

Utvärdering av projekt
Specialistutveckling av
vårdpersonal inom hemtjänsten
vid fyra stadsdelar i Stockholm
stad

Arthur Henningson
Consider Consultans AB
Juni 2008

Etabl. 1971

Innehållsförteckning

<i>Inledning</i> _____	3
<i>Bakgrund</i> _____	4
Projekt <i>Specialistutveckling av vårdpersonal inom hemtjänsten</i> _____	4
<i>Projektets mål</i> _____	4
<i>Utvärderingens genomförande och rapportens upplägg</i> _____	6
<i>Resultat från projektens olika mål</i> _____	6
Fördjupad kunskap i teamen _____	6
Demensteamet _____	6
Omvårdnadsteamet _____	9
Utvecklade arbetsmetoder för genomförandeplaner, dokumentation och rapportering samt samverkan med övriga huvudmän _____	11
Demensteamet och Omvårdnadsteamet _____	11
Förmedling av teamens erfarenhet och kunskap till övrig hemtjänstpersonal _____	12
Processledaren _____	13
Rollen som processledare _____	13
Löpande dokumentation och samverkan med projektledaren _____	16
Metod- och reflektionsmöten _____	16
Organisation som kan vidareutveckla och förvalta specialistfunktioner inom hemtjänsten _____	17
Projektledningen har prövat och lagt en organisatorisk grund _____	17
<i>Slutsatser och synpunkter för den fortsatta utvecklingen av specialistteam inom Stockholm stad</i> _____	20
Utan tvekan ett framgångsrikt projekt _____	20

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Inledning

De flesta vill bo kvar hemma när de blir äldre

De flesta människor vill leva och åldras i den egna bostaden. Det är där man har sina vanor, minnen och trygghet. Det är i hemmet den egna identiteten och självbilden hämtar sin kraft och näring. Så länge man orkar klara av det dagliga livets alla nödvändiga sysslor, antingen själv eller med hjälp av andra, vill de flesta bo kvar i sitt hem.

Åldrandet är som livet i övrigt fyllt med såväl glädje och gemenskap, som med sorg och ensamhet. Det som däremot skiljer ålderdomen mot andra livsfaser är att förlusterna blir fler. Vänner dör och den nära vänskapskretsen tunnas ut, och kroppens funktioner förlorar sakta eller ibland snabbt sin förmåga. Att åldras handlar om att förlora kära och nära, och om att förlora mentala och fysiska funktioner. Takten och intensiteten är dock individuell och unik för varje människa.

När kroppen blir skör och många funktioner sviktar

Självklart blir livet svårare att leva när kroppens funktioner börjar ge vika. När minnet sviktar eller och när varje förflyttning känns tung och besvärlig. Om kroppens krämpor är så omfattande eller om hjärnans nervceller förtvinat och cellernas signaler mist sin vanliga mottagare kan hemmet bli en borg och ett fängelse som utestänger de mest grundläggande behoven vi har av trygghet och näring. Då mister ordspråket *Egen härd är guld värd* sin mening och sin betydelse om inte samhällets omsorg och omvårdnad kan backa upp och bli det stöd som skänker trygghet och säkerhet i att kunna bo kvar hemma.

Att förlora funktioner och kunna bo kvar hemma förutsätter professionellt stöd

För att kunna bo kvar hemma när kroppen inte vill och inte kan eller när hjärnan stökar runt med våra minnen behövs det stöd från personal som ser en och vet vilka hjälpmedel som kan kompensera, vet hur man sakta kan återfå en tidigare förmåga eller hur man kan lära sig att leva med en permanent funktionsnedsättning. Personal som kan se bakom den minnessvaghet man försöker dölja eller som vet hur man avleder en svårt demenssjuk utan att sära eller göra henne arg och ledsen.

Hemtjänsten är vana att klara och kunna allt

Av tradition arbetar hemtjänstens personal med de flesta av de behov som äldre har hemma i sin egen bostad. Insatserna varierar, alltifrån korta och relativt "enkla" insatser till mycket frekventa och omfattande insatser, som är helt avgörande för den äldres möjlighet att bo kvar hemma. Personalen ska klara av att bemöta och "leverera" insatser till alla de skiftande behoven som finns ute hos de äldre i det geografiska område man verkar inom. Den svårt cancersjuka änklungen som nyligen fyllt 90 år och som varken kan laga mat eller klarar att gå på toaletten själv ska ha hjälp. Likaså ska personalen arbeta med den finurliga och pratglada före detta servitrisen som varit pensionär i tjugo år och som behöver hjälp med lite städning och påminnas om att äta och ta hand om sin hygien. Insatserna spänner över ett

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

brett behovsregister och det är nästintill omöjligt att ge ett individanpassat professionellt stöd till alla. Omfattningen av behovet hos vissa av de äldre är så stora och komplicerade så för att personalen ska kunna ge ett riktigt och anpassat stöd behöver deras kompetens specialiseras och fördjupas.

Specialiseringsbegreppet är nyckelordet i den projektsatsning som under ett antal år skett inom fyra stadsdelar i Stockholm stad och som är utgångspunkten för den här utvärderingen. Genom att lyfta fram intresserade och nyfikna undersköterskor och vårdbiträden, som tillsammans med processledare bildar särskilda team för att i samverkan utveckla kompetens och lärande, ska kvaliteten i omsorgen öka. Grundmeningen med specialisering är att stärka möjligheterna för äldre med omfattande stödbehov att tryggt kunna bo kvar i sina egna hem

Bakgrund

Mellan åren 2003 till 2006 startades tre projekt inom hemtjänsten i staden vars syften var att utveckla specialistkunskap hos personalen. Ett projekt inriktade sig mot äldre med demenssjukdomar och två projekt mot äldre med omfattande omvårdnadsbehov. Under 2006 fick staden möjlighet att engagera ytterligare stadsdelar i ett projekt och fler specialteam drogs då igång inom hemtjänsten. Föreliggande utvärdering har genomförts för det sistnämnda projektet.

Projekt *Specialistutveckling av vårdpersonal inom hemtjänsten*

Med utgångspunkt från vunna erfarenheter från de tidigare tre projekten startades 2006-09-01 projektet *Specialistutveckling av vårdpersonal inom hemtjänsten*. Projektet avslutas 2008-08-31.

