

# **Demensteamet i Gästrikland**

**- en utvärdering**

**Karin Tillberg Mattsson**

**FoU Rapport 2008:1**  
**FoU Välfärd vid Region Gävleborg**  
**[www.regiongavleborg.se](http://www.regiongavleborg.se)**  
**ISSN 1654-8272**

Grafisk form: Baringo reklam & kommunikation  
Tryck: Backman Info, Gävle

## Förord

I denna rapport redovisas resultaten av en utvärdering av Demensteamet i Gästrikland. Teamet startade år 2005 i form av ett samverkansavtal mellan de fyra kommunerna Gävle, Hofors, Ockelbo och Sandviken samt Primärvården Gästrikland och Gävle sjukhus. I teamet, som arbetar konsultativt gentemot kommun- och landstingsanställd personal i Gästrikland, finns arbetsterapeuter, biståndshandläggare och sjuksköterskor.

Förslaget att utvärdera teamet kom ursprungligen från Närvård X, en samordningsgrupp på tjänstemannanivå i Gävleborgs län med uppdrag att stärka samverkan mellan kommunerna och landstinget. Arbetet med utvärderingen har bedrivits inom ramen för det av Socialstyrelsen finansierade NÄX-projektet (Närvård Äldre X-län), i vilket FoU Valfärd (tidigare X-Fokus) vid Region Gävleborg samarbetat med FoU-Forum vid Landstinget Gävleborg och Högskolan i Gävle.

Många personer har på olika sätt bidragit till rapporten. Medlemmarna i Demensteamet i Gästrikland och dess ledningsgrupp har på ett engagerat sätt delat med sig av sina kunskaper och erfarenheter samt gett konstruktiva synpunkter på utkastet till denna rapport. Cathrine Ugglan vid FoU Valfärd har bearbetat och analyserat enkätdata från teamets studiecirkel. Hon har även skrivit ut bandade intervjuer samt bearbetat diagram och redigerat denna rapport. Åsa Sundström vid FoU Valfärd har bearbetat underlag för muntlig presentation av rapporten. Annika Almqvist vid FoU Valfärd liksom Inga Michaeli vid Dalarnas Forskningsråd har gett värdefulla synpunkter på tidigare rapportversioner. Johnny Haraldsson vid Region Gävleborg och Agneta Brinne vid Landstinget Gävleborg har administrerat NÄX-projektet, inom vilket arbetet med utvärderingen bedrivits. Ett varmt tack till er alla!

Karin Tillberg Mattsson  
Forskningsledare  
FoU Valfärd vid Region Gävleborg

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	<b>5</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>7</b>
1.1 Demensteamet i Gävle	7
1.2 Demensteamet i Gästrikland	9
<b>2. Utvärderingens syfte och frågeställningar</b>	<b>11</b>
<b>3. Utvärderingens tillvägagångssätt</b>	<b>12</b>
<b>4. Teamets insatser</b>	<b>15</b>
4.1 Operativa och strategiska insatser	15
4.2 Teamets bidrag till ordinarie demensvård	17
4.3 Kunskapsförmedling med betoning på bemötande och arbetsterapi	19
<b>5. Samverkan inom teamet och mellan ordinarie vårdgivare</b>	<b>22</b>
5.1 Att samarbeta i team	22
5.2 Teamet som brobyggare mellan professioner och huvudmän	24
5.3 Hela Gästrikland eller bara den egna kommunen som arbetsfält?	25
<b>6. Teamets avnämare</b>	<b>27</b>
6.1 Insatser i Västra Gästrikland dominerar	27
6.2 Främst stöd till högre utbildade yrkesgrupper	28
<b>7. Förbättringsbehov inom den ordinarie demensvården</b>	<b>32</b>
7.1 Långt till den ideala demensvården	32
7.2 Systemfel och framgångsfaktorer	33
<b>8. Diskussion</b>	<b>34</b>
<b>9. Referenser</b>	<b>36</b>
<b>Bilagor</b>	
1. Dokumentationsmall	37
2. Intervjufrågor till Demensteamets medlemmar	38
3. Intervjufrågor till Demensteamets ledningsgrupp	40
4. Enkät till deltagarna i studiecirkel i demensvård	41

## Sammanfattning

För att tillgodose behoven hos demenssjuka personer och deras närstående under hela sjukdomsutvecklingen krävs samverkan mellan olika professioner och huvudmän. Socialdepartementet har gjort en nationell kartläggning som visar att generellt sett finns stora brister i samverkan, planering och vårdprocesser inom demensvården.<sup>1</sup> I regioner där specialutbildad personal, såsom demenssjuksköterskor, och/eller demensteam finns, är förutsättningarna för en god demensvård bättre. Endast 7,5 % av kommunerna i riket hade dock enligt kartläggningen demensteam som drevs gemensamt med landstinget. *Demensteamet i Gästrikland* är ett av dessa. Det startade år 2005 i form av ett samverkansavtal mellan de fyra kommunerna Gävle, Hofors, Ockelbo och Sandviken samt Primärvården Gästrikland och Gävle sjukhus. Det här teamet har inga egna patienter/brukare, utan arbetar *konsultativt* gentemot kommun- och landstingspersonal i hela landskapet. I teamet arbetade vid tidpunkten för utvärderingen åtta personer, varav fem kommunanställda (tre biståndshandläggare och två sjuksköterskor) och tre landstingsanställda (två arbetsterapeuter vid primärvården och en sjuksköterska vid Gävle sjukhus).

Motivet till att teamet arbetar konsultativt är de erfarenheter som gjordes i ett tidigare projekt, Demensteam Gävle, som pågick åren 2001-2004. I projektet, där Gävle kommun, Primärvården Gästrikland och Gävle sjukhus samverkade, testades olika modeller för samverkan i vård- och omsorgsprocessen runt demenssjuka. Slutsatsen var att det parallella arbetet med råd och stöd till personalen i enskilda ärenden gav den allra största effekten för demenssjuka och närstående. Genom projektet framkom vidare att behovet av stöd till personal som möter demenssjuka är stort, såväl i kommun som i landsting. Med utgångspunkt i de erfarenheter som gjorts under projekttiden för Demensteam Gävle, beslöts att utvidga teamet geografiskt och integrera det i ordinarie verksamheter inom respektive huvudmannaskap under namnet Demensteamet i Gästrikland.

Inom ramen för föreliggande utvärdering av Demensteamet i Gästrikland gjordes en kartläggning av teamets insatser under perioden oktober 2006 till och med februari 2007. De flesta av teamets 209 insatser var *operativt konsultativa*. Det innebär att teamet arbetar parallellt med ordinarie vårdgivare i enskilda ärenden. Till exempel kan teamet träffa en personalgrupp på ett särskilt boende för att ge stöd och råd i handhavandet av en orolig pensionär. Ungefär en tredjedel av teamets insatser var *strategiskt konsultativa*, det vill säga handlade om fortbildning och verksamhetsutveckling. Studiecirklar riktade till kommunanställd personal dominerade bland de strategiska insatserna, men även insatser för att förbättra rutiner och arbetsplanering hos personalgrupper vid särskilda boenden förekom.

Utifrån intervjuer med medlemmar i teamet och dess ledningsgrupp har fem viktiga egenskaper hos teamet utkristalliserats. Dessa egenskaper är centrala för teamets funktion och dess bidrag till ordinarie vårdgivare. Teamet ger utrymme för reflektion samt bekräftelse; är flexibelt och kan rycka ut med kort varsel; kommer utifrån och kan vara ”obekväma”; har spetskunskap och kännedom om specialfall; omvärldsbevakar och sprider kunskapen vidare.

Tidigare forskning har visat att samverkan mellan huvudmän och professioner är svårt och att många samverkansprojekt havererar. I Demensteamet i Gästrikland fungerar samarbetet väl, mycket tack vare att redan under tiden för projektet i Gävle kom skillnader i synsätt och tradition i dagen, diskuterades och klargjordes. Tre av de åtta teammedlemmarna var med

---

<sup>1</sup> Socialdepartementet (Ds 2003:47).

redan under projekttiden och hade därmed erfarenhet av att ”tackla” professions- och kultur-  
skillnader. Denna erfarenhet bidrog till att samarbetet i det nya, geografiskt och personmässigt  
utvidgade teamet, fungerat väl redan från början.

Teamet har en viktig roll som brobyggare mellan professioner och huvudmän i Gästrikland.  
De flesta av teamets insatser initieras genom att någon från den ordinarie demensvården tar  
kontakt med en teammedlem som har samma huvudman och även profession. Efter denna  
första kontakt involveras i ungefär hälften av fallen någon teammedlem med annan huvudman  
och profession. Dessutom förmedlar teamet många kontakter mellan ordinarie vårdgivare,  
särskilt när någon från landstinget hör av sig till teamet.

Medan de landstinganställda teammedlemmarna har hela Gästrikland som arbetsfält, visade  
det sig att de kommunanställda nästan uteslutande arbetar inom sin egen kommun. Av  
intervjuerna och träffarna med teamet och dess ledningsgrupp framkom att vissa tar för givet  
att alla kommunanställda teammedlemmar bara ska arbeta i sin egen kommun, medan andra  
menar att själva tanken med ett gästriketeam är att alla ska arbeta över kommungränserna.

De flesta av teamets insatser skedde i västra Gästrikland. Sandvikens och Hofors kommuner  
samt primärvården i Sandviken kontaktade teamet flitigast. Totalt blev teamet kontaktat av en  
kommunanställd i 104 fall och av någon från landstinget i 69 fall.

De yrkesgrupper som totalt sett initierade de flesta kontakter med teamet var biståndshand-  
läggare och kommunalt anställda sjuksköterskor. Från landstingssidan kontaktade oftast  
arbetsterapeuter, i andra hand sjuksköterskor från primärvården och i tredje hand läkare från  
Geriatriska kliniken teamet. Flera andra yrkesgrupper liksom anhöriga involverades ofta efter  
att en första kontakt väl tagits. Men påfallande är att undersköterskor och vårdbiträden relativt  
sällan direkt berördes av teamets insatser. När så skedde, var det på särskilda boenden eller på  
daglig verksamhet för dementa och inte inom hemtjänsten.

Enligt samverkansavtalet ska teamet ”genom tidiga och samlade insatser tillsammans med  
ordinarie vårdgivare kunna möta den demenssjuke och dennes närståendes behov”. Utvär-  
deringen har visat att teamet i sina operativa insatser oftast kommer in vid speciellt svåra  
ärenden och vid långt framskriden demens. Av intervjuerna framgår att man tycker detta är ett  
bra sätt att utnyttja teamets kompetens, men att man också gärna skulle kontaktas i tidigare  
skeden för att kunna ge tips och råd för ett tryggare och längre kvarboende hemma.

Teamet ska enligt avtalet inte arbeta direkt gentemot enskilda anhöriga, utan parallellt med  
ordinarie vårdgivare. En fjärdedel av teamets operativa insatser utgörs dock av direkt-  
kontakter med enskilda anhöriga eller patienter, där ordinarie vårdgivare oftast inte är med. I  
intervjuerna framhålls att ordinarie vårdgivare ofta har brist på både kunskap och tid för att  
bemöta de anhörigas stora stödbehov. De flesta andra demensteam i landet har anhörigstöd  
som en av sina arbetsuppgifter.

Flera av de intervjuade framhåller att hemtjänstpersonal generellt sett har mindre kunskap om  
demens och mindre stöttning i sitt arbete än de som arbetar på särskilda boenden. Ändå  
riktade teamet endast få insatser till hemtjänstpersonal. Detta i sin tur speglar att teamet har en  
renodlat konsultativ roll, det vill säga de flesta insatser initieras genom att ordinarie vård-  
givare hör av sig till teamet. En möjlig utvecklingsväg skulle kunna vara att teamet får mandat  
att spela en mer aktiv, uppsökande roll i kunskapsspridningen och i skapandet av större  
kontinuitet och kvalitet i demensvården.

# 1. Inledning

Sveriges befolkning åldras allt mer och i takt med detta ökar också andelen kroniskt sjuka personer. De demenssjuka utgör en stor grupp bland dessa; år 2005 antogs cirka 142 000 personer i landet vara dementa.<sup>2</sup> Medan antalet demenssjuka växt snabbt under de senaste decennierna, är ökningstakten för närvarande ganska långsam. Efter år 2020, när antalet personer som är äldre än 80 år beräknas öka kraftigt, väntas dock även antalet demenssjuka göra det.

Från nationellt håll lyfts fram att en medveten planering och strategi för hur demenssjuka och deras anhöriga ska bemötas och stödjas under hela sjukdomsutvecklingen måste ske i samverkan mellan huvudmännen.<sup>3</sup> Demenssjukdomen har en komplex sjukdomsbild och för att uppnå en god demensvård krävs flera olika professioners kompetenser. Medicinska insatser och social omvårdnad måste gå hand i hand. Vikten av att arbeta i mångprofessionella team poängteras. Samtidigt framhålls att det finns stora brister i samverkan, planering och vårdprocesser i demensvården. I regioner där specialutbildad personal, såsom demenssjuksköterskor, och/eller demensteam finns, är förutsättningarna för en god demensvård bättre.<sup>4</sup>

## 1.1 Demensteamet i Gävle

*”...Vi har lärt oss att samverkan inte är lätt, inte i början i alla fall. Man måste stöta och blöta och man måste gå in och ta fajterna, för annars blir det ingen riktig samverkan. Men när man väl har gjort det, så är det ganska skönt att se hur det ändå kan fungera...”*

*(medlem i ledningsgruppen för demensteamet)*

Mot bakgrund av behovet av en förbättrad samverkan över huvudmänna- och professionsgränser inom demensvården, initierade Gävle kommun, Primärvården Gästrikland och Gävle sjukhus projektet ”Demensteam Gävle” hösten 2001.<sup>5</sup> Projektet pågick i tre år och syftade till att utarbeta fungerande modeller för samverkan i vård- och omsorgsprocessen runt den demenssjuke och dennes närstående.

