

En Bättre Demensvård

Våra kunskaper om demenssjukdomarna och vad som skapar en god demensvård har fördjupats de senaste 15 åren, vilket också beskrivs i Socialdepartementets rapport "På väg mot en god demensvård" (Ds 2003:47). Denna kunskap har dock ännu inte omsatts i god praktik överallt. För att sluta detta gap mellan vad vi vet och vad vi gör har Sveriges Kommuner och Landsting tillsammans med Socialdepartementet beslutat att starta ett gemensamt arbete med målet att förbättra demensvården i Sverige. Arbetet omfattar två på varandra följande Genombrottsprojekt och därpå följande spridningsaktiviteter.

Den första projektomgången pågick februari-september 2004 och omfattade 18 team fördelade över 10 landsting/regioner. Denna skrift är en sammanställning av teamens slutrapporter.

Du finner rapporterna i elektronisk form samt mer information om projektet på www.demensvard.se

Innehållsförteckning - Team

Flen	2
Gävle Sjukhus Demensenheten.....	9
Göteborgs kommun Tuve/Säve SDF	15
Halmstads kommun	20
Kalix – Grytnäs Vårdcentral.....	26
Kristianstads centrala demensteam.....	29
Kristinehamn	35
Lerum	40
Lidköping	46
Lomma kommun	52
Luleå	57
Malmö – Neuropsyk. kliniken UMAS	63
Mark/Svenljunga	69
Tierp – Forshems äldreboende	75
Torsby.....	80
Uddevalla kommun	83
Värmdö	88
Växjö kommun	94

Flen

Team: Flen, ett samverkansprojekt mellan kommun och primärvård.

Syfte med deltagandet i Genombrott:

Att höja tryggheten för de personer som har demenssjukdom och deras anhöriga i Flens Kommun. Att kommun och landsting tillsammans verkar för att möjliggöra en väl fungerande hemmiljö och att man får det stöd man behöver. Genom att:

- Synliggöra det stöd som finns
- Möjliggöra längre kvarboende hemma
- Öka antalet utredningar

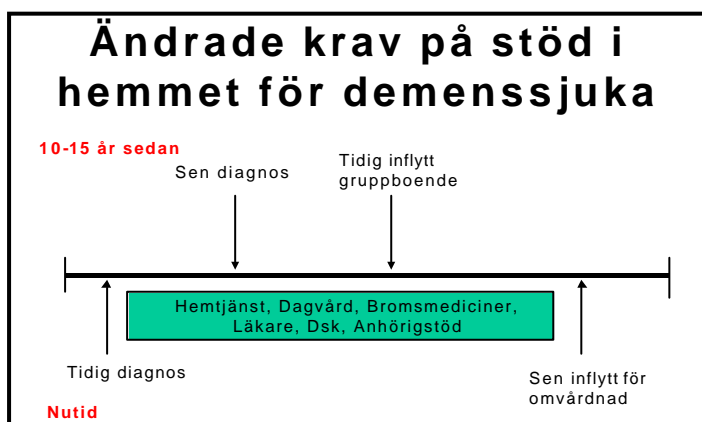
Teammedlemmar:

Kontaktperson: Demensansvarig, Sofia Kialt, 070-217 80 72, sofia.kialt@flen.se
Läkare Lennart Davidsson Flen VC
Arbetsterapeut Annika Martens Rehabenheten
Hemmateamet:
Marie Magnusson, Distriktssköterska, Malmköping VC
Annika Westin, Biståndshandläggare
Margaretha Andersson, Områdeschef hemtjänst
Agneta Ågren, Anhörig

Bakgrund och problem

Demensvården har ändrat karaktär. Jämfört med för 10 - 15 år sedan är det idag yngre personer som utreds och det på ett tidigare stadium i sjukdomen. Idag ger bl.a. bromsmedicinerna och utbyggnad av dagvårdsverksamheterna en senare inflyttning till särskilt boende.

Man bor således kvar hemma betydligt längre med sin sjukdom. Stödet och behovet av hjälp från olika huvudmän varierar under perioden.



Samverkan mellan kommun och primärvård sätts på prov.

Kartläggningen

Varje yrkeskategori fick beskriva sin syn på hur det fungerade idag och vi samlade in åsikter från anhöriga. Det gjordes både genom de tre befintliga anhörigrupperna som finns i kommunen, men även genom ett anhörigtig. Här fick vi även många tips och idéer. Sammantaget med vår nära kontakt med flera personer med demenssjukdomen så identifierade vi problem i främst två tidpunkter under sjukdomsförloppet:

Runt utredningen och senare i sjukdomen när många instanser är inblandade.

Flens Kommun har en mångårig satsning på stöd och hjälp riktat mot demenssjuka och deras familjer. Vårt att nämnas är t.ex. dagvårdsverksamheten som är öppen 7 dagar i veckan och som har funnits i 15 år. En demensansvarig bedriver bl.a. uppsökande verksamhet och har hand om anhörigstödet. Idag finns tre anhörigrupper igång och utbildning sker varje halvår. Det är dessutom en resurs för utbildning av personal.

PROBLEMBESKRIVNING

Få en utredning

Både anhöriga, de som drabbats av sjukdomen, hemtjänstpersonal och distriktssköterskor vittnar om problemet att få till stånd en utredning. De berättar också att de kanske inte alltid sökte för just det, utan nämnde det i samband med besök för annan åkomma. Läkarna påpekade också svårigheten i att ta upp problematiken när det nämns i slutet av ett besök för något annat.

Efter diagnos

Efter diagnosen finns idag ingen koppling till att få veta vad det finns för stöd och hjälp att få. Denna information förmedlas inte heller inom primärvården organisation till t.ex. distriktssköterskan.

Inom primärvården finns en uppfattning om att personer med demenssjukdom inte klarar att bo hemma särskilt länge och att de problem som uppstår är kommunens ansvar.

När många är inblandade i stödet

Längre fram i sjukdomen finns det idag många insatser runt den demenssjuka och familjerna. Det kan vara primärvårdsläkare, specialistläkare, distriktssköterska, biståndshandläggare, hemtjänst, dagvård, demensansvarig, rehabpersonal, kortvård, akutvård etc.

Idag vet inte den ena vad den andre gör och det är svårt att se helheten i stödet.

I många fall har huvudmännen skyllt varandra för att vara ansvariga för de problem som uppstår runt dessa personer och familjer.

Hemtjänstgrupperna har idag träffar med distriktssköterska, biståndshandläggare och paramedicinare. Dessa genomförs dock olika ofta och på olika sätt runt om i kommunen. I kartläggningen har problem runt dessa beskrivits.

Yngre familjer

Anhöriga har frågat vad det finns för stöd till denna grupp, men det finns inget specifikt riktat mot denna grupp i den kommunala verksamheten.

Mål: Mål 1.

90% av de personer som har en demenssjukdom och deras anhöriga i ordinärt boende, i Flens Kommun, ska uppleva trygghet i vården. T.o.m 2004-12-31

Med trygghet menas att de får det stöd och den hjälp de behöver, när de behöver den.

Mål 2.

Öka tillgängligheten för minnesutredning för befolkningen i Flens Kommun.

Mått:

Mätning 1.

Det finns 99 kända personer med demenssjukdom boende i ordinärt boende i Flens Kommun. From 2004-06 särskiljer vi grupperna och frågar ca 20% av vardera grupp.

De svarar på en tiogradig skala, VAS-skalan.

Vi räknar andel procent som svarar VAS 8-10.

Mätning 2.

Vi räknar antalet personer med känd demensdiagnos i Flens Kommun.

Hur gjordes mätningarna?

Mätning 1.

Vi frågar personer med känd demenssjukdom och deras anhöriga:

”Upplever du att du får den hjälp och det stöd du behöver pga. det försämrade minnet?”

De svarar därefter i en tiogradig skala, VAS-skalan.

Vi har delat upp antalet som behöver frågas varje månad enligt följande:

Yrkeskategori, antal anhöriga + antal demenssjuka:

Distriktsköterskorna 10 + 10, biståndshandläggarna 4 + 4, Demensansvarig 7 + 7,

Paramedicinare 4 + 4, Läkare 8 + 8.

Mätning 2.

Använda antalet kända personer med demensdiagnos i Flens Kommun och jämföra det mot prevalenstalet.

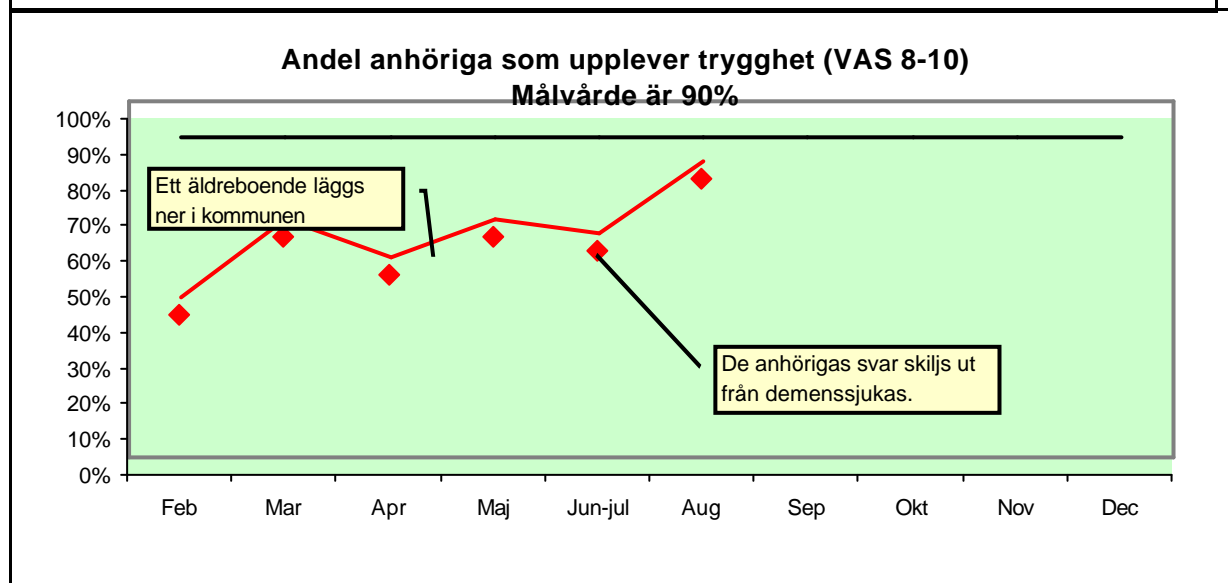
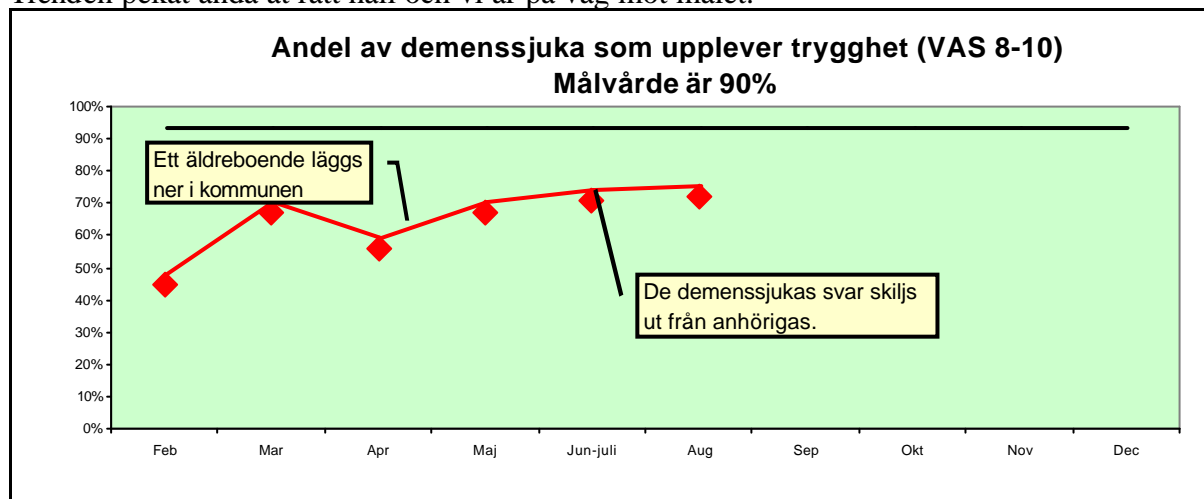
Öka antalet kända personer med demensdiagnos t.o.m. 2004-12-31.

Resultat:

Måluppfyllelsen kommer att avläsas sista december 2004. Det kan vara möjligt att målet är orimligt högt. Det är svårt att bli trygg i sjukdomen och att kunna särskilja på det vid frågan.

”Upplever du att du får den hjälp och det stöd du behöver pga. det försämrade minnet?”.

Trenden pekat ändå åt rätt håll och vi är på väg mot målet.



Förändringar som gjorts:

Få en utredning

En informationsfolder som skall locka till minnesutredning har tagits fram. I det arbetet har en dam med Alzheimerdiagnos medverkat. Denna folder finns att tillgå på apotek, i väntrum etc. Idag är beteckningen "minnesutredning" mera känd för allmänheten genom informationen som gått ut media om projektet. Inom både kommunen och primärvården har information gått ut till hemtjänstpersonalen, biståndshandläggare, distriktssköterska och läkare.

Distriktssköterskorna har fått utbildning vid fyra tillfällen under projektet, varav två syftat till att få god kännedom om tidiga symtom och även de tester som kan göras i samband med utredning. Läkarna deltar i en utbildning runt tidiga symtom och utredningsförfarande den 29 september.

Den allmänna uppfattningen hos läkarna är att antalet personer som enkom söker för en minnesutredning har ökat under projektiden.

Detta utvärderas i antalet utredda personer med demensdiagnos 2004-12-31.

Efter diagnos

Vårdkedjan bruten

Två försök som riktats till läkare för att få dessa att meddela personer som fått diagnosen demens till demensansvarig i kommunen rutinmässigt, har inte fungerat under våren.

Efter samtal med ledningen inom primärvården 040908 är det nu bestämt att läkarna på Malmköping Vårdcentral ska rapportera vilka som fått diagnosen till en speciell distriktssköterska där. Det är även hon som gör alla MMT (minnestest) som ordineras.

En av de fyra tillfällen med riktade utbildningsinsatser för distriktssköterskorna i Flens kommun handlade om vilket stöd som finns i kommunens verksamhet.

Men en förändring har ändå skett...

Till skillnad från år 2003 då fyra personer förmedlades via primärvården till demensansvarig i kommunen har hittills under 2004 elva personer varav fyra direkt från läkare nu i aug - sept. Kunskap är nyckeln!

Tidig information och hembesök

De personer som fått hembesök av demensansvarig efter sin diagnos är mycket nöjda med att få veta vilken stöd och hjälp som finns att tillgå.

Ofta förmedlas kontakter till primärvården eller biståndshandläggare alternativt dagverksamheten efter det besöket. De anhöriga hittar vägen till anhöriggrupper och utbildning. I vissa fall har de anhöriga blivit erbjudna kontakt med en annan anhörig i liknande situation. Denna form av "mentorskap" har ökat under projektet.

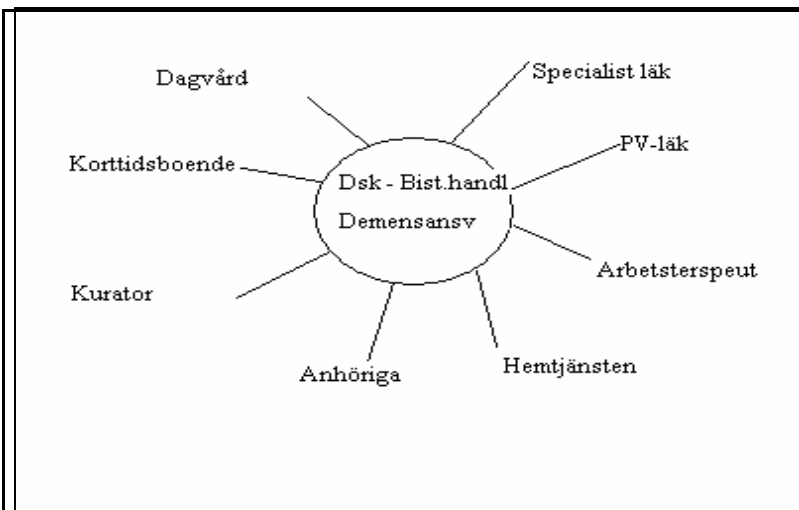
Genom medias uppmärksamhet av projektet har även allmänheten nåtts av information om vilket stöd som finns.

Dagverksamhetens gäster har ökat under projektet och under juli månad har den haft flest besök sedan starten 1989. Detta är resultatet av de förändringar som genomförts!

Även för anhöriga är kunskapen nyckeln!

När många är inblandade i stödet.

Detta var utgångspunkten för projektstarten. Vi har testat en samarbetsmodell där vi lyfter distriktssköterskans och biståndshandläggarens gemensamma ansvar och där man arbetar utan att huvudmannaskap och lagstiftningar får sätta käppar i hjulet. Demensansvarig finns med som en viktig brygga i detta arbete.



Samverkan runt de demenssjuka är viktigt.

Utbildningsinsatser för både biståndshandläggarna och distriktssköterskorna har genomförts fyra gånger för vardera grupp, varav en gemensam. Där lyftes problematiken grupperna upplevt fram och de fick information om detta och möjlighet att prata om sitt samarbete. Detta har genererat i en ny arbetsform, ”gemensamt hembesök” som idag ofta görs hos personer med demenssjukdom och deras familjer.

Både distriktssköterskorna och biståndshandläggarna lyfter fram det som positivt och anser att det underlättar deras fortsatta arbete med dessa familjer.

Distriktssköterska – Biståndshandläggare och Hemtjänsten

Vi har testat en struktur på deras gemensamma möten vilket innebär att personer med minnesproblematik går igenom först.

Har dessa personer flera insatser utanför denna grupp kan representanter bjudas in att närvara vid någon träff för att hitta gemensamma mål för vården. Distriktssköterskan och biståndshandläggaren har gemensamt mandat att kalla alla inblandade till möte när behov föreligger.

Den permanenta förändringen blir att alla distriktssköterskor ska veta vilka som har demenssjukdom i deras område, speciellt om de har hemtjänst. Detta arbete kommer att utvärderas genom att jämföra deras sammanlagda kännedom med vår kartlagda population på 99 personer. De redovisar varje månad till teamets distriktssköterska varje månad tills målet är nått och därefter var tredje.

Trygg hemma med hemtjänst

All hemtjänst personal i kommunen har utbildats i förhållningssätt och bemötande av personer med demens och deras anhöriga. Det arbetet sker nov-03 till okt -04.

Fyra av 13 hemtjänstgrupper, som är fördelade på fem orter i kommunen, har mätt tryggheten hos fyra personer som bor hemma.

De har mätt oro, smärta eller trötthet genom att själva skatta hur de uppfattar personen 3 ggr/dag. Resultatet visar att man upplever trygghet i hemmet. I vissa fall finns det annan problematik runt personen, men de är fortfarande trygga i hemmet med hemtjänst.

Kunskap är nyckeln för hemtjänstpersonalen!

De yngre demenssjuka

Här fick vi inspiration och idéer av Gävleteamet.

Två damer som har Alzheimers sjukdom har fått prova att träffas i dagvårdens regi en halv dag per vecka under maj till juni. De har själva bestämt programmet och tycker att det är av stor betydelse att få träffa någon annan i samma situation. De tycker tiden har varit för kort och vi utökar därför till en heldag i veckan. Dagvårdens personal tycker att det varit ytterst

värdefullt att få ta del av deras erfarenheter av sjukdomen.
Verksamheten permanentas fr.o.m. 23 september.

Fortsatt samverkan mellan kommun och primärvård

Hemmateamets egen utvärdering visar att samverkan är av största betydelse. Här finns alla grupper representerade som verkar runt dessa familjer.
Teamet permanentas och kommer att träffas 2ggr/termin i 1 år och därefter 1 ggr/halvår.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vi är på väg mot målet! Tryggheten har ökat för personer med demenssjukdom och deras anhöriga.

- Fler personer söker idag för enbart en "minnesutredning".
- 11 personer varav 4 direkt från läkare, har efter diagnos rapporterats över till demensansvarig i kommunen, hittills 2004. (År 2003, totalt 4 varav ingen från läkare.)
- Dagvården har slagit rekord. Den hade flest besök sedan starten 1989 i juli månad.
- Distriktssköterskor och biståndshandläggare har skapat en arbetsform, "gemensamt hembesök".
- En verksamhet för yngre demenssjuka finns från 23 september.
- Distriktssköterskorna ska ha kännedom om vilka som har diagnosen i sitt område.
- Hemmateamet för projektet permanentas som en samverkansform mellan Kommun och Primärvården och anhöriga för en bättre demensvård.

Våra framgångar beror till stor del på kunskapsutbildning, nära kontakt med anhöriga och personer med demenssjukdomen och på den media bevakning vi haft.

Kommentarer:

Media

Projektet i Flens har fått en stor medial uppmärksamhet. Det har varit 6 artiklar i båda lokaltidningarna och i kommunens tidning distribuerad till alla hushåll i Flens kommun. Ytterligare en i Landstinget Sörmlands interna tidning. Det har varit reportage i radio och TV4 östnytt. Vi medverkar även i den film som landstingsförbundet gör om projektet "En bättre demensvård".

Information

Projektteamet har varit på socialnämndens möte och informerat och vid två tillfällen träffat ledningen för både kommunen och primärvården. Socialchefen och äldreomsorgschefen i kommunen har deltagit i chefsdagen för projektet och har även hört sig för och stöttat projektet på hemmaplan. Information har getts på ett flertal arbetsplatsträffar, både inom kommunen och primärvården.

Affischer har funnits upp tillsammans med information att ta hem för allmänheten. Information har även varit utlagt på kommunens hemsida och på respektive organisations intranät.

Kunskap är nyckeln

Vi har riktat mycket tid och kraft på utbildning. De grupper personal som arbetar mot de demenssjuka och deras anhöriga har prioriterats. D.v.s. all hemtjänstpersonal i kommunen, biståndshandläggarna och distriktssköterskorna, alla om vardera fyra tillfällen. Läkarna har en em. inplanerad den 29 september.

Dessutom har teamets arbetsterapeut utbildats i AMPS – bedömning. På Hemmateamets möten har även ytterligare kompetens tagits in och förmedlats t.ex. kurator och en dam med Alzheimer har fått dela med sig av sin upplevelse av sjukdomen.

Att arbeta med Genombrott:

- *Fördelar, Välstrukturerat, bra att prova liten skala först, se att enkla lösningar har stor betydelse för den sjuke. Att samarbeta och att gör en ordentlig kartläggning.*
- *Nackdelar, Det är oerhört svårt att få med sig alla, få kolleger att förstå.*
- *mest givande, Hemmateamets arbete, vår gemensamma breda kompetens, bra anda i gruppen.*
- *Svårast, Att vilja så mycket! Att få tiden att räcka till.*
- *Lärdomar, Kunskap är viktigt! Det går att förändra. Viktigt att dokumentera förändringsarbetet.*

Gävle Sjukhus Demensenheten

Team: Gävle sjukhus, Gävle kommun

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Förbättra omhändertagandet av demenssjuka personer (<65 år) samt för deras närstående under den tid demensenheten har kontakt med dem. Det vill säga från det att diagnosen är ställd och fram till det att patienten avskrivs från demensenheten. Med närstående menar vi då den person som känner patienten bäst samt har en nära kontakt.	<i>Gävle sjukhus:</i> <i>Anette Bergqvist, Sjuksköt, Kontpers.</i> <i>E-post: anette.bergqvist@lg.se</i> <i>Margareta Larsson, Undersköt,</i> <i>Kontpers. E-post: margareta.l.larsson@lg.se</i> <i>Lisbeth Fagerberg, Patient</i>

Bakgrund och problem:

Om Du har en demensdiagnos och är under (<65 år) har Du tidigare inte kunnat erbjudas någon daglig aktivering och social samvaro med jämnåriga i Gävle. I Genombrottsprojektet har demensenheten, Gävle sjukhus och Gävle kommun tillsammans vidareutvecklat en befintlig dagverksamhet för dementa, till att bättre tillgodose de yngre demenssjuka och deras närståendes behov. Vi har även utvecklat möjligheten att få information om demens samt vilken hjälp som finns att få för dessa personer.

Mål:

Att 100% av de demenssjuka personer (< 65 år) samt deras närstående som demensenheten har kontakt med skall uppleva välbefinnande och livskvalité.

Välbefinnande och livskvalité för oss på demensenheten är:

- att de demenssjuka personer (< 65 år) skall uppleva att de har fått den kunskap om demens som de anser sig behöva just nu .
- att de närstående till demenssjuka personer (< 65 år) skall uppleva att de har fått den kunskap om demens som de anser sig behöva just nu .
- att de demenssjuka personer (< 65 år) som vistas på dagverksamheten, skall uppleva att minst 80% av tillfällena har varit meningsfulla för dem.

Målet skall vara uppnått den 31/12 2004

Mått:

Andel yngre demenssjuka personer som upplever att de får en meningsfull dag på demensenhetens dagverksamhet, Sörbygården

Andel patienter och närstående som upplever att de har god eller mycket god kunskap om demens.

Balanserande mått:

Inga andra mätningar är gjorda under projektets gång.

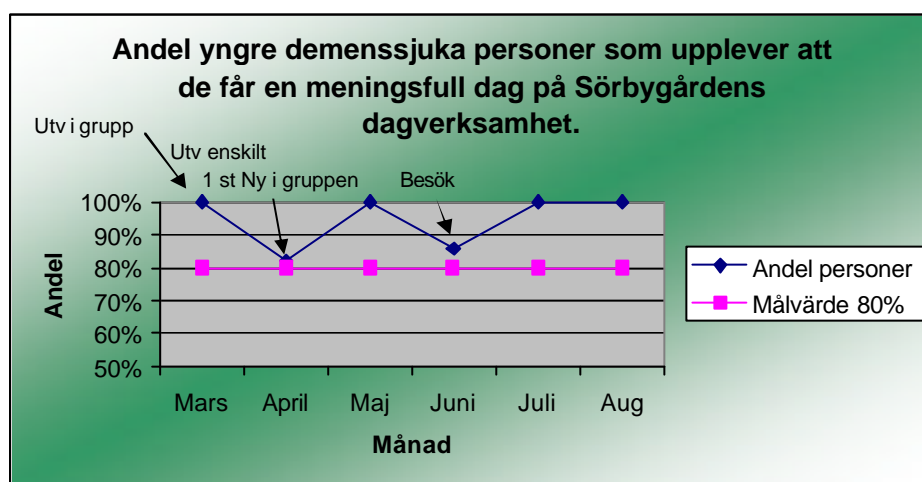
Hur gjordes mätningarna?

Efter varje avslutad dag i dagverksamheten för de yngre demenssjuka, fick personerna var för sig, utifrån en skala, muntligt svara på hur dom hade upplevt dagen. Mätningen utfördes under första månaden på 3 personer och därefter på 4 personer.

Patienter och närståendes upplevelse av kunskap om demens mättes genom att de fick besvara en enkät som skickades hem eller besvaras vid ett besök på mottagningen.

OBS! detta gällde bara patienter som redan **hade fått** en demensdiagnos och som var kallad till ett återbesök. Vi gick igenom vårt arkiv för att få fram vilka yngre demenssjuka vi hade kontakt med. Vi tog telefonkontakt med patient och närstående för att informera om projektet, samt få deras godkännande att skicka hem frågeformuläret. Noggrann genomgång med sjuksköterska från mottagningen gjordes. Detta för att veta om det var möjligt/lämpligt att samtala med patienten själv, eller om det var närstående som man skall prata med. Patienten kan vara långt gången i sjukdomen eller sakna sjukdomsinsikt. I de fall då patienten har varit för sjuk för att fylla i enkäten, har den endast lämnats ut till närstående.

