



FoU Rapport 62:2010

"Att efter förmåga få påverka och vara delaktig i sitt eget vardagsliv..."

En studie om individuell genomförandeplan för social omsorg och vård av personer med demenssjukdom

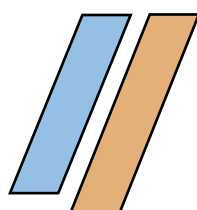
**Ann-Kristin Fors Bjur
Katarina Ejdemo Thyni**

Marianne Forsgårde,Handledare

Besöksadress:
Västra varvsgatan 11 Luleå

Telefon:
0920-20 54 00 vx

FoU Norrbotten är en fristående verksamhet inom Kommunförbundet Norrbotten. Vill du veta mer om vårt arbete eller ladda hem tidigare FoU rapporter . Gå till www.founorrbotten.se



FoU NORRBOTTEN

Sammanfattning

Syftet med projektet var dels att undersöka hur de individuella genomförandeplanerna skrivs och efterlevs, dels att få kunskap om vad det för betydelse när personalen får ökad kunskap om syftet med genomförandeplanen. Hela personalgruppen som arbetar med personer med demenssjukdom: undersköterskor, gruppchef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska har gått en utbildning med fokus på individuella genomförandeplaner. Studien baseras på enkätfrågor som besvarades tre månader efter utbildningen samt på granskning av individuella genomförandeplaner vid två tillfällen, före och efter utbildning.

Resultatet visar att personalen upplever att utbildningen väckte en hel del nya tankar och tillförde ökad förståelse i mötet med personer med demenssjukdom. Efter utbildningen använder flertalet personal de individuella genomförandeplanerna för att planera det dagliga omsorgs- och vårdarbetet. De flesta kontaktpersonerna upplever att de oftast känner sig säkra i sin roll när de deltar i upprättandet av en individuell genomförandeplan. De individuella genomförandeplanerna skrivs mer begripligt och detaljerat så att det tydliggör vad personen i fråga själv kan och vad personalen skall göra, hur de ska hjälpa och stötta så att personen får vara så självständig som möjligt.

Ett antal personal har inte insett värdet av att arbeta med utgångspunkt i individuella genomförandeplanerna. Vi menar att arbetsledningen, som har övergripande ansvar för verksamhetens kvalitet måste vara den som driver frågan, motiverar och vägleder personalen. Tid bör avsättas för att återkommande och gemensamt reflektera över frågor som sätter den äldre och varje individs specifika önskningar och behov för en innehållsrik vardag i centrum, resultatet av en sådan dialog utgör underlaget för innehållet i de individuella genomförandeplanerna.

Förord

Det har varit intressant och givande att jobba med projektet. Vår förhoppning är att personer med demenssjukdom ska hamna i fokus och få vara delaktiga och delta i sitt vardagsliv så mycket som de har förmåga till. Vi vill tacka alla boende och personal på äldreboendet Rosengård som medverkat. Ni har visat en positiv attityd och ett engagemang för det pågående förändringsarbete projektet förhoppningsvis ska leda till. Vi vill också tacka Marianne Forsgårde, FoU Norrbotten som på ett professionellt sätt handlett oss i arbetet med rapporten.

Haparanda 2010-02-23

Katarina Ejdemo Thyni
Ann-Kristin Fors Bjur

Innehållsförteckning

Bakgrund	5
Inledning	5
Syfte	8
Individuell Genomförandeplan – Vad är det?	9
Projektet – Individuell genomförandeplan	11
Granskning Individuella genomförandeplaner	11
Utbildning	12
Efter utbildning	13
Metod	13
Datainsamling	14
Urval	14
Metodologiska reflektioner	15
Etiska överväganden	15
Resultat	15
Diskussion	21
Slutsatser	25
Referenslista	26
Bilaga 1	

Bakgrund

Vi har arbetat som undersköterska och arbetsterapibiträde sedan 1982 inom äldreomsorgen. För närvarande arbetar vi halvtid inom en dagverksamhet samtidigt som vi läser KY utbildningen (80p) i demensomvårdnad i Älvsbyn. Vi presenterade vår projektplan och ansökte om medel från FOU Norrbotten och blev beviljade stipendier som använts för att möjliggöra att all personal på enheten Rosengård kunde delta i projektets två dagarsutbildning om individuella genomförandeplaner.

Demens är ett vanligt sjukdomstillstånd som ökar med stigande ålder, då vi blir allt äldre visar statistiken att antalet personer med demenssjukdom kommer att öka i framtiden (Socialstyrelsen 2005). Sjukdomssymtomen hos en person med demenssjukdom påverkar förmågan att klara av det dagliga livet. Omgivningens bemötande, kunskap och förståelse om hur detta påverkar tillvaron kan vara avgörande för hur personens kvarvarande förmågor förstås och tillvaratas. Ett hjälpmedel för detta är att se genomförandeplanen som ett arbetsinstrument där det mer detaljerat beskrivs vad personen själv vill och kan göra, samt hur man stödjer de funktioner som personen behöver hjälp och stöd med.

Vår erfarenhet är att genomförandeplanerna som görs idag många gånger är ofullständiga. En brist är att den enskilde individens förmågor inte beskrivs tillräckligt ingående, vilket gör att det blir otydligt vad personen kan och hur personalen ska stödja. Det handlar ofta om aktiviteter i vardagen och som sällan syns i den sociala dokumentationen. Ett problem vid upprättandet av den individuella genomförandeplanen är om personalen i stället för att utgå från den enskildes situation och behov, utgå från boendets dagliga rutiner, personalens dagliga planering samt hur bemanningen är.

Inledning

”Socialt innehåll och meningsfull vardag” förekommer allt oftare i samband med diskussioner om äldreområdets fortsatta utveckling. I dag ses personen med demenssjukdom som en individ som på grund av sin hjärnskada behöver hjälp. Ett större intresse riktas numera mot samspelet mellan personen med demenssjukdom och omgivningen. Det handlar om att ta tillvara och stimulera de förmågor som fortfarande finns kvar (SBU 2007).

Studier visar att personcentrerad omvårdnad ökar välbefinnandet för personer med demenssjukdom på olika sätt (Edvardsson, Winblad, Sandman 2008). Med personcentrerad omvårdnad menas att personalen prioriterar relationen med personen som har behoven i lika hög grad som

att utföra de praktiska uppgifterna. En viktig utgångspunkt enligt forskarna (Edvardsson, Winblad, Sandman 2008) är synen på vad sjukdomen gör med den sjukes personlighet, personligheten bör ses som instängd snarare än som förlorad. I den personcentrerad omvårdnaden ingår också att ta hänsyn till personens behov i alla delar, att försöka genomföra insatserna och göra miljön så personlig som möjligt, att sträva efter att göra personen delaktig i olika beslut och att försöka tolka svårtolkade beteenden ur personens synvinkel. Forskarna framhåller att personcentrerad omvårdnad visar respekt för personen med demenssjukdom och står för viktiga etiska och humanistiska värden.