Demensteamet i Gävle bestod av en arbetsterapeut från primärvården, en biståndshandläggare från kommunen och en sjuksköterska från Geriatriska kliniken demensenhet vid sjukhuset i Gävle. Teamet samverkade med och gav konsultativt stöd till kommunens och landstingets personal i demensfrågor. Teamet hade alltså inga egna patienter/brukare som de ansvarade för, utan arbetade parallellt med ordinarie vårdgivare i enskilda ärenden (så kallat *operativt konsultativt* arbete). Därutöver arbetade det *strategiskt konsultativt*, nämligen med utbildningar för att höja kompetensen bland personalen och med att till exempel få fram rutiner och riktlinjer till gagn för en bättre demensvård samt bilda riktade demensgrupper inom hemtjänsten.

---

<sup>2</sup> Socialstyrelsen (2007).

<sup>3</sup> Socialdepartementet (Ds 2003:47).

<sup>4</sup> Socialdepartementet (Ds 2003:47), s 197.

<sup>5</sup> Landstinget Gävleborg och Gävle kommun (2004), s 3.

Förutom det fortlöpande konsultativa arbetet fick demensteamet i uppdrag att testa några specifika modeller för samverkan inom demensvården. Totalt blev det fyra modeller som kom att utformas, prövas kliniskt och utvärderas.<sup>6</sup>

a) *strukturerade teamträffar mellan kommun och landsting*

Syftet med denna modell var att skapa ett forum där olika vårdgivare, såsom vårdbiträden i hemtjänsten, distriktsarbetsterapeut, distriktssköterska och biståndshandläggare träffas för att gemensamt planera och lösa problem kring enskilda personer med demensproblematik. Modellen testades i ett hemtjänstdistrikt i Gävle kommun. Mötesformen fortsatte även efter att modellen utvärderats och spreds till andra delar inom kommunen.

b) *studiecirkel som fortbildningsform*

Demensteamet i Gävle arbetade fram ett studiematerial för en studiecirkel och fungerade också som cirkelledare. Målgrupperna var personal inom kommunens dagverksamheter och riktade demensgrupper inom hemtjänsten samt handläggare och enhetschefer.

c) *teamförstärkning inom befintlig specialistverksamhet*

Syftet med denna modell var att arbeta fram rutiner och arbetssätt för en ökad samverkan i demensutredningarna vid Geriatriska klinikkens demensenhet. Demensteamet förstärkte det befintliga teamet vid demensenhetens mottagning med sjuksköterska, arbetsterapeut och biståndshandläggare. De båda senare professionerna hade inte tidigare funnits vid demensenheten. Modellen resulterade dock inte i det mer utåtriktade arbetssätt som avsetts.

d) *modell för distriktssköterskans arbete*

Demensteamet arbetade fram lokala riktlinjer i omhändertagandet av dementa för distriktssköterskorna på en hälsocentral i Gävle. Teamets sjuksköterska fanns även på plats under en längre tid för att ge distriktssköterskorna där stöd i ärenden med demensproblematik samt arbeta fram en checklista för arbetet med demenssjuka.

En viktig slutsats från projektet Demensteam Gävle var att det parallella arbetet med råd och stöd till personalen i enskilda ärenden, alltså *inte* de ovan beskrivna testade modellerna, bedömdes ge den största och direkta effekten för demenssjuka och närstående.<sup>7</sup> När teamet följde med på hembesök innebar detta oftast att fler yrkesroller tillkom, vilket gav bedömningen och insatserna ett vidare perspektiv. Teamet hade en hög tillgänglighet, vilket betydde att åtgärder kunde sättas in med kort varsel. Tillsammans med ordinarie vårdgivare kunde teamet skapa individuella, flexibla och ibland otraditionella lösningar för den enskilde demenssjuke.

I slutrapporten från projektet Demensteam Gävle konstateras att samverkan mellan olika professioner krävs för att tillgodose behoven hos demenssjuka personer och deras närstående.<sup>8</sup> Arbetsmetoderna i denna samverkan bör grundas på såväl operativt konsultativt som strategiskt konsultativt arbete. Det stora behovet av stöd som finns bland personal i såväl kommun som landsting talar för ett centralt konsultativt team. I rapporten föreslår man att teamet utvidgas geografiskt, det vill säga med ett Gästriklandsperspektiv.

---

<sup>6</sup> Landstinget Gävleborg och Gävle kommun (2004).

<sup>7</sup> Landstinget Gävleborg och Gävle kommun (2004), s 24.

<sup>8</sup> Landstinget Gävleborg och Gävle kommun (2004), s 32.



## 1.2 Demensteamet i Gästrikland

Med utgångspunkt i de erfarenheter som gjorts under projektiden för Demensteam Gävle, 2001-2004, beslöts att utvidga teamet geografiskt och integrera det i ordinarie verksamheter inom respektive huvudmannaskap under namnet *Demensteamet i Gästrikland*. Detta team startade 1/7 2005 i form av ett samverkansavtal mellan social-/omvårdnadsförvaltningarna i de fyra kommunerna i landskapet Gästrikland (Gävle, Hofors, Ockelbo och Sandviken), Primärvården Gästrikland samt Gävle sjukhus. Gävle är med sina drygt 90 000 invånare den största kommunen i landskapet (se Figur 1). I Sandviken bor cirka 37 000 personer, medan Hofors har ungefär 10 000 invånare och Ockelbo 6 000.

Målet för samverkansavtalet för Demensteamet i Gästrikland är att ”i samverkan bidra till ett optimalt omhändertagande av demenssjuka och deras närstående samt ökad kunskap om demenssjukdom bland landstingets och kommunens personal.”<sup>9</sup> Syftena med avtalet är, i förkortad form, att utifrån en bestämd samverkansmodell tillgodose rätt diagnos och vård, att göra tidiga och samlade insatser tillsammans med ordinarie vårdgivare, att det konsultativa arbetssättet ska vara ett lärande i samverkan och att utvecklingen inom demensområdet ska spridas och komma till praktisk användning.



Figur 1: Gästrikland har fyra kommuner: Gävle, Sandviken, Hofors, Ockelbo

Av handlingsplanen<sup>10</sup> framgår att detta team, precis som teamet i det tidigare projektet i Gävle, fått i uppdrag att arbeta dels *konsultativt operativt*, det vill säga parallellt med ordinarie vårdgivare i enskilda ärenden, dels *konsultativt strategiskt*, med fokus på fortbildning och verksamhetsutveckling. Däremot har detta team *inte* fått i uppdrag att testa eller aktivt sprida några specifika modeller för samverkan i demensvården, till exempel den ovan beskrivna modellen för distriktssköterskans arbete. Demensteamet i Gästrikland har därmed fått en mer renodlad konsultativ roll, där insatserna utgår ifrån de behov som enskilda ordinarie vårdgivare uttrycker.

<sup>9</sup> Samverkansavtal Demensteam i Gästrikland.

<sup>10</sup> Handlingsplan Demensteam i Gästrikland. Bilaga till samverkansavtalet.

I samverkansavtalet specificeras vilka professioner var och en av de sex parterna ska bidra med till teamet, och i vilken omfattning:

- \* Geriatriska kliniken vid Gävle sjukhus: sjuksköterska 100 %
- \* Primärvården Gästrikland: arbetsterapeut 100 %
- \* Omvårdnad Gävle i Gävle kommun: biståndshandläggare 100 %
- \* Socialkontoret i Sandvikens kommun: 25 % biståndshandläggare och 25 % sjuksköterska
- \* Socialtjänsten i Ockelbo kommun: kontaktperson
- \* Vård och omsorg i Hofors kommun: kontaktperson

Ledningsgruppen för teamet består av olika chefsfunktioner från de fyra kommunernas äldreomsorg, chefen för primärvårdens arbetsterapeuter samt chefen för Geriatriska kliniken. Teamet har ingen chef, utan teammedlemmarna turas om att vara samordnare. Denna har ansvaret för att dokumentera arbetet och vara en länk till ledningsgruppen.

Medan projektet ”Demensteamet i Gävle” bestod av fyra personer, arbetar åtta i ”Demenssteamet i Gästrikland”.<sup>11</sup> Antalet olika professioner är dock detsamma (biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut). Tre av medlemmarna i det tidigare Demenssteamet i Gävle ingår idag i Demenssteamet i Gästrikland. Övriga personer är nytillkomna. Teammedlemmarna är inte samlokaliserade fysiskt, utan var och en är placerad hos sin huvudman, där också respektive chef finns.

Medan sjuksköterskan som profession framför allt har kunskap om demenssjukdomens förlopp och symptom, är arbetsterapeuten specialiserad på att bedöma funktionstillståndet och på att få vardagen att fungera praktiskt. Biståndshandläggaren har kunskap om utredning och beslut om kommunalt bistånd till den demenssjuke och dennes anhöriga enligt Socialtjänstlagen.

Hur vanlig är då denna typ av demenssteam, nationellt sett? Enligt en rapport från Socialdepartementet hade år 2002 35 % av kommunerna i landet tillgång till någon form av demenssteam, varav de flesta dock var landstingsdrivna.<sup>12</sup> Endast 7,5 % av kommunerna drev demenssteam gemensamt med landstinget. I dessa gemensamma team fanns vanligen sjuksköterska, läkare och arbetsterapeut. Demenssteamet i Gästrikland utmärker sig alltså här med en tydligare kommunal förankring, genom att läkarprofessionen inte finns representerad men däremot biståndshandläggaren.

Av Socialdepartementets rapport framgår vidare att de allra flesta demenssteam, såväl kommunala, landstingsdrivna som gemensamma, arbetar med anhörigstöd.<sup>13</sup> De flesta stödjer och utbildar också ordinarie personal. De kommunala och gemensamma teamen deltar vidare ofta i biståndsbedömningar och vårdplanering, fungerar som länk mellan olika vårdnivåer samt deltar i eller utför demensutredningar. Knappt hälften ansvarar också för praktiskt omvårdnadsarbete i hemtjänst eller på dagvård. Bland de landstingsdrivna demenssteamerna gör de flesta själva demensutredningar. Av Socialdepartementets sammanställning framgår inte tydligt hur vanligt det är att demenssteamerna har egna patienter/brukare som de ansvarar för, respektive arbetar konsultativt gentemot ordinarie vårdgivare. Eftersom många av teamen arbetar med anhörigstöd, utför demensutredningar eller ansvarar för praktiskt omvårdnadsarbete, verkar dock det operativa inslaget sammantaget vara stort. Demenssteamet i Gästrikland utmärker sig här genom sin renodlat konsultativa roll, där uppdragets fokus är stöd till personalen, inte till enskilda personer med demens eller till anhöriga.

<sup>11</sup> Under våren 2007 tillkom ytterligare en teammedlem, en biståndshandläggare i Hofors kommun.

<sup>12</sup> Socialdepartementet (2003:47), s 188ff.

<sup>13</sup> Socialdepartementet (2003:47), s 189.

## 2. Utvärderingens syfte och frågeställningar

Att demensteamets arbete skulle utvärderas fanns inskrivet redan i handlingsplanen. Till X-Fokus förmedlades förfrågan om utvärdering via Närvård X, en samordningsgrupp på högre tjänstemannanivå med uppdrag att stärka samverkan mellan kommuner och landsting i Gävleborgs län inom ramen för närvård. Även demensteamets ledningsgrupp efterfrågade en utvärdering.

När jag träffade teamet och dess ledningsgrupp första gången i maj 2006, framhöll flera att från politiskt håll betonas starkt att *samverkan* ska förbättras. Däremot finns inte så stor kunskap om vari samverkan konkret kan och ska bestå. Teamet och ledningsgruppen var överens om att såväl tjänstemän som politiker behöver få mer vetskap om förutsättningarna för teamarbete. Vilka är för- och nackdelarna med att samverka på detta sätt i ett team? Vad tillför teamet, som inte ordinarie verksamhet kan klara ändå? Ledningsgruppen uttryckte också att i förlängningen vore det intressant att få veta om detta sätt att arbeta på kan vara en modell för verksamhetsutvecklingen även på andra områden inom närvården.

Efter ytterligare diskussioner med teamet och dess ledningsgrupp formulerades fyra delsyften för utvärderingen av Demensteamet i Gästrikland:

- att dokumentera teamets verksamhet
- att analysera teamarbetet som arbetsmodell
- att undersöka hur teamets insatser värderas av dem som insatserna riktas mot
- att undersöka eventuella hinder för teamets insatser

Dessa frågeställningar avser utvärderingen besvara:

- Vilka typer av insatser gör teamet?
- Hur ser fördelningen av teamets insatser ut (geografiskt; huvudmannamässigt; professionsmässigt)?
- Vad karakteriserar samverkan inom teamet respektive med avnämare?
- Vad tillför teamet, som inte ryms inom den ordinarie demensvården?
- Hur uppfattar avnämare teamets insatser?