Projektet innebar att nio olika specialteam startades vid fyra av stadens 14 stadsdelar enligt följande:

- Ett omvårdnadsteam i Bromma
- Fyra demensteam i Enskede/Årsta/Vantör
- Två demensteam i Farsta
- Två demensteam Hässelby/Vällingby

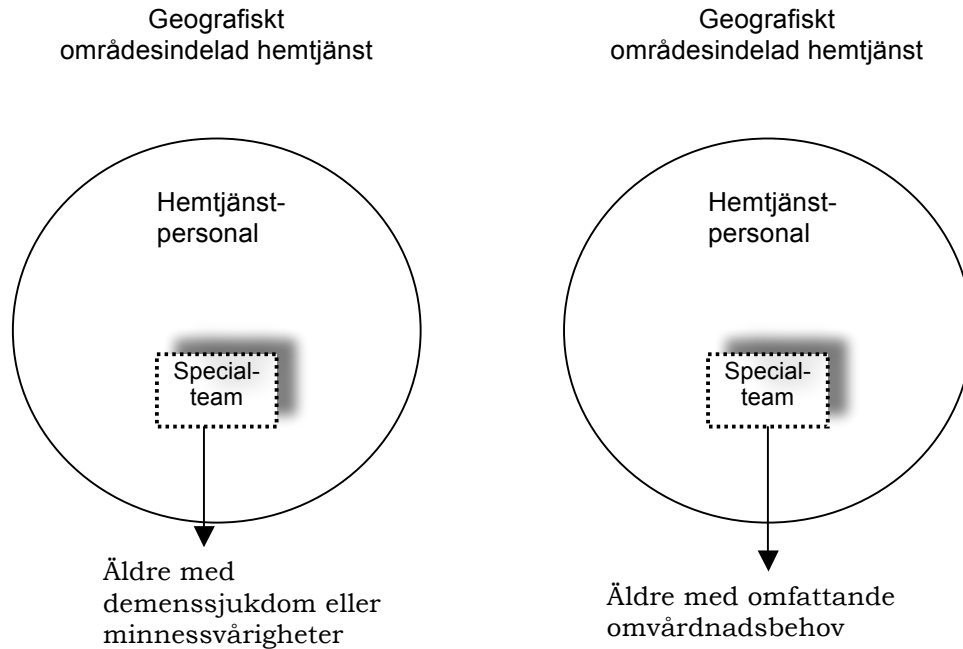
Antalet medlemmar i teamen varierar från 4 upp till 8 personer. Projektet leds av en projektledare och vid varje stadsdel finns en särskild processledare som metodmässigt stöttar teamen.

Projektets mål

Projektets inriktning är att utveckla arbetsformer och metoder som stärker, förädlar och bekräftar undersköterskors och vårdbiträdens kunskaper och kompetens i arbetet med äldre som har demenssjukdomar eller minnessvårigheter eller som har omfattande omvårdnadsbehov. Utvald personal har organiserats i specialteam och teamen har ingått som en självständig del i den samlade hemtjänstorganisationen.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971



Projektets mål är att:

- Demensteamerna ska få fördjupade kunskaper i demenssjukdomar och omvårdnadsteamet i rehabiliterande förhållningssätt samt att omvårdnadsarbete fokuseras på olika sjukdomstillstånd hos äldre.
- Teamerna ska ta fram och utveckla arbetsmetoder för genomförandeplaner, dokumentation, rapportering samt för samverkan med övriga huvudmän som t ex primärvård, geriatrik och hemsjukvård.
- Teamerna ska regelbundet förmedla ny kunskap och nya metoder till övrig personal i hemtjänsten genom samarbete och samplanering.
- Processledarna ska ha regelbundna gemensamma möten med projektledaren för informations- och erfarenhetsutbyte.
- Processledarna ska hålla regelbundna metodmöten med teammedlemmarna för reflektion och fördjupning i specialistområdet.
- Processledarna och projektledaren ska kontinuerligt dokumentera processen genom att föra loggbok över goda exempel, men också över vilka problem och dilemman man ställs inför. Denna dokumentation kommer att användas som stöd för utvärdering men också som bas för erfarenhetsutbyte vid dialog på processledarmöten.
- Teamerna ska under projektiden dokumentera den nya kunskap och erfarenhet som arbetet inneburit. Vad är det man lärt sig? Dessa beskrivningar kommer att ligga till grund för den dokumentation över spetskompetens som teammedlemmarna kommer att få efter projektiden.
- Efter projektiden ska stadsdelarna ha en tydlig organisation för hur man driver och förvaltar specialistfunktioner i hemtjänsten.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Utvärderingens genomförande och rapportens upplägg

Utvärderingen har genomförts under april och maj månad 2008. Förutom inläsning och analys av projektdokumentation samt löpande uppföljningssamtal under hela projektet med projektledaren har enskilda intervjuer genomförts med följande grupperingar:

- Samtliga processledare
- 4 enhetschefer
- Projektledare

Gruppintervjuer har gjorts med tre team, ett demensteam i Hässelby/Vällingby och ett urval av medlemmar från två demensteam i Farsta.

Rapportens upplägg

I utvärderingsrapportens disposition redovisas först hur framgångsrikt projektet varit inom respektive mål. Därefter beskrivs utvärderarens slutsatser, synpunkter och idéer för den fortsatta utvecklingen av specialistteam inom Stockholm stad.

Resultat från projektens olika mål

Fördjupad kunskap i teamen

Demensteam

Utvärderingen kan konstatera att teamen under projektet på ett kraftfullt och målinriktat sätt utvecklat sin kompetens och därmed höjt kvaliteten i insatsen för demenssjuka och äldre med stora behov av omvårdnad. Både enhetschefer, processledare och medlemmar vittnar unisont om att kunskapen och kompetensen idag är betydligt större nu än när projektet startade. Kunskapen och förmågan att arbeta rätt gentemot de äldre demenssjuka, att kunna se behoven, utföra och beskriva insatser görs idag utifrån en stabil och genomtänkt plattform.

Detta innebär att graden av respekt och tillit hos aktörer och intressenter så som biståndshandläggare och närstående är betydligt större idag än tidigare. Kontakten med biståndshandläggarna byggs nu upp utifrån en framväxande professionell yrkesroll där handläggarna kan ställa tydliga krav men också delges koncisa och nödvändiga beskrivningar för behoven som de äldre har. Den utvecklade kvaliteten i samspelet mellan handläggare och teamen har stärkt omsorgskedjan för gruppen äldre med demens och minnessvårigheter. Äldregruppens behov har ringats in, planering och utförande av insatser utgår idag nästan alltid från de bärande grundförutsättningarna för all demensomsorg nämligen kontinuitet, fåtal ansikten, stressfritt, flexibelt och följsamt bemötande. Självklart förekommer undantag där planering och arbetssätt störs av yttre omständigheter och krav. Men dessa

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

undantag är få och är av ringa omfattning i jämförelse med dem som berättar om utveckling, yrkesstolthet och framgång.

