlik". Köket var öppet för alla. I köket fanns en resurs på dagtid. Det gjorde att de boende aldrig lämnades ensamma. Resursen i köket samtalade med de boende och om någon frågade om hen ville ta ett parti "Fia med knuff" så gick även det att ordna.

På de andra två enheterna kunde personalen inte ha samma överblick över enheten. Till viss del försvårade det de olika aktiviteterna. En av dessa enheter hade en stor balkong där man vistades mycket under sommaren. Den andra enheten hade innergårdar som låg mellan två enheter. Dörren var öppen och de boende kunde gå ut när de ville. Där fanns också en större gård där de boende nästan aldrig vistades. På dessa båda boenden var köket inte tillgängligt för de boende. Personalen var noga med att de boende inte gick in där. Gemensamt för de båda enheterna var att de efter certifieringen hade fått en extra resurs i köket på vardagar, dagtid. Tack vare en extra person i köket lämnades de boende sällan ensamma. Hen bidrog också till en varm och glad stämning som flera av de boende verkade uppskatta. De fanns utrymme för samtal och sällskap även mellan måltiderna.

Slutsatser om hörnstenen symptomkontroll före och efter certifieringen

Symptomkontroll inkluderar många aspekter. Utgångspunkten i observationerna var delaktighet och inflytande, bemötande vid oro och aktiviteter och stimulans. Det framkom ingen skillnad före och efter certifieringen vid två av de tre boendena hur de arbetade med symptomkontroll. Vid det tredje boende fanns dock en viss skillnad hur personalen bemötte de boende vid oro. Vid den enheten observerades en

förbättring i bemötande av oro och hur personalen avledde de boende, efter certifieringen. Vad som bidrog till denna förbättring är dock svårt att uttala sig om. Vid uppföljningen var det flera nya boende och stämningen var mindre orolig.

Flera goda exempel framkom under observationerna hur de boende gjordes delaktiga i sin vardag. Aktiviteterna som genomfördes, både i grupp och individuellt, verkade uppskattas av de boende. Aktiviteter var dock ett område som behövde utvecklas, vilket bekräftades av både personal och anhöriga.

På grund av den begränsade möjligheten ansvariga utredare fick att delta vid hembesök i samband med behovsbedömning efter certifieringen kan inga slutsatser dras om skillnader före och efter certifieringen vid enheten för myndighetsutövning. För handläggarnas del vad gäller hörnstenen symtomkontroll, handlade det främst om att bevilja stöd och hjälp utifrån den enskildes behov och för att avlasta anhöriga, till exempel ledsagning, dagverksamhet, att utöka olika hemtjänstinsatser eller bevilja plats på särskilt boende med heldygnssorg. Det gällde även sällskap vid måltider. Biståndshandläggarna tyckte att utbildningen hade gett dem viss vägledning i hur de kunde tänka kring insatser vid behovsbedömningen.

Anhörigstöd

I Silviahemmets vårdfilosofi betonas vikten av att se och bekräfta anhöriga. När en person med demenssjukdom flyttar in på ett demensboende är det viktigt att stötta anhöriga och erbjuda samtal. En god relation skapar trygghet i relationen till anhöriga (Silviahemmets utbildningsmaterial s. 11).

Enligt Silviahemmet ska stödet till anhöriga också vara personcentrerat. Silviahemmet poängterar att alla anhöriga är olika och därmed har skilda behov av stöd. Vikten av att personalen har en öppen kommunikation med anhöriga och att de bjuder in till samtal och stöd är därför centralt (Silviahemmets utbildningsmaterial dag 2 s. 16). Anhöriga behöver bli sedda och bekräftade, att lyssna in hur den anhörige själv mår är väsentligt. Det är också bra att fråga vilka förväntningar och farhågor anhöriga har på vården och omsorgen som deras närstående får. Silviahemmet lyfter även att det är bra att bjuda in och förmedla att den anhörige är nödvändig i samarbetet för att skapa en så bra vård och omsorg till deras närstående som möjligt. Anhöriga är oftast de som har den bästa kunskapen om deras närståendes vanor och intressen (Silviahemmets utbildningsmaterial s. 10).

Att som anhörig bli bekräftad och få vara delaktig

Som nämnts ovan intervjuades anhöriga vid de tre boendena. Sammanlagt intervjuades 11 anhöriga. De anhöriga som var med vid de observerade hembesöken som biståndshandläggarna gjorde intervjuades dock inte.

De intervjuade anhöriga tillfrågades bland annat om de upplevde att de fick stöd av personalen vid de tre boendena. Det varierade i vilken utsträckning de ansåg att de behövde eller hade efterfrågat stöd och om de tyckte att de fick det stöd de behövde. De tillfrågades också om de ansåg att de var delaktiga i vården och omsorgen av deras närstående.

Några anhöriga beskrev i intervjuerna att flytten av närstående till särskilt boende hade varit ett tufft beslut men att det varit bra för den anhöriga som fått ta ett stort ansvar. Anhöriga lyfte vikten av att bli sedd av personalen och att de uppskattade när personalen frågade dem hur de själva mår. En maka till en av de boende beskrev i intervjun att hon inledningsvis, när maken flyttade in, fick stöd från personalen:

"Vid inflyttningen hade vi ett gemensamt möte och jag fick information och kunde fråga. De beskrev hur de skulle hjälpa min man. Men sedan dess har jag aldrig suttit ner med personalen och pratat med dem. ... den tidigare sjuksköterskan ringde och berättade hur maken hade det på boendet. Varje gång hon ringde frågade hon hur jag mådde och hur jag hade det. Det kändes mycket bra" (Maka).

Samtliga enheter upprättade levnadsberättelser när en ny person flyttade in på enheten. Anhöriga gjordes delaktiga genom att de ombads hjälpa till med att upprätta denna livsberättelse. En maka till en av de boende berättade att hon varit delaktig genom att personalen frågade om vad maken tyckte om. Hon sa också att:

"jag får hjälpa till med det jag vill, men personalen tar inte för givet att jag ska göra saker när jag är där" (Maka).

Personalen vid samtliga boenden såg anhöriga som viktiga för att lära känna personen som flyttade in. Genom att göra anhöriga delaktiga i levnadsberättelsen fick de viktig information som gjorde att de kunde stötta och hjälpa på rätt sätt.

Hur de intervjuade anhöriga upplevde stödet från personalen på boendena varierade. En maka upplevde inte att hon fått något stöd sedan maken fick sin diagnos, hon sa:

"Det är ingen som har frågat mig hur jag mår och hur jag har det när jag kommer hit [till boendet]. Jag har inte fått något stöd överhuvudtaget" (Maka).

Hon upplevde också att det kunde kännas deprimerande att besöka sin man på boendet. Det var flera av de intervjuade anhöriga som beskrev att det ibland kunde vara svårt att hälsa på sin närstående. Vid en av enheterna beskrev en son att han hade erbjudits stöd men att han inte kände att han behövde det:

"Det här har vi hållit inom familjen och jag har pratat med mina bröder om det har varit någonting. Det är rätt jobbigt ibland att komma hit och hälsa på. Det blir en enda lång monolog från min sida – jag sitter och berättar vad som har hänt i familjen och ute i världen. Jag vet inte hur mycket hon får ut av det" (Son).

De flesta tyckte dock att personalen inkluderade dem i den omsorg som deras närstående fick. Kontakten med anhöriga gjordes upp utifrån anhörigas önskemål och de uppskattade att personalen frågade dem hur de vill hålla kontakten kring deras närstående.

Vid samtliga enheter hade anhöriga erbjudits stöd från kommunens anhörigstöd. Alla upplevde dock inte att de hade behov av det.

Bemanningen och boendemiljön

Den låga bemanningen på boendena var något som flera anhöriga påpekade och det fanns en oro för att deras närstående lämnades ensamma när personalen var upptagen med att ta hand om de andra som bodde på enheten och vad som då kunde hända.

Miljön på boendet var viktig för några av de anhöriga. De ansåg att det var bra om boendet kändes hemlikt. De sa att de inte ville att boendet skulle se ut som en institution. En av de anhöriga påpekade att han tyckte att närståendes lägenhet var i dåligt skick när hon flyttade in. Han tyckte att hela huset var tråkigt och inte särskilt hemtrevligt.

Individanpassade aktiviteter för de boende efterfrågas av anhöriga

Samtliga av de intervjuade anhöriga lyfte behovet av mer stimulans för sina närstående och påtalade att aktiviteterna måste anpassas utifrån individens förutsättningar. Flera anhöriga beskrev vid intervjuerna att det inte hände så mycket på boendet. De anhöriga hade en förståelse för att deras närstående inte kunde delta vid alla aktiviteter men det fanns ett önskemål om mer anpassade aktiviteter. En dotter sa:

”jag har pratat med fysioterapeuten om aktiviteter som är anpassade för mamma så som hon är nu” (Dotter).

Vid ett av boendena intervjuades dottern till en av de boende. Hennes mamma hade varit på utflykt tillsammans med personalen och fått se havet – något som modern tyckte mycket om.

Ur fältanteckningarna:

Personalen går fram till en av de boende som varit på gårdagens utflykt och nu sitter tillsammans med maken och dottern i soffan i allrummet. Personalen visar bilder i mobilen från utflykten och berättar om vad de tittade på, vad de åt tillsammans, om miljön och om havet – att NN fick se havet! Alla deltar i berättelsen och det är många glada skratt. Ett avspänt, varmt och positivt samtal.

Svårt att släppa taget och känna tillit

Vid ett av boendena beskrev personalen att anhöriga ibland har svårt att lita på personalen:

”... vi säger att vi hjälper vid måltider och dom bitarna, men de kommer hit ändå och matar sin anhöriga. Vi blir liksom inte betrodda. Ibland tycker de att vi inte gör någonting. Som när vi sitter ner med dom (boende), vi sitter ju inte ner med dem bara för att vi ska sitta.

Vid de observerade hembesöken framkom att anhöriga var väldigt engagerade och hjälpte och stöttade sin närstående. Biståndshandläggarna berättade att det fanns vissa begränsningar vad de kunde bevilja som till exempel dagvård. Anhöriga kunde vara i behov av att få avlastning flera dagar i veckan men tillgången på platser var begränsad. *”Det är tillgången på platser som styr, inte det faktiska behovet hos de äldre”*, sa en av de intervjuade handläggarna.

Anhöriga tog många gånger ett mycket stort ansvar för sin närstående. Vid ett hembesök upplevde anhöriga att deras 97-åriga far fick ta ett alldeles för stort ansvar för sin 90-åriga maka som hade en demenssjukdom och saknade insikt i sin situation. Hemtjänsten var där dagligen och maken fick avlösning två gånger per vecka men övrig tid vilade ansvaret tungt på maken som själv påtalade att han inte längre orkade ta hand om allt. Vid hembesöket ansökte paret om plats på ett särskilt boende med heldygnsomsorg.

Biståndshandläggarnas tankar om stöd till anhöriga

Biståndshandläggarna påpekade att en insats som är bra för anhöriga inte behöver vara det för personen med demenssjukdom. De gav som exempel insatsen växelboende som kunde upplevas positivt för de anhöriga som fick utrymme för att hämta energi, men att den kunde upplevas mindre positivt för personer med kognitiv svikt då de kom till en för dem okänd plats och där de kände mycket oro.