Målen för samverkansavtalet är svåra att operationalisera. Det går knappast att mäta i vilken grad teamet lyckas bidra till ett optimalt omhändertagande av demenssjuka, eller huruvida landstingets och kommunens personal generellt fått ökad kunskap genom dess insatser. Undersökningen av demensteamet är därför ingen regelrätt utvärdering med avseende på målluppfyllelse. Däremot är *intentionerna* med bildandet av teamet, som de kommer till uttryck i avtalet men också i handlings- samt verksamhetsplanen utgångspunkter när jag diskuterar svaren på frågeställningarna.

### 3. Utvärderingens tillvägagångssätt

Utvärderingen är formativ snarare än summativ, det vill säga den har i första hand till uppgift att stödja och utveckla en pågående verksamhet och inte att i efterhand bedöma slutförda insatser.<sup>14</sup> Utvärderingen är vidare av främjande snarare än kontrollerande karaktär.<sup>15</sup> Det innebär att den i första hand är tänkt att bidra till förståelse av teamets brister och fördelar och därmed i förlängningen till förbättring av sättet att arbeta. Utvärderingens resultat är tänkta att gagna teamet självt i sin verksamhetsutveckling, men också vara ett underlag för ansvariga chefers och politikernas planering och beslut.

Under hela utvärderingsarbetet har jag kontinuerligt haft kontakt med teamet och ledningsgruppen och deltagit i flera träffar. Jag har då presenterat delresultat som vi gemensamt diskuterat. Efter att team- och ledningsgruppsmedlemmarna framfört synpunkter och förtydliganden har jag reviderat rapporten.

Utvärderingen har bestått av tre metoder. För att besvara frågeställningarna om vilka insatser teamet gör, till vilka dessa riktas och om hur samverkan sker, har en *dokumentation* av teamets insatser analyserats. Under hösten 2006 arbetade jag i samråd med teammedlemmarna fram en mall för dokumentationen (se Bilaga 1). Den användes från och med oktober 2006. Därefter sammanställdes och analyserades dokumentationen från fem månader, oktober 2006 till och med februari 2007.

I dokumentationen registrerade teammedlemmarna samtliga ärenden.<sup>16</sup> Ett ärende kan bestå av flera insatser. Till exempel kan en biståndshandläggare i teamet ha kontaktats per telefon av en LSS-handläggare i sin kommun som behöver råd och stöd därför att boendesituationen för en ung man med utvecklingsstörning och demens blivit problematisk. Teamets biståndshandläggare gör några dagar senare tillsammans med en av teamets arbetsterapeuter ett hembesök hos mannen. De träffar också några ur personalen på gruppboendet där mannen bor. De ger tips och råd om bemötande och hjälpmedel. Ett av resultaten med besöket blir att ett dörlarm installeras. Teamets biståndshandläggare följer ett par veckor senare upp ärendet genom telefonkontakt med enhetschefen för gruppboendet. Detta ärende kom alltså att bestå av tre insatser, varav två telefonkontakter och ett hembesök.

För varje ärende dokumenterades om det initierats av någon i teamet eller av någon utifrån och i så fall av vem (huvudman, arbetsställe och befattning). För varje enskild insats dokumenterades vilka teammedlemmar som var inblandade, vilken typ av insats (till exempel studiecirkel, konsultation eller marknadsföring) det rörde sig om och i vilken form (till exempel hembesök, arbetsplatsbesök eller telefon<sup>17</sup>) insatsen skedde. Varje insats beskrevs också kort till innehållet, till exempel ”planering och diskussion i personalgrupp om framtida rutiner på demensavdelning”. Vidare angavs för varje insats vilka teamet hade kontakt med, förutom den som initierade ärendet. Till exempel kan en distriktssköterska först ha kontaktat teamet och senare träffat teamet även en arbetsterapeut från primärvården, en biståndshandläggare och anhöriga.

---

<sup>14</sup> Jerkedal, Åke (2005), s 34.

<sup>15</sup> Vedung, Evert (1998), s 97 ff.

<sup>16</sup> Om flera teammedlemmar var inblandade i ett ärende, utsåg de en person som skulle fylla i alla uppgifter om ärendet.

<sup>17</sup> Vid en första diskussion med teammedlemmarna kring den preliminära sammanställningen av dokumentationen framkom att kontakter per e-post ibland skett under ett ärende, men knappast utgjort den enda insatsformen. E-post-kontakter har inte tagits upp i dokumentationen.

Den andra metoden som tillämpats i utvärderingen är *intervjuer* med tre teammedlemmar och två ur ledningsgruppen. Intervjuerna syftade till att få kunskap om hur dessa personer upplever för- och nackdelarna med teamarbetet, om hur de ser på teamets relation till ordinarie verksamhet samt dess uppdrag och mandat. Indirekt kunde intervjuerna också ge viss kunskap om hur avnämare uppfattar teamets insatser. Intervjuerna var kvalitativa och halvstrukturerade, det vill säga de utgick från en intervjuguide (se Bilaga 2 och 3) men utrymme fanns att ställa följdfrågor och att fördjupa sig i frågor som jag upplevde att den intervjuade tyckte var speciellt viktiga. Intervjuerna, som genomfördes mellan februari och april 2007, var enskilda och pågick i mellan 50 minuter och 1,5 timmar. De bandades, skrevs ut ordagrant och analyserades.

Den tredje och sista metoden som använts är en *enkätundersökning* riktad till deltagarna i fyra studiecirkel som teamet genomförde våren 2007. Deltagarna var totalt 34 undersköterskor och vårdbiträden vid två demensboenden samt en dagverksamhet. Enkätstudien bidrar till kunskap om hur avnämare uppfattar teamets insatser. Frågorna handlade om hur deltagarna värderade studiecirkeln (se Bilaga 4).

Frågeställningen om hur avnämare uppfattar teamets insatser var från början tänkt att besvaras även genom enkäter eller intervjuer med slumpvis utvalda potentiella avnämare, till exempel chefer för hälsocentraler eller enhetschefer inom äldreomsorgen. Men bland annat eftersom det framkom att avnämare ofta inte ser personer i teamet som just "företrädare för demens-teamet" utan helt enkelt som enskilda kunniga personer att kontakta vid behov, har ingen sådan delstudie gjorts. Tidsbrist är ytterligare ett skäl.

När utvärderingen av teamet påbörjades hösten 2006 hade de faktiska insatserna kommit att avvika en del från vad som anges i avtalet. Biståndshandläggaren i Gävle arbetade då och under hela den undersökta perioden endast 50 % (se Figur 2). Vid teamets start hade ingen av kontaktpersonerna i Hofors (en sjuksköterska) respektive i Ockelbo (en biståndshandläggare) formellt någon tid avsatt för att arbeta i teamet. Innan utvärderingen påbörjades hade dock sjuksköterskan i Hofors börjat använda 25 % av sin arbetstid i teamet. Biståndshandläggaren i Ockelbo fortsatte som enbart kontaktperson.

**Ockelbo kommun:**  
1 kontaktperson  
(biståndshandläggare)

**Gävle kommun:**  
1 biståndshandläggare  
50 %

**Sandvikens kommun:**  
1 sjuksköterska 25 %  
1 biståndshandläggare 25 %

**Gävle sjukhus:**  
1 sjuksköterska 100 %

**Hofors kommun:**  
1 kontaktperson  
(sjuksköterska) 25 %

**Primärvården Gästrikland:**  
2 arbetsterapeuter  
50 % vardera

*Figur 2: Dementsteamets bemanning under den undersökta perioden oktober 2006-april 2007*

## 4. Teamets insatser

Under de fem undersökta månaderna gjorde teamet ungefär dubbelt så många insatser som ärenden (se Figur 3). De flesta ärenden, 69 stycken, bestod endast av en insats och resten av två eller fler insatser.

• Totalt antal ärenden oktober 2006 till och med februari 2007:	<b>109 stycken</b>
• Totalt antal insatser:	<b>209 stycken</b>

Figur 3: Demensteamets antal ärenden och insatser

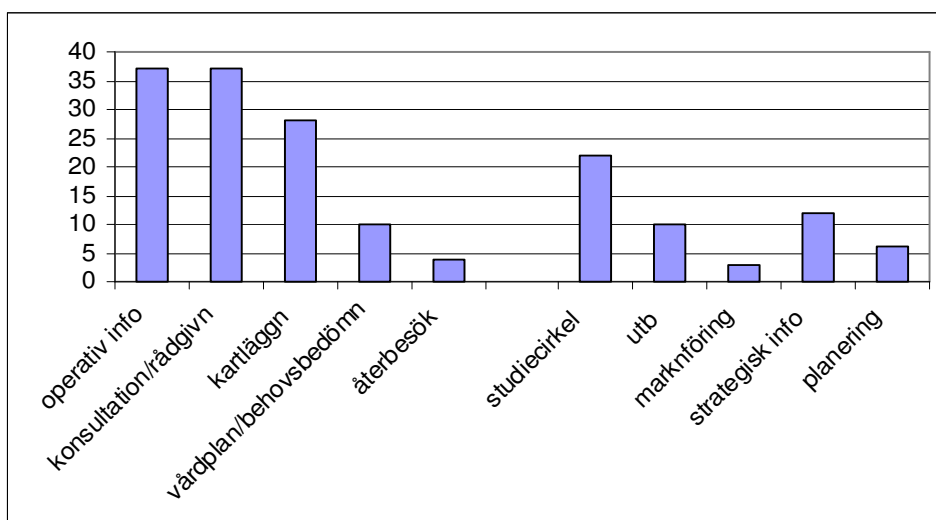
De allra flesta av teamets ärenden initieras av att någon utifrån tar kontakt med teamet. Endast 13 % av ärendena handlar om aktiv marknadsföring, till exempel att teamet kontaktar en enhetschef eller ledningsgruppen för äldreomsorgen i en kommun för att få komma och berätta om vad teamet kan hjälpa till med. Enligt teamets verksamhetsplan ska ”berörd personal inom kommun och landsting i Gästrikland veta om teamet och dess funktion.”<sup>18</sup> ”Aktivt uppsökande av teamets medlemmar till olika arbetsplatser ska ske.” Vidare ska information spridas muntligt, liksom goda exempel på teamets insatser.

### 4.1 Operativa och strategiska insatser

Som beskrivits ska enligt handlingsplanen<sup>19</sup> teamet arbeta *konsultativt* gentemot ordinarie vårdgivare. Egna ärenden ska inte förekomma, utan teamet ska arbeta parallellt med ordinarie vårdgivare. I det *operativa konsultativa* arbetet riktas fokus direkt mot den demenssjuke och dess närstående genom stöd och råd till ordinarie vårdgivare i en faktisk situation. Det *strategiska konsultativa* arbetet handlar däremot om fortbildning och verksamhetsutveckling. Det kan ske i form av till exempel studiecirklar eller genom att teamet stödjer personalen på ett äldreboende i att utveckla rutiner för omhändertagandet av dementa. De allra flesta av teamets insatser kan tydligt klassificeras som antingen operativa eller strategiska, se Figur 4.

<sup>18</sup> Verksamhetsplan för Demensteamet Gästrikland (2005-12-12).

<sup>19</sup> Handlingsplan Demensteam i Gästrikland. Bilaga till samverkansavtalet.



Figur 4: De vanligaste insatstyperna (de 5 staplarna till vänster = operativa insatser, de 5 till höger = strategiska insatser)

De flesta av teamets insatser under perioden, 119 stycken, är operativa och 62 är strategiska.<sup>20</sup> Enligt handlingsplanen för teamet ska det operativa arbetet prioriteras före det strategiska. De operativa insatserna består oftast av information och/eller konsultation/rådgivning. Här är några exempel på operativa insatser, som beskrivits i teamets dokumentation:

- \* LSS-personal på ett boende behöver få signal när demenssjuk patient går upp på natten – teamet hjälper till i utredning av larmbehov
- \* på initiativ av en familjeläkare hjälper teamet till att bedöma behov av tekniska hjälpmedel vid ett hembesök
- \* hustru till demenssjuk man har många frågor till teammedlem om demenssjukdomen
- \* teamet träffar en personalgrupp på ett särskilt boende för kartläggning och konsultation angående en svårhanterlig patient
- \* en teammedlem närvarar vid en boendeplanering inför att en demenssjuk person ska flytta till ett särskilt boende

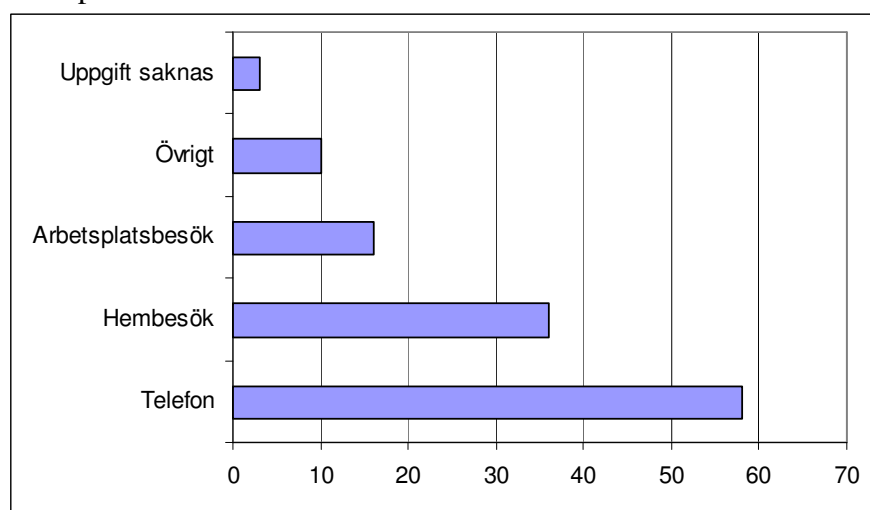
Eftersom teamets uppdrag är att arbeta parallellt med ordinarie vårdgivare i de operativa insatserna, ska enligt handlingsplanen anhöriga eller kunder/patienter som direkt kontakter teamet hänvisas till ordinarie vårdgivare. Av teamets 119 operativa insatser utgörs 31 av direktkontakter med enskilda anhöriga och patienter. Det kan gälla exempelvis information till makan/maken om bemötande vid demenssjukdom; hjälp till närmast anhörig att ”strukturera tankarna” inför eventuell flytt till särskilt boende eller om att besvara frågor om vilken hjälp i form av avlastning och tekniska hjälpmedel som finns att tillgå. Eftersom dessa insatser oftast sker per telefon, arbetar teammedlemmarna här alltså inte parallellt med ordinarie vårdgivare. I intervjuerna och även mötena med teamet framhölls att ordinarie vårdgivare ofta har brist på både kunskap och tid för att kunna bemöta de anhörigas stora stödbehov. Anhöriga hör av sig på eget initiativ till någon i teamet efter att ha träffat henne vid en insats tillsammans med ordinarie vårdgivare. Men det händer också att ordinarie vårdgivare ber någon i teamet hålla enskilda stödsamtal med anhöriga.