För en person med demenssjukdom är det mycket viktigt att vi som omgivningen stödjer dennes självuppfattning. Det gör vi genom att tillåta personen att fortsätta vara sig själv, att få behålla sina vanor, sin identitet och sin särprägel och i de avseende som det är möjligt ta ansvar för sig själv och sin person, samt att i mötet bli bekräftade. Det är med andra ord personalen som är verktyget för att ge omvårdnad av hög kvalitet, hur verksamheten organiseras har också en avgörande betydelse för hur personalen klarar av sitt uppdrag (Nilsen 2007).

Att arbeta utifrån ett salutogent synsätt är lämpligt som grund för ett socialt innehåll i äldreomsorgen. Synsättet är vetenskapligt och handlar i grunden om att hitta faktorer som är hälsobringande, det vill säga salutogena. Teorin är utarbetad av professor Aron Antonovsky (1923-1994) och hans teori har uppmärksammats på senare tid inom bland annat äldreomsorg och rehabilitering. Ett centralt begrepp i den salutogena teorin är ”känslan av sammanhang” som förkortas KASAM. Antonovsky menar att det finns tre förutsättningar som individen behöver för att må bra och som främjar välbefinnande i vardagen. Individen måste finna tillvaron begriplig, hanterbar och meningsfull, dessa tre begrepp påverkar varandra. *Begriplighet* innebär att individen måste kunna förstå och förklara det som händer och sker i livet. Att veta att man har resurser tillgängliga när man behöver dem skapar *hanterbarhet*. *Meningsfullhet* som enligt Antonovsky är det viktigaste innebär att individen utifrån sin förmåga är delaktig i det som händer i vardagen. Det har med den egna identiteten att göra och hur den passar in i den miljö där man befinner sig. När ovanstående begrepp möts skapas förutsättningar för att personer med demenssjukdom får en meningsfull tillvaro och en positiv självuppfattning (Westlund, Sjöberg 2006).

Ett arbetsinstrument för att hjälpa personer med demenssjukdom att skapa ”känsla av sammanhang” är att arbeta fram individuella genomförandeplaner som på ett tydligt sätt synliggör behovet av var stöd och hjälp är nödvändig, för att personen i fråga ska känna sig lyckad. Hur och på vilket sätt stödet och hjälpen till personer med demenssjukdom ges har en avgörande betydelse för dennes självuppfattning. Stödet måste ges med respekt genom att guida steg för steg med muntliga instruktioner och kroppsspråk, bekräftande kommentarer, uppmuntran att börja och att

fortsätta, samt ge praktisk hjälp vid behov. Att se till att personen utifrån sin förmåga får vara delaktig och medproducent i sitt vardagsliv är också en viktig del i personalens arbete. Det sociala synsättet har fokus på möjligheter och problemlösning och förutsätter en engagerad och kunnig personal (Forsman 2008).

Det är personalen som har ansvaret att upprätthålla nödvändiga relationer och budskapet är att meningsfullhet är hälsobefrämjande (Westlund 2002). Annorlunda uttryckt så är kärnan i kommunal äldreomsorg ” det sociala innehållet” och sjukvårdsinsatserna enbart en stödverksamhet, vilket uppmanar till att den enskilde ska delta maximalt i sin egen omsorg och vård. Den kommunala äldreomsorgen organiseras vanligen enligt Maslows behovstrappa, där utgångspunkten är människans primära behov. Med ett sådant synsätt prioriteras i första hand den praktiskt instrumentella hjälpen och biologin, samtidigt som arbetet tenderar att bli sönderstyckat, uppgiftsorienterat och bedrivs nära nog på industriell basis (Westlund och Sjöberg 2006).

Möjligheten att få leva ett aktivt liv i samvaro med andra är en viktig del av det för människans livskvalitet. Sysslolöshet i förening med social isolering skapar många gånger ett ökat behov av social omsorg och vård. Det är därför av största vikt att få påverka och vara delaktig i sin vardag (Emmaboda Socialtjänstplan 2008). Eneroth (2004) visar i en studie vad vardagen på ett äldreboende innebär för personer med demenssjukdom respektive personal. Kontrasterna synliggörs i negativ bemärkelse, efter en hektisk morgon när lugnet sänker sig syns detta som tydligast.

PERSONALEN	BOENDE
Att knappt hinna	Att bara sitta
Att ha allt att tänka på	Att bara vara
Att vara någon	Att vara nästan ingen
Att vara i verkligheten	Att vara någon annanstans
Att leva i framtiden	Att leva i det förflutna.

Tillvaron struktureras kring måltider, upp- och sänggående och dagliga rutiner i stället för att utgå från personens önskemål och behov. Det fungerar inte om man som personal och äldre är så långt ifrån varandra. De äldre måste göra, uppleva, känna och vara mer än vad som står i den högra spalten (Forsman 2008) .

Ett redskap för att skapa ökade möjligheter att göra vardagen för personer med demenssjukdom meningsfull är uppförandet av individuella genomförandeplanen. Ofta används målformuleringen ”att stödja och hjälpa” personen att bibehålla sina funktioner det kan dels handla om spontana enkla vardagsmöten eller planerade aktiviteter med ett bestämt syfte och mål och en utvald metod. Dels att stärka självkänslan hos personen med demenssjukdom, vilket blir möjligt när

personalen förstår personen och demenssjukdomen och anpassar omsorgen till personens situation och behov (Cars, Zander 2006). Socialtjänstlagen ändrades 1998 vilket medförde att kraven på social dokumentation skärptes vad gäller dokumentationen av genomförandet av beslutade hjälp och stödinsatser (Carlsson, Nilsson 2005). Social dokumentation har inte lika lång tradition inom social omsorg och vård som dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser (enligt HSL). Innehållet i hälso- och sjukvårdsinsatser kan upplevas som mer konkreta genom att de beskriver praktiska åtgärder medan innehållet i den sociala dokumentationen kan upplevas som "självklart" i vardagen, till exempel att klara sin hygien eller komma ut på en promenad. Det kan vara svårt att beskriva och dokumentera hur hjälp och stöd ges för att den enskilde skall känna sig trygg eller få något meningsfullt att göra. Det är inte alltid tydligt, åskådligt och fokuserat på vilka insatser som görs (Carlsson, Nilsson 2008).

När en äldre person flyttar till ett särskilt boende, som är ett beviljat biståndsbeslut om insats, skall en individuell genomförandeplan upprättas. Socialstyrelsen (2006) har valt att kalla planen individuell genomförandeplan vilket är ett samlingsbegrepp och gäller för hela socialtjänsten. Den är en överenskommelse med personen ifråga eller med företrädare om hur hjälpen skall utformas utifrån beslutet om den beviljade hjälpinsatsen enligt SoL/LSS/ HSL.