En av biståndshandläggarna berättade att det många gånger kunde vara så att personer med demenssjukdom även hade annan problematik, till exempel alkoholmissbruk. Det ställde ytterligare krav på anhöriga och därmed behov av ytterligare stödinsatser till dem.

Biståndshandläggarna fick frågan om de tyckte att anhängstödet var tillräckligt. En av handläggarna sa att det *borde över lag finnas fler träffpunkter. Det finns avlösning, dagverksamhet och växelboende. Men om dessa lösningar inte fungerar för anhöriga så skulle det vara bra att tänka utanför boxen och komma på nya idéer.*

Slutsatser om hörnstenen anhängstöd före och efter certifieringen

Vid intervjuerna med personalen vid de tre boendena framkom att det inte hade genomförts några förändringar i stödet till anhöriga efter certifieringen vid de observerade enheterna. Personalen upplevde dock att de genom utbildningen hade fått en större förståelse för anhängs situation, vilket även en av cheferna på ett av boendena påpekade. Personalen berättade att anhöriga hade olika önskemål om hur de ville att kontakten med dem skulle fungera och de anpassade den i möjligaste mån efter önskemålen. Delade meningar fanns dock bland de intervjuade anhöriga om de fick det stöd de önskade. Utrymme finns således för att utveckla det personcentrerade anhängstödet ytterligare.

Biståndshandläggarna såg anhöriga som en viktig resurs. Handläggarna berättade att de fått ytterligare en dagverksamhet vilket innebar att de kunde bevilja avlastning för anhöriga i större utsträckning än före certifieringen. Bristen på olika former av insatser för att avlasta anhöriga begränsade dock möjligheten att ge ett personcentrerat anhängstöd.

Teamarbete

Teamarbete innebär, enligt Silviahemmet, att yrkeskategorier som vårdbiträde, undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och läkare m fl. behövs för att kunna säkerställa den bästa vården. I teamet ses både anhöriga och personen med demenssjukdom som självklara medlemmar (Silviahemmets utbildningsmaterial s. 15). Teamarbetet innebär att arbeta mot ett gemensamt mål. Det

ställer krav på kunskap och kompetens, vilket innebär att samtliga yrkesgrupper som ingår i teamet kan sitt område både teoretiskt och hur den omvandlas till bästa praktik. (Silviahemmets utbildningsmaterial s. 1)

Teamarbete är enligt Silviahemmet ”En grupp människor med olika färdigheter som arbetar tillsammans under en utsedd ledare mot ett gemensamt mål. Målet är identifierat, accepterat, förstått och omprövat av alla”. (Silviahemmet utbildningsmaterial s. 2)

Teamarbete förutsätter:

- Tydligt ledarskap
- Klara mål
- Tydliga värderingar
- Klara yrkesroller
- Klara krav
- Realistiska förväntningar
- Tillräckliga resurser

Det finns flera fallgropar i teamarbetet när oklarheter finns om mål, värderingar, yrkesroller och krav. Otydligt och oklart ledarskap liksom otillräckliga resurser är också hinder för att utveckla ett fungerande teamarbete. (Silviahemmets utbildningsmaterial s. 2 - 3)

Är vi ett team?

Vid intervjuerna både före och efter certifieringen tillfrågades de olika personalkategorierna vid äldreboendena om de ansåg att de arbetade i team. De allra flesta svarade då att de hade teammöten, där all berörd personal deltog så som omsorgspersonal, paramedicinare, sjuksköterskor och på två av de tre boendena deltog även chefen. Under teammötena tog man upp om det var något som var aktuellt med någon/några av de boende, Senior alert ¹³ samt eventuella avvikelser. Några nämnde även att de jobbade teambaserat vid BPSD – genomgångar en gång i halvåret.

Under intervjuerna med de olika personalkategorierna och cheferna vid de tre boendena framkom olika uppfattningar om de upplevde att de arbetade i ett team. En av de intervjuade cheferna för ett av boendena sa att hennes personal inte arbetade teambaserat men att de hade ansvarsområden. Vid ett annat av äldreboendena sa den intervjuade omsorgspersonalen att de inte ansåg att de arbetade i ett team (efter certifieringen)

Olika uppfattningar fanns också om hur man definierade ett team. Några i omsorgspersonalen ansåg att teamet är arbetsgruppen, d.v.s. omsorgspersonalen medan andra även ansåg att paramedicinarna, sjuksköterskorna och chefen var en del av teamet.

¹³ Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg.

De intervjuade paramedicinarna och sjuksköterskorna talade om team som alla berörda personalkategorier. Men då paramedicinarna vid de tre äldreboendena organisatoriskt tillhör en annan enhet menade flertalet att de inte upplevde att de var en i teamet tillsammans med omsorgspersonalen och sjuksköterskorna. Flera av dem var vid intervjutillfället nya på sina arbeten och påtalade att de inte hade kommit in i det ännu.

De intervjuade biståndshandläggarna ansåg inte att de arbetade i team. I intervjun både före och efter certifieringen kallade de sig inte ett team. De menade att var och en arbetade självständigt men att de kunde få stöd av kollegor vid behov. Handläggarna beskrev att samarbetet med olika yrkeskategorier *var levande men inte särskilt strukturerat*. Samarbetet med demenssjuksköterskan lyftes fram som ett bra stöd, hon följde med handläggarna på hembesök och kunde med sin kunskap ge handläggarna underlag till utredningen så att de kunde fatta beslut om till exempel plats på dagverksamhet. Även samarbetet med dagverksamheten i kommunen beskrevs som väl fungerande av handläggarna. De berättade också att de hjälpte och stöttade varandra inom handläggargruppen och vid ärendedragningsmötena¹⁴.

Personalens samarbete och olika roller

Omsorgspersonalen fick frågan vad som fungerade bra på äldreboendet där de arbetade. Vid ett av boendena svarade omsorgspersonalen spontant att samarbetet på deras enhet fungerade bra. Omsorgspersonalen sa:

Vi trivs med varandra, pratar med varandra och skojar ibland. En annan inflikade: Det är väl samarbetet – det är liksom inget tjafs.

Vid ett av boendena där sjuksköterskorna var nyanställda efter certifieringen berättade de att samarbetet inte hade fungerat så bra tidigare och att det gemensamma arbetet var under uppbyggnad mellan dem och omsorgspersonalen.

Vid observationerna var det tydligt att omsorgspersonalen samarbetade bra när ordinarie personal arbetade. Vid två av enheterna var de olika ansvarsområdena var och en hade för dagen mycket tydliga.

Ur fältanteckningar från observationer före certifieringen vid ett av boendena:

Jag upplever personalen som samtrimmade – de jobbar bra ihop och behöver inte säga så mycket till varandra. Arbetet flyter hela dagen. De tecknar med händerna till varandra vid flera tillfällen. De praktiska arbetsuppgifterna varvas med att slå sig ner och prata med de boende. Det är knappt att man märker allt det praktiska de gör då de använder mycket av tiden för att vara med de boende.

Vid ett hembesök med biståndshandläggarna deltog personal från hemtjänsten för att delge hur de insatser som utfördes fungerade och vilka insatser som behövdes ytterligare alternativt att utöka tiden för insatserna. De olika yrkesrollerna blev

¹⁴Ärendedragning innebär att biståndshandläggarna muntligen redogör för de ärenden med ansökan om sådant som handläggarna inte har delegation för så att ansvarig chef kan fatta beslut. Det kan till exempel vara plats på särskilt boende med heldygnsoomsorg eller dagverksamhet.

tydliga under observationen. Handläggaren fick den information som behövdes i utredningen för att kunna fatta beslut om vilket stöd och vilken hjälp personen behövde.

Handläggarna kommunicerade i huvudsak med hemtjänstutförarna via dokumentationssystemet Treserva där beställningen på den beviljade hemtjänsten framkom samt eventuella önskemål från klienten. Telefonkontakt förekom också, men inte i någon större utsträckning.

Uppföljningen gjordes en gång om året. En av de intervjuade biståndshandläggarna berättade att hon inte hade möjlighet att följa upp när de beviljade insatserna startade och att de verkligen utfördes enligt beställningen. Vid ett av de observerade hembesöken tillsammans med handläggaren konstaterades att vissa av de insatser som hade beviljats ett år tidigare aldrig hade utförts, men hemtjänsten hade inte meddelat det till handläggaren. Hon hade heller inte fått information om att personen tackat nej till hjälpen vid ett flertal tillfällen. Handläggaren sa:

Jag vill kunna lita på hemtjänsten så pass mycket att jag inte behöver kontrollera enskilda ärenden. [...] Jag har ju inte tid att gå in och se att alla ärenden utförs.

Tillräckliga personalresurser eller för låg bemanning?

De tre boendena hade olika bemanning. Vid ett av boendena var det tre personal dagtid, men vissa dagar i veckan var det fyra på nio boende. Enligt de intervjuade öppnade det upp för att göra saker med de boende, som att läsa tidningar, ta en promenad eller att bara sitta ner tillsammans med de boende. Personalen på enheten berättade att:

”tiden på morgonen går åt till att få upp alla, det tar lång tid, och man vill inte lämna någon själv. hade vi inte varit fyra hade hen inte kunnat gå ut på promenad med en av de boende som kom och frågade om de kunde ta en promenad”

Vid en annan enhet var bemanningen lägre under eftermiddagen och kvällen. Då var det två omsorgspersonal med 11 boende vilket var mycket sårbart. Personalen beskrev att:

”det får inte hända något utöver det vanliga, då blir det stressigt för personalen men framförallt lämnas de boende själva”.

Förutom att enskilda aktiviteter bortprioriterades berättade personalen om konsekvenserna av den låga bemanningen. Då ökade fallrisken, personalen tvingades lämna boende ensamma, det uppstod situationer mellan boende till exempel att de fastnade med rollatorn i varandra, men framförallt upplevde personalen att de boende blev mer oroliga om de inte var närvarande. Omsorgspersonalen på en av enheterna beskrev sina upplevelser om den låga bemanningen:

”Det känns inte bra när det är tomt ute på enheten, vi får ihop det men kunderna kanske inte får ut det som de behöver. Vi gör allt vi kan men det räcker inte riktigt till.

De berättade att de kände en oro och stress när de visste att de boende lämnades ensamma. Personalen på enheten reflekterade över möjligheten att arbeta utifrån

vårdfilosofin med den bemanning som de hade. Delade meningar framkom under intervjuerna. Några ansåg att det fungerade att arbeta personcentrerat med den låga bemanningen medan andra sa att det inte gjorde det. Vid observationer på enheten observerades flera incidenter på kvällstid både före och efter certifieringen. De boende lämnades ensamma, ibland under längre stunder när personalen hjälpte andra med personlig omvårdnad i den boendes lägenhet.

Vid den tredje enheten var bemanningen enligt schema tre på morgon och tre på kvällen på nio boende, men enligt den intervjuade omsorgspersonalen var det sällan de hade full bemanning.

”i onsdags var ett sådant exempel, det var någon som var sjuk på huset, då fick jag och kollegan jobba själva, men vi löser det. ... men det hinns inte med det lilla extra [för de boende]. Just när vi bara är två så är det bara att göra sitt arbete liksom”.