<sup>20</sup> Av resterande insatser har 16 klassificerats som ”övriga”. Det handlar om till exempel teamträffar, studiebesök som teamet gör och när teamet handleds. För 6 insatser saknas uppgift om dess art och för 6 är definitionen oklar.



Bland de strategiska insatserna dominerar studiecirklar (se Figur 4). Under den undersökta perioden pågick tre studiecirklar vid två demensboenden i Sandviken och en vid en dagverksamhet i Hofors. Därutöver förekom enstaka utbildningstillfällen för personalgrupper inom kommunal daglig verksamhet, vid en hälsocentral samt för kommunala sjuksköterskor och en pensionärsförening. Exempel på strategiska informationsinsatser är när teamet besöker särskilda boenden och informerar personalgrupper där om bemötande av dementa. Det kan också handla om råd kring arbetsplanering och om att ge utrymme för reflektion kring det egna arbetssättet. Teamet har också deltagit i anhörigträffar och informerat om demens.

Av Figur 5 nedan framgår att de flesta operativa insatser sker per telefon. Det är återigen viktigt att skilja på ärenden och insatser. Ofta ingår minst en insats per telefon som en del av ett ärende, vid sidan av hem- eller arbetsplatsbesök. Däremot är det ganska få (13) operativa ärenden som *enbart* består av telefonkontakt. Bland strategiska insatser dominerar som väntat arbetsplatsbesöken stort.



Figur 5: De operativa insatsernas karaktär

## 4.2 Teamets bidrag till ordinarie demensvård

Utifrån intervjuerna men även träffarna med teamet och dess ledningsgrupp har fem viktiga egenskaper hos teamet utkristalliserats. Dessa egenskaper är centrala för teamets funktion och dess bidrag till ordinarie vårdgivare:

- Ger utrymme för reflektion samt bekräftelse
- Är flexibelt; kan rycka ut med kort varsel
- Kommer *utifrån*; kan vara ”obekväma”
- Har spetskunskap inklusive kännedom om specialfall
- Omvärldsbevakar; håller sig ajour med forskning

När teamet väl ”rycker ut” har en tid avsatts för *reflektion*, för att exempelvis en personalgrupp vid ett särskilt boende ska kunna sitta ner tillsammans och koncentrera sig på ett problem. Det kan handla om svårigheter i att handha en orolig pensionär, som är störande för de andra. Teamet kommer dit, lyssnar, ger tips och råd. Ibland vet personalen redan att just dessa knep skulle man kunna prova. Men nu är det någon som lyfter fram det och som får dem att ”tänka ett varv till”.

*”Då kommer vi som en sorts specialist och ger dem förutsättningar att klara av situationen. Det är inte att vi kommer och berättar hur det ska vara, utan i en diskussion i en personalgrupp ... så får de en chans att sätta sig ner tillsammans, tänka efter, diskutera igenom problemen och bolla tankar med någon annan utomstående...//...Dom har så himla mycket idéer själva så att ibland är det dom som kommit på idéerna. De stressar hela dagarna och hinner inte sitta ner och tänka efter...och då kommer man inte på några bra lösningar.”*

*(medlem i Demensteamet)*

Ibland kan det viktiga för personalen vara just att någon kommer och lyssnar och *bekräftat* att det här är svårt och att personalen faktiskt gjort vad den kunnat. Kanske handlar det om svårigheter att få en viss person att duscha. Teamet kan ge tips, men också bekräfta att ibland är det faktiskt tillåtet att släppa det, att det *är* svårt.

En av de intervjuade teammedlemmarna menar att ifall chefen skulle se till att regelbundna tillfällen till reflektion ges, och om chefen är närvarande, det vill säga känner personalen och sina brukare eller patienter, så skulle kanske behovet av teamets insatser minska.

*”Men, som det är nu på SÄBO och hemtjänst så byts det otroligt mycket chefer. När vi jobbade i projektet i Gävle i ett hemtjänstdistrikt, så var där åtta chefer under de två första åren. Det var nåt otroligt, ett skräckexempel, fantastiskt mycket chefsbyten. Då har man ingen chans – man hinner knappt lära känna chefen förrän det är någon annan som sitter där.”*

*(medlem i Demensteamet)*

Teamet har i regel möjlighet att rycka ut med kort varsel och är därmed *flexibelt*. Ofta är det i de riktigt svåra demensärendena som teamet tillkallas. Det kan handla om att personen springer ute på nätterna eller upplevs mycket störande för övriga vid ett äldreboende. Teamet bidrar då till att skapa trygghet och kan förebygga akutinläggningar på sjukhus. Deras insatser kan också uppskjuta flytt till särskilt demensboende.

När teamet kommer till en personalgrupp ser de *utifrån*, med nya ögon, på situationen. Ibland kan det vara lättare att tala öppenlystigt med teamet än med den egna chefen. Teammedlemmarna påpekar också sådant de anser behöver åtgärdas till chefen. Det har hänt att teamet, när de upplever att en personalgrupps närmsta chef inte lyssnat på den kritik de har att framföra, gått vidare till den högre chefen.

*”Vi kan ju vara väldigt obekväma, vi kan säga... att nu upplever personalen det så och så, så hur ska vi göra. Vi kan vara lite provocerande. .. Sen är man ju det naturligtvis på ett bra sätt. Man är inte oförskäm, men kan vara väldigt tydlig...”*

*(medlem i Demensteamet)*

De intervjuade teammedlemmarna kopplar sitt mandat att vid behov vara ”obekväma” mot chefer till uppdraget att ”uppmärksamma systemfel” som finns med i verksamhetsplanen.

Å andra sidan är teamet beroende av cheferna för att överhuvudtaget kunna göra insatser. Om till exempel någon i en personalgrupp hör av sig till teamet och vill ha stöttning, så kontaktar teamet i sin tur chefen för gruppen för att höra om det går bra att teamet kommer. Det har funnits fall där chefen då sagt ”Ja visst, jag hör av mig”, men sedan händer inget mer, trots påminnelse från teamets sida. Då har inte teamet mandat att göra en insats ändå.

Teamet står för *spetskunskap* inom demens i meningen att medlemmarna har hög kompetens på området och kan hjälpa till när ordinarie vårdgivare ”kört fast”. Samtidigt representerar teamet bredd i meningen att det består av olika professioner och har sin bas i två olika huvudmän. Vid till exempel ett enskilt äldreboende finns bara ibland tillgång till arbetsterapeut. Inom teamet finns denna resurs med hela tiden. Teamet har också samlat på sig kunskap om specialfall, såsom yngre dementa med små barn, eller utvecklingsstörda som utvecklat demens. Habiliteraren ser i de senare fallen till slut bara demensen, men när personen flyttat till ett äldreboende tycker omvårdnadspersonalen där att demensen inte är så farlig utan ser bara utvecklingsstörningen. Teamet kan då vara bryggan mellan dessa båda kunskapsvärldar.

Teamet bevakar slutligen *forskningsrön* på demensområdet och försöker följa utvecklingen av demensvården på andra håll i landet. Särskilt i studiecirkelarna men även vid enstaka utbildnings- och reflektionstillfällen sprider de sin kunskap till ordinarie personal.

#### 4.3 Kunskapsförmedling med betoning på bemötande och arbetsterapi

De intervjuade teammedlemmarna ger oavsett profession en liknande bild av vilken typ av kunskap som teamet framför allt vill förmedla.

*”Först och främst är det den grundläggande kunskapen om demenssjukdomar, som är viktig att ha med sig när man jobbar med dementa. Vilken sorts sjukdom man har, ... olika beteenden beroende på vad de har för sjukdom. Sen, det allra viktigaste är ju bemötandet.”*

*(medlem i Demensteamet)*

För att kunna ge rätt bemötande till dementa krävs kunskap om hur en demenssjuk ”tänker och inte tänker” och om hur kommunikationsvägarna kan se ut när man inte har något språk längre. Har man inte kunskap om hur en demenssjuk fungerar, är det lätt att tro att det är medicinen som ska ställa allt till rätta, framhåller en av teammedlemmarna. Ofta är det inte medicinen, utan beteendet gentemot den demenssjuke som är det absolut viktigaste för hur omvårdnadssituationen blir.

Flera av de medlemmar i teamet såväl som i ledningsgruppen vilka inte själva är arbetsterapeuter, framhåller att arbetsterapeuternas värdefulla kompetens har lyfts fram i samband med teamets insatser. Arbetsterapeuterna har kunskap om hjälpmedel som kan underlätta vardagen och bevakar IT-utvecklingen på området.

*”...De (arbetsterapeuterna) tänker mycket annorlunda, inte bara vård utan på vad man kan ta till vara i det friska och vad man kan bygga på. Nu kanske jag trampar någon på tårna, men jag tror att om det varit en distriktssköterska istället så hade det varit mer omhändertagande, vårdande. Här gäller det att hitta lösningar på problem, och då har arbetsterapeuterna en pedagogisk förmåga att visa på möjligheterna. Det tycker jag har varit en aha-upplevelse”  
(medlem i Demensteamets ledningsgrupp)*

Arbetsterapeuterna ser till den dementes funktion snarare än diagnos. Den intervjuade medlemmen i ledningsgruppen menar att från kommunens sida har man traditionellt förväntat sig att distriktssköterskan skulle kunna handleda hemtjänstpersonalen i konkreta omvårdnadssituationer, till exempel vid svårigheter att få en dement person att ta sin medicin eller att duscha. Distriktssköterskan har dock inte varit så benägen att ta på sig denna roll. Mer och mer upptäcker man från kommunens håll nu att arbetsterapeuten passar bättre till att ha denna vägledande roll i den praktiska vardagliga omvårdnadssituationen.

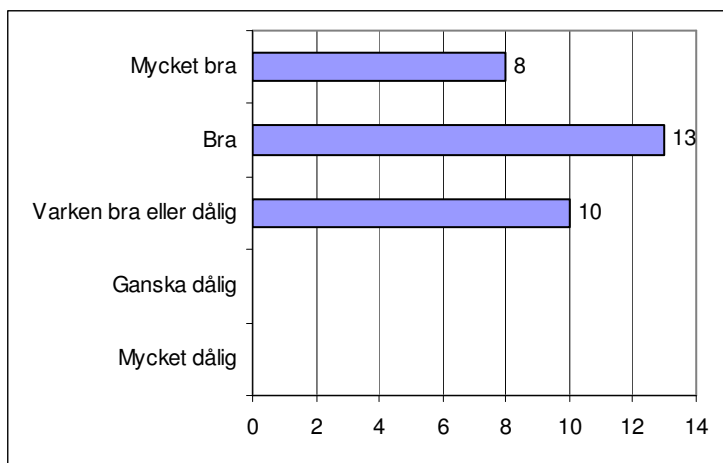
En av de intervjuade teammedlemmarna framhåller att det i primärvården generellt är ”dålig tradition” på att tillvarata arbetsterapeuternas kompetens vid demensutredningar. Arbetsterapeuten kan göra funktionsbedömningar i hemmet som är viktiga komplement till den demensutredning som familjeläkaren gör. Men många familjeläkare utnyttjar inte denna möjlighet. Förhoppningsvis kan synliggörandet av arbetsterapeuternas kunskaper genom demensteamets arbete bidra till att deras kompetens bättre tas tillvara även inom den ordinarie primärvården.

I *studiecirklar* har teamet de kanske allra bästa förutsättningarna att förmedla en djupare kunskap om såväl demenssjukdomar som bemötande och tillgängliga hjälpmedel. Studiecirkelarna består i regel av fem träffar. Detaljplaneringen sker i samråd med deltagarna. Områden som tas upp är framför allt:

- \* olika demenssjukdomar, symptom och förlopp
- \* basal demensutredning och specialistutredning
- \* medicinering
- \* arbetsterapeutens roll och möjliga hjälpmedel
- \* personlig plan, levnadsberättelse och dokumentation
- \* strukturering av dagen och aktivitet

Som en del av utvärderingen riktades en enkätundersökning till deltagarna i de fyra studiecirkelarna som teamet anordnade under våren 2007. Totalt svarade 34 deltagare, varav 33 kvinnor och 1 man, på enkäten. De arbetade på två demensboenden i Sandvikens kommun samt en dagverksamhet i Hofors kommun. Majoriteten av deltagarna var undersköterskor, och drygt hälften hade arbetat i mer än tio år inom demensvården.