Socialstyrelsen beskriver individuell genomförandeplanen på följande sätt: När genomförandeplanen upprättas handlar det inte om att på nytt ta ställning till vilka behov som skall tillgodoses hos personen ifråga, utan att konkret beskriva hur biståndsbeslutet skall omsättas i praktisk handling (Socialstyrelsen 2006).

Det är av stor vikt att personalen får kunskap och stöd att på ett respektfullt sätt klara av sitt arbete, med till exempel regelbunden handledning och kompetensutveckling. Grundtanken är att om personalen får utökad kompetens och trivs med sin uppgift så leder det till högre livskvalitet för personer med demenssjukdom (SBU 2007). Cars och Zander (2006) anser att personalen behöver djupare kunskap om hur olika demenssjukdomar och dess symtom påverkar vardagslivet för personer med demenssjukdom.

Syfte

Syftet med projektet är dels att undersöka hur de individuella genomförandeplanerna skrivs och efterlevs dels att få kunskap om vad det för betydelse när personalen får ökad kunskap om syftet med genomförandeplanen.

Individuell genomförandeplan - Vad är det?

Här beskrivs i förkortad version vad en individuell genomförandeplan innebär. Innehållet är hämtat ur boken Social Dokumentation - ett steg till av Carlsson och Nilsson (2008). Syftet med genomförandeplanen är att skapa en tydlig struktur för det praktiska genomförandet och uppföljningen av en beslutad insats. Planen ska ge både omvårdnadstagaren och personal klara besked om vad som ska göras och vem som ska göra vad, när och hur det ska utföras.

Meningen med genomförandeplanen är att arbetet skriftligen planeras och följs upp. Det ska också framgå på vilket sätt den enskilde har medverkat i och påverkat planeringen samt vilka som har varit med vid planeringen. Genomförandeplanen innehåller också insatser som andra huvudmän ansvarar för. Samordning av mål och insatser för habilitering och rehabilitering eller hälso- och sjukvårdsinsatser.

Det huvudsakliga innehållet i en individuell genomförandeplan ska bestå av: *fakta, mål, metod, beskrivning av hjälpinsatserna utifrån biståndsbeslutet samt uppföljning.*

Faktadelen ska innehålla personuppgifter och information om bakgrund, social situation, nätverk och intressen, hälsotillstånd/funktionsnedsättning och beviljade hjälpinsatser. Omvårdnadstagarens tidigare liv beskrivs för att kunna ge stöd och hjälp på ett betydelsefullt och personligt sätt. Det är viktigt att tänka på personens integritet, att det är frivilligt att välja vad man vill berätta om sig själv och sin historia. Personalen bör tydliggöra för den äldre/anhöriga vad informationen skall användas till. Ju mindre den äldre själv kan berätta, beroende på sjukdom eller funktionsnedsättning desto viktigare är informationen då den kan ge förklaringar till nuvarande beteenden, reaktioner eller hjälpbehov.

Informationen kan ge personalen förståelse för hur hjälpen skall ges och kunskapen om personens nätverk och intressen ger kunskap om på vilket sätt behovet av gemenskap och aktiviteter kan tillgodoses. Information om hälsotillståndet eller funktionsnedsättning som kan ge konsekvenser för hur personen klarar eller inte klarar sitt vardagliga liv finns här.

Under *måldelen* ska individuella mål formuleras, det vill säga vad som ska uppnås med den hjälp som ges. Livssituationen och de aktuella hjälpbehoven som kan vara av fysisk, psykisk, existentiell och social karaktär.

Målen ska vara specifika för just den personen de ska vara: mätbara, accepterade av de inblandade, realistiska utifrån både den äldres och

personalens perspektiv, tidsbegränsade, ansvarsfördelade dvs. vem som ansvarar för vad för att nå uppsatta mål.

Metoddelen ska svara på frågan *Hur* hjälp och stödinsatserna ges för att nå de uppsatta målen. Metoden kan vara 1) Pedagogisk i syfte att lära, träna, stödja eller uppmuntra en viss aktivitet eller funktion som man inte har eller som ska återfås eller bibehållas eller 2) Åtgärdande genom att personalen utför handlingar som den äldre inte klarar själv. Mål- och metodbeskrivningarna bör vara detaljerade och anpassade till individens situation och förutsättningar.

Beskrivning av hjälpinsatserna ska tydliggöra *Vad* den äldre ska ha hjälp med och *På vilket sätt* hjälpen skall ges, morgon, middag, kväll och natt. Viktig information är att beskriva vad och hur omvårdnadstagarens olika behov ska tillgodoses, när stöd och hjälp ska ges och av vem. Ju mindre den äldre själv kan uttrycka sina behov och önskemål, desto viktigare är det att beskrivningen är utförlig.

Uppföljningsdelen är viktig då den Sociala dokumentation är en färskvara som kräver kontinuerligt uppföljning. Kontroll av att beslutade och planerade hjälpinsatser genomförs kontinuerligt. Uppföljningen innebär också en måluppfyllelseanalys, som svarar på om målen har uppnåtts eller inte? Om målen inte har uppnåtts måste personal reflektera över om: uppsatta mål är felaktig, om metoden för att nå målet inte den rätta, om det behövs längre tid för att nå uppsatta mål och metod.

”Det som inte är dokumenterat finns inte och kan heller inte bevisas!”
För omvårdnadstagarens rätts säkerhet ska arbetsanteckningar eller daganteckningar skrivas, som ska informera om viktiga händelser och avvikelser från upprättad genomförandeplan. Begreppet avvikelse är neutralt men förknippas oftast med negativa händelser, men begreppet kan förstås och användas i positiv bemärkelse exempelvis när mål har uppnåtts eller ett motiveringsarbete har gett resultat. I arbetsanteckningarna tydliggörs om:

- personen ifråga *inte* fått det beviljade stöd och hjälpen, samt av vilka skäl (om det beror på den äldre själv eller på personalen)
- personen ifråga *fått* den beviljade sociala aktiviteten, när det skett samt av vem

Ändringar av biståndsbeslut och rutiner, noteringar från samtal eller kontakter med närstående eller annan vård eller omsorgspersonal som ger viktig information skall också noteras. Det är en trygghet både för den äldre och för personalen att kunna ta del av tidigare händelseförlopp för att tydliggöra fakta kring vad som hänt och inte hänt.

Den som ansvarar för journalföring i omvårdnadstagarens personakt avgör vad som är av vikt i de löpande arbetsanteckningarna och ska

kontinuerligt sammanfatta informationen för att få en hanterbar överblick, en helhetsbild, av den äldres situation.