Demensteamet - utifrån ett kunskapsperspektiv

Hemtjänsten har en lång tradition av att ta hand om de flesta behov, stora som små, som äldre har och som de behöver stöd i för att kunna leva och bo i sin egen bostad. Denna spridning i behovsfloran gör inte bara verksamheten svårplanerad utan försvårar också förutsättningarna för koncentrerad samling kring arbetssätt och metoder. Utan att förringa insatsernas betydelse så kan det uppstå svårigheter att hitta fram till fruktbar metod- och kvalitetsutveckling när man för den ena pensionären ska utföra renodlade serviceinsatser och för den andra ska utföra avancerade omsorgsinsatser som har stor betydelse för den äldres liv och psykiska välmående. Mångfalden av uppgifter gör att alltför lite metodutveckling sker och ansvaret att ge den äldre vad den behöver ramlar automatiskt ner i knäet på den enskilde medarbetaren. Här handlar det många gånger mer om att springa fortare, jäkta vidare, agera och handla utan att hinna eller kunna reflektera över vad man ser och vad man gör. Möjligheterna att följa upp insatsens långsiktiga värde för den äldre och bedöma insatsens effekt utifrån mål och resurser är ytterst begränsad.

En del medarbetares kompetens och läggning är mer handlingsorienterad och praktisk, andras kompetens är mer reflekterande och inriktad på kontakt och relation, och andra kan förena båda dessa kompetenser. De skiftande behoven och den skiftande kompetensen gör det svårt och nästan omöjligt att i den traditionella hemtjänstorganisationen hitta fram till fokuserad och gemensam metodutveckling.

Hur har då demensteamet i projektet i detta avseende lyckats? Utan att dramatisera kan utvärderingen konstatera att inom vissa stadsdelar var igångsättningen inledningsvis tuff och omskakande. Personal som valdes ut efter intresse och kompetens hade svårt att lämna sina tidigare vårdtagare (som inte tillhörde målgruppen) och hos kollegorna väcktes känslor av avundsjuka kring vissa av de förutsättningar som byggdes upp kring teamen (tid för reflektionsmöten och tid att "enbart gå till demenssjuka"). Det fanns också ett visst ifrågasättande och undran hos dem som skulle ingå i teamen, som säkerligen handlade om bristande tillit till yrkesrollens värde, om det verkligen skulle vara nödvändigt att bilda specialteam för demenssjuka äldre. "Det kan väl inte vara så märkligt att hjälpa dessa av åldern svaga äldre."

Men i takt med att teamen formades utvecklades deras inre samverkan och roll. De flesta demensteamet är idag team som samarbetar, känner en trygghet i uppdraget, förmedlar erfarenhet och tips till varandra. Teamen har byggt upp rutiner och bemötande som utgår från varje enskild äldres behov och förutsättningar. Teamen har också byggt upp en fördjupad kunskap i att beskriva och tala om de demenssjukas behov. Denna kunskap i samklang med utvecklat arbetssätt och rutiner har medfört att närstående och biståndshandläggare uppfattar teamens insatser idag som professionella och med betydande kvalitet.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Vissa team har anordnat anhörigträffar, vilket i allmänhet är ovanligt inom hemtjänsten. Medlemmarna blev under träffarna centralfigurer och kunde tillsammans med de anhöriga i lugn och ro diskutera den äldres behov, känslor och rutiner. Träffarnas effekt blev, förutom att bygga upp förtroendeskapande relationer också att de anhöriga fick större kunskap om demenssjukdomens olika uttryck och mönster. Tilliten till insatserna för och med de äldre dementa har således ökat anmärkningsvärt.

Ett ytterligare område för kunskap där teamen har växt är förmågan att ta initiativ, finna idéer och hitta lösningar. Den så kallade handlingskompetensen och att hitta ”fiffiga” lösningar som stärker den äldres egen förmåga att hantera sin vardag och sina möjligheter att leva ett rikt liv har påtagligt utvecklats.

Genom olika pedagogiska förhållningssätt (utvärderaren hittar inget annan lämplig beskrivning) har man fått glömda förmågor hos den äldre att åter blomma, öppnat upp blockerat beteende att sköta sin egen personliga hygien och klädsel, samt lyckats hitta hjälpmedel och rutiner som inneburit en starkt trygghet och säkerhet för den äldre. Uttryck som används för denna kompetens är att ”lirka” ”gå försiktigt fram och känna efter”, ”inte försöka ändra något förrän en kontakt är säkrad”.

En absolut förutsättning för att kompetensen och arbetssättet ska ge resultat är tiden. Det måste finnas tid, det går inte att skynda och arbetet måste hela tiden göras tillsammans med den äldre. Här slås man av tanken och undran över hur omsorgen ser ut för de äldre demenssjuka som vanligtvis möter över ett tjugotal nya personalansikten varje vecka. Är det tjugo skiftande arbetssätt som den äldre möter? Om god och livskraftig demensomsorg förutsätter få ansikten och utvecklade metoder, vilken demensomsorg blir då summan av tjugo individers insatser? Utan att låta fantasin ta för stora språng går det inte att blunda för att en sådan omsorg inte bara är ovärdig, utan också kostsam och ackumulerar i slutändan ännu mer insatser eftersom sannolikheten är stor att graden av självständighet och trygghet hos den äldre minskar i stället för att öka. Ett scenario där otrygga och osäkra demenssjuka hamnar i en destruktiv spiral som riskerar stort personligt lidande och som på sikt genererar vårdinriktade resurser träder då fram.

Vissa teammedarbetare hade innan projektstart deltagit i olika grundläggande utbildningar i demens. Andra har under projektet på olika sätt fått ta del och fått möjlighet att diskutera nya kunskapsområden inom sjukdomen demens. På vissa ställen fylls ständigt ”demenspärrmen” på med artiklar och material som kan stimulera till fortsatt kunskapsutveckling. Genom att dela erfarenheter, genom att pröva och följa upp, genom att visa upp och diskutera arbetssätt, genom reflektion och fördjupning och genom att löpande diskutera metoder som vuxit fram i teamet eller som tillförts teamet utifrån har det för alla demensteam skett en fördjupad kunskapsutveckling.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Demenssteamet – utifrån den äldres perspektiv

I utvärderingen har inga kontakter eller samtal skett med de äldre eller deras anhöriga. De förändringar i liv och hälsa som nedan lyfts fram har plockats ur de intervjuer som gjorts med chefer, processledare och teammedlemmar.

- Många demenssjuka eller minnessvaga lever ett socialt isolerat liv och med löpande stöd från teamen kan personalen fungera som språkrör och länk mellan de äldre och viktiga aktörer i omsorgsgkedjan. Men också som länk mellan den äldre och grannar, närstående och andra. ”Personal som kan beskriva och berätta för distriktssköterskan om den äldres hälsa och behov, samt hur man arbetar och vad man iakttar.”
- Många förnekar sin demens eller det predementa beteendet. Demenssjukdomarna är många och flera har Alzheimers sjukdom. Genom demenssteamets enhetliga förhållningssätt har man lyckats uppbygga ett förtroende hos de äldre, som tidigare tackat nej till hjälp, och därmed fått tillträde till dennes hem och där fått möjlighet att skapa omsorg.
- Många processledare menar att trygghetsgraden, förmågan till egen aktivitet och förmågan att sköta hygien och vardagssysslor har påtagligt ökat hos de äldre.