Deltagarna gav studiecirkeln ett gott helhetsomdöme (se Figur 6)



Figur 6. Vilket helhetsomdöme ger du studiecirkeln? (N= 31)

Att få prata om och diskutera sina erfarenheter och bli bekräftad i yrket, att få veta mer om demenssjukdomar och att få mer kunskap om arbetsterapeutens roll och vilka hjälpmedel som finns – detta var några av de mest frekventa svaren på den öppna frågan ”Vad var bra med studiecirkeln?”

*”Man fick lära sig hur en dement fungerar så man bemöter dem rätt”*

*”Vi känner oss bekräftade och att ni fick oss också att tänka annorlunda”*

De flesta svarande hade inga negativa synpunkter alls på studiecirkeln. Bland de få som framförde synpunkter på frågan ”Vad var dåligt med studiecirkeln?” var det vanligaste svaret att tiden varit för kort.

Samtliga svarade ”ja” på frågan om man lärt något av studiecirkeln att ha nytta av. Många av svaren handlade om den nya kunskap man fått om hjälpmedel som kan förbättra omsorgen om de demenssjuka. Att man fått lära sig mer om bemötande och aktivering av dementa, om hur dementa tänker och allmänt om demenssjukdomar framhölls också.

*”Att det finns mera hjälpmedel än man visste”*

*”Enkla hjälpmedel som underlättar för den demente”*

*”Hur en dement tänker i olika situationer. Att det ska vara mer färger istället för vitt”*

De flesta svarade nej på frågan om de hade saknat något i studiecirkeln. Den fjärdedel som svarade ja ger exempel på fler ämnen att ta upp i en studiecirkel av detta slag. Några hade önskat sig studiebesök vid andra boenden, någon ville få diskutera ett eget fall och finna problemlösningar på detta, en annan ville höra en anhörig berätta och en ville få veta mer om vad forskningen säger om framtiden när det gäller detta ”stora samhällsproblem”.

Jämfört med andra utbildningsformer tyckte de allra flesta att just studiecirkeln är att föredra, genom de goda möjligheter till diskussioner och samtal den ger och därför att deltagarna i en mindre grupp har lätt att delge sina erfarenheter till varandra.

*”Man utbyter erfarenheter med varandra i mindre grupper”*

*”Cirkel är bättre. Man repeterar och får chans att fråga om man undrar på nåt gången efter”*

## 5. Samverkan inom teamet och mellan ordinarie vårdgivare

Samverkanstanken är central i tillkomsten av Dementsteamet i Gästrikland. Det handlar för det första om konkret och dagligt samarbete *inom* teamet, vars medlemmar tillhör olika huvudmän och professioner. Den andra delen av samverkan handlar om kontakterna utåt, det vill säga om att samarbeta med ordinarie vårdgivare och förbättra kontakterna över professions- och huvudmannagränser.<sup>21</sup>

### 5.1 Att samarbeta i team

Generellt sett är samarbete och samverkan positivt värdeladdade ord inom den svenska välfärdssektorn.<sup>22</sup> Möjligheter och svårigheter med samverkan mellan olika verksamheter i offentlig sektor är ett angeläget ämne även internationellt sett. Flera studier har lyft fram hur svårt samarbete kan vara – ofta svårare än aktörerna föreställt sig från början. Exempelvis skriver forskaren Berth Danermark: ”Det är ett ofrånkomligt faktum att många av de samverkansprojekt som storstilat sätts igång havererar...”<sup>23</sup> Att organisationerna präglas av olika professioner, lagstiftning och kultur utgör stötestenar.<sup>24</sup>

Berth Danermark vill slå hål på ”myten om personkemin”.<sup>25</sup> Han menar att det finns en allmänt spridd, men felaktig uppfattning att om bara personkemin stämmer så går det bra att samverka. Den avgörande orsaken till hur samverkan fungerar är enligt Danermark dock i vilken grad de *grundläggande förutsättningarna* för samverkan finns. Dessa förutsättningar är:

- att samverkan har en klar och tydlig ledning
- att samverkan har ett klart uttalat mål
- att tillräckliga resurser ställs till förfogande
- att skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats
- att hindrande skillnader har undanröjts eller, om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklats

För att samverkan i ett mångprofessionellt team ska lyckas är det alltså viktigt att olika synsätt, exempelvis det medicinska kontra det sociala, diskuteras och klargörs och att det finns en vilja att lära av varandras synsätt. Forskarna Katzenbach och Smith har definierat team i sjukvården som ”Ett fåtal individer som kompletterar varandra. Dessa drivs av gemensamma mål, effektivitetskriterier samt arbetssätt, för vilka de upplever sig vara gemensamt ansvariga”.<sup>26</sup>

När det gäller samarbetet inom Dementsteamet i Gästrikland, är de intervjuade överens om att det fungerar bra. Medlemmarna i teamet har sökt sig dit eller tillfrågats; ingen har blivit ”beordrad” att ingå i teamet. Intresset för och viljan att samverka över professionsgränser kan därför förväntas vara stor; kanske större än i många andra typer av team inom ordinarie

---

<sup>21</sup> Samverkansavtal Dementsteam i Gästrikland.

<sup>22</sup> Hjortsjö, Maria (2006), s 3.

<sup>23</sup> Danermark, Berth (2003), s 49.

<sup>24</sup> Tillberg Mattsson, Karin (2007).

<sup>25</sup> Danermark, Berth (2003), s 46ff.

<sup>26</sup> Hansén och Lampou (1999), i Landstinget Gävleborg och Gävle kommun (2004), s 7.

verksamhet, där personalen fått direktiv från ledningen att arbeta i team och inte aktivt sökt sig till denna arbetsform.

Ett par av de intervjuade framhåller att teamarbetet kännetecknas av prestigelöshet.

*”För att jobba med demenssjuka så måste man vara prestigelös, eftersom man måste kullkasta sina egna... det man tyckte och sa för en timme sen, kanske man måste omvärdera nästa timme eller dag, för att få till det. //.. Det kanske genomsyrar personligheten hos en själv, och gör att vi har lätt för att samarbeta.”*

*(medlem i Demensteamet)*

Å andra sidan berättar de som var med redan tidigare, under projektet ”Demensteam Gävle”, om samarbetssvårigheter mellan arbetsterapeuten, sjuksköterskan och biståndshandläggaren i början:

*”Men när dom här skulle börja tampas med varann, så..., ja det var nog så krisigt ett tag så det höll på att spricka. // För det var de här olika kulturerna, tror jag, landsting och kommun, att respektera varandras yrkesområden. // Det var nog nödvändigt att gå igenom den där processen. Jag tror vi har nytta av det idag, men vi har också lärt oss en hel del om att det är lätt att säga samverkan och samarbete, men inte så lätt i praktiken”*

*(medlem i Demensteamets ledningsgrupp)*

Under tiden för projektet i Gävle kom skillnader i synsätt och tradition i dagen, diskuterades och klargjordes. Respekt för varandras olika kunskaper och arbetssätt utvecklades och man började lära av varandra. Tre av dem som var med redan i projektet i Gävle, är med också i det nuvarande teamet i Gästrikland, som ju består av åtta personer, medan antalet professioner fortfarande är tre. Kanske har det faktum att tre av de åtta teammedlemmarna redan har erfarenhet av att ”tackla” professions- och kulturskillnader gjort att samarbetet i den nya, geografiskt och personmässigt utvidgade konstellationen, fungerat väl redan från början. Kanske hade det inte fungerat lika bra om utvidgningen hade inneburit att även nya professioner kom in i teamet?

Inom teamet finns ingen ledare, utan medlemmarna turas om att vara samordnare, ett år i taget. Samordnaren sköter de flesta kontakter med ledningsgruppen. Hon närvarar vid ledningsgruppens möten, framför sådant som teamet vill ta upp och informerar sedan teamet tillbaka. De intervjuade är övervägande positiva till denna lösning och saknar inte en teamledare. Ett par uttrycker att det kanske hade behövts en tydligare ledarroll om det inte hade fungerat så bra relationsmässigt inom teamet. Troligen skulle också en tydligare ledning behövas ifall teamet blir större. Teammedlemmarna har sina respektive chefer inom sin egen organisation och anser att relationen till dessa i stort sett fungerar bra. Även kontakten mellan ledningsgruppen och teamet fungerar i huvudsak väl. Teamet efterlyser dock något mer engagemang och ”utmaningar” från ledningsgruppen.

Själva stommen i samarbetet inom teamet är teamträffarna varannan vecka. Då träffas hela teamet och diskuterar de ärenden som aktualiserats och vilka som ska gå in i dem.

*”Teamet är lagom stort. Det får inte vara för många personer i ett sånt här team, för då tror jag man tappar bort varann...//.. Därför, på*

*våra teamträffar som vi har regelbundet - när vi diskuterar våra ärenden – är det lagom många som blandar sig i. Alla behöver inte vara delaktiga i alla ärenden, utan beroende på ärendets utformning och problem, så är det vissa som känner att det här borde jag blanda mig i... //.. till slut blir det två, kanske tre stycken som tar sig an ärendet.”*

*(medlem i Demensteamet)*

## 5.2 Teamet som brobyggare mellan professioner och huvudmän

Vid de flesta insatser (120 av 209) är fler än en teammedlem involverad. Antingen handlar det om att den som kontaktades ”drar in” en annan teammedlem, till exempel tar med henne på ett hembesök, eller så överlåter den teammedlem som först blev kontaktad frågan till någon annan i teamet som kanske är mer lämpad att ta sig an insatsen. En relativt stor andel av insatserna, knappt hälften, sker dock genom helt självständigt arbete från den enskilde teammedlemmens sida. Hon som först kontaktades utför ensam insatserna.

Vilken roll har då teamet när det gäller att överbrygga professions- och organisationsgränser inom demensvården? För det första visar det sig vara ovanligt att ett ärende initieras genom att någon från landstinget tar kontakt med en kommunanställd teammedlem eller vice versa. Istället dominerar initiala kontakter mellan en ordinarie vårdgivare och en teammedlem som har samma huvudman och även profession.<sup>27</sup> När väl en första kontakt i ett demensärende är etablerad så involveras dock i ungefär hälften av fallen även teammedlemmar från den andra huvudmannen. Till exempel kan en biståndshandläggare i en kommun ha kontaktat någon av teamets biståndshandläggare för att få stöd i utredningen av insatserna till en demenssjuk brukare. Till hembesöket följer även någon av teamets arbetsterapeuter med.

När väl fler än en teammedlem involveras i ett ärende, vilka konstellationer inom teamet är då vanligast? Figur 7 visar att det vanligaste är att två teammedlemmar som är placerade på samma ort och har samma huvudman men olika professioner samarbetar.

	Antal insatser
Primärvårds-AT placerad i GÄ med slutenvårds-SSK placerad i GÄ	22
Biståndshandläggare i SA med kommunal SSK i SA	16
Primärvårds-AT placerad i GÄ med biståndshandläggare i SA	13
Biståndshandläggare i GÄ med slutenvårds-SSK placerad i GÄ	9
Biståndshandläggare i SA med slutenvårds-SSK placerad i GÄ	9

Figur 7: Vanligaste kombinationerna inom demensteamet

<sup>27</sup> Sjuksköterskan vid Gävle sjukhus utgör ett undantag, då nästan hälften av de som kontaktar henne är kommunanställda. Hennes kontakter är dessutom spridda mellan flera olika professioner och geografiskt mellan Gävle, Sandviken och Hofors.



I vilken grad förmedlar då teamet kontakter mellan *ordinarie* vårdgivare? Det visar sig att när landstingspersonal kontaktar teamet blir i cirka en tredjedel av fallen även ordinarie kommunala vårdgivare senare involverade i ärendet. Exempelvis kan en familjeläkare ha kontaktat den landstinganställda sjuksköterskan i teamet. Hon kontaktar i sin tur biståndshandläggaren som ansvarar för det distrikt där patienten bor angående hemtjänstinsatser. I dessa fall kan teamet alltså sägas fylla uppgiften som brobyggare mellan kommun- och landstingsanställda och mellan olika professioner.

När någon från kommunen hör av sig till teamet är det däremot endast i ett fåtal fall som personal från ordinarie landstingsvård involveras senare i ärendet. Istället stannar kontakten mellan kommunen och teamet. En förklaring kan vara att många ärenden handlar om antingen beslutsstöd till enskilda biståndshandläggare eller om information, rådgivning och studiecirklar riktade till personalgrupper på särskilda boenden och inte i hemtjänsten. Särskilda boenden kan inte förväntas ha så mycket kontakt med primärvården, eftersom där finns kommunalt anställda sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Om teamet hade kontaktats mer av hemtjänsten, kanske primärvården oftare hade kommit att involveras.

### 5.3 Hela Gästrikland eller bara den egna kommunen som arbetsfält?

Själva begreppet ”team” för tankarna till ett gemensamt uppdrag och arbetsfält. Som framgick av Figur 7 är det vanligaste att två teammedlemmar som är placerade på samma ort men har olika huvudmän arbetar tillsammans. Har här bildats ”lokala team i teamet”? När det gäller de landstingsanställda teammedlemmarna som är placerade i Gävle arbetar de visserligen ofta tillsammans, men inte främst lokalt. De båda arbetsterapeuterna har till och med betydligt fler ärenden i Sandviken och Hofors än i Gävle. Däremot visar sig insatserna som de kommunalt anställda teammedlemmarna gör vara starkt koncentrerade till den egna kommunen. De få gånger då någon av dem är engagerad utanför den egna kommungränsen handlar det om studiecirklar.