Konsekvenserna av att det inte var full bemanning visade sig delvis genom att aktiviteter bortprioriterades. De boende var understimulerade, inga gemensamma aktiviteter och ett fåtal enskilda anordnades under de dagar som observationer genomfördes på enheten. Personalen på enheten beskrev att de var frustrerade, men att de gjorde det bästa av situationen. Vid intervjuerna med både sjuksköterskorna, fysioterapeuten och omsorgspersonalen framkom det dock att de själva ansåg att de kunde bli bättre på individuella aktiviteter.

Vid enheten för myndighetsutövning berättade biståndshandläggaren om den pressade arbetssituationen de hade under somrarna då observationerna gjordes. Konsekvenserna var att de inte hann förbereda sig tillräckligt inför hembesöken, som att läsa i akten och ta nödvändiga kontakter med exempelvis dagverksamheten. En handläggare berättade att det ibland var svårt att minnas personerna de träffat då de gjorde hembesök på ”löpande band”.

Anhöriga - en del av teamet?

Ingen av de intervjuade personalkategorierna vid de tre boendena nämnde anhöriga som en i teamet, men de gav flera exempel på samarbete med anhöriga. Några av de intervjuade sjuksköterskorna och omsorgspersonalen vid de olika boendena berättade att det varierade stort hur pass delaktiga de anhöriga ville vara i vården och omsorgen av sin närstående. Det fanns de som ville vara med och stötta och hjälpa sin närstående och ofta kom på besök, de fikade tillsammans, åt lunch ihop eller gick ut på en promenad. Men det fanns även anhöriga som inte var delaktiga och mest hade telefonkontakt med sjuksköterskorna.

Av de anhöriga som intervjuades var det några som sa att de ville vara delaktiga i vården och omsorgen. En av de intervjuade berättade att hon besökte sin make två - tre gånger i veckan. Hon talade om att hon alltid kom runt lunch för hon ville gärna mata honom. Hon sa att det var det enda de hade kvar. Hon var inte säker på om han kom ihåg henne. Men hon tyckte att det kändes bra när hon matade honom. Hon berättade att hon fick vara delaktig genom att personalen frågat henne om vad maken tyckte om när de gjorde genomförandeplanen.

Vid observationerna under hembesöken frågade biståndshandläggarna anhöriga om de stöttade och hjälpte sin närstående. De fick information om sådant som deras närstående inte kunde svara på, till exempel vilken vårdcentral NN tillhörde eller när de senast var inlagda på sjukhuset. I intervjuerna efter hembesöket berättade biståndshandläggarna att anhöriga var en viktig informationskälla då de många gånger var engagerade och hjälpte och stöttade sin närstående med mycket av det praktiska. Anhöriga kunde också lämna information om närståendes bakgrund, dagliga rutiner med mera.

Slutsatser om hörnstenen teamarbetet före och efter certifieringen

Efter Silviahemscertifieringen kvarstod oklarheter i arbetsgrupperna om vad teamarbete är. Vid intervjuerna med personalen framkom delade meningar om de upplevde att de arbetade i ett team samt vilka som ingick i teamet. Vid intervjuer med personalen vid de tre boendena lyfte samtliga fram att de deltog i regelbundna teammöten och att de tyckte att mötena var värdefulla då allas kompetens togs tillvara för att på bästa sätt kunna stötta och hjälpa de boende.

Under de dagar som observationerna genomfördes på de tre boendena var det i huvudsak omsorgspersonalens arbete som observerades, legitimerad personal befann sig i begränsad omfattning på enheten. Hur arbetet var organiserat med tillgång på legitimerad personal i det vardagliga arbetet påverkade möjligheterna att arbeta teambaserat. Med de punktinsatser som paramedicinarna, sjuksköterskorna samt läkare utförde begränsades möjligheterna att arbeta teambaserat. Bemanningen påverkade även personalens möjligheter att arbeta personcentrerat. Mellan de båda observationstillfällena hade merparten av den legitimerade personalen bytts ut. Det var också flera vikarier som inte hade deltagit i certifieringen och heller inte kände de boende. Med den befintliga bemanningen observerades, vid flera tillfällen, att de boende lämnades ensamma i de allmänna utrymmena. Det kunde vara tillfällen då någon av omsorgspersonalen hade rast eller utförde olika praktiska sysslor som tvätt, administration eller dokumentation. Flera incidenter inträffade där utredarna fick ingripa för att reda upp situationen.

Handläggarna upplevde inte att de arbetade i team. Däremot lyfte biståndshandläggarna det goda samarbetet med demenssjuksköterskan som var ett stort stöd i arbetet. Handläggarna saknade ett strukturerat samarbete med hemtjänst och primärvård.

Med bakgrund av att vi i huvudsak endast följde/observerade arbetsgruppen (omsorgspersonalens) samarbete och inte observerade övriga personalkategorier går det inte att uttala sig om de arbetade teambaserat på de tre boendena förutom att de hade teammöten. Det gäller även enheten för biståndsbedömning där vi heller inte kunnat följa om och i så fall hur samarbetet skett.

Reflektion

I certifieringsprocessen ingick att utbilda reflektionsledare. Kravet från Silviahemmet är att minst två personal per enhet ska gå den. Vid de fyra granskade

enheterna gick sammanlagt 21 personer reflektionsledarutbildningen. Utbildningen syftade till att förmedla kunskap om hur ”reflektions-/speglingsstunder” kan ledas och genomföras. Utbildningen skedde antingen på Silviahemmet eller i nära anslutning till respektive arbetsplats. Utgångspunkten i Silviahemmets reflektionsmodell är den gemensamma vårdfilosofin som bygger på ett gemensamt arbetssätt utifrån de fyra hörnstenarna (för beskrivning av reflektionsmodellen och mötesstrukturen se bilaga 3).

Reflektion/handledning före certifieringen

Vid intervjuerna före certifieringen ställdes frågan om personalen hade tillgång till reflektion och/eller handledning. Det fanns en osäkerhet om vad reflektion var. En chef vid ett av boendena berättade att de reflekterade vid teamträffarna och vid ett annat boende hade omsorgspersonalen reflekterat vid arbetsdagens slut.

Samtliga av de fyra enheterna hade tidigare haft handledning men vid intervjutillfällena var det ingen som hade det regelbundet. Vid ett av boendena hade omsorgspersonalen handledning vid behov och biståndshandläggarna hade juridisk handledning sedan en tid tillbaka. Det fanns delade meningar om behov av handledning. Vid tre av enheterna ansåg personalen inte att det fanns något behov av regelbunden handledning och de sa att det fungerade bra att istället få det vid behov. Vid en av enheterna påtalade både personal och chef att det fanns ett stort behov av regelbunden handledning på grund av att de boende kunde vara utåtagerande.

Det skulle behövas mycket mer handledning. Den kompetensen behövs, man behöver handledning, tips och att se ur en annan synvinkel. När man inte har den kompetensen kan det bli riktigt fel.

Hur reflektionsledarna utsågs

Vid två enheter fick personalen anmäla intresse om de ville gå reflektionsledarutbildningen och vid de andra enheterna valde chefen ut vilka som var lämpliga att leda reflektionsstunder och tillfrågade dem. Några av cheferna berättade att de hade valt utifrån några framträdande egenskaper som de ansåg att reflektionsledarna skulle ha. Det var bland annat att den blivande reflektionsledaren skulle vara en person som inte tog över i samtalen och var en bra lyssnare. Andra egenskaper som lyftes fram var att personen skulle vara ödmjuk, kunna få alla delaktiga och kunna läsa av gruppen. En av cheferna valde de medarbetare som reflekterade över sitt eget arbetssätt, som vågade se – vad gjorde jag här? En annan chef valde personer som kollegorna lyssnade på och som hade lätt för att samarbeta. En chef hade som utgångspunkt att de blivande reflektionsledarna redan hade handledarutbildning och var vana att handleda nya kollegor och praktikanter. Samtliga som valdes ut att bli reflektionsledare, alternativt hade anmält sig själva, tackade ja till att gå utbildningen.

På ett av boendena fick personalen anmäla sitt intresse och därefter utsåg chefen vilka som skulle få gå reflektionsledarutbildningen. Några hade redan kunskap om reflektion sedan tidigare och de såg att det fanns ett stort behov av att få prata om sitt arbete utifrån egna erfarenheter.

Det är väl det här att jag alltid har saknat det här. Vad kan vi göra, vad kan vi hitta för lösningar för just den personen? Och att man får den tiden till det.

Att man kan göra arbetet så mycket bättre bara genom att lyfta frågor och prata om det och att man kan samla så många och att alla verkligen får tala.

Reflektionsledarutbildningen

Utbildningen var som nämnts ovan tre dagar. Samtliga intervjuade reflektionsledare sa att de var nöjda/mycket nöjda med utbildningen. De uppskattade att de under utbildningsdagarna hade fått varva teoretisk genomgång med reflektioner och dialoger samt att de vid kurstillfällena även hade fått prova på att reflektera utifrån den reflektionsmodell de skulle använda på sina respektive enheter.

I utbildningen ingick att göra en hemuppgift mellan två kurstillfällen, att leda ett reflektionsmöte och reflektera utifrån Silviahemmets reflektionsmodell. Reflektionsledarna valde att göra hemuppgiften två och två. Vid tre av de fyra enheterna hade man fortsatt att vara två reflektionsledare som ledde mötena. Flera av de blivande reflektionsledarna berättade att det var lite nervöst och pirrigt att leda reflektionsmötet första gången.

”Det är först när man själv testat på att vara ledare som man kan se vilka problem som kan uppstå”.

En viss förvirring uppstod bland de biståndshandläggare som gick utbildningen. De hade uppfattat utifrån basutbildningen att de bara skulle reflektera om klienter som har en demenssjukdom, men det fick annan information under reflektionsledarutbildningen:

Det blev lite konstigt när vi fick veta under utbildningen att vi kunde reflektera kring annat än personer som har en demenssjukdom. Reflektionsmodellen fungerar att reflektera utifrån för andra klienter också.

Biståndshandläggarna sa att reflektionsmodellen fungerade utmärkt att använda och tyckte det var positivt att den var så användbar – oavsett vilken problematik klienten hade.

Under utbildningen fick deltagarna gå igenom hur de ville lägga upp reflektionen och hur den skulle genomföras. De fick också fundera över hur det tänkta upplägget skulle presentera för chefen och vilka nödvändiga förutsättningar som behövdes. En av reflektionsledarna berättade följande:

Det kändes lite svårt att få ihop allt med hemuppgiften [...] Chefen hjälpte oss verkligen att få ihop det hela. Vi fick ju en timme och det var många andra på kursen som bara fick en kvart.

Planering inför reflektionsmötena

Planeringen av reflektionsmötena började omgående efter att reflektionsledarna var klara med utbildningen.

Reflektionsledarna vid respektive boende, gjorde iordning ”reflektionspärmar” och planerade hur de skulle lägga upp reflektionsmötena inom enheterna. Pärmarna

innehöll bland annat mötesregler så som sekretess/tystnadsplikt, kontrakt om tystnadsplikt, schema för reflektionen med datum och tider samt vem/vilka leder, deltagare/grupp, närvarolistor och körschemat (från hur mötet skulle inledas, hur reflektionen skulle gå till och hur mötet kunde avslutas) samt de fyra hörnstenarna.