Omvårdnadsteamet

I projektet har endast ett omvårdnadsteam ingått. Ett team startades inledningsvis upp inom ett hemtjänstområde i stadsdelen, men rimliga förutsättningar att driva arbetet fanns inte och teamet lades därför ner. Ett nytt team startades i annat område i stadsdelen och även där fick man avveckla teamet innan projektavslut – ett annat projekt riktat till samma målgrupp prioriterades.

Sedan drygt ett år tillbaka har ett omvårdnadsteam varit igång och det är för denna korta period svårt att utvärdera dess effekt och resultat. De medlemmar som ingår i teamet har sedan länge en djup yrkesskicklighet som vidimeras med eftertryck av processledare och enhetschef. I vilken utsträckning den fördjupade kunskapen i omvårdnadsteamet är en effekt av projektet eller inte är svår att avgöra med anledning av den korta tid teamet varit igång. Dock har arbetet i och runt teamet medfört att ett antal viktiga och nödvändiga förutsättningar och kompetenser blivit tydliga. Dessa beskrivs i följande avsnitt.

Kompetensens kännetecken - lugna, inkännande och effektiva i möten med äldre som är i kris

De två som ingår i omvårdnadsteamet har gedigen professionell kunskap där bemötandet kännetecknas av lugn och inkännande i kombination med en effektivitet som inte stör den äldre. Ofta möter de äldre som är i en kris. Någon kan ha kommit hem från sjukhuset, har svårt att orientera sig i lägenheten och känner sig övergiven och sårbar. Teampersonalen etablerar snabbt en tillitsfull kontakt och styr upp situationen. Det kan handla om att ringa till sjuksköterskan på sjukhuset för att inhämta mer information om den äldres aktuella hälsa eller att ta kontakt med arbetsterapeut för att snabbt få dit en fristående toalett. Personalen har

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

kunskap i att smidigt och på rätt sätt hjälpa äldre med svåra rörelsehinder och med omfattande omvårdnadsbehov. Ett kunskapsområde är deras förmåga att läsa av och bedöma den äldres samlade hälsosituation. Denna kunskap gör att argumentation och dialogen med andra omsorgsaktörer så som distriktssköterskan och biståndshandläggaren blir konstruktiv och respektfull.

Fler äldre som tillhör teamen befinner sig i svåra och smärtsamma sjukdomssituationer. Någon kan ha långtgående cancer och lider både fysiskt och mentalt. Teampersonalen har stor kunskap och känslomässig insikt att möta dessa äldre utan övermannas av egen rädsla och förtvivlan. De kan trösta, hålla i handen och vara nära utan att stressa och fly.

Vad kännetecknar omvårdnadsteamets målgrupp?

Många av de äldre lever precis på gränsen till att klara av att bo kvar hemma. Ofta hamnar de rent sjukdomsmässigt i besvärliga situationer och deras närhistoria kan ha innehållit flera vistelser på akutsjukhus eller geriatriken. Efter en sjukdomsvistelse definieras de av sjukhuset som färdigbehandlade och biståndshandläggaren utgår därför i sitt beslut att den äldre ska samma hjälp och stöd som hon hade innan hon lades in på sjukhuset. Men sjukhusmiljön med släta korridorer utan trösklar, handikapptoaletter och höj- och sänkbara sängar skiljer sig avsevärt från det egna hemmets miljö. Den äldres förmåga att ta sig fram fungerade på sjukhuset, men när hon kommer hem inser hon snabbt att lägenheten eller villan har åtskilliga hinder som gör henne oförmögen eller starkt hindrad att ta sig fram eller att klara av sitt dagliga liv. Förtvivlan och chock gör att de äldre är i akut behov av omvårdnadsteamet.

Professionellt stöd och bemötande vid första mötet genererar en positiv omvårdnadsspiral

Det första mötet är starkt avgörande för hur den äldre kommer att uppleva det fortsatta stödet. Får hon kontakt med personalen, känner trygghet, säkerhet och tillit kommer hon att bejaka omsorgen och omvårdnaden. En positiv omsorgsspiral har satts igång och en vanlig vanförställning är att man tror att den äldre nu förutsätter att det är samma personal som ska komma i fortsättningen. Men så är det inte om personalen i inledningen, förutom att de utför en professionell insats också mentalt förbereder den äldre på att hon även fortsättningsvis kommer att få lika bra stöd fast av andra personer. I omvårdnadsteamets yrkesroll ingår också att introducera och vägleda kollegorna om den situation och de behov den äldre har. Antingen görs det på plats hemma hos den äldre eller så sker introduktionen muntligen och via de planer och skriftliga material som tagits fram.

Bra och professionellt första stöd, tydlig och informationsrik överföring till kollegor genererar den spiral av nöjdhet som all verksamhet eftersträvar.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Utvecklade arbetsmetoder för genomförandeplaner, dokumentation och rapportering samt samverkan med övriga huvudmän

Demensteamerna och Omvårdnadsteamerna

Genomförandeplaner

Arbetet med att skriva tydliga och användbara genomförandeplaner har kommit igång. Det sker idag en successiv utveckling av innehållet i planerna och medlemmarnas förmåga att använda datorprogrammet ParaSol. Utvärderaren uppfattar att teamen har kommit olika långt i processen. En del team har hittat rutiner för skrivandet och fått "kläm på" formuleringarna i planerna andra är mer sökande och osäkra. Vissa team och vissa medlemmar har kommit igång med att dokumentera i ParaSol, andra team är ännu inte där. Trots stöd och träning från processledarna återstår en hel del arbete i form av kompetensutveckling och träning innan kvaliteten i innehållet och rutinerna för genomförandeplaner är tillfredsställande.

Annan dokumentation

En viktig informationskälla, särskild för demensteamerna, är den äldres levnadsberättelse. Teamen får oftast skriftligt, via den närstående, information om den äldres levnadshistoria, vilka värderingar och vanor hon har. Berättelsen ligger till grund för den omsorg och det stöd man ger.

Det finns också andra former av dokumentation som syftar till att sprida information till kollegor och andra, exempelvis: "demensschema" med tider och rutiner, kontaktböcker, informationsmappar, listor, etc. Olika benämningar för detta används och förutom genomförandeplan och levnadsberättelse använder teamen och stadsdelarna system som är lokala och inte generella.

Samverkan med andra aktörer

Samtliga demensteam och omvårdnadsteamet har via primärvårdens distriktsjuksköterska ett delegerat ansvar att dela ut medicin. En del äldre har en omfattande ordineringsplan, andra färre.

