



Hemtjänst för personer med demenssjukdom

En studie om specialiserade hemtjänstgrupper

Karin Gens
Sven Erik Wånell

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2013:12 ISSN 1401-5129

FÖRORD

Kunskapen om demenssjukdomar och vilken inverkan de har på den som drabbas, och dennes anhöriga, blir allt bredare hos såväl allmänheten som hos de som arbetar inom vård av och omsorg om äldre. Mycket forskning bedrivs inom området och olika organisationer och föreningar arbetar för att sprida den kunskap som kommer fram.

Socialstyrelsens riktlinjer ger, utifrån denna kunskap, vägledning till personal som möter personer med demenssjukdom i sitt arbete. Sammantaget leder detta till att allt större krav ställs på kvaliteten i det stöd och den vård som socialtjänsten och hälso- och sjukvården tillhandahåller.

Allt fler äldre med demenssjukdom eller andra kognitiva svårigheter bor kvar i det egna hemmet så länge det går, ofta med stöd och hjälp från hemtjänsten. Stockholms stad har i en flerårig satsning gett hemtjänstutförare möjlighet att utveckla såväl sin organisation som kunskapen hos personalen för att höja kvaliteten och bättre kunna leva upp till de krav och förväntningar som ställs. Syftet med de pengar som avsatts är att stimulera framväxten av specialiserade hemtjänstgrupper med inriktning mot personer med demenssjukdom. Ytterligare en målsättning är att stärka samverkan mellan hemtjänsten, biståndshandläggaren och husläkarmottagningen kring den enskilde.

I denna studie har, på uppdrag av äldreförvaltningen i Stockholms stad, utredarna Sven-Erik Wånell och Karin Gens utifrån forskningsrapporter, enkätundersökning och intervjuer med chefer, personal, anhöriga och biståndshandläggare belyst effekterna av de stimulanspengar som fördelades under det första projektåret, 2012. Nya demensgrupper har startat och flera är på väg. Kompetensen har höjts, kontinuiteten förbättrats, tid har satts av för handledning och reflektion. Intervjuer och enkätsvar pekar entydigt mot att satsningen hittills varit framgångsrik. ”Det är skillnad som natt och dag”, säger flera anhöriga, sedan en demensgrupp fått ansvaret för den närståendes hjälpinsatser.

Kunskapen är dock ännu för liten för att kunna uttala sig om vilken organisering som är bäst, och det är för tidigt att dra säkra slutsatser utifrån de demensgrupper som nu erhållit stimulansmedel –flertalet har ännu varit igång alltför kort tid. För att förbättra kunskapen om vilka modeller som fungerar bäst när det gäller hemtjänst för personer med demenssjukdom behövs en fortsatt uppföljning. Rapporten har granskats av forskningsledare Lennart Johansson.

Stockholm december 2013

Chatrin Engbo

Direktör

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
UPPDRAG, SYFTE OCH METOD	3
UPPDRAGET.....	3
<i>Vad är en specialiserad hemtjänstgrupp?</i>	3
METOD OCH AVGRÄNSNINGAR	3
<i>Metod</i>	4
<i>Begrepp</i>	5
<i>Enheternas olikhet begränsar möjligheten att tolka materialet</i>	5
BAKGRUND	7
HEMTJÄNSTEN I STOCKHOLMS STAD	7
ATT BEDÖMA BEHOV VID DEMENSSJUKNOM	7
KRITERIER FÖR GOD OMSORG OM PERSONER MED DEMENSSJUKNOM	8
<i>Nationella riktlinjer</i>	8
<i>Stadens kriterier</i>	9
<i>Socialstyrelsens rekommendationer gällande utbildning</i>	9
STADENS STIMULANSMEDEL.....	10
<i>Äldreförvaltningens utgångspunkter</i>	10
<i>Regler och syfte</i>	10
<i>Ansökningarna</i>	11
<i>Uppföljning</i>	12
TIDIGARE STUDIER OM SPECIALISERING INOM HEMTJÄNSTEN	12
<i>Ont om forskningsstudier</i>	12
<i>Forskning om specialisering i hemtjänsten</i>	12
<i>FoU-studier</i>	13
RESULTAT.....	16
DE SPECIALISERADE HEMTJÄNSTGRUPPERNA OCH DERAS OMSORGSTAGARE	16
<i>Gamla och nya demensgrupper</i>	16
<i>Omsorgstagarna</i>	16
<i>Personalen och deras utbildning</i>	17
<i>Fortbildning med stöd av stimulansmedlen</i>	18
<i>Organisation</i>	19
PERSONCENTRERAD OMSORG.....	22
<i>Kontaktmannaskapet och kontinuitet</i>	22
<i>Genomförandeplanernas och levnadsberättelsernas roll</i>	24
KOMPETENS	25
<i>Fortbildning</i>	25
<i>Handledning och reflektion</i>	26
BISTÅNDSBEDÖMNINGENS ROLL.....	28
<i>Underlaget för beslut</i>	28
<i>Tiden</i>	29
<i>Att lotsa vid valet</i>	31
<i>Samverkan biståndshandläggare - hemtjänst</i>	31
<i>De anhörigas bild</i>	32
SAMVERKAN MED PRIMÄRVÅRDEN	32

<i>Formaliserade kontakter med husläkarmottagningarna ovanliga</i>	32
<i>Primärvårdsrehabiliteringen</i>	34
KOMMUNAL DAGVERKSAMHET	34
DE ANHÖRIGA	35
<i>Stor skillnad</i>	35
<i>Demensgruppens stöd till anhöriga</i>	36
STIMULANSMEDELENS ROLL.....	37
<i>Framtiden enligt enhetscheferna</i>	38
<i>Sammanfattande reflektioner från vårdbiträdena</i>	39
<i>Biståndshandläggarnas syn</i>	39
<i>Hinder på vägen</i>	40
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	41
ORGANISATION OCH LEDARSKAP	41
<i>Värdet av specialiserade hemtjänstgrupper</i>	41
<i>Gruppen bör ha ansvaret dygnet runt</i>	41
<i>Gruppen behöver samverka med primärvården</i>	41
<i>Biståndshandläggarna centrala aktörer</i>	42
<i>Stöd till anhöriga en viktig uppgift för demensgrupperna</i>	42
KOMPETENS	43
<i>Kompetensutveckling kostar</i>	43
KONTINUITET OCH KONTAKTMANNASKAP	44
SUMMERING.....	44
<i>Definiera begreppet specialiserad hemtjänstgrupp</i>	44
<i>Långsiktigt stöd för en fortsättning</i>	45
<i>Några slutsatser</i>	45
<i>Fortsatt uppföljning</i>	46
REFERENSER	47
BILAGA 1 ENKÄT.....	48
BILAGA 2 INTERVJUGUIDER	53

SAMMANFATTNING

Äldrenämnden i Stockholms stad har under 2012 avsatt närmare nio Mnr för att stödja utvecklingen av specialiserade hemtjänstgrupper riktade till äldre personer med demenssjukdom. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har av stadens äldreförvaltning fått uppdraget att göra en utvärdering av denna satsning. Syftet med studien är att beskriva och göra en analys av resultatet, samt att ge underlag till den fortsatta utvecklingen inom området. Ambitionen är att identifiera vilka faktorer som är av särskild vikt för att forma en fungerande hemtjänst för personer med demenssjukdom.

Studien bygger på slutrapporter och enkätsvar från de enheter som erhållit stimulansmedel, samt intervjuer med enhetschefer och vårdbiträden i ett urval av enheterna. Intervjuer har också gjorts med anhöriga och biståndshandläggare.

Stockholms stads satsning på att med ekonomiskt stöd stimulera framväxten av specialiserade hemtjänstgrupper för personer med demenssjukdom har på mycket kort tid – från beslut i juni 2012 till projektavslut i mars 2013, gett tydliga resultat. Bland annat har medlen inneburit:

- att 17 hemtjänstenheter – i stadens regi såväl som privata – har startat nya specialiserade hemtjänstgrupper med inriktning demens,
- att de 10 enheter som redan hade en specialiserad grupp stärkts,
- att ytterligare tre hemtjänstenheter planerar att starta
- att den specialiserade gruppens personal fått ett kompetenslyft,
- att flera enheter getts möjlighet att införa regelbunden tid för reflektion och handledning,
- att enheterna sett över sin organisation och förbättrat kontinuiteten,
- att medvetenheten om värdet av genomförandeplaner och levnadsberättelser ökat
- att biståndshandläggarens roll uppmärksammas

Tre av de ursprungligen 34 hemtjänstenheter som ansökte om stimulansmedel har gått samman med annan enhet som också har en specialiserad grupp. Endast en enhet har beslutat att inte starta en specialiserad hemtjänstgrupp.

Effekter som de berörda – enhetschefer, vårdbiträden, biståndshandläggare och anhöriga – sett är en mer fungerande och tryggare vardag för omsorgstagarna. De specialiserade hemtjänstgrupperna har haft olika förutsättningar och delvis olika sätt att organisera sig. För att förbättra kunskapen om vilka modeller som är bäst för sådana hemtjänstgrupper är det önskvärt med en fortsatt uppföljning. Kunskapen är ännu för liten för att kunna uttala sig om vilken organisering som är bäst, och det är för tidigt att dra säkra slutsatser från de grupper som nu erhållit stimulansmedel – flertalet har ännu varit verksamma för kort tid. Det är

också för kort tid för att kunna uttala sig om ifall de goda resultat som uppstått under projekttiden kan bli bestående. Erfarenheterna från tidigare projekt där staden stött framväxt av specialiserade hemtjänstgrupper visar att dessa hade svårt att överleva och utvecklas utan fortsatt stöd. Det krävs långsiktighet i stadens stöd.

Att få specialisera sig har ett värde i sig. Det behöver inte innebära någon högre kostnad, givet att hemtjänstenheten har tillräckligt med omsorgstagare för att få ett underlag för en specialiserad hemtjänstgrupp. Däremot kostar det att ge personalen kontinuerlig fortbildning, handledning och att sätta av regelbunden tid för reflektion, något som är nödvändigt för att utveckla och behålla kvaliteten i arbetet. Det blir därmed osäkert om de specialiserade grupperna kan fortleva och utvecklas utan någon form av ekonomiskt tillskott.

Det bör bli enklare för den enskilde att välja en specialiserad hemtjänstgrupp. Det bör vara självklart för biståndshandläggarna att informera om och vägleda den äldre till en sådan grupp, och på Jämför service bör de specialiserade grupperna enkelt kunna hittas. Det förutsätter att staden definierar vad som krävs för att få benämna sig specialiserad hemtjänstgrupp för personer med demenssjukdom.

Biståndshandläggarna behöver kunskap om demens för att kunna göra individuella bedömningar om behovet av insatser. Det är också önskvärt med ett nära och förtroendefullt samarbete mellan biståndshandläggarna och de specialiserade grupperna.

De specialiserade hemtjänstgrupperna kan ses som ett första steg mot att utveckla demensteam i Stockholms stad. Ett team består av olika professioner, som hemtjänstens personal, distriktssköterska och arbetsterapeut. En start kan vara det arbete som nu pågår med att utveckla rutiner för en samordnad individuell plan (SIP) för personer med insatser från både hemsjukvård och hemtjänst.

UPPDRAG, SYFTE OCH METOD

Uppdraget

Äldrenämnden i Stockholms stad har under 2012 och 2013 avsatt medel för att stödja utvecklingen av specialiserade hemtjänstgrupper riktade till äldre personer med demenssjukdom. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har av äldreförvaltningen fått uppdraget att utvärdera effekterna av de stimulanspengar som delades ut under 2012. Syftet med studien är att beskriva vad stimulansmedlen inneburit samt att ge underlag till den fortsatta utvecklingen inom området. Ambitionen är att identifiera vilka faktorer som är av särskild vikt för att forma en fungerande hemtjänst för personer med demenssjukdom. Uppföljningen ska beskriva hur hemtjänstenheterna har använt stimulansmedlen, och för ett urval av dem belysa vad det stödet har inneburit för utvecklingen av enhetens arbete för att uppnå de kvalitetskriterier som staden angett.

Frågor som skulle belysas i studien var organisation och hur de specialiserade hemtjänstgrupperna klarar 365-dagarsuppdraget, att beskriva hur de arbetar med kompetensutveckling, reflektion på arbetsplatsen, handledning, ledarskap, kontaktmannaskap, kontinuitet, genomförandeplaner, dokumentation, uppföljning, samverkan med anhöriga, samverkan med vårdgrannar (dagverksamhet, korttidsboende, distriktssköterska, husläkare m.fl.), och samverkan med biståndshandläggare. Av intresse att belysa är också biståndshandläggarens roll. Matchar biståndsbeslutet den ökade ambitionsnivå som inrättande av specialiserade hemtjänstgrupper innebär?

Vad är en specialiserad hemtjänstgrupp?

Stockholms stad har inte definierat vad en specialiserad hemtjänstgrupp är men anger i tjänsteutlåtande att en utgångspunkt är *”att samla de demenssjuka i en mindre, specialiserad grupp möjliggör en ökad möjlighet för berörda [personal] att kunna träffas och planera tillsammans.”* Vidare anføres i tjänsteutlåtandet *”Viktigt är också att i detta sammanhang utifrån stadens perspektiv konkretisera vad som egentligen är en specialiserad hemtjänstgrupp utgående från de demenssjukas behov.”* (Stockholm 2012 a). I en PM belyser äldreförvaltningen ytterligare att *”Den specialiserade hemtjänstgruppen ska vara en definierad grupp personal inom hemtjänstenheten. En namngiven person med dokumenterade kunskaper inom demensområdet leder och samordnar gruppen”*. (Stockholm 2012 b).

Metod och avgränsningar

Att värdera effekter av stadens stimulansmedel för den enskilde omsorgstagaren och dennes anhöriga är inte möjligt. Det går inte att skilja ut stadens stimulansmedel från allt annat som påverkar. I dialog med äldreförvaltningen har en bredare ansats valts; att studera värdet av specialiserade hemtjänstgrupper och om det går att identifiera ”framgångsfaktorer”. Uppföljningen skulle beskriva

strukturen, personalens förutsättningar och hur man arbetar. Kartläggningen syftar till att försöka fånga i vilken utsträckning som enheterna skapat de förutsättningar för en god omsorg som stimulansmedlen ska bidra till.

Metod

Studien omfattar totalt 34 hemtjänstenheter som beviljades stimulansbidrag 2012 och den har genomförts genom en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder.

En kartläggning har gjorts via en enkät som sändes ut i april 2013 till samtliga enheter. Enkäten har besvarats av alla de enheter som hade startat en specialiserad grupp, eller var på väg att starta, 30 enheter. Bortfallet består av en enhet som valt att inte utveckla någon grupp, två enheter som slagits samman och en enhet som avvaktade ägarbyte. Enkätfrågorna framgår av bilaga 1.

Kartläggningen har kompletterats med den delrapport och slutrapport som varje enhet lämnat till äldreförvaltningen.

En fördjupad undersökning har gjorts i ett strategiskt urval om nio av enheterna. De har valts ut för att få med både demensgrupper som varit verksamma i flera år och grupper som startat tack vare stimulansmedlen. I urvalet ingår både stora och mindre hemtjänstenheter, och med olika regiform. Enheterna har valts med ledning av hur de redovisat mål, arbetsmetoder och resultat i sina delrapporter och slutrapporter. Syftet har varit att få med grupper som arbetat genomtänkt för att uppnå de kvalitetsmål staden satt. Semistrukturerade intervjuer har gjorts med enhetschef och personal, i form av enskild resp. gruppintervju. Intervjuerna har spelats in, renskrivits och analyserats. Intervjumallar finns i bilaga 2.

I fem stadsdelsförvaltningar genomfördes intervjuer med vardera två biståndshandläggare, samt med två av beställarcheferna, i syfte att få en bild av hur man på beställarenheterna ser på de specialiserade hemtjänstgrupperna.

Av etiska skäl har intervjuer inte gjorts med omsorgstagare, eftersom målgruppen är personer som har en demenssjukdom. Intervjuer har i stället genomförts med anhöriga. Urvalet av anhöriga har av praktiska skäl gjorts av de enheter som valdes ut för intervjuer. Arbetsgrupperna ombads att tillfråga anhöriga, företrädesvis de som hade erfarenhet både av hemtjänst från en icke-specialiserad grupp och den specialiserade gruppen.

Totalt genomfördes intervjuer med 17 anhöriga (15 intervjuer per telefon och två direkta). Två av de intervjuade var make/maka, övriga var barn eller svärdotter till omsorgstagaren. De anhöriga har tillfrågats om eventuella erfarenheter av att ha haft hjälp av den "vanliga" hemtjänsten och skillnader mot att få hjälp av en specialiserad demensgrupp. De har också fått frågan om hur kunnig man tycker gruppens personal är, om de kan ge personcentrerad omsorg med god personalkontinuitet samt om personalen har tillräckligt med tid för att kunna hjälpa på ett bra sätt och hur kontakten med biståndshandläggaren upplevs.