I vårt projekt har vi begränsat oss till att titta på hur de individuella genomförandeplanerna används och efterlevs och vad som händer när personal får ökad kunskap specifikt om metoddelen. I utbildningen har vi valt att utgå från det salutogena synsättet och lägga tyngden på ett jagstödande förhållningssätt. På så sätt prioriteras den sociala nivån och människors behov av samhörighet med andra. Meningsfullhet blir samtidigt en drivande kraft som gör omsorgen mer hanterbar. Då tillvaratas och växer såväl den äldres som personalens resurser.

Projektet – Individuell genomförandeplan

För att kunna genomföra den utbildning som planerades inom ramen för projektet ansöktes om stipendium från FoU Norrbotten våren 2008. Med stöd av FoU stipendiet skulle personalen på enheten Rosengård kunna friställas för att gå utbildning under två dagar. Projektet har pågått ca 10 månader.

Målet med projektet är att den individuella genomförandeplanen utvecklas till att bli ett arbetsinstrument som används för att planera det dagliga individuella omsorgsarbetet samt att planen revideras så snart det blivit förändringar. Målet är också att det som skrivs i den individuella genomförandeplanen beskriver målen och aktivitet så i detalj att personen med demenssjukdom får göra det hon/han kan efter sin förmåga och får stöd och hjälp när förmågan sviktar eller helt saknas.

Innan projektstart är rutinen att Individuella genomförandeplaner skapas för varje omvårdnadstagare enligt en lokal mall, som visar hur upprättandet av genomförandeplaner ska vara inom äldreomsorgen i Haparanda stad. När genomförandeplanen upprättas görs det tillsammans med den äldre, anhörig, kontaktperson, ansvarig sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Den Individuella genomförandeplanen förvaras i en pärm på enheten Rosengård tillsammans med omvårdnadstagarens levnadsberättelse. Det vanliga tillvägagångssättet är att den individuella genomförandeplanen revideras en gång per år.

Granskning Individuella genomförandeplaner

Innan utbildningens innehåll planerades granskade vi två redan upprättade Individuella genomförandeplaner för personer med demenssjukdom. De brister som vi såg i uppförande av dessa fick bli utgångspunkten för utbildningens innehåll. Vi kunde konstatera att:

- Genomförandeplanerna inte innehöll någon detaljerad beskrivning av vad den äldre har för behov eller vad och hur personalens insatser ska vara för att stötta och hjälpa.

- Omvårdnadstagarens intressen och önskemål fanns nedskrivet, men inga noteringar fanns om när aktiviteten ska ske och hur samt vem som ska ansvara för att dessa önskemål och intressen ska uppnås
- I planerna används uttryck som "bibehålla" funktioner, kan delvis, behöver hjälp. Risker med detta svepande uttryckssätt är att personer med demenssjukdom inte får göra det som de kan i vardagen.
- Det fanns ingen beskrivning om hur förhållningssättet med omvårdnadstagaren ska vara i olika situationer för att personalen ska kunna stärka personens självkänsla.

Utbildning

Utbildningen genomfördes av Ann-Kristin och Katarina (projektansvariga) under september 2008. Hela personalgruppen gick utbildningen samtidigt: undersköterskor, gruppchef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Utbildningen genomfördes under två heldagar, och var totalt 16 timmar. Den personal som skulle ha varit i tjänst på utbildningsdagarna friställdes och vikarier kallades in. De som hade ledig dag enligt tjänstgöringschemat utnyttjade "skuld" som uppstår vid så kallat tre - tre scheman. Utbildningsdagarna lades upp som föreläsningar med efterföljande diskussioner.

Kunskapsinnehåll - dag 1

Första dagen handlade om vad en Individuell genomförandeplan är och varför den skall upprättas, vad som sker från handläggning till hur den används i arbetet. Den lokala rutin för Individuell genomförandeplan som finns i organisationen gick vi igenom, kravet på och värdet av social dokumentation och uppföljning av genomförandet för att kunna se om vi når de individuella mål som formulerats. Att den individuella genomförandeplanen är ett bra arbetsinstrument som på ett tydligt sätt kan synliggöra behovet av vår stöd och hjälp är nödvändig, för att den äldre skall känna sig stärkt och skapa "känslan av sammanhang".

Vad värdegrund är och vad den står för, vår personliga värdegrund och vilken syn vi har på personer med demenssjukdom, samt organisationens gemensamma värdegrund.

Ett socialt synsätt - som innebär att personalen har fokus på möjligheter och problemlösning och tar ansvar att upprätthålla nödvändiga relationer med personerna i fråga så att dessa deltar maximalt i sin vardag, upplever meningsfullhet och mår bra - att det sociala innehållet är kärnan i den kommunala äldreomsorgen.

Den första dagen avslutade vi med att prata om de mest vanligt förekommande demenssjukdomarna, och om hur dessa sjukdomars

symtom påverkar det dagliga livet för personer med demenssjukdom och dagen avslutades med en skriftlig utvärdering.

Kunskapsinnehåll - dag 2

Andra dagen handlade om ett "jag-stödjande förhållningssätt"- vad det innebär för personer med demenssjukdom att förlora delar av sina jagfunktioner, och hur man som personal kan stötta och hjälpa genom att se och ta till vara på personens kapacitet så att personalen inte tar över aktiviteten helt.

Kunskap om Reminiscensmetoden, hur den kan användas i vardagliga möten för att väcka minnen och vara ett sätt att kommunicera med personer som på grund av sjukdomen tappat sitt språk.

Reflektioner kring "vem personalen är till för" om vikten av att kunna prioritera bland arbetsuppgifterna. De äldres behov ska komma i första hand och att andra sysslor görs då tillfälle ges, men ändå blir utförda. Dagen avslutades med en skriftlig utvärdering.

Efter utbildningen

Efter utbildningen fick kontaktpersonerna till de två personer vars Individuella genomförandeplaner tidigare granskats till uppgift att besöka dessa och ta reda på: några aktiviteter som personen i fråga skulle vilja göra, skriva in det i genomförandeplanen och då beskriva hur aktiviteterna ska utföras. Vad personen i fråga själv kan göra, vad personalen kan hjälpa med och hur länge man ska arbeta på det viset innan man utvärderar planen. Uppgiften var också att informera personalgruppen om de ändringar som gjorts i dessa två individuella genomförandeplaner.

Efter utbildningsdagarna fick övrig personal på enheten arbetsuppgiften att allt eftersom göra uppföljningar på respektive persons individuella genomförandeplaner, då det var dags för uppföljning.

När en äldre person flyttar in på boendet upprättas en individuell genomförandeplan enligt den utarbetade rutin som finns inom äldreomsorgen i Haparanda stad. Efter utbildningen ansvarar kontaktpersonen för att individuella mål, hjälpinsatser och personalens förhållningssätt beskrivs så i detalj att personen i fråga blir delaktig.

Metod

För att få kunskap om effekten av hur utbildning påverkar användandet av den Individuella genomförandeplanen som ett arbetsinstrument valdes en kvantitativ ansats (Backman 1998). Personalen besvarade enkätfrågor efter projekttidens slut.