Utvärderingen kan inte finna något utvecklat samarbete med distriktssköterska. Samarbetet tycks fungera utan att några direkta metodmässiga diskussioner sker. Något team anser att delegeringen av medicinutdelning skett "smygvis" och att mötesfrekvensen med sjuksköterskorna sakta har klingat av. Teamet önskar mer samverkan och diskussioner kring bland annat tecken på biverkningar som den äldre kan få.

Teamen har på olika vis utvecklat den aktivitetsstödande och den rehabiliterande kompetensen. Kunskapsutvecklingen har antingen skett inom teamet, av

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

processledare (en processledare är arbetsterapeut och en är sjukgymnast) eller via samverkan med arbetsterapeut eller sjukgymnast inom rehabiliteringsenheten.

Förmedling av teamens erfarenhet och kunskap till övrig hemtjänstpersonal

I specialistteamens roll och ansvar ligger att överföra erfarenhet och kunskap till övriga kollegor inom hemtjänsten. Eftersom teammedlemmarna av schema- och planeringsmässiga orsaker inte alltid är tillgängliga för att stödja den äldre är förutsättningarna för och kvaliteten i kunskapsöverföringen av stor betydelse. Ambitionen är ju att så långt det är möjligt upprätthålla ett likartat arbetssätt och gemensamt bemötande av de äldre.

Ett område för utveckling

Det bästa utbytet av både praktisk och muntlig information sker då man har möjlighet att tillsammans arbeta "dubbelt" hemma hos den äldre. Detta sker ofta i omvårdnadsteamet men är mycket sällsynt inom demensteamet. När det inte går att arbeta "dubbelt" sker överföringen via genomförandeplaner, annan dokumentation eller/och rapportering.

En tanke har varit att demensteamet ska få utrymme att berätta om arbetssätt, metodik och tips vid enhetsmöten, exempelvis på arbetsplatsträffar och gruppträffar. Ibland fungerar det och ibland fungerar det inte alls. Många gånger tycks inte teamet få tillräckligt med utrymme vid dessa träffar. Agendan innehåller många olika frågor, tiden är knapp och det tycks inte finnas utrymme för fördjupning och dialog, något som är nödvändigt för att erfarenheterna ska spridas och få fäste in i andras arbetssätt.

Här saknas säkerligen både lämpliga mötesformer och pedagogik att förmedla erfarenheter och upparbetad kunskap. Det kan vara svårt och laddat att förmedla erfarenheter och kunskaper till sina egna kollegor. Det är också svårt att öppet ta emot andras tips, idéer och kunskap. Fortfarande finns det säkerligen normer som på olika sätt förmedlar ett outtalat eller ett direkt budskap att ingen i gruppen ska sticka ut och tro att de kan mer än någon annan. Strävan efter att behålla en jämvikt och balans i gruppen finns och ett specialteam där ny kunskap utvecklas ändrar naturligtvis på rådande balans. Teamen riskerar att få utstå negativa reaktioner eller/och ges dåliga förutsättningar att förmedla det man kan.

Utvärderaren har inte uppfattat att specialteamet motarbetats eller blivit åsidosatta av kollegor och grupper. De flesta är positiva och visst finns det säkert någon som, främst under projektets inledning, uttryckt ett och annat negativt ord gentemot teamet. Men dessa yttringar är ringa och överskuggas av en allmän positiv uppfattning gentemot teamet. Däremot kan inte utvärderaren iaktta någon medveten utveckling av nya former för spridning, dialog och uppföljning av kunskap och erfarenhet. Detta är mest påtagligt inom demensteamet (för omvårdnadsteamet har man hitta fram till olika former av kunskapsförmedling mellan teamet och andra när det gäller vårdtagare med psykiska problem och

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

vårdtagare med omfattande omvårdnadsbehov). Fortfarande tycks mötesformerna byggas kring att sprida information, att delge, att planera och att komma överens om den yttre strukturen. Inte om att lära av varandra och om att finna former för hur man tillsammans kan utveckla gemensamma arbetssätt.

Om inte sådana former utvecklas riskera specialteamens kunskap att isoleras och stängas in hos ett antal medarbetare. Här behöver hemtjänsten pröva och experimentera fram nya former för hur kunskap kan spridas och förädlas. Här kan nya vanor och rutiner byggas upp, vanor som utmanar stela normer, jantelagar och traditionella former för möten.

Processledaren

Projektet formulerade vid start två projektmål som handlade om rollen som processledare.

- Processledarna ska ha regelbundna gemensamma möten med projektledaren för informations- och erfarenhetsutbyte
- Processledarna ska hålla regelbundna metodmöten med teammedlemmarna för reflektion och fördjupning i specialistområdet.

Det är lätt att i utvärderingen följa upp dessa mål och konstatera att regelbundna möten mellan processledaren och projektledaren har skett. Likaså har processledarna haft regelbundna metodmöten för reflektion och fördjupning med sina team.

Men för att kunna fånga och ta lärdom av de aktiviteter och situationer som skapat förutsättningar för teamen och för den utveckling som skett måste processledarrollen studeras närmare och också den nya formen av metodmöten som projektet använt. Vad innebär det att vara processledare? Vilken betydelse har processledaren för teamen, för enhetschefen och för den samlade utveckling inom hemtjänsten? Vad är ett metodmöte och vilket värden genereras ur mötena? Dessa frågor har lyfts fram i utvärderingen och genom att analysera intervjupersonernas svar och resonemang börjar en tydlig bild framträda.

Rollen som processledare

För att förstå rollens innehåll och betydelse måste man också förstå hemtjänstens organisation och historia. Som tidigare nämnts lever hemtjänsten i en värld där personalen ska kunna klara av att tillgodose de mest skiftande behov som en äldre kan ha när hennes funktioner börjar svikta. Behovsspannet är brett och uppgifterna många. Detta förutsätter flexibilitet och förmåga att hantera akuta behov samtidigt som organisationen ska värna om de äldres behov av kontinuitet och förutsägbarhet i mötena med personalen. Organisationen ska dessutom ha en budget i balans och också hitta fram till former och förutsättningar för utveckling och förnyelse. Utan att överdriva kan man slå fast att hemtjänstens organisation har en rik uppsättning komponenter och krav som gör att den är svårplanerad, svårstyrd och svår att utveckla.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

När man utifrån detta perspektiv studerar processledarens roll och uppgift förstår man bättre dess värde och nödvändighet.

Processledaren – den som bevakar och håller fokus

Den framgår tydligt från alla intervjuer, med såväl enhetscheferna som processledarna och teamen, att en central roll och uppgift för processledaren är att vara den som bevakar och stödjer att teamen håller i och kvar de frågor och insatser som ligger inom deras specialistområde. Hemtjänstens händelsestyrda verklighet och krav på flexibilitet riskerar annars att utarma och äta upp specialistteamens roll och dess nödvändiga behov av särskildhet. Processledaren bevakar att teamen får utrymme och resurser att koncentrerat och långsiktigt kunna arbeta med målgruppen.