Intervjuer har inte genomförts med samverkanspartner inom primärvård eller geriatrik/minnesmottagningar. Bilden av hur samverkan fungerar med dessa verksamheter är således bara från de som intervjuats i den kommunala äldreomsorgen.

Begrepp

I denna rapport används begreppet enhet för det hemtjänstföretag, alternativt den kommunala enhet, som ansökt om stimulansmedel och där den specialiserade hemtjänstgruppen är en del. Specialiserad hemtjänstgrupp eller demensgrupp används för den personalgrupp som avdelats för att arbeta – helt eller delvis – med personer med demenssjukdom. Personen som erhåller insatser benämns omsorgstagare, omsorgspersonalen benämns vårdbiträde oavsett vilken utbildning personalen har.

Med demensteam menas i linje med riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ett multiprofessionellt team.

Fortbildning används här övergripande som benämning på alla de olika utbildningsinsatser som enheterna gjort för sina demensgrupper med stöd av stimulansmedlen.

Enheternas olikhet begränsar möjligheten att tolka materialet

De 34 hemtjänstenheter som erhållit medel är sinsemellan olika, och har organiserat sina specialiserade grupper på olika sätt. Sex av enheterna har slagits samman till tre, och en enhet har beslutat sig för att inte starta. Kvar är 30 enheter. Av dessa hade när utvärderingen genomfördes tre enheter ännu inte startat. Av de 27 resterande kan några huvudtyper urskiljas:

- Enheter där den specialiserade hemtjänstgruppen när den är i tjänst ansvarar för alla insatser till samtliga eller vissa av enhetens omsorgstagare som har en demenssjukdom/kognitiv svikt (tolv enheter).
- Enheter där insatser ges både av den specialiserade hemtjänstgruppen och av annan personal, och där gruppen kan handleda övrig personal (åtta enheter)
- Enheter på servicehus (fyra enheter).
- Enheter som enbart vänder sig till personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt (två enheter).
- Enheter som i huvudsak vänder sig till personer med demenssjukdom, men där personalen också kan ha omsorgstagare som inte har en demenssjukdom (en enhet).

Det finns även på andra sätt olikheter mellan enheterna. Ett par enheter hade haft en specialiserad hemtjänstgrupp i flera år, som längst närmare tio år, medan

flera av enheterna nyligen hade startat sin grupp när studien genomfördes, och några hade ännu inte hunnit starta. Några hemtjänstgrupper svarade för insatserna dygnet runt medan flertalet hade annan del av hemtjänstenheten och/eller annat företag som utförde insatserna på nätter och ibland även kvällar och helger.

Det finns inga tydliga mönster i svaren som möjliggjort en uppdelning efter hur länge de specialiserade hemtjänstgrupperna funnits eller hur de organiserat sig. Vid tolkningen av svaren från enheterna har hänsyn tagits till de olikheter som finns i de olika demensgruppernas förutsättningar.

BAKGRUND

Hemtjänsten i Stockholms stad

Totalt i Stockholms stad är det cirka 14 500 personer över 65 år som för närvarande (oktober 2013) beviljats hemtjänst i olika omfattning. Staden är indelad i 14 stadsdelar med vardera en beställarenhet som beslutar om hemtjänstinsatser och beställer dessa av den utförare som den enskilde väljer.

Stockholms stad tillämpar lagen om valfrihet (LOV) och har haft någon form av kundvalsmodell för hemtjänsten sedan 2002. Det finns i dagsläget i hela staden cirka 150 privata företag som bedriver hemtjänst i en eller flera enheter, samt 28 kommunala hemtjänstenheter. Det totala antalet hemtjänstenheter i staden är cirka 230. I varje stadsdel finns det ett hundratal olika utförare som erbjuder hemtjänst och som den enskilde har att välja mellan.

Hemtjänst är en biståndsbedömd insats enligt socialtjänstlagen. Den enskilde ansöker om bistånd, biståndshandläggaren gör en utredning för att bedöma vilka behov som finns och hur de bäst kan tillgodoses, och fattar därefter beslut. Med ledning av utredningen beräknar handläggaren tidsåtgången för de beviljade insatserna. Utföraren ersätts för uppdraget enligt en modell med 18 nivåer. Stockholms stad kommer under 2014 att införa ett nytt ersättningsystem, som innebär betalning för registrerad utförd tid hos omsorgstagaren.

Att bedöma behov vid demenssjukdom

Insatser som ges enligt socialtjänstlagen förutsätter att den enskilde själv ansöker om och vill ha stödet ifråga. Det är enligt svensk grundlag inte tillåtet att utsätta någon medborgare för samhälleligt tvång utan lagstöd och det finns idag ingen lag som gör det möjligt att tvinga en demenssjuk person att ta emot insatser från socialtjänsten.

Personer med en relativt långt gången demenssjukdom har i allmänhet inte den insikt som krävs för att själv bedöma sitt hjälpbehov. Ofta informeras biståndshandläggaren via anhöriga, god man eller distriktssköterska om de behov som finns och anhöriga eller god man är behjälpliga vid ansökan om insatser.

Även om det finns en utsedd god man eller en fullmakt för exempelvis en anhörig så är det dock den enskildes egen vilja som gäller och det kan i många fall vara svårt för en biståndshandläggare att utreda vad den äldre själv önskar och tycker, och vad som blir bäst för honom eller henne.

Det är ofta inte heller möjligt att få ett samtycke från den enskilde själv. Det finns idag inga kriterier för att bedöma när en demenssjuk persons rättshandlingsförmåga upphör, utan faktorer som sjukdomsbild, sjukdomsgrad och grad av förvirring måste bedömas från person till person och från fall till fall. Ofta utgår biståndshandläggaren från ett presumerat samtycke, det vill säga vad personen

skulle ha önskat om han/hon haft insikt och förmåga att själv föra sin talan. Problematiken har belysts i exempelvis Svenskt Demenscentrums rapport "För vems skull" (2010) och i boken "Ställföreträdarskap i vård och omsorg" (Broström 2012).

Kriterier för god omsorg om personer med demenssjukdom

Nationella riktlinjer

Demenssjuka personers speciella behov inom äldreomsorgen har uppmärksamats alltmer. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom publicerades 2010 och nya föreskrifter och allmänna råd är på väg att införas gällande demensboenden.

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom framhålls att all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt. Detta innebär att personen, och inte demenssjukdomen, sätts i fokus. Utgångspunkten ska vara den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden mer personlig och att beteenden och symtom ska ses ur den sjukas perspektiv, och för det krävs kännedom om personens livsmönster, värderingar och preferenser.

Mer konkret innebär personcentrerad omvårdnad att personalen

- bemöter personen med demenssjukdom som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner
- strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes perspektiv
- värnar den demenssjukes självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- ser den demenssjuke som en aktiv samarbetspartner
- bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelse av världen
- strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen
- försöker upprätta en relation till den demenssjuke

Annat som lyfts fram i de nationella riktlinjerna är vikten av multiprofessionellt teambaserat arbete för ett bättre helhetsperspektiv, samt att personalens utbildning och handledning har stor betydelse för kvaliteten i arbetet, och därmed den äldres välbefinnande (Socialstyrelsen 2010).

Stadens kriterier

Utifrån de nationella riktlinjerna har Stockholms stad särskilt lyft fram följande tre kvalitetskriterier som den specialiserade hemtjänstgruppen bör kunna uppfylla;

- *Organisation och ledarskap*
Den specialiserade hemtjänstgruppen ska vara en definierad grupp personal inom hemtjänstenheten. En namngiven person med dokumenterade kunskaper inom demensområdet leder och samordnar gruppen.
- *Kompetens*
Den specialiserade hemtjänstgruppens personal ska lägst ha grundläggande vårdutbildning motsvarande 600 GY-poäng på omvårdnadsprogrammet. Personalen ska kontinuerligt få fördjupade kunskaper om olika demenssjukdomar och hur de påverkar aktivitetsförmågan samt kunskaper i bemötande och förhållningssätt. Gruppen ska ha schemalagd tid för reflektion i arbetet för att fördjupa sina kunskaper och vidareutveckla metoder i arbetet så att en personcentrerad omsorg kan erbjudas.
- *Kontinuitet och kontaktmannaskap*
De äldre som får omsorgsinsatser ska få det från så få personer som möjligt under alla tider på dygnet. All personal ska ge god tids- och omsorgskontinuitet. En kontaktman ska ha huvudansvar för att samordna arbetet kring den enskilde under dygnet. Kontaktmannen är ansvarig för att den enskilde är delaktig i omsorgen genom att tydliga genomförandeplaner upprättas och följs upp. Kontaktmannen ska också samverka med den enskildes sociala nätverk och med andra samverkanspartner inom vården (Stockholms stad 2012).

Socialstyrelsens rekommendationer gällande utbildning

Socialstyrelsen har i SOSFS 2011:12 gett ut allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

Där anges dels vilka grundläggande kunskaper och förmågor som personalen bör ha och dels vilken utbildning personalen bedöms behöva ha för att nå upp till denna kunskapsnivå;

”Den som ska arbeta med stöd och hjälp till äldre personer kan uppnå kunskaper och förmågor i enlighet med dessa allmänna råd genom godkända kurser om 1 100 poäng i de programgemensamma karaktärsämnena och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik i vård- och omsorgsprogrammet eller genom annan motsvarande utbildning”:

Stadens stimulansmedel

Äldreförvaltningens utgångspunkter

Äldreförvaltningens uppfattning är att allt fler äldre väljer att bo kvar och åldras i den egna bostaden, och att det även gäller personer med demenssjukdom eller andra kognitiva funktionsnedsättningar. Detta kräver enligt äldreförvaltningens bedömning en hemtjänst med rätt utbildning och organisation.

Medlet för att uppnå målen anges i tjänsteutlåtande till äldrenämnden den 20 mars 2012 som en hemtjänst som är utbildad och organiserad på så sätt att den enskilde och hans/hennes anhöriga får hjälp som är anpassad efter de specifika behov man har.

I tjänsteutlåtandet anges att hjälpen ska ges av ett begränsat antal personer som har goda kunskaper om demenssjukdomar och hur de påverkar en persons aktivitetsförmåga, samt kan förhålla sig på ett bra sätt till de äldre. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010) ska följas. Särskilt framhåller äldreförvaltningen i tjänsteutlåtandet riktlinjernas rekommendation om *personcentrerad vård och omsorg*. Förutsättningar förvaltningen pekar på för att vård och omsorg ska kunna bedrivas personcentrerat är att den ges med *kontinuitet* vad gäller personal, så att personalen kan bygga en *relation*. Den tillsammans med personalens *kunskap* om personen och om demenssjukdomen utgör grunden för det personcentrerade arbetet. Tre nyckelord enligt förvaltningen är således kontinuitet, relation och kunskap.

Till detta läggs i tjänsteutlåtandet att verksamheten ska organiseras så att den stödjer ett teambaserat arbetssätt och samarbete med vårdgrannar (Stockholms stad 2012 a).

Regler och syfte

Inom ramen för en större satsning för att höja kvaliteten generellt inom demensvården i Stockholms stad avsatte Kommunfullmäktige 10 mnkr för år 2012. I mars 2012 beslutade äldrenämnden enligt förvaltningens förslag (Stockholm 2012 a) att

- Privata hemtjänstföretagare och hemtjänstenheter i egen regi ges möjlighet att ansöka om ett startbidrag hos äldreförvaltningen för att komma igång och starta upp arbetsgrupper med inriktning mot personer med demenssjukdom. Bidraget ska kunna användas för att inventera kompetens och organisation, kartlägga nuläge och påbörja arbetet med att finna ny struktur.
- Bidrag kommer även att kunna ges för utbildningsinsatser inom demensområdet och för handledning/reflektion.

Även enheter som redan startat en specialiserad grupp och servicehus¹ kunde ansöka om medel. Hemtjänstenheter med enbart anhörganställda kunde dock inte beviljas startbidrag.

Ett grundkrav för att beviljas startbidrag var att hemtjänstenheten vid ansökningstillfället hade minst 40 kunder över 65 år, varav minst fem med demenssjukdom eller kognitiv nedsättning.

Dessutom ställdes kravet att såväl chef som demensgruppens personal skulle ha genomgått Svenskt Demenscentrums webbutbildning Demens ABC.

Det förutsattes också att de enheter som beviljades bidrag skulle kunna delta i nätverksträffar under 2012 för erfarenhets- och kunskapsutbyte.

Målet med satsningen är att personer med demenssjukdom eller kognitiv nedsättning ska;

- uppleva en trygg omsorg i det egna hemmet och känna sig bemötta med respekt
- ha inflytande och vara delaktiga och kunna påverka på vilket sätt och när stödet ges

Dessutom ska anhöriga känna sig som en kompetent samarbetspartner, under förutsättning att den äldre samtyckt till detta.

Följande aktiviteter skulle enligt projektbeskrivningen ingå och leda mot målet;

- utveckla organisation och arbetsformer så att de främjar arbetet för personer med demenssjukdom eller kognitiv funktionsnedsättning
- utveckla metoder som ökar personens inflytande och delaktighet, även dokumentation och informationsöverföring ska förbättras
- beskriva hur förvärvad kunskap och metoder ska förmedlas till övrig personal på enheten

En inspirationsdag för hemtjänstutförare genomfördes den 29 mars 2012 av Stiftelsen Äldrecentrum i samarbete med äldreförvaltningen. Drygt 120 personer från 36 olika hemtjänstutförare, såväl privata som kommunala, deltog. Syftet med dagen var att informera och inspirera enheter som ville starta eller utveckla specialiserade hemtjänstgrupper för äldre med demenssjukdom.

Ansökningarna

Respektive hemtjänstenhet kunde ansöka om maximalt 350 tkr i en första omgång. I juni 2012 meddelades beslut om beviljat stimulansbidrag. Slutredovisning

¹ Servicehus är en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § SoL där kommunen har ansvar för hemsjukvård och hemtjänst; hemtjänsten är biståndsbedömd på samma sätt som i ordinärt boende

av hur stimulansmedlen använts skulle vara äldreförvaltningen tillhanda i mars 2013 och avse läget i februari 2013.

Intresset var stort, totalt ansökte 37 hemtjänstenheter, varav 34 beviljades stimulansmedel, till en total summa av cirka 8,9 mnkr. Beloppet som enheterna ansökt om och beviljats varierade mellan 23 tkr och 350 tkr. Femton enheter beviljades maxbeloppet 350 tkr.

Flertalet ansökte om medel för vidareutbildning och handledning för personalen. Enstaka enheter ansökte också för andra satsningar, som att förstärka samarbetet med husläkarmottagningar och primärvårdsrehabilitering och att strukturera sin organisation så att den bättre skulle stödja kontinuitet.

Uppföljning

Äldreförvaltningen har följt upp hur stimulansmedlen använts genom besök på enheterna och genom en delrapport i november 2012 och en slutrapport i februari 2013. Enheterna har också deltagit i nätverksträffar.

Tidigare studier om specialisering inom hemtjänsten

Ont om forskningsstudier

Det finns mycket begränsad forskning om specialisering inom hemtjänsten med inriktning på personer med demenssjukdom. En översyn pågår för närvarande hos Socialstyrelsen av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. I samband med den görs en kunskapsöversikt som kan tillföra mer kunskap. Som kunskapsläget var när riktlinjerna beslutades 2010 fanns inte tillräcklig grund för att rekommendera lämplig form för hemtjänst för personer med demenssjukdom. Däremot rekommenderas att ge dagverksamhet respektive särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. I båda fallen konstateras dock att det vetenskapliga underlaget är svagt.

Forskning om specialisering i hemtjänsten

I Sverige finns en studie som belyser värdet av specialisering mot målgrupper inom hemtjänsten. I en avhandling av Wanja Astvik (Arbetslivsinstitutet) jämfördes omsorgsarbetets innehåll i hemtjänst- och boendestödverksamhet och vad olika organisatoriska modeller innebär för arbetsvillkor och omsorgskvalitet. I tre kommuner undersöktes med kvalitativ metodik tio arbetsgrupper. De representerade specialisering resp. icke-specialisering för personer med psykiska funktionshinder. Den modell som enligt Astvik gav den bästa balansen mellan god omsorgskvalitet och bra arbetsvillkor var klientspecialisering med generalistkompetens i uppgifter. Studien pekade på komplexiteten i omsorgsarbete och poängterade vikten av stöd för professionellt utövande och utveckling (Astvik 2000).

I en intervju i tidskriften *Äldre i Centrum* sammanfattade Wanja Astvik en del av sina erfarenheter från sin forskning. Wanja Astvik ansåg att någon form av uppdelning krävs utifrån de många nya och komplicerade arbetsuppgifterna och de behov olika grupper av omsorgstagare har. Men att dela upp arbetsuppgifter trodde hon inte på. Då förstörs, menade hon, viktiga kvalitetsaspekter som helhetssyn och kontinuitet för den äldre. Hon såg tre viktiga steg till bättre arbetsvillkor för vårdbiträden.