Resultat:

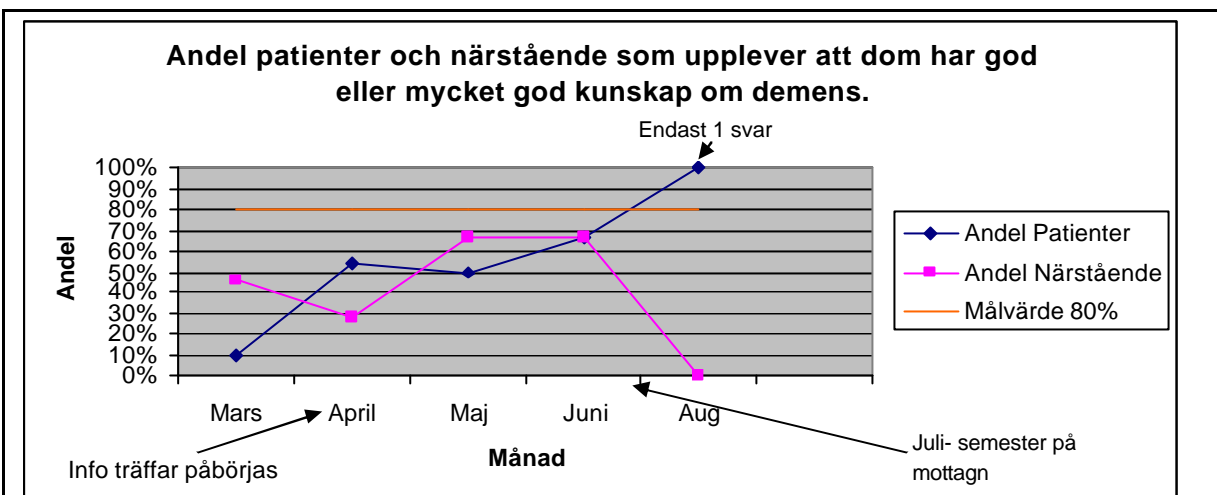


Population:

Mätningen är utförd på totalt 3 personer vid fyra tillfällen i mars månad och sedan på 4 personer i april månad och framåt. Mätningen är gjord endast på yngre demenssjuka personer som kommer till demensenhetens dagverksamhet, Sörbygården. Eftersom vi har så få personer, så har vi valt att redovisa månadsvis, men har mätt varje vecka.

Kommentar:

Vi nådde vårt mål redan i mars månad när vi gjorde våran första mätning. Det var då tre kvinnliga personer som deltog i gruppen. Utvärderingen utfördes i grupp. Under april månad tillkom en ny medlem, en man, i gruppen och vi övergick till att utvärdera individuellt. Vi kunde då se en nedgång i det positiva resultatet i mätningen. Under maj såg vi en uppgång igen till 100% trots att vi utförde utvärderingarna individuellt. Ökningen beror troligtvis på att mannen som var ny i gruppen hade lärt känna deltagarna och kände sig mera "hemma". Juni månad, besök av ett filmteam. Gav en nedgång i mätningen. Detta på grund av att en av deltagarna, som gått långt i sin demenssjukdom, upplevde att det var svårt att uppfatta vad filmteamet gjorde, samt att det blev mycket folk vid det tillfället. Vårt mål skulle vi satt högre redan från början. Från september månad har vi övergått till att göra mätningarna en gång i månaden.



Kommentar:

Under våren kunde vi se en ökning av både patienter och närståendes upplevelse av kunskap om demens. Vi relaterar det till de informationsträffar om demens som demensenheten har genomfört under våren för dessa personer.

Några enkätsvar har uteblivit till dem vi lämnat ut till. En del av patienter har varit för sjuka för att kunna svara på frågorna och en patient valde att avstå från att svara. Fortsättningsvis, från september månad, kommer vi endast att ställa frågan muntligt till de som kommer till mottagningen.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Dagverksamheten riktas mera till de yngre demenssjuka

I dagverksamheten har vi omorganiserat så att vi varje torsdag kan samla de yngre demenssjuka i en egen liten grupp där det idag är 4 personer, 3 kvinnor och 1 man som deltar, samt 1 personal. De äter frukost och lunch tillsammans, samt utför gemensamma aktiviteter under dagen. Aktiviteterna är planerad ut efter deltagarnas egen önskan. Kurator och arbetsterapeut har varit inbjudna till gruppen för att informera och berätta om hjälp som finns att få. Utvärdering sker efter varje dag. De personer som deltagit upplevde att dagen hade varit bra och meningsfull för dem själva. En mycket lyckad och enkel förändring som vi kommer att fortsätta med på demensenheten.

Vi har provat att göra ytterligare en utvärdering enligt en ”glädje och välbefinnande skala” individuellt hos varje person i torsdagsgruppen. Först när dom kom på morgonen och sedan när dom gick hem för dagen. Personalen upplevde det svårt att se på dessa personer hur de mår och använda denna skala. Ser inte att vi i dagsläget får ut så mycket av den skalan.

Informationsträffar för yngre demenssjuka och närstående

Fem informationsträffar för yngre demenssjuka samt deras närstående planerades in under våren. Vid träffarna deltog läkare, arbetsterapeut samt kurator för att ge information om demens. Vid varje tillfälle avsattes tid för kaffe, för att där kunna ge möjlighet till att prata med andra personer som befinner sig i samma situation. Detta föll väl ut och var mycket uppskattat hos deltagarna. Utvärdering har gjorts efter varje utbildningstillfälle. Sista utbildningsträffen utfördes på Anhörigcenter här i Gävle. Dom visade upp sina lokaler och informerade om vilken hjälp och stöd de kan ge. En diskussion påbörjades mellan anhörigcenter och närstående, hur de tillsammans kunde göra något, för att stödja och hjälpa varandra. Den lokala demensföreningen var också inbjuden för att presentera sin verksamhet.

Vidare samarbete med anhörigcenter

Vi har nu bestämt att demensenheten erbjuder de demenssjuka personer (och deras närstående) som börjar på dagverksamheten/dagsjukvården ett kaffebesök på anhörigcenter.

Kontaktpersonen ansvarar för att besöket blir av. Under hösten fortsätter vi vårt samarbete genom att delta i olika aktiviteter som anhängcenter ordnat. Vi har idéer om hur vårt fortsatta samarbete kan utvecklas och en kontinuerlig kontakt tror vi är viktigt, inte minst för patienterna.

Samarbete med korttidsboende i Västra Gästrikland

Vårt demensteam har ett upptagningsområdet över hela Gästrikland. På ett korttidsboende för dementa, KarlJohangården, har vi haft handledning och utbildning till personalen. Vi har totalt haft fem handledningstillfällen.

Vid våra informationsträffar för yngre demenssjuka och deras närstående bjöd vi in personalen som arbetade på detta korttidsboende att delta vid föreläsning av läkare, arbetsterapeut och kurator.

Vi ger yngre demenssjuka och närstående möjlighet till avlastning

I maj övernattade personal från demensenheten på "Villa Milbo" tillsammans med de yngre demenssjuka personerna. (Villa Milbo är en typ av ett pensionat, som erbjuder avlastning till anhöriga och de får själva betala en billig dygnskostnad för detta.) Tanken var att den här bekantskapen med Villa Milbo skulle underlätta för närstående att boka in ytterligare avlastning vid behov. Syfte var att de demenssjuka personerna skulle uppleva att de hade så trevligt tillsammans då de var där, att det är **de självs** som vill dit för att övernatta och inte för att anhöriga behöver avlastning.

Personalen från demensenheten planerade noga denna övernattnings tillsammans med personalen på Villa Milbo. Alla var mycket nöjda när de två dagarna med övernattnings på Villa Milbo var över.

Hur vi kan omfördela arbetet för att hantera en patients avvikande beteende

En patient i dagverksamheten hade ett avvikande beteende som i sin tur gjorde att medpatienter upplevde personen motbjudande och inte ville komma till oss. En testcykel har upprättats, där vi beskriver hur vi omfördelat arbetsuppgifterna samt utsåg en personal att ansvara för patienten under dagen, t ex hur resan till oss skulle ske, när patienten skulle gå in i kapprummet, vilka skall äta frukost och lunch tillsammans osv.

Resultat blev att vi fick en mycket strukturerad dag för denna patient och medpatienterna klagade inte längre över att dom inte ville komma till oss. Vi ser en stor nytta i vår verksamhet av att kunna använda en testcykel till just detta.

Vi gör reklam för vårt projekt

FoU- enheten anordnade en dag på konsert huset i Gävle för att sprida kunskap om de projekt och arbeten som pågår. Vi fanns på plats och visade upp vad vi hade påbörjat för arbete i vårt projekt. Geriatriska enheten har enhetsråd en gång i månaden och vi har där informerat om projektet för läkare och avd chefer. Där påbörjades en diskussion om detta arbetssätt kunde vara något att applicera på Parkinson patienter?

Vid varje arbetsplatsträff informeras våra medarbetare i teamet om vad som har hänt sedan sist. Ett filmteam besökte oss i Gävle och det var väl i högsta grad ett sätt att få sprida och göra reklam för vårt projekt. Vi har varit i kontakt med Gävlesjukhus informationschef och informerat om vårt projekt. Han var mycket positiv till vårt arbete och föreslog att vi tillsammans med nästa månads löneutskick till alla anställda skulle bifoga ett reportage om vårt projekt. Även ett reportage i dagstidningen har publicerats nu under hösten.

Upp start av ännu en dagverksamhet för yngre demenssjuka?

Under våren har vi haft en yngre demenssjuk patient i vår dagsjukvård från grannkommunen. Vid vårdplaneringen diskuterade vi det fortsatt omhändertagande av denna patient och att ingen dagverksamhet fanns att erbjuda som var riktade mot de yngre i den kommundelen. Vi började föra diskussionen om hur vi kanske skulle kunna samarbeta i en upp start av en

dagverksamhet för dessa personer i deras kommun och att man skulle kunna strukturera om 1-2 dagar / vecka för detta, på en redan befintlig dagverksamhet. De tyckte sig redan se ett behov av detta och var villiga att föra diskussionen vidare hos sina medarbetare. I september deltog vi i ett möte i denna kommun där deltagare med ledningsfunktion fanns med. Där presenterade vi våra tankar och idéer om detta och vi får nu avvakta och se om det är något som vi kan arbeta vidare med tillsammans.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vi har nått vårt mål i projektet. I dagverksamheten för de yngre demenssjuka nådde vi målet redan vid första mätningen. Vi skulle där satt ett högre mål från början. Genom informationsträffarna kunde vi från demensenheten erbjuda de yngre demenssjuka och deras närstående information och vårt mål anser vi därmed uppnått. Vi är mycket nöjda med resultatet och vi har sett hur oerhört varierande kunskapsbehovet är för dessa personer. En del vill veta allt om sjukdomen och andra vill inte veta någon ting alls.

Kommentarer:

Informationsträffarna:

Informationsträffarna var oerhört uppskattad bland både personal och deltagare. Otroligt hur en sådan enkel och liten sak kan vara så betydelsefull för deltagarna. Bra uppslutning och en trevlig kaffestund efteråt. Patienter och närstående tog initiativ och pratade med varandra. Trygghet i gruppen växte fram och det var nästan svårt att bryta upp på kvällen. Alla hade det trevligt! Tänk att vi har fått varit med och fört samman dessa personer i gruppen och sett hur de efterhand funnit varandra!! Kan inte låta bli att tänka:

- Hur hade det varit om vi **inte** hade ordnat de här informationsträffarna?

Lyckat att ta med personalen från KarlJohangårdens korttidsboende på informationsträffarna. De tyckte det var intressant att ta del av patienter och närståendes frågor och funderingar samt de diskussioner som uppstod. Ingen av oss personal upplevde att deltagarna inte vågade ställa frågor, för att det var för många personer med. Det har inte heller kommit fram något negativt på utvärderingarna

Övernattningen på Villa Milbo:

Till en början så var alla tre damerna/patienterna mycket positiva till förslaget, men efter ett tag kom det fram saker vi inte riktigt räknat med. En kvinna reagerade med stark misstänksamhet mot maken, att det var han som ville få iväg henne hemifrån, en annan dam visade oro och hittade på ursäkter för att inte behöva sova borta. Mycket tid gick åt till att försöka övertala samt informera om hur det hela var tänkt. Vi pratade med Villa Milbo om situationen och vi var ett tag på väg att backa och helt enkelt göra ett annat upplägg på det hela, där då makarna skulle vara med vid övernattningen. Vet inte om det var detta som gjorde att patienterna ändrade inställning och var sedan mycket bestämda i sitt tycke, att vi absolut skulle genomföra övernattningen, så som det var planerat från början. Kvinnan som visade oro bestämde sig för att sova hemma, men att vara med på dagarna.

Måste tillägga att dessa tre kvinnor samt deras makar planerade en gemensam övernattning på Villa Milbo. Där önskade makarna att få titta på TV i lugn och ro (fotboll) medan dom får hjälp med tillsynen av sina fruar. Villa Milbo ställer upp. Upp till dom själva om det blir av!

Filmteam på besök:

Filmteamet besökte oss i Gävle i början av juni och var med i torsdagsgruppen under en dag, samt deltog i vår sista anhörigträff. Intervjuer med patienter, närstående och personal utfördes under dessa två dagar och vi tyckte alla att det var både intressant och roligt att få vara med i detta arbete.

Vi har haft bra stöd från arbetsledningen under hela projektet och det har varit skönt att våra arbetskamrater i teamet ställt upp, då vi velat diskutera och planera saker som berört projektet. Utan dom hade det inte fungerat. Alla måste hjälpas åt!

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar:** Att man har press på sig att prova, utvärdera och ev. genomföra det som man arbetat med i projektet, samt att det verkligen blir dokumenterat och synligt det som vi gjort.
- **Nackdelar:** Vi är inte någon stor arbetsplats och inför sommaren så är det mycket kännbart då någon går på semester eller är borta. Det har därför varit svårt att ta ut den lediga tid som man lagt ned extra på projektet. Belastning på teamet ökar då någon tar ut ledigt. En torsdag kan vi t ex inte ta ledigt, för då blir det ingen torsdagsgrupp.
- Det gick åt mycket tid till att organisera informationsträffarna. Att gå igenom arkiv/underlag, prata med övrig patienter/närstående och personal i teamet, samt att ha kontroll på vad som skall göras härnäst i projektet tog tid.
- **Mest givande:** - Har varit att få uppleva glädjen och nöjet de demenssjuka personerna och deras närstående har upplevt med de små enkla förändringar vi gjort.
 - Att lära sig lösa problem med hjälp av en "testcykel"
- **Svårast:** Att i "torsdagsgruppen" och informationsträffarna hela tiden vara oerhört lyhörd för att tillgodose varje person och närståendes behov i dagsläget. Alla är olika personligheter och de befinner sig i olika stadier under sjukdomens utveckling. Hur gör vi t ex då någon av deltagarna i "torsdagsgruppen" blir för sjuk att delta i gruppen, och saknar sjukdomsinsikt för detta själv?
- **Lärdomar:** - När man har något skriftligt att komma med dvs. bevis på vad man har gjort, så är det inte heller svårt att sprida det till andra.
 - Att en del av de demenssjuka och deras närstående vill veta allt om sjukdomen och andra vill inte veta något alls. Behovet av information och hjälp, varierar mycket under sjukdomsutvecklingen. Vissa månader har Du t ex behov av en sorts hjälpmedel och vissa månader något helt annat.

Göteborgs kommun Tuve/Säve SDF

Team

Göteborgs kommun och Primärvård

Syfte med deltagandet i Genombrott	Teammedlemmar
Förbättra livskvaliteten för personer med demenssjukdomar på Glöstorps äldreboende.	<i>(Kontaktperson)</i> Therese Gahnström USK, Påbyggnadsutbildning demenssjukdomar therese.gahnstrom@tuve-save.goteborg.se Eva Kildell Sjuksköterska eva.kildell@tuve-save.goteborg.se Viktoria Forsgren Arbetsterapeut viktoria.forsgren@tuve-save.goteborg.se Hans Malcus Distriktsläkare hans.malcus@vgregion.se

Bakgrund och problem

På de två avdelningarna som deltar i projektet bor det totalt 16 personer med demenssjukdomar. En del av de boende är oroliga, andra är mycket passiva och sover mycket. Vi i teamet upplever att det finns förbättringsområden vad gäller oro, balans mellan aktivitet och vila samt ett allmänt välbefinnande. Detta vill vi försöka förbättra genom ett mer strukturerat och individanpassat arbetssätt.

Mål

Vid 80 % av mättillfällena ska oro vara 2 eller lägre på VAS-skalan.

Vid 80 % av mättillfällena ska glädje/välbefinnande vara 3 eller högre på Uggedalens glädje och välbefinnandeskala.

Mått

Oro har mätts mellan 1-10 på en VAS-skala. Glädje/välbefinnande har mätts mellan 1-5 på Uggedalens glädje och välbefinnandeskala. Där skalstegen inneburit:

- 1 = Djupt olycklig, nedslagen, väldigt nedslagen eller illa till mods
- 2 = Bekymrad, en smula olycklig
- 3 = Neutralläge
- 4 = Någorlunda nöjd och belåten, relativt obekymrad och harmonisk
- 5 = Mycket glad, på väldigt gott humör

Hur gjordes mätningarna?

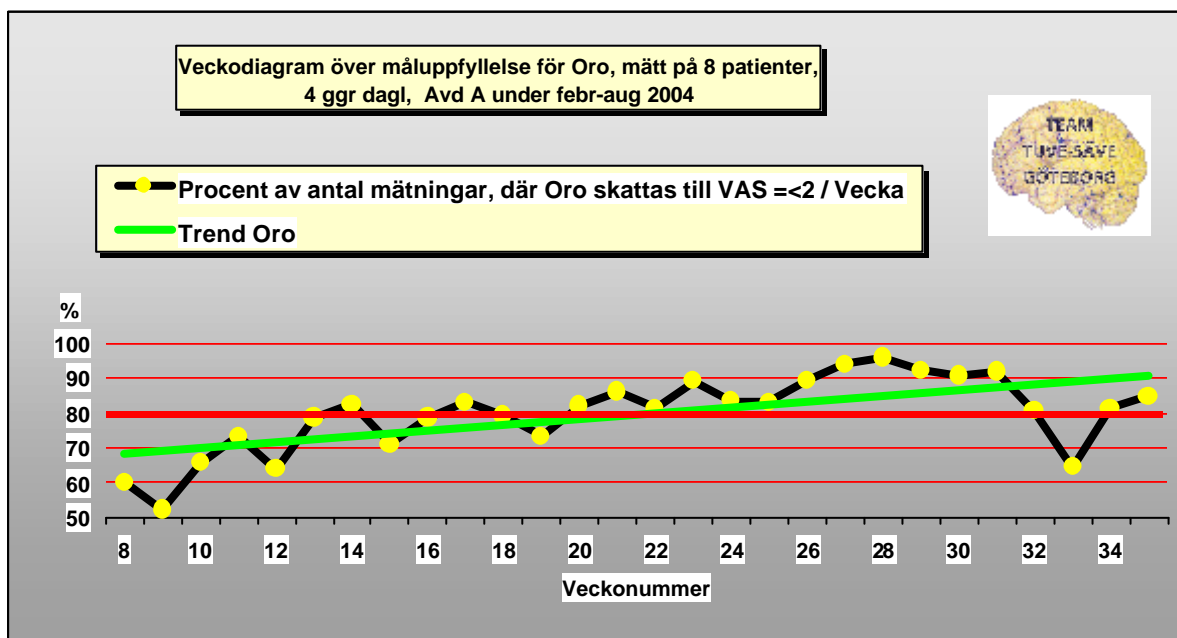
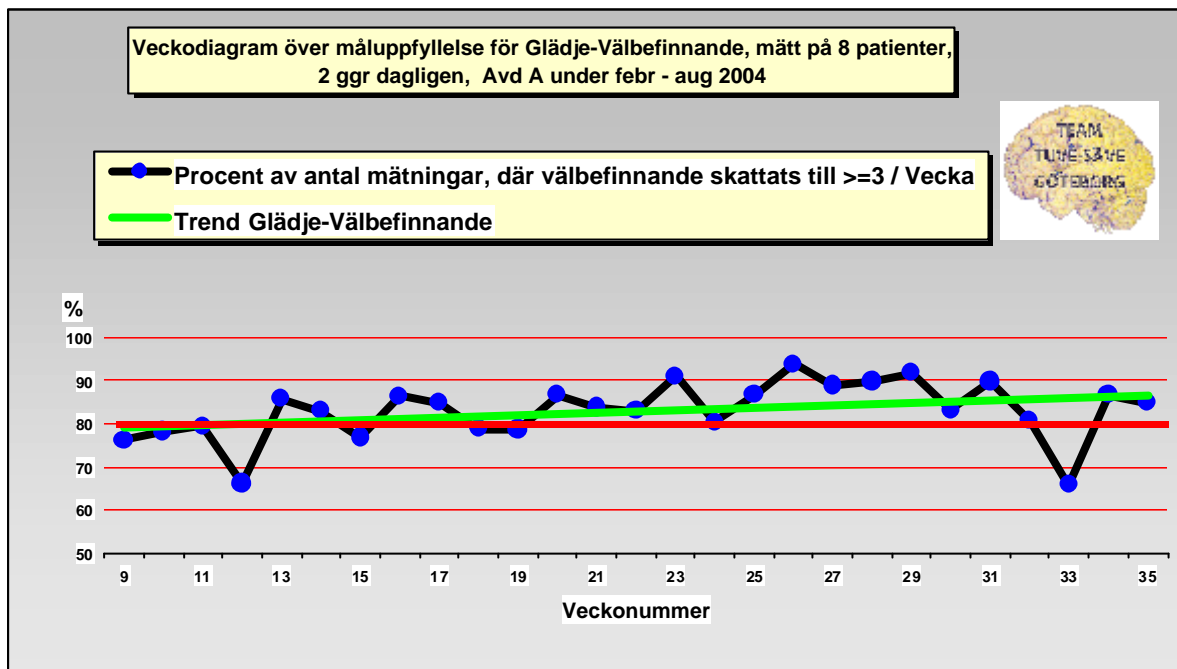
Mätningar har gjorts på två avdelningar med totalt 16 boende.

Oro har mätts 3ggr/dag på avd.B och 4ggr/dag på avd.A.

Glädje och välbefinnande har mätts 2ggr/dag på båda avdelningarna.

Resultat

Avd. A



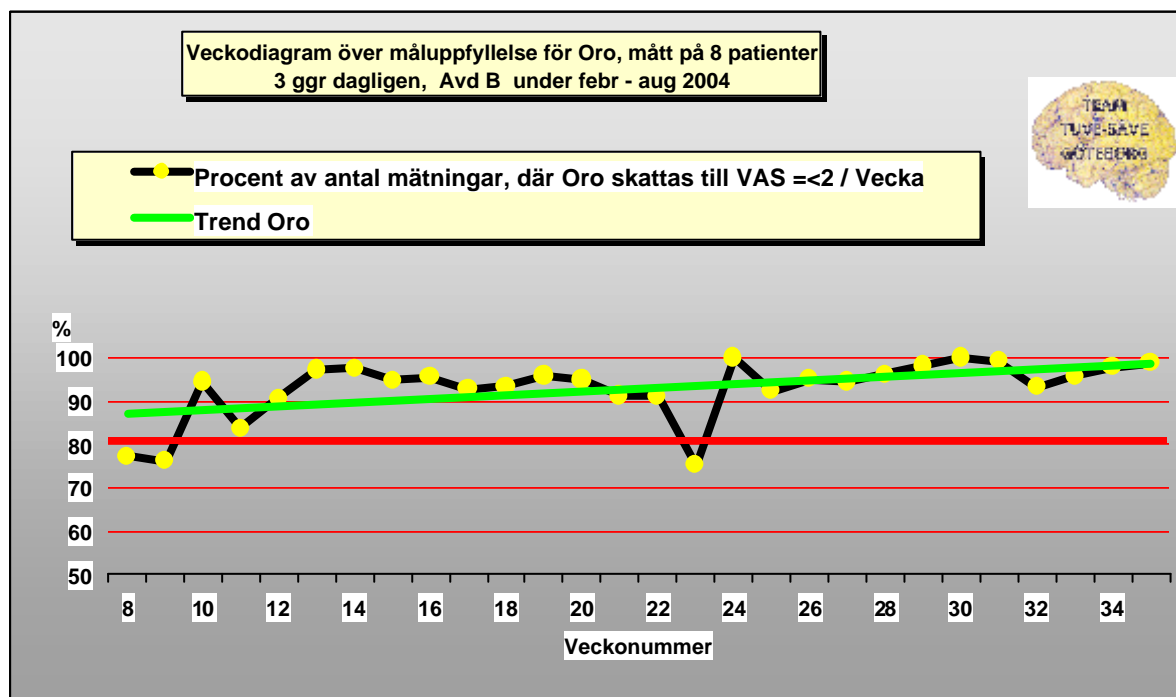
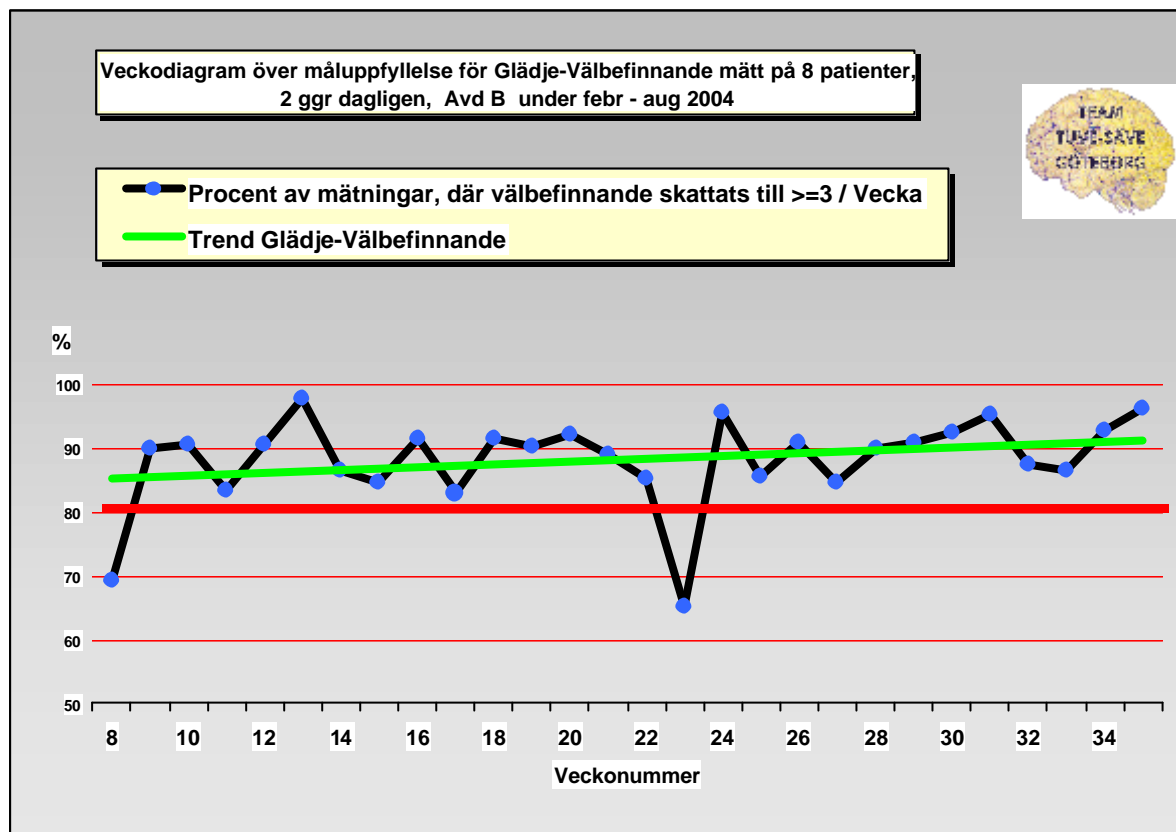
— Röd linje = 80 % av antalet mättillfällen uppfyller kriterierna:

3, 4 eller 5 på en 5-gradig skala över glädje/välbefinnande respektive 1 eller 2 på en 10-gradig VAS-skala för oro.

Kommentarer: "Dipparna" i början av diagrammen kan härledas till boende som är ledsen, gråter och skriker vilket skapar olust hos medboende. "Dipparna" i slutet på diagrammen kan härledas till att en ny boende flyttar in, en boende är smärtpåverkad innan medicineringen börjar verka samt en boende som några dagar är oroligare än vanligt.

Resultat

Avd. B



— **Röd linje** = 80 % av antalet mättillfällen uppfyller kriterierna:

3, 4 eller 5 på en 5-gradig skala över glädje/välbefinnande respektive 1 eller 2 på en 10-gradig VAS-skala för oro.

Kommentarer: "Dipparna" i början av diagrammen kan härledas till att en döende vårdtagare samt en vårdtagare som är sängliggande är i stort behov av personalens uppmärksamhet.

"Dipparna" i mitten av diagrammen kan härledas till att en ny boende flyttar in samt ett försök att kontaktpersonen endast skulle mäta "sina" boende.

Förändringar som lett till förbättringar

Under projekttiden har 44 tester genomförts. Dessa har lett till 33 genomförda förbättringar för de boende.

Förbättringarna har bl a skett genom:

- Miljöanpassningar
- Individanpassade aktiviteter
- Ökad delaktighet
- Minskat behov av laxantia
- Ökad trygghet

När vi började projektet hade vi en känsla av att de boende skulle kunna vara mer aktiva och delaktiga genom ett förändrat arbetssätt. Vår uppfattning är att allteftersom arbetet med Genombrottsmetoden har fortskridit så har de boende fått en bättre balans mellan aktivitet och vila. Det konkreta måttet på detta är de flertalet tester gällande individanpassade aktiviteter och ökad delaktighet som testats och permanentats.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Vi har uppnått våra mål på båda avdelningarna. Avdelningarna har nått målen med olika hastighet till stor del beroende på populationens variation. På avdelning B hade målsättningen kunnat höjas men vi valde att lägga tonvikt på att forma många idéer till praktiskt genomförbara tester för att befästa metodiken.