Processledaren ser också till att teamens medlemmar ständigt håller fokus på huvudfrågorna; hur ska vi utveckla våra insatser för de demenssjuka och för de äldre som har stora omvårdnadsbehov? Vilka behov ser ni och hur kan jag bistå er? Processledaren är injektionen som både inspirerar, utmanar och stödjer.

Genom att lyssna och fånga upp, ”peppa” och hjälpa till att formulera ord för den tysta och outtalade kunskap man besitter har processledaren fått teamens medlemmar att öppna sig och våga känna tilltro till sin kompetens.

Processledaren som handgriplig vägledare

De processledare som ingår i projekt har olika utbildnings- och yrkesbakgrund. En är sjukgymnast¹ med bred yrkeserfarenhet av äldreomsorg och hälso- och sjukvård, en är arbetsterapeut² med lång erfarenhet av arbetsrehabilitering inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård, en är omsorgspersonal med lång erfarenhet av dagverksamhet för äldre dementa³, två är omsorgspersonal med lång yrkeserfarenhet från äldreomsorgen⁴.

Utifrån kompetensen, förvärvad genom utbildning och lång erfarenhet inom yrket, arbetar processledarna handgripligt, många gånger på plats hemma hos den äldre, med att vägleda teamets medlemmar i deras arbete. Processledaren träffar de äldre och tillsammans med teamet utformas insatser och stöd. Arbetssätt har tydliga inslag av Action Learning⁵, nämligen:

- Medarbetaren är delaktig
- Man utgår från en situation
- Situationen är verklig

Genom att processledaren finns mitt ute i den verklighet som teamet befinner sig i blir lärande en konstruktiv process som direkt kan tillämpas och följas upp i

¹ Omvårdnadsteamet i Bromma

² Demensteamet i Enskede-Årsta-Vantör

³ Demensteamet i Farsta

⁴ Hässelby-Vällingby

⁵ R W Revans teorier om Action Learning

Etabl. 1971

omvårdnadssituationen. Handlingar och nyvunnen metodik kan sedan överföras till andra liknande situationer som medarbetaren möter. Processledaren skapar i samverkan med medlemmarna en lärosituation som för omsorgen framåt och som stärker den äldres hälsa och möjlighet att leva ett bra liv.

Processledaren möter i dessa praktiska ”här och nu situationer” enstaka medlemmar ur teamet och tillsammans med dem kan hon sedan bära den utvecklade metodiken vidare in till de gemensamma metodmöten som äger rum i projektet.

Vilken yrkes- och utbildningsbakgrund ska en processledare ha?

I utvärderingen har inga direkta frågor ställts rörande detta. Men utvärderingen kan ändå skönja i undertexter och mellan raderna att bakgrunden, oavsett om den innehåller akademiska betyg eller inte, knappast har någon större betydelse. Det viktigaste är att processledaren har djup erfarenhet och kunskap om de behov som demenssjuka eller äldre med omfattande omvårdnadsbehov har.

Processledaren måste ha kunskap, bära på tips och idéer för hur man gör, veta vad man kan söka kunskap och naturligtvis ha kompetens att kunna förmedla sitt kunnande. En viktig förmåga som också hörs mellan meningar och ord är att processledaren måste kunna etablera kontakt med teammedlemmarna, ha förmåga att skapa tillit och respekt. Det är ingen tvekan om att processledarna i dessa avseende verkligen har lyckats. Utvärderaren har bara hört positiva ord om deras arbete.

Processledaren – enhetschefens förlängda arm

De enhetschefer som intervjuats i utvärderingen är alla av den åsikten att processledarna under projektet fungerat som ett outhärligt lednings- och handledningsstöd i arbetet att utveckla insatserna för äldre demenssjuka och äldre med stora omvårdnadsbehov. Teamen har behövt och fått kvalificerad coaching av processledarna och via processledaren getts möjlighet att träffa andra team, och fått möjlighet att delta i stadsövergripande nätverk med liknande specialteam.

Alla enhetschefer uttrycker att de är mycket nöjda med processledarnas arbete. De är de ”rätta” personerna, engagerade och intresserade, tar uppgiften på stort allvar och verkligen driver utvecklingen framåt. ”Processledarna har gjort ett toppenjobb, delgett sin kunskap, stöttat, inspirerat och stärkt medlemmarnas yrkestillit.”

Enhetscheferna anser att de reflektions- och metodmöten som processledarna lett är en betydelsefull del i den framgång som kan konstateras. Mötena har skapat nya vanor, nya sätt att ta hand om medarbetarnas kunnande, bra forum för att träna och lära sig nytt.

Processledarna arbetar inte bara handledningsorienterat gentemot teamen utan fungerar också som koordinatörer när det gäller att hålla ihop kontakter och samverka med andra; exempelvis med biståndshandläggare, samordnare (bl a i samband med schemaplanering) och andra yrkeskompetenser.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Någon enhetschef menar att under det senaste året har behoven hos de äldre förändrats avsevärt och idag är det betydligt fler som har större och mer omfattade behov än tidigare. För att kunna möta detta är en specialisering helt nödvändig. ”Jag måste leda och lägga tid och kraft på helheten och behöver en processledare som har verktyg och kompetens att stötta och utveckla specialteamen.”

Det allmänna intrycket är att de enhetschefer som har ambition att även efter projektets slut ha demensteam behöver en förlängd arm, en processledare eller en handledare som kan fokusera och stödja teamen. Deras tid, kompetens och resurser räcker inte till för att också klara sådana uppgifter. I utvärderingen hörs inte detta budskap lika tydligt när det gäller omvårdnadsteamet. En orsak är att man utifrån den lärdom som utvecklats inom projektet nu har planer att gå vidare och starta ett så kallat ”startteam” med medarbetare som alltid utför de första insatserna gentemot ”nya” äldre. Hur detta team ska organiseras och byggas upp är ännu inte klart.

Löpande dokumentation och samverkan med projektledaren

Under projektet har processledarna fört egna loggböcker. Loggböckerna har använts som ett sätt för processledaren att följa arbetet med teamet. Genom att notera det som har hänt och beskriva egna reaktioner, svårigheter och upplevelser har böckerna fungerat som ett bra instrument för egen reflektion och självutvärdering. Böckerna och de löpande anteckningarna har också fungerat som minnesstolpar vid de gemensamma mötena med projektledaren. Det ska här nämnas att även projektledaren skriver loggbok som används som verktyg för att följa de övergripande processerna som hon möter i sin roll att leda projektet.

Under hela projektet träffas processledare och projektledare regelbundet. Gruppen har utvecklats till ett ledningsteam där erfarenheter delas, problem löses, strategier och vägval diskuteras, och där gemensam planering utarbetas.