Delade meningar fanns om att använda ett kontrakt om tystnadsplikt, tider mm som presenterades under reflektionsledarutbildningen. Vid de tre boendena användes det och vid ett av dem hade deltagarna fått skriva under kontraktet. Vid enheten för myndighetsutövning tyckte reflektionsledarna det var onödigt att använda kontraktet då de ansåg att man måste kunna visa varandra respekt ändå. De berättade att de istället muntligen hade gått igenom detta vid starten av reflektionsmötena.

Organisering av reflektionsmötena

Samtliga boenden hade schemalagt reflektionsmöten för ett halvår i taget. Det varierade hur ofta mötena hölls mellan en gång i månaden eller var femte vecka och under 1,5 timme. Reflektionsmötena var obligatoriska vid ett boende, här kunde upp till 13 deltagare vara med. Vid ett annat boende var det obligatoriskt att vara med vid mötet om det inföll på den dag man arbetade. Det var mellan åtta – tio personer som deltog på mötena och många kom även in på ledig dag för att vara med. Vid det tredje boendet var reflektionen inte obligatorisk, antalet deltagare varierade mellan två - tre personer.

Biståndshandläggarna hade reflektionsmöten i två olika grupper en gång/månad under ca en timme. Antalet deltagare var i en grupp ca sex-sju/möte i den gruppen var obligatorisk men oftast bara två – tre deltagare där den inte var obligatorisk.

Det var endast omsorgspersonal/biståndshandläggare som deltog vid reflektionsmötena men chefen kunde bjudas in vid behov. De intervjuade paramedicinarna och sjuksköterskor tyckte att det var synd att de inte fick delta då de såg att de skulle kunna tillföra kunskap utifrån sin kompetens men framförallt att de kunde få ta del av omsorgspersonalens vetskap och kännedom om de boende.

Reflektionsmodellens tydliga struktur skapade trygghet

Samtliga intervjuade reflektionsledare tyckte att modellen fungerade bra. De lyfte främst fram att de tyckte att den var lätt att använda och att mötenas upplägg skapade en tydlig struktur.

”Just den här uppdelningen med de fyra olika pelarna [hörnstenarna] någonstans så har man det i ryggraden men det blev så himla tydligt när man ska prata om det att man kan dela upp det så att man går igenom alla hörnstenar så att man inte glömmer bort någonting. Det var det bästa med utbildningen.”

Den tydliga mötesstrukturen skapade trygghet både för reflektionsledarna och deltagarna.

I början kände jag så här – nu ska jag leda nu kanske jag blir ifrågasatt. Men den är så strukturerad den här reflektionsstunden så när man väl kommer in i det så tycker jag inte att man tänker på det för man har så mycket stöd i strukturen.

Under intervjuerna med den omsorgspersonal och de biståndshandläggare som deltog vid reflektionsmötena var det flera som påtalade att den tydliga strukturen gjorde så att alla fick komma till tals. På så sätt kunde allas kunskap och erfarenhet tas tillvara och vägas samman i analysarbetet och förslag på lösningar blev genomtänkta och belysta ur olika perspektiv.

Exempel på reflektionsmötenas innehåll

Under intervjuerna tillfrågades reflektionsledarna och personal som deltog i reflektionsmötena vad de tog upp och reflekterade om. Vid enheten för myndighetsutövning reflekterade handläggarna bland annat om hur de kunde arbeta med motivering – att få personer att ta emot hjälp, vilket stöd en person kan behöva, anhörigas situation, hur kan man gå vidare i ett ärende när man har provat allt – vad göra? Andra områden som togs upp var hur handläggarna skulle göra när personer inte ville flytta till ett boende trots stora behov av vård- och omsorg, motivationsarbete och svårigheter när andra yrkesgrupper hade synpunkter på handläggarnas bedömningar.

Vid de tre boendena gavs olika exempel på vilka situationer man reflekterade kring. Det kunde till exempel vara oro och aggressivitet eller sexuella anspelningar hos de boende - hur kunde man hantera det? Flera tog upp måltidssituationerna och hur de skulle göra för att få dem lugnare. Andra områden var rädsla hos personalen att göra fel. Några reflekterade om speciell stimulering som kan göra vardagen så bra som möjligt för de boende.

Vad tyckte deltagarna om reflektionen?

Reflektionen visade sig vara en central del i certifieringsprocessen. Genom reflektionen fanns en förhoppning om att enheterna skulle kunna utveckla sitt arbete. Både bland den intervjuade omsorgspersonalen och biståndshandläggarna som deltog vid reflektionsmötena var majoriteten mycket nöjda.

Omsorgspersonalen vid ett av boendena sa att det var under reflektionen de pratade om hur de kunde hjälpa de boende med stöd utifrån de fyra hörnstenarna. De satte upp mål och bestämde vilka åtgärder de skulle prova och sedan följdes det upp vid kommande reflektionsmöte. De tyckte att det var bra med den struktur som fanns på mötet – att prata en i taget, att alla fick komma till tals och att den som ville säga något fick räcka upp handen. De sa också att det var en trygghet att alla har tystnadsplikt. Fler ansåg att reflektionsmötena var det bästa som hade hänt. De tyckte också att de hade kommit fram till riktigt bra lösningar på de problem de behövde lösa.

På ett annat boende sa omsorgspersonalen att den stora behållningen med certifieringen var reflektionsmötena. De sa att de tyckte att det stärkte teamet och de påtalade att det var bra att både dag- och nattpersonal reflekterade tillsammans för då fick de en helhetsbild över hur de boende hade det under hela dygnet. De såg

reflektionen som ett kollegialt lärande där de kunde få tips, tankar och idéer av varandra.

Det var inte så många ur omsorgspersonalen som deltog vid reflektionen vid det tredje boendet. De som intervjuades framhöll att de tyckte att reflektionen var bra och att det var betydelsefullt att få ventilera sådant man tyckte var svårt.

Vid enheten för myndighetsutövning sa biståndshandläggarna att de tyckte att reflektionsmötena var bra och att de fick utrymme att prata av sig om det som kändes angeläget att prata om. De menade att det fanns behov av att prata med varandra, att muntligt få uttrycka de tankar var och en gick och ältade. De lyfte fram att de fick tips och idéer om till exempel vilka samverkanspartners de kunde kontakta. De fick även ta del av varandras kompetens inom olika områden.

Reflektionsmötesdeltagarna beskrev även områden som fungerade mindre bra. Vid de enheter där reflektionen inte var obligatorisk var det inte så många som deltog vid reflektionsmötena. Både deltagare och reflektionsledare menade att reflektionen måste vara obligatorisk för att alla skulle delta. De ansåg att det var en arbetsledarfråga och att chefen måste fatta det beslutet. Problem fanns också med att alla reflektionsledare inte hade hittat sin roll, vilket gjorde att strukturen och då främst talutrymmet under mötet inte alltid fungerade. Ytterligare ett dilemma som framkom under intervjuerna var att alla deltagare inte följde de beslut som fattats under mötet. Det fick till följd att omsorgskontinuiteten inte blev bra för de boende då omsorgspersonalen jobbade olika.

Stöd till reflektionsledarna

De intervjuade reflektionsledarna tillfrågades om vilket stöd de fick i den nya rollen att leda reflektion. Olika erfarenheter framkom.

Vid enheten för myndighetsutövning hade reflektionsledarna haft möte med chefen precis när de började med reflektionsmöten. Men reflektionsledarna inom funktionshinder hade inte haft det (ny chef som inte gått utbildningarna själv). Det stöd som de önskade få var att reflektionen skulle vara en stående punkt vid arbetsplatsträffarna för att stämma av med hela arbetsgruppen hur man tyckte att reflektionsmötena fungerade. De sa att *chefen måste vara mer involverad, för det rullar inte bara på*. De önskade även att cheferna skulle ha en träff med dem och de efterfrågade också någon form av uppföljning av reflektionen.

På ett av boendena såg reflektionsledarna det positiva gensvaret de fick från kollegorna och chefen som ett stöd. De sa att de inte trodde att det skulle vara något problem att få mer tid för att till exempel omarbete reflektionspärmen om de behövde det. De hade också avstämningsmöten med chefen.

Reflektionsledarna vid ett annat boende visste inte vad de skulle svara på frågan. De sa att de inte hade fått något stöd och att chefen inte hade frågat dem hur det fungerade med reflektionen.

Vid det tredje boendet tyckte reflektionsledarna att de fick det stöd de behövde från både chef och samordnare. De hade gemensamt gått igenom och skrivit ner vilka

förutsättningar som behövdes för att de skulle kunna genomföra reflektionen framöver och gick sedan igenom detta med chefen.

Då märkte man också hur viktig verksamhetschefen är. Om du har en drivande chef. Vi hade tydliga punkter, vi behöver 1,5 timme, vi behöver samla ihop gruppen Men ändå, det här att hon gick med på det. En annan reflektionsledare fyllde i; Vi poängterade att nu är vi Silviacertifierade – ska vi behålla det så måste vi göra detta. Vi tyckte att det var viktigt att vi fick tiden och inte behövde tjata.

De menade att chefen hade möjliggjort att reflektionsmötena kunde hållas regelbundet och de hade även uppföljningsmöten med chefen inplanerade.

Slutsatser om reflektionen efter certifieringen

Reflektionen var den stora konkreta förändringen vid samtliga enheter efter certifieringen. Alla enheter hade regelbunden schemalagd reflektion. Personal och chefer var mycket positiva till reflektionen. Vid samtliga enheter fick personalen förutsättningar att genomföra reflektionsmötena i form av avsatt tid, lokal och utbildade reflektionsledare. Det var omsorgspersonalen och biståndshandläggarna som deltog i mötena, inga andra professioner bjöds in att delta. Reflektionen var obligatorisk vid tre av de fyra enheterna. Där den inte var obligatorisk deltog personalen i mindre utsträckning. Personalen såg fördelarna med reflektionen och de beskrev konkreta förändringar de gjort i verksamheten.

Under reflektionen utgick samtliga reflektionsledare från Silviahemmets reflektionsmodell. Det var under reflektionsmötena som de fyra hörnstenarna och därmed vårdfilosofin kunde omsättas i konkreta handlingar och det gav möjligheter att prova nya arbetssätt. Enligt personalen kunde reflektionen bidra till en personcentrerad vård utifrån den äldre behov. Personalen och cheferna menade att reflektionen var ett stöd i arbetet och ett kollegialt lärande.

Ledarskap

I certifieringsprocessen ingick även en kursdag för arbetsledare. Den omfattade samtliga arbetsledare som genomgått basutbildningen. Silviahemmet ställer inga krav på vilken nivå i organisationen ledaren ska vara på. Utgångspunkten för utbildningen är Silviahemmets vårdfilosofi med betoning på ledning av teamarbete. I utbildningen poängterades det personcentrerade ledarskapet vilket beskrivs som ett relationsinriktat ledarskap där medarbetarna ska vara centrala för ledaren. Det innebär att synliggöra och stötta medarbetarna och skapa möjligheter för dem att utvecklas och ta ansvar.