Datainsamling

Enkäter till personal

En enkätstudie genomfördes tre månader efter utbildningen för att få kunskap om hur individuella genomförandeplaner skrivs och efterlevs samt vad det betyder när personalen får ökad kunskap om syftet med genomförandeplaner. Vi utarbetade ett frågeformulär som innehöll strukturerade frågor med fasta svarsalternativ (Bilaga1). Enkäten låg i ett slutet kuvert tillsammans med ett svarskuvert och ett följebrev med information om att svarstiden var en vecka samt var den skulle återlämnas. Personalen lämnade åter enkäten på angiven plats inom utsatt tid för återlämnandet.

Granskning av Individuella genomförandeplaner

För att få en bild av hur kunskapen från utbildning kunnat omsättas i praktiken genomfördes granskning av individuella genomförandeplaner vid två tillfällen, före och efter utbildningen. Tillsammans med respektive omvårdnadsmottagare och deras kontaktpersoner granskade vi två Individuella genomförandeplaner. Vi gick igenom varje del i det skrivna, läste och diskuterade oss fram till vad som skulle revideras i planerna. Kontaktpersonerna rapporterade resultatet till övriga i personalgruppen och de arbetade sedan efter detta. Vi gjorde uppföljning med kontaktpersonerna efter två veckor och det visade sig att de flesta förändringar som gjorts fungerade bra men vissa insatser diskuterades fortfarande i personalgruppen.

Urval

Iden till projektet har utarbetats tillsammans med verksamhetens MAS sjuksköterska och äldreboendet Klippans verksamhetschef. Socialnämndens ordförande har också delgetts information om projektet. I Haparanda finns idag inga boenden för enbart personer med demenssjukdom. Vi valde att utföra vårt projekt på enheten Rosengård då större delen av de som bor där har en demensdiagnos. Personal och gruppchef på enheten Rosengård fick information om projektet på ett personalmöte där vi presenterade projektets syfte, innehåll och datainsamling. All personal tackade ja till förslaget om vårt erbjudande om att delta i projektet och utbildningsdagarna.

Personalgrupp bestod av totalt 13 personal, nio undersköterskor varav en också är ansvarig gruppchef, en patientansvarig sjuksköterska samt tre nattarbetande undersköterskor. Tre månader efter utbildningen besvarade 11 personal enkäten, sju undersköterskor som arbetar dagtid varav en också har gruppleदारansvar, tre undersköterskor som arbetar enbart natt och en patientansvarig sjuksköterska. Två personal har under

projekttiden avslutat sitt arbete på enheten. Alla som besvarat enkäten har deltagit i utbildningen.

På enheten Rosengård bor 14 personer med demenssjukdom och för alla dessa finns en individuell genomförandeplan upprättad. I samråd med personalen valdes två personers individuella genomförandeplaner ut med kriteriet att personerna skulle ha kvar förmågan att förmedla personliga önskemål om att få vara delaktig i sin egen vardag, och att vara svensktalande, det sistnämnda på grund av att vi inte själva behärskar det finska språket så bra. Kontaktpersonerna för dessa två personer har haft det yttersta ansvaret för upprättandet av individuell genomförandeplan. En av 14 omvårdnadstagare på enheten är enbart svensktalande, övriga talar och förstår båda språken men talar mest finska. Arbetspråket är svenska och all dokumentation skrivs på svenska. Alla i personalgruppen är inte tvåspråkiga.

Metodologiska reflektioner

Två personal har under projekttiden slutat sitt arbete på enheten och har därför inte besvarat enkäten. Två nyanställda har inte genomgått vår utbildning och har därför inte fått enkäten. Två personer som arbetar natt har enbart valt att svara på två frågor som berör arbetsanteckningar. Deras besvarade och obesvarade frågor ingår i det redovisade resultatet.

Etiska överväganden

Personalen har fått information och har haft möjlighet att tacka nej till medverkan i projektet. Projektet berör mest personalens arbetssätt och vi har från starten förankrat det i personalgruppen och för ledningen för äldreboendet.

Resultat

Under denna rubrik presenteras först resultatet från personalens enkätsvar. Figur 2-11 redovisar hur personalen upplever situationen efter utbildningen. Sen presenteras resultatet från granskningen av individuella genomförandeplaner.



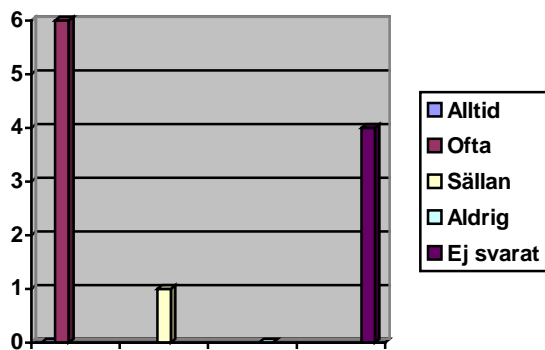
Figur 1. Personalens användande, före utbildningen av individuella genomförandeplaner för att planera det dagliga arbetet med omvårdnadstagarna.

Två tredjedelar av personalen uppger att de före utbildningen sällan använder individuella genomförandeplaner i vardagsarbetet.



Figur 2. Personalens användande, efter utbildningen av individuella genomförandeplaner för att planera det dagliga arbetet med omvårdnadstagarna.

Två tredjedelar av personalen uppger att de efter utbildningen ofta använder individuella genomförandeplaner i vardagsarbetet.



Figur 3. Personalens upplevelse om de arbetar på ett inriktat sätt för att uppnå den enskildes mål som de formulerats i den individuella genomförandeplanen.

Efter utbildningen upplever hälften av personalgruppen att de ofta arbetar mer inriktat, för att uppnå omvårdnadstagarnas mål.



Figur 4. Personalens upplevelse om genomförandeplanerna är skrivna så att nödvändig information finns med för att kunna ge rätt insatser till omvårdnadstagaren.

Två tredjedelar av personalen upplever att de ofta får den information de behöver för att ge rätt insatser till omvårdnadstagarna, via de individuella genomförandeplanerna.



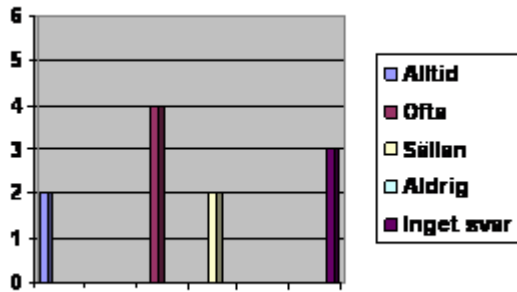
Figur 5. Personalens upplevelse om den individuella genomförandeplanen i detalj beskriver hur stöd och hjälp ska utföras så att personen blir delaktig och får göra det han/hon själv kan.