- De skulle få en rimligare chans att göra ett bra arbete om arbetet organiserades utifrån klientgrupper. Vårdbiträdet får sedan utbildning utifrån dessa och kontinuerlig fortbildning. Detta förutom en basutbildning och generella baskunskaper.
- Tiden är en viktig faktor. Det måste finnas tillräckligt med tid att planera, att utföra och organisera arbetet liksom tid att utvecklas i sin professionella hjälparroll.
- Det tredje viktiga steget är handledning, personalen inom äldreomsorgen behöver en kontinuerlig handledning där de kan ventilera sina känslor kring situationer och klienter (Raune 2002)

FoU-studier

Det finns två FoU-studier där hemtjänstgrupper specialiserade för personer med demenssjukdom studerats, en från Malmö, en från Stockholm (Bromma).

Malmö

I en randomiserad studie genomförd av Malmö FoU-enhet studerades en satsning inom hemtjänsten i Västra Innerstaden i Malmö. Personalen fick utbildning för att kunna arbeta på ett specialiserat sätt. Arbetsgruppen bestod av tio vårdbiträden och undersköterskor som fick utbildning och handledning. De fick ansvar för färre omsorgstagare och mer tid för både omsorgstagarna och deras anhöriga. De fick också möjlighet att själva planera sitt arbetsschema.

Femtio omsorgstagare med diagnostiserad demenssjukdom deltog. Hälften utgjorde en kontrollgrupp som fick sina insatser av ordinarie hemtjänstpersonal. De övriga 25 omsorgstagarna vårdades av demensgruppen. Tre personer avled och 15 personer flyttade till särskilt boende under mätperioden. Det innebär att 32 omsorgstagare deltog vid två mättillfällen, det första en eller två veckor efter det att personerna valts ut, det andra cirka ett år senare.

Resultatet visade att båda omsorgstagargrupperna försämrades motoriskt under mätperioden, medan de äldre i kontrollgruppen även försämrades emotionellt. De senare blev även något mer ängsliga under mätperioden. Tio omsorgstagare som vårdats av ordinarie hemtjänst flyttade från den egna bostaden till särskilt boende, medan fem som vårdats av demensgruppen flyttade på samma sätt. Inga andra skillnader kunde påvisas, vare sig mellan de två mättillfällena eller mellan de två grupperna av omsorgstagare med demenssjukdom.

Resultaten väckte enligt forskargruppen frågan om kvarboende underlättas av vård av en specialiserad hemtjänstgrupp och hur de närståendes situation påverkas. En mer omfattande och kontrollerad studie behövs för att svara på dessa frågor och för att studera vilka mer långsiktiga effekter för omsorgstagaren som blir följden av en sådan organisation menade forskarna (Åhsberg m.fl. 2002).

Stockholm

I Stockholms stad har tidigare flera projekt bedrivits för att starta och driva specialiserade hemtjänstgrupper med inriktning mot personer med demenssjukdom. Flera av dessa grupper – men inte alla – har efter projekttiden blivit ordinarie verksamheter med varierande organisation och innehåll. Den gemensamma nämnaren är ett mer strukturerat och målinriktat arbete med den demenssjuke och hans eller hennes anhöriga i centrum. Några av dem har utvärderats.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum följde åren 2005-2006 starten av specialiserade hemtjänstgrupper i Bromma stadsdelsförvaltning. I rapporten redovisas att projektet på många sätt var framgångsrikt och att demensgrupperna blivit en permanent del i hemtjänstens ordinarie verksamhet.

Utvärderingen visade att demensgrupperna förbättrat både insatserna till omsorgstagare och personalens arbetsmiljö. Några av resultaten var att

- demensgruppernas omsorgstagare fick hemtjänst med bättre kontinuitet och mådde, både enligt deras anhöriga och personal, bättre. De anhöriga var nöjda med hemtjänsten och personalen trivdes.
- de intervjuades uppfattning var att projektet i hög utsträckning lyckades på grund av projektledarens engagemang, kunskap, förmåga att entusiasmera sina medarbetare och en stor arbetsinsats.
- efterfrågan på de specialiserade hemtjänstgruppernas tjänster ökade, och även antalet medarbetare.
- personalen ansåg att de behövde få tid avsatt för anhörigkontakter och andra externa kontakter i arbetet, samt för att dokumentera sina insatser.
- kontinuiteten behövde förbättras ytterligare, främst kvällar och helger.
- intervjuerna visade att demensgruppernas vårdbiträden var angelägna om att få mer stöd av läkare och sjuksköterskor och de planerade att utveckla sitt samarbete med primärvården (Hjalmarsen 2006).

I de fall projektledaren ansåg att det var motiverat kontaktade hon biståndshandläggaren och begärde att omsorgstagarnas hjälptid skulle utökas. Hon fick i hög utsträckning gehör för sina önskemål och många av de äldre fick mer tid för insatserna.

Övriga studier

Under 2008 kom en utvärdering av Consider Consultants om de specialiserade hemtjänstgrupperna i Farsta, Enskede-Årsta-Vantör och Hässelby-Vällingby. De tre stadsdelarna i Stockholm bildade totalt åtta demensgrupper inom ramen för projektet Specialistutveckling av vårdpersonal inom hemtjänsten. Utvärderingen gav överlag en mycket positiv bild av verksamheten.

Medlemmarna, fyra till åtta i varje demensgrupp, fick en fördjupad kunskap i att beskriva och tala om de demenssjukas behov. De kände enligt utvärderingen trygghet i uppdraget och att förmedla erfarenheter och tips till varandra. Både närstående och biståndshandläggare uppfattade att personalens insatser blivit mer professionella.

Brister som togs upp i utvärderingen rörde bl.a. dokumentationen. Demensgrupperna hade även haft svårt att hitta former för att sprida sina kunskaper till övrig hemtjänstpersonal. Att för kollegor berätta, instruera, beskriva, skapa intresse för att göra något på nytt sätt och inspirera till lärande är en kompetens som man måste träna och utbilda sig i menade utvärderaren.

De återkommande reflektionsmötena, med arbetsgruppen och en ansvarig processledare, beskrivs som en viktig framgångsfaktor. Det är genom att reflektera över sitt arbete som kunskaper förvärvas och sprids inom gruppen. Utvärderaren påtalade att i projektet var alla överens om att reflektions- och metodmöten var en förutsättning för demensgrupperna i deras arbete att utveckla omsorgen för de äldre. Men verksamheten planerade och beslutade inte om fasta och tydliga tidsramar för mötena. Mötena existerade men under svajiga premisser.

En absolut förutsättning för att kompetensen och arbetssättet ska ge resultat är tiden. Det måste finnas tid, det går inte att skynda och arbetet måste hela tiden göras tillsammans med den äldre (Henningson 2008).

RESULTAT

Redovisningen av resultatet inleds med en beskrivning av de specialiserade hemtjänstgrupperna och deras omsorgstagare. Därefter belyses två områden som i tidigare studier och Socialstyrelsens riktlinjer lyfts fram som centrala – personcentrerad omsorg och kompetens. I ett särskilt kapitel beskrivs biståndsbedömningens roll, i ett annat hur samarbetet med primärvård och kommunal dagverksamhet fungerar, och ett kapitel ägnas åt de anhörigas bild av demensgrupperna och hur dessa möter de anhörigas behov. Slutligen redovisas hur hemtjänstenheterna ser på stimulansmedlens roll och den framtida utvecklingen.

De specialiserade hemtjänstgrupperna och deras omsorgstagare

Av de 34 enheter som under 2012 ansökt om och erhållit stimulansmedel har 30 enheter startat eller är (oktober 2013) på väg att starta en specialiserad hemtjänstgrupp. Av dessa drivs 17 i kommunal regi och 13 i privat regi. Sammantaget hade de cirka 6 450 omsorgstagare varav knappt 300 var yngre än 65 år. Enheterna bedömde att cirka 1 300 av deras omsorgstagare hade en kognitiv nedsättning. Av dessa hade cirka 750 personer hjälp av en specialiserad grupp (57 % av de omsorgstagare som bedömts ha kognitiv nedsättning).

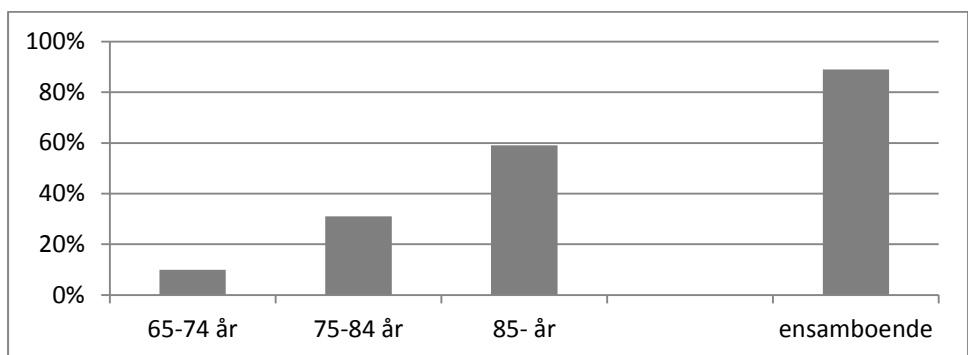
Den största enheten hade totalt cirka 1 200 omsorgstagare, den minsta knappt 60. Medianvärdet var 130 omsorgstagare, medelvärdet 215. Tre enheter hade fler än 500 omsorgstagare, åtta enheter hade färre än 100. Andelen som bedömdes ha en kognitiv nedsättning av respektive enhets omsorgstagare varierade från fyra procent i en enhet till 100 procent i de tre enheter som var specialiserade för personer med demenssjukdom.

Gamla och nya demensgrupper

Tio av demensgrupperna hade startat innan stimulansmedlen utannonserades, varav sju före 2008. Två av dessa, Bromma Demensteam och Söders Demens och Specialteam hade funnits i mer än sju år. Sjutton enheter har startat demensgrupper i och med stimulansmedlen, varav fyra under början av 2013. Tre enheter planerade start under hösten 2013 resp. början av 2014.

Omsorgstagarna

Sex av tio av demensgruppernas omsorgstagare med demenssjukdom var 85 år eller äldre. Nio av tio var ensamboende (25 enheter har kunnat lämna uppgift). Andelen ensamboende varierade mellan enheterna, från två tredjedelar till samtliga.

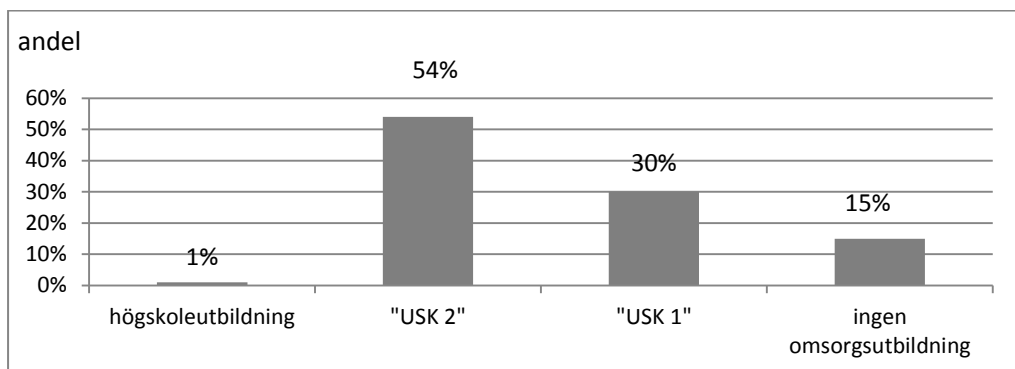


Figur 1, de specialiserade hemtjänstgruppernas omsorgstagare, ålder och hushållstyp (n=25)

Personalen och deras utbildning

Antalet anställda i de specialiserade hemtjänstgrupperna varierade mellan fyra personer som lägst och 45 som högst. Totalt hade grupperna 268 personer (motsvarande 230 helårsarbetare) anställda.

De flesta enheterna uppgav att i stort sett all personal i demensgrupperna hade en omsorgsutbildning som svarar mot Stockholms stads krav om minst 600 gymnasiepoäng från omvårdnadsprogrammet. Drygt hälften av personalen hade utbildning motsvarande stadens krav på undersköterska ("USK2" motsvarande minst 1250 gymnasiepoäng), en knapp tredjedel hade vad staden benämner vårdbiträdesnivå ("USK1" motsvarande minst 600 gymnasiepoäng). En mindre grupp hade ingen utbildning inom äldreomsorg. En procent hade högskoleutbildning (sjuksköterska, arbetsterapeut).



Figur 2, andel av personalen efter utbildning (n = 29) Tabell 1.

Andelen med utbildning om minst 1250 gymnasiepoäng (USK 2) varierade mellan 13 och 100 procent mellan de olika grupperna. I den genomsnittliga demensgruppen (medianvärdet) hade hälften av omsorgspersonalen den utbildningsnivån. Sex av grupperna hade enbart personal med utbildning motsvarande USK 2, i sex av grupperna hade färre än en tredjedel den utbildningsnivån. Tre av enheterna hade minst en Silviasyster i demensgruppen.

Knappt hälften av demensgrupperna hade en eller flera omsorgspersonal som saknade omsorgsutbildning. Andelen varierade mellan tio och 88 procent av dessa gruppers personal.

Femton procent av personalen i de 30 demensgrupperna hade ingen speciell fortbildning inom demensområdet. I fyra av grupperna hade ingen någon sådan fortbildning, i en av dessa saknade dessutom en majoritet av personalen grundläggande omsorgsutbildning. I den gruppen fick dock personalen extern handledning mer än en timme en gång i månaden, vilket kan ses som en kontinuerlig kompetensutveckling.

Det går inte att urskilja något speciellt mönster i vilka enheter som hade en hög respektive låg andel utbildad personal.

I tre av de specialiserade hemtjänstgrupperna ingick någon/några med högskoleutbildning. Två privata hemtjänstenheter hade arbetsterapeut i sin demensgrupp, och i ett servicehus ingick en av servicehusets sjuksköterskor och arbetsterapeut i gruppen.

Fortbildning med stöd av stimulansmedlen

Enheter har i huvudsak använt medlen för de ändamål de ansökt om. Merparten (29 enheter) har använt en del, eller merparten, av pengarna till utbildningsinsatser. Många enheter har också disponerat en del medel till vikariekostnader i samband med såväl utbildning som handledning. Annat som enheterna använt medlen till är studiebesök och litteratur.

Det finns inga stora skillnader mellan de enheter som redan var i gång sedan flera år tillbaka och de enheter som ville starta med stöd av stimulansmedlen hur de ansökt om och valt att disponera stimulansmedlen.

Av enkätsvaren framkom att tio procent av demensgruppernas personal hade gått demensinriktade högskolekurser om lägst 7,5 poäng. Dessa arbetade inom 12 av de 30 enheterna. I en enhet hade alla i demensgruppen gått utbildningar som gett högskolepoäng. Sju grupper hade personal som höll på att utbilda sig till Silviasyster, en specialistutbildning om 60 högskolepoäng i demensvård för undersköterskor.

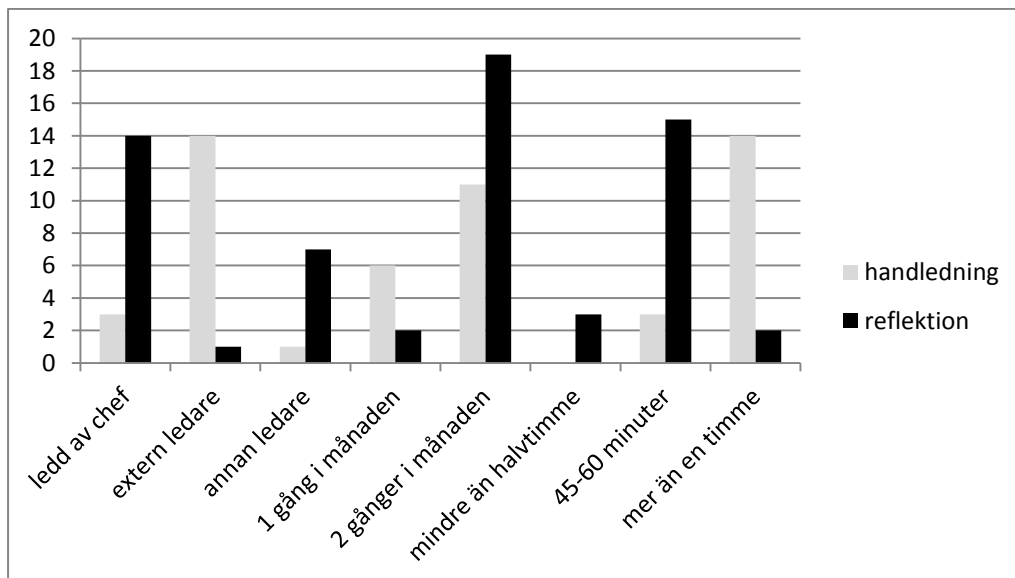
Närmare fyra av tio (38 %) hade gått kortare kurser på Silviahemmet och sex av tio (59 %) hade deltagit i olika andra demensutbildningar.

Utbildningarna har i stor utsträckning finansierats med stadens stimulansmedel.