Målet med det personcentrerade ledarskapet är enligt Silviahemmet att utveckla självständiga medarbetare i teamet, delegera ansvar och befogenheter över den dagliga verksamheten och att ge stora möjligheter för de anställda att påverka sitt arbete och sina arbetsvillkor. Det personcentrerade ledarskapet innebär bland annat att synliggöra personalens kompetens, att det finns en tillgänglighet och direktkontakt mellan enhetschefen och medarbetarna, att personalen är delaktig i planering och uppföljning samt att tillvarata personalens kompetens och främja ett lärande.

Chefernas erfarenheter av arbetsledarutbildningen

Av de intervjuade cheferna vid de tre boendena hade samtliga gått arbetsledarutbildningen. Vid ett av boendena gick även en av sjuksköterskorna. Vid enheten för myndighetsutövning var det en av de två cheferna som gick arbetsledarutbildningen. Delade meningar framkom om vad de tyckte att de hade fått med sig från utbildningen. En av cheferna tyckte den var mycket bra, att det varit givande att få träffa andra chefer och prata med dem. En annan sa att det inte framkom så mycket nytt, men att det under kursens gång varit en tydlig koppling till Silviahemmets vårdfilosofi med betoning på hur viktigt ledarskapet var. Konkret handlade det om att avsätta tid och följa upp hur det fortsatta arbetet med de fyra hörnstenarna och reflektionen fungerade. En av cheferna uttryckte att hon inte tyckte att utbildningen gav henne så mycket.

Vi pratade inte så mycket utifrån implementeringen av Silviacertifieringen utan det var mer - hur gör vi idag? Hur kan vi förbättra, lite sådana saker. [...] Jag skulle nog vilja haft lite mer före och efter certifieringen, exempel från andra verksamheter, hur man hade lagt upp det.

Ytterligare en av cheferna ansåg att arbetsledarutbildningen hade varit en grundläggande ledarutbildning men hon kunde inte riktigt se kopplingen till att leda personal som arbetar med personer som har en demenssjukdom.

Det fortsatta arbetet efter certifieringen

Det varierade hur de fyra cheferna arbetade med att implementera vårdfilosofin och reflektionen efter certifieringen.

Vid två av boendena berättade cheferna att de tagit upp och pratat om certifieringen vid medarbetarsamtalen för att höra vad samtliga medarbetare tyckte om basutbildningen, i förekommande fall reflektionsledarutbildningen och hur reflektionen fungerade. Vid dessa två boenden hade cheferna även en stående punkt om reflektionen på arbetsplatsmötena. På så sätt skedde en kontinuerlig avstämning.

Cheferna var inte så tydliga med vad de såg som centralt för att få det fortsatta arbetet efter certifieringen att fungera. Tre av dem poängterade vikten av att reflektionsmötena skulle vara obligatoriska, annars rann de ut i sanden. De sa att deras roll var att ge personalen förutsättningarna att ha mötena genom att schemalägga dem och ha regelbunden avstämning både med deltagarna och reflektionsledarna.

Cheferna tillfrågades hur de arbetade för att förankra och bibehålla arbetssätt utifrån Silviahemmets vårdfilosofi med de fyra hörnstenarna. En av cheferna svarade följande:

Inte mer än att vi har de här reflektionsstunderna. Sedan pratar vi ju på arbetsplatsträffar någon gång, jag har ju samtal med medarbetare för att se hur arbetet går. Men det är främst reflektionstiden som vi tar vara på den. Reflektionstiden är ju själva Silviacertifieringen känner jag. [...] Vi är väldigt glada för reflektionstiden, den är helt avgörande för oss, jag förstår inte hur vi klarade oss utan den tidigare.

En annan av cheferna menade att det var viktigt att ständigt lyfta frågan – hur jobbar vi nu med detta, vad fick vi lära oss på utbildningen? Hon ansåg att det var upp till ledaren att hålla certifieringen levande.

I de uppföljande intervjuerna ett år efter certifieringen var det ingen av cheferna som hade initierat någon form av uppföljning av certifieringen. En av cheferna sa att hon önskat att hennes chef hade frågat efter det.

Slutsatser om ledarskapet efter certifieringen

Cheferna har en betydande roll för att implementera vårdfilosofin i det dagliga arbetet och skapa de förutsättningar som personalen behöver för att kunna arbeta personcentrerat som ett team samt arbeta med reflektion. Några av cheferna upplevde att de inte fått med sig kunskap från arbetsledarutbildningen om hur de skulle strukturera upp det fortsatta arbetet efter certifieringen för att utveckla verksamheten utifrån vårdfilosofin. Cheferna såg olika på hur de kunde stötta personalen i att utveckla en personcentrerad vård utifrån vårdfilosofin.

Bättre vård och omsorg efter certifieringen?

Cheferna och personalen fick frågan om det hade skett några förändringar i arbetet och arbetssättet efter certifieringen som förbättrat vården och omsorgen.

Samtliga chefer och personalen på boendena svarade att det var reflektionsmötena som var den konkreta och direkta förändringen efter certifieringen och som påverkade vården och omsorgen i en positiv riktning.

En av cheferna hade vid tiden för intervjun, ingen strategi för att utveckla och följa upp certifieringen, hon ansåg att vården och omsorgen fungerade bra som den gjorde redan. Omsorgspersonalen uttryckte en frustration då de ansåg att det inte skett några förändringar på enheten efter certifieringen. En av de intervjuade sa:

”Vi gick utbildningen, sen hände det inget mer. Det är en frustration hos mig att vi inte lyckats få ihop teamet och att jobba mot samma mål. Men det tar tid att flytta berg”.

Den andra av cheferna sa att reflektionen påverkade den direkta vården och omsorgen då omsorgspersonalen gjorde förändringar utifrån de boendes behov som till exempel bemötande i situationer när de blev oroliga. Reflektionen hade även påverkat medarbetarna och chefen berättade om en medarbetare som för första gången hade vågat börja prata i grupp under reflektionsmötena och även på arbetsplatsträffarna tack vare den strukturerade samtalsmetoden där alla fick komma till tals i tur och ordning. Personalen svarade först spontant att de inte hade gjort några förändringar och att de upplevde att de hade en personcentrerad omsorg även före certifieringen. Men när frågor om reflektionen ställdes gav personalen flera exempel på att de genom reflektionen utvecklat det personcentrerade förhållningsättet på enheten, ett exempel på en åtgärd var att man ändrat bordsplaceringen för att skapa en lugnare stämning vid måltiden.

Den tredje av cheferna på boendena sa att de förutom reflektionen även hade börjat lägga mer fokus på BPSD för de boende och att de i större utsträckning tänkte på

att involvera anhöriga i arbetet. Även de intervjuade i omsorgspersonalen såg reflektionen som det centrala i certifieringen. De berättade att de nu förstod hur viktig chefen var i arbetet med att få reflektionen att fungera. De poängterade även att chefen fått bättre förståelse för det dagliga arbetet på en demensenhet efter att ha genomgått basutbildningen och därmed kunnat ge personalen bättre förutsättningar för att bedriva en personcentrerad vård och omsorg utifrån Silviahemmets vårdfilosofi.

Chefen vid enheten för myndighetsutövningen sa att det de rent praktiskt hade ändrat på var reflektionsstunderna. Hon talade om att hennes personal varit positiva till reflektionen och att det var ett kollegialt lärande. Hon berättade att de inte hade infört några nya rutiner eller skapat nya arbetssätt. *Men jag tror att handläggarna fått en ökad kompetens kring målgruppen, även om strukturen är densamma så tror jag att innehållet ser annorlunda ut.* Chefen framhöll bland annat att hon trodde att handläggarna fått mer förståelse och eftertanke i sina bedömningar kring hemtjänst och då särskilt social samvaro samt att de blivit mer generösa med den beviljade tiden för de insatser som skulle utföras. Hon avslutade med att säga: *Jag hör själv när jag sitter och pratar att det är svårt att veta vad som ändrats i och med certifieringen. Jag kan inte leda det i bevis.*

De intervjuade biståndshandläggarna upplevde också att det skett vissa förändringar efter certifieringen. De berättade att de tänkte annorlunda kring besluten, att de beviljade mer tid vid exempelvis måltiderna och föreslog mer tillsyn. En handläggare beskrev att:

”man beviljar en annan typ av insatser efter utbildningen, fler besök på morgonen och på kvällen för att det inte ska gå för långt mellan dem [besöken]”.

En annan sa, *”man har lite mer på fötterna för att motivera sina beslut”.* Handläggarna berättade också att de blivit mer generösa med att godkänna insatser för personer med en demenssjukdom.

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Kunskap om demenssjukdomar och hur man på bästa sätt bemöter personer med en demensdiagnos och deras anhöriga efterfrågas av allt fler idag. Silviahemscertifieringen är ett initiativ för att förbättra vården och omsorgen för målgruppen och har funnits sedan 2008. Totalt har drygt 90 verksamheter certifierats och flertalet har omcertifierats – det vill säga har behållit sitt certifikat tre år senare utifrån de kriterier som krävs.

En gemensam kunskapsbas är en bra utgångspunkt i allt utvecklingsarbete. Men för att förändring ska ske krävs mer än bara kunskap. Implementeringen av ett nytt arbetssätt sker ofta i en komplex kontext. Vilket tydligt framkommit i denna studie. Förändringar i arbetssätt och bemötande är beroende av en rad olika faktorer och det är svårt att urskilja vad en viss utbildning gett upphov till och vad som beror på annat. Silviahemscertifieringen är en process som sträcker sig över en lång tid, det är ett ständigt pågående arbete. Med tanke på dessa omständigheter går det inte att på ett enkelt sätt beskriva om och i så fall på vilket sätt, utbildningen medfört en utveckling av det personcentrerade arbetet med personer med demenssjukdom. Det är som en av de intervjuade sa: ”[...] *det är svårt att veta vad som ändrats i och med certifieringen. Jag kan inte leda det i bevis*”

I början av denna studie träffade vi många förväntansfulla medarbetare och chefer som såg fram emot att få utbilda sig och få en fördjupad kunskap om demenssjukdomar. Personalen var mycket nöjda med utbildningen som de tyckte gav en bra grund särskilt för dem som inte tidigare hade någon kunskap inom området. De fick en gemensam kunskapsgrund att utgå ifrån som de sedan skulle arbeta vidare med på sin enhet. De lyfte även att det var bra att blandade professioner och från olika verksamheter under utbildningsdagarna, då de gavs möjlighet att dela med sig av olika erfarenheter.

Reflektionen visade sig var den stora behållningen med certifieringen. En uppfattning som delades av alla som omfattades av reflektionen. Det var den konkreta åtgärd som samtliga enheter lyfte fram. Att få sitta och prata om sitt arbete var något personalen tidigare saknat. Aldrig förr hade de givits möjlighet att under ordnade former reflektera på djupet om det som var centralt i arbetet. Reflektionen uppfattades som ett givande och tagande – en möjlighet att tillsammans arbeta fram en individualiserad omsorg, utifrån den äldres behov, för att på bästa sätt möta personen där den är.

Utbildningen bekräftade att vi gör rätt, sa personalen men också att de fick tips och råd hur de kunde göra i olika situationer. Utbildningen gav dem en trygghet i sin yrkesroll, de kände sig säkrare i omvårdnadssituationer. Flera berättade också att de kände en stolthet över att deras enhet nu var Silviahemscertifierad.