Bidragande faktorer till vår framgång:

- Idéer från personal närmast de boende
- Kort ledtid mellan idéer och tester
- Det stora antalet tester har underlättat inläringen av metoden
- Olika yrkeskategorier i samverkan
- Stöd från arbetsgivaren

Även om vi har kommit en bit på väg till en bättre demensvård så har vi mycket arbete kvar. I dagsläget planerar vi att teamet och personalen på avdelningarna fortsätter och utvecklar det gemensamma arbetet vi startat. En del i detta är att personal från respektive avdelning blir mer involverade i det praktiska arbetet kring tabeller och diagram. En annan viktig del är spridningen av metoden till övriga avdelningar.

Att arbeta med Genombrottet har varit mycket givande och vi ser projektiden som en bra start för ett fortsatt förbättringsarbete.

Att arbeta med Genombrott

Fördelar

Vi kan använda Genombrottsmetoden i arbetet som riktar sig direkt till de boende. Små individanpassade förändringar testas och genomförs permanent eller förkastas, allt efter den boendes förutsättningar.

Personalen som jobbar närmast de boende kommer med idéerna samt styr planering och genomförande av egna idéer. Förändringarna kräver oftast inga ekonomiska resurser däremot krävs personligt engagemang och påhittighet.

Nackdelar

Vi kan i dagsläget inte se några direkta nackdelar med att arbeta med Genombrottsmetoden.

Mest givande

Det mest givande är förändringar i "TÄNKET" som lett till en ökad medvetenhet om att ett mer strukturerat arbete kring de boende leder till tydligare resultat. Detta leder i sin tur till att minska gapet mellan det vi vet och det vi gör.

Genombrottsmetoden medverkar till att tydliggöra yrkesskickligheten hos personalen närmast de boende. Sättet att arbeta med metoden bidrar till att förbättra förmågan att observera de boende. Detta innebär att personalen i ett tidigare skede kan sätta in förebyggande insatser vid t ex tendenser till oro.

Svårigheter

En av svårigheterna har varit att förmedla hur mätningarna samt dokumentationen skulle gå till. Det har tidvis även varit svårt att få med all personal och väcka lust för metoden.

I början kan det vara trögt innan alla är med på vad metoden innebär och hur den sen kan användas på plats i den egna verksamheten.

Lärdomar

Det är viktigt att idéerna som testas kommer från personalen närmast de boende. Egna idéer har större förutsättningar att leva vidare.

Börja med tester som har höga odds att ge ett lyckat resultat. Positiva resultat i början ger näring åt att fortsätta testa andra idéer. Även mindre lyckade tester har oftast några godbitar som går att plocka med till nya tester.

Vi i teamet upplever att vi har haft stor fördel av att vi är kända i verksamheten sedan tidigare. Redan innan vi började arbeta med Genombrottet fanns ett etablerat förtroende mellan team och personalen på avdelningarna. Teamet har också haft goda kunskaper kring de boende samt rent geografiskt funnits nära de avdelningar som deltagit i projektet. Vi anser även att teamets olika yrkeskategorier i kombination med vår praktiska erfarenhet av vårdarbete tillsammans med all den kompetens som personalen på avdelningarna bidragit med har varit en avgörande faktor för ett lyckat resultat.

En annan viktig faktor har varit arbetsledningens inställning. Eftersom arbetsledningen varit positivt inställda till arbetet med Genombrottet har de på olika sätt bistått med stöd och resurser så att projektarbetet kunnat fortskrida enligt planerna.

Halmstads kommun

Team: Hemvårdsförvaltningen Halmstads kommun och Äldrepsykiatri Landstinget Halland

Syfte med deltagandet i Genombrott	Teammedlemmar
Förbättra den individanpassade omvårdnaden och därigenom öka välbefinnandet och tryggheten för personer med demenssjukdom på Krusbärets demensboende i Halmstads kommun.	Specialistundersköterska, Eva Persson, Hemvårdsförvaltningen. eva.m.persson@halmstad.se Äldrepsykiatrijuksköterska, Maria J Mellåker, Äldrepsykiatriska Öppenvården, Landstinget Halland. Enhetschef, Gudrun Lundgren, Krusbärets demensboende.

Bakgrund och problem

Det finns ett engagemang och en vilja i Halmstads kommun och inom Äldrepsykiatri Landstinget Halland att tillsammans arbeta för en ökad samverkan och utveckling av demensvården. När vi läste om Landstingsförbundets projekt insåg vi att genombrottsmetoden kunde vara en fungerande metod för att utveckla vården och vårt arbetssätt.

Vi i teamet valde Trollsländan och Solfjäderns gruppboenden på Krusbärets ålderdomshem för personer med demenssjukdomar i Halmstad för vårt utvecklingsarbete eftersom vi alla har en erfarenhet/anknytning till denna vård och omsorg.

När vi skulle välja inriktning på vårt utvecklingsarbete ville vi försöka åstadkomma en ökad planering och ett ökat reflekterat tänkande kring varje vårdtagares vardag för att man som vårdtagare ska må så bra som möjligt. Med en ökad kännedom om personen bakom sjukdomen blir det en bättre kvalitet i mötet med vårdtagaren.

Mål

- Vid 80% av mättillfällena skall glädje/välbefinnande vara ≥ 4 på Uggledalens glädje- och välbefinnande skala.
- Alla 18 personer som bor på Krusbärets demensboende skall ha en individuell, skriftlig arbetsplan med mål som rör välbefinnande och trygghet.
- 60% av vårdtagarna på Krusbärets demensboende ska ha en individanpassad vardagsaktivitet per dag utöver den dagliga omvårdnaden.

Mått

- Glädje- och välbefinnande
- Oro
- Arbetsplaner med mål som rör välbefinnande och trygghet
- Individuella vardagsaktiviteter/vårdtagare/vecka

Balanserande mått

- Personalenkät som mäter personalens arbetstillfredsställelse

Hur gjordes mätningarna?

Glädje och välbefinnande

Mätningarna görs av personalen 2 ggr/dag, en gång på förmiddagen och en gång på eftermiddagen, på en femgradig skala. Alla 18 vårdtagare var med i mätningen.

Oro

Personalen mätte vårdtagarna 3 ggr per dag, morgon, eftermiddag och kväll. Vi utvecklade en femgradig VAS-skala med kriterier.

Arbetsplaner

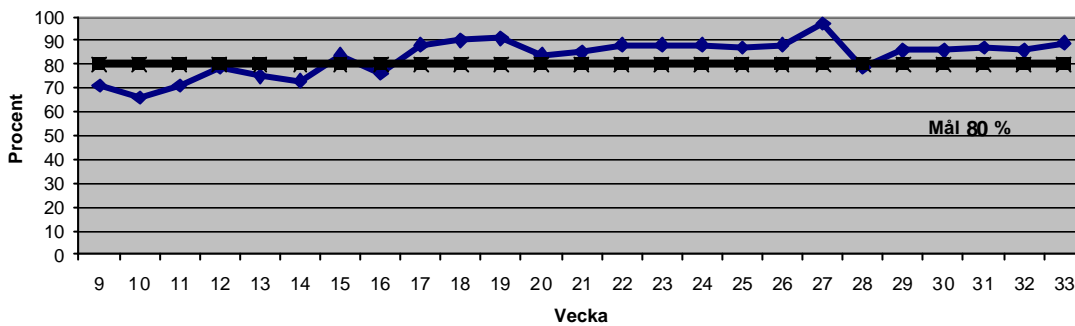
Vi mätte det totala antalet skriftliga, individuella arbetsplaner med mål som rör välbefinnande och trygghet.

Individuella vardagsaktiviteter

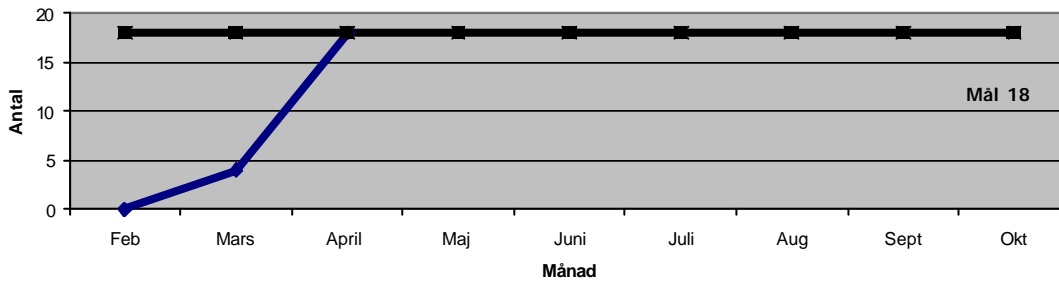
Personalen dokumenterar varje dag på en "aktivitetslista" antalet individuella vardagsaktiviteter för varje vårdtagare.

Resultat

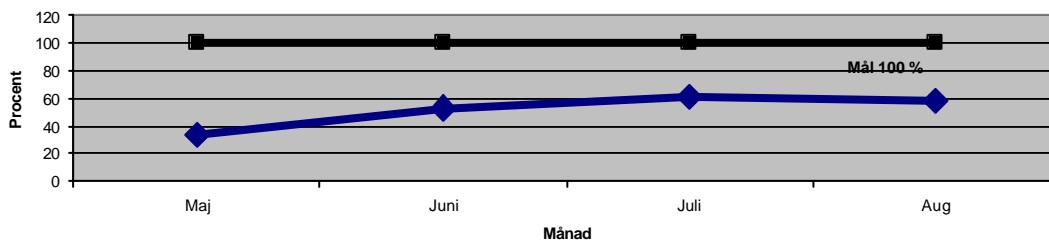
Andel boende som befinner sig på värdet 4 och 5 på glädje- och välbefinnandeskalan motsvarar någorlunda nöjd och mycket glad

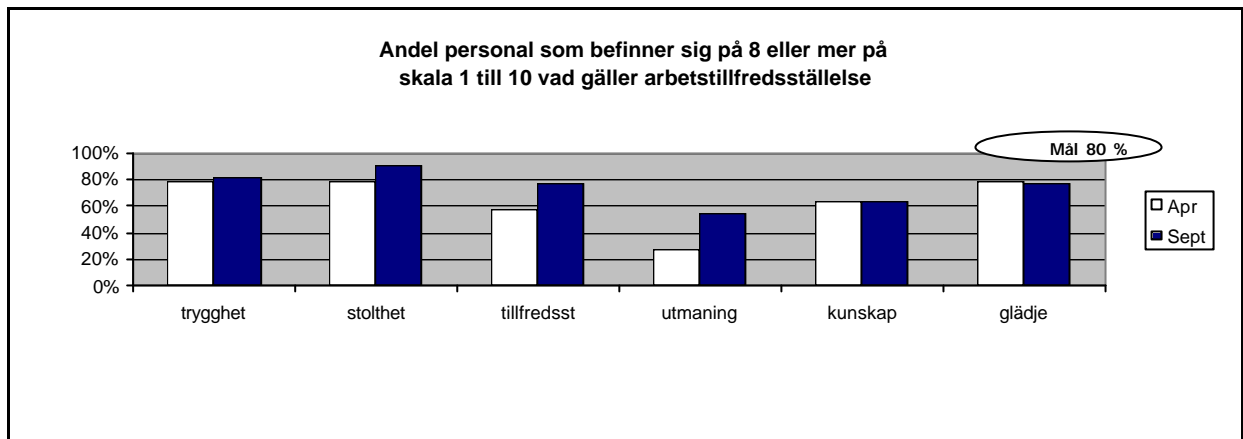


Andel boende som har arbetsplaner med mål som leder mot välbefinnande och trygghet



Andel dagar då 10 boende eller fler haft individuella vardagsaktiviteter





Förändringar som testats

Levnadsbeskrivning

Vi utvecklade en befintlig mall för levnadsbeskrivning att använda vid ankomstsamtalet med närstående. Vi har fått en positiv respons på mallen från både personal och närstående som vill arbeta vidare med den.

Arbetsplan

Alla vårdtagare ska ha en arbetsplan för den individuella omvårdnaden. Den nya mallen för arbetsplan (ersätter den gamla serviceplanen) har fungerat bra och under semesterperioden har den underlättat inskolningen av semestervikarierna i omvårdnadsarbetet.

Kontaktmannaskap

Ett kontrakt har utarbetats tillsammans med personalgrupperna för att tydliggöra rollen som kontaktman och kunna ge en bättre information till närstående. Närstående får därmed en bättre kontinuitet i kontakten med gruppboendet.

Anhörig/närståendesamtal

Uppföljningssamtal till ankomstsamtalet ska erbjudas alla närstående en gång om året. Ett *dialogstöd* har utarbetats. Testet var lyckat genom att personalen kände sig tryggare och upplevde närstående som ”öppna” och de fick en bra kontakt som kan leda till en bättre omvårdnad för vårdtagaren.

Omvårdnadsplanering

I projektet har man planerat in regelbundna omvårdnadsmöten för personalen. All personal ska delta var sjätte vecka och den personal som för tillfället arbetar, varannan vecka. Patientansvarig sjuksköterska deltar vid dessa möten. Det tog tid innan information och det praktiska kring mötena fungerade. Schematekniskt har det varit svårt för all personal att delta var sjätte vecka. Det som varit lyckat är att kommunikationen mellan personal och kommunsköterska befrämjat omvårdnadsarbetet runt vårdtagaren.

Motionscykling

Två motionscyklar står framför ett stort fönster på avdelningen. En vårdtagare och en personal ska cykla *tillsammans* på varsin motionscykel ca 10 minuter varje vardag för att se om fysisk aktivitet minskar oron och ökar välbefinnandet. Testet var delvis lyckat. Vårdtagaren var glad under testet men personalen upplevde inte att vårdtagarens oro minskade efter cyklingen. Det positiva är att fler vårdtagare använder motionscykeln idag och det är en uppskattad aktivitet både för de vårdtagare som cyklar men också för dem som glatt tittar på och följer med till både ”Tylösand och Harplinge”. Denna aktivitet har blivit ett mycket trevligt inslag i vardagen för alla vilket skapar en härlig vi-känsla. Att man cyklar två tillsammans är viktigt för att inte känna sig ensam och det är lättare när någon visar hur man ska göra.

Onsdagsträffen

Vi schemalägger en tid i veckan för vardagsaktivitet. Två personal, en från varje avdelning genomför tillsammans träffen. Det kan vara aktiviteter som högläsning, sångstund eller promenader. Att skapa en rutin kan vara ett bra sätt att "säkra" vardagsaktiviteten för att den inte ska försvinna i det dagliga omvårdnadsarbetet. Vissa dagar har det inte funnits tid att genomföra aktiviteten.

Hushållsuppgifter

Vi undersöker vilken hushållsuppgift en boende kan genomföra efter sin förmåga för att hon ska känna sig behövd. Testet var inte bra för personen som kände sig frustrerad när hon inte förstår hur hon skulle göra.

Fysisk aktivitet

Vi försöker att öka den fysiska aktiviteten för en boende för att se om hennes rörlighet och ork kan bli bättre. Testet visade att träningen gav resultat, bland annat kunde personen lättare kliva upp på en motionscykel och cykla under en längre tid. Helst med sällskap.

Musik under middagen

Vi undersöker om musik kan vara ett sätt som förbättrar miljön för de boende under måltiden. Delvis lyckat eftersom en vårdtagare tyckte det var härligt med musiken. Personalen reflekterade över att musiken kunde vara en signal som markerade en lugn och rogivande stund under måltiden.

Sömnvanor

Vi undersöker om aktivering på eftermiddagen och kortare middagsvila kan göra att nattsömn blir bättre. Testet fungerade bra. Bättre dygnsrytm med stimulans dagtid vilket gav bättre nattsömn.

Kvällsrutiner

Låsta dörrar mellan avdelningarna, persiennerna nedrullade kl 18.30 och därmed minska intrycken utifrån för att skapa lugn och ro. Gott resultat med vårdtagaren som varit mindre irriterad kvällstid. Personalen har lärt sig hur boendemiljön påverkar vårdtagarna och hur man kan eliminera störningsmoment.

Aktiviteter

Skapa goda relationer med närstående

Under projektet försökte vi skapa bra förutsättningar för kontinuerliga kontakter med närstående. Närstående bereddes också möjlighet att följa projektets gång genom information på en egen anslagstavla. Vi genomförde anhörigträff, tipspromenad för närstående och boende, informationsblad om projektet till anhöriga, allsångsstund för anhöriga, vårdtagare och personal ute i trädgården

Personalens redskap

Personalen har kompetensutvecklats av oss i teamet vid fyra tillfällen och ett tillfälle med Christian Brodén, läkare från äldrepsykiatri. Innehåll har varit demenssjukdomar, fenomen hos demenssjuka, bemötande och förhållningssätt, beteendestörningar hos dementa, läkemedel hos äldre, introduktion av arbetsplaner och kontaktmannaskap. Det hela visade sig bli en mycket lyckad satsning för att få ett intresse och engagemang för projektet, dialog med personalen och ett mer professionellt förhållningssätt vilket gynnar vårdtagaren.

Arbetsgruppsmöten

I arbetsgruppen ingår en personal från respektive avdelning, patientansvarig sjuksköterska och projektteamet. Här har utvecklingsarbetet planerats och följts upp.

Handledning av Helle Wijk

Besök av vår handledare Helle Wijk har hjälpt oss i vårt arbete med mål, mätningar och tester. Vi i teamet har medverkat på de tre lärandeseminarier i Stockholm och telefonkonferenser.

Referensgruppsmöten

Vi har haft tre träffar med vår referensgrupp som består av olika aktörer inom demensvården i kommunen, primärvården och landstinget.

Träff med ledningsansvarig

Kontinuerliga samtal har förts med ledningsansvarig person inom hemvårdsförvaltningen, boendechef Diana Olsson.

Information till organisationer och huvudmän

Vi har informerat om vårt genombrottsprojekt hos olika aktörer och huvudmän, för enhetschefer på gruppboenden, för omvårdnadspersonal på gruppboenden och dagvård, på deras nätverksträff, för politiker på Hemvårdsnämndens sammanträde och de lokala demensföreningarna i Halmstad, Hylte och Laholm. Respektive huvudmans ledningsgrupper kommer att bli informerade under hösten. Månadsrapporterna har förstörats och satts upp på anslagstavlan på hemvårdsförvaltningen. Referensgruppen har fått löpande information på referensgruppsmötena.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

Glädje och välbefinnande

Mätningarna av glädje och välbefinnande visade tidigt i projektet på höga värden och vi ifrågasatte om vi kunde uppnå någon synlig förbättring över tid. Därför började vi i april att mäta oro som komplement. När vi hade nått vårt mål med glädje och välbefinnande beslutade vi i maj att dra ner antalet mättillfällen till en gång i veckan.

Oro

Resultaten visade ingen oro, därför beslutade vi att inte fortsätta med mätningen. Man kan anta att det finns ett samband mellan höga värden på glädje och välbefinnande och låga värden på oro.

Arbetsplaner

Personalen gjorde ett stort arbete med arbetsplanerna och målet var uppfyllt i april. Vi kunde gå vidare och arbeta mot ett nytt mål med individuella vardagsaktiviteter.

Individuella vardagsaktiviteter

Personalen fick själva bestämma var målet skulle ligga för att det skulle kännas realistiskt och utmanande. Vi har inte uppnått målet och målet kan vara för högt satt. Förmågor och funktioner hos personer med demenssjukdom är något som förändras från dag till dag.

Personalens arbetstillfredsställelse

Mättes i april och september för att se om projektet inneburit att personalens arbetstillfredsställelse ökat. Resultatet har ökat vad gäller stolthet, utmaning, tillfredsställelse och en marginell ökning av trygghet. Vi tror detta beror på att personalen har fått möjligheter att synliggöra sitt arbete i dokumentationen av testcyklarna, ta ansvar, växt med ökade kunskaper och erfarenheter, fått syn på sin egen kompetens och utvecklat den.

Kommentarer

I början på projektet var det en intensiv period med att börja testa olika förändringar och samtidigt lära oss mer om metoden. Vi satsade mycket kraft på personalens kompetensutveckling och få en dialog och reflektion kring olika frågor. Genom detta tror vi att vi beredde mark för ett stort engagemang och ansvarstagande hos personalen. Vi kände att

personalen var engagerad i projektet och öppna för förändringsarbete i sin egen verksamhet. De har tagit ett stort ansvar när det gäller arbetet med skattningarna. En eloge till personalen för deras stora engagemang och positiva inställning.

När målet med arbetsplanerna var nått så kändes det inspirerande att börja arbeta mot ett nytt mål - de individuella vardagsaktiviteterna.

En viktig sak för oss i projektet har varit att ge personalen redskap att arbeta med som stöd i deras omvårdnadsarbete för att bättre kunna hantera de omvårdnadssituationer som uppstår runt vårdtagaren och att personalgruppen arbetar som ett lag med gemensamma mål.

I utvecklingsarbetet är testcykeljournalen ett bra redskap som synliggör arbetet och tillsammans bestämmer personalgruppen sig för en förändringsidé. De lär sig att reflektera, planera, pröva, analysera, agera och dokumentera. Sista perioden av projektet fick personalen ansvaret att på egen hand dokumentera sina förändringsidéer i testcykeljournaler och det visades vara en viktig uppgift som fick personalen att växa ytterligare.

Sammanfattande kommentarer av personalens utvärdering av projektet

Fördelar:

Vårdtagarna blir sedda och uppmärksammade, mer tid för vårdtagarna, tillgodose varje enskild persons behov, göra lite för alla varje dag om vi hjälps åt, se "det lilla" som något viktigt. Utvecklande och stimulerande, nyttigt att reflektera över sitt sätt att arbeta, införandet av omvårdnadsmöten, gemensamma mål, samarbetar och dokumenterar mer i gruppen, bekräftelse på den egna kompetensen.

Nackdelar:

Mycket pappersarbete, ibland stressigt, tagit mycket tid och kraft, snabb process.

Att arbeta med Genombrott

Fördelar

Projektet är patientfokuserat och vi arbetar med att testa förändringar som till synes kan tyckas små men som kan betyda mycket för vårdtagaren. Att arbeta efter en genomtänkt och strukturerad metod underlättar utvecklingsprocessen. Sanktioner uppåt och neråt i organisationen är nödvändigt.

Nackdelar

Det är ibland svårt att få tiden att räcka till när man arbetar i annan verksamhet än den som utvecklas genom projektet. Det är viktigt att från början vara medveten om att projektet tar tid och att tid finns att disponera för ändamålet i sin tjänst.

Mest givande

Att se hur vårdtagaren mår bättre och personalen växer. Att uppnå målen. Att arbeta tvärprofessionellt i team och visa på personalens värde ute i verksamheten. Att på ett systematiskt sätt få möjlighet att samverka över landstings- och kommungränser. Få möjlighet att utbyta erfarenheter och lära av andra kommuner och organisationer i landet genom den gemensamma arbetsytan och lärandeseminarier i Stockholm.

Svårast

Mätningarna. Personalen har gjort mätningarna och det blir *många* som mäter.

Lärdomar

Mätningarna har gjort att personalen fått ett ökat fokus på alla vårdtagare. Upptäckten av den kreativa kraft som finns hos människor som vill något tillsammans.

Kalix – Grytnäs Vårdcentral

Team: Kalix kommun och Grytnäs vårdcentral

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att skapa trygghet i omhändertagandet av personer med demenssjukdom.	<i>Titel, namn, e-post, kontaktperson:</i> Distriktssköterska Rachel Blom, rakel.blom@nll.se <i>Titel, namn, övriga teammedlemmar:</i> Arbetsterapeut Anna Gustavsson Biståndshandläggare Gabriella Vaccari Distriktsläkare Göran Waller Distriktssköterska Lydia Öberg

Bakgrund och problem: Vi upplevde att olika yrkeskategorier arbetade var för sig i hemmen. Det fanns inga klara rutiner för hur den här patientgruppen skulle omhändertas. Det fanns ingen samverkan mellan landstingets olika resurser eller mellan kommun-landsting.

Mål: Målsättningen var att samtliga personer med demenssjukdom bosatta inom Grytnäs vårdcentralas upptagningsområde och deras sammanboende anhöriga skulle känna sig trygga i omhändertagandet från diagnostisering till omvårdnad i hemmet.
Vi har valt att definiera trygghet som att man får den hjälp och det stöd man behöver när man behöver. I begreppet ingår även att man vet var man ska vända sig för att få hjälp och stöd.

Mått:

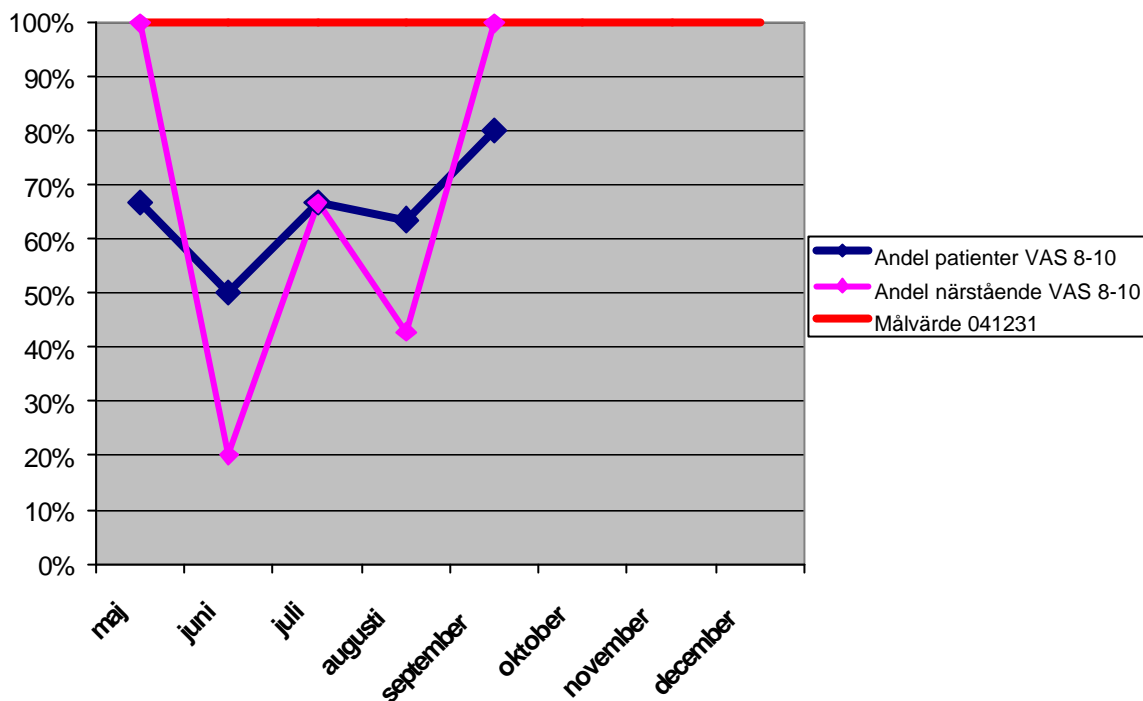
Personer med demenssjukdom och sammanboende anhöriga intervjuades. De svarade utifrån en Visuell Analog Skala (VAS) graderad från 0-10 där 8-10 indikerade upplevd trygghet. Svar 0-7 på VAS-skalan följdes upp med en följdfråga om vilket stöd/hjälp man skulle önska för att känna sig trygg.

Hur gjordes mätningarna?

Mätningarna gjordes genom intervju med den demenssjuke och sammanboende anhörig i hemmet.

Resultat:

Andel patienter och närstående som uppger sig känna trygghet (dvs VAS 8-10) med sin situation kopplat till demenssjukdomen



Kommentar: From september månad har det nya arbetssättet med uppföljning i regelbundna intervaller av distriktssköterska, distriktsläkare, arbetsterapeut och biståndshandläggare införts fullt ut.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Test: Patienter som blir föremål för demensutredning skall få kontakt med läkare, distriktssköterska, arbetsterapeut inom tre månader. Vi ville se om man på detta sätt kunde göra en tidig diagnostisering. Efter test har vi valt att inte införa detta som arbetsrutin eftersom en demensdiagnos oftast tar lång tid att ställa och man vill vara säker på att rätt diagnos ställs. Tidsperspektivet om 3 månader är alltså inte relevant.

Test: Distriktssköterskorna vid vårdcentralen har utarbetat och testat en checklista att användas som rutin vid hembesök. Det har givit stöd och struktur i distriktssköterskans arbete. Formuläret är spritt till samtliga distriktssköterskor på vårdcentralen och används nu i det dagliga arbetet.