Handledning och reflektion

Arton enheter har använt del av medlen för handledning och reflektion för personalen. Alla teamen erbjöd sin personal antingen handledning eller reflektions-tid, elva team har svarat att de hade båda delarna. Extern handledare eller reflektionsledare har ofta finansierats med stimulansmedlen.

Sjutton av demensgrupperna hade regelbunden handledning, vanligen med extern handledare. Tjugotre grupper hade regelbunden tid för reflektion, vanligen (15 grupper) ledd av chef/gruppledare. Av enkätsvaren framgår att definitionen av handledning respektive reflektion är svävande, vilket inneburit att enkätsvaren behövt tolkas. Att det skiljer vad man lägger in i dessa båda begrepp stöds av intervjuer och slutrapporterna från enheterna. Det skiljer därför i vem som leder, hur ofta handledning respektive reflektion genomförs och hur lång tid som avsätts (figur 4).



Figur 3, antal specialiserade hemtjänstgrupper med handledning resp. reflektion fördelat efter vem som leder, hur ofta man möts och hur länge (n = 30)

Organisation

De enheter som i samband med projektet startat en specialiserad hemtjänstgrupp har ofta gjort det för att de känt av en ökning av antalet personer med demenssjukdom som bor kvar hemma, eller i servicehus. De har velat höja kompetensen för att kunna möta det behovet och förbättra möjligheterna att bo kvar längre. Flera utförare ser det också som ett sätt att profilera sig och genom det få fler kunder, eller behålla de kunder man har.

Enheterna har valt att organisera sig på skiftande sätt, främst beroende på olika förutsättningar. De större enheterna har vanligen organiserat arbetet så att den specialiserade gruppen är ett eget arbetslag, som enbart hjälper personer med demenssjukdom. I en tredjedel av enheterna, vanligen de som inte hade så många omsorgstagare med demenssjukdom, ingick de som specialiserat sig i ett större arbetslag, där alla kunde ge hjälp till de som har en demenssjukdom.

Det är stor variation mellan de specialiserade hemtjänstgrupperna när det gäller antalet äldre som får sin hjälp av gruppen. I de nystartade demensgrupperna

kunde det vara fyra till tio omsorgstagare, medan några av de större, mer etablerade kunde ha närmare 100 omsorgstagare.

Alla med en demenssjukdom kan inte få hjälp av en demensgrupp

Det skiljer mellan enheterna om alla deras omsorgstagare med en demenssjukdom kunde få hjälp av demensgruppen, eller om denna hade kapacitet för endast en del av dem. Flera enheter höll på att forma en specialiserad grupp inom en större hemtjänstenhet och hade ännu inte byggt ut demensgruppen till den kapacitet som behövdes (tabell 1). I tolv enheter hade alla omsorgstagarna med en kognitiv nedsättning hjälp av den specialiserade hemtjänstgruppen.

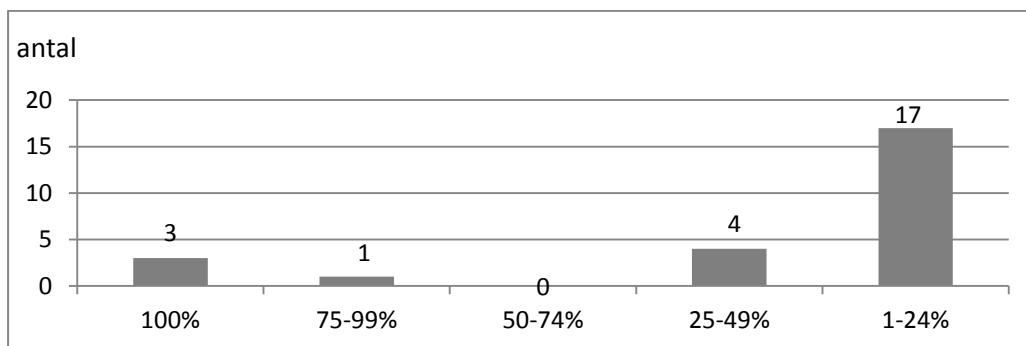
Tabell 1, Andel omsorgstagare med kognitiv nedsättning av enhetens samtliga omsorgstagare, samt andelen som har hjälp av den specialiserade hemtjänstgruppen (n = 30).

	Högsta värde	Medelvärde	Median	Lägstavärde
Andel med kognitiv nedsättning	100 %	26 %	15 %	4 %
Andel av de med kognitiv nedsättning som har hjälp av demensgruppen	100 %	82 %	80 %	8 %

Hos de enheter där den specialiserade gruppens resurser inte räckte till alla hade i genomsnitt hälften av de som bedömdes ha kognitiv nedsättning hjälp av demensgruppen, med en variation mellan åtta och 80 procent. Flertalet av dessa enheter har i sina slutrapporter redovisat en ambition att utöka demensgruppen så att den räcker till för alla som har kognitiv nedsättning.

Demensgruppernas omsorgstagare en vårdtunga grupp

Omsorgstagarna med demenssjukdom är en vårdtunga grupp, de utgjorde 12 procent av samtliga omsorgstagare hos de 25 enheter som kunnat lämna statistik, men fick 25 procent av den arbetade tiden hos dessa enheter. Det skilde sig mellan enheterna hur stor andel av enhetens utförda tid som den specialiserade gruppen svarade för (figur 4).



Figur 4, antal hemtjänstenheter efter hur stor andel av det totala antalet omsorgstimmar som ges till de omsorgstagare som har hjälp av den specialiserade hemtjänstgruppen (n = 25).

Vanligen svarade demensgruppen för mindre än en fjärdedel av den totala tiden hos hemtjänstenheten. I de enheter som är helt eller delvis specialiserade på

personer med demenssjukdom var andelen av förklarliga skäl 100 eller nära 100 procent.

Demensgruppernas kapacitet att svara för alla insatser

Tabell 2, hjälp av annan än demensgruppen när gruppen är i tjänst, n = 27.

Händer det att omsorgstagare får hjälp av annan än demensgruppens personal?	Antal demensgrupper
<i>Nej</i>	2
<i>Ja, vid oplanerad frånvaro eller sjukdom</i>	17
<i>Ja, gruppen ingår i ett större arbetslag där alla kan ge insatser</i>	8

Två av enheterna angav att de klarar alla insatser med demensgruppens personal, även vid oplanerad frånvaro. En majoritet (17 av de 27 som besvarat denna fråga) får ta personal från andra grupper inom enheten för att täcka upp vid oplanerad frånvaro i demensgruppen.

Åtta av enheterna redovisar att demensgruppen ingår i ett större arbetslag, där även andra än gruppens personal kan svara för insatserna. Av slutrapporterna framgår att demensgruppens personal då kan ha en mer handledande roll.

Ibland har målet att skapa en specialiserad hemtjänstgrupp omformulerats till att ha några i personalgruppen som har mer kompetens och kan handleda de övriga.

"Initialt var målsättningen att samtliga brukare med demensdiagnos eller dokumenterad kognitiv svikt skulle ha en kontaktperson från projektgruppen. Detta har visat sig vara organisatoriskt svårt. Istället har enheten organiserat sig så att varje arbetsgrupp innefattar en projektdeltagare med extra utbildning och handledning inom demens för att stötta sina kollegor. Varje grupp träffar sin projektledare en gång per vecka och diskuterar frågor kring brukare med demens". (slutrapport 13)

Få klarar hela dygnet

Det skiljer mellan demensgrupperna hur de kan klara att ge insatser dygnet runt. Vanligast är att ha demensgruppen bemannad hela veckan, endera dag- och kvällstid eller enbart dagtid (tabell 3).

Tabell 3, demensgruppens möjlighet att täcka hela dygnet, n = 27.

Demensgruppen är bemannad	Antal grupper
<i>Bemannad dygnet runt alla dagar</i>	4
<i>Bemannad dygnet runt vardagar</i>	1
<i>Bemannad dag och kvällstid alla dagar</i>	9
<i>Bemannad dag och kvällstid vardagar</i>	2
<i>Bemannad dagtid alla dagar</i>	9
<i>Bemannad dagtid vardagar</i>	2

Tre av de fyra enheter som klarar att erbjuda insatser dygnet runt alla veckans dagar är specialiserade på att arbeta med personer med demenssjukdom. I övrigt

finns inga tydliga mönster. De två enheter där demensgruppen svarar för insatserna enbart dagtid vardagar är inte speciellt små, den ena är ett servicehus, som dock har en relativt nystartad grupp som ska byggas ut. Av de nio enheter som anger att demensgruppen klarar att svara för insatserna alla dagar dag och kväll har tre grupper färre än tio omsorgstagare, medan de två största grupperna har 80 resp. 99 omsorgstagare.

I elva av enheterna svarar inte demensgruppen för insatserna kvällstid, i fem av enheterna inte på helgerna.

En enhet som till sommaren 2013 övertog ansvaret för natten från en underentreprenör ser värdet av det:

”Vi har under den tid jag arbetat här arbetat med kontinuitet. Från sommaren har vi också natten, det innebär att allt finns under samma tak. All dokumentation finns här, och vi kan träffas och överrapportera till varandra, både på morgonen och på kvällen. Då kan vi få direkt feedback, det fick vi inte när det var en annan som skötte natten. Det fungerade nog med annat företag också, men bättre nu. Att man kan läsa varandras rapportering, och att man känner varandra”. (7 b)

Även från biståndshandläggarghåll framfördes att demensgruppen borde ha ansvaret dygnet runt, inte bara dagtid, eftersom det ofta är på kvällar och nätter som det är mest oroligt.

Personcentrerad omsorg

Personcentrerad omsorg framhålls som centralt i Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. De enhetschefer som intervjuats gör bedömningen att personalens arbete blivit alltmer personcentrerat och att de arbetar på ett mer flexibelt sätt utifrån den enskildes individuella behov. De anser att demensgruppens personal hittat metoder för att vinna förtroende hos personer som till en början inte ville ta emot någon hjälp alls.

Kontaktmannaskapet och kontinuitet

De intervjuade vårdbiträdena vittnade samstämt om vikten av kontinuitet, att lära känna den äldre, och att den äldre känner igen den som hjälper och är trygg med den, samt att anhöriga vet vem det är som hjälper deras närstående.

”Det är en väldig skillnad, en annan förståelse, man är ju insatt nu i hur varje persons sjukdom påverkar och vi har alla ett intresse och vill göra det här. Och då blir det annorlunda, då kommer förståelsen. Och de som vi hjälper har ju fått ett annat förtroende för oss, vi jobbar mycket med kontinuiteten. Man märker att de har börjat öppna upp sig och släppa in oss. Tidigare har de tackat nej till vissa saker i brist på trygghet, kanske för att det kommit olika hela tiden, och vi har lyckats få dom att ta emot hjälp”. (vårdbiträde 11:3)

Även flertalet av de biståndshandläggare som intervjuats lyfte fram personalkontinuiteten som den viktigaste kvalitetsfaktorn.

”Dom vet vem som kommer, vad som ska göras, hur det brukar vara och kan se utvecklingen hos den äldre, det blir en helhetssyn. Det är A och O med kontinuitet.” (biståndshandläggare 3)

Kontaktpersonens centrala roll för att lära känna den äldre, samordna, skapa trygghet och ha kontakt med anhöriga lyfts fram i de flesta intervjuerna.

”Kontaktpersonen är en slags medelpunkt, det är hon som normalt sett går till kunden, har kontakt med anhöriga, ser till att allt stämmer. Viktigast är kontinuiteten, den betyder väldigt mycket. En demenssjuk behöver lugn och ro, det blir det inte med nya ansikten hela tiden. De har ju ofta en väldig oro, då kan vi åtminstone ge den tryggheten att de får se samma person. Vi har koll på situationen. Vi kan se helheten, följa upp, märka om det är något som förändras. De flesta har ju hjälp flera gånger om dagen”. (vårdbiträde 7 b)

Alla demensgrupperna har organiserat arbetet utifrån kontaktmannaskap, och har som målsättning vid planeringen att kontaktmannen ska utföra så mycket som möjligt av hjälpen för kontinuitetens skull. Det utvecklade kontaktmannaskapet ger också resultat, menar enhetscheferna. Omsorgstagarna blir tryggare.

”Det märks att brukarna har ett högre välmående, bland annat genom minskade aggressioner, ökad vakenhet och uttryckt nöjdhet med personalen. ... Detta är ett resultat av att personalen ges mera tid till brukarna och deras önskemål blir tydligare och påtagligt för personalen”. (slutrapport 3:2)

”För en brukare har projektet lett till att brukaren har duschat första gången på flera månader. Och att personalen i dag kan få sköta brukarens dagliga hygien”. (slutrapport 14)

”Medarbetarna känner en större säkerhet, ett växande intresse och arbetsglädje. ... Det som tidigare upplevdes som en svår situation hos en brukare fungerar idag märkbart bättre, man har hittat lösningar och strategier hos enskilda brukare”. (slutrapport 9:5)

I enkätsvaren lyfter enhetscheferna framförallt kontaktpersonens ansvar att se till att allt fungerar för omsorgstagaren, och ha kontakt med anhöriga/god man, vårdcentral och andra aktörer.

Ha helhetsansvar över sina brukare, vara en länk till anhöriga och andra berörda parter.” (kommentar enkät 3:1)

Demensgrupperna har enligt flera av de intervjuade fyllt kontaktmannaskapet med ett innehåll. Det framskymtar såväl i intervjuerna som i slutrapporterna att det tidigare inte varit självklart att kontaktpersonen skulle svara för de huvudsakliga insatserna hemma hos den äldre.

”Vi arbetar och planerar utifrån kontaktmannaskap. Och det gjorde vi förut också. Skillnaden nu är att man blir ”mer” av kontaktman eftersom man är hos dom så mycket”. (vårdbiträde 11:3)

Vissa av de intervjuade vårdbiträdena berättade att deras hemtjänstenhet alltid strävat efter att ha en god kontinuitet, andra berättade att det var när de startade den specialiserade hemtjänstgruppen som de tog tag i detta. Man lade schemos och andra schemaläggningshjälpmedel åt sidan och planerade utifrån att det ska vara så få som möjligt som hjälper den äldre.

Några av de intervjuade lyfte fram att det är svårt att i praktiken uppnå den kontinuitet man önskar.

”Vi kämpar med kontinuiteten, försöker så att samma ska gå till kunden, men vardagen gör att det inte funkar alla gånger. Vi planerar själva på eftermiddagen för nästa dag så vi försöker verkligen, men sen kanske det händer något som gör att vi måste ändra. Personalbrist, semester osv”. (vårdbiträde 12:1)

”De som har lite hjälp får tyvärr flera olika som kommer. Det kan vara svårt i början men sen brukar det funka när man lärt känna varandra. Men de som har mycket hjälp där har vi bra kontinuitet, där är det bara några få som hjälper och vi bygger upp en relation”. (vårdbiträde 9:1)

Genomförandeplanernas och levnadsberättelsernas roll

Ett av målen med stimulansmedlen var att förbättra dokumentationen. Den bakomliggande tanken är att dokumentation som används i det dagliga arbetet ska underlätta att se de individuella behoven och på så sätt främja ett personcentrerat arbetssätt. Dokumentationen ska kunna ge ett stöd till ett strukturerat arbetssätt, vara en hjälp för demensgruppens uppföljning av sitt arbete och därmed för ett kontinuerligt lärande. Mål som angavs från stadens sida var att omsorgstagarna skulle ha en genomförandeplan som används, och att enheterna skulle arbeta med levnadsberättelser.

Det skiljer sig en hel del mellan enheterna hur detta genomförts i praktiken. I vissa enheter har dokumentationen blivit något man använder sig av vid planeringen av arbetet. I andra är det den muntliga överföringen som gäller, och genomförandeplanen är bara något som enhetschefen skriver in i datasystemet.

Genomförandeplanerna hade enligt några av cheferna blivit tydligare och mer detaljerade i demensgrupperna, jämfört med den ”vanliga” hemtjänsten, och några hade utsett särskilda språkstödjare som kunde stötta vid dokumentationen.

Några få enheter använde sig i viss mån av levnadsberättelser för sina omsorgstagare. Det var dock inte så vanligt. Ytterligare några stod inför ett utvecklingsarbete där demensgruppen skulle utveckla att skriva och använda levnadsberättelser.

”Den [genomförandeplanen] är väldigt bra för de som man inte går så ofta till. För de som jag ska göra genomförandeplaner, jag har möjlighet att precisera vad, och vilken tid som behövs, det är ju bara jag som vet hur lång tid det tar. Genomförandeplanerna stärker teamarbetet.... Levnadsberättelsen går hand i

hand med genomförandeplanen. Det är guld värt att veta små detaljer som kan öppna upp när man ska prata med omsorgstagaren”. (vårdbiträde 7 b)

Flertalet enhetschefer nämner i enkätkommentarer att genomförandeplanen är en hjälp för att alla ska veta hur omsorgstagaren vill ha sina insatser utförda.