I samverkansavtalet för teamet står att kontaktpersonerna i Hofors respektive Ockelbo kommun ska involveras i teamkonsultationer inom sin egen kommun. När det gäller de kommunanställda teammedlemmarna i de två större kommunerna, Gävle och Sandviken, finns ingen sådan formulering, inte heller i handlingsplanen eller verksamhetsplanen. Man skulle därför kunna förvänta sig att dessa, liksom de landstingsanställda teammedlemmarna, har hela Gästrikland som sitt arbetsfält. Dock står det i ett mer informellt dokument, en informationsfolder om Demensteamet i Gästrikland, att landstingets representanter ”arbetar mot samtliga kommuner, medan de olika kommunrepresentanterna arbetar i sin egen kommun”. Av intervjuerna och träffarna med teamet och dess ledningsgrupp framkommer att det finns olika uppfattningar i frågan. Vissa tar för givet att alla kommunanställda teammedlemmar bara ska arbeta i sin egen kommun, medan andra menar att själva tanken med ett gästriketeam är att man ska arbeta över kommungränserna.

Enligt handlingsplanen för teamet ska ledigheter stämmas av inbördes i teamet och under semesterperioder ska minst en personal från landstinget och en från kommunerna gemensamt vara i tjänst. Här finns alltså en förväntan att teamets medlemmar täcker upp för varandra över kommungränserna vid frånvaro. Hur längre sjukskrivning ska hanteras framgår dock inte. Iögonfallande är att under de fem undersökta månaderna görs inte en enda insats i Ockelbo kommun. Detta verkar framför allt bero på att kontaktpersonen för teamet i Ockelbo var sjukskriven under en stor del av den undersökta perioden. Hon var dessutom den enda

personen som förväntades medverka i teamet utan att i praktiken kunna använda någon del av sin arbetstid till detta.

Att de kommunanställda teammedlemmarna sällan gör operativa insatser i andra kommuner än den egna betyder också att en av teamets centrala egenskaper, att ”komma utifrån”, främst verkar känneteckna de insatser som de landstingsanställda teammedlemmarna gör. Möjligen speglas här det generellt sett ojämlika förhållandet mellan landstings- och kommunanställd personal.<sup>28</sup> De landstingsanställda teammedlemmarna ses i högre grad som ”experter”, som ”åker ut” och förmedlar sitt kunnande. Forskaren Elisabeth Berg, exempelvis, beskriver hur sjukvårdspersonalen med sitt formaliserade kunnande dominerar relationen mellan primärvårdens och kommunens personalgrupper inom äldrevården. ”Mötet mellan personal från socialtjänsten och sjukvården vilar på en ojämlik grund där socialtjänstens personal i hög grad är beroende av sjukvårdens personal för att kunna ge god hemvård till enskilda.”<sup>29</sup>

---

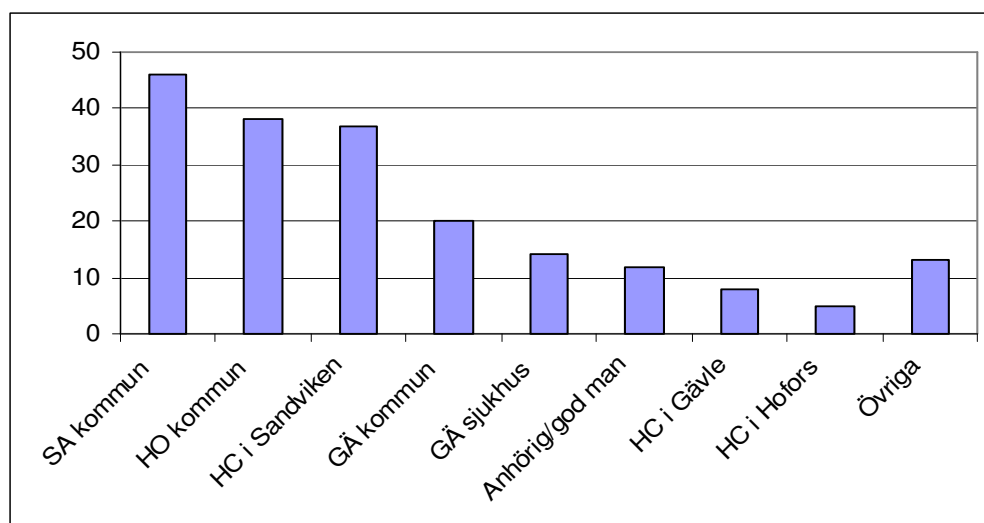
<sup>28</sup> Se till exempel Berg, Elisabeth (1994).

<sup>29</sup> Berg, Elisabeth (1994), s 226.

## 6. Teamets avnämare

### 6.1 Insatser i Västra Gästrikland dominerar

En viktig aspekt av teamets arbete är hur insatserna fördelas på olika avnämare inom Gästrikland. Utmärker sig en viss kommun eller en viss del inom landstinget genom att särskilt flitigt anlita teamet? Som Figur 8 visar var det framför allt Sandviken och Hofors i Västra Gästrikland som drog nytta av teamets insatser under den undersökta perioden. Kommun- och landstingsanställda i Gävle, den största kommunen i landskapet, tog förhållandevis sällan kontakt med teamet.



Figur 8: Vem kontaktade teamet eller blev kontaktad av teammedlem?

En tänkbar förklaring till att man från kommunsidan i Gävle inte initierat så många teamärenden är den stora omorganisation som nyligen skett inom omvårdnadsförvaltningen:

*”...Vi har ju två stuprör nu, ett för Uppdrag, dit vår representant i demensteamet hör som biståndshandläggare. Sen har vi Produktion, och dom bygger upp sin egen verksamhet kring det här. Så vi har sagt att ni får hemskt gärna utnyttja teamet, men dom upplever inte att dom gör det i nån större omfattning. ..//..Jag har tagit upp det flera gånger, för jag tycker det är lite tråkigt att man inte använder sig av de resurser som finns.”*

*(medlem i Demensteamets ledningsgrupp)*

Eftersom även en teammedlems befattning verkar spela stor roll för vilka ärenden som initieras, kan en annan förklaring till de relativt få ärendena inom Gävle kommun och särskilt då på särskilda boenden vara att där inte finns någon kommunalt anställd sjuksköterska som teammedlem.

Hur mycket *arbetstid* varje enskild kommunalt anställd teammedlem har avsatt för att arbeta i teamet har också betydelse för hur många insatser som görs i den ”egna” kommunen. I praktiken har bidraget till teamet från Omvårdnad Gävle varit en halvtidstjänst (biståndshandläggare), alltså lika mycket som det sammanlagda bidraget (sjuksköterska och bistånds-

handläggare) från Socialkontoret i Sandviken. Med tanke på Gävle kommuns storlek framstår bidraget som litet.

Ingen från Ockelbo, den minsta kommunen, kontaktade teamet och teamet initierade inte heller någon kontakt där. Det bör tilläggas att teamet *har* haft ärenden i Ockelbo både före och efter den undersökta perioden.<sup>30</sup>

Totalt sett blev teamet under de fem månaderna oftare initialt kontaktat av någon kommunanställd (i 104 fall) än av lanstingspersonal (i 69 fall). Medan primärvården i Sandviken kontaktade teamet ofta, skedde färre insatser i Gävle och inga alls i Ockelbo. Enskilda anhöriga eller gode män kontaktade teamet oftare än vad primärvården gjorde i Gävle. Samtliga insatser som initierats av Gävle sjukhus handlar om att någon, oftast en läkare, vid Geriatriska klinikens demensenhet kontaktat teamet.

Att teamet anlitas mer av kommunerna än av landstinget är naturligt mot bakgrund av att, generellt sett, större delen av omsorgen om dementa sker i kommunal regi. I riket som helhet bedöms kommunernas andel av den totala samhällskostnaden för demenssjukdomar vara hela 85 %, att jämföra med landstingets 5 %.<sup>31</sup> Den informella vården, främst av make/maka och barn till den demenssjuke, beräknas utgöra en nästan dubbelt så hög andel som landstingets insatser, nämligen 9 % av den totala samhällskostnaden.

## 6.2 Främst stöd till högre utbildade yrkesgrupper

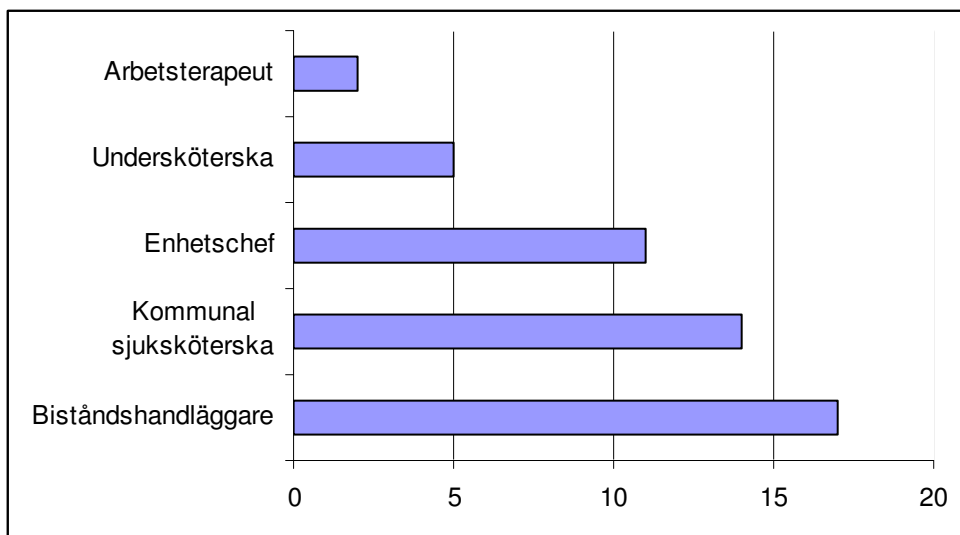
En annan intressant aspekt av teamets insatser handlar om vilka yrkesgrupper som får ta del av teamets kunskap. Enligt handlingsplanen ska teamet i sitt operativa arbete ”ge stöd och råd till ordinarie vårdgivare i en faktisk situation”. Den största andelen av den offentliga omsorgen om dementa ges ju generellt sett av undersköterskor och vårdbiträden. I vilken utsträckning kontakter dessa yrkesgrupper teamet och hur vanligt är det att de är med vid själva insatserna?

Vid kartläggningen av vilka yrkesgrupper som kontakter teamet visade det sig att det vanligaste är att biståndshandläggare och kommunanställda sjuksköterskor tar den första kontakten med teamet, se Figur 9. Att personal ”på golvet”, såsom undersköterskor eller vårdbiträden, hör av sig direkt till teamet är ovanligt. I de fem fall där så skedde var det från dagverksamhet för dementa.

---

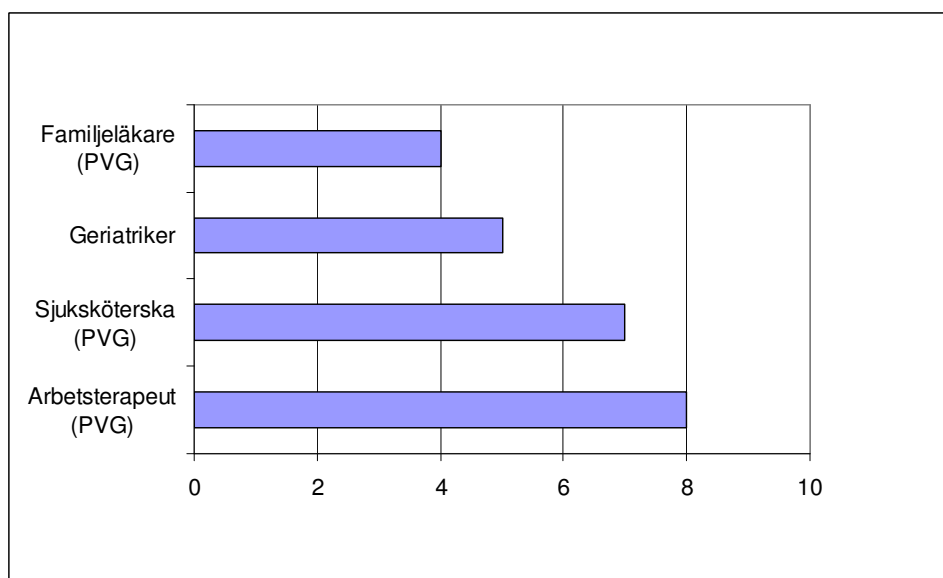
<sup>30</sup> Både operativa och strategiska insatser riktade till såväl hemtjänst som särskilt boende har skett under våren 2007. Under hösten 2007 pågick studiecirklar vid ett demensboende i kommunen (Möte med teamet 070920).

<sup>31</sup> Socialstyrelsen (2007), s 28.



Figur 9: Vilka kommunanställda kontaktade teamet?

Från landstingssidan hör totalt sett färre av sig till teamet, och när så sker är det oftast en arbetsterapeut eller sjuksköterska från primärvården, se Figur 10.



Figur 10: Vilka landstingsanställda kontaktade teamet?