Test: Patienten planeras till läkare som första instans för bedömning av ev demensutredning. Besöket skall ges inom en månad efter första kontakt med vårdcentralen. Om inte detta är möjligt sätts patienten upp på väntelista till arbetsterapeut inom en månad för att patienten ska få utredning påbörjad så snabbt som möjligt. Utvärderingen av testet visade att det är av vikt att patienten alltid träffar läkare i första hand eftersom det finns så många olika orsaker till minnesproblem. Då riskerar man inte heller att arbetsterapeuten lägger resurser på något som inte ska utredas med frågeställningen demens och patienten riskerar inte att bli vilseledd. Av detta test kvarstår att patienten ska få läkarkontakt inom en månad då de söker för minnesproblem som inte är utredda sedan tidigare.

Test: Läkarsekreterarna tar fram statistik på de patienter som sökt för minnesproblem månadsvis. De som är nydiagnostiserade sätts upp på väntelista till distriktssköterska, 3 mån och arbetsterapeut, 6 mån. Efter utvärdering har två av vårdcentralens läkarsekreterare ansvar för att patienterna sätts upp på väntelista utifrån gällande vårdprogram.

Test: Teamet har arbetat fram en överrapporteringsblankett som skall fungera som överrapportering vid nydiagnostisering till kommunens biståndshandläggare.

Distriktssköterskan ska ansvara för överrapporteringen efter patientens och anhörigas medgivande. Utvärdering visar att överrapporteringsblanketten är nödvändig för att länka ihop landstingets respektive kommunens resurser så att patienten kan få det stöd och den hjälp de behöver och för att patienten ska få information om vilket stöd som finns att få.

Överrapporteringsblanketten är spridd till distriktssköterskorna på vårdcentralen och bland biståndshandläggarna inom kommunen och är införd som ett nytt sätt att arbeta.

Test: Framtagna riktlinjer med olika uppföljningsintervall av distriktsläkare, distriktssköterska, arbetsterapeut och biståndshandläggare har införts succesivt under projektiden och fullt ut som nytt arbetssätt from september månad 2004.

Olika aktiviteter:

Checklista för distriktssköterska framtagen.

Checklista för utvärdering av läkemedelsterapi framtagen.

Informationsbroschyr med information om var man kan vända sig för att få stöd och hjälp vid nydiagnostisering är färdigställd.

Vårdprogram innehållande riktlinjer för omhändertagande av personer med demenssjukdom vid Grytnäs vårdcentral i Kalix kommun framarbetade och införda som nytt arbetssätt.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

När vi gick in i projektet upptäckte vi att vi saknade verktyg för att kunna skapa trygghet i omhändertagandet av personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Stor del av tiden i projektet har därför använts till att ta fram instrument som ska säkra rutinerna för omhändertagande av patienter och anhöriga. Vi fortsätter våra mätningar efter att de riktlinjer vi arbetat fram införts som arbetssätt fullt ut och tror då att vi kommer att närma oss måluppfyllelsen allt eftersom patienterna får uppföljning med jämna intervaller och man snabbare och lättare kan fånga upp när, var och hur patienterna behöver stöd och hjälp.

Kommentarer:

Vi har i projektet lagt grunden för fortsatt samverkan mellan vårdcentralen och kommunen genom de framarbetade riktlinjerna.

Att arbeta med Genombrott:

- *fördelar* - bättre samarbete över gränserna mellan kommunen- vårdcentralen.
- *nackdelar*- svårt att avsätta tid för projektet
- *mest givande*- nya kunskaper, att lära av andra yrkeskategorier. Träffa andra team som arbetar med liknande problematik. Uppskattnig från patienter och anhöriga. Att se att tryggheten ökar hos patient och anhöriga.
- *svårast*- att komma igång med mätningarna och att komma ihåg att dokumentera.
- *lärdomar*- att förändra tar tid. Små förändringar är lättare att få gehör för och att testa än stora. Ökad förståelse för varandras yrkesroller.

Kristianstads centrala demensteam

Team: Kristianstad Centrala Demensteam

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Patienterna och deras närstående skall känna trygghet under hela demenssjukdomens förlopp.	Sjuksköterska – kontaktperson Ann-Charlotte Palm, email: ann-charlotte.g.palm@skane.se Läkare Ann-Marie Liljeroth Distriktssköterska Ingrid Burburan Biståndshandläggare Birgitta Johansson

Bakgrund och problem:

Det har framkommit att patienterna och deras närstående känner sig otrygga med att inte veta vart de kan vända sig vid minnesrelaterade problem.

Till exempel: patienter som är överremitterade till vårdcentralen försämras i sin sjukdom. Närstående ringer ofta till Minnesmottagningen då patienter utvecklar förändringar i beteendet. De undrar vart de kan vända sig för att få stöd och råd.

Mål:

90 % av patienterna och deras närstående ska veta vart de kan vända sig vid minnesrelaterade problem efter besök på Vårdcentralen Östermalm eller Minnesmottagningen.

100 % av patienterna och deras närstående som fått veta vart de kan vända sig ska känna sig trygga, med vetskapen om vart de kan vända sig.

Mått:

Andel patienter i målområdet (stadsdelen) som haft kontakt med Minnesmottagningen och de patienter som har demensdiagnos eller minnesrelaterade problem och är inom målområdet och knutna till Vårdcentralen Östermalm

Balanserande mått:

Blir någon annan patientkategori lidande då distriktssköterskorna ägnar sig åt demensutredningar?

Innebär de ökade kraven på noggrannare överföringar längre väntetid för andra patienter på Minnesmottagningen?

Hur gjordes mätningarna

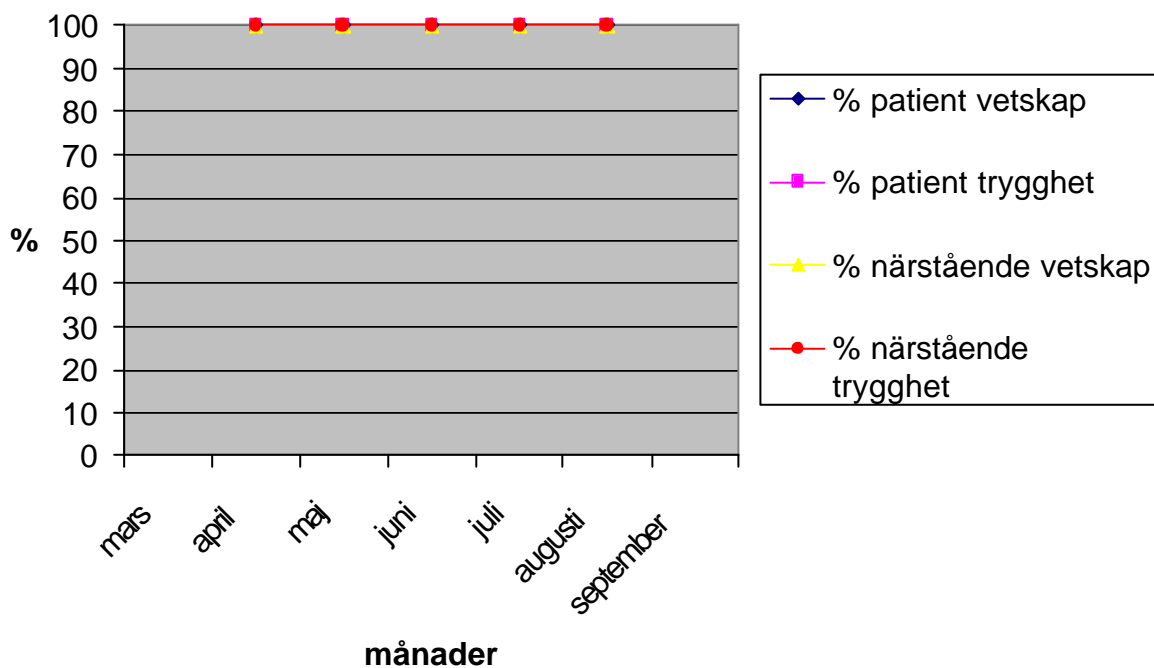
Vi gjorde mätningar varje månad via enkäter som fylldes i genom telefonintervju och även i möte med patient och närstående. Frågor ställdes om de visste vart de kunde vända sig vid minnesrelaterade problem och om de kände sig trygga med det. Tryggheten uppmättes via VAS-skalan där tryggheten skulle vara mellan 8-10.

Resultat:

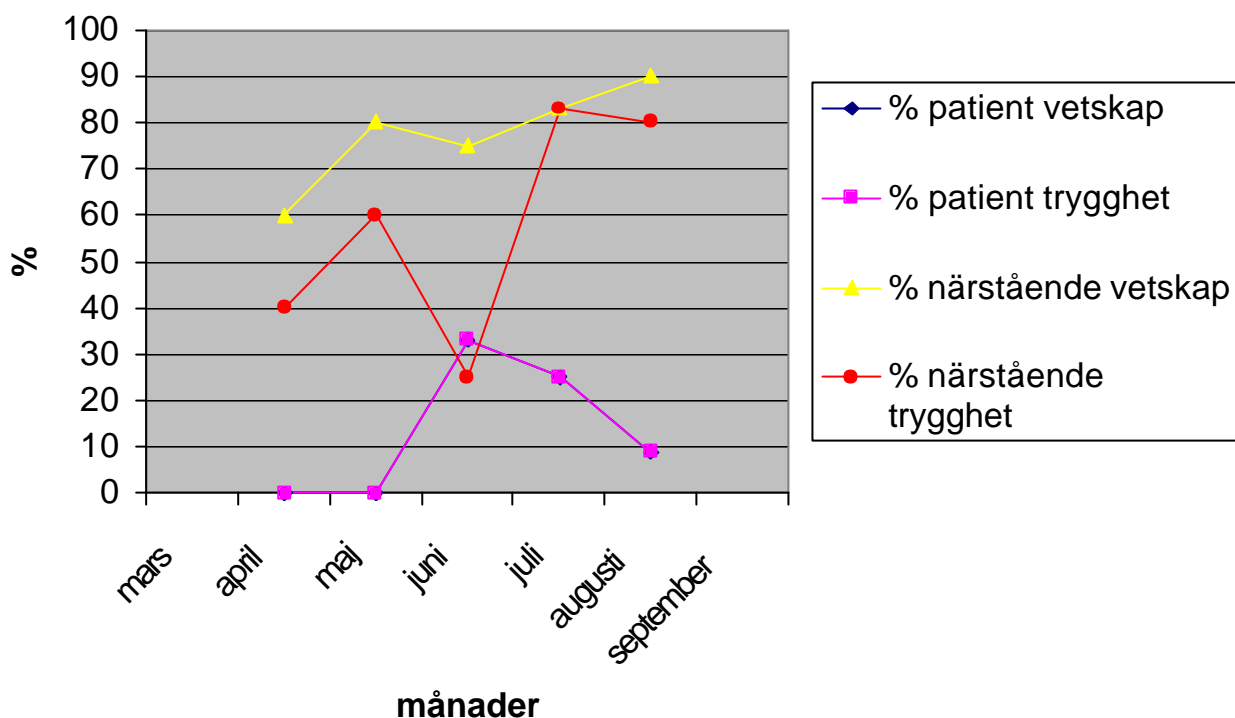
Se diagram nedan.

Kommentar: April, maj, juni-04 intervjuades alla i målgruppen kopplade till Minnesmottagningen/VC Östermalm. Antalet patienter var 5 på Minnesmottagningen och 18 på VC Östermalm. Av dessa var de flesta färdigutredda och hade fått demensdiagnos. Tre stycken flyttade till demensboende i ett annat område och två avled under projektets gång. Vid intervjuerna lämnades information om hur man kan nå distriktssköterskan på VC Östermalm och specialistsjuksköterskan på Minnesmottagningen. Vid nästa intervju fann vi att patienter och särskilt närstående hade en ökad vetskap vart de kunde vända sig och kände en större trygghet. På Minnesmottagningen fanns hela tiden en 100% vetskap och trygghet och på VC Östermalm ökade vetskap och trygghet från 40% respektive 60% till 80% respektive 90% hos de närstående. Hos patienterna ökade vetskap och tryggheten från 0% till 9% med en topp i mitten av mättiden på 30%. Patienternas låga tal tror vi är på grund av att de kommit ganska långt i sin demenssjukdom. Vårt mål uppfylldes ej helt men resultatet visade att ökad tillgänglighet hos demenskunnig distriktssköterska på VC Östermalm ökade patientens/närståendes trygghet.

Minnesmottagningen, andel patienter resp närstående som vet vart de kan vända sig vid minnesrelaterade problem och känner trygghet i vetskapen



Östermalm VC, andel patienter resp närstående som vet vart de kan vända sig vid minnesrelaterade problem och känner trygghet i vetskapen



Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Vår första test var att se om hembesök av biståndshandläggare, efter kontakt med sjuksköterska/distriktssköterska på Minnesmottagningen/VC Östermalm, gjorde att patient/närstående kände sig mer trygga vilket vi fann också var fallet. Erbjudande om ytterligare ett hembesök gjordes för att informera om olika insatser som erbjuds av kommunen.

Test nr 2 och 10 har handlat om att på ett bra sätt överföra patienter som är färdigutredda på Minnesmottagningen till VC Östermalm. Överföringen görs nu både muntligt och skriftligt till distriktssköterskan och skriftligt till distriktsläkaren. En blankett har utarbetats för överföring där vi även tänker att den kan ges till kommunsjuksköterskan i de fall då hon är inkopplad. Patient/närstående skall ge samtycke till att blanketten överförs. Se bilaga. Patienten/närstående skall också erbjudas blanketten att exempelvis användas vid besök på sjukhus. Överföringarna till VC Östermalm är provade och fungerar väl, blanketten är ännu ej provad.

I vår test nr 3 förändrade vi vår enkät så att även närstående fick svara på våra frågor eftersom några av patienterna var så sjuka att de ej förstod frågorna.

Test nr 4 gick ut på att biståndshandläggaren ska erbjuda hembesök hos de som ännu ej hade någon hjälp som är aktuella på med VC Östermalm för sina minnesrelaterade problem. Detta för att öka deras kunskap om de bistånd som finns att erbjuda.

I testcykel nr 5 fick distriktssköterskan på VC Östermalm ett verktyg för att identifiera BPSD (beteendestörningar hos demenssjuka personer) som utarbetats på Minnesmottagningen. Detta verktyg har distriktssköterskan till hjälp för att lättare kunna beskriva symtombilden för distriktsläkaren. Även kommunens sjuksköterska har delgetts detta verktyg.

Test nr 6 gällde distriktssköterskans möjligheter på VC Östermalm att i speciella fall kunna göra hembesök för att få en ökad kunskap om patienten och på så sätt underlätta i den fortsatta utredningen. Vi såg att det fanns ett behov av dessa hembesök och de har skett vid två tillfällen under projektet och utfallit väl.

Biståndshandläggaren har även hon intervjuat patienter/närstående i samband med sina hembesök vilket ses i test nr 7. För övrigt är det sjuksköterskorna på Minnesmottagningen och VC Östermalm som stått för intervjuerna.

För att öka tillgängligheten till distriktssköterskan på VC Östermalm har hon fått en minicall där patienter/närstående kan nå henne och få kontakt samma dag de söker henne. Vi trodde det skulle vara svårt för våra pat/närstående att använda minicall, men det har fungerat tämligen bra. Test nr 8.

En överföringsblankett av patienter från Minnesmottagningen/VC Östermalm till biståndshandläggaren är utarbetad och kommer att tas i bruk inom det snaraste. Test nr9.

Övriga aktiviteter:

För övrigt har vi arbetat mycket med att öka kunskapen om demenssjukdomar hos läkarna på VC Östermalm genom Minnesmottagningens läkare. Vi tror att om läkaren är säkrare i sin bedömning blir patient/närstående tryggare. Distriktsläkaren har också en stor möjlighet att nå Minnesmottagningens läkare via minicall. Kontakten har även ökat mellan biståndshandläggaren och distriktsläkaren. Information har getts om fördelen att distriktsläkaren bör se till att distriktssköterskan får vetskap om alla patienter med minnesrelaterade problem på VC Östermalm för att kunna ge dem sitt stöd.

En inventering av patientunderlaget i målområdet har utförts och vi fann att det fanns 562 invånare >65 år och av dessa har 16 demensdiagnos och 7 ingen demensdiagnos, men minnesrelaterade problem. Vi har upptäckt att det finns ett mörkertal, de som går till privatläkare och de som ej ännu sökt.

Vi har två anhöriga i vårt projekt och deras önskemål har varit att ha en kontaktperson inom sjukvården som man kan vända sig till för att få råd och stöd. De framför även vikten av att övrig sjukvård och andra vårdgivare känner till patientens svårigheter.

Kommentarer:

Vi har lärt oss att även om vi egentligen önskade förändra organisatoriskt var det genom ett patientnära perspektiv mycket effektivare att nå förändringarna.

För att betona vikten av att ha en demensintresserad distriktssköterska på varje vårdcentral har vi träffat våra politiker för att delge dem det vi kommit fram till.

Vårt projekt har störts av att sex läkare på VC Östermalm slutade mitt under projektets gång. Nu är det dock en bättre läkarsituation med flera nyanställda läkare som vi kan fortsätta att arbeta med, ett utbildningstillfälle planeras i oktober.

Samtal med kommunens omsorgsnämnd samt ledningsgrupp kommer att äga rum för att beskriva projektet och Minnesmottagningens arbete och samarbete med VC Östermalm.

Att vi inte nådde vårt mål kommer att sporra oss att fortsätta vårt arbete och även implementera det på övriga vårdcentraler och i andra delar av kommunen.

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar:** Ett bra sätt att göra förändringar genom att först göra det i liten skala, utvärdera och sen utföra på fler ställen. Bra sätt att öka samverkan över vårdgränser.
- **Nackdelar:** Det blir lätt så att endast de som åker på de olika seminarier arbetar aktivt med projektet och det kan bli en tyngre process med informationsproblem.
- **Mest givande:** Det ökade tvärprofessionella samarbetet. Förändringsarbetet och att vi är på väg att nå målet.
- **Svårast:** Svårt att hinna med eftersom man har sitt dagliga arbete att sköta samtidigt.
- **Lärdomar:** Att delta i ett genombrottsprojektet och se att man kan förändra och att intresset för samverkan är stor.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

SAMMANFATTNING - GENOMBROTTSPROJEKTET

VINSTER I PROJEKTET - ÖKAD TRYGGHET GENOM SAMVERKAN

Hur?

- **Distriktssköterskan - spindeln i nätet**

Distriktssköterskan informeras om patienter i området som har minnesproblem, via Minnesmottagningen, VC eller biståndshandläggaren. Hon kontaktas via minicall eller skriftligt meddelande, i samråd med patient och närstående. Hon deltar i utredning, har kontakt med patienterna och närstående och förmedlar kontakter där det behövs, tex då patienten är i behov av dagvård kontaktas biståndshandläggaren.

Distriktssköterskan diskuterar vb med vårdcentralens läkare, tex vid nytillkomna symtom.

- **Biståndshandläggaren - ett ansikte och ett namn**

När omsorgsbehov uppstår finns enkla och självklara kontaktvägar mellan patient/närstående/primärvård och biståndshandläggare.

I biståndshandläggarens arbetssätt ingår numera personlig presentation på den VC som arbetar mot hennes område. På VC finns karta och telefonlistor över handläggarens ansvarsområde.

- **Kontinuerlig kontakt sker mellan läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter på Minnesmottagningen, VC och kommunen .**

Muntlig och skriftlig överrapportering från Minnesmottagningen till övertagande VC/ kommunal tjänsteperson vilket leder till ökad trygghet för patient/närstående och högre grad av medicinsk säkerhet.

Kristinehamn

Team: Regnbågens demensboende, avd H1 Och H2, Kristinehamn

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Syftet med deltagandet är: <ul style="list-style-type: none">• Minska oron på eftermiddagarna och kvällen "solnedgångsfenomenet", utan att medicinera.• Minska nattfastan	Gunnilla Calais, usk/demensvårdsutv. e-post: gunnilla.calais@kristinehamn.se Anita Andersson, usk, Regnbågen e-post: anita.andersson@kristinehamn.se Christina Leopoldson, usk, Regnbågen e-post: christina.leopoldson@kristinehamn.se Annelie Eriksson ordf. dement anh. förening e-post: kab.ericsson@swipnet.se Eva Bloom, ssk, Regnbågen e-post: eva.bloom@kristinehamn.se Britt-Marie Andersson, ssk, Granbacken e-post: britt-marie.andersson@kristinehamn.se

Bakgrund och problem:

Oro på eftermiddagen och kvällen är vanligt förekommande på våra demensboenden. Den demenssjuke som är orolig sprider ofta sin oro till övriga på avdelningen och anhöriga känner också av detta. Personalen påverkas också och känner sig många gånger otillfredsställda när de inte vet hur de ska hjälpa pat. att bli lugnare. Oftast är medicinering inget alternativ utan det är ett omvårdnadsproblem.

På våra boenden har vi måltider som ligger ganska tätt och pat. får då en nattfasta som ligger på 14-16 timmar.

Mål:

Avd: H1, 90 % av mättillfällena ska ligga under 2 på GBS-skalan.

Avd: H2, 50 % av pat. ska ha en nattfasta som inte är längre än 11 timmar.

Mått:

Avd: H1 Vi har använt oss av GBS-skalan vid mätningarna av oro. GBS-skalan är ett instrument för bedömning av demenssyndromet. Skalan består av tre delskalor som mäter emotionell, intellektuell och motorisk funktionsnedsättning. Vi har använt oss av fyra parametrar i den emotionella skalan: irritabilitet, rastlöshet, ångest och ångslan. Skalan går från 0-6.

Avd: H2 Vi har gjort en mätskala som täcker timmarna mellan 17.00 och 09.00.

Balanserande mått:

Avd: H1 Vi har vägt pat. en gång per månad och räknat ut deras BMI. Tanken är att om man minskar nattfastan ökar man näringsintaget och vikten. Vi har tagit fram ett medelvärde för de månader som projektet pågått. Idealvärdet är BMI 22. Första månaden hade vi ett medelvärde på 20.3 och vid senaste mätningen 21,9.

Hur gjordes mätningarna?

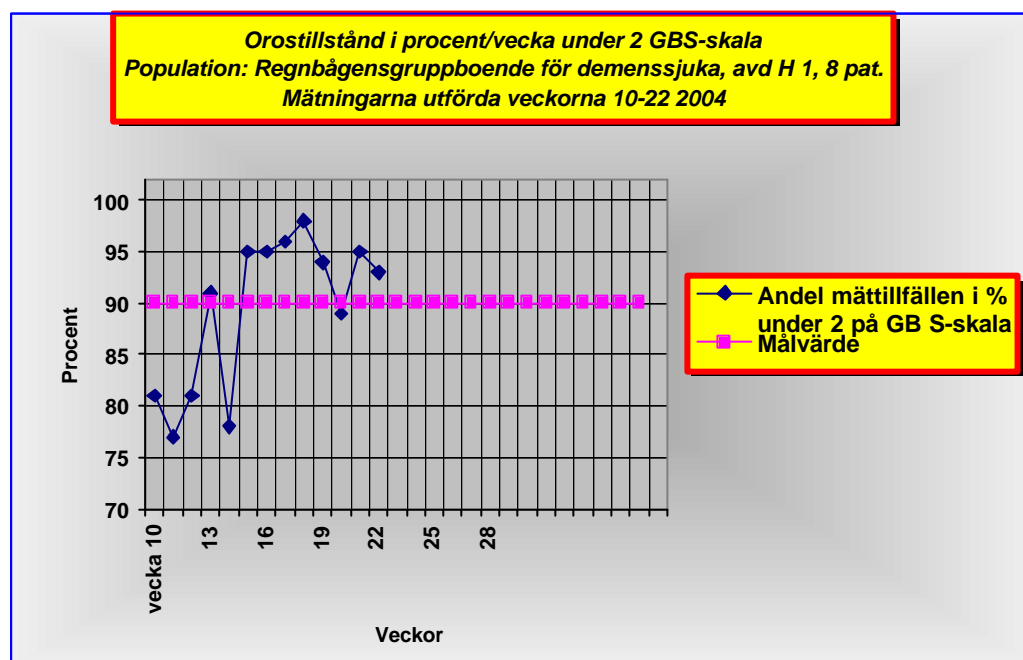
Avd: H1 Personalen skattade patienternas oro mellan kl.14.00 och 20.00 varje dag.

Avd: H2 Personal antecknar vad patienterna äter och dricker mellan 17.00 och 09.00., vatten noteras ej.

Resultat:

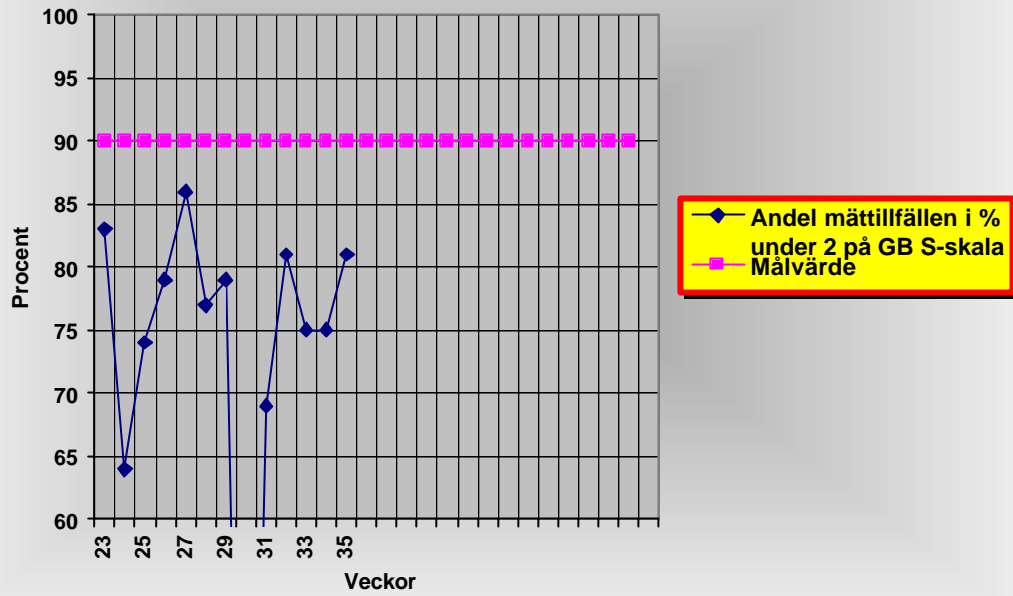
Avd H1:

De små förändringar vi gjort har gett ett bra resultat för gruppen. Vi försökte "styra" bordsplaceringen men det fungerade inte utan skapade mer oro. "Aktivt" lyssnande på musik har varit mycket uppskattat, det var lätt att se på patienternas kroppsspråk att de kunde koppla av. För gruppen nådde vi målet men fortfarande är några av patienterna oroliga.

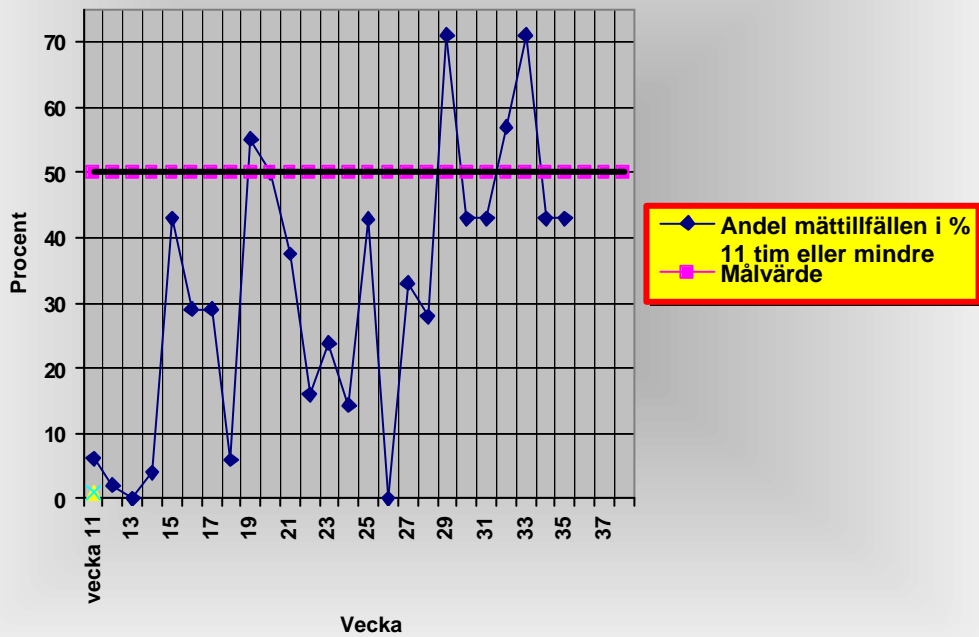


Efter att ha nått vårt mål för gruppen, tittade vi närmare på de fyra patienter som är mest oroliga. Här är det mycket svårare att komma till rätta med problemet. Kanske är målet högt satt men vi kommer att arbeta vidare med att hitta bra lösningar för den enskilde. Vi har en vecka då inga mätningar gjordes alls, därav den konstiga kurvan. Aktivt TV-tittande för den enskilde var svårt. Det kräver tid att eventuellt spela in program eller leta efter passande video. Vi fann dock att en video med Astrid Lindgren som sjunger passade fler av patienterna.