Genomförandeplanen används som en hjälp att utföra det dagliga arbetet på, så att kunden får insatsen på samma sätt oavsett vem som kommer, dvs. samma rutiner. (kommentar enkät 11:1)

I en stadsdel arbetar flera av demensgrupperna med att utveckla genomförandeplanen så att den kan användas på ett mer systematiskt sätt för gruppens verksamhetsuppföljning.

”Enhetens demensgrupp ska arbeta vidare med att införa delmål i genomförandeplanen. Syftet är att kunna mäta insatsernas effekt.” (kommentar enkät 9:1)

Flera av de intervjuade konstaterar dock att dokumentationen inte används så mycket i det vardagliga arbetet.

”Vi har blivit snabbare att göra våra genomförandeplaner. Vi använder inte planerna så mycket i det dagliga arbetet, vi vet ändå. Men bra om det kommer ny personal förstås”. (vårdbiträde 11:3)

”Vi har arbetskortet och pratar med varandra. Tittar inte i planen. Vikarierna har jobbat jättelänge, om någon är helt ny får den gå dubbelt och lära sig. Man kan inte läsa sig till hur i planen”. (vårdbiträde 9:1)

Vanligt är att de intervjuade hänvisar till pärm eller ”dagbok” som finns hemma hos den äldre, och där också anhöriga kan skriva, och ta del av vad personalen gjort. Det ser lite olika ut hur långt datoriseringen gått, för många är pappret fortfarande det som känns mest naturligt och blir använt.

Även i intervjuerna med biståndshandläggare framkom att det är skillnader i hur tydliga genomförandeplanerna är, de kan vara lite fattiga till innehållet enligt flera intervjuade.

Kompetens

Fortbildning

Merparten av stimulansmedlen har gått till att möjliggöra olika former av fortbildning, av olika längd och med olika utbildningsanordnare. De intervjuades bedömning är, oavsett vilken fortbildning demensgrupperna fått, påfallande lika. Kompetensutvecklingen har varit till hjälp i det dagliga arbetet. Ofta har hela gruppen deltagit och alla har höjt sin kunskapsnivå.

Flera av cheferna vittnade om hur personalen i och med den fortbildning de fått hade utvecklats i sitt tänkande och sätt att reflektera över arbetet;

”Personalen har utvecklats enormt. Vi jobbar parallellt med värdegrunden och märker verkligen att de reflekterar, det är stor skillnad i och med demenshandledningen. Dom känner stor stolthet över sitt arbete.” (enhetschef 3:1)

Av svaren framgick att Silviasysterutbildningen hade mycket hög status bland cheferna och flera hade satsat på den för en eller ett par medarbetare, som sedan skulle ha rollen att handleda och stötta övrig personal. Utbildningen spänner över två år och är därmed kostsam för enheten, samt ställer stora krav på den som deltar.

Genom fortbildningen berättar de intervjuade vårdbiträdena att de blivit tryggare i sin yrkesroll, fått kunskap bekräftad, och fått nya insikter.

”Vi får så mycket bra information, bl.a. hade vi en Silviasyster här i våras, arbetade heldag i grupper, vi fick väldigt mycket bra redskap, också för kontakten med anhöriga. En del visste man innan, men det stärker”. (vårdbiträde 7 b)

”Att få deras vardag att funka på ett bra sätt, det skulle vi inte kunna utan den kunskap som vi har nu. Att förstå att deras beteende beror på sjukdomen. Det är just erfarenheten och kompetensen som gör att man kan jobba på ett bra sätt. Man förstår att man måste prova olika sätt att jobba på för att nå fram, och att man inte ska ta åt sig och bli arg. Det är kunskapen som gör hela skillnaden”. (vårdbiträde 9:1)

Handledning och reflektion

Stadens satsning skulle stimulera till att tid sätts av för gemensam reflektion och handledning. Detta har sett olika ut hos de olika hemtjänstenheterna. Enheterna har i sina slutrapporter och i enkäten lagt in olika betydelser i begreppen.

Handledning av extern handledare framstår med ledning av intervjuerna inte vara så vanligt. Vanligare är att man med handledning tänker på den handledning man dagligen får av sin chef.

”Handledning, hur menar du? Ja, jag går till teamledaren, eller tar upp det med henne vid eftermiddagsmötet. Man kan prata med vem som helst på kontoret, eller med distriktssköterskan. Man lär sig också av varandra”. (vårdbiträde 7 a)

Alla intervjuade enhetschefer framhöll vikten av reflektion och handledning. De hade i olika grad skapat tidsutrymme och utsett ledare för samtalen. Några grupper hade både reflektionstid och särskild tid för handledning men det vanliga var en timmes samling varannan vecka som enligt de intervjuade innehöll både reflektion och handledning, ledd av samordnaren för gruppen. Cheferna lyfte också fram möjligheten till reflektion vid de korta samlingarna vid arbetsdagens början och slut.

Hos de enheter som har regelbunden tid avsatt för reflektion anser de intervjuade att detta är viktigt för att utveckla arbetet.

”Vi har vår demenshandedare och försöker få in vår reflektionstid så gott det går. Inte varit så mycket nu i sommar, men nu kör vi igång igen en gång per vecka. Två grupper beroende på hur och när man jobbar. Det är slitsamt att jobba med demenssjuka, man är inte bara vårdare, utan psykolog också. Vi ska hjälpa att komma ur en svår depression t ex. Vi har stort behov av att få prata om allt detta. Det är ett tungt och slitsamt jobb. Vi bär på så mycket. Och anhöriga har så stora förhoppningar om vad vi kan göra. ... Det ställer stora krav på oss. Det är jättebra med reflektionstiden, man behöver få ösa ur sig och prata av sig och skratta lite. Men det behövs minst en timme så att man hinner”. (vårdbiträde 12:1)

I några grupper lyfter man i stället upp värdet av att alltid kunna prata med sina chefer och med sina arbetskamrater. Flera av de intervjuade vårdbiträdena framhåller betydelsen av att få ta upp frågor snabbt när det hänt något, och få bolla med sin chef och arbetskamraterna. Detta fungerar bra tack vare att man har kunniga och närvarande chefer, och att alla i demensgruppen fått en kompetens om personer med demenssjukdom menar de intervjuade.

”Vi tar tag i problem direkt, både med gruppledaren och arbetskamrater. Men speciell tid avsatt för reflektion kanske vi inte har, kommer nog”. (vårdbiträde 7 b)

”Varje morgon och eftermiddag, vi sitter i våra smågrupper, tillsammans med vår gruppledare, samtalar om någon punkt i vår värdegrund. På eftermiddagen kan vi ta upp sådant som hänt under dagen som man funderar över. Och på morgonen kan man ta upp om någon man ska gå till, få råd”. (vårdbiträde 7 a)

Andra menar att det behövs en tid avsatt för att prata om det som är jobbigt eller där man inte riktigt lyckas. Alla är så stressade.

”Det är bra att prata om olika svåra situationer. Det blir lättare om man sitter i en liten grupp. Vi jobbar ofta tidspressat och hinner inte informera varandra som vi skulle vilja. När man märker att en kollega har bråttom eller är stressad väljer man ofta att inte berätta något som man kanske skulle behöva informera om”. (vårdbiträde 4)

I några fall har det tack vare stimulansmedlen varit möjligt att ha reflektion varje vecka. När medlen är slut glesas mötena ut i vissa av enheterna. I både intervjuer och enkäten framgår att det kan vara svårt att få tiden att räcka till.

”Tyvärr så blir [reflektionen] inställd ibland när arbetsbelastningen är stor och vi ej har tillgång till mer personal, alla är då ute och hjälper våra vårdtagare vilket är det som är prio 1.” (kommentar enkät 4)

Demensgruppens styrka, menar några intervjuade, är att alla arbetar med samma målgrupp, och det drar man nytta av genom att kunna bolla frågor och tankar med arbetskamraterna.

”Den största skillnaden med att ingå i en grupp som bara arbetar med personer med demenssjukdom har nog varit att man träffas, kan ventilera vad som hänt, få tips av varandra, när man är i en situation, man undrar, vi kan bolla med

varandra, stötta. Ger en stabilitet, kan vara ganska svåra situationer. Viktigt få bolla dem vid våra möten. Vi har träffats varje vecka, ska glesas ut nu, men kommer att bli, det är positivt. Det är inte så mycket med demensgrupp om vi inte träffas". (vårdbiträde 5:1)

Biståndsbedömningens roll

Underlaget för beslut

Det är biståndshandläggaren som sätter ramarna för den hemtjänst den enskilde beviljas. Biståndsbeslutet översätts i en beställning till den hemtjänstenhet omsorgstagaren väljer. Där anges uppdraget – vilka insatser den äldre ska få. Utifrån beviljade insatser gör också biståndshandläggaren en tidsberäkning som ligger till grund för ersättningen till utföraren. Vid bedömningen av vilken hjälp en person med demenssjukdom behöver, och vilken tid det kan ta, krävs ett nära samspel mellan biståndshandläggaren som beställare och hemtjänstenheten som utförare.

Kunskapen finns hos vårdbiträdet

Ofta är biståndshandläggaren helt beroende av den information personalen kan ge när handläggaren ska bedöma behovet av insatser. Då är förtroendet för demensgruppen en viktig faktor för att den äldre ska få den rätta hjälpen. Som någon uttryckte det;

"Personalen är våra ögon och öron."

Särskilt svårt är det om den äldre inte har några anhöriga som kan hjälpa till att berätta om den äldre.

Beslutet

Vanligen formulerar biståndshandläggarna besluten på samma sätt som för icke demenssjuka personer, men några handläggare framhöll att de i större utsträckning beviljar sällskap vid måltider, promenader och social samvaro. Beställningen till utföraren tycks dock vara mer detaljerad och uttömmande när det gäller personer med demenssjukdom. Som en av handläggarna nyligen skrev i en beställning;

"I samband med promenaderna (4 ggr/v) kolla i kylskåpet, kolla i micron, släng gammal mat, tillsynsstäda toaletten". (biståndshandläggare 3)

Handläggaren tyckte själv att egentligen skulle det inte behövas, men osäkerheten gör att hon skriver så detaljerat. *"Man vill att det ska bli bra, man skriver nog inte så i beställningen för en person som inte är demenssjuk."* (biståndshandläggare 3)

Tiden

Biståndshandläggarnas bild

De intervjuade handläggarna uppgav att de hade möjlighet att ta speciella hänsyn till de särskilda behov demenssjukdomen skapar när de ska bedöma tidsåtgången för insatserna. Flera berättade också att de för det mesta räknar in extra tid för att det generellt sett tar längre tid att hjälpa en demenssjuk person som kanske inte förstår vad som sker och ibland helt enkelt vägrar.

Intervjuerna visar att handläggarna tycker det är lättare att lita på vad en demensgrupp säger om tiden inte räcker, än på den ”vanliga” hemtjänsten. Att det i vissa fall kan vara så att det är bristen på kunskap hos utföraren som gör att det tar längre tid än nödvändigt att hjälpa en demenssjuk person.

”Om den specialiserade hemtjänstgruppen säger att de försökt allt så vet man att det är så, men om ett litet bolag ringer om mer tid så kan det vara så att de inte ligger rätt i hur de ska jobba. Det blir bättre kvalitet med en specialiserad grupp, stor skillnad.” (biståndshandläggare 9)

”Demensgruppen ger de äldre den hjälp som de har blivit beviljade. Man behöver inte som biståndshandläggare känna mistro mot gruppen”. (biståndshandläggare 4)

Enhetschefernas bild

Hos enhetscheferna var bilden mer splittrad. De enhetschefer som hade en bra samverkan med biståndshandläggarenheten kände att biståndshandläggarna litade på personalens bedömningar.

”De flesta biståndshandläggarna är lyhörda för när vi tar upp att de behöver mer tid för att kunna hjälpa en person. Det är ofta B som har den kontakten, och med hennes långa erfarenhet så lyssnar biståndshandläggarna, de har respekt för vår kunskap och att vi känner den äldre”. (enhetschef 7)

Tre av de nio intervjuade cheferna svarade entydigt ”nej” på frågan om biståndshandläggarna tar tillräcklig hänsyn till de särskilda behov personer med kognitiv nedsättning har.

”Tycker det tar lång tid att få nytt beslut från biståndshandläggarna när det är utökning. Tvärtom går på en dag! ... mycket prat om städningar mm, utgår från hur det är i den vanliga hemtjänsten. Vi har så annorlunda förutsättningar och dom förstår inte riktigt. ... Biståndshandläggarna ger ingen extra tid till våra kunder, ingen förståelse för deras speciella behov”. (enhetschef 8:1)

Övriga svarade att det varierade från handläggare till handläggare. Ett hemtjänstföretag med kunder över hela staden konstaterade att det är stor skillnad mellan olika stadsdelar.

Vårdbiträdenas bild

De flesta av de vårdbiträden som intervjuades framhöll att det är nödvändigt att det finns tillräckligt med tid för att det ska bli en trygg och fungerande omsorg hemma hos personen med demenssjukdom.

”Det är viktigt med lugn och ro, en stressfri tillvaro för den demenssjuke. Därför ska vi helst inte vara stressade. Man får inte bli irriterad, även när man får samma fråga om och om igen. Man ska kunna skratta tillsammans, minnas. Det gäller att inte behöva pressa på, inte tvinga, ta det varligt, vara lyhörd för vilken känslöstämning personen är i. Avleda om hon fastnar eller är orolig. Skapa lugn och ro, och så trivsamt som möjligt”. (vårdbiträde 7 b)

Att tiden är en bristvara var alla intervjuade överens om. Däremot fanns det olika erfarenheter av möjligheten att i dialog med biståndshandläggare få den tid som behövs. Här fanns enheter som menade att de i de flesta fall fick gehör när de kunde informera om omsorgstagarens behov.

”Det går inte att säga att en insats ska ta en viss tid, särskilt inte för de som har en demenssjukdom, då krävs tid. Blir bara tråkigt och fel om man måste stressa. När vi säger till biståndshandläggaren att det behövs mer tid så i de flesta fall får vi det. Fast det finns några som går efter sin ram. ... Oftast är det vi själva som kontaktar biståndshandläggaren. De vill gärna att vi skriver en omvårdnadsrapport. Det kan bli möte hemma hos omsorgstagaren. De flesta biståndshandläggarna har förtroende för oss”. (vårdbiträde 5:1)

”Vi jobbar mycket på det och har lyckats få upp tiden för många av våra kunder. Även biståndshandläggarna har gått utbildning så dom har fått större förståelse. Vi får bättre respons”. (vårdbiträde 11:3)

Andra berättade om biståndshandläggare som enbart går efter tidsschablonen, och som inte var villiga att varken ta del av omsorgspersonalens kunskap eller att de skulle få delta vid möten för nyprövning² av biståndsbeslutet. Ett vårdbiträde ställde frågan hur det kan få vara så olika, att vissa biståndshandläggare tar med vårdbiträdet vid en vårdplanering medan andra säger nej.

”Vi får samma tid som andra friska äldre får för insatserna, men jobbet tar mycket längre tid. ... Dom har ingen förståelse, ringer man känner man sig dum och dom ställer en massa frågor om varför osv. ... Och det händer att biståndshandläggare ringer till den demenssjuke och frågar om insatserna och sedan tror på det dom svarar! Dom förstår inte att dom glömmer att jag varit där tio minuter efter att jag gått!” (vårdbiträde 3:1)

”Vi jobbar med en grupp där vi behöver vara lugna och locka och pocka för att kunna hjälpa. Biståndshandläggare gör ingen skillnad, tar inte hänsyn till kognitiv svikt. Vi får ringa mycket till dom. Dom kan säga att dom förstår att det behövs mer tid, men att dom måste få godkännande av sin chef. Omständligt.

² Nyprövning avser den uppföljning och nya prövning av biståndsbeslut som ska göras vid behov och minst en gång årligen.

Skulle behöva samverka en gång per månad med kanske en och samma biståndshandläggare. Det är stora skillnader mellan olika biståndshandläggare också. Om man inte jobbar i demensgruppen tror jag inte att man bryr sig lika mycket om att strida för att få till mer tid. Man ser behoven och bryr sig mer". (vårdbiträde 12:1)

"Jag ringer och skriver till biståndshandläggare och motiverar, det tar mycket tid, dom vill veta ner på detaljnivå hur mycket tid som går åt. ... Något som irriterar mig är att biståndshandläggare kan ringa till en Alzheimersjuk, efter att vi ringt och påtalat för exempel att det behövs hjälp vid dusch, och fråga henne om hon klarar duschen själv". (vårdbiträde 8:1)

Att lotsa vid valet

Är det en person med demenssjukdom så råder de flesta av de intervjuade biståndshandläggarna den enskilde eller dennes anhöriga att välja en utförare som är kunniga om vilka särskilda behov en demenssjuk person har. De som inte kan välja lotsas till en specialiserad hemtjänstgrupp, enligt flera av de intervjuade. Handläggarna är då noga med att betona att det är den enskilde själv som väljer, att det inte finns några garantier för att det ska bli bra och att omsorgstagaren alltid har friheten att välja om.

Det är inte alltid det fungerar. Kompetensen är inte lika hög i alla demensgrupper och det skiljer från personal till personal på grund av utbildning, erfarenhet, intresse osv, enligt de intervjuade.