Även om det alltså i första hand är högre utbildade yrkesgrupper som initialt kontaktar teamet, kan ju vårdbiträden eller undersköterskor bli involverade senare, när teamet väl "rycker ut". Det visade sig att när biståndshandläggarna, som flitigast kontaktar teamet, initierar ett ärende så blev aldrig vårdbiträden eller undersköterskor involverade senare. De fick därmed inte heller del av teamets kunnskap, åtminstone inte i direkt form. I enstaka fall involverades arbetsterapeut eller enhetschef, men det vanligaste var att kontakten stannade mellan biståndshandläggaren, eventuella anhöriga och demensteamet. Oftast handlar de här ärendena om behov av ändringar av insatser eller eventuell ansökan till plats i särskilt boende. Det kan också röra sig om diskussioner kring avlastning i form av växelvård eller dagvård. Ett annat exempel är larminstallationer. Teamets stöd till biståndshandläggare är alltså framför allt ett

stöd till *beslutsfattandet* angående hur vårdgivandet ska utformas. Beslutsprocessen rörande bistånd är organisatoriskt skild från själva den dagliga omvårdnaden, vilket kan förklara varför undersköterskor och vårdbiträden inte blir involverade när en biståndshandläggare kontaktat teamet.

När kommunalt anställda sjuksköterskor tar kontakt med teamet är det betydligt vanligare att även lägre utbildade yrkesgrupper, främst undersköterskor, får del av teamets stöd. Insatserna är mestadels operativa och handlar om till exempel planering inför flytt till särskilt boende eller råd och stöd i bemötandet av enskilda svårhanterliga personer med demens. Insatserna sker på särskilda boenden och gruppboenden för dementa. Sjuksköterskorna på särskilda boenden är på ett helt annat sätt än biståndshandläggarna delaktiga i den dagliga omvårdnaden. De fungerar som arbetsledare på HSL-området och har därmed ett mer omedelbart intresse av att höja kompetensen hos den lägre utbildade personalen.

Även när kommunala enhetschefer tar kontakt med teamet gäller det främst insatser på särskilda boenden och inte i hemtjänsten. Undersköterskor blir i regel direkt berörda. De här insatserna är oftast strategiska och handlar om studiecirklar, allmänna råd och diskussion kring exempelvis rutiner. Ett par insatser initieras av enhetschefer på LSS-sidan och involverar då personliga assistenter inom hemtjänsten. Ytterligare ett par insatser som initieras av kommunala enhetschefer är riktade till dagverksamhet i hemtjänstens regi. Endast en insats gäller en reguljär hemtjänstgrupp, men då en riktad demensgrupp, som hade behov av att diskutera några ärenden med teamet.

De flesta arbetsterapeuter som kontaktar teamet är landstingsanställda. I ungefär en tredjedel av fallen blir lägre utbildade yrkesgrupper, särskilt undersköterskor och personliga assistenter, involverade efter att arbetsterapeuten tagit en första kontakt. Ofta handlar ärendena om larmfrågor; ibland även om information till anhöriga.

När landstingssjuksköterskor, särskilt då distriktssköterskor, hör av sig till teamet stannar kontakten i regel mellan dessa, eventuella anhöriga och teamet. Insatserna är operativa och handlar om information och konsultation i enskilda patientärenden. Ibland involveras även arbetsterapeut och biståndshandläggare, men aldrig lägre utbildade yrkesgrupper.

Sammanfattningsvis fick undersköterskor och vårdbiträden relativt sällan direkt stöd av demensteamet under den undersökta perioden. När så skedde, var det i första hand på särskilda boenden och i andra hand på daglig verksamhet för dementa.

Med tanke på att flera av de intervjuade säger att hemtjänstpersonal generellt sett har mindre kunskap om demens och mindre stöttning i sitt arbete än de som arbetar på särskilda boenden, framstår det som ett problem att hemtjänstpersonalen i så liten grad får del av teamets kompetens.

*”...Dom (hemtjänstpersonalen) är ju utsatta – dom är ofta själva, eller två. Dom kan ju komma hem till i princip vad som helst. Och inte mycket utbildning har dom faktiskt.”*

*(medlem i demensteamet)*

Även i den probleminventering som gjordes initialt under projekttiden för Demensteamet i Gävle, framkom att hemtjänstpersonal upplever svårigheter i förhållningssätt och bemötande gentemot brukare med demens.<sup>32</sup> Behovet av mer kunskap om demens är stort. Personalomsättningen både bland ordinarie personal och bland vikarier är relativt stor i hemtjänsten, vilket betyder att tydliga strukturer och riktlinjer för omhändertagandet av personer med demens blir extra viktiga.

En av de tänkbara förklaringarna till att teamet knappast gjorde insatser till reguljär hemtjänstpersonal är att den tid som var möjlig att avsätta för kompetenshöjning inom hemtjänsten koncentrerades till utbildningar inom den statliga satsningen Kompetensstegen under perioden. En annan kan vara att den enskilda undersköterskan eller vårdbiträdet i hemtjänsten arbetar mer självständigt, över ett geografiskt större område och inte har samma tillhörighet till en arbetsgrupp och närhet till en högre utbildad arbetsledare som personalen vid särskilda boenden. En annan förklaring, som gäller enbart Gävle, kan vara de omfattande omorganisationer inom omvårdnadsförvaltningen som nyligen skett. Flera nya chefer kanske inte kände till teamet. Dessutom höll i Gävle ett nytt tids- och insatsmätningssystem på att införas i hemtjänsten, ”TES”. Såväl chefer som övrig personal var koncentrerade på detta. Dock ökade enligt teammedlemmarna antalet insatser riktade till hemtjänsten i Gävle efter undersökningsperioden.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Landstinget Gävleborg och Gävle kommun (2004), s 19.

<sup>33</sup> Teamet genomförde också en studiecirkel riktad till en hemtjänstgrupp i kommunen under försommaren 2007 (Möte med teamet 070920).

## 7. Förbättringsbehov inom den ordinarie demensvården

### 7.1 Långt till den ideala demensvården

Intervjupersonerna blev ombedda att beskriva vad ett optimalt omhändertagande av demenssjuka och deras närstående skulle innebära för dem; alltså att delge mig sin ”idealbild”. Tre dominerande teman framträder: *tidiga insatser, kontinuerligt stöd till demenssjuka och deras anhöriga samt hög grad av specialisering*. Samtliga intervjuade teammedlemmar och en av ledningsgruppens informanter framhåller samtidigt att dagens demensvård står ganska långt från detta ideal, även om det på vissa områden har börjat närma sig det. Demensteamets insatser räcker knappast som enda lösning på problemen, utan ändrade arbetssätt i såväl landstingets som kommunernas äldrevård måste till för att nå idealen.

Som en väg att nå idealen föreslår ett par av de intervjuade teammedlemmarna specialiserade demenssjuksköterskor vid hälsocentralerna. Dessa skulle kunna ge regelbunden stöttning till de demenssjuka och deras anhöriga i hemmet.

*” Det är ofta så jobbigt att ta sig, att ta med sin demenssjuka gubbe och åka in till hälsocentralen när det är något – det ska vara enkelt att få hjälp och stöd. Då ska demenssjuksköterskan kunna komma hem i hemmet, sitta ner i lugn och ro. Man behöver prata om mediciner – de flesta demenssjuka medicinerar på nåt sätt i alla fall...Prata igenom med en som är kunnig om medicinerna, någon som vet demensförloppet, symtom, och som kan råda.”*  
(medlem i demensteamet)

När en patient blir tillbakaremitterad till primärvården efter utredning, får de ofta ingen hjälp, menar informanten. Det är meningen att primärvården då ska fortsätta kontakten och erbjuda återbesök. Men detta fungerar väldigt olika. Ibland glöms patienten bort, eller blir kanske kontrollerad en gång per år. Det blir inte en tillräcklig kontinuitet. Risken är då att situationen hemma plötsligt blir ohållbar. Den demenssjuke kommer till akutmottagningen, vilket snarare ökar förvirringen och oron. Om det fanns speciella demenssjuksköterskor vid hälsocentralerna skulle tryggheten öka och många anhöriga också orka vårda sina demenssjuka hemma en längre tid, menar hon. Detta skulle i sin tur innebära en samhällsekonomisk besparing.

Ytterligare ett exempel på bristande kontinuitet i den ordinarie demensvården som framhålls av teamet är att demenssjuka som besökt specialist i regel inte automatiskt får göra återbesök – i motsats till vad som gäller för andra patientgrupper med kroniska och progredierande sjukdomar.

Specifika demenssjuksköterskor i kommunerna skulle kunna arbeta mer gentemot anhöriga; samla dem i grupper och informera om sjukdomarna, framhåller en annan av teammedlemmarna. Anhöriga har stort behov av kunskap, stöd samt bekräftelse med jämna mellanrum. En i ledningsgruppen uttrycker det som att ”innan anhöriga går ner sig totalt” borde man kunna informera mer om vilka möjligheter till hjälp som finns. Att vissa dementa har vårdats länge av sina anhöriga och inte haft någon kontakt alls med vare sig primärvård eller hemtjänst, beskriver en av teammedlemmarna som en ”mörk zon” som man borde komma åt. Dessa fall uppdagas ofta först när den demenssjuke följer med till akutmottagningen därför att den vårdande anhöriga blivit sjuk. Den dementa kommer då i regel till ett korttidsboende och visar



sig inte sällan vara dement i ett ganska långt gånget stadium, ”och det är ingen som vetat om det”.

Speciellt inriktade demensgrupper inom hemtjänsten finns i vissa områden men idealet vore att man arbetar med *alla* dementa på det sättet, menar en i ledningsgruppen. Hon tror att man i genomsnitt bor hemma längre i hemtjänstområden där det finns riktade demensgrupper.

Även slutrapporten om projektet Demensteam i Gävle tar upp behovet av riktade hemtjänstgrupper. Sådana kan vara en del av lösningen på problemet med stor personalomsättning bland ordinarie personal och vikarier. Omsättningen av personal drabbar brukare med demens extra mycket, eftersom förhållningssätt, bemötande och kontinuitet är särskilt viktigt för dem.<sup>34</sup>

Att specialisering gagnar demensvården framhålls också från nationellt håll. I Socialdepartementets rapport ”På väg mot en god demensvård” konstateras att i regioner där det finns demenssjuksköterskor eller annan personal med specialutbildning i demens och/eller demensteam, finns bättre förutsättningar för en god demensvård.<sup>35</sup>

## 7.2 Systemfel och framgångsfaktorer

Enligt teamets verksamhetsplan ska man både uppmärksamma systemfel och framgångsfaktorer i arbetet med demenssjuka och deras anhöriga. Exempel på systemfel som teamet självt framförde vid en konferenspresentation<sup>36</sup> är att det finns ett behov av dagverksamhet för yngre med demens samt av fler gruppboendestäder för dementa. En annan ständigt återkommande problematik handlar om vem som ska bekosta tekniska lösningar som underlättar vardagen för dementa och närstående, såsom nödsändare. Teamet har vidare uppmärksammat att mer utbildning och handledning i demensfrågor behövs även på chefs- och politikernivå. Ytterligare ett systemfel som teamet påpekat handlar om svårigheten att rent praktiskt, ”på golvet”, få till stånd utbildningsinsatser som högre chefer beslutat om.

*Framgångsfaktorer* som teamet nämnt handlar främst om att vissa avdelningar på särskilda boenden har väl fungerande rutiner för planering av dagen. Teamet försöker sprida dessa goda exempel till andra avdelningar, vilket inte varit så lätt.

---

<sup>34</sup> Gävle kommun & Landstinget Gävleborg (2004), s 19.

<sup>35</sup> Socialdepartementet (Ds 2003:47), s 197.

<sup>36</sup> ”Forskare möter praktiker”, konferens vid Bollnäs folkhögskola 070531.

## 8. Diskussion

”Att arbeta utifrån en bestämd samverkansmodell med ordinarie vårdgivare i vård- och omsorgsprocessen runt den demenssjuke och dennes närstående för att tillgodose rätt diagnos, vård och omsorg” är enligt samverkansavtalet ett av syftena med teamet. Ett annat är att ”genom tidiga och samlade insatser tillsammans med ordinarie vårdgivare kunna möta den demenssjuke och dennes närståendes behov”.

Att teamet ska arbeta *förebyggande* nämns inte i något av dokumenten. Däremot antyder formuleringarna ”tillgodose rätt diagnos” och ”tidiga insatser” att teamet inte bör komma in först vid långt framskriden demens. Eftersom hemtjänstpersonal oftare än personal vid särskilda boenden möter personer med begynnande demens, framstår det som extra viktigt att styra fler av teamets strategiska insatser mot hemtjänsten. Genom fler exempelvis studie-cirklar riktade dit kan vårdbiträden och undersköterskor få ökad kunskap om tidiga tecken på demens, om bemötande av dementa och om vilka möjligheter till att underlätta vardagen för dementa och eventuella anhöriga som finns. En möjlig utvecklingsväg vore också att teamet arbetar aktivt för att få till stånd fler riktade demensgrupper inom hemtjänsten. Det skulle i sin tur förutsätta att teamets uppdrag förändras från ett renodlat konsultativt arbetssätt till ett mandat att självt initiera insatser.

Av dokumentationen av ärenden framgår att teamet i sina operativa insatser oftast kommer in vid ganska långt framskriden demens. Inte sällan har situationen då hunnit bli ohållbar och det finns ett behov av större förändringar i omsorgen om den demente. Det handlar i regel om ändringar av insatser eller till och med flytt till särskilt boende. Ibland rör det sig om behov av avlastning i form av växelvård eller dagvård. Larmfrågor är också relativt vanliga, liksom stödsamtal med enskilda anhöriga med ett stort uppdämt behov av hjälp att hantera situationen.