Metod- och reflektionsmöten

Knutpunkten och navet där teamet och processledaren tillsammans utformar och diskuterar hur man ska arbeta med insatserna inom specialområdet är *metod- och reflektionsmötena*. Det är i metodmötena medlemmarna lagt grunden för sitt gemensamma lärande och för den nya yrkesidentitet som det innebär att arbeta i ett specialteam.

Processledaren fungerar som samtalsledare under mötena. Hon ser till att alla kommer till tals, följer processen och håller kvar koncentrationen till de teman och ämnen man samtalar runt. Under mötena använder man ofta de samtalssteg som finns i Gibbs reflektionscykel:

1. Beskrivning: vad hände? 2. Känslor: vad tänkte du och vad kände du?
3. Värdering: vad var positivt och vad var negativt? 4. Analys: vad kan du lära dig av detta? 5. Slutsats: kunde du gjort något annat? 6. Handlingsplan: om det hände igen vad skulle du göra då?

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Processledaren har under metodmötena också möjlighet att förmedla egen kunskap inom området och naturligtvis också lyfta fram de situationer hon mött ute hos de äldre.

Mötenas frekvens skiftar mellan de olika stadsdelarna

Under utvärderingen har det visat sig att frekvensen för mötena varierar. En del team träffas under minst en timme en gång i veckan, andra team träffas en gång varannan vecka och under cirka 1 ½ timme. För omvårdnadsteamet har det under projektet varit svårt att hitta regelbundna och fasta tider för dessa möten.

Hemtjänsten är händelsestyrd och att så många processledare och team lyckats tränga igenom vågen av uppgifter och boka in och hålla kvar regelbundna möten måste ses som en stor framgång. Utvärderaren menar dock att möten varannan vecka är för lite. Det krävs tätare möten för att kunna utveckla teamens arbete och för att säkerhetsställa en mer långsiktig och hållbar utveckling. Specialistteamen har ännu inte nått den djupa förankring och förståelse som behövs för att de ska ses som en permanent del i hemtjänstens utbud av insatser. Teamen behöver tillräckligt med tidsmässigt utrymme och fortsatt stöd från processledare eller motsvarande för att på sikt kunna fungera som ett naturligt inslag i hemtjänstens organisation.

Organisation som kan vidareutveckla och förvalta specialistfunktioner inom hemtjänsten

Ett projektmål är att pröva och utveckla erfarenhet för hur äldreomsorgen inom stadsdelarna kan organisera och styra specialistteam inom hemtjänsten. Projektet och den här typen av specialisering är ny inom staden och det är därför viktigt att hitta former för hur teamen ska ledas men också hur specialiseringen kan fungera som ett ordinarie inslag i hemtjänstens organisation.

Projektledningen har prövat och lagt en organisatorisk grund

Ansatsen under projektets inledning var att varje stadsdel skulle rekrytera intresserade och lämpliga medarbetare från alla hemtjänstgrupper och sedan samla dem i demensteam. Omvårdnadsteamet däremot skulle i utvald stadsdel utgå från en enhet.

Relativt tidigt upptäckte projektledningen att det tänkta sättet att organisera demensteamen skulle skapa problem och svårigheter med att styra och stötta teamen. En ny ledningsstruktur skulle i sådana fall bli nödvändig att bygga upp, något som skulle kräva både resurser och samordning. Dessutom skulle förankringsprocessen bli omfattande och splittrad.

Projektledningen valde i stället en annan väg. I samverkan med äldreomsorgens ledning vid stadsdelarna kom man överens om att teamen skulle ägas och utgå från en enhet och att enhetschefen var den som skulle ha det övergripande

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

ledningsansvaret. På så sätt blev ledningen av demensteamen integrerad och kopplad till den ordinarie ledningsstrukturen och inte som tidigare tänkt "egna båtar" med besättning från olika grupper och där former för gemensam ledning var tvungen att byggas upp.

Lokala styrgrupper

För att hålla ihop ledningen och för att samordna erfarenhet och strategiska ställningstaganden bildades lokala styrgrupper vid varje stadsdel. I styrgruppen ingick verksamhetsansvariga för hemtjänsten, enhetschefer, projektledare och processledare.

Styrgrupperna diskuterade löpande de framgångar och svårigheter som alltid är förknippat med ett utvecklingsarbete. Utvärderaren uppfattar att processen i grupperna handlade om tre parallella spår, nämligen att:

- Förankra specialisttanken brett och djupt hos ledningen
- Kunna fatta direkta och snabba beslut (genom direkt access till den samlade ledningen)
- Tillföra perspektiv och erfarenhet

Styrgrupperna verkar ha fungerat som en lokal utvecklingsgrupp där fokus har varit specialistutveckling. Det verkar vara tydligt att den här typen av utvecklingsfrågor traditionellt inom hemtjänsten inte haft något eget forum och egen agenda. Projektet har inom systemet lyckats knyta ihop organisationens olika nivåer på ett konstruktivt och framgångsrikt sätt.

Utvärderaren anser att den vunna erfarenheten med lokala styrgrupper ska tas tillvara och borde kunna vidareutvecklas inom varje stadsdel. Grupperna skulle kunna fungera som utvecklingsgrupper där ledning och medarbetare inom hemtjänsten och kanske också biståndshandläggare har till uppgift att leda, utveckla och samordna idéutveckling av nya organisatoriska former och den kompetens som finns inom verksamheten.

Styrgrupp för hela projektet

I styrgruppen sitter enhetschefer, projektledare, och en representant från beställaren.

Styrgruppen träffas varannan månad och får information om vad som händer i projektet och tar ställningen till de förslag som projektledaren lyft fram. Genom att arbeta stadsdelsövergripande har medlemmarna i styrgruppen möjlighet att dra nytta av den erfarenhet som sker inom samtliga fyra stadsdelar. Projektet har därmed minimerat det resursslöseri som uppstår varje gång hjulet åter uppfinns.

Utvärderaren konstaterar att projektet via lokala styrgrupper, processledare och genom att utveckla former och innehåll i specialistteam lagt en stabil grund till en fortsättning av mer förvaltande karaktär inom respektive stadsdel.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Projektledning

Projektledaren har haft en övergripande och samlande roll i projektets arbete och utveckling. Genom att hålla ihop utvecklingen i de fyra stadsdelarna och genom att skapa ett ledningsteam tillsammans med processledarna har projektet hela tiden haft styrfart och hanterat de svårigheter och hinder som uppstått.