"Det händer att anhöriga inte blir nöjda med demensgruppen och då blir man försiktigare med att föreslå det nästa gång. Vår trovärdighet står på spel." (biståndshandläggare 3)

Samverkan biståndshandläggare - hemtjänst

Av såväl enkäten som intervjuer och slutrapporter framgår att det är förhållandevis ovanligt med strukturerade möten mellan de specialiserade hemtjänstgrupperna och biståndshandläggargruppen för att utforma hur samarbetet ska ske.

I en av de intervjuade stadsdelarna hade biståndshandläggarna månatliga möten med demensgruppen där de gick igenom alla deras omsorgstagares insatser. I en annan stadsdel hade handläggarna regelbundna träffar i samverkansgrupper bestående av någon från demensgruppen, distriktssköterska och rehabiliteringspersonal.

Två av de intervjuade enhetscheferna berättade att de hade regelbundna möten med biståndshandläggarna i stadsdelen. En annan enhetschef deltog i de gemensamma utförarmöten för alla utförare som stadsdelen bjuder in till. Alla dessa tre tyckte sig ha ett gott samarbete med biståndshandläggarna och att det var möjligt att diskutera både insatser och tidsberäkning vid behov.

De anhörigas bild

De anhöriga som intervjuades fick frågan om hur kontakten med biståndshandläggaren fungerar. De flesta var nöjda med kontakten och tyckte att det fungerade bra. Några kommenterade att de fått byta flera gånger. I ett fall var personen inne på den femte handläggaren på ett år. I en stadsdel där handläggarna var indelade i grupper med gemensamt ansvar för ett antal omsorgstagare hade den anhörige haft kontakt med 12 olika biståndshandläggare och tyckte att det var "ett elände" att hela tiden behöva börja om på nytt med information och diskussion.

I ett par intervjuer framkom också att de upprepade gånger hört sig för om annat boende för sin mor eller far. De hade då bara fått muntliga besked om att "*det var tillräckligt med all den hjälp mamma fick hemma*", eller att "*det inte är aktuellt eftersom mamma inte går bort sig eller så*". Det blev som de upplevt det vare sig någon ansökan eller beslut.

Samverkan med primärvården

Vikten av samverkan mellan landstingets hälso- och sjukvård och kommunens äldreomsorg lyfts i en överenskommelse som träffats mellan länets kommuner och landstinget. Där anges bl.a. att *samverkan mellan huvudmännen är en förutsättning för att säkerställa en god kvalitet i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående*" (KSL 2012). Ett av målen med stimulansmedlen var att stödja till ökade och mer formaliserade kontakter med primärvården.

Formaliserade kontakter med husläkarmottagningarna ovanliga

Av slutrapporterna och intervjuerna med äldreomsorgens personal framkommer att demensgrupperna vanligen har samverkan kring enskilda äldre. Däremot var det ovanligt med mer formaliserad samverkan i form av möten.

Flera av cheferna säger sig ha haft mer samverkan förr, ibland inom ramen för något projekt, men att det sedan upphört.

"Det är personstyrt. Förr hade vi regelbundna möten med dom, men då var dom färre". (enhetschef 8:1)

En slutrapport konstaterar krasst

"Har haft träff med biståndshandläggarna men inte med vårdcentralen pga. deras ointresse". (slutrapport 11:1)

Samverkan med primärvården är ett område de flesta vill utveckla.

"Vi vill förbättra samverkan med vårdcentral och rehab, så att vi blir som ett team. Även dietisten vill vara med". (enhetschef 9:1)

"... Att få bygga en helhet, hemtjänst, dagverksamhet, boende, där skulle vi vilja vara om fem år". (enhetschef 7)

Den hemtjänstenhet som i sin ansökan om stimulansmedel bl.a. angav att utveckla samverkan med primärvården menar att projektet lett till en utvecklad samverkan allteftersom hemtjänsten lärt känna personalen på vårdcentralerna. Personkännedomen underlättar, menar enhetschefen.

"En annan effekt är att distriktssköterskorna uppmärksammar våra kunder mer när de märker vilket engagemang som hemtjänsten har. En fördel för vårdcentralerna är att hemtjänsten åtar sig delegeringar". (enhetschef 4)

I ett par stadsdelar har förvaltningen arbetat målmedvetet med att få till gemensamma möten mellan äldreomsorgen och husläkarmottagningarna. Samverkan fungerar bättre med de husläkarmottagningar som deltar i dessa möten.

"Från vårdcentralen D var L och M med i projektet [samverkansprojekt i stadsdelen]. De flesta av våra omsorgstagare är listade där. ... Vi känner distriktssköterskorna på D, och det gör skillnad. Vi möts hemma hos kunden, och då kan distriktssköterskan informera oss om det är något nytt. När det inte fungerar, om hon t.ex. inte dricker tillräckligt ändå, så ringer vi distriktssköterskan, och tar upp det i gruppen. Vi ser varningssignaler, och tack vare de goda kontakterna med vårdcentralen så är vi inte rädda att fråga". (vårdbiträde 5:1)

Samarbetet varierar

Hur samverkan fungerar är i stor utsträckning beroende av vilken husläkarmottagning omsorgstagaren valt. Det kan också vara personberoende menar flera av de intervjuade, variera mellan olika distriktssköterskor.

De intervjuade var överens om att det är viktigt att ha kontakt med distriktssköterskan. I huvudsak tycker de intervjuade att det fungerar bra, behöver de få tag på distriktssköterskan så vet de vem de ska ringa, och de har ett direktnummer. Men det finns undantag, hos vissa husläkarmottagningar kan det vara problem att få kontakt med distriktssköterskan.

"Det varierar mellan vårdcentralerna. I A har de bytt personal under en lång tid och där fungerar inte samarbetet bra. Där kan det vara missar med medicindelningen och svårt att nå distriktssköterskan när det uppstår problem. B vårdcentral fungerar jättebra". (vårdbiträde 4)

"Beror på var de är listade. Vissa är bättre, som C vårdcentral. Alla distriktssköterskor är kanske inte så lämpade. Men man får tag på dem. Fast före sommaren hade vi väldiga problem med en vårdcentral, men då såg dottern till att mamman bytte och då blev det bättre. Så visst är det viktigt vilken vårdcentral de valt". (vårdbiträde 7 b)

Ibland kan brister i kontakten med distriktssköterskan innebära patientsäkerhetsrisker.

”Igår ringde jag distriktssköterskan, dom skickade mig vidare till fem andra nummer. Till slut blev jag arg och då hjälpte dom mig. Jag ville att en distriktsköterska skulle komma och titta på en dam som blivit dålig. Dom sa vi kommer på måndag, men jag nöjde mig inte. Sa att dom måste komma nu. Och då gjorde dom det. Men det är jobbigt att få till det”. (vårdbiträde 3:1)

Delegering

Alla de intervjuade utom på en hemtjänstenhet överlämnade läkemedel på delegering. Formerna för hur delegeringen gick till tycktes till stor del bero på hur det gick att få till tiden för det i en tidspressad arbetsvardag.

”När distriktssköterskan var hos oss för delegering, det gick så snabbt, på fem minuter. Hon frågade oss inget. Inget individuellt, bara allmänt. På fem minuter tog hon upp att vi ska ha handskar när vi ger ögondroppar, och inte hålla flaskan för nära. Och ger vi medicin så ska vi se till att hon sväljer den. Handsprit och hygien. Sådant man lär sig på usk-utbildningen, det är ju rutin”. (vårdbiträde 7 c)

Det var också oklart för några av de intervjuade hur distriktssköterskan följer upp att allt fungerar.

”Jag signerar, men vet inte om de kollar. Jag ska ju bara signera om jag sett att hon tagit sin medicin, men det finns de som kan ta den själv, jag lägger fram, t.ex. sömnmedicin, men den vill hon ta senare på kvällen. Då kan jag ju inte signera. Det är lite luddigt vad som gäller”. (F 3)

Primärvårdsrehabiliteringen

Primärvårdsrehabiliteringen är en mer sällsynt samarbetspartner. Vanligen anser de intervjuade vårdbiträdena att deras omsorgstagare har de hjälpmedel som behövs. Det finns i flertalet stadsdelar inga överenskomna rutiner för hur samarbetet ska ske med arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist.

Kommunal dagverksamhet

Många av demensgruppernas omsorgstagare går på dagverksamhet några dagar i veckan och med något undantag var det god samverkan verksamheterna emellan, enligt de intervjuade.

Alla de intervjuade vårdbiträdena hade någon eller några av sina omsorgstagare som gick på en dagverksamhet. De såg dagverksamheten som en viktig del av deras omsorgstagares liv.

”Många går på dagverksamhet, det är jättekul för de äldre. Guld värt, är en så himla bra stimulans. De flesta har inte velat från början men sen älskar dom sin dagverksamhet. Fungerar väldigt bra. Vi följer med när någon ska skolas in. Vi har bra kontakt kring olika saker som upplevs som problem”. (vårdbiträde 9:1)

Det har dock vid intervjuerna framkommit önskemål om mer flexibla vistelsetider hos dagverksamheten. Det är inte ovanligt att de äldre har svårt att komma igång

på morgonen och därför väljer bort dagverksamheten. Möjlighet att komma först framåt lunch och stanna längre på eftermiddagen skulle underlätta för många. I en stadsdel hade man enligt en biståndshandläggare en kort period haft en dagverksamhet med två olika öppettider att välja mellan och det hade underlättat för de som inte klarade att komma i ordning i tid på morgonen.

De anhöriga

De anhöriga får en viktig uppgift eftersom det ofta är de som får en informell roll att företräda sin närstående och bevaka att denne får den hjälp han/hon är beviljad. Många anhöriga utför omfattande omsorgsinsatser. Särskilt gäller det förstås make/maka/sammanboende, där det kan handla om ansvar dygnet runt. I de nationella riktlinjerna för demensvård framhålls vikten av stöd till de anhöriga.

Stor skillnad

Av de 17 intervjuerna med anhöriga framkom att i tio fall hade den äldre först haft hjälp av den ”vanliga” hemtjänsten och sedan bytt till en specialiserad hemtjänstgrupp. Så gott som samtliga dessa anhöriga vittnade om stora skillnader;

”Vi hade först utförare A och sedan B. Katastrofer! Vi var inte alls nöjda, det var ingen som tog ansvar. Dom visste ingenting om demenssjukdom. En gång fick hon inte mat på tre dagar. Personalen sa att dom sett att hon lagade mat och då trodde dom att hon också åt den. Det är skillnad som natt och dag nu.”

”Vi barn tycker att det har blivit mycket mer sammanhållet och mer kontinuitet nu sen den specialiserade gruppen startade. Även på helgerna är det mer kontinuitet nu.”

”Jätteskillnad med demensgruppen. Personalen vet hur dom ska hantera hennes oro och förvirring. Dom har hjälpt oss också med förklaringar om sjukdomen och vad den leder till. Det borde finnas demensgrupper överallt i hemtjänsten!”

”Det blev stor skillnad. Nu är det ordning och reda. Dom ringer inte till mamma och kommer överens med henne, som hon sedan glömmer.”

”Hade utförare A innan, det var katastrof, bedrövligt. Man fick säga till om precis allting annars hände inget. Det var vi anhöriga som fick se till att det fungerade, det var en ständig oro.”

”Det är skillnad som natt och dag. Förut stod det alltid ”vill ej” i kontaktboken när det gällde dusch till exempel och hon var smutsig och ovårdad. Det är så naturligt nu, dom ser till att det fungerar.”

Även personalen upplever att de anhöriga blivit tryggare sedan deras närstående fått hjälp av en specialiserad hemtjänstgrupp.

”Vi hade en del anhöriga som var oroliga och inte alldeles nöjda innan vår grupp började, men nu har vi fått mer kontakt. Dom vet tydligt nu vem som är

kontaktman, vilket inte var självklart förut. Där har det blivit väldigt annorlunda och stor skillnad. Vi jobbar mot samma mål känns det som”. (vårdbiträde 11:3)

”Känner definitivt att kontakten är bättre. Anhöriga ringer oss som kontaktperson, dom vet vem de ska vända sig till. Kan vara flytande annars i de andra grupperna. Vi har mer kontinuitet. Det är kontaktmannen som är hos den enskilde mest. Anhörigträff har vi haft också”. (vårdbiträde 12:1)

God kontakt

De flesta intervjuade anhöriga säger sig veta vem som är den närståendes kontaktperson, och ha god kontakt med denne. Man tycker generellt att personalen i demensgrupperna är kunnig och inkännande, att de utgår ifrån den äldres individuella behov och är flexibel i sitt sätt att arbeta. Några exempel på det kom fram vid samtalen;

”Alla har en personlig relation till mor, så var det inte förut. De vet vem hon är som person, vad hon tycker om, vad hon gjort tidigare i livet. Hon har sjungit mycket och nu sjunger personalen med henne ibland. Guldkant!”

”De har känslan och vill något med sitt arbete. Vi ringer eller mejlar om det är något. Kontaktmannen säger till oss om det är något vi behöver skaffa eller göra. Till exempel var det brist på underkläder, och då ordnade vi det. Sådant tänker inte den vanliga hemtjänsten på.”

”Hon trivs verkligen med personalen nu, och de verkar trivas med henne. Vi är trygga med demensgruppen. Kontaktmannen föreslog att vi skulle ansöka om färdtjänst så att de kunde göra någon utflykt ibland.”

Personalen kunde också vara till ett stöd för den anhörige.

”Jag förstod inte vad mammas beteende berodde på, men de kunde förklara att det var demenssjukdomen. ... De hjälpte mig att förstå.”

En anhörig som vårdade sin make sa;

”Det har känts som att de bryr sig även om mig”.

Demensgruppens stöd till anhöriga

I intervjuerna med de anhöriga framkom önskemål om fler anhörigträffar, mer information kontinuerligt under sjukdomens gång om exempelvis hur man bäst bemöter personer med demenssjukdom samt större möjligheter till individuellt anhörigstöd.

Av slutrapporter och intervjuer framgår att enheterna utvecklat metoder för att ha kontakt med och stötta anhöriga. Flera av demensgrupperna hade haft, eller planerade, anhörigträffar, ibland med stadsdelens anhörigkonsulent inbjuden. Samverkan med anhöriga är ett område flera vill utveckla.

”Vi vill satsa mer på avlastning för anhöriga. Funderar på att sammankoppla demensgruppen med [stadsdelens träffpunkt] för att där kunna ha träffar och

föreläsningar och kanske avlastning på tider när inte träffpunktsverksamheten nyttjar lokalerna. Skulle kunna ha anhörigräffar där med M". (enhetschef 3:1)

En enhetschef för en väl etablerad demensgrupp berättade att kontaktpersonen ringer upp alla anhöriga varje månad och berättar om den aktuella situationen. Kontakterna ger värdefull information om omsorgstagarna och bidrar till en bra relation med de anhöriga menade hon. Demensgruppen har också anhörigmöten två gånger per år. Det senaste som var i våras lockade cirka 40 personer. En av deltagarna bjöd då in till en anhörigrupp som skulle börja träffas till hösten.

Alla de intervjuade vårdbiträdena berättade om kontakterna de har med anhöriga. De anhöriga blir viktiga samarbetspartners, men relationen kan också bli tung. Det är inte okomplicerat att vara den som är mest hemma hos en älskad men förändrad förälder – att känna den närstående bättre än vad dottern eller sonen gör.

"Vi har bra kontakt med de flesta anhöriga. Men det är inte alla anhöriga som vet hur deras förälder fungerar, vi kan känna henne bäst. De ringer hit ganska ofta". (vårdbiträde 7 c)

"De anhöriga behöver också mycket stöd. Man får återkoppla till dom hela tiden, och kolla läget med dom. Vi har mycket kontakt med anhöriga". (vårdbiträde 3:1)

Stimulansmedlens roll

Intervjuerna med enhetscheferna och de slutrapporter de lämnat visar att stadens satsning på demensvården i ordinärt boende kom i en tid då flera sett ett stort behov av att förbättra möjligheterna att ge adekvat hjälp till demenssjuka som bor kvar hemma. Flera av hemtjänstenheterna hade haft tankar på att enheten skulle specialisera sig inom det området och det blev nu möjligt i och med stimulansmedlen.

För redan befintliga demensgrupper blev det möjligt att satsa på en kompetenshöjning, inte minst för ny personal.

Överlag menade enhetscheferna att stimulanspengarna varit helt avgörande och att enheten inte hade haft råd med de satsningar som de gjort utan dessa.