Vid samtliga enheter som observerades hade man valt att inte utbilda vikarier och timanställda, eftersom de utgör en stor del av bemanningen skulle även de behöva få samma kunskap, för att enheterna ska kunna utföra vård och omsorg utifrån Silviahemmets vårdfilosofi.

I intervjuerna sa flera ur omsorgspersonalen att den ibland låga bemanningen försvårade eller till och med gjorde det omöjligt att arbeta personcentrerat utifrån de fyra hörnstenarna. Tidsbrist var enligt dem ett hinder för att hinna med enskilda aktiviteter och att få vardagen meningsfull och bra för alla boende. Bemanningen i särskilt boende har diskuterats mycket under 2010-talet, och försök har gjorts att på nationell nivå införa regleringar av bemanningen. Detta har inte visat sig genomförbart. Det finns således inga normer att hålla sig till. I en utredning Äldrecentrum genomförde 2009 påvisades att en bemanning om tre personal i en gruppbostad med nio personer med demenssjukdom var lämplig, medan en bemanning om två personal var otillräcklig för att hinna med en individualiserad omsorg (Wånell & Trygg, 2010).

Implementering av Silviahems-certifieringen

Äldrecentrum har följt upp och utvärderat olika former av utbildningsuppdrag inom äldreomsorgen i syfte att utveckla verksamheterna. I resultaten från dessa studier framkommer några gemensamma iakttagelser, bland annat vikten av att skapa en hållbar organisation som stödjer att kunskapen behålls och utvecklas.

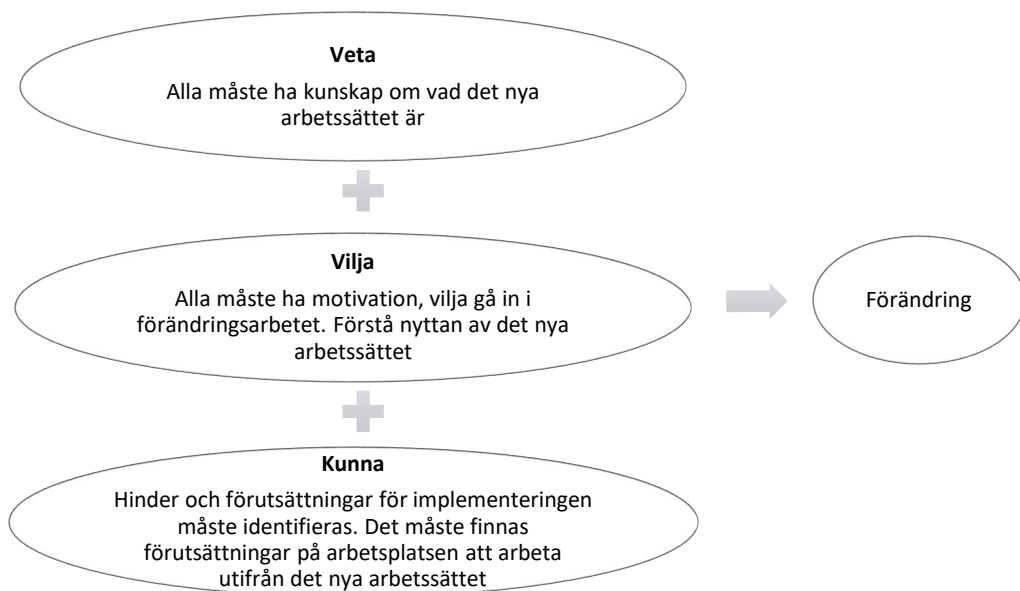
Studien om Silviahems-certifieringen beskriver hur olika en utbildningssatsning kan komma att förankras och förvaltas i en verksamhet. Individuell kompetensutveckling leder inte per automatik till att en verksamhet utvecklas, eller att vården av enskilda personer blir personcentrerad (Ellström m.fl., 2003). Det räcker följaktligen inte med att planera och genomföra bra utbildningar med motiverade deltagare för att vården och omsorgen om de äldre ska bli individanpassad. För detta krävs att den kunskap som förmedlats också omsätts i det dagliga arbetet. Men det är inte samma sak att lära ut och att lära in. Även om alla får ”samma” utbildning är det olika hur individer tar till sig kunskap, det handlar om motivation, tidigare kunskaper, förståelse och att man ser nyttan med kunskapen. Till det kommer även förmågan att omvandla den teoretiska kunskapen till praktiskt handlande i olika vård- och omsorgssituationer.

Det krävs också att verksamhetens organisation och personalens arbetssituation gör det möjligt att kunskapen vidmakthålls och praktiseras i mötet med de äldre (Larsen & Sennemark, 2006). Det kan till exempel innebära att kontinuerligt ha en dialog om de fyra hörnstenarna och hur verksamheten kan utvecklas utifrån dem. Ett annat exempel är reflektionsstunder med möjlighet att på djupet analysera en omvårdnadssituation och prova olika lösningar eller förhållningssätt. Vidare måste personalen ges utrymme att prova olika lösningar för att sedan följa upp – hur gick det? För att en verksamhetsutveckling ska leva kvar på sikt, fordras alltså något mer än det kursdeltagarna lär sig som individer. För ett lyckat förändringsarbete behövs en plan. Det nya arbetssättet måste implementeras.

Fixsen m.fl. (2011) beskriver implementeringsprocessen utifrån fyra faser.

1. Första fasen består i att inventera behoven och utifrån det bestämma vad som behövs för att tillfredsställa dessa behov och lämpligt arbetssätt för att möta behoven.
2. Den andra fasen är installationsfasen, konkret innebär det att tillförsäkra att nödvändiga resurser finns, som till exempel lokaler, tid, aktiviteter, nytt material, personal, och utbildning. I denna fas är det också viktigt att förankra och motivera personalen i organisationen om att en förändring är nödvändig.
3. I den tredje fasen börjar organisationen använda den nya metoden, här finns risk att enskilda börjar anpassa metoden efter eget tycke. För att minimera denna risk är det bra med kontinuerlig handledning och uppföljning.
4. Den sista fasen, handlar om att vidmakthålla arbetssättet och göra systematiska uppföljningar.

Alla organisationer är inte redo att förändra sitt arbetssätt och omvandla teoretisk kunskap till praktiskt kunnande. Bidragande orsaker till detta kan vara brist på motivation, kunskap eller färdigheter som är navet i en förändring (Michie m.fl., 2011).



För att kunna få till en förändring måste alla få kunskap om det nya arbetssättet. Personalen måste förstå varför arbetet ska förändras och de måste få rätt förutsättningar för att kunna arbeta utifrån det nya arbetssättet. Aarons m.fl. (2012) framhåller att så länge som verksamheten inte förstått att det finns ett behov av att arbeta utifrån ett arbetssätt är det ingen mening att påbörja en implementeringsprocess. Först när verksamheten är mogen att ta till sig ny kunskap och utveckla verksamheten kan en implementeringsprocess påbörjas.

I denna studie fick samtliga en gemensam kunskapsbas för att kunna arbeta utifrån Silviahemmets vårdfilosofi. Flertalet ur personalen var positiva till utbildningssatsningen men sa samtidigt att *"vi jobbade så redan innan"*. De ansåg att de fick en bekräftelse på att de *"gjorde rätt"*, men såg kanske inte behovet av att förändra vissa delar i sitt arbetssätt.

Vår bedömning är att det fanns behov av att tydliggöra syftet med certifieringen och varför den skulle genomföras på enheterna. Vid intervjuerna framkom att cheferna såg olika på sitt uppdrag efter certifieringen. De var vaga i sin beskrivning över hur de skulle arbeta vidare med att hålla vårdfilosfin levande i vården och omsorgen. Cheferna saknade en tydlig strategi för *hur* det nya arbetssättet skulle implementeras. Verksamheterna hade kunnat komma längre i sitt arbete om de före certifieringen tydliggjort *vad* och *varför* certifieringen skulle genomföras. Utvecklingsarbetet hade underlättats om ledningen tillsammans med personalen efter certifieringen hade gått igenom *vilka* förändringar som behöver göras för att kunna arbeta utifrån vårdfilosfin, och *hur* det skulle gå till. Ytterligare frågor borde ha besvarat var, *när* det ska göras samt *vem/vilka* som ansvarade för vad? Vi anser att chefen har ansvaret för uppföljningen av de olika åtgärderna som ska genomföras i samarbete med personalen. Chefen bör vara tillgänglig och ge kontinuerlig återkoppling för att stimulera medarbetarna att arbeta mot uppsatta mål.

Ledarskapet - navet i implementeringen

Cheferna har den centrala rollen i allt utvecklingsarbetet. Forskning och utvärderingar av tidigare satsningar på kompetensutveckling inom bland annat äldreomsorgen har visat att chefer i många fall behöver stöd i hur de kan leda och åstadkomma verksamhetsutveckling i praktiken. De behöver få kunskap om vad implementering av ett nytt arbetssätt innebär och hur de kan gå till väga i det arbetet. Chefer skulle även behöva egna forum, till exempel nätverksträffar, för att ge varandra tips och idéer hur de ska kunna leda arbetet med att utveckla det personcentrerade arbetssättet och ansvara för att personer som har en demenssjukdom får en kunnig och värdig vård och omsorg. Detta är något som Silviahemmet skulle kunna erbjuda som en del i Silviahemscertifieringen.

Chefernas engagemang och sättet de drivit arbetet med certifieringen avspeglades i hur personalen i sin tur upplevde att certifieringen gett avtryck i verksamheten. Några upplevde att de gått utbildning och där efter hände inget mer, andra såg chefens viktiga roll att skapa förutsättningar för att arbeta med förändring i verksamheten. I tidigare utvärderingar av kompetensutveckling som Äldrecentrum studerat har det framkommit att det inte är ovanligt att de som gått utbildningen inte får arbeta efter sina nya kunskaper. Att få lära sig hur man bör arbeta utan att ha möjlighet att göra det skapar självfallet frustration. Utbildningssatsning kan då istället bli kontraproduktiv (Österman & Norman, 2016, Norman & Österman, 2017).

Reflektion - certifieringens kärna

Verksamhetsutveckling är en kontinuerlig process. För att bedriva ett framgångsrikt utvecklingsarbete behöver det integreras som en naturlig del i verksamhetens vardag (Larsen & Sennemark, 2007 s, 127). Reflektion visade sig i denna studie vara ett bra sätt att utveckla arbetet. Det finns många olika reflektionsmodeller och metoder som kan användas. Reflektion skiljer sig från vanligt tänkande. Den är målinriktad och genomförs med någon form av systematik och struktur. Syftet är att komma bort från invanda, gamla tanke-mönster och istället utveckla nya (Emsheimer, 2005). En reflektion är inte rätt eller fel. Däremot kan den vara mer eller mindre underbyggd. Ofta går det till så att deltagarna beskriver ett problem, tolkar det de sett och drar därefter en omedelbar slutsats. För att undvika förhastade och ibland felaktiga slutsatser krävs ett mer systematiskt och djupgående tillvägagångssätt (Birge Rönnerfält och Norman, 2019). Silviahemmets reflektionsmodell är en av reflektionsmodellerna med en tydlig koppling till de fyra hörnstenarna. Styrkan i Silviahemmets reflektionsmodell är den djupgående analysen som görs vid varje reflektion. Fördelarna med att reflektera i grupp är, enligt Rodgers (2002), bland annat att de egna erfarenheterna blir bekräftade och att gruppen hjälper till att reflektera över helheten, gruppen hjälper till att se situationen på flera sätt och ur olika perspektiv samt att gruppen kan fungera som bollplank där idéer provas och/eller förkastas.