Hälften av personalen upplever att detaljnivån i den individuella genomförandeplanen ofta är tillräcklig för att de ska kunna hjälpa den enskilde att få vara delaktig och göra det han/hon själv kan. En personal upplever att detaljnivån alltid är så tydlig, två personal upplever att de sällan är tillräckligt detaljerad.



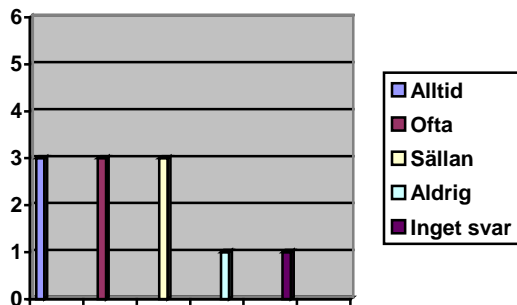
Figur 6. Personalens upplevelse om de tänker mer på vad och hur de gör i olika situationer i mötet med omvårdnadstagaren.

Hälften av personalen upplever att de oftare tänker på vad de gör och hur de gör i olika situationer och i möten med omsorgstagaren, två personal upplever att de alltid tänker mer på omvårdnadstagaren.



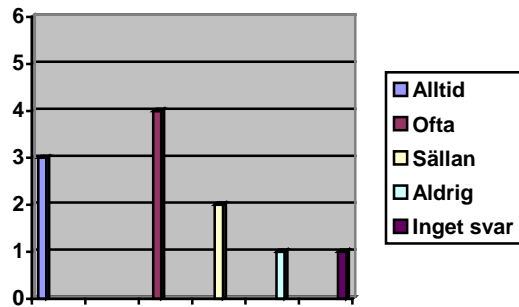
Figur 7. Personalens upplevelse av omvårdnadstagarnas möjlighet att få vara delaktig i sin omsorg samt om de kan påverka vad som ska hända under dagen.

Två personal anser att omvårdnadstagarna alltid får vara delaktig och kan påverka vad som ska hända under dagen, fyra personal anser att omsorgstagaren ofta kan göra det och två personal anser att omsorgstagaren sällan är delaktig och kan påverka sin vardag.



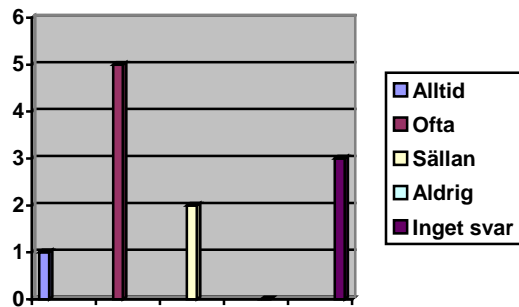
Figur 8. Personalens vana att föra arbetsanteckningar.

Tre personal uppger att de alltid skriver arbetsanteckningar, tre personal skriver ofta, tre personal uppger att de sällan skriver arbetsanteckningar en personal skriver aldrig arbetsanteckningar.



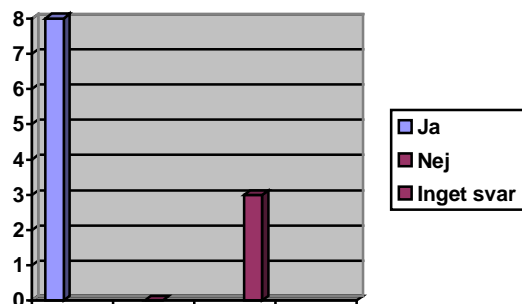
Figur 9. Personalens vana att läsa arbetsanteckningar som medarbetare skrivit.

Tre personal uppger att de alltid läser arbetsanteckningar som medarbetare skrivit, fyra läser ofta, två läser sällan och en läser aldrig arbetsanteckningar som andra skrivit.



Figur 10 Kontaktpersonernas upplevelse av säkerhet i att medverka i upprättandet av individuella genomförandeplaner.

En kontaktperson känner sig alltid säker vid upprättandet av en individuell genomförandeplan, fem kontaktpersoner uppger att de ofta känner sig säkra, två känner sig sällan säkra med den arbetsuppgiften.



Figur 11. Personalens upplevelse av nytta med utbildning i ett ”jag-stödande förhållningssätt”.

Samtliga upplever att kunskapen om ett ”jag-stödande förhållningssätt” innehöll kunskap som är till nytta i deras möten med omvårdnadstagarna.

Granskning av individuella genomförandeplaner

Efter utbildningen fick två kontaktpersoner uppgiften att omarbeta en individuell genomförandeplan vardera. En märkbar skillnad var att dessa omvårdnadstagares önskemål om hur de vill ha det samt de överenskommelser som kontaktpersonen och dessa personer kommit överens om blev tydlig. Sen förändringarna i planen skrivits in diskuterade personalgruppen och de beslutade gemensamt hur de skulle kunna verkställa önskemålen. Diskussionen visade att personalen fokuserar mer på personernas individuella önskemål och behov då de synliggjorts i den individuella planen. Personalen värnar också om att kontaktmannaskapet ska fungera bättre än tidigare. Personalen anger kortare tid till uppföljning av aktiviteter. Uppföljningstiden av de individuella genomförandeplanerna görs ofta en gång per år. Den övriga personalen har efter utbildningen börjat beskriva mer detaljerat vad personen själv kan och hur och på vilket sätt de ska stödja den boendes egna förmågor.

Diskussion

Syftet med projektet är dels att undersöka hur de individuella genomförandeplanerna skrivs och efterlevs dels att få kunskap om vad det för betydelse när personalen får ökad kunskap om syftet med genomförandeplanen.

Med utgångspunkt i tidigare studier (tex Nilsen 2007) kan vi fastlägga att det är personalen som är verktyget för att personer med demenssjukdom ska erhålla social omsorg och vård av god kvalitet. För att nå det målet är

det en förutsättning att personalen prioriterar relationen med omsorgsmottagaren i lika hög grad som att utföra de praktiska uppgifterna (Edwardsson 2008), men också att inta ett "salutogent synsätt" det vill säga att ha som mål att söka faktorer som är hälsobringande för personen med demenssjukdom (Westlund, Sjöberg 2006). Det handlar med andra ord om personens möjlighet att vara delaktig och att tillvarata och stimulera de förmågor som fortfarande finns kvar.