"att vi är nästan i önskat läge beror på möjligheten att vi har fått medel från Stockholms stad. Detta har gjort det möjligt att skaffa oss utbildning, handledning och kontinuerligt tid för reflektionsmöten". (slutrapport 4)

"Utifrån konkurrensen måste vi göra något om vi ska överleva och då är en demensgrupp något att locka kunder med. Och så ser vi ju att det finns behov. De demenssjuka ska kunna bo hemma. Så vi hade nog startat ändå men inte kunnat göra det i den omfattning vi nu kunde med utbildning och annat. Kanske hade haft personal i varje arbetsgrupp i stället. Men ser nu att det här blev mycket bättre". (enhetschef 12)

”Projektmedlen möjliggjorde att enheten kunde anställa en handledare utifrån för projektet. Handledarens möjlighet att kunna följa med personal hem till brukaren, göra observationer och sedan genom samtal med medarbetaren kunnat handleda i det praktiska arbetet ... Vidare har alla utbildningstillfällen kunnat genomföras då vikariekostnader har kunnat ersättas med projektpengar”. (slutrapport 14)

Framtiden enligt enhetscheferna

Samtliga intervjuer och slutrapporter andas en tilltro till en ökad specialisering, demensgrupper med engagerad personal som har god kunskap och som får möjlighet att arbeta med en hög kontinuitet. Enhetscheferna lyfter värdet av kontinuerlig fortbildning och möjlighet till reflektion. För att detta ska vara möjligt krävs det tid, och då kan ekonomin vara ett hinder.

”Tid, kontinuitet, förtroende är viktiga förutsättningar. Vi behöver fortsätta med utbildning, att vi alla ska kunna hålla oss uppdaterade. All personal måste få fortsatt utbildning, men det går inte med dagens ersättning”. (enhetschef 7)

”För att bo kvar hemma är det viktigt med mer förstånd hos biståndshandläggarna att bevilja den tid som behövs så att man kan göra ett bra jobb, inte behöva stressa för då fungerar det inte. Det behövs också personal som får utbildning, så att man har mer förståelse. Även om man kan omvårdnad så är det inte säkert att man förstår personer som har en demenssjukdom. Och så krävs engagemang, att man valt att jobba med personer med demenssjukdom”. (enhetschef 5:1)

Ingen anser sig vara i mål, tvärtom ser enhetscheferna det som att de är i en process, där de allt bättre försöker få till sin organisation och utveckla arbetet.

”För oss handlar det inte om ett projekt en tid och sedan avsluta, utan det handlar om att på sikt ändra attityder, vanor, beteenden som har funnits i hemtjänsten i årtal. Vad vi vill åstadkomma på sikt är att genom inspiration, utmaningar uppmuntra, utveckla och utbilda medarbetarna. Det handlar om att väcka personalen så att de blir medvetna om vilka de är, vart de är på väg och vilka de kan bli i sin yrkesroll. Att genom spetskompetensen kunna ge yrkesrollen en högre status”. (slutrapport 8:2)

Önskan är att kunna fortsätta, behovet är stort menar man, och en specialisering är ett svar på att allt fler personer med demenssjukdom bor kvar hemma.

”Vi behöver utöka, fler och fler bor hemma med demenssjukdom. Vi klarar av dessa kunder ända tills det blir en säkerhetsfråga. Då blir det boende”. (enhetschef 9:1)

”Nu dags att ansöka igen. Vi kommer att ansöka, självklart. Men även om vi inte får pengar så kommer vi att satsa och fortsätta. Vi planerar att utöka. ... vill utöka till fler områden och vill ha fler kunder. Biståndshandläggare ringer från de andra områdena och frågar, dom ser behovet. Det sprider sig”. (enhetschef 12:1)

Sammanfattande reflektioner från vårdbiträderna

De intervjuade vårdbiträderna berättade samstämt att de kände sig tryggare i sitt arbete och att de visste bättre hur de ska utföra insatserna. När vårdbiträderna ombads nämna vilka faktorer som är av störst betydelse för att omsorgen om en person med demenssjukdom ska bli bra lyfte flera fram tre faktorer; kontinuitet, kunskap och tid.

De intervjuade var överens om värdet med att få specialisera sig. Det innebär att de får mer kunskap, och har arbetskamrater som de kan bolla frågor med. Flera av de intervjuade poängterade vikten av att ha kunniga och engagerade arbetskamrater.

”Ju mer information alla får, och ju mer medvetna alla blir, desto lättare att byta erfarenheter, bolla med varandra. Det är överhuvudtaget lätt här att prata, alltid plats om man vill bolla, reflektera över något, har frågor. ... Det är absolut vinster med att jobba specialiserat, att man har, ja kanske inte spetskompetens, men att man får så mycket information, blir uppdaterad. När jag jämför med min förra arbetsplats är det en skillnad som mellan natt och dag”. (vårdbiträde 7 b)

På frågan om vad som krävs för att hemtjänsten ska kunna underlätta för personen med demenssjukdom att bo kvar i sitt hem återkom flera av de intervjuade till vikten av att det finns tillräckligt med tid, kunskap och kontinuitet, och även att det finns ett fungerande stöd runt den äldre, från kommunen, primärvården och anhöriga. De konstaterade också att det är viktigt hur man är som omsorgspersonal, att man verkligen valt att arbeta med personer med demenssjukdom.

”Det som krävs för att personen med demenssjukdom ska kunna bo kvar hemma är att man har tid, så mycket det bara går, och att man har bra kontakt med hemsjukvården. Och att det finns anhöriga. Bra hjälpmedel är också viktigt. ... Viktigt med kontinuitet, och att man brinner för sitt jobb”. (vårdbiträde 5:1)

”Jag har enormt roligt på jobbet, det känns som att jag presterar och gör ett bra jobb. Jag kan gå härifrån och känna att jag är nöjd. Det är mycket skratt i gruppen. Det är kul, chefen lyssnar på oss och är med på tåget. Vi får styra mycket själva. Vi har sett förändringar både för de boende och de anhöriga och fått bättre samverkan med biståndshandläggare. Och då blir det bättre för de äldre”. (vårdbiträde servicehus 11:3)

Biståndshandläggarnas syn

De biståndshandläggare som intervjuats såg positivt på demensgrupperna som de ansåg stod för bättre kontinuitet och kunskap, och därmed högre kvalitet för de äldre. Sådant som framhölls var personalens förmåga att kunna lirka och bygga upp en relation med den demenssjuke, som ofta i början inte vill ta emot någon hjälp, ”att få foten innanför dörren”. Den ”vanliga” hemtjänsten ger alltför lätt upp och nöjer sig med att den äldre säger nej.

Vidare sades att demensgruppernas personal var flexibel och tålmodig, och att handläggarna kunde lita på deras bedömningar.

Hinder på vägen

I en del av slutrapporterna redovisas faktorer som fördröjt utvecklingen av en specialiserad hemtjänstgrupp, som omorganisationer, skifte av personal, att enheten haft för få personer med demenssjukdom och/eller att omsorgstagarna bor geografiskt spritt.

”Tyvärr har vi inte ökat antalet kunder med demenssjukdom ... Geografiska spridningen av kunder är ett hinder för kontinuitet. Det innebär att vi har en kvällspersonal som är med i demensgruppen men på grund av geografisk spridning har han inte möjlighet att gå till alla kunder med demenssjukdom”. (slutrapport 16)

”På grund av personalneddragningar (övertalighet), många pensionsavgångar och omorganisationer har inte kontinuiteten varit tillfredsställande. Enheten har till viss del uppnått målet med att alla kunder med kognitiv svikt har en kontaktman som ingår i specialistgruppen. Anledningen till att målet inte är nått är logistik och geografi”. (slutrapport 8:5)

”Sammansättningen har delvis ändrats under projektiden, vilket medfört att det tagit en tid för gruppen att hitta en identitet och börja arbeta som team. Utbildning/kompetensutveckling har fått kompletteras vartefter de nya medarbetarna kommit in”. (slutrapport 9:5)

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

I detta avsnitt diskuteras resultaten utifrån de tre områden staden särskilt lyft fram; organisation och ledarskap, kompetens samt kontinuitet och kontaktmannaskap.

Organisation och ledarskap

Värdet av specialiserade hemtjänstgrupper

Erfarenheterna från de specialiserade hemtjänstgrupper som fått stöd av Stockholms stads stimulansmedel överensstämmer i stort med bilden från tidigare studier om specialisering inom hemtjänst. Det finns stora värden i att få möjlighet att specialisera sig vad gäller målgrupp, men ändå vara generalist vad gäller arbetsuppgifterna. Specialiseringen gör det möjligt att inrikta kompetensutvecklingen direkt mot den aktuella målgruppen och det har också stor betydelse att ha kollegor med samma specialinriktning att bolla frågor och idéer med.

Flera av de intervjuade framhåller vikten av att demensgruppen består av personal som valt arbetet själva eller är ”handplockade”. I flera av intervjuerna framkommer också betydelsen av att man har kunniga chefer. Alla de enheter som intervjuats hade chefer som var tillgängliga och kunde demensomsorg, vilket med all sannolikhet har bidragit till att grupperna så här långt lyckats väl.

Gruppen bör ha ansvaret dygnet runt

Det finns stora fördelar med att samma enhet kan tillgodose insatser över hela dygnet. All personal finns då under samma tak vilket innebär att exempelvis informationsöverföringen blir säkrare, att det blir enklare att delge varandra vad som hänt under dagen respektive natten. De enheter som endast kunde ge insatser dagtid ville gärna utöka till åtminstone kvällar. Som en biståndshandläggare påpekade, det är ofta på kvällarna det är svårast, det är då den kunniga personalen behövs allra mest.

Gruppen behöver samverka med primärvården

En av stadens ambitioner med stimulansmedlen har varit att samarbetet med andra viktiga aktörer ska öka, främst husläkarmottagningarna och primärvårdsrehabiliteringen. Detta mål har visat sig svårare att uppnå. I de stadsdelar där det redan fanns ett etablerat samarbete eller där stadsdelen drivit särskilt projekt för att främja samarbetet mellan primärvård och socialtjänst har det funnits fora för att planera samarbetet. I övriga stadsdelar har samverkan främst skett vid behov i enskilda ärenden, och varierat mellan olika husläkarmottagningar. Det är långt kvar till att i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer kunna tala om ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt.

Eftersom en kommunalisering av hemsjukvården skjutits på obestämd framtid finns det anledning att fortsätta arbetet med att hitta en struktur för hur

hemtjänsten ska kunna arbeta nära ihop med bl.a. distriktssköterska och arbetsterapeut. Äldreförvaltningen och Äldrecentrum samverkar kring detta under 2013 och 2014 i ett särskilt projekt.

De specialiserade hemtjänstgrupperna kan ses som ett första steg mot att utveckla demensteam i Stockholms stad. Ett team består av olika professioner, som hemtjänstens personal, distriktssköterska och arbetsterapeut. En start kan vara det arbete som nu pågår i ett projekt initierat av Äldreförvaltningen att utveckla rutiner för en samordnad individuell plan (SIP) för personer med insatser från både hemsjukvård och hemtjänst.

Biståndshandläggarna centrala aktörer

För att det ska vara möjligt att ge en god omsorg krävs att hemtjänsten får tillräckligt med tid för att utföra insatser. Biståndshandläggaren är inte i hemmet och kan aldrig få den kunskap om omsorgstagaren som behövs för att göra en helt korrekt bedömning.

Biståndshandläggarna behöver kunskap om demens för att kunna göra individuella bedömningar om behovet av insatser. En möjlig och näraliggande början skulle kunna vara att stadens alla biståndshandläggare genomför Svenskt demenscentrums webbaserade utbildning Demens ABC+ för biståndshandläggare.

Det är också önskvärt med ett nära och förtroendefullt samarbete mellan biståndshandläggarna och de specialiserade grupperna. Det förtroendet finns mellan vissa handläggare och enheter, men långt ifrån alla.

Stadens riktlinjer för hemtjänst behöver vara tydliga vad gäller att ta hänsyn till att det normalt sett tar längre tid att hjälpa och stödja en person med demenssjukdom än att hjälpa en person som inte är kognitivt nedsatt.

Stadsdelarna behöver forma bra strukturer, och möjliggöra för handläggarna att lära känna de hemtjänstenheter som specialiserat sig på personer med demenssjukdomar. Och dessa enheter bör självfallet kunna vara förstahandsvalet när biståndshandläggaren ska lotsa omsorgstagaren med demenssjukdom i valet av hemtjänstutförare.

Stöd till anhöriga en viktig uppgift för demensgrupperna

I en personcentrerad omvårdnad ingår enligt Socialstyrelsens riktlinjer att *sträva efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen.* (Socialstyrelsen 2010)

Både personal och anhöriga vittnar om att kontakten dem emellan blivit betydligt bättre tack vare bildandet av en specialiserad hemtjänstgrupp. Demensgruppens betydelse har här främst legat i att kontaktpersonens roll tydliggjorts och att kontinuiteten ökat. Den anhörige vet vem hon ska kontakta, och märker också att den som ger hjälpen verkligen känner hennes närstående, och att den närstående känner och tycker om sin personal.

Bidragande är sannolikt också en ökad säkerhet hos personalen i kontakten med anhöriga – vilket varit en viktig del i flera av de fortbildningar som anordnats inom ramen för projektet. Med en ökad kunskap om demenssjukdomar kan personalen också på ett bättre sätt förklara för anhöriga hur demenssjukdomen påverkar deras närstående.

Samverkan med och stöd till anhöriga bör bli en uttalad del av uppdraget till de specialiserade hemtjänstgrupperna, och beaktas när ersättningsnivån för att ge hemtjänst till en person med demenssjukdom beräknas.

Kompetens

I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom framhåller Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör ge personalen möjligheter till utbildning som är långsiktig, kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback. (Socialstyrelsen 2010)

Stimulansmedlen har i hög utsträckning använts just till kompetensutveckling. En fördel med den fortbildning som bedrivits är att den ofta getts till hela arbetslaget, och varit arbetsplatsnära. Utbildningen har gått hand i hand med praktiken. Det har inneburit att personalen kunnat känna igen sig, och omsätta kunskap i det egna arbetet. Detta har underlättats av att man endast arbetar med personer med demenssjukdom. Det har också underlättats av att hela arbetslagets kompetens höjts, vilket gör att de samtliga har ständigt kontakt med sina kollegor fördjupats, råden från kollegorna har blivit kunnigare.

Det finns dock anledning att notera att samtliga intervjuade framhåller att det är just de extra medlen som möjliggjort satsningen på kompetensutveckling. Alla är dock helt på det klara med att, som framhålls i riktlinjerna, utbildningen måste vara långsiktig. Man är aldrig klar.

Reflektion och handledning är vanligen bristvaror inom hemtjänsten. I stort sett alla de enheter som deltagit i projektet har, med egna resurser eller finansierat med stimulansmedel, erbjudit sin personal reflektion och/eller handledning. Det är dock osäkert i vilken utsträckning detta kommer att fortleva, i vart fall i den omfattning som varit under den tid enheterna haft stimulansmedel. Några planerar att glesa ut tiden för reflektion, men det kan innebära att reflektionen mister sin betydelse. Att arbeta med personer med demenssjukdom är svårt, och det uppstår ständigt situationer man behöver tala om. Det kan inte vänta en månad.

Kompetensutveckling kostar

I vilken mån kontinuerlig fortbildning, reflektion och handledning kan förverkligas inom den ordinarie budgeten behöver följas fortsättningsvis. De intervjuade enhetschefernas bedömning är att det inte med nuvarande ersättningsnivåer är möjligt att ge personalen fortbildning, handledning och tid avsatt för reflektion så som behövs för att en specialisering mot demens ska kunna fungera.

Kontinuitet och kontaktmannaskap

I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom framhåller Socialstyrelsen att all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbetssätt (Socialstyrelsen 2010).

Den personcentrerade omvårdnaden handlar om bemötande, att sträva efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes perspektiv, värna den demenssjukes självbestämmande och se den demenssjuke som samarbetspartner. Personalen ska försöka upprätta en relation till den demenssjuke (Socialstyrelsen 2010). Allt detta förutsätter att vårdbiträdet dels lär känna den äldre, dels att han/hon har den kunskap som krävs för att kunna förstå och tolka personen trots dennes demenssjukdom.

Att arbeta personcentrerat borde vara naturligt i all hemtjänst, för alla omsorgstagare. De enheter som format en specialiserad hemtjänstgrupp vittnar ganska så samstämt om att det dock med en traditionell organisering är svårt både att leva upp till kravet på kontinuitet, och att ha den kunskap som behövs för att ge ett bra och adekvat bemötande. Specialiseringen har inneburit en ökad medvetenhet om vikten av att begränsa antalet personal som hjälper den äldre, och medfört ett annat sätt att organisera arbetet. Att kunna schemalägga utifrån kontinuitet, med en tillräcklig flexibilitet för att kunna anpassa sig till sina omsorgstagares dagsform har visat sig möjligt och viktigt.

Genom en bättre kontinuitet och i flera enheter en mer strukturerad användning av genomförandeplaner och levnadsberättelser har personalen lärt känna omsorgstagaren bättre. Det uppstår dagligen situationer där personalen måste stödja den demenssjuke i vardagliga beslut; Vad ska jag äta? När? Vad ska jag ha på mig? När behöver jag duscha? Beslut som förutsätter en relation och kunskap om hur den äldre vill ha det. Något som i sin tur bara kan uppnås med en god personkontinuitet.