Orostillstånd i procent/vecka under 2 GBS-skala
Population: Regnbågengruppboende för demenssjuka, avd H 1, 4 pat.
Mätningarna utförda veckorna 23-35 2004



Nattfasta i procent/vecka 11 tim. eller mindre
Population: Regnbågengruppboende för demenssjuka, H 2, 8 pat.
Mätningarna utförda vecka 11-27 2004



2004

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Förändringar:

Avd: H1

- 1:1 Personalen sitter med vid eftermiddagskaffet.
- 1:2 TV och radio stängs av vid måltider
- 1:3 Ommöblering, två matbord i stället för ett.
- 1:4 Bordsplacering, personalen försöker att ”styra” var pat. ska sitta
- 1:5 Aktivt lyssnande på lugnande musik
- 1:6 Aktivt TV-tittande
- 1:7 En pat. har fått en katt med värme dyna

Avd: H2

- 1:1 Alla pat. erbjuds dryck under natten t ex saftsoppa, personalen ställer in detta på nattduksbordet och nattpersonalen ser till att den som är vaken och vill ha får drycken. Den som vill kan också få smörgås eller frukt.
- 1:2 Pat. erbjuds något att dricka eller äta innan de går upp. Det kan vara t ex fruktsoppa eller fil.

Aktiviteter:

- Informationsmöte med personalen på Regnbågen, genomgång av Genombrottsmetoden.
- Information till anhörig genom brev, och på anhörigträff.
- Dement anhörigas förening informeras om projektet.
- Pensionärsrådet informeras.
- Samtliga enhetschefer informeras om projektet kontinuerligt.
- Kontakt tas med kostavdelningen, i april, och frågan ställs om när man kör ut mattransporter, med tanke på att man vill ha en jämnare fördelning av måltider över dygnet. Efter några veckor meddelas att man kommer att ändra tider för utkörning av maten.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Avd: H2 nattfasta

Det har visat sig vara svårt att nå målet och bryta den långa nattfastan. Det kan delvis bero på att pat. sover länge, de är långt gångna i sin demenssjukdom. Vi har dock permanentat de förändringar vi provat.

Avd: H1 oro

Här fick vi ganska snabbt ett bra resultat med små förändringar, det gällde gruppen som helhet. På individnivå har det visat sig vara svårt att nå målet. Vi har samma problem på flera avdelningar för demenssjuka och ett steg är att man genom metoden kan delge varandra små förändringar som fungerar.

Kommentarer:

Arbetet har varit omfattande och ibland har det varit mycket ifrågasatt. Vad leder det till? Trots det så har det framkommit att många är intresserade. Ett boende har startat upp att kartlägga nattfastan. En enhetschef vill nu att vi kontrollerar vikten och BMI på boende. Andra har visat intresse för att få ner orosnivån.

Att arbeta med Genombrott:

- *fördelar* * nytt synsätt
- * kul att vara banbrytare
-
- *nackdelar* * tidskrävande
- * splittrad grupp (olika arbetsplatser)
- * mycket pappersarbete
-
- *mest givande* * förbättringar för patienten
- * ökad trygghet för anhöriga
- * ökad förståelse mellan personal och anhöriga
- * ringar på vattnet
-
- *svårast* * tid
- * att få alla med på "resan"
-
- *lärdomar* * en del av personal har fått en aha-upplevelse genom arbetet,
- vilket har lett till att de har erbjudit den demenssjuke en mer
- individanpassad omvårdnad
- * små förändringar kan leda till stor förbättring av omvårdnaden

Lerum

Team: Lerum

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att minska oro och öka välbefinnande hos personer med demens boende på demensenhet.	<ul style="list-style-type: none">• Demenssjuusköterska Eva-Britt Johansson, kontaktperson. Eva-Britt.Johansson@Lerum.se• Undersköterska Ninni Mogren, Ninni.Mogren@Lerum.se• Primärvårdsläkare Claes Burman, Claes.Burman@vgregion.se• Arbetsterapeut Berit Andersson, Berit.Andersson@Lerum.se

Bakgrund och problem:

I Lerums kommun saknas en uttalad gemensam omvårdnadsideologi för demensboenden. Kvalitén i omvårdnadsarbetet varierar på olika boendeenheter. Orosnivån på våra demensavdelningar är periodvis mycket hög. Det är svårt att komma tillrätta med detta och följden blir vanligtvis ökad medicinering med oönskade biverkningskonsekvenser. Oro hos de boende förefaller vara mest frekvent under sen eftermiddag-kväll. En naturlig påföljd av psykisk oro är att patientens välbefinnande minskar.

Vi har särskilt noterat att måltidssituationen ser mycket olika ut. På vissa boendeenheter finns en medvetenhet om miljöns betydelse och personalens ansvar, på andra råder hög stress och omedvetenhet hos personalen om måltidens betydelse för självkänslan, trivseln, egenaktiviteten.

Måltiderna upptar en stor del av vardagen på ett särskilt boende och blir ibland till utdragna processer där arbetsrutinerna är uppgiftsorienterade; man utspisar, matar, diskar och får undan allt inför vilan eller aktivitetsstunden. Måltiderna är en viktig aktivitet för de boende och utgör grunden för en strukturerad vardag. Därför bör de utnyttjas mer som medel för att utifrån ett patientperspektiv skapa en mer relationsinriktad omvårdnad.

Mål:

Vid 90% av mättillfällena ska oro ej finnas.

Mått:

Mätningar av oro över tid har gjorts utifrån dygnsobservationsschema. Skattning av välbefinnande har gjorts vid ett tillfälle.

Balanserande mått:

Utvärderingsformulär med frågor om huruvida förändringar som testats har lett till oväntade negativa konsekvenser har ifyllts av personal.

Hur gjordes mätningarna?

Metod mätning av oro.

Mätningar av oro hos enskild vårdtagare har gjorts utefter ett s.k. dygnsobservationsschema. Schemat har ifyllts av vårdpersonal efter observation av vårdtagaren under de senaste 2 timmarna; 12 mätningstillfällen per dygn. Vårdtagarnas stämningsläge har bedömts utifrån fyra variabler; sömn, lugn, hög grad av oro samt låg grad av oro.

Mätningssupplägg.

Ingångsmätningar gjordes på de sju olika involverade avdelningarna vid tre olika boendeheter. Samtliga vårdtagare observerades under denna vecka.

Utefter att förändringar prövats har mätningssupplägget därefter anpassats vad gäller urval samt omfattning. Vi har då koncentrerat oss på mätningar på de vårdtagare som uppvisat störst frekvens av oroliga stunder under dagen. Vi har även begränsat antalet mätningstillfällen under dygnet till de timmar då vi klart kunnat utläsa att oron är mest frekvent.

Välbefinnandeskattning

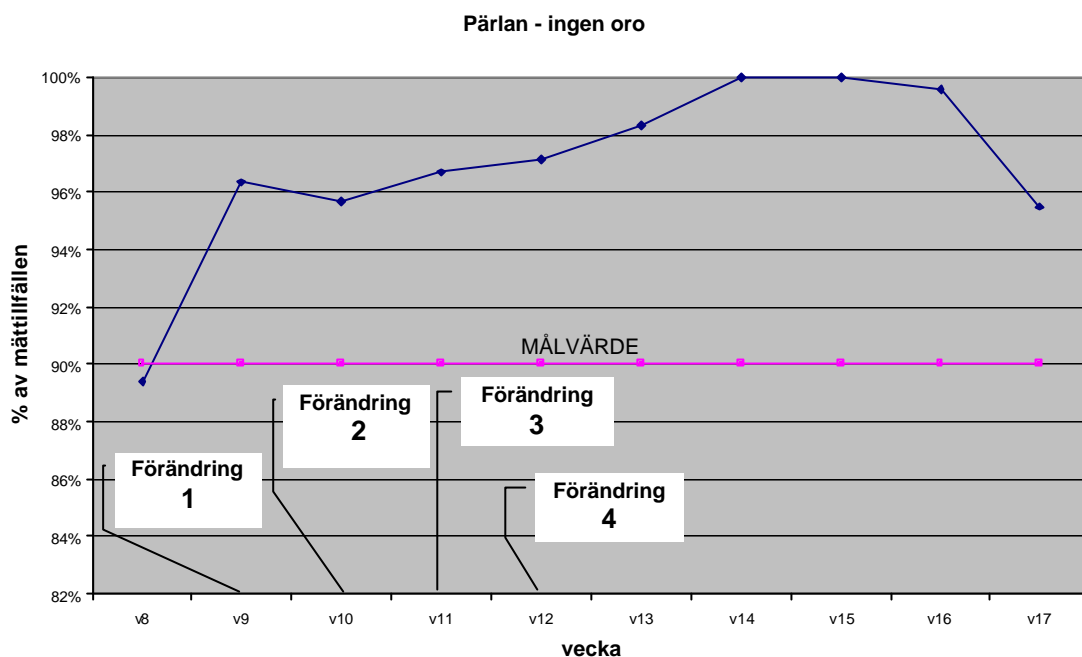
Skattning av välbefinnande hos vårdtagare har gjorts av både personal och anhöriga vid samtliga enheter. Välbefinnandet har skattats utefter en VAS-skala från 1-10. Skattningarna har enbart gjorts vid ett tillfälle och är inte kompletta för alla vårdtagare.

Instruktion inför skattningen har utgått med uppmaning att försöka skatta individens välbefinnande utifrån sjukdomssituationen, inte utifrån ett friskhetsperspektiv. Anhöriga inbjöds även till en informationsträff för ytterligare information om skattningen och förbättringsprojektet om de kände behov av detta.

Personal har ej fått ta del av anhörigas skattningar identifierat till individ.

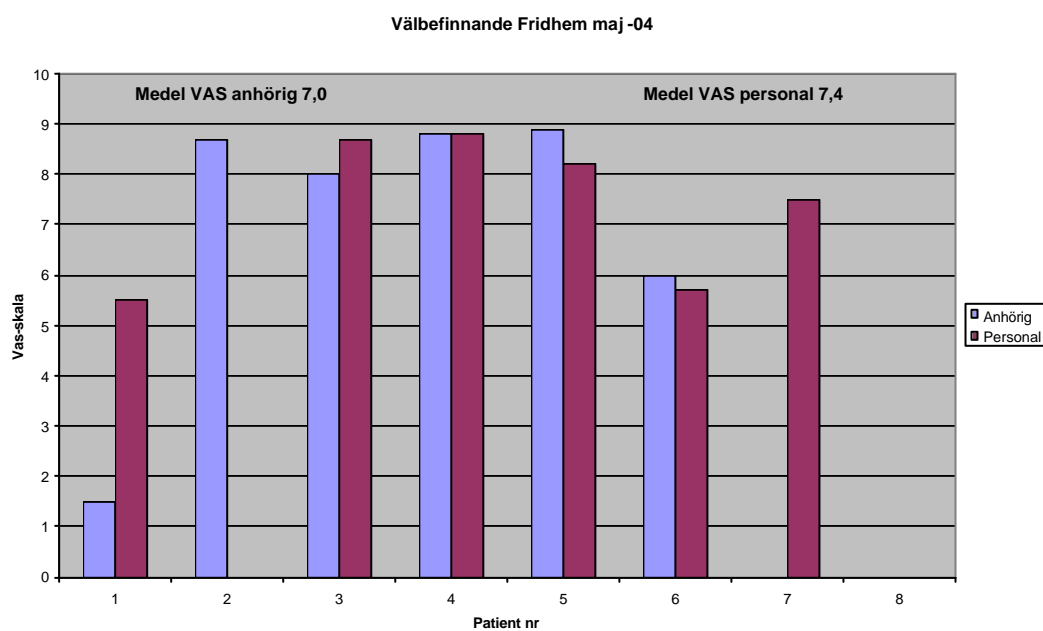
Mätvärden har lagts in i stapeldiagram

Resultat: Orosmätning



Kommentarer: Ingångsmätningarna visade att orosnivån under våren inte låg så högt som vi förväntat oss, det gällde generellt över så gott som samtliga enheter. Det ledde till att vi nådde målet i ett tidigt skede. Det går ej heller att med säkerhet härleda den lilla orosminskning som kan ses som en effekt av våra förändringar. Däremot har det i personalenkäter (se nedan!) framkommit flera uttryck för kvalitativa förbättringar kopplade till den förändrade måltidssituationen.

Välbefinnandemätning



Kommentarer: Generellt kan märkas att personalens skattningar i snitt ligger ca 1 steg högre på VAS-skalan än anhörigas skattningar. Dessa skattningar bör naturligtvis följas upp av ytterligare skattningar över tid.

Resultat (forts.):

Personalenkäter:

Utvärdering av pedagogisk måltid – Skäret. (5 svar från personal)

Hur tycker du förändringsidé ”Pedagogisk måltid fungerar?

Fördelar:

- De boende äter bättre
- Det blir lugnare vid bordet
- De boende är mera tillfreds vid måltiden
- De boende börjar äta när alla sitter
- De boende är mera intresserade av maten
- Hur maten smakar blir ett bra samtalsämne
- Gemenskap. ”Vi blir en stor familj”.
- Hemkänsla

Nackdelar:

- Skylt ” Måltid pågår” respekteras ej av alla
- Svårt att hinna med att sitta ner vid frukosten

Personalen Ekebacken – utvärdering av pedagogisk måltid, 15 svar.

Hur tycker du att förändringsidé ”Pedagogisk måltid” fungerar?

- Bra med stängda dörrar.
- Ger samtalsämnen.
- Lugnare för vårdtagarna när personal sitter med och äter.
- Vårdtagarna får ro att sitta kvar längre vid matbordet.
- Vårdtagarna äter bättre.
- Lugnt vid diskbänken.
- Mycket trivsamt.
- Vårdtagarna känner inte att de måste dela med sig av sin mat.

Övriga synpunkter ang. att personal äter tillsammans med vårdtagare

- Det är en arbetsuppgift att äta med de boende, ingen förmån.
- Det var tidigare stressande för de boende.
- Dementa behöver hjälp och stöttning vid måltiden.
- Ger gemenskap och bekräftelse.
- Det fattas tid och personal för att det ska bli riktigt bra.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Tester på gruppnivå som permanentats:

- Förändringstest 1: "Ta bort störande ljud vid måltid". Skylt med "Vänligen Stör ej – måltid pågår" sätts upp på matsalsdörr. Radio och TV stängs av. Inget arbete vid diskbänk under måltid. Ingen diskmaskin förrän alla avslutat måltiden. Inga telefonsamtal under måltiden.
- Förändringstest 2: "Avgränsa måltiden och stimulera social delaktighet". Bordet dukas inte förrän strax innan måltid. Bordsplaceringen anpassas för bästa möjliga kommunikation och stöd. Dela medicin innan måltiden påbörjas. Låt ej måltiden bli alltför lång, försök hålla ihop gruppen vid bordet.
- Förändringstest 3: "Införa omvårdnadsmåltid som arbetssätt". (Pedagogisk måltid). Personal äter tillsammans med vårdtagarna och sitter ner i möjligaste mån. Ansvarar för både fysiskt som psykisk omvårdnad, uppmärksammar och bekräftar, stöttar egna val och initiativ under måltid.
- Förändringstest 4: "Maten på bordet". Maten serveras fram i karotter och stöd ges i att ta till sig själv. Alternativt riktar personal sig till vårdtagaren och serverar på ett tydligt sätt till varje person. Äthjälpmedel och anpassningar för bästa möjliga självständighet provas.

Ex. individuella tester:

- Test med fast individuell aktivitetstid för person med mycket stor oro och lågt välbefinnande. Utförd av aktivitetsledare 30 min. dagligen.
- Test med naturliga laxantia: katrinplommondryck och rapsolja, frukt på patienter med svåra magar. Införts på flera avdelningar.
- Pågående test med "önskefrukost" för patient som vänt på dygnsrytmen, sover f.m.
- Test vårdtagare deltar utifrån förmåga och med stöttning i dukningsarbetet.

Informationsaktiviteter:

- Inledande information till chefer för Vård och Omsorgsförvaltningen.
- Presentation av Genombrottsprojektet och vår målsättning för personal på de olika boendeenheterna.
- Information på Vård och Omsorgsförvaltningens sammanträde; presentation av Genombrottsmetoden och diskussion kring projektets målsättning.
- Anhöriga har i samband med Välbefinnandeskattning inbjudits till informationsträffar. Tre anhörigträffar genomfördes med relativt få deltagande.
- Information till enhetschefer ang. test "pedagogisk måltid".

Personalutbildning:

Halvdag för all involverad personal vid samtliga enheter har genomförts i syfte att sprida erfarenheter och samla idéer inför det fortsatta förbättringsarbetet. Ca 35 personal samt enhetschefer deltog. Enhälligt beslut ang. införande av "omvårdnadsmåltid" (Pedagogisk måltid) för personal. Dagen avslutades med ett upprop ang. utarbetande av gemensam omvårdnadspolicy för demensomvårdnad.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Vi har valt att testa förbättringsåtgärder relaterade till måltidsarbetet på våra demensboenden i syfte att minska oro och öka välbefinnande hos vårdtagarna. Mätningar av oro har gjorts utifrån dygnsobservationsschema. Välbefinnande har skattats av anhöriga och personal.

Det visade sig tidigt att vi nådde det uppsatta målet innan planerade testcykler påbörjats. Orosnivån över dygnet var vid denna tid ej så hög som vi uppskattat. Vår måluppfyllelse har därför ej varit tydlig på alla enheter. Vi valde dock att ej modifiera målet då vi planerade att involvera avdelningar där orosnivån uppskattades högre. Efter genomförda tester såg vi ändå att målet borde modifierats avseende både nivå och mätningperiod under dygnet.

Måluppfyllelsen kunde ha blivit tydligare om målet relaterats till orosmätningar i direkt anslutning till måltid.

Välbefinnandeskattningar från anhöriga och personal borde gjorts som ingångsmätning och följts upp med fler skattningar över tid.

Genomförda förändringar har lett till att kvalitén i omvårdnadsarbetet under måltiderna har förbättrats; vi har minskat gapet mellan vad vi vet och vad vi gör!

Kommentarer:

De testade förbättringsåtgärderna har varit dels miljöinriktade, dels inriktade på arbetsmetod. Samtliga tester har varit relaterade till vårdtagarna.

Eftersom vi satsade så mycket tid på stora generella förändringsidéer för hela gruppen har vi inte hunnit göra tillräckligt många tester på individnivå; vi borde gjort fler små testcykler.

Detta arbete ska ju dock fortsätta!

Att arbeta med Genombrott:*Fördelar*

Bra och roligt med en teoretisk modell. Spännande att mäta och skatta. Det skärper analysen.

Nackdelar

Svårt att vara så statistik- och kvantitetsorienterad inom demensvård. Det behövs någon form av kvalitativt mått som komplement.

Mest givande

Att känna ett nationellt stöd i ett viktigt kvalitets och förändringsarbete.

Svårast

Att driva förbättringsarbetet om man inte dagligen kan närvara ute på avdelningarna. Svårt att samla in personalens idéer och spontana uttryck.

Lärdomar

Man bör få till stånd ett informationsmöte med all involverad personal innan tester påbörjas. Även om man är ivrig med spridningsarbetet bör man testa och utvärdera en förändringsidé i taget.

Man måste vara observant på vilka personer som inte är förändringsbenägna så att man istället involverar de som visar god förändringsvilja.

Någon i teamet bör arbeta på den enhet där tester ska utföras.

Lidköping

Team: Lidköping, Primärvården och Kommunen

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att skapa ett gott omhändertagande lokalt för alla personer med demens och deras anhöriga i ordinärt boende. Hela populationen är 90 personer.	Kerstin Sjöström, demenssamordnare och kontaktperson, kerstin.sjostrom@lidkoping.se Gunnar Ekblad, samordningsansvarig distriktsläkare Kristina Nilsson, psykolog Lena Persson, distriktssköterska Päivi Varis Petersson, sjuksköterska Margareta Ström, distriktssköterska Margita Smedman, anhörig

Bakgrund och problem:

Nätverk med primärvården och kommunens demenssamordnare fanns. Demensteam i kommunen fanns, därtill handlingsplan för framtidens demensvård i Lidköpings kommun fram till år 2005.

Det fanns brister i samverkan mellan primärvården och kommunen gällande överrapportering för kännedom om att en person fått diagnosen demens. Överrapporteringsformulär mellan primärvården och kommunen fanns men det hade svagheter, vilket gav den konsekvensen att kommunen ej hade kännedom om personen som fått en demensdiagnos. Kommunen kunde därför på ett tidigt stadium erbjuda de stödinsatser som fanns exempelvis, hembesök, stödsamtal avlastning på dagverksamhet och korttidsenhet. För personen med demens innebar det att hon behövde hjälp omgående när hennes hemsituation blev ohållbar.

Mål:

100 % av alla personer med demens och deras anhöriga skall känna att de får det stöd de behöver.

Mått:

Vi använde en VAS skala 1-10, där anhöriga till demenssjuka fick markera hur mycket stöd de hade fått. De som hade angett 8-10 redovisades, räknades som målet var uppnått.

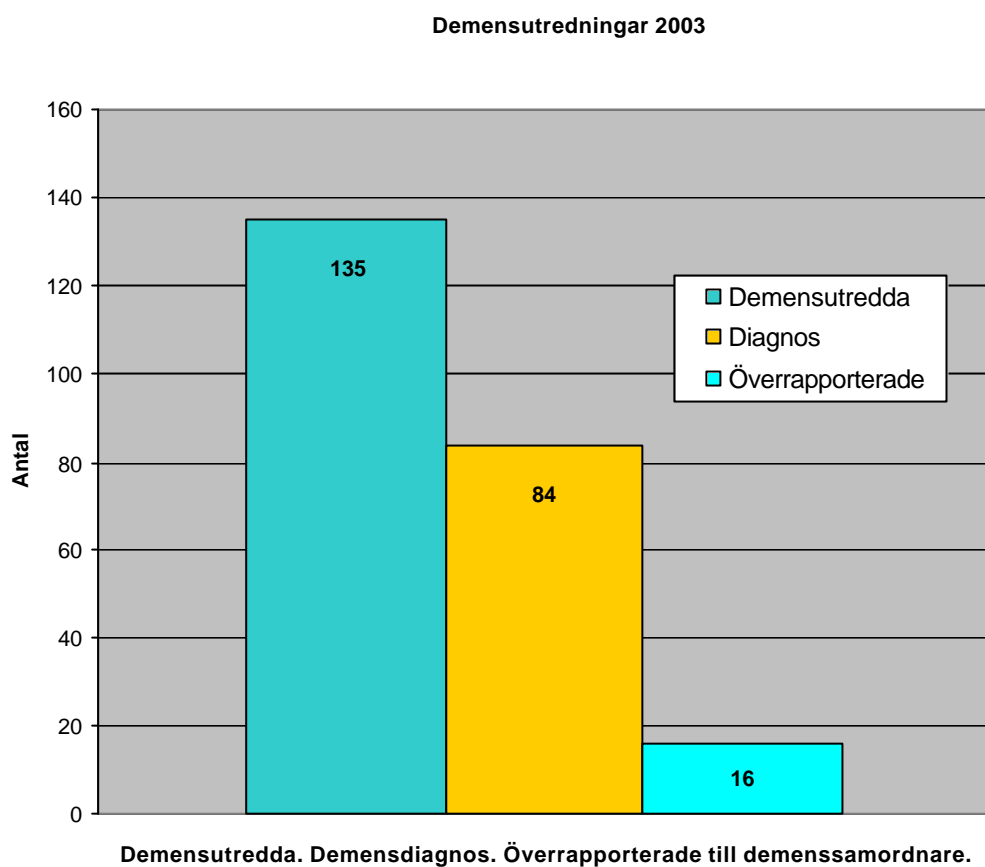
Hur gjordes mätningarna?

Anhöriga till demenssjuka i ordinärt boende tillfrågades om de ville medverka i förbättringsarbetet med att fylla i ett formulär. Målet var 20 enkäter per månad.

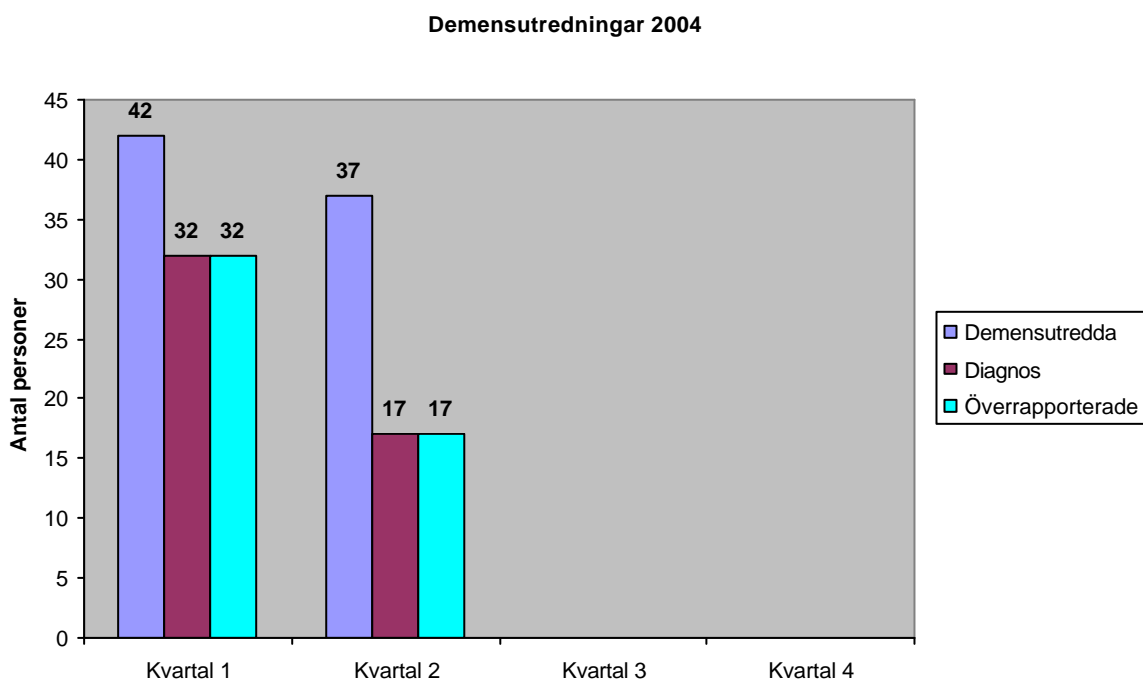
Frågan ställdes vid hembesök eller via telefon. Veckan efter de hade fått brevet med VAS-skalan ringde vi upp för att få svarssiffran. Demenssamordnaren och de båda distriktssköterskorna utförde enkäterna. Demenssamordnaren fördelade namn på demenssjuka med anhörig.

Resultat:

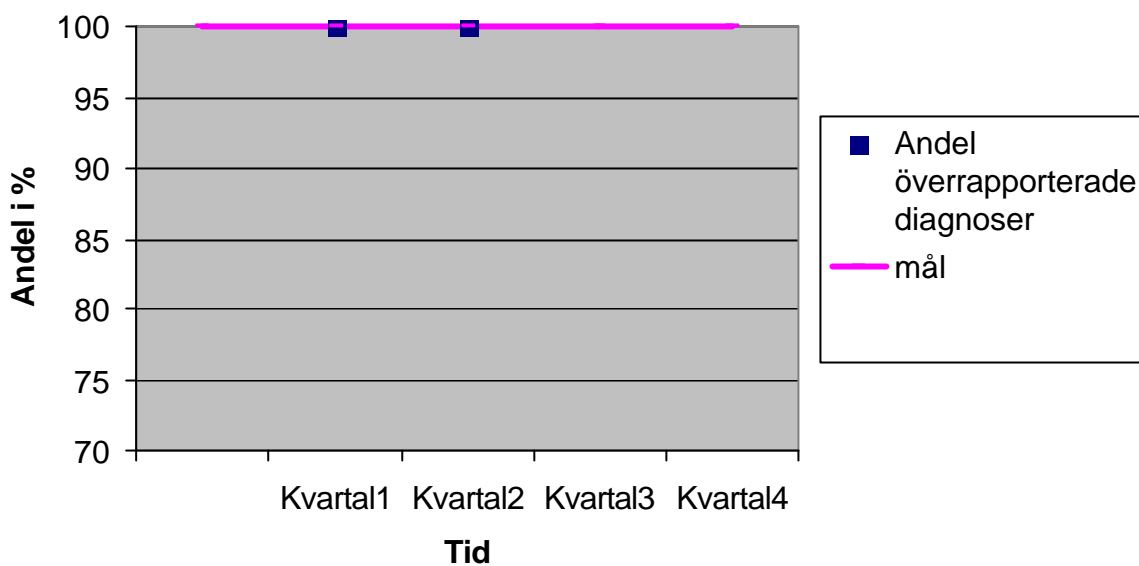
1. Diagram utgångsläget 2003 demensdiagnos, demensutredning överrapporterade.