Det är genom den schemalagda reflektionen som enheterna lyckats med att integrera vårdfilosofin i omsorgsarbetet. För att få reflektionen att fungera fanns tydliga instruktioner från Silviahemmet hur den skulle genomföras. Reflektionsledarna fick i samarbete med sina chefer planera och organisera mötena. Reflektionsledarna på respektive enhet fick tid avsatt för att kunna planera kommande möten tillsammans. De har fått de förutsättningar som krävs för att få reflektionen att fungera på arbetsplatserna. Där reflektionen inte var obligatorisk deltog färre personal. Vår bedömning är att reflektionen ska vara obligatorisk för alla, med tanke på att reflektionen faktiskt är själva kärnan i att utveckla den personcentrerade vården och omsorgen.

Vid den schemalagda reflektionen deltog bara omsorgspersonalen alternativt biståndshandläggarna. Övriga professioner var inte inbjudna att delta. En central del i den personcentrerade vården och omsorgen är att ta tillvara varje professions unika kompetens och kunskaper för att belysa situationen så bra som möjligt. Då alla professioners kunskaper inte tas till vara under reflektionen missas information och perspektiv som skulle kunna vara till nytta i den personcentrerade vården. Reflektionen ser vi som en viktig del i teamarbetet. I studien framkom att personalen och deras chefer inte hade någon enhetlig syn på vilka som skulle ingå i ett team och hur man arbetar som ett team. Flertalet satte likhetstecken mellan teamarbetet och teammötet. Utöver teammötena kunde vi inte observera ett multiprofessionellt teamarbete i det dagliga arbetet. Här finns fortsatta utvecklingsmöjligheter. Dels att förtydliga vad ett team är, vilka som ska ingå i teamet och hur samarbetet ska ske. Ett gemensamt mål är grunden för teamarbetet. Denna

hörnsten skulle kunna förtydligas ytterligare genom att beskriva hur teamarbetet skulle kunna ske i det dagliga arbetet och få en tydligare koppling till reflektionen.

Reflektionsledarna uppskattade en kontinuerlig avstämning med chefen om hur det fungerade att leda mötena, schemaläggningen – att tid fanns och övergripande om vad som togs upp på mötena. En förutsättning för att reflektionen ska fungera är att chefen ser till att den schemaläggs samt att förankra vikten av att mötena hålls kontinuerligt. Annars finns risken att mötena bortprioriteras.

Mer kunskap behövs

Frågan om nyttan och effekterna av Silviahemscertifieringen är ännu inte tillräckligt belyst. Framförallt handlar det om effekterna på sikt. Att följa upp effekterna ett år efter certifieringen genomförts kan vara för kort tid. Det stora arbetet börjar efter att enheten har certifierats. Ytterst handlar det om att chefen tillsammans med sina medarbetare håller kunskapen om vårdfilosofin levande. Det är en pågående process som kräver tålamod och hårt arbete.

En gemensam utbildningsgrund och en modell för reflektion som Silviahemmet erbjuder kan vara en bra start i arbetet att utveckla en personcentrerad vård och omsorg med målet att höja kvaliteten inom demensvården.

REFERENSER

- Andersson Kazimiera E., Dellkvist H., Johansson Bernow U. Skär L. (2018) Relatives' experiences of sharing a written life story about a close family member with dementia who has moved to residential care: An interview study. *Nursing Open*. 2019;6:276–282.
- Aarons GA, Horowitz JD, Dlugosz LR, Ehrhart MG. (2012). *The role of organizational processes in dissemination and implementation research*. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, redaktörer. *Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice*. New York: Oxford University Press; 2012.
- Birge Rönnerfält, M & Norman, E. (2019) *Reflektion som arbetsutveckling*. Stiftelsen Äldrecentrum
- Borgkvist M., Theander C. (2018) Livshistoriens betydelse i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. En litteraturstudie. Högskolan i Halmstad, Akademin för hälsa och välfärd.
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215-222.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R. & Chenco, C. (2011). Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *International Psychogeriatrics*, 23, 1205-1212.
- Ellström E. Ekholm B. Ellström P-E. (2003). *Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö*. Lund: Studentlitteratur.
- Emsheimer P. Hansson H. Koppfeldt T. (2005). *Den svårfångade reflektionen*. Lund: Studentlitteratur.
- Fixsen D. L. Blase K. A & Van Dyke M. K. (2011). Mobilizing communities for implementing evidence-based youth violence prevention programming. A commentary. *American Journal Community Psychology*, 48, 133-137.
- Hsieh H.F. & Shannon S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Lagergren M. (2017). StockholmSNAC. Rapport från undersökningen 2017 av behov och insatser inom äldreomsorgen i Stockholms stad. Rapport 2017:5. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Larsen T. & Sennemark E. (2007). Från kompetensutveckling till verksamhetsutveckling. Slutrapport i utvärderingen av samlat GREPP. FoU-rapport 2007:8. Göteborg: FoU i Väst/GR.

- Michie, S., van Stralen, M.M., West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterizing and designing behaviour change intervention, *Implementation Science*, 6:42.
- Norman E. & Österman J. (2017). Specialistsjuksköterska - med fördjupad kunskap och helhetssyn. Rapport 2017:2. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Rodgers C. (2002). Att definiera reflektion, John Dewey och det reflektiva tänkandet. I Brusling C. & Strömqvist G. (red) (2007). *Reflektion och praktik i läraryrket*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjögren K. (2013). Personcentrerad vård i särskilt boende för äldre. (doktorsavhandling, Umeå universitet, institutionen för omvårdnad).
- Socialdepartementet (2018) Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom. Regeringsbeslut 2018-05-24, S2018/03241/FST
- Socialstyrelsen (2014). Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012.
- Socialstyrelsen (2017). Vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning.
- Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer - -utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden.
- Svenskt Demenscentrum (2017). Guiden till vård och omsorg vid demenssjukdom.
- Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., Sasaki, K. & Uchitomi, Y. (2012). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Psychiatry Research*.
- Wallin, A. O., Jakobsson, U. & Edberg, A. K. (2012). Job satisfaction and associated variables among nurse assistants working in residential care. *International Psychogeriatrics*, 24, 1904-1918.
- Winzelberg, G. S., Williams, C. S., Preisser, J. S., Zimmerman, S. & Sloane, P. D. (2005). Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long-term care facilities. *The Gerontologist*, 45, 106-114.
- Wånell S. E. & Trygg B. (2010), Lämplig bemanning i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom. Rapport 2010:10. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Wånell S. E. & Gens K. (2018). Ett år senare. Effekter av en utbildningssatsning i Enskede-Årsta-Vantör för bättre vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Diarienummer 87:2018 (Ej publicerad).
- Zimmerman, S., Sloane, P. D., Williams, C. S., Reed, P. S., Preisser, J. S., Eckert, J. K., Boustani, M. & Dobbs, D. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *The Gerontologist*, 45, 133-146.
- Österman J. & Norman E. (2016). När förutsättningar ges kan utbildning göra skillnad. Rapport 2016:6. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Bilaga 1

Intervjuguide: Chef

Vem/vilka intervjuas, namn, befattning, år i organisationen samt utb/bakgrund.

1. Varför valde ni att genomgå Silviacertifieringen? Bakgrunden till det?

Verksamhetens organisation (före och efter certifieringen)

2. Beskriv verksamheten, omfattning, inriktning, personal mm.
3. Teamarbete – arbetar enheten teambaserat?

Strukturella förändringar (före och efter certifieringen)

4. Planeras några omorganisationer det närmsta året? Neddragningar? Hur är budgetläget? Nya/utökade verksamheter m inriktning demens?
5. Bemanning
6. Personalomsättning /sjukfrånvaro
7. Utbildningsinsatser det kommande året förutom certifieringen?
8. Är det några andra lagändringar på gång som påverkar er verksamhet?
9. Ändringar/omorganisationer inom regionen som påverkar er verksamhet?

Nuvarande arbetssätt (före och efter certifieringen)

10. Hur arbetar ni på enheten? (kontaktmannaskap/personcentrerat)
11. Vad fungerar bra?
12. Tycker du att det finns områden som behöver förbättras?
13. Vilka utmaningar finns det med att ge stöd och hjälp till personer med en demenssjukdom?
14. Vilka verktyg har ni för att på bästa sätt vårda personer med en demenssjukdom?
15. Vilket stöd erbjuder ni till anhöriga?
16. Vilka svårigheter finns med att ge stöd till anhöriga? Vad är det som gör det svårt?
17. Finns det brister i stödet till anhöriga? Vilka brister? Vad saknas?
18. Hur inkluderas anhöriga i vården och omsorgen?

Reflektion (före och efter certifieringen)

19. Har personalen handledning/reflektion?
20. Tillgång till handledning/mentorskap i nuläget? Omfattning och hur länge?

Certifiering och Kunskap fyra hörnstenarna (före och efter certifieringen)

21. Vad hoppas ni uppnå genom certifieringen?
22. Vilka kommer att få gå utbildningen? (fast personal/timanställda)
23. Nuvarande kunskaper om demens inom enheten
24. Förväntningar på certifieringen/utbildningen för egen del?
25. Tankar om hur kunskapen kan komma att påverka vilket stöd och hjälp som ges samt hur det utförs?
26. Kunskap om andra enheter och hur de arbetar med personer med demenssjukdom? Förebild, gott exempel.
27. Övrigt

Intervjuguide: Personal

Vem/vilka intervjuas, namn, befattning

Organisationsstruktur (före och efter certifieringen)

28. Hur är ni organiserade? Beskriv en arbetsdag.
29. Teamarbete – arbetar ni teambaserat? Om ja, berätta hur teamet är organiserat och vilka som ingår.

Nuvarande arbetssätt (före och efter certifieringen)

1. Hur arbetar ni på enheten?
2. Arbetar ni med kontaktmannaskap och personcentrerat?
3. Vad fungerar bra?
4. Anser ni att det finns brister i arbetet med de boende i dagsläget? Om ja, vilka är bristerna, vad skulle ni vilja förbättra?
5. Vilka svårigheter finns med att ge stöd och hjälp till personer med en demenssjukdom? Vad är det som gör det svårt?
6. Vilka verktyg har ni för att på bästa sätt vårda personer med en demenssjukdom?
7. Vilket stöd erbjuder ni till anhöriga?
8. Vilka svårigheter finns med att ge stöd till anhöriga? Vad är det som gör det svårt?
9. Finns det brister i stödet till anhöriga? Vilka brister? Vad saknas?
10. Hur inkluderas anhöriga i vården?

Reflektion (före och efter certifieringen)

11. Har ni handledning/reflektion? Om ja, beskriv hur ofta och dess struktur.
12. Tillgång till handledning/mentorskap i nuläget? Omfattning och hur länge?