Projektledningens kännedom om och respekt för hemtjänstens kultur och de inre vardagsvärderingarna har varit en förutsättning för projektets arbete. Det är alltid en grannliga uppgift att leda ett projekt där frontpersonalen ska vara huvudaktörer och särskilt inom äldreomsorgen där regler, hård ekonomistyrning, många och snäva insatsangivelser lätt skapar en inställning som tar sig uttryck i "de där uppe och vi här nere". Men projektet har lyckats överbrygga dessa attityder och på ett både strategiskt och mänskligt vis kunnat utveckla såväl de individer och grupper som i arbetet står den äldre nära som det ledningssystem som finns "ovanför". Medarbetarna har känt sig delaktiga och ledningen har varit med och aktivt påverkat utveckling. I och med detta har projektledningen skapat förändring inom olika nivåer i systemet.

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

Slutsatser och synpunkter för den fortsatta utvecklingen av specialistteam inom Stockholm stad

Utan tvekan ett framgångsrikt projekt

Under de senaste åren har många utvecklingssatsningar gjorts inom äldreomsorgen. Som utvärderare och processhandledare har jag varit inkopplad i flera projekt här i länet och fått ta del av både framgångsrika och mindre framgångsrika satsningar. All utveckling innebär stora ansträngningar för individer, grupper och organisationer. Arbetet förutsätter att verksamheten klara det dagliga åtagandet och samtidigt kan lägga kraft och tid på att arbeta med förändring. Att i tider av besparingar, omstrukturering, chefsbyten och annat inre och yttre tryck även ägna tid och vilja till att utveckla är en utmaning.

Projekt specialistutveckling av vårdpersonal inom hemtjänsten är i de allra flesta avseenden ett mycket framgångsrikt projekt. Projektet har lyckats hålla ihop en gemensam utveckling inom fyra stadsdelar och lyckats med att utveckla former och innehåll för 8 demensteam. Projektet har engagerat medarbetare och chefer och i samverkan har man utvecklat metoder och system för hur man inom hemtjänsten via specialteam kan stärka omsorgen och omvårdnaden om våra äldre. Staden har investerat väl och nu måste man ta ställning för hur man ska bygga vidare utifrån projektets goda resultat. Många delar av det som utvecklats inom projektet, särskilt organiserade metod- och reflektionsmöten, bör kunna efter planering införas generellt för hela hemtjänsten.

Utvärderaren vill uppmärksamma ett par områden där projektet inte nått hela vägen fram.

Omvårdnadsteam

När man betraktar omvårdnadsteamets mål och uppgifter och vilken grupp av äldre man ska vända sig till tycks allt verka konkret och tydligt. Men när man som utvärderare lyssnar och får ta del av de berättelser som sker i och runt teamets arbete blir inte klarheten lika tydlig. Olika frågor reses. Vilken grupp äldre ska teamet vända sig till? Hur sjuka och funktionsnedsatta ska personerna vara? Vem bedömer och väljer ut dessa äldre? När man funderat kring dessa frågor kommer ytterligare frågor som rör själva teamet. Hur länge ska man i teamet hjälpa den utvalda gruppen? Om den äldre inte blir "bättre", ska teamet då alltid hjälpa och stödja henne?

Under utvärderingen har en del lyft fram att behoven hos många äldre idag är betydligt större än den var för bara ett år sedan. Många äldre som bor hemma har således omfattande omvårdnadsbehov och om vi antar, utan någon vetenskaplig grund, att årets trend inte kommer att avstanna utan kommer att fortsätta. Vad händer då? En slutsats är att fler och fler äldre behöver den kompetens och det

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

Etabl. 1971

arbetssätt som är grundtanken bakom omvårdnadsteam. Ska då hela hemtjänsten organiseras i omvårdnadsteam, demensteam och kanske serviceteam? Eller kan man lösa behoven av kvalificerat stöd på annat sätt? Hur ska beställare och biståndshandläggare tänka och agera när de rekommenderar utförare till denna målgrupp? Utvärderare föreslår att staden arbetar vidare med dessa frågeställningar genom att etablera utvecklingsteam med erfarna, intresserade och engagerade chefer, medarbetare och biståndshandläggare och gärna med representanter från hälso- och sjukvården. Team som får i uppdrag att fördjupa sig i frågan och får förutsättningar att pröva olika modeller och arbetssätt.

Teamens förmåga och förutsättningar att förmedla sin kunskap vidare

Medlemmarna i demensteam kommer inte att under veckans alla sju dagar och timmar kunna hjälpa och stödja de äldre som är demenssjuka. Ledighet och schema gör att de äldre kommer att få stöd av personal som inte ingår i demensteam.

Överföring av teamets kompetens och kunskap blir därför extra betydelsefullt. I utvärderingen har det framkommit att formerna för detta inte är tillräckligt utvecklade. Att för kollegor berätta, instruera, beskriva, skapa intresset för att göra något på nytt sätt och inspirera till lärande är en kompetens som man måste träna och utbilda sig i. Det är inget som automatiskt följer med den nya kunskapen man själv upptäckt och utvecklat i teamet.

Det finns således stora utvecklingsmöjligheter genom att hitta former för hur man från specialistteam för vidare sin kompetens till kollegorna utanför teamen. Därför bör man satsa på utbildning och träning i pedagogiken att förmedla kunskap till kollegor.

Dokumentation

Teamen har kommit igång med att dokumentera, men fortfarande återstår mycket arbete innan den delen i yrket har nått upp till en godkänd nivå. Teamen måste öva, ges möjlighet via "case" och återkoppling och på så vis träna förmågan att utveckla det skriftliga yrkesspråket. Cheferna måste markera tydligare än idag vikten av dokumentation och fortsätta skapa förutsättningar för teamen att skriva och lära sig. Den gamla kulturen där det är helt i sin ordning att strunta i att dokumentera är nu förbi och en ny kultur måste byggas upp.

Reflektions- och metodmöten

I projektet är alla överens om att reflektions- och metodmötena är en förutsättning för teamen i deras arbete att utveckla omsorgen för de äldre. Men i utvärderingen framgår att verksamheten fortfarande inte resolut planerar och beslutar om fasta och tydliga tidsramar för mötena. Mötena existerar men under svajiga premisser. Ledningen bör se dessa möten som naturliga inslag i verksamheten och tiden bör schemaläggas för all hemtjänstpersonal.

Lokala styrgrupper/utvecklingsgrupper

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.

CONSIDER

CONSULTANTS

Etabl. 1971

De lokala styrgrupperna i projektet har varit lyckosamma. Den lokala ledningen har via grupperna blivit engagerad i utvecklingen, fått tagit del av erfarenheter och kunskap och etablerat ett forum för strategier och långsiktiga beslut. Staden bör ta tillfälle att på bred front starta upp liknande grupper inom fler stadsdelar. Genom att införa lokala utvecklingsgrupper med medlemmar från bl a ledning, rehabiliteringsenhet och medarbetare får äldreomsorgen tillgång till en samlad kunskap som tillsammans kan utgöra spjutspets och plattform för arbetsplatsnära utveckling. Utvärderaren ser inga hinder att gruppen bemannas både med representanter från staden och privata utförare

Stöd till ledning, organisation, grupp och individ.