Syftet med att upprätta individuella genomförandeplaner är att de ska vara ett dokument som kvalitetssäkrar den sociala omsorgen och vården som ges till personer med demenssjukdom. Genomförandeplanen ska detaljerat beskriva vad personen själv vill och kan göra, samt hur personalen ska stödja de behov som personen behöver hjälp och stöd med. För att veta vad som är bäst för en person med demenssjukdom är en levnadsberättelse ett bra redskap. Levnadsberättelsen beskriver vem personen med demenssjukdom är och vad som varit viktig för henne, i syfte att tydliggöra dennes behov, önskemål, glädjeämnen och sorger genom livet. Levnadsberättelsen används för att underlätta kommunikationen och förståelsen mellan omvårdnadstagare och omvårdnadsgivare. Levnadsberättelsen är sekretessbelagd och personalen som läser den har tystnadsplikt. Viktigt är också att personalen lär känna personen och tolka dennes sätt att reagera. Forsman (2008) har formulerat frågor som kan utgöra en grund för reflektion och tolkning .

"Vad mår Elsa bra av? Vad gör henne engagerad? I vilken situation vaknar hon till lite extra och får den där skärpan i blicken? Vad har hon gjort de dagar hon sover gott om natten? Vem sitter hon bredvid vid maten när hon inte stressar? Hur gör personalen de dagar Elsa gärna duschar?"

Ett sätt att arbeta hälsofrämjande (salutogent) är att som personal tillämpa ett jag-stödjande förhållningssätt i mötet med personer med demenssjukdom. Genom ett sådant förhållningssätt lär personalen sig att ta vara på de resurser som varje person med demenssjukdom har i alla faser av sjukdomen samt kompensera de förluster som gått förlorade. Det vill säga att i den positiva hälsoteorins anda fokusera på friskfaktorer, resurser, möjligheter och framgångsupplevelser (Westlund 2009). Ett jag-stödjande förhållningssätt kräver att stödet ges med respekt genom att steg för steg guida med muntliga instruktioner och kroppsspråk, att ge bekräftande kommentarer, att uppmuntra att börja och att fortsätta, samt ge praktisk hjälp vid behov. *Hur* stödet ges och *när* och av *vem* måste därför vara väl beskrivet i den individuella genomförandeplanen så att personalen inte tar över aktiviteten. Sysslolöshet i förening med social isolering kan många gånger öka behovet av omsorg och vård.

Den utbildning som personalen deltog i fokuserade på den del av individuell genomförandeplan som svarar på frågan *hur* hjälp och stödinsatserna ska ges för att de uppsatta individuella målen ska nås.

Personalen upplever att utbildningen väckte en hel del nya tankar och tillförde en ökad förståelse i mötet med personer med demenssjukdom. Det som framkom i diskussioner under utbildningen var att flera av personalen tycker sig ha för lite tid för att låta personen med demenssjukdom vara delaktig i sin vardag, såsom det är tänkt i den individuella genomförandeplanen. Vidare saknar personalen en handledare som kan ge råd i svåra situationer, till exempel då personer med demenssjukdom blir aggressiva och/eller utåtagerande.Handledning i omsorg och vård förekommer som regel inte i verksamheten.

Under processen att upprätta en individuell genomförandeplan upplever de flesta kontaktpersonerna att de vanligtvis känner sig säkra i sitt ställningstagande. En viktig utgångspunkt för kontaktpersonen är att ha kunskap om vad sjukdomen gör med personens personlighet, att personligheten inte är förlorad utan snarare instängd (Edvardsson, Winblad, Sandman 2008). Den individuella genomförandeplanen måste kontinuerligt följas upp och justeras då symtombilden vid demenssjukdom är under ständig förändring. Det är viktigt för all personal och särskilt viktigt blir det för nyanställd personal och vikarier så att rätt information för hur stöd och omsorg ska ges.

Resultatet visar att före utbildningen använder personalen sällan individuella genomförandeplaner för att planera det dagliga arbetet. Efter utbildningen ändras personalens inställning, de använder de individuella genomförandeplanerna mer konsekvent och försöker utgå från omsorgsmottagarens behov och önskemål. Mer än hälften av personalgruppen uppger att de ofta använder den individuella genomförandeplanen i planeringen av vardagsarbetet som då också medför att omsorgsmottagaren blir mera delaktig och kan påverka sin egen vardag. De tar också oftare hänsyn till omsorgsmottagarens behov i alla delar av den sociala omsorgen och vården, de försöker utföra arbetet och anpassa miljön så att det blir så personligt som möjligt. De strävar efter att göra personen delaktig i olika beslut och försöker tolka svårtolkade beteenden ur personens synvinkel. En förutsättning för att personen ska uppleva sitt liv meningsfullt är att utifrån sin förmåga få vara delaktig i det som händer i vardagen (Westlund, Sjöberg 2005). Efter utbildningen upplever också mer än hälften av personalgruppen att de oftare tänker på vad de gör och hur de gör i mötet med omsorgsmottagaren.

Före utbildningen visar granskningen av de individuella genomförandeplanerna att de var bristfälligt skrivna. Vanligtvis beskrivs inte mål och insatser så tydligt att det blir begripligt vad personen i fråga själv kan och vad personalen skall göra, hur de ska hjälpa och stötta så att personen får vara så självständig som möjligt. Efter utbildningen är skrivningen mer utförligt med tydliga mål, när och hur insatserna skall ges. Personalen uppger också att detaljnivån oftast är tillräcklig i de individuella

genomförandeplanerna och att arbetsanteckningar skrivs och läses av de flesta.

Resultatet visar också att arbetsanteckningar inte förs och läses av alla i personalgruppen. Arbetsanteckningar ska skrivas om viktiga händelser och avvikelser från upprättad genomförandeplan. Detta förhållande måste förbättras så att det tydliggörs om den enskilde fått den utlovade och beviljade hjälpen, om inte insatser är utförda ska det antecknas varför det inte gjorts. Anteckningar skrivs också när mål har uppnåtts eller när ett motiveringsarbete har gett resultat. En rutin att läsa arbetsanteckningar behöver också utvecklas.

En ambition med projektet var att stimulera till ett socialt tänkande/aktiviteter i samband med arbetet med de individuella genomförandeplanerna. Genom samtal och levnadsberättelser framkom att de två personer vars individuella genomförandeplaner vi granskat önskade följande: att få äta lunch på restaurang ibland, att få dricka ett glas vin på fredagskvällen tillsammans med en medboende som man känner gemenskap med, att få gå till en frisersalong och inte bara bli tilldelad en klipptid hos en frisör som kommer till boendet, att få besöka till exempel IKEA för att få känna sig delaktig i ett större socialt sammanhang, än det som erbjuds på äldreboendet, att få besöka kyrkan och få uppleva känslan av att vistas i den speciella atmosfären som kyrkrummet ger, inte bara gå på boendets gudstjänst. Allt detta är sådant som varit en del av deras tidigare liv och som kan antas ha betydelse för upplevelsen av meningsfullhet. Kontaktpersonerna fick till uppgift att skriva in de sociala aktiviteterna i respektive persons individuella genomförandeplan. Vi menar att då de sociala aktiviteterna finns beskrivet i den individuella genomförandeplanen med uppgifter om när, hur och vem som ska utföra insatserna så ökar möjligheten att de äldres behov blir tillgodosedda.