Kanske skulle teamets kunnande utnyttjas ännu bättre om det oftare vore delaktigt i de mindre, tidiga förändringarna av insatser till den demente och inte först vid de senare, ofta dramatiska, såsom flytt till särskilt boende. Även operativa insatser skulle i högre grad kunna riktas till hemtjänstpersonalen runt personer som just fått demensdiagnos. Personalen skulle kunna få tips och råd kring bemötande och hjälpmedel. Kanske skulle ökad kunskap bland anställda i hemtjänsten också leda till att dessa bättre kan erbjuda anhöriga tidig information och stöd. Därmed skulle behovet av direkta kontakter mellan enskilda anhöriga och teammedlemmar kanske minska.

*Hur* skulle då teamet oftare kunna komma in i tidiga skeden och rikta fler insatser mot de lägst utbildade yrkesgrupperna, särskilt då i hemtjänsten? En möjlighet vore en något större andel uppsökande insatser än idag, vilket i sin tur förutsätter ett förändrat uppdrag där teamet får mandat att spela en mer aktiv roll. Det skulle delvis kunna lösa problemet att de som har störst behov av mer demenskunskap inte nödvändigtvis är de som oftast kontaktar teamet. En större andel uppsökande insatser skulle kanske också minska beroendet av de enskilda teammedlemmarnas geografiska placering och befattning när det gäller vilka insatser som blir aktuella. Sällan kontaktar ju en ordinarie vårdgivare en kommunalt anställd teammedlem i någon annan gästrikekommun. Det vanligaste är istället att den person som kontaktar en teammedlem har samma yrke och huvudman och är placerad i samma kommun som hon. Att en teammedlem tycks behöva finnas på plats inom en kommun för att ärenden överhuvudtaget ska initieras där utgör en sårbarhet, vilket fallet med Ockelbo visar. Där gjordes inte en enda

insats under de fem undersökta månaderna, mycket beroende på att kontaktpersonen var sjukskriven under en stor del av tiden.

Det som talar *emot* fler uppsökande insatser är å andra sidan att mer information och marknadsföring inte alltid behöver leda till att teamet verkligen anlitas mer. Kanske är just den arbetsplatsen inte ”mogen” att ta emot teamets insatser just då; kanske pågår omorganisering och chefsbyte; kanske pågår andra typer av utbildningar för tillfället. En viss kunskapsnivå behövs kanske också för att överhuvudtaget efterfråga mer kunskap – ”Nu har jag börjat förstå hur lite jag vet...”. Teamet har idag inte mandat att rikta sig direkt till lägre utbildade yrkesgrupper, utan deras insatser ska gå via cheferna inom äldreomsorgen. I vilken grad teamet anlitas blir alltså ytterst en ledningsfråga.

I en rapport från Socialstyrelsen om demenssjukvårdens kostnader framhålls att de anhörigas insatser är omfattande, både i mänskliga och ekonomiska termer. ”Ett förbättrat stöd till de demenssjuka och deras anhöriga är därför en av grunderna för en god demensvård.”<sup>37</sup> Kanske kan det bristande stödet till anhöriga karakteriseras som ett av systemfelen med demensvården. Av dokumentationen framgår att teamet relativt ofta träffar enskilda anhöriga till personer med långt framskriden demens. Trots att ganska lång tid torde ha gått sedan diagnosen ställdes har de anhöriga då fortfarande ett stort behov av kunskap om sjukdomen och av stöd. Även i intervjuerna med enskilda teammedlemmar påpekas att det generellt sett brister i det tidiga stödet till anhöriga.

Teamet ska enligt avtalet inte arbeta direkt gentemot enskilda anhöriga, utan parallellt med ordinarie vårdgivare. Det är den kommunalt och landstingsanställda personalen som ska få del av teamets kunskap. Mot bakgrund av att kostnaden för anhörigas informella insatser till demenssjuka i landet som helhet beräknas vara nästan dubbelt så hög som landstingens kostnad<sup>38</sup>, är det knappast självklart att anhörigkontakter ska uteslutas från teamets uppdrag. Anhörigstöd är en mycket vanlig arbetsuppgift bland demensteam generellt i landet.<sup>39</sup> Kanske skulle demensteamet i Gästrikland kunna göra fler uppsökande insatser, och då till grupper av anhöriga snarare än till enskilda. Kanske skulle teamet till och med ha möjlighet att fånga en del av den målgrupp som inte hemtjänsten når, det vill säga de anhöriga som vårdar sina nära i det tysta, utan kontakt ens med hemtjänsten.

De möjliga utvecklingsvägar för teamet som föreslås ovan förutsätter att teamet utvidgas. De insatser som teamet redan gör idag är viktiga och efterfrågade. Teamet spelar en betydelsefull roll som kunskapsförmedlare och brobyggare mellan professioner och huvudmän. Medlemmarna i teamet och dess ledningsgrupp bär dessutom på värdefull kunskap om och erfarenhet av det svåra arbetet att få till stånd en väl fungerande samverkan. Teamet kan därför fungera som en modell för samverkan på andra områden inom vård och omsorg i regionen.

---

<sup>37</sup> Socialstyrelsen (2007), s 7.

<sup>38</sup> Socialstyrelsen (2007), s 27.

<sup>39</sup> Socialdepartementet (Ds 2003:47), s 189.

## 9. Referenser

Berg, Elisabeth (1994). *Det ojämlika mötet. En studie av samverkan i hemvården mellan kommunens hemtjänst och landstingets primärvård*. Tekniska Högskolan i Luleå.

Danermark, Berth (2003). *Samverkan – himmel eller helvete?* Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Handlingsplan Demensteam i Gästrikland. Bilaga till Samverkansavtal Demensteam i Gästrikland. Gävle kommun, Gävle sjukhus, Hofors kommun, Primärvården Gästrikland, Ockelbo kommun, Sandvikens kommun.

Hjortsjö, Maria (2005). *Med samarbete i sikte. Om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. Lund Dissertations in Social Work 22. Socialhögskolan, Lunds universitet.

Jerkedal, Åke (2005). *Utvärdering – steg för steg. Om projekt- och programbedömning*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Samverkansavtal Demensteam i Gästrikland för perioden 1 juli 2005 – 1 juli 2008. Gävle kommun, Gävle sjukhus, Hofors kommun, Primärvården Gästrikland, Ockelbo kommun, Sandvikens kommun.

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

Socialstyrelsen (2007), *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Stockholm.

Tillberg Mattsson, Karin (2007). *Efterfrågas: Mer tillit och tydligare uppdrag – om samverkan mellan kommunerna och landstinget i Gävleborg*. X-Fokus Forskningsrapport 2007:1. Gävle.

Vedung, Evert (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Verksamhetsplan för Demensteamet i Gästrikland. Gävle kommun, Gävle sjukhus, Hofors kommun, Primärvården Gästrikland, Ockelbo kommun, Sandvikens kommun.

## BILAGA 1 Dokumentationsmall

**Ärende nr:.....**  Teammedlem initierade själv insatsen, ange teammedlemmens namn:.....

Vem i teamet kontaktades initialt?.....

Varifrån blev teammedlemmen kontaktad initialt? Ange följande:

huvudman:.....arbetsställe:.....befattning:.....

Annan (t ex anhöriggrupp) kontaktade teamet, nämligen:.....

Datum	Vilka team-medlem-mar är inblandade? (deras initialer räcker)	Vad är det för typ av insats? (t ex team-diskussion;vård-planering; konsultation; kartläggning; information; marknadsföring; studiecirkel; utbildnings-tillfälle)	I vilken form sker insatsen? (t ex telefon; arbetsplatsbesök; hembesök)	Beskriv vad insatsen/ärendet gäller! (OBS! behöver bara fyllas i om det inte finns en utförligare handskriven beskrivning som bilaga)	Vilka har teamet kontakt med, förutom den som kontaktade teamet initialt? (t ex enskild handläggare; hemtjänstgrupp; anhöriggrupp)
Datum:					Huvudman:  Arbetsställe(n):  Yrkesgrupp(er)/befattning:  Andra, t ex anhöriggrupp:

## BILAGA 2

### Intervjufrågor till Demensteamets medlemmar

#### Bakgrund

Berätta om teamets tillkomst! (Varför, vem...)

Varifrån kom initiativet till samverkansmodellen?

Vad är ett optimalt omhändertagande av demenssjuka och deras närstående för dig?

Motsvarar den faktiska demensvården det här idealet?

#### Teamets funktion

Vad tycker du att teamet ska åstadkomma?

Lyckas ni med det?

Vad tillför teamet, som inte ordinarie personal kan göra?

Finns det något som inte fungerar så bra som du skulle önska?

Vad kan det i så fall bero på?

Har teamets arbete haft några effekter som du inte hade förväntat dig (positiva; negativa)?

#### Din upplevelse av att arbeta i teamet

Hur tycker du det är att arbeta i teamet?

Vad är det bästa?

Vad är det sämsta?

Om du jämför med att arbeta i ordinarie verksamhet, vilka är fördelarna?

Vilka är nackdelarna?

Hur fungerar samarbetet med övriga teammedlemmar?

Tycker du att du har lagom många ärenden, för få eller för många?

Hur uppskattar du att din arbetstid är fördelad på operativa respektive strategiska insatser?

Hur fungerar arbetsledningen inom teamet?

Hur fungerar relationen med ledningsgruppen?

#### Omvärldsrelationer

Finns det några avnämare som du tycker ni har ett speciellt bra samarbete med?

Finns det några avnämare som du tycker att samarbetet fungerar dåligt med?

Finns det några kringliggande omständigheter som har förändrats sedan teamet startade och som påverkar arbetet?

Kan du beskriva en situation där teamets insats misslyckades eller inte fungerade bra?

Vilka kan ha varit orsakerna?

Ni har talat om att ”det borde vara kö” till Demensteamet – varför är det inte det, tror du?

Är det några särskilda avnämare som *inte* brukar kontakta teamet?

Kontakts du i egenskap av teammedlem eller för att du är känd som demenssjuksköterska/handläggare/arbetsterapeut?

### **Kunskapsförmedling**

Vad är det för typ av kunskap som teamet framför allt ska förmedla till ordinarie vårdpersonal?

Hur fungerar det?

Finns det några yrkeskategorier som du tycker speciellt behöver ta del av er kunskap?

### **Resorna i samband med teamarbetet**

Vilka färdmedel använder du?

Hur stor del av arbetstiden, ungefär, är restid?

### **Teamets uppdrag**

Rymts något mer i ert uppdrag än det som du berättat om?

### **Teamets mandat**

Vilket mandat har ni att agera, t ex i relation till enhetschefer?

Finns det några yrkesgrupper som inte accepterar detta mandat?

Hur ser ni er roll i förhållande till ordinarie vårdpersonal?

Hur tror du de ser på er roll?

### **Framtiden**

Vilka möjligheter ser du för teamets verksamhet framöver?

Ser du några hinder för teamets verksamhet framöver?

Är det något du vill tillägga?

## BILAGA 3

### Intervjufrågor till Demensteamets ledningsgrupp

#### Bakgrund

Berätta om teamets tillkomst! (Varför, vem...)

Varifrån kom initiativet till samverkansmodellen?

Vad är ett optimalt omhändertagande av demenssjuka och deras närstående?

Motsvarar den faktiska demensvården detta ideal?

#### Teamets funktion

Vad tycker du att teamet ska åstadkomma?

Lyckas det med det?

Vad tillför teamet, som inte ordinarie personal kan göra?

Finns det något som inte fungerar så bra som du skulle önska?

Vad kan det i så fall bero på?

Har teamets arbete haft några effekter som du inte hade förväntat dig (positiva; negativa)?

Hur fungerar arbetsledningen inom teamet?

Hur fungerar relationen med ledningsgruppen?

#### Omvärldsrelationer

Finns det några avnämare som du tycker teamet verkar ha ett speciellt bra samarbete med?

Finns det några avnämare som du tycker att samarbetet verkar fungera dåligt med?

Finns det några kringliggande omständigheter som har förändrats sedan teamet startade och som kan påverka arbetet?

Ni har talat om att "det borde vara kö" till Demensteamet – varför är det inte det, tror du?

Är det några särskilda avnämare som *inte* brukar kontakta teamet?

#### Kunskapsförmedling

Vad är det för typ av kunskap som teamet framför allt ska förmedla till ordinarie vårdpersonal?

Hur fungerar det?

Finns det några yrkeskategorier som du tycker speciellt behöver ta del av teamets kunskap?

#### Teamets uppdrag

Ryms något mer i teamets uppdrag än det som du berättat om?

#### Teamets mandat

Vilket mandat har teamet att agera, t ex i relation till enhetschefer?

Finns det några yrkesgrupper som inte accepterar detta mandat?

Hur ser du på teamets roll i förhållande till ordinarie vårdpersonal?

Hur tror du de ser på teamets roll?

#### Framtiden

Vilka möjligheter ser du för teamets verksamhet framöver?

Ser du några hinder för teamets verksamhet framöver?

Vill du tillägga något?





**12. Var det något du saknade i studiecirkeln?**

Nej

Ja. Vad saknade du?

---

---

---

---

**13. Jämfört med andra utbildningsformer, är studiecirklar bra sätt att få fortbildning på?**

Ja

Nej. Vilka andra utbildningsformer, t ex föreläsningar, föredrar du?

---

---

---

---

**14. Vad var viktigast med studiecirkeln?**

Att jag fick lära mig mer om demenssjukdomar

Att jag fick nya perspektiv på mitt arbete

Att jag blev bekräftad i mitt arbete

Alla tre saker var lika viktiga

Något annat var viktigast, nämligen \_\_\_\_\_

**15. Är du nöjd med det praktiska upplägget för studiecirkeln (antal träffar, tider, plats)?**

Ja

Nej. Varför?

---

---

---

---

**16. Har du några andra synpunkter?**

---

---

---