Summering

Definiera begreppet specialiserad hemtjänstgrupp

Det bör bli enklare för den enskilde att välja en specialiserad hemtjänstgrupp. Det bör vara självklart för biståndshandläggarna att informera om och vägleda den äldre till en sådan grupp, och på Jämför service bör de specialiserade grupperna enkelt kunna hittas. Det förutsätter att staden definierar vad som krävs för att få benämna sig specialiserad hemtjänstgrupp för personer med demenssjukdom.

En iakttagelse i denna studie är att det spretar gällande vad som beskrivs som en specialiserad hemtjänstgrupp. När staden framöver tydligare definierar begreppet specialiserad hemtjänstgrupp kan följande erfarenheter från denna studie sammanfattas som;

- Gruppen ska vara tydligt definierad och bör ha hela ansvaret, dygnet runt, för de som har en demenssjukdom.
- Gruppens personal ska ha utbildning motsvarande Socialstyrelsens rekommendationer gällande utbildning, SOSFS 2011:12, och ha/få fortbildning inom demensområdet.
- Gruppen ska ledas av en person med god kunskap om demenssjukdomar.
- Gruppen ska ha regelbunden handledning och tid avsatt för regelbunden reflektion.
- Gruppen ska prioritera kontinuitet hos omsorgstagaren, och använda genomförandeplaner och levnadsberättelser för planering och utvärdering av sitt arbete

Långsiktigt stöd för en fortsättning

Majoriteten av enheterna har för avsikt att fortsätta med demensgruppen eftersom enhetscheferna ser att det har ett så stort värde för omsorgstagarna att personalen får specialisera sig. Några avser att utöka för att alla deras omsorgstagare med demenssjukdom ska kunna få hjälp från en specialiserad hemtjänstgrupp. Ett par enheter hade för få omsorgstagare, och hade därför svårt att få underlag för en demensgrupp. Helhetsbedömningen är dock att allt talar för att en stor del av de grupper som nu kommit igång blir bestående.

Erfarenheterna från tidigare projekt där staden stött framväxt av specialiserade hemtjänstgrupper visar dock att dessa har svårt att överleva och utvecklas utan fortsatt stöd. Staden behöver vara uthållig i arbetet med att stödja arbetet med att forma specialiserade hemtjänstgrupper för personer med demenssjukdom.

Några slutsatser

Stadens satsning på att stimulera framväxten av specialiserade hemtjänstgrupper för personer med demenssjukdom har på kort tid gett resultat;

- 17 hemtjänstenheter – i stadens regi såväl som privata – har startat nya specialiserade hemtjänstgrupper med inriktning demens,
- de 10 enheter som redan hade en specialiserad grupp har stärkts,
- ytterligare tre hemtjänstenheter planerar att starta,
- medlen har gett ett kompetenslyft för personalen i demensgrupperna,
- medlen har möjliggjort för flera enheter att införa regelbunden tid för reflektion och handledning,
- medlen har stimulerat enheterna att se över sin organisation och förbättra kontinuiteten,

- arbetet har visat på vikten av biståndshandläggarnas roll att vägleda omsorgstagaren till en specialiserad grupp, och i sin bedömning kunna ge den tid som erfordras.

Tre av de ursprungligen 34 hemtjänstenheter som ansökte om stimulansmedel har gått samman med annan enhet som också har en specialiserad grupp. Endast en enhet har beslutat att inte starta en specialiserad hemtjänstgrupp.

Fortsatt uppföljning

Stockholms stads satsning på att stimulera till fler specialiserade hemtjänstgrupper för personer med demenssjukdom har inneburit att nya enheter startat, med olika förutsättningar och delvis olika sätt att organisera sig. Kunskapen är ännu för liten för att kunna uttala sig om vilken organisering som är bäst, och det är för tidigt att dra säkra slutsatser från de demensgrupper som nu erhållit stimulansmedel – flertalet har ännu hållit på för kort tid. För att förbättra kunskapen om vilka modeller som är bäst när det gäller hemtjänst för personer med demenssjukdom är det önskvärt med en fortsatt uppföljning.

REFERENSER

- Astvik W, Aronsson G (2000). Specialister eller generalister? arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst och boendestödsverksamhet; Stockholm Arbetslivsinstitutet serie Arbete och hälsa, 2000:2
- Broström L, Johansson M, (red) (2012) Ställföreträdarskap i vård och omsorg, Lund Gleerups 2012
- Henningson A, (2008), Utvärdering av projekt Specialistutveckling av vårdpersonal inom hemtjänsten vid fyra stadsdelar i Stockholm stad; Consider Consultans AB, Juni 2008
- Hjalmarsson I (2006) Demensteam, ett steg framåt. Stockholm Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2006:10
- KSL (2012) Samverkan vid vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt. Stockholm 2012
- Raune, I (2002) Erfarenhet räcker inte i krävande yrke, Stockholm, Äldre i Centrum 2002/2
- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Stockholm 2010.
- Sonde L (2010) För vems skull? Stockholm Svenskt demenscentrum 2010
- Stockholms stad (2012 a) Tjänsteutlåtande Inriktning av fördelning av medel för utveckling inom demensområdet, DNR 070101-61/2012
- Stockholms stad (2012 b) Startbidrag 2012 till specialiserade hemtjänstgrupper med inriktning mot personer över 65 år med demenssjukdom eller kognitiv funktionsnedsättning, DNR 070101-61/2012
- Åhsberg, E., Ingvad, B., Elmståhl, S., Ohlsson, A (2003) Särskilda team i hemtjänsten - Bättre än vanlig hemtjänst? Malmö FoU-enhet rapport 2003:5

Bilaga 1 Enkät

Övergripande uppgifter om hemtjänstenheten

1. Hemtjänstenhetens namn

.....

2. Namn på den som besvarar enkäten

.....

Titel.....Telefon

E-postadress

.....

3. Kommunal regi

Privat regi

4. Till vad har det beviljade stimulansbidraget använts?

Aktivitet	Summa

5. Inom vilket geografiskt område arbetar enheten?

6. Hur många hemtjänstkunder hade enheten totalt 2013-04-01?

7. Varav under 65 år?

8. Hur många av era kunder bedömer ni har en demenssjukdom eller kognitiv nedsättning?

9. Hur många hemtjänsttimmar utförde enheten totalt under mars 2013?

10. Har en specialiserad hemtjänstgrupp med inriktning mot demenssjuka startats?

Ja

Nej

Om ja; när startades den?

Om nej; vilken är orsaken till att en sådan grupp inte startats?

11. Planerar ni att starta en specialiserad hemtjänstgrupp?

Ja Nej

Om ja: När?

Om nej: varför inte?

Uppgifter om den specialiserade hemtjänstgruppens kunder

12. Antalet hemtjänstkunder som idag får hjälp av den specialiserade hemtjänstgruppen

13. Hur många hemtjänsttimmar per månad är dessa kunder beviljade sammanlagt (de timmar som är beräknade i biståndsbeslutet)?

14. Hur många av dessa kunder är ensamboende?

15. Hur många av dessa kunder är

65 – 74 år gamla?

75 – 84 år gamla?

85 år eller äldre?

Uppgifter om den specialiserade hemtjänstgruppens organisation

16. Hur är den specialiserade hemtjänstgruppen organiserad under dygnet och veckan?

Bemannad dygnet runt alla dagar

Bemannad dygnet runt vardagar

Bemannad dag och kvällstid alla dagar

Bemannad dag och kvällstid vardagar

Bemannad dagtid alla dagar

Bemannad dagtid vardagar

Ev kommentarer:

17. Om den specialiserade hemtjänstgruppen inte är bemannad dygnet runt alla dagar; Hur/av vem får hemtjänstkunderna med demenssjukdom sin hemtjänst de tider när/om gruppen **inte är bemannad**?

18. Händer det att annan personal än den som ingår i den specialiserade hemtjänstgruppen ger insatser till personer med demenssjukdom på tider då gruppen **är bemannad**? Välj bland nedanstående alternativ.

Nej

Ja, vid oplanerad frånvaro eller sjukdom

Ja, gruppen ingår i ett större arbetslag där alla kan ge insatser till personer med demenssjukdom

Ev kommentarer

Uppgifter om den specialiserade hemtjänstgruppens personal

19. Hur många personal ingår i den specialiserade hemtjänstgruppen?

Hur många årsarbetare motsvarar det?

20. Vilken grundutbildning har personalen i den specialiserade hemtjänstgruppen?

Högskoleutbildning, ange vilken utbildning samt antal personer:

Antal personer

Undersköterska (USK2 motsvarande minst 1250 gymnasiepoäng)

gymnasiepoäng)

Vårdbiträde (USK1 motsvarande minst 600

Ingen grundutbildning inom området äldreomsorg

21. Vilka påbyggnadsutbildningar inom demensområdet har personalen i den specialiserade hemtjänstgruppen?

Antal personer

Universitets - högskolekurser (minst 7,5 p)

Silviasyster

Kortare kurs på Silviahemmet

Annan speciell utbildning inom demensområdet
I så fall vilka och omfattning?

Ingen speciell påbyggnadsutbildning inom demensområdet

Uppgifter om den specialiserade hemtjänstgruppens arbetsätt

22. Vem är den specialiserade hemtjänstgruppens arbetsledare (funktion)?

23. Vid vilka tillfällen träffas den specialiserade hemtjänstgruppen?

24. Hur fördelas det dagliga arbetet i den specialiserade hemtjänstgruppen?

25. Vad innebär kontaktmannaskapet i den specialiserade hemtjänstgruppen? Beskriv!

26. Hur används genomförandeplanen i det dagliga arbetet? Beskriv!

27. Får den specialiserade hemtjänstgruppen handledning?

Ja Nej

Om ja; av vem (ex chef, extern handledare)?

Hur ofta?

Hur länge per gång?

Ev kommentarer

28. Har den specialiserade hemtjänstgruppen tid avsatt för reflektion?

Ja Nej

Om ja; vem leder reflektionen?

Hur ofta?

Hur länge per gång?

Ev kommentarer

Uppgifter om den specialiserade hemtjänstgruppens samverkan med biståndshandläggarna

29. Hur samverkar ni med biståndshandläggarna angående kunder som får insatser av den specialiserade hemtjänstgruppen?

Hur ofta?

Uppgifter om den specialiserade hemtjänstgruppens samverkan med primärvården

30. Hur samverkar ni med primärvården angående den specialiserade hemtjänstgruppens kunder?

Hur många vårdcentraler har ni regelbundna träffar med?

Hur ofta?.

Hur många rehabenheter har ni regelbundna träffar med?

Hur ofta?

31. Ev ytterligare kommentarer:

Tack för er medverkan!

Bilaga 2 Intervjuguider

Enhetschef

A. Hur har stimulansmedlen använts?

1. Vilka områden har medlen använts för?
2. Varför valdes just dessa områden/aktiviteter/utbildningar?
3. Vilka i demensgruppen har fått del av dem?
4. I vilken mån har stimulansmedlen varit avgörande för om dessa satsningar skulle kunna genomföras?
5. Vad är möjligt framöver utan stimulansmedel?

B. Beskriv organisationens betydelse för personal och anhöriga

1. Med ledning av enkätsvaret, delrapport och slutrapport få teamets organisation tydliggjord; t.ex
 - a) egen enhet eller del av en större enhet – får omsorgstagarna alla insatser från demensgruppen, eller också från andra i den större enheten? För och nackdelar?
 - b) 365-dagars och 24-timmars-ansvaret – hur? Hur påverkas kontinuitet, kompetens, informationsöverföring?

2. Hur används stödformer som
 - a) Reflektion
 - b)Handledning
 - c) Kontinuerlig kompetensutveckling
 - d) Ledarskap

Har du som chef kunnat se effekter av stimulansmedelssatsningen på

- i. hur demensgruppen samtalar om sitt arbete vid reflektionsmöten, handledning etc
 - ii. hur säker personalen känner sig i sitt arbete och mötet med omsorgstagare och deras anhöriga
 - iii. hur omsorgspersonalen klarar att individanpassa hjälpen
3. Hur klarar demensgruppen ett fungerande kontaktmannaskap och kontinuitet? Är det vanligt att gruppen behöver hantera larm när man är hos en omsorgstagare?
 - i. Har de stimulansmedelsfinansierade insatserna inneburit förändringar för hur gruppen organiserar arbetet, t.ex. val av kontaktperson och kontinuitet?
 4. Hur fungerar genomförandeplaner och annan dokumentation som verktyg för planering av det vardagliga arbetet och uppföljningen?

Har du som chef sett effekter på hur omsorgspersonalen använder sig av

- i. levnadsberättelse
 - ii. genomförandeplan
5. Former för samverkan med anhöriga
 6. Hur klarar man olika språk/kulturer?
 7. Samverkan med vårdgrannar, som
 - a) dagverksamhet,
 - b) korttidsboende,
 - c) distriktssköterska, husläkare, primärvårdsrehab, minnesmottagning
 8. Samverkan med biståndshandläggare – tar biståndshandläggaren tillräcklig hänsyn till de särskilda behov personer med kognitiv nedsättning har?
 9. Sammanfattande bedömning av om och i så fall hur insatserna till omsorgstagarna utvecklats.
 10. Planer för framtiden?

Vårdbiträden

Deltagarna beskriver sina roller i teamet

1. Hur används stödformer som
 - a) Reflektion –hur ofta, form, vad tar ni upp?
 - b)Handledning – när, hur, av vem?
 - c) Ledarskap – vem är er chef? Närhet?
 - d) Kontinuerlig kompetensutveckling?

Ser ni effekter av demensgruppen/stimulansmedelssatsningen på

 - i. hur ni i teamet samtalar om ert arbete vid reflektionsmöten, handledning etc
 - ii. hur säker ni känner er i ert arbete och mötet med omsorgstagare och deras anhöriga
 - iii. hur ni klarar att individanpassa hjälpen
2. Hur fungerar kontaktmannskapet?
 - i. har KM utvecklats genom start av demensgruppen (alternativt om gruppen funnits länge av de satsningar som gjorts med stimulansmedel)
3. Har kontinuiteten (antal personal som hjälper den äldre) förändrats genom inrättande av specialiserad hemtjänstgrupp? Hur och varför?

4. Har ni den tid som behövs hemma hos den äldre, och
5. slipper ni störningar i form av t.ex. att hantera larm när man är hos en omsorgstagare?
 - i. har insatserna med stimulansmedel/inrättande av demensgrupp inneburit förändringar vad gäller hur ni organiserar arbetet?
6. Hur fungerar genomförandeplaner och annan dokumentation som verktyg för planering av det vardagliga arbetet och uppföljningen?

Hur använder ni er av

 - i. Levnadsberättelse?
 - ii. Genomförandeplan?
 - iii. har inrättandet av demensgruppen (alternativt stimulansmedelsinsatserna) inneburit förändringar i hur ni dokumenterar och använder er av dokumentationen?
7. På vilka sätt har ni kontakt med anhöriga?
8. Har ni fått utbildning eller annat stöd för att ha kontakt med anhöriga?
9. Vilken kontakt/stöd från har ni med andra som ger vård och omsorg till era äldre, som
 - a) dagverksamhet,
 - b) korttidsboende,
 - c) distriktssköterska, husläkare,
 - d) primärvårdsrehab,
 - e) minnesmottagning
 - f) biståndshandläggare

Sammanfattande bedömning av om och i så fall hur insatserna till omsorgstagarna utvecklats.

Biståndshandläggare

Innebär inrättande av specialiserade hemtjänstgrupper en ambitionsökning avseende de insatser personer med demenssjukdom får? Om ja, på vilka sätt?

Innehållet i biståndsbeslutet:

Beviljas mer tid för personer som får insatser av en specialiserad grupp?

Skiljer biståndsbesluten i hur preciserade de är när insatsen utförs av en specialiserad grupp?

Finns det konflikter mellan ekonomi och behov att bevilja den tid som krävs för en personcentrerad vård?

Finns det svårigheter/hinder att lotsa den äldre till en kompetent utförare?

Hur samarbetar biståndshandläggarenheten och den/de specialiserade gruppen/grupperna?

Har ni som biståndshandläggare den kompetens som behövs för att bedöma behov och insatser hos en person med demenssjukdom?

Allt fler äldre med demenssjukdom eller andra kognitiva svårigheter bor kvar i det egna boendet så länge det går, ofta med stöd och hjälp från hemtjänsten. Behovet har blivit allt tydligare av en anpassad hemtjänst, som har både organisation och kompetens för att kunna ge det stöd som efterfrågas.

Stockholms stad har i en flerårig satsning avsatt medel för att stimulera framväxten av specialiserade hemtjänstgrupper med inriktning mot personer med demenssjukdom.

I denna rapport beskrivs effekterna av de stimulanspengar som fördelades under det första projektåret, 2012. Nya demensgrupper har startat och flera är på väg att starta. Intervjuer och enkätsvar visar på värdet av att specialisera sig. Kompetensen har höjts, kontinuiteten förbättrats, tid har satts av för handledning och reflektion. Enhetschefer, personal, anhöriga, alla är överens om att detta gjort skillnad.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings-och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // www.aldrecentrum.se