För att nå målet med en kvalitativ god social omsorg och vård behöver personalen stöd och handledning i sitt vardagsarbete. Ett kvalitativt gott arbete innebär att kunna prioritera behoven hos den omsorgsbehövande, utgå från personens önskemål och behov *före* de dagliga rutinerna och kunna se vad det är som gör att personen ifråga mår bra. Arbetet med att skriva och använda individuella genomförandeplaner ingår i personalens arbetsuppgifter, dokumentationsskyldigheten för genomförandet av omsorg och vård regleras i Socialtjänstlagen, kap 11,5§ (Bergstrand 2008). Konstateras kan att efter utbildning visar resultatet att för sju personal (av 11) fungerar individuella genomförandeplaner ofta som ett arbetsinstrument i vardagsarbetet. Ett resultat som är bra men inte fullgott. Det är fortfarande ett antal personal som inte insett värdet av att arbeta med utgångspunkt i individuella genomförandeplanerna. För att lagstiftningens intentioner om individuella genomförandeplaner verkligen ska kunna få genomslag och bli en del av arbetet för all personal måste rätt förutsättningar ges.

Arbetsledningen, som har övergripande ansvar för verksamhetens kvalitet måste vara den som driver frågan, motiverar och vägleder personalen. Arbetsledningen och personal bör återkommande och gemensamt reflektera över frågor som sätter den äldre och varje individs specifika önsknings och behov för en innehållsrik vardag i centrum (jfr SOU 2008:51), resultatet av en sådan dialog utgör underlaget för innehållet i den individuella genomförandeplanen. För att de individuella genomförandeplanerna skall följas och hållas aktuell fordras att personalen skapar utrymme och får in en rutin att använda den i vardagsarbetet. På så sätt ökar möjligheten att all personal på sikt ser fördelen dels för personen med demenssjukdom och dels för sin egen del.

Slutsatser

- Social omsorg och vård av god kvalitet kräver att personalen prioriterar insatser utifrån behoven som personen med demenssjukdom har före de dagliga rutinerna. Ett hjälpmedel för detta är individuella genomförandeplaner som i detalj beskriver stöd och insatser.
- Delaktighet efter förmåga främjar en hälsosam situation för personer med demenssjukdom. Erfarenheter av projektet visar att personalen av tidsskäl inte låter personer med demenssjukdom vara delaktiga.
- Utbildningen om individuella genomförandeplaner innebar att mer än hälften av personalgruppen ofta använder de individuella genomförandeplanerna och att innehållet blir utförligare beskrivet.
- Erfarenheter av projektet visar att personalen behöver stöd och handledning i arbetet med individuella genomförandeplaner. Arbetsledningen bör tillsammans med personalen återkommande reflektera över frågor som sätter den äldre och varje individs specifika önsknings och behov för en innehållsrik vardag i centrum.
- Kompetenshöjning och utveckling främjar en attraktiv arbetsplats för alla människor. Det finns anledning att anta att kompetenshöjning och utveckling av yrkesrollen är särskilt betydelsefull för arbetstagare som arbetar med människor som är i beroendeställning till dem.

Referenslista

Backman Jarl (1998) *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur. Lund.

Bergstrand BO (2008). *Den nya socialtjänstlagen*. Kommunlitteratur.

Carlsson Thomas, Nilsson Ann (2005) *Dokumentera mera. Social dokumentation inom omsorgen om äldre och funktionshindrade*. Gothia Förlag AB Stockholm.

Carlsson Thomas, Nilsson Ann (2008) *Social dokumentation – ett steg till*. Gothia Förlag AB Stockholm.

Cars Jane, Zander Birgitta (2006) *Samvaro med dementa – Råd till anhöriga och personal om bemötande* Gothia Förlag AB Stockholm.

Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. Review/Personcentered care of people with severe Alzheimers disease: current status and ways forward, *Lancet Neurology* 2008; 7:362-367

Emmaboda Socialtjänstplan. *Ditt ansvar vårt stöd – Ett självständigt liv*.
www.emmaboda.se

Eneroth Bo. *Att vara till- om äldreomsorgen som tillvaro*. FOU Skåne Skriftserie 2004:1.

Forsman Monica (2008). *Socialt innehåll i äldreomsorgen* Fortbildningsförlaget.

Nilsén, U (2007). *Social dokumentation inom äldreomsorgen*. C-/D-uppsats Uppsala: Uppsala universitet. Sociologiska institutionen.

SBU (2007) *Vård av personer med demenssjukdom*.

Socialstyrelsen (2005). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*. Rapport. Artikelnr. 2007-123-32.

Socialstyrelsen (2006). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*.

SoU 2008:51 *Värdigt liv i äldreomsorgen*. Slutbetänkande av värdighetsutredningen.

Westlund P (2002). *Socialt synsätt inom äldreomsorgen Fokus – rapport 2002:2* Kalmar.

Westlund Peter, Sjöberg Arne (2006). *Antonovsky inte Maslow. För en salutogen omsorg och vård*. Fortbildnings Förlaget Solna.

Westlund Peter (2009) *Salutogen GPS. För ett gott bemötande*. Fortbildnings Förlaget Solna

ENKÄTFRÅGOR

- Använde du de individuella genomförandeplanerna för att planera det dagliga arbetet med vårdtagarna innan vår utbildning?

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Använder du den individuella genomförandeplanen oftare nu efter vår utbildning för att få den information du behöver i det dagliga arbetet med vårdtagarna.

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Arbetar arbetsgruppen mer inriktat nu, för att uppnå den enskildes mål som är formulerade i den individuella genomförandeplanen?

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Är genomförandeplanen alltid skriven så att du får den information som du behöver veta för att kunna ge personen i fråga rätt insatser

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Beskriver genomförandeplanen tillräckligt i detalj hur du som personal ska hjälpa så att den enskilde är delaktig och gör det han/hon kan själv.

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Tänker du mer på vad du gör, och hur du gör, i olika aktiviteter i mötet med omsorgstagaren, nu jämfört med innan utbildningen?

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Är vårdtagaren delaktig i sin egen vård och kan påverka vad som ska hända under dagen

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Arbetsanteckningar eller daganteckningar är ett arbetsredskap som personalen kan använda för att informera om viktiga händelser och avvikelser från uppgjord genomförandeplan. I arbetsanteckningarna tydliggörs att den enskilde fått eller inte fått den utlovade eller beviljade hjälpen och är en del i rättssäkerheten.

Skriver du arbetsanteckningar?

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Läser du arbetsanteckningar som andra skrivit?

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Känner du dig säker på din uppgift, i din roll som kontaktperson när du är med och gör en individuell genomförandeplan.

Alltid Ofta Sällan Aldrig

- Har utbildningen i ett jagstödande förhållningssätt hjälpt dig att bemöta personer med demenssjukdom?

Ja Nej