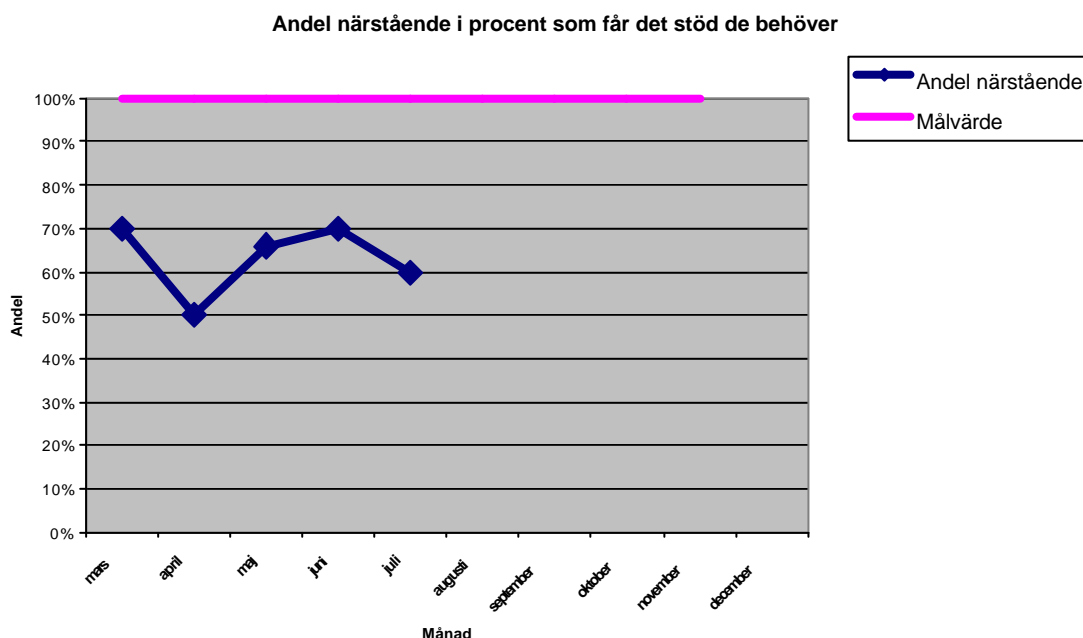
2. Diagram 2004.a och 2.a kvartalet, demensutredda, demensdiagnos, överrapporterade



Överrapporteringar



3. Diagram anhörigstöd VAS-skalan mars till juli.



Förklaring till det bättre resultatet i början, var att vi de första månaderna tillfrågade anhöriga till demenssjuka som redan var kända av kommunen. Under de senare månaderna var de flesta helt okända av oss och hade nyligen fått sin diagnos.

Resultatet påverkas också av vilken anhörig i familjen vi tillfrågat.

Sammanboende maka/make tyckte att den praktiska hjälpen i hemmet till den demenssjuke var stöd för honom/henne som anhörig. Barn såg detta som hjälp till demenssjuke och räknar inte den praktiska hjälpen som ett stöd till den anhörige.

Många anhöriga tyckte att det var svårt att sätta en siffra, eftersom de ibland känner sig helt frustrerade i situationen de hamnat i och ibland fungerar det mycket bra med den sjuk.

Under sommaren har primärvården inte gjort några demensutredningar, arbetet ligger nere under två månader pga. resursbrist. Detta visar sig i vårt resultat för denna månad då vi haft mycket svårt att få underlag till vår mätning.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Aktivitet 1:

Påminnelse till kommunens distriktssköterskor att rapportera alla personer med diagnostiserad demens i området till demenssamordnaren.

Test 1

Personlig kontakt var annan vecka demenssamordnare-demenssköterska vårdcentral 1 för överrapportering samt telefonkontakt var annan vecka med vårdcentral 2.

Test 2

Vi formulerade brev med VAS-skala och utförde 7 enkäter var. Det fungerade bra men vi förenklade texten vid siffran 1 och 10 innan vi gick vidare med enkäterna varje månad.

Aktivitet

I samarbete med kommunens utredare förnyades kommunens informationsbroschyr om anhörigstöd.

Test3

Överrapporteringsblanketten har ändrats i olika steg av primärvården. Det framgår nu tydligare om man vill ha kontakt med kommunen. Den fungerar nu bra.

Test 4

Minskning av diazepammedicineringen på korttidsenheten/dagverksamheten för att eliminera ”dagen efter trötthet”.

Test 5

Mall att använda vid första hembesök. Fungerat bra. Se bilaga.

Test 6

Första hembesöket. Distriktssköterskorna gjorde 3 hembesök. Från början tänkte vi att lämplig tid var inom 14 dagar efter överrapporteringen. Detta visade sig vara för tidigt. Det är tillräckligt med tidig telefonkontakt och sedan efter överenskommelse hembesök. Vi är nu redo att gå vidare med denna modell så att distriktssköterskan i det område där den demente bor ska ta första kontakten och därefter kontinuerligt stödja familjen om de så önskar.

Sammanfattning kring målpuppfyllelse: Innan Genombrottsprojektet fanns det brister i samverkan mellan primärvården och kommunen. Kommunen hade inte kännedom om att personen fått en demensdiagnos och kunde därför inte på ett tidigt stadium erbjuda de stödsatser som fanns för den enskilde samt dennes familj, exempelvis hembesök, stödsamtal, avlastning på korttidsenhet och dagverksamhet. Genombrottsprojektet gav en ny chans att efterhöra hur anhöriga hade det utan projektet hade vi inte fått denna information.

Anhörigas åsikter kommer nu att ligga till grund för fortsatt arbete för de demenssjuka i Lidköpings kommun.

Den förändring som är permanentad efter test är att när personen fått en demensdiagnos så skall detta överrapporteras till kommunen demenssamordnare i kommunen för kännedom. Detta förutsätter att personen och dennes anhörig godkänner att utredningen får överrapporteras till demenssamordnaren. Efter godkännande rapporterar hon till distriktssköterskan inom det bostadsområde där personen med demens befinner sig. Om personen lämnat sitt medgivande till om man vill ha en kontakt tar distriktssköterskan inom två veckor kontakt för att erbjuda kommunens stödinsatser till den demenssjuke och dennes anhörig. Vid hembesök användes efter test samma mall för samtliga distriktssköterskor. Vi har ej ännu nått målet 100% av att alla personer med demens och deras anhöriga skall känna att de får det stöd de behöver. Bästa värdet utifrån VAS-skalan och diagrammet är 70%.

Kommentarer:

Att projektet är slut innebär inte att vi slutar vidareutveckla anhörigstödet i Lidköpings kommun. Tvärtom vi har nu ett inarbetat instrument och ett påbörjat förändringsarbete att gå vidare med. Vi har ett oerhört värdefullt material att hämta kunskaper ur och det är anhörigas kommentarer när vi testade enligt VAS-skalan om de fick det stöd de behövde.

Demenssamordnaren har fått uppdraget att vidareutveckla anhörigstödet i kommunen efter Genombrottsprojektet.

Dessa kommentarer kommer då att ligga till grund för det arbetet.

Att arbeta med Genombrott:

- *Fördelar* Eftersom vi haft personlig kontakt med anhöriga till 90 personer, har vi fått många intressanta kommentarer att arbeta vidare med.
- Vi har fått chansen att berätta vad kommunen har att erbjuda, för de anhöriga som inte haft någon kontakt tidigare med oss.
- Vi har fått ett bättre informations material att kunna lämna ut.

- *Nackdelar*
- Det har varit stressande att projektet även skulle pågå under sommaren. Vi har inte fått några överrapporteringar eftersom primärvården inte gör några utredningar under semestertid.
- Även vi som deltar i projektet har haft semester och de som arbetat har oftast haft ett större ansvarsområde än vad vi har övriga året.

- *mest givande*
- Vi har fått ett öppnare och fördjupat samarbete med primärvården.
- *Svårast*
- Det har varit tidskrävande med alla anhörigsamtal och man skulle önska att vi kunde göra en uppföljning på samtalet.
-
- *Lärdomar*
- Vi har ju fått många kommentarer tillskrivna på VAS-skalan bl.a. flera har önskat att få en och samma kontaktperson för alla instanser.
- Det behövs mer information till akutvården på sjukhuset. Många anhöriga upplever att den demente och även den anhörige inte blir mottagna på ett korrekt sätt.
- Viktigt att vi erbjuder anhöriga att delta i "anhörigcirkel".

- När ett testresultat presenterats i olika forum t.ex. vård och omsorgsnämnd, för verksamhetschefer har det väckts ett stort intresse för området demens. Vi har presenterat arbetet i olika personalgrupper inom primärvård och kommun. Vi upplever att motiveringen för att arbeta med förändringar som leder till förbättringar genom "Genombrottsmetoden" är stort i Lidköpingskommun.

Lomma kommun

Team: Lomma kommun, Solberga gruppboende

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
<p>Vi vill minska förekomsten av fallrisken för de boende på Solberga. Fall kan leda till en ytterligare försämring av den demenshandikappades allmäntillstånd beroende på vilka skador vårdtagaren ådrar sig i fallet.</p> <p>Vi vill minska de tillstånd av oro framför allt på sena eftermiddagar och kvällar då oron hos de boende ökar. Det kan ta uttryck av att vårdtagaren vill "hem till familj, barn eller make" och därmed vill den boende lämna Solberga.</p>	<p>Arbetsledare Thurid Sandström Undersköterska Erica Andersson Undersköterska Ann-Marie Håkansson</p>

Bakgrund och problem:

Inom Lomma kommun finns i dag fem gruppboende för demenshandikappade. Tre finns i Lomma och ytterligare två i Bjärred. Inför projektet Genombrottet för en bättre demensvård har Solberga gruppboende valts ut.

Solberga har idag åtta platser var av en plats är avlastnings- och akutplats. Den platsen används då det uppstår, om det uppstår en akut svikt i det ordinära boendet i form av att vårdande anhörig blir sjuk eller om "orken" hos denna sviktar.

Solberga startade på mitten av 80-talet och var då ett i den tidens mått ett modernt boende med den tidens vårdfilosofi. Dvs. att de boende hade kvar en del av sina funktioner vilket innebar att de dagliga sysslorna var en del av de aktiviteter som förekom.

Med tiden har även Solberga såsom många andra gruppboende fått ändra sin vård pga. att de demenshandikappade vårdas allt längre i det ordinära boendet vilket får till följd att de kommit betydligt längre i sin sjukdom vid inflyttningen.

Det innebär att de symtom som den demenshandikappade får till följd av sin sjukdom är ganska uttalande och framför allt risken för fall, som ingår i sjukdomsbilden skapar stort lidande för den demenshandikappade. Samt de tillstånd av oro (Sun downsyndrom) som skapar mycket ångest och frustration hos vårdtagaren samt av besökande anhöriga och personal upplevs som frustrerande.

Mål:

Att minska oro (Sun downsyndrom) med 90 % på Solberga gruppboende, genom att samtliga vårdtagare skall ligga ≤ 2 på Vas-skalan.

Att öka dagarna mellan fallen med 60 dagar.

Mått:

För att mäta oron på Solberga har vi använt oss av Visuellt Analog Skala, Vas-skalan. Vi har använt skalan som en skattnings medel för att kunna beskriva hur hög eller låg oron har varit vid olika tillfällen under dygnet. Skalan är gjord på olika nivåer mellan 2-10, där två representerar ingen oro och desto högre skalan blir desto högre oro. Detta mått kan vi sedan använda oss av för att kunna förklara i vilket tillstånd vårdtagarna är i.

För att kunna mäta om fallrisken har blivit lägre och dagarna mellan fallen har blivit fler kommer vi att använda oss av journalanteckningar och avvikelserapporter samt muntlig rapportering som sker vid personalbyte under dagens timmar.

Balanserande mått:

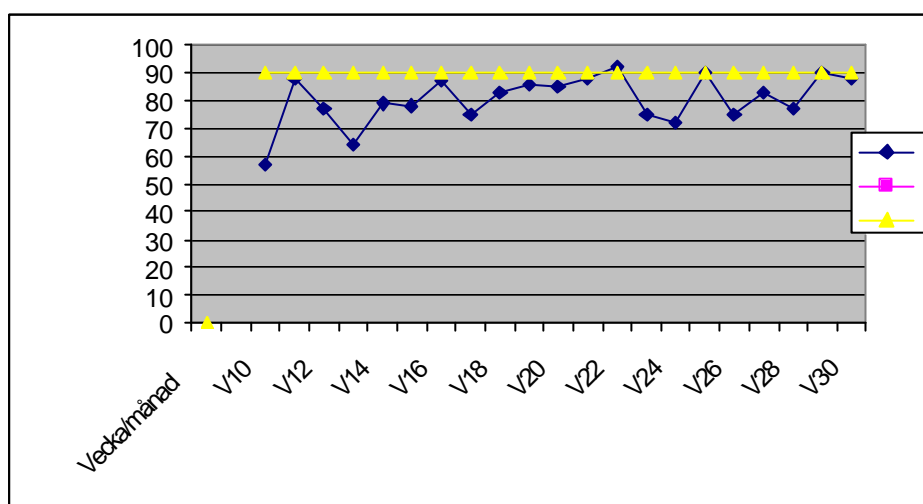
Under projektets gång har det ej skett några andra mätningar.

Hur gjordes mätningarna?

Innan projektet sattes i verk hade personal med samtliga inblandade en kick off då vi diskuterade vilka vårdtagare som var mest drabbade ut av Sun downsyndrom. Tre vårdtagare blev utvalda för att gå igenom en mätning av Vas-skalen. Vi har mätt vårdtagarna fyra gånger per/dygn morgon, middag, kväll och natt för att se var oron uppstår och vad vi kan göra för att förhindra den.

I maj ändrade vi mätningarna till att bara mäta två vårdtagare, vårdtagarna blir mätta tre gånger i veckan förmiddag och eftermiddag med hjälp av Vas-skalen.

Anledningen till att vi valde bort den tredje personen var för att denna vårdtagare har blivit något sämre och Sun down- syndromet har allt mer försvunnit.



Resultat:

Vecka 10 då projektet satte igång började vi med att få ett snitt på hur situationen var på Solberga, hur pass oroliga våra vårdtagare var. Som man kan se på diagrammet var det bara 57% av mättillfällena som var positiva, det vill säga att de utvalda vårdtagarna låg <2 på Vas-skalen.

Vecka 16 var en av våra boende på besök i sitt gamla hem och vi var nära att nå vårt mål resultatet var då att 88 % av mättillfällena var <2 på Vas-skalen, men då vårdtagaren kom tillbaka till Solberga tog det cirka en vecka för honom att ställa tillbaka sig i vardagen och oron höjdes till att bara 75 % av mättillfällena var <2 på Vas-skalen.

Veck 22 var en av våra boende på besök i sitt gamla hem under en vecka och vi fick upp nått vårt mål resultatet var då att 92 % av mättillfällena var <2 på Vas-skalen, men när vårdtagaren kom tillbaka till Solberga tog det mer än en vecka för honom att ställa tillbaka sig i vardagen och oron höjdes till att bara 72 % av mättillfällena var <2 på Vas-skalen. Efter detta besöket har kontaktpersonen Erica Andersson haft en dialog med före detta sambon

angående hembesöken och då kommit fram till att det skulle vara bäst för båda parter om sambon endast kommer och hälsar på och att det ej kommer ske några fler hembesök.

Under en kick off som förekom innan projektet startade fick vi fram tips om hur man kunde sänka oron.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Test 1. Taktila katter

Vi fick förslaget av våran demenssköterska om dessa katter. Katterna är gjorda för att se verklighetsbaserade ut, de kan fyllas med varmt vatten för att kännas varma. För de som är rastlösa, oroliga och stressade är den mjuka taktila katten lugnande, lindrande och rogivande.. Det är känt att djur skall vara lugnande för personer med demenshandikapp men då vi var tveksamma mot att ha husdjur på Solberga p.g.a. allergier och rädsla från somliga vårdtagare så köptes dessa katter in för endast ca: 375 :- inkl. moms för mer information kan man gå in på <http://www.ambosantus.se>

Test 2. Fysisk aktivitet

Vi har ändrat bordsplacering på några av de boende för att kunna få det lugnare vid måltider. Tidigare har alla boende suttit gemensamt vid ett bord, men för att få det lugnare vid måltiderna har vi delat på bordet och de som är lite friskare sitter nu vid ett separatbord. Den nya bordplaceringen fungerar bra eftersom att de vårdtagare som kräver mer hjälp är samlade vid ett bord och personalen behöver ej springa runder för att hjälpa. De vårdtagare som är i ett tidigare stadium i sin demens kan under måltiderna servera varandra och med hjälp av att titta på varandra genomföra en hel måltid självständigt.

Test 3. Musik

Musik talar till våra innersta känslor. Musik når dit orden inte hittar. Det väcks minnen till liv hos de flesta människor. Minnen som man kan samtala om, kanske både skratta och gråta åt. Vårt syfte med att använda musiken har bl.a. varit att uppnå ett möte mellan vårdtagare och vårdare. Genom sång och musik kan minnena aktiveras. Utifrån minnena kan man sedan samtala.

Musiken har även haft en lugnande effekt på vårdtagarna och oron har minskat.

Test 4. Färgsättning.

Efter en föreläsning om färger och färgsättning för personer med demenshandikapp av Helle Wijk bestämde vi oss för att prova på lite färgsättning. Nya assietter i klar blå färg köptes in, för att enklare kunna urskilja kaffe kopp från fat. Ett toalettlock färgades klar rött för att vårdtagaren enklare skulle hitta toaletten. Enligt Helle Wijks studie har färg en betydelse för igenkänning och gav oss ett bra resultat vid toalettbesöket.

Test 5. Trädgårdsarbete och utevistelse utöver bistånd

Detta testet påbörjades i april månad då det är dags att börja bry sig om trädgården, det var en del som behövde göras och de vårdtagare som var kapabla till att hjälpa till har bidragit med en stor del. De vårdtagare som inte var så fysiskt aktiva kunde man sitta ute och prata om blommor med eller bara njuta av vädret. I våran vackra trädgård på Solberga finns det två stora rosenbuskar som luktar underbart på sommaren från dessa brukar vi klippa av lite rosor och sätta på bordet och njuta av.

Test 6. Gymnastik

Efter frukost då vädret ej tillåtit utevistelse har det rullats boll på bordet för de vårdtagare som varit pigga och velat vara med. De vårdtagare som vill vara med sätter sig runt bordet, också rullar vi en neon orange boll med små gummipiggar på till varandra. Denna aktivitet brukar

vara mycket omtyckt av vårdtagarna. Boll rullningen i sig är ingen riktigt gymnastik pass men det räcker för att våra vårdtagare skall få en naturlig trötthet och sova bättre vid eftermiddags vilan. Denna har ger oss en gemensam stund tillsammans då vi haft mycket trevligt ihop.

Kommentarer:

Sammanfattande av vårt genombrottsprojekt så här långt, kan vi säga att våra mål uppnåtts!. Genom projektet har vi lärt oss att det lönar sig att genomföra mätningar, vi kan bättre se resultat av att vårt arbete hjälpt oss att utveckla demensvården mer. En svårighet under projektet har varit just att nå ut med information till personalen om allting som man har lärt sig av att gå in på landstingetsarbetsyta och ifrån LS2.

Med hjälp av diagrammen kunde även våran kontaktpersonen Thurid Sandström och verksamhetschef Susann Wessman informera demensföreningen om vårt projekt och dess resultat. Vissa siffror kan se missvisande ut, men förklaringen till detta ligger i att listorna ibland inte har fyllts i enligt anvisningarna. Personalen var mer noggranna i början av projektet med att fylla i listorna men med sommaren och många vikarier innebar det en försämrad ifyllning av mätningarna.

Kommande händelser är att vi kommer till att försöka sprida våran nya kunskap till andra avdelningar i Lomma Kommun.

Att arbeta med Genombrott:

- Fördelar

Fördelar med att arbeta med projektet är att man har möjlighet att få tips om svåra situationer och att få prata med andra som arbetar med demenshandikapp. Ibland kan idéerna ta slut och då kan det vara bra att ha tillgång till Landstingsförbundets arbetsyta. Fördelen med att kunna prata med andra personer som arbetar med demenshandikapp är också att man lär sig av andra och det finns många idéer att ta vara på.

- Nackdelar

Nackdelar har varit att ingen av oss har någon riktig datorutbildning och det har därför varit svårt att göra diagram samt annat datorarbete. Detta har tagit mycket tid och det har kunnat kännas lite segt och kämpigt, men ju mer vi har kämpat ju mer har vi lärt oss. Diagrammet har givit oss ett klart bevis att de aktiviteter vi arbetat fram faktiskt har hjälpt oss med att sänka oron.

- mest givande

Det som har varit mest givande är att vi har haft möjlighet att få tips och idéer från landstingets arbetsyta med hjälp av det har man lärt sig mycket nya sätt att vårda personer med demenshandikapp. Vi har fått ta del av hur man på ett enkelt sätt kan lösa problem med små ändringar. Helle Wijks föreläsning om färger var också mycket givande. Att lättare kunna förstå färgers betydelser t.ex. vad man kan göra för att förenkla miljön till demenshandikappade.

- Svårast

Det som vi har upplevt som svårast har varit att dokumentera ner allting. På Solberga har i vi tidigare också varit duktiga på att hitta på aktiviteter, men att tänka på att dokumentera ner allting man gör och hur man gör det har varit svårt.

Det har också varit svårt att genomföra projektet till hundra procent då den här idén ej har haft full genomslagskraft i arbetsgruppen.

Det är svårt att vilja göra så mycket men ändå vara tvungen till att hejda sig lite för att få med alla och för att det inte skall bli för mycket på en gång.

- Lärdomar

Genom projektets gång har vi fått nya lärdomar angående personer med demenshandikapp

t.ex. hur man kan förenkla vardagen med hjälp av ändrade rutiner och minska oron med enkla små knep.

Hur man enkelt kan se att en ny aktivitet gör förändringar med hjälp av diagram oavsett om den är positiv eller negativ. Vi har fått mycket nya lärdomar från LS2 då en rad olika föreläsningar gav oss mer information angående mediciner och färger samt att man fick utbyta erfarenheter med andra som också arbetar inom demensvården.

Spridning

Under LS3 kom teamet överens om att vi vill sprida vidare genombrottsmetoden, men för att kunna göra detta måste vi först få personalen på Solberga helt motiverade till projektet så de kan hjälpa oss att göra reklam för genombrottet.

När vi sedan är redo för att sprida metoden kommer vi till att bjuda in vårdpersonal från olika avdelningar i Lomma kommun och hålla en föreläsning om hur projektet går till och vad som är målet med genombrottet.

Efter föreläsningen skall det väljas ut en ny avdelning som Erica Andersson och Ann-Marie Håkansson skall lära ut metoden till på detta viset kommer vi sprida metoden.

Om det finns mer intresse för Lomma kommuns genombrottsprojekt att minska oro och fallrisk kan man kontakta Thurid Sandström 040-411314 0733-411314

Luleå

Team: 11 Luleå kommun och Sunderby sjukhus Norrbottens Län

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Minska oro och ångslan hos personer med demens och svåra beteendestörningar i Luleå kommun och att minska oro och ångslan hos deras närstående.	Dagny Wikström, demensvårdsutvecklare, Luleå kommun, dagny.wikstrom@soc.lulea.se Margareta Eriksson, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) Luleå kommun margareta.eriksson@soc.lulea.se Anne Somppi, sjuksköterska, Sunderby sjukhus Anders Sandström, läkare, Sunderby sjukhus, anders.sandstrom@nll.se Göran Karlsson, läkare, Sunderby sjukhus, goran.karlsson@nll.se

Bakgrund och problem: I Luleå kommun bor 855 personer i särskilt boende för äldre. Av dessa har 60-70 % symtom som kännetecknar demenssjukdom. Många är utredda och har en demensdiagnos, dock inte alla. Vår erfarenhet efter många års arbete med att utveckla demensvården i Luleå kommun är att både den demenssjuka och den närstående lider och känner oro och ångslan åtminstone under delar av sjukdomsförloppet. Speciellt svårt är det att se sin närstående förändras i personligheten och när dessutom svåra beteendestörningar av och till uppkommer är detta mycket påfrestande. Det uppkommer ibland situationer där det känns som att ingen hjälp finns att få.

Kommunen har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska på varje boende. Dessutom finns en namngiven distriktsläkare som besöker boendet 1 gång per vecka. De gör då hembesök till de patienter som sjuksköterskan föreslår. I kommunen finns också en demensvårdsutvecklare, vars uppgift är att handleda och stödja ledning, personal och anhöriga i demensvården. Sunderby sjukhus har en psykiatrisk enhet dit patienter av och till remitteras av ansvarig distriktsläkare. Förutsättningarna för att patienter skall kunna komma dit akut är små. Det enda alternativet som ibland återstår vid problematiska situationer är slutna psykiatiska vård. Det är olyckligt att personer med demens och svåra beteendestörningar inte omgående kan få kontakt med läkare som har geriatrisk kompetens och då speciellt vad gäller demenssjukdomar. Det finns inte någon rutin där geriatrier gör hembesök hos personer med demenssjukdom och svåra beteendestörningar. Med en bra planering och snabb tillgång till specialistkompetens borde antalet inläggningar på grund av svåra beteendestörningar i form av stark oro, aggressivitet och ångslan minska.

Närstående påverkas också på olika sätt i sin livssituation och det finns risk för att de inte hålls informerade och känner sig delaktiga i den utsträckning de önskar. Vi vet inte om de får den information de anser att de behöver.

Mål: 90 % av mättillfällena på de personer som deltar i projektet ska inte visa oro och/eller ångslan mer än 4 på VAS-skalan.

Alla (100%) av de närstående till de demenssjuka personerna ska uppleva att de fått den information de själva anser att de behöver.

Alla (100 %) av de demenssjuka personerna som medverkar i projektet ska ha en individuell vårdplan granskad av ett tvärprofessionellt demensteam.

Alla (100%) ska få besök av geriatriner i sitt hem

Mått:

1. Målet att minska ängslan och oro hos den demenssjuke har mätts genom att personalen gjort bedömningar med hjälp av VAS-skalan.
2. Målet att anhöriga ska få efterfrågad information har mätts genom en enkät där en 10-gradig skala använts.
3. Antalet vårdplaner har räknats och kontaktpersonerna har intervjuats om de upplever att planerna följts.
4. Antalet geriatrikerbesök har räknats.

Balanserande mått:

Inga balanserade mått har använts.

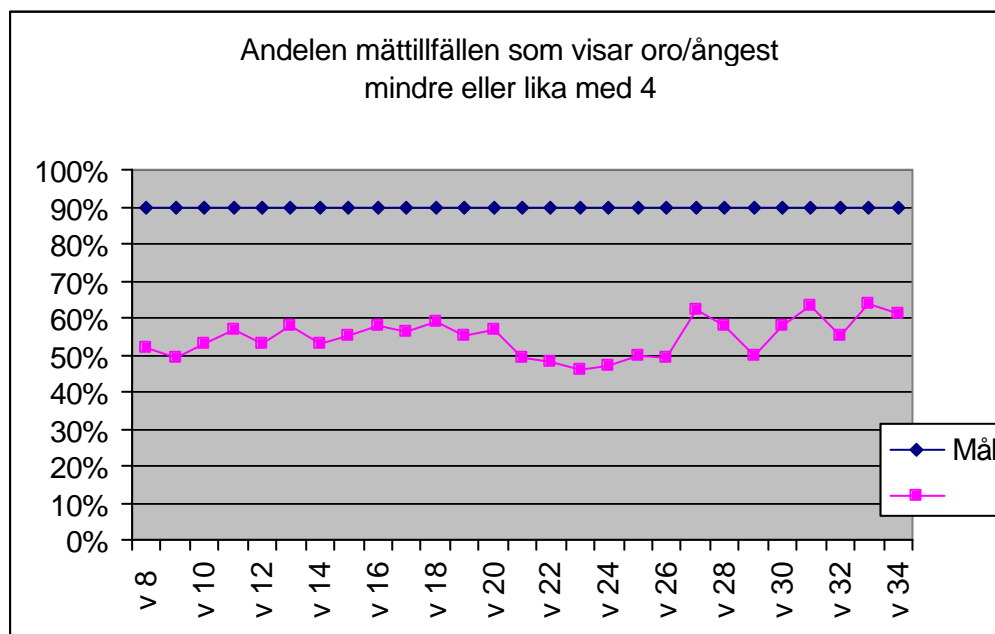
Hur gjordes mätningarna?

Mätningarna har gjorts på alla personer (10) som deltagit i projektet tre gånger varje dag från vecka 8-vecka 36. Dessa 10 personer bor på sex olika äldreboenden i kommunen. Totalt har ca 5000 mätningar genomförts. Instruktionen till personalen var att mätningarna skulle avse förmiddag, eftermiddag och natt. Det var inte något genomsnittligt värde för oro/ängslan under tidsperioden som skulle anges, utan det "utbrott" som skattade högst under tidsperioden.