Certifiering och Kunskap fyra hörnstenarna (före och efter certifieringen)

13. Hur ser ni på Silviacertifieringen?
14. Vad hoppas ni uppnå genom certifieringen?
15. Nuvarande kunskaper om de fyra pelarna (personcentrerad vård/symtomkontroll, teamarbete, anhörigstöd, kommunikation/relation)
16. Förväntningar på certifieringen/utbildningen för egen del? Tankar om hur kunskapen kan komma att påverka vilket stöd och hjälp ni ger samt hur det utförs?
17. Kunskap om andra kommuner och hur de arbetar med att ge vård och omsorg till personer med demenssjukdom? Förebild, gott exempel.

Intervjuguide: Anhöriga

1. Hur länge har närstående bott på boendet
2. Vad tycker du om den vård om omsorg den närstående får?
3. Vad tycker du om miljön?
4. Hur tycker du att din närstående blir bemött av personalen?
5. Hur tycker du att du som anhörig blir bemött av personalen?
6. Tycker du att du är delaktig i vården och omsorgen som din närstående får?
7. Får du något stöd som anhörig?
8. Är det något som du anser behöver förbättras?

Intervjuguide: Reflektionsledare

Vem/vilka intervjuas, namn, befattning

1. Hur blev ni utsedda till reflektionsledare?
2. Hur kände ni inför uppdraget innan ni tackade ja?
3. Vad tyckte ni om reflektionsledarutbildningen?
 - a. Dag 1. Kunskap om reflektion
 - b. Dag 2. Vad tänkte ni kring hemuppgiften?
 - c. Hur fungerade det att genomföra den?
 - d. Dag 3. Redovisning a hemuppgiften
4. Kände ni er redo att leda reflektion efter utbildningen?
5. Var det något ni saknade i utbildningen?
6. Var utbildningen anpassade utifrån er yrkesroll?
7. Har ni kommit igång med reflektion på enheterna?
8. Beskriv hur ni lagt upp reflektionen.
 - a. Reflekterar ni med era kollegor eller går ÄO över till LSS?
 - b. Hur många grupper var har ni?
 - c. Hur ofta har ni reflektionsmöten?
 - d. Antal personer som deltar per gång?
 - e. Är det samma deltagare vid varje tillfälle?
 - f. Hur lång tid har ni reflektionsstund?
 - g. Har ni tagit fram något grupphandledningskontrakt med deltagarna?
9. Hur tycker ni att det fungerar att följa reflektionsmodellen?
 - a. Eller använder ni någon annan mall?
 - b. Går det att tillämpa de fyra hörnstenarna i ert arbete (Symptomkontroll, kommunikation/relation, teamarbete och anhörigstöd)
10. Vad fungerar bra?

11. Vad fungerar mindre bra?
12. Vad är lätt/svårt med att leda reflektionsmöten?
13. Vad kan reflektionen handla om, vad är vanligaste man tar upp?
14. För ni som reflektionsledare någon form av dokumentation?
15. Har ni någon uppföljning av fall som ni tog upp vid det föregående reflektionsmötet?

16. Vad tycker deltagarna, vad får ni för feedback på reflektionen?
17. Ingår ni själva i någon reflektionsgrupp som någon av er andra leder?
18. Har Silviahemmet gjort någon uppföljning av reflektionsledarutbildningen? (en halvårskontroll och en ettårskontroll)
 - a. Om ja, hur, vad?
 - b. Om nej, vet ni varför?

19. Vilket stöd får ni i er roll som reflektionsledare?
20. Är det något ni saknar? Vilken typ av stöd skulle ni vilja ha?
21. Har någon annan fått gå reflektionsledarutbildningen nu när Ida slutat.
22. Är ni tillräckligt många reflektionsledare?
23. Övrigt, har ni något att tillägga?

Bilaga 2

Observationsmall boende:	
Notera allt som kan vara av relevans för observationen.	Används några begränsningsåtgärder (låsta dörrar, grindar, brickbord) Hur boendet är utformat, är miljön anpassad för personer med demenssjukdom? Måltidsmiljö, antal boende respektive personal, placering av bord mm. Tillgång till utevistelse/miljö.
Personcentrerad vård/ Symtomkontroll	Vilken hänsyn tas till personens förutsättningar/ behov i omsorgen och vården som ges på boendet? Vilket inflytande har personen i vården och omsorgen och hur den ska utföras/tillfrågas personen hur hen vill ha det? Hur utförs insatserna? Oro/psykiskt välbefinnande bland de boende. Tar personalen hänsyn till språkliga och kulturella behov? Upplevs de boende trygga på boendet och med personalen? Finns individuellt anpassade aktiviteter, utifrån den enskildes intressen och förmåga?
Kommunikation/Relation	Hur bemöter personalen de boende? Behandlar personalen de boende med respekt? Vilket kroppsspråk använder personalen. Uppträder personalen lugnt kring de boende? Finns en förtroendegivande relation mellan personalen och de boende? Är kommunikationen enkel, kortfattad, tydlig och vänlig utan att uppfattas som kränkande? Interaktion mellan de boende.
Teamarbete	Hur samarbetar personalen på boendet? vilka professioner finns på plats? Används anhöriga som en resurs, en i teamet? Hur ser överlämningen ut mellan olika skift. Tydliga roller bland personalen. Tillräckliga personalresurser?
Anhörigstöd	Hur bemöter personalen anhöriga? Använder personalen anhöriga som en resurs? Bidrar personalen till att anhöriga känner sig delaktiga i omsorgen om de vill? Finns stöd för anhöriga på boendet?

Observationsmall hembesök biståndshandläggare:	
Bakgrund	Handläggarens kontakter innan mötet/förberedelser. Vart genomförs mötet/omständigheter, vilka professioner/anhöriga är närvarande, beskrivning av miljön, första intrycket, tidomfattning.
Personcentrerad vård/ Symtomkontroll	Vilken hänsyn tas till personens förutsättningar/behov i mötets utformning och i samtalet? Hur tar handläggaren reda på personens behov av stöd/vad personen klarar (stärka det friska)? Hur lämnas information? Eventuellt motivation för att ta emot stöd? Muntligt avslag på stöd? Sammanfattas samtalet och vad personen ansöker om både skriftligt och muntligt? Vid uppföljning – tidsintervall, stöd, tidsåtgång, hjälpmedel – hur har det fungerat?
Kommunikation/relation	Hur skapar handläggaren en förtroendegivande relation till personen? Anpassas samtalet utifrån personens förutsättningar? (direkt kommunikation – handläggaren pratar direkt med den äldre, vilka frågor ställs, kroppsspråk, ögonkontakt). Resonerar/argumenterar handläggaren med personen? Hur stort är personens talutrymme under mötet? Erbjuds hjälpmedel (kognitiva) som stöd?
Teamarbete	Vilka professioner är med vid mötet? Är personen/anhöriga med? Hur presenteras de olika professionernas iakttagelser/kännedom om personen? (direkt eller återberättade)? Var ligger tyngdpunkten i samtalet (vad får mest fokus)? Vad beslutas? Hur kommunicerar teamet efter mötet? Hur samarbetar teamet kring personen? Tas beslut kring samverkan? Hur fördelas ansvarsområden vid mötet?
Anhörigstöd	Tar handläggaren reda på vad och i vilken omfattning anhöriga ev. ger stöd till personen? Ges information om stödinsatser till anhöriga? Erbjuds anhöriga stödinsatser - vilka? Lämnas information om demenssjukdomen? Talar handläggaren enskilt med anhöriga?

Bilaga 3

Silviahemmets reflektionsmodell

Utgångspunkten i Silviahemmets reflektionsmodell är den gemensamma vårdfilosofin som bygger på ett gemensamt arbetssätt utifrån de fyra hörnstenarna, symptomkontroll, kommunikation/relation, teamarbete och anhörigstöd. Deltagarna har en gemensam kunskapsbas om de fyra hörnstenarna utifrån den grundutbildning de gått.

Reflektionsmötets struktur

Reflektionsmötet följer en särskild struktur som deltagarna får information om av reflektionsledaren kontinuerligt under mötet.

Uppstart - alla hälsas välkomna och reflektionsledaren klargör tidsramarna, att syftet med reflektionen är att utgå från en omvårdnadssituation, vilka regler gruppen har bestämt t ex prata en i taget, inte avbryta någon, att alla ska komma till tals och att tystnadsplikt gäller – det som sägs i rummet stannar i rummet. Reflektionsledaren för anteckningar och informerar deltagarna om varför hen gör det.

Utvärdering/Återkoppling - vad pratade vi om vid föregående möte? Uppföljning av hur eventuella åtgärder som bestämdes att prova har fungerat.

Dagens innehåll – Reflektionsledaren går laget runt och deltagarna tar kortfattat upp ett fall/situation de vill reflektera om som till exempel duschsituation eller matsituation. Möjligheten finns för deltagarna att säga pass om de inte har något att ta upp. Därefter görs en gemensam prioritering om vilken situation man ska börja med

Presentation – ordet lämnas över till sakställaren (den som tagit upp situationen deltagarna gemensamt valt att reflektera kring), som får beskriva och berätta. Det är viktigt att sakställaren får tala till punkt. Därefter ger reflektionsledaren klartecken till deltagarna att ställa frågor.

Analys – Deltagarna ställer vad, hur, när-frågor kopplat till hörnstenarna Symptomkontroll, Kommunikation, Teamarbete, Anhöriga. Det är en grundlig genomgång och reflektionens centrala del, man stannar länge i denna fas. Analysfasen är tänkt att mynna ut i förslag på hur omsorgspersonalen ska arbeta vidare med den situation de reflekterat kring. Analysen ska ge svar på frågorna: Vad ska vi göra? Hur ska vi göra det? När och vem ska göra det?

Åtgärd – Förslag på lösningar (om det finns några lösningar)

Sammanfattning – Reflektionsledaren sammanfattar mötet. Vad har vi pratat om idag – vilka hörnstenar har vi berört? Gruppen sammanfattar mötet därefter. Reflektionsledaren går laget runt och frågar var och en av deltagarna: "Vad har du fått med dig idag?"

Sedan 2008 tillhandahåller Stiftelsen Silviahemmet en utbildningscertifiering för personal inom vård och omsorg för personer med en demenssjukdom – Silviahemscertifiering.

Syftet med certifieringen är att skapa en vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv med hög kvalitet för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

Stiftelsen Äldrecentrum följde från våren 2017 fram till februari 2019 fyra enheter som genomfört Silviahemscertifiering. Syftet var att studera vad som händer i en verksamhet sedan den genomgått Silviahemscertifiering och att se om certifieringen inverkat på personalens bemötande, stöd till anhöriga, systematiskt teamarbete och kontinuerlig reflektion. Studien hade för avsikt att kartlägga viktiga förutsättningar och utmaningar som kan förekomma vid implementering av ett nytt arbetssätt.

Resultatet av studien visade att en gemensam kunskapsbas är en bra utgångspunkt i allt utvecklingsarbete. Men för att förändring ska ske krävs mer än bara kunskap. Cheferna har en betydande roll för att implementera vårdfilosofin i det dagliga arbetet och skapa de förutsättningar som personalen behöver för att kunna arbeta personcentrerat som ett team samt arbeta med reflektion.