Anhörigas uppfattning om erhållen information mättes med hjälp av enkät inledningsvis och intervjuer kommer att göras under hösten.

Antalet upprättade nya vårdplaner och geriatrikerbesök har dokumenterats och räknats.

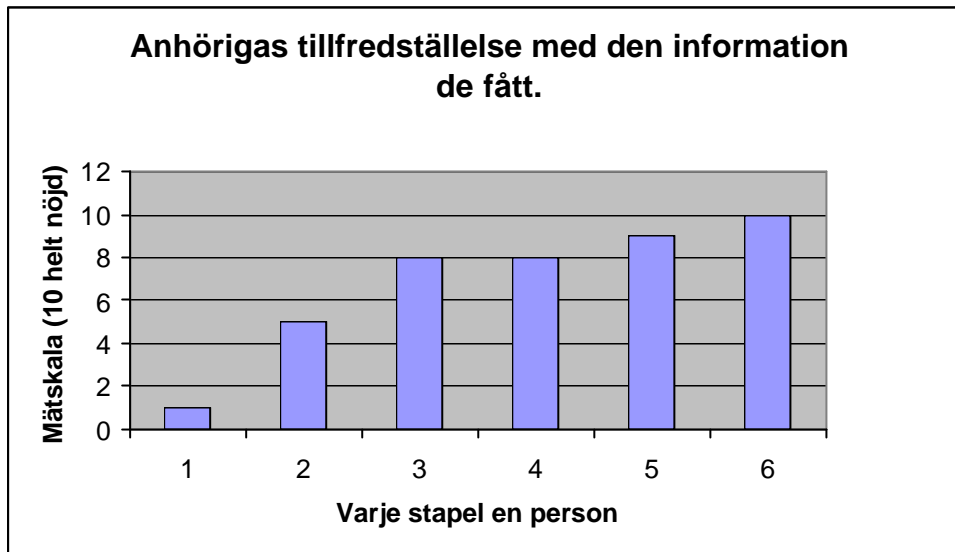
Resultat:



Kommentarer

Diagrammet med andelen mättillfällen som visar oro/ängslan mindre än eller lika med 4 visar en liten förbättring (10 %). Detta var resultatet för gruppen som helhet. Variationerna i personernas förbättring respektive försämring över tid har tagit ut varandra. Med facit i hand tror vi att vi satte målet för högt eftersom vi mätte högsta oron under tidsintervallen utan hänsyn till hur ofta eller hur länge oron varade. Vid samtal med personalen efter vecka 34 framkom det att oro/ängslan har minskat under projektiden. Enligt personalen skulle diagrammet sett annorlunda ut om de hade mätt helheten istället

för orostopparna. Mätresultatet måste kombineras med ytterligare tre resultat från testcyklarna för att ge en rättvis bild. Att personalen faktiskt har mätt oro/ängslan tre gånger per dygn har inneburit att ca 5000 analyser angående vårdtagarnas oro/ängslan har gjorts. På detta sätt har vårdpersonalens förmåga att diskutera och analysera de problem de möter förbättrats.



Diagrammet som visar anhörigas tillfredställelse med den information de fått, gjordes i inledningsskedet. Uppföljning kommer att göras senare.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Förändringar

Vi började med att utse 10 personer som skulle medverka i projektet. Dessa tio personer skulle vara de som vi vet har svåra beteendestörningar. Dessa fanns i sex olika äldreboenden i kommunen.

Test 1. Individuell vårdplan

I den första testcykeln arbetade vi efter hypotesen att individuell samordnad vårdplanering, där ett tvärprofessionellt team medverkar, gör att kunskapen ökar hos personalen och att insatser som minskar ångest och oro planeras på ett bra sätt.

Testen genomfördes genom att kontaktpersonen, sjuksköterskan och föreståndaren på respektive boende fick göra en ny individuell planering för de brukare som deltog i projektet. Det fanns ett speciellt framtaget underlag som skulle följas. Demensvårdsutvecklaren besökte sedan de olika boendena och gick igenom de framtagna planerna. Tillägg och revideringar gjordes. Målet med denna test var **att** samtliga skulle ha en ny individuellt framtagen plan för att minska oro och ångslan i vardagen.

Resultat

Syftet med denna testcykel var **att** dokumenterade planer skulle finnas. I granskningen har framkommit att planerna ibland är ofullständiga, allmänt hållna och behöver kompletteras. Vid granskningen har komplettering till viss del skett.

Det har varit positivt att arbeta med testet. Personalen har använt de anvisade verktygen och arbetat seriöst med planeringen. Vi konstaterar att planer är färskvara och behöver kontinuerligt förändras och förbättras. Det finns ett lärande i arbetet med planen. Insatserna diskuteras och värderas tillsammans. Genom tillgång till specialistkunskap får personalen höja sin kompetens. Testen har visat att det är nödvändigt att genomtänkta vårdplaner som granskas av personer med särskild kunskap om demenssjukdomar upprättas och utvärderas. Under projektiden har behovet av akut handledning av kommunens demensvårdsutvecklare minskat till förmån för planering i förebyggande syfte.

Vi har också sett positiva sidoeffekter. När en åtgärd är beslutad av kontaktperson, sjuksköterska och

föreståndare ska hela arbetslaget följa den. Vi kommer ifrån de långa diskussioner som ofta förekommer runt vården av dessa personer. Genom att testa och mäta ser alla effekten. Tester kan utfalla både positivt och negativt. Alla måste vänta och värdera insatsen tills mätningen är gjord.

Förändringen för just denna grupp ska genomföras i hela kommunen. De som ansvarar för den individuella vårdplaneringen ska ha tillgång till specialistkunskap.

Test 2. Hembesök av geriatriker

Syftet med denna test var att förebygga panikartade åtgärder som inte gagnar vårdtagaren. Hypotesen var att genom att få träffa geriatriker i det egna hemmet ökar sannolikheten för att vårdtagaren får rätt medicinsk insats. Detta i sin tur kan leda till minskad oro/ängslan.

Två geriatriker från Sunderby sjukhus har medverkat och besökt fem vårdtagare vardera i deras boende. Tillsammans med sjuksköterska och kontaktperson har patientens tillstånd och behov av medicinska insatser planerats. Läkarna har också haft möjlighet att informera personalen om varför och hur beteendestörningarna kan förklaras och förstås.

Resultat: Samtliga 10 vårdtagare har fått besök av geriatriker. Dessutom har sjuksköterskan vid behov kontaktat dem för konsultation under projektiden.

Att geriatriker har mött vårdtagaren i deras eget hem har inneburit att de fått en bild av vardagsmiljön och med detta ett bättre underlag för bedömning och behandling. De har kunnat granska vårdtagarnas aktuella läkemedelsbehandling och vid behov kunnat justera den. De har också informerat personalen och gett demensvården ett vetenskapligt perspektiv, där den palliativa demensvården fokuserats. Läkarna har upplevt att besöken på äldreboendena varit mycket givande. De tycker att de planerade besöken var väl använd tid. Personalen har förmedlat att de upplever sig sedda och känner större trygghet i sitt arbete.

Att samtliga vårdtagare fått besök av geriatriker har bidragit till att ingen av dessa tio vårdtagare har behövt akuta inläggningar på sjukhus på grund av oro och ängslan. De har inte behövt byta miljö med allt vad det innebär för en demenssjuk människa. Det har inte heller skickats någon remiss för utredning/medicinställning under projektiden. Huvudansvaret har legat kvar på distriktsläkaren och insatserna har kunnat genomföras i boendet av ansvarig medicinsk personal med stöd av geriatriker. Förslaget från genombrottsprojektet är att denna förändring permanentas. Resultatet kommer att presenteras för respektive förvaltningsledning för beslut.

Test 3. Anhörigstöd

Hypotesen med denna test var att om de anhöriga får kontakt med någon från teamet ökar sannolikheten för att de ska uppleva att de får den information de själva anser att de behöver. Ett informationsblad med mätskala har skickats till samtliga. Någon från teamet har träffat de anhöriga personligen och pratat med dem om deras behov av information. De har också fått ett eget telefonnummer som de kan ringa till dygnet runt. Detta telefonnummer går till kommunens demensvårdsutvecklare.

Resultat

Sex av 10 anhöriga har svarat på enkäten. En person tycker att hon inte fått någon information alls. Hon har många frågor. Övriga fem skattar mellan 5-10. De anhöriga har också lämnat kommentarer. Informationen från geriatrikern om den medicinska delen har uppskattats. Dessutom beskrivs informationen i samband med inflyttning som viktig för att ge trygghet. Någon har angett att de fått information efter påtryckning men saknar den kontinuerliga uppdateringen.

Telefonen har också nyttjats dock inte i någon större omfattning. Tiden är för kort för att utvärdera detta. I och med att deras anhöriga redan bor på ett äldreboende har de skaffat sig sina egna kanaler.

Även om inte telefonen ännu nyttjats i den omfattning vi trodde, kommer denna förändring att permanentas. De kontakter som tagits har visat att det är viktigt att få snabb kontakt med någon när behovet finns.

Det finns framtaget rutiner för anhörigmedverkan vid inflyttning till äldreboende i Luleå kommun.

Test 4-11 Individuella insatser. De har framtagits utifrån den enskildes vårdplan och de behov som identifierats där. De är inte direkt överföringsbara till andra, men tänkesättet i bemötande och förhållningssätt är tillämpliga på många. Testerna har tydligt visat att all vårplanering är "färskvara", där insatserna ständigt måste utvärderas och omprövas.

Test 4, 5, 6 och 9 handlar om åtgärder för att kunna hjälpa patienten med personlig hygien och toalettbesök. Hypotesen i samtliga dessa testcyklar var att genom individuellt anpassade åtgärder som signerades skulle aktiviteterna kunna genomföras utan eller med minskad oro. Vanligaste åtgärderna var att på olika sätt förebygga och/eller avleda.

Test 7, 8, 10, 11 handlade om måltidsituationer och samvaro med övriga boende. Åtgärderna i dessa tester var bland annat att påverka den fysiska miljön för att få lugn och ro.

Dessa tester har till största delen utfallit väl och har permanentats en tid men ganska snart har en revidering behövt göras.

Resultat: Dessa åtta testcyklar har visat att det är mycket viktigt att planera väl och ha genomtänkta åtgärder. Alla tester har inte lyckats och då måste planeringen tas om. Genom att testa i liten skala och under begränsad tid ökar möjligheten att komma rätt så småningom. En del av de åtgärder som prövats i dessa tester skulle ha varit svåra att genomföra om full enighet i arbetsgruppen skulle ha krävts före testets genomförande. Genombrottsmetoden ger möjlighet att testa i liten skala. Personalen har tagit till sig metoden och har upplevt det positivt att göra testcyklar. Det är ett bra sätt att få struktur på vardagsarbetet. De kommer att fortsätta att arbeta på detta sätt.

Övriga aktiviteter:

- Temakväll arrangerad av Luleå kommun och Alzheimerföreningen. Anders Sandström vår geriatriker var en av föreläsarna, 300 personer deltog

- Föreläsningsserien "Tema-demens" som anordnas i samverkan mellan Luleå kommun, Luleå Demensförening, Primärvården Luleå och Sunderby sjukhus har löpt under några år. I maj medverkade socialnämndens ordförande.

- Träff med Socialförvaltningens ledningsgrupp och nämnd.

- Information till kommunens samtliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster om genombrottsprojektet.

- Information till Kommunala Pensionärsrådet (KPR).

- Träffar med gruppen "Demensvård i samverkan" (DIS) som utgör projektets referensgrupp bestående av Luleå demensförening, primärvården i Luleå, Sunderby sjukhus, Ky-utbildningens demensvårdsutvecklare, representant från biståndsenheten och projektansvariga.

- Utbildningsseminarium med samtliga sjuksköterskor, föreståndare och kontaktpersoner till de 10 patienter som medverkar i projektet från 6 olika äldreboenden. Geriatriker Anders Sandström föreläste under rubriken "Oro och beteendestörningar hos personer med demens" och projektansvariga gick igenom metoden och planerade testcyklar tillsammans med personalen.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

- Diagrammet med andelen mätillfällen som visar oro/ängslan mindre än eller lika med 4 visar ca 10 % förbättring. Detta är resultatet för gruppen som helhet. Det finns större variationer när man betraktar varje person för sig. Då kan vi se att förändringar skett när individuella testcyklar genomförts. Målet var kanske för högt satt eftersom vi mätte högsta oron under tidsintervallen utan hänsyn till hur ofta eller hur länge oron varade. Diagrammet skulle ha sett annorlunda ut om vi mätt helheten istället för orostopparna.
- Under projekttiden har ingen remiss skickats till Sunderby sjukhus geriatriska klinik.
- Under projekttiden har ingen akut inläggning på Sunderby sjukhus (geriatrisk och/eller psykiatrisk klinik) skett på grund av oro/ängslan.
- Alla 10 vårdtagare har fått en ny individuell vårdplan upprättad i samverkan med kommunens demensvårdsutvecklare.
- Under projekttiden har behovet av akut handledning av kommunens demensvårdsutvecklare minskat, till förmån för förebyggande planering.
- Alla anhöriga har fått en första kontakt både via samtal och enkät för att säkerställa att de fått den information de själva önskar. Denna test är inte avslutad.

Kommentarer:

Genom de åtgärder som vidtagits under projektet, hembesök av geriatriska, genomgång av individuell vårdplan, testcyklar för enskilda vårdtagare och andra aktiviteter har förutsättningar och möjligheter givits för att förbättra demensvården i Luleå. Den personal (vårdpersonal, sjuksköterskor, föreståndare) som medverkat i genombrottsprojektet har skriftligt utvärderat sin medverkan. Här följer några axplock från denna: jag har fått ett verktyg för förändringsarbete; viktigt med dokumentation även när vi inte lyckas; vi kan förändra så mycket, behöver inte vara många och stora saker; kortare från tanke till handling; bra med signeringslistor; bra att stanna upp och tänka efter; jag har lärt mig olika förslag på små hjälpmedel som man kan använda när man ska hjälpa vårdtagaren. Genombrottsprojektet har också haft starkt stöd från förvaltningens ledning. Även om projekttiden är slut kommer vi att fortsätta att arbeta med genombrottsmetoden på olika sätt. Vi är speciellt glada att Luleå kommun har ytterligare en grupp med i nästa genombrottsprojekt om en bättre demensvård. Genom detta kommer vår kommun att få flera medarbetare som kan metoden men inte minst blir demensvården i Luleå ännu bättre.

Att arbeta med Genombrott:

Fördelar

- Genombrottsmetoden är mycket passande för vårdutveckling. Det är bra att kunna pröva i liten skala innan genomförandet permanentas. Alla behöver inte vara överens innan tester genomförs. Detta sparar tid. Bara det faktum att mätning sker gör att processer startar i personalgrupperna och skapar förutsättningar för analys och eftertanke. Personalens synpunkter som redovisas under rubriken kommentarer beskriver metodens fördelar.

Nackdelar

- Det var svårt i början, eftersom metoden var okänd. Mätmetoderna känns inte helt tillförlitliga. Vi vet inte riktigt vad vi mäter, men mätresultaten är mindre intressanta än de processer som mätningarna skapar.
- Om man ska arbeta med genombrott över landet är det viktigt med en snabb arbetsytta.

Mest givande

- Det mest givande är att få vara med och utveckla demensvården i Sverige och att det skapas nya arbets- och samverkansformer. Det har också varit mycket givande att lära sig metoden.

Svårast

- Prioritera så att tiden räcker till

Lärdomar

- Det är viktigt att ha tydliga genomtänkta mål och det man mäter faktiskt speglar målet. Kontakterna med andra på seminarierna har varit lärande och intressanta. Genombrottsmetoden sätter fokus på konkreta behov och möjligheter och visar att man faktiskt inte behöver "dra allt i långbänk".
- Att gräva där man står ger resultat

Malmö – Neuropsyk. kliniken UMAS

Team: Neuropsykiatriska kliniken Malmö

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Vårt syfte är att förbättra livskvaliteten och bidra till ett socialt sammanhang för yngre med demenssjukdom och deras anhöriga. Socialt sammanhang = tillgång till social aktivitet, träffa andra i samma situation, minska isolering. Livskvalitet = socialt sammanhang och minskad anhörigbelastning.	<i>Ssk Sassa Persson, sassa.persson@skane.se (Kontaktperson)</i> <i>Psykolog Åsa Sand</i> <i>Läkare Elisabet Londos</i>

Bakgrund och problem:

Vi menar att det krävs en fungerande vårdkedja för yngre med demenssjukdom från upptäckt/diagnos till behandling/omhändertagande. Detta finns inte idag i Malmö. Ett skäl, tror vi, är att de yngre med demenssjukdom är så få att det inte funnits anledning att skapa särskilda program eller vårdkedjor för denna patientkategori. Kliniken arbetar på ett vårdkedjeprogram för yngre med förslag på fyra "länkar":

- 1 - insatser för personer med mild kognitiv svikt
- 2 - insatser när demensdiagnos har ställts, t ex grupper för patienter och närstående
- 3 - dagverksamhet för yngre med demenssjukdom
- 4 - yngreanpassat boende

Vi valde att vidareutveckla steg 2 med hjälp av Genombrottsmetoden.

Vi har sett på kliniken att anhöriga har stor belastning pga hemsituationen och att de upplever isolering och stress. Därför tyckte vi att det var intressant att fokusera på just isolering och stress, med speciell betoning på isolering och dess olika aspekter. Vi får nu ett objektivt underlag för hur situationen ser ut och hur våra insatser förändrar situationen.

Vi frågar också om "livet som helhet", en mera övergripande skattning.

Som population har vi 6 par där ena parten är en patient <66 år med demensdiagnos och den andra parten är närstående, i detta fallet maka eller make. Paret är sedan tidigare kända på kliniken. Patienterna fick sin demensdiagnos för c:a 4 år sedan.

Mål:

Mål 1 Att alla (100%) närstående skall ange värdet 8-10 på VAS-skala beträffande livskvalitet: "livet som helhet". 0 står för Dålig och 10 står för Utmärkt.

Mål 2 Att alla (100%) närstående skall ange värdet 0-3 på VAS-skala beträffande stress. 0 står för Ingen och 10 står för mycket.

Mål 3 Att alla (100%) närstående skall ange värdet 0-2 på VAS-skala beträffande isolering. 0 står för Ingen och 10 står för mycket.

Mål 4 Att kontinuerligt identifiera alla patienter (100%) under 66 år med demensdiagnos på neuropsykiatriska kliniken.

Mått:

Så mäter vi att vi når målet:

Mål 1, Vi ber närstående skatta hur de uppfattar "livet som helhet" på en VAS-skala.

Mål 2 Vi ber närstående skatta hur mycket deras situation präglas av stress på en VAS-skala.

Mål 3 Vi ber närstående skatta hur mycket isolering de upplever på en VAS-skala.

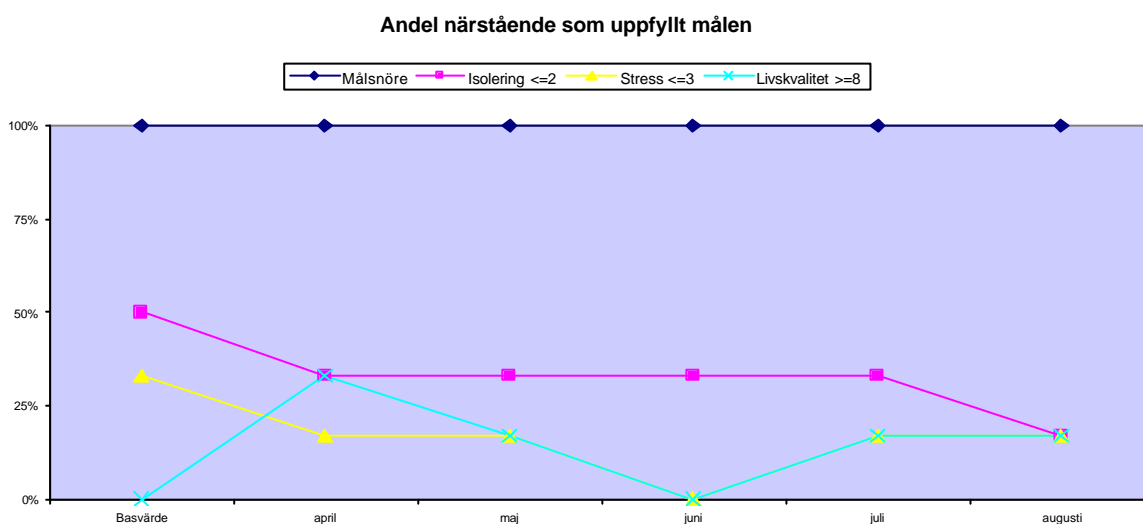
Kommentar till mål 1, 2 och 3: Vi i arbetsgruppen har fördelat de 6 närstående-patient-paren och det är alltid samma kontaktperson vid alla tester och telefonsamtal.

Mål 4 Identifiering av månadsvis utdrag av s k nybesök till Neuropsykiatriska kliniken mottagning och uppföljning fram till diagnos.

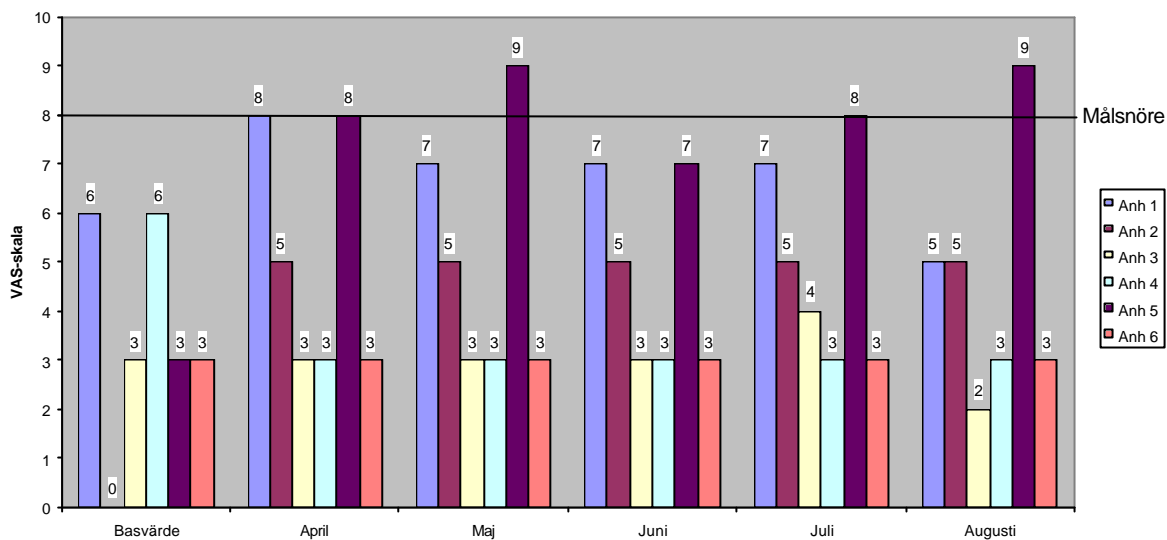
Hur gjordes mätningarna?

Mål 1, 2 och 3: Basvärdena fick vi genom att intervjua respektive patient och närstående. Vi ringde sedan upp närstående 1 g/mån, sista veckan i månaden och fick deras skattningar.

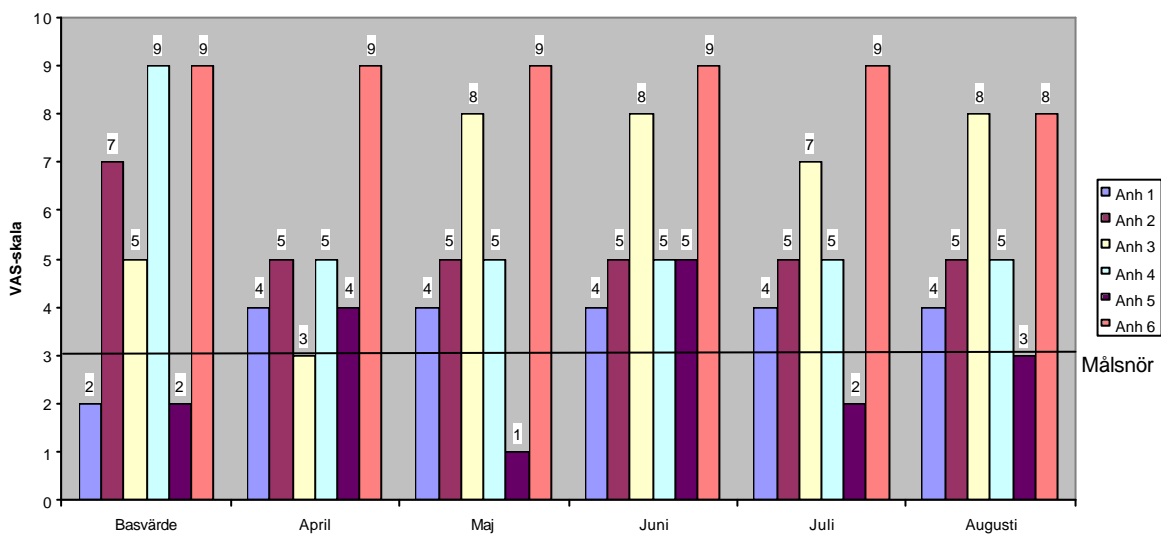
Resultat: Under ett halvår har 6 par deltagit i olika aktiviteter. Månadsvis intervjuades närstående som gjorde skattningar med hjälp av VAS-skala 0-10 avseende Isolering, Stress och "Livet som helhet".



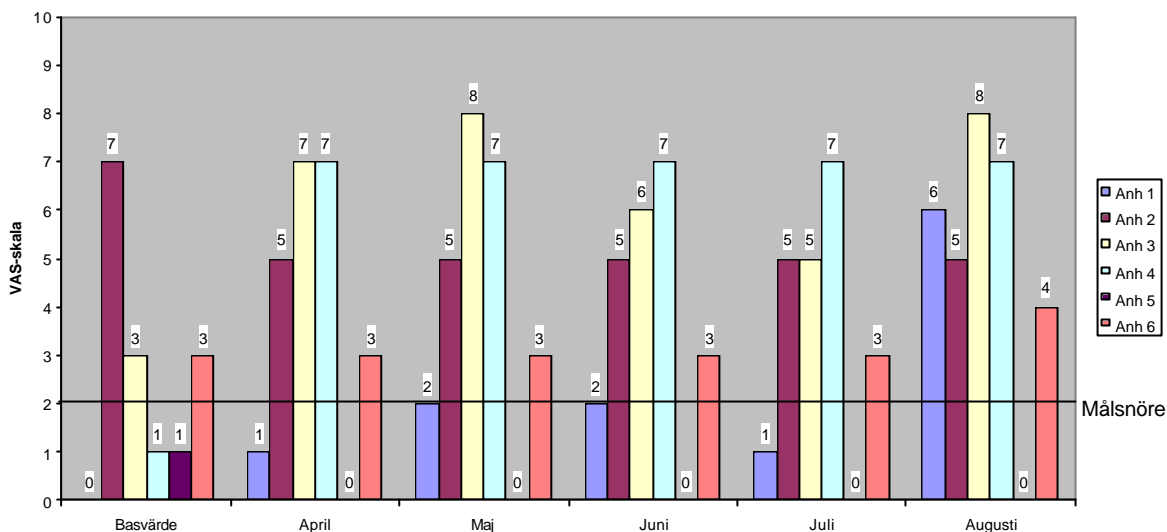
Mål 1 - Livskvalitet
 Närståendes värden för "Livet som helhet" på en VAS-skala där 0 är dåligt och 10 utmärkt



Mål 2 - Stress
 Närståendes värden för stress på en VAS-skala där 10 är högsta stressnivå



Mål 3 - Isolering
Närståendes värden för isolering på en VAS-skala där 10 är högsta graden av isolering

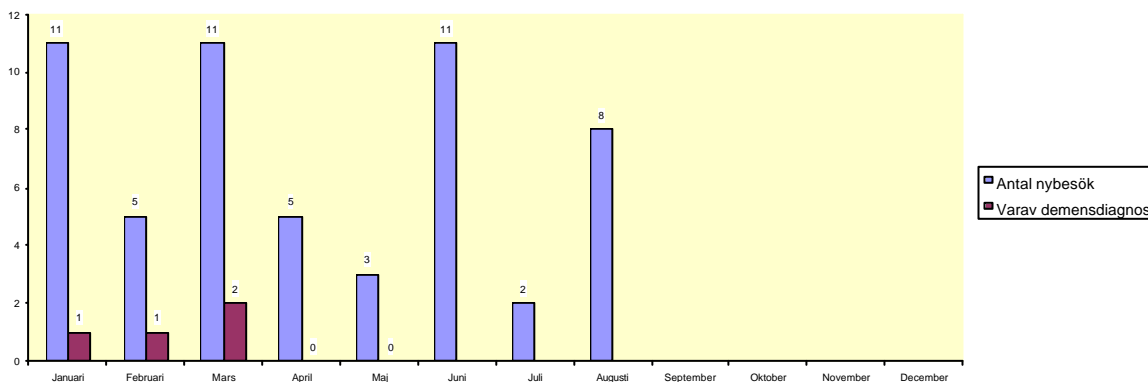


Endast ett fåtal närstående har angett önskade målvärden. Ett rimligt antagande är att värdena utan våra insatser skulle ha blivit sämre efterhand eftersom patienterna lider av en fortskridande degenerativ sjukdom. Utgångsnivån har i stort sett bibehållits.

Spontana kommentarer från närstående: Att man inte har någon att diskutera saker med, att ta ansvar tillsammans t ex för barn och barnbarn. Ej kunna planera vardagen tillsammans, ej längre vara två om saker och ting. "Nu är det jag som är tryggheten för alla". "Skogen, vännerna, hunden ger gemenskap - vännerna behövs, jag blir mer och mer isolerad hemma"

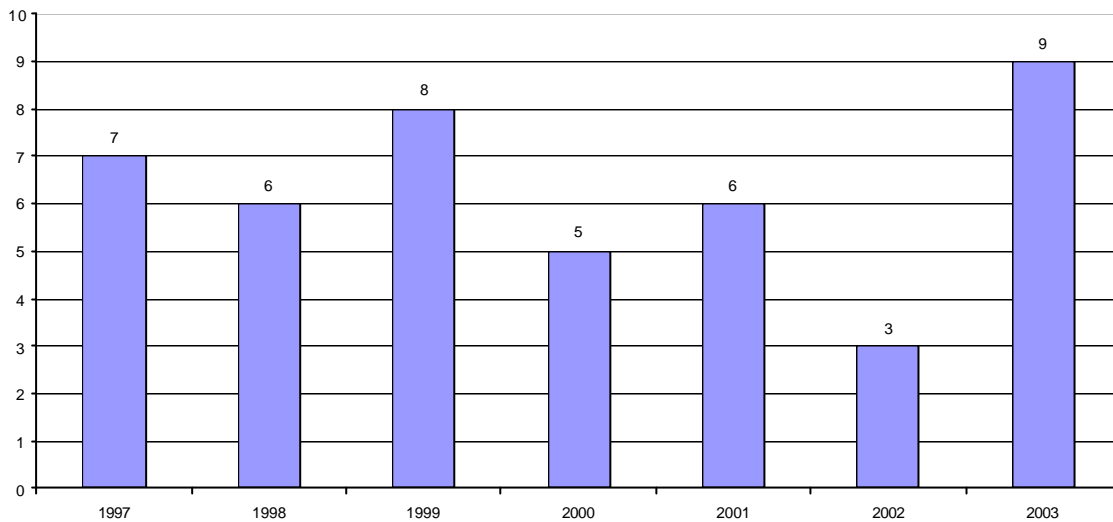
Mål 4
Identifiering av patienter < 66 år med demensdiagnos

Patienter <66 år vid Neuropsykiatriska kliniken i Malmö 2004



Diagnoserna för patienter på nybesök från juni och framåt är inte satta för alla.

**Antal patienter (<66 år) med demenssjukdom på Neuropsykiatriska kliniken,
UMAS 1997-2003**



Tack vare genombrottsprojektet har vi nu hittat ett sätt att identifiera yngre med demensdiagnos som vi kan använda oss av framöver. Vi har också identifierat denna patientgrupp bakåt i tiden och funnit att i genomsnitt tillkommer ~6 patienter/år på kliniken. Vi har även funnit ett system för att följa patienterna, möta deras behov och erbjuda aktiviteter.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

- Identifiering av patienter <66 år med hjälp av befintligt datasystem. Med vårt nya identifikationssystem kan man säga att genombrottsprojektet har bidragit till en kvalitetshöjning i omhändertagandet av yngre med demenssjukdom.
- Nybesöken dras ut varje månad och sedan följs de yngre patienterna upp fram till diagnos. Ny rutin har skapats på kliniken och testats.
- Vi har testat ett system för att inventera intresset för social aktivitet. Flertalet visade intresse för att delta i en aktivitet i klinikens regi.
- Enkäter för att hitta mått på livskvalitet testades.
- Vi har kontinuerligt intervjuat närstående angående isolering, stress och livskvalitet. Våra mätningar visar på ett stort behov av insatser för att motverka stress och isolering hos närstående.
- Middagar tillsammans med Alzheimerföreningen för yngre patienter och deras närstående
- Sammanställning av gemensam telefonlista för middagsgästerna. Telefonlistan ingav en viss trygghet och möjlighet till kontakt.
- Sociala aktiviteter såsom boulespel, träff med närstående för sig och patienter för sig arrangerades av kliniken. Träffarna blev mycket uppskattade och visade att behov och intresse finnes för liknande arrangemang.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Målet att kontinuerligt identifiera alla yngre patienter med demenssjukdom på kliniken har kunnat uppnås tack vare våra förändrade rutiner. Vi kan nu tidigt bedöma behov av insatser och bilda ett nätverk kring patienten i samarbete med kommunen.

Endast ett fåtal närstående har angett önskade målvärden. Vi valde variabler (isolering, stress,

livskvalitet) som visade sig vara svåra att mäta. Våra målvärden var rimligtvis för högt satta med tanke på att demenssjukdomar är degenerativa, belastningen ändras från dag till dag och från person till person. I något fall har isoleringen ökat eftersom patienten blivit så mycket sämre. Situationen har i flera fall ändrats markant, 5/6 har under mätperioden fått tillgång till någon form av verksamhet i kommunens regi, någon har flyttat till demensboende. Ett rimligt antagande är att värdena utan våra insatser skulle generellt ha blivit sämre efterhand.

Kommentarer:

Vår identifieringsmodell har fått stor betydelse i samarbetet med kommunen när det gäller planering av insatser för yngre med demenssjukdom. Tack vare våra aktiviteter har vägar öppnats och insatser från kommunen har kunnat erbjudas i flera fall.

Endast ett fåtal närstående har angett önskade målvärden när det gäller isolering, stress och livskvalitet. Ett rimligt antagande är att värdena utan våra insatser skulle ha blivit sämre efterhand eftersom patienterna lider av en fortskridande degenerativ sjukdom. Utgångsnivån har i stort sett bibehållits.

Vi har lärt oss att vi måste komma in i ett tidigt skede i sjukdomsförloppet om vi skall ha patientgrupp i syfte att ge stöd och råd. När patienten kommit längre i sin demenssjukdom möter dagverksamhet bättre patientens behov. Vi såg detta behov hos vår testgrupp.

Vi har förslag på att kliniken i framtiden arbetar fram en rutin för att följa patientens funktioner så att hjälpbehoven kan mötas tidigt. Länkar till kommunen kan då skapas, t ex kontakt med biståndshandläggare.

Aktiviteterna som vi skapade såsom middag, boulespel mm var lämpade för vår testgrupp och vi har kunnat bidra till ett socialt sammanhang. Vi provade också aktivitet i form av middag på ytterligare en grupp där det visade sig att patienterna inte hade samma utbyte eftersom de kommit längre i sin sjukdom.

Samarbetet med Alzheimerföreningen har gjort flera av aktiviteterna möjliga.

Att arbeta med Genombrott:

- Vi har skapat rutiner för identifiering av patienter och inventering av intresse för social aktivitet. Att genomdriva dessa förändringar har varit möjligt tack vare medverkan i Genombrottsprojektet. Testcyklarna användbara.
- Svårt att arbeta med målnören, svårt sätta realistiska mål. Tidskrävande.
- Nya arbetsformer blir "legala", man har fått mandat för att göra förändringar.
- Svårast att riktigt förstå modellen: vad som är test och vad som är aktivitet. Missvisande att räkna procent på ett fåtal individer.
- Om flera individer ligger nära målnöret framgår detta ej i diagrammet.

Lärdomar

Förändringar är möjliga.

Trygghet och stöd är viktigt för patienter och närstående.

Malmös stadsdelar och Neuropsykiatriska kliniken saknar forum för en gemensam strategi när det gäller yngre personer med demenssjukdom.

Viktigt att tidigt komma in med funktionsbedömning som kan leda till adekvata hjälpinsatser.

Vi har lärt oss om isolering under Genombrottsprojektet att

- Olika individuella upplevelser av isolering finns
- Begreppet isolering är alltför stort - svårt att mäta i diagram
- Våra insatser/resurser har varit uppskattade men ej tillräckliga

Mark/Svenljunga

Team: Marks kommun och Mark -Svenljunga Primärvård

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Alla personer med minnesproblem/demenssjukdom och deras närstående i Marks kommun och Mark/Svenljunga primärvårdsområde ska uppleva trygghet i vården från det att de söker för sina problem tills de flyttar till särskilt boende.	<i>Annika Svensson, demenssjuksköterska Primärvården Mark-Svenljunga annika.m.svensson@vgregion.se Inge Dahlenborg, arbetsterapeut, Primärvården Mark-Svenljunga Maria Grönberg, Anhörigkonsulent Marks kommun Siv Tagesson, projektansvarig för IT-stöd till personer med demens i tidigt skede(ACTION), Marks kommun</i>

Bakgrund och problem: Våra kunskaper om demenssjukdomarna och vad som skapar en god demensvård har fördjupats de senaste 15 åren. I Mark-Svenljunga primärvårdsområde och Marks kommun har man sedan flera år arbetat gemensamt med frågor i demensvården genom ett vårdkedjearbete. Bland annat har ett demensteam i primärvården bildats med pengar från Nationella handlingsplanens budget.

För att sprida kunskap om de resurser som faktiskt finns, inom demensvården i området, till allmänhet, patienter/närstående och personal så har vi använt genombrottsprojektet för att se om vi kan ge patienter och närstående den trygghet som vi tror att våra resurser kan ge.

Det handlar om att patienter och personal ska bli medvetna om de resurser som finns för att så snabbt som möjligt kunna slussas till rätt person. Vi vet bland annat sedan tidigare fokusintervjuer, med patienter/närstående, att möjligheten till att få en egen kontaktperson ger trygghet i vården. Det finns också behov av kunskap om demens- sjukdom och -vård, tillgång till hjälpmedel vid kognitiva problem mm.

Inventering är gjord angående ” vår ” population. Vi beslutar oss för att räkna en närstående per patient. Anhörigkonsulent i Mark redovisar 34 familjer dvs. 34patienter och 34närstående. Demensteamet har fått kontakt med 35 familjer. Totalt blir vår population 138.

Mål:

80 % av alla personer med minnesproblem/demenssjukdom och deras närstående ska uppleva trygghet i vården bedömd till 8-10 på VAS skala till den 31 dec 2004.

Mått:

Vi har mätt trygghet med VAS skala, där man gör en visuell bedömning genom att markera på en skala 0 (otrygg) –10 (trygg) vilken grad av trygghet man känner. Vi har först bett patienten / närstående att göra sin visuella bedömning därefter har vi bett dem ge exempel på vad deras otrygghet/trygghet står för.

Hur gjordes mätningarna?

Varje månad delar vi ut VAS skalor till de patienter/närstående som vi möter i demensvården. Vi som frågar har olika yrken som tex. anhörigkonsulent, anhörigombud, hemtjänstpersonal, rehabiliteringspersonal, sjuksköterskor, biståndsbedömare.

Mätning utförs genom att frågan om trygghet har ställts till den som är patient eller närstående, vid hembesök eller telefonsamtal. Känslan av trygghet beskrivs utifrån den hjälp han/hon hittills har fått.

Med hjälp menar vi t.ex. Information om vem man kan vända sig till för att få hjälp, om vad sjukdomen innebär, har man upplevt förståelse angående sina problem och behov, bemötande och läkemedelsbehandling.

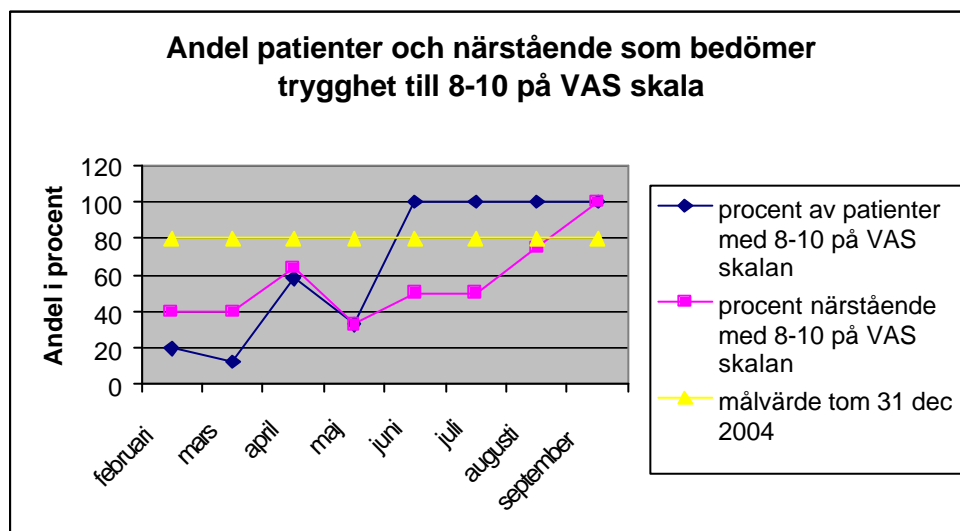
I kommentarerna till VAS skalorna finns exempel på vad vi behöver utveckla, vad som varit negativt eller positivt i vården.

Antalet procent som har bedömt trygghet till 8-10 på VAS skalan har redovisats varje månad i ett diagram.

Reflektioner: Är det så att patienten bedömer trygghet utifrån här och nu situationen?

Bedömer närstående utifrån ett vidare perspektiv och över längre tid? Vid genomgång av VAS skalorna har vi uppmärksammat att skattningarna gjorda vid telefonsamtal ligger lägre på skalan än vid skattning i samband med hembesök.

Resultat:



Månad	Antal patienter som bedömt trygghet	Antal närstående som bedömt trygghet
Februari	5	5
Mars	8	5
April	12	11
Maj	6	9
Juni	2	2
Juli	2	4
Augusti	4	4
September	3	2

Kommentarer till resultatet:

Tillströmningen av nya patienter/närstående håller en jämn nivå under året men antalet skattade är varierande. I april kom anhörigkonsulent och anhörigombud med i projektet vilket resulterade i ökat antal skattningar. Under semesterperioden har vi inte gjort så många skattningar, däremot de som är gjorda av patienterna då visar på större andel med hög

trygghet.

Genom de kommentarer vi fått i samband med skattningarna har vi fått bra respons på vårt arbete och hur viktigt det är veta vem man kan vända sig till för att få hjälp vid behov. Man berättar också att man vill ha mera kunskap och information om sjukdomen och hur den utvecklar sig för att lära sig hantera situationen. Likaså visar kommentarerna på att det känns tryggt med hembesök.

Exempel på kommentarer från patienter: ”att ni kommer så att man kan få ställa frågor är bra. Om jag skulle komma till er inom sjukvården skulle jag bli mycket nervös”, ”bättre att ses i hemmet när tester ska göras”

”det är ingen som lyssnar och tar en på allvar”, ”känner mej trygg i det stora hela”, ”människor runt omkring i vården förstår min situation”, ”jag får det jag behöver, när jag behöver”, ” Känner mig kränkt, felbehandlad och inte betrodd. Behöver en person som håller ihop allt ”

Exempel på kommentarer från närstående: ”innan jag fick kontakt med er hade jag ingen, det var lika med noll. Nu kan jag bara ringa”, ”jag vet inte något om sjukdomen och hur det kommer att bli” , ”vi har sökt hjälp gånger flera. Vi har nästan bitt på våra bara knän men har bara slussats från det ena stället till det andra”, ”känner mej osäker på läkarens kunskaper om minnessjukdomar och om smärta”, ”vad händer om/när jag behöver sjukhusvård, vem tar hand om min fru”, ”vi har fått hjälp fort, bra att det finns någon som är lätt att prata med”, ”vet vart vi ska ringa”, ”växlande trygghetskänsla, bra information från läkare, men dålig information mellan de olika läkarna”, ”har inte vetat vilken hjälp som finns att få” , ”jag har skött om mamma nu i så många år nu att jag blivit mer van och med det tryggare”, ” Lättare att beskriva hur vi har det” (vid hembesök).

Kommentarer till de aktiviteter/tester vi gjort: När det gäller resultaten av testcyklarna om information (4 tester av 7) är det svårt att särskilja vilken informationsväg som givit kontakt. Informationen till verksamheter inom kommun och primärvård har gått fram. När det gäller allmänheten har informationen om våra verksamheter inte nått ut lika tydligt.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Tester som gjorts:

Test - prioritera patientbokning.

Registrera nya patienter, för demensteamet i primärvården, har prövats och visade sej fungera bra genom att vi lätt kan arbeta med denna rutin. Patienterna och närstående uppskattade att vi ringde snabbt.

Test - informationsblad.

Ett informationsblad om namn och telnr till demensteamet är upptryckt på enkelt sätt i A4 format. Teamet har lämnat ut det på strategiska platser i verksamheterna i primärvård och kommun. Vi tänker följa antalet nya i diagram över året.

Test - skriftlig information.

En folder har tryckts upp med fakta om demenssjukdomar, varför utredning, vilket stöd som finns att få, samt namn och telnr till berörd personal i kommun och primärvård. Foldern lämnas ut i båda verksamheterna samt apoteken i området. Distriktsläkarna kommer att få egna att själva dela ut till patienter och närstående som har frågor omkring demens och stöd.

Test - muntlig information

Vi fyra som för tillfället ingår i Genombrottsprojektet informerar om våra och varandras uppgifter, hjälp och stöd funktioner i demensvården som vi har hand om, i de olika sammanhang vi befinner oss i.

Siv är på vårdcentralerna och informerar om Action projektet "Personcentrerat IT stöd till personer med demens i tidigt skede".

Test - utbildning och information till närstående: Maria har startat utbildning/ information för närstående om demens sjukdomar och bemötande. Närståendes egna berättelser från verkligheten gav bekräftelse på att man inte var ensam om sin situation. Det var positivt med utbildning och man önskade mer utbildning.

Test - Nivåbedömning vid flyttning till serviceboende: Inför en vårdplanering har GBS-skalan (Verktyg för skattning av graden av demenshandikapp) prövats som gav bra respons från biståndsbedömare.

Test - hemtjänst: Kontakt med hemtjänsten för att få vetskap om hur och vilka problem de upplever i omvårdnadssituationer med patienter i ordinärt boende.

Kontakt med hemtjänsten för att handleda hur en levnadsberättelse och arbetsplan upprättas för ensamboende demenshandikappad person. Personalen kände att de ville utveckla arbetsplaner vidare för att få en gemensam utgångspunkt.

Test - kognitiva hjälpmedel:

Vi har ordnat ett permanent utställningsrum för hjälpmedel vid demenssjukdom. Genom utställningen vill vi ge patienter, närstående, personal och förskrivare bättre kunskap om vilka hjälpmedel som finns att tillgå samt praktiskt få se och testa dem. Vi har sökt pengar för detta delprojekt men får pengarna först i november, därför är testet inte utvärderat.

Andra aktiviteter

Utbildningar:

Utbildningsdag för distriktsläkarna har genomförts på temat Kognitiva Hjälpmedel. Det var uppskattat. Samma utbildning är utförda för andra professioner inom vården.

Hjälpmedelsföretag har bjudits in för att visa sina produkter. Dessa företag var Kom - i - kapp/ Rehatk, Falck Vital AB. Det blev en upplevelse att verkligen få se och prova vilka olika hjälpmedel som finns.

Vi har haft en föreläsning i vår kommun av John Keady (professor i Bangor, Wales). Han har forskat mycket om möten med patienter i tidigt skede och vikten av tidig diagnos för att kunna lära sej hantera sin situation. Han har kommit fram till att det bästa sätt att sprida information "om vikten av tidig diagnos" är genom utbildning till personal. Ett team med

flera professioner och en patient som själv berättar om sin situation, är de bästa utbildarna. Han poängterade också vikten av att låta personen med demens själv får berätta om sitt liv, för att inte bara ses som en "sjukdom".

Föreläsaren poängterade vikten av att den sjuke måste göras delaktig i processen för att : Bli medveten om behov, kunna ta det till sig, gå igenom, se slutet och en ny början.

Detta är en krisprocess som måste bearbetas och här har vi ett stort ansvar för att göra det möjligt att tillsammans med närstående starta denna process.

Handledning:

Inge och Annika har haft "reflektionsträffar" på ett boende där personalen haft svårt att bemöta en patient med beteende störning pga demens.

Maria, Birgitta och Siv har haft handledning i grupper (11 grupper) för personal på gruppboende för personer med demens. Utvärdering är gjord.

Handlingsplan för demensvården:

Revidering av handlingsplanen har påbörjats. En av delarna i planen kommer att innefatta en utveckling av hemtjänstens personal och arbetssätt.

Media kontakter:

Demensteamet är med i personaltidningen för primärvården/folktandvården i Södra Älvsborg. I reportaget (helsida) nämns även vårt deltagande i Genombrottsprojektet.

Månadsbrev från socialchefen i Mark till sin personal innehöll en helsida om vårt Genombrottsprojekt.

Artikel angående demenshandlingsplan och Genombrottsprojekt i Mark-kontakt.

Borås tidning läste och hörde av sej. De skrev sedan en artikel om Genombrottsprojektet.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

Drygt hälften av vår population (138) har fått tillfälle att besvara frågan om vilken grad av trygghet de upplever. Skalorna för patienter och närstående följer varandra men närstående har nästan hela tiden legat 20 % längre på skalan. Patienterna upplevde trygghet till 100% de fyra senaste månaderna medan närstående nådde över målet på senaste mätningen.

Informationskampanjen (se tester) har lett till att fler patienter/närstående har fått snabbare kontakt. Stöd och hjälp har kunnat sättas in efter patient/närståendes behov vilket ökat tryggheten.

Reflektion: Är det så att patienten bedömer trygghet utifrån här och nu situationen? Bedömer närstående utifrån ett vidare perspektiv och över längre tid?

Kommentarer: Samarbetet och stödet från cheferna har fungerat bra men kunde fungerat bättre om vi hade haft en noggrann planering över året med avsatta tider för dialog kring projektet med cheferna från primärvård och kommun samtidigt.

För att säkerställa att trenden håller i sig behöver vi fortsätta att mäta tryggheten på samma sätt ett tag till. Vi fortsätter mäta året ut varje månad därefter var annan månad.

Så här går vi vidare:

Det är svårt att få personer med demens att söka i ett tidigt skede. Vi kommer att arbeta vidare med att utveckla samarbetet primärvård - kommun. Vi kommer att fortsätta med kontinuerliga träffar/möten/information mm. Vi har diskuterat att gemensamt försöka nå ut till alla personer över 55 års ålder genom att skicka ut ett "vykort" under hösten. Samt under våren 2005 erbjuda 2 tillfällen när man kan komma för att ställa frågor kring "minnesproblematik", egna eller andras.

"Vykortet" kommer endast innehålla tex "känner du någon eller är du själv orolig för att ditt

minne börja svikt” , vi kan svara på frågor och ge stöd vänd dej till
Vi har även diskuterat att göra ett ”start – mapp”, till personer med begynnande demens.
Enkel, tydlig och kortfattad information från primärvård och kommun samtidigt.

Att arbeta med Genombrott:

Fördelar

Ett bra sätt att göra uppföljningar/utvärderingar av utveckling på. Bra att göra små tester innan man sätter igång med stora trumman.

Nackdelar

GAP var lite omständligt. För vår del hade det varit enklare om behörighet till att ändra i dokument hade följt ”login” så att vi sluppit spara (också omständligt i vårt eget program) i vår ”egen dator”. Tiden är kort att jobba med så stora och övergripande mål som vi satt upp. Har inte hunnit läsa allt som finns att läsa på GAP.

Mest givande

Roligt att träffa andra i Sverige som jobbar med samma problematik och frågor. Att knycka ideer från andra. Roligt att våra ideer är gångbara på andra ställen. Vi inspirerar varandra. Det har varit lärorikt.

Svårast

I starten var det svårt att hålla ordning på alla dokument på arbetsytan.

Lärdomar

Det är inte så krävande att göra små tester. Genombrott var lärorikt som metod. Lätt att testa konkreta saker. Brister visar sig när man börjar testa, sådant som vi inte har förutsett. Vi har fått bekräftelse på ”gamla” kunskaper – det ger ork att jobba vidare, ett utveckla mera. Det lokala samarbetet har utvecklats genom det gemensamma arbetet kommun - primärvård. Ett arbete som detta över huvudmannagränser ger kännedom om varandras arbetssätt, men ger också snabbare resultat (kortare kontaktvägar) för patient och närstående.

Tillsammans med våra chefer som var med i Stockholm diskuterade vi möjligheten att fortsätta använda Genombrott som en metod för nya lokala utvecklingsprojekt.

Tierp – Forshems äldreboende

Team: Forshem Tierps kommun

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att försöka ge de boende på Forshem ett ökat välbefinnande över dygnets alla timmar via att minska nattmedicin, öka aktivitetsnivån samt förändra inre och yttre miljö.	Mats Öhagen Sjuksköterska mats.ohagen@tierp.se Barbro Johansson Bitr. verksamhetschef Maria Birkehorn Undersköterska. Mona Gavelin Undersköterska.

Bakgrund och problem:

Forshem är ett boende för dementa med särskilda behov. Det finns 24 boendeplatser fördelade på två avdelningar. De flesta demensdiagnoser förekommer på boendet.

Erfarenheten och kunskapen hos personalen är mycket god. Personaltätheten är 7,1 tjänster på 12 boenden. Genombrottsprojektet gav Forshem möjlighet att försöka öka livskvaliteten hos personer som drabbats av demens och deras anhöriga.

Idén till att delta i Genombrottsprojektet var att användande av nattmedicin kan ibland te sig lite slentrianmässigt. Orsaken till insättandet av medicin kan ha varit av varierande art. Under en period av debut/försämring av ett demenstillstånd kan det ibland krävas vissa läkemedel. Men då vårdbehovet förändras bör även den medicinska bilden omvärderas. Användandet av nattmedicin bör därför särskilt prövas efter det egentliga behov som föreligger och att synen och toleransen hos personalen ändras efter detta behov. Att prova sova utan nattmedicin är den enda vägen att utvärdera sömnbehovet hos varje enskild individ utan att äventyra deras hälsa. Aktivitetsnivån och medverkan i ADL bör kunna förbättras som en effekt av utsättningen av medicin samt ge möjlighet till en naturlig trötthet som en följd av detsamma. Det kan antas att även artificiell sömn kan leda till negativa konsekvenser på den totala hälsobilden. T ex. att smärta inte upplevs på samma sätt under påverkan av sömnmedicin och därmed kan ge upphov till trycksår likaså kan fallfrekvensen öka om den boende går upp på natten.

Många av de boende på Forshem hade nattmedicin utan att vi som personal hade någon kunskap om varför och när den var insatt. Kvarstod behovet?

Enda sättet att med säkerhet få reda på detta var att sätta ut nattmedicinen hos någon på prov. När det gäller att träna personer i ADL som har en demenssjukdom, är det mycket viktigt att kontakten mellan den drabbade och personalen är den bästa möjliga.

Kunde nattmedicin påverka även den förmågan vad gäller perception, motorik och ord förståelse?

Mål: 80% av de boende på Forshem skall sova en naturlig sömn inom 6 månader.

Syfte: att ge samtliga boende ett ökat välbefinnande över dygnets alla timmar genom att minska användandet av nattmedicin och öka graden av aktivitet under dagen för att nå en naturligare form av trötthet.

- samtliga boenden skall ha en individuell arbetsplan/vårdplan inom en månad efter inflyttning
- fallfrekvensen ska högst vara 10%
- samtliga boende som vill gå ut ska få göra det
- en enkät skall skickas ut till samtliga anhöriga för att ta del av hur de ser på vårdssituationen
- 75% av anhöriga ska tycka att vårt nya arbetssätt och vården på Forshem är bra
- 30% ska inte ha någon form av psykofarmaka ordinerat

- varje kvartal ska en medicinsk genomgång av samtliga boendes läkemedel göras av läkare och sjuksköterska

Mått:

Vi mätte graden av nattoro hos de boende efter utsättande av nattmedicin.
Balanserande mått: En risk var att oron dagtid till följd av för dålig sömn, skulle öka.

Ökad aktivitet under dagen

Fallfrekvensen ska vara högst 10%

30% av de boende ska inte ha psykofarmaka ordinerat

Enkät till samtliga anhöriga. 75 % ska tycka att vården och vårt nya arbetssätt på Forshem är bra

Hur gjordes mätningarna?

Ett mätinstrument skapades som skulle beskriva graden av vakenhet/ sömn, vid tre tillfällen per natt under 1 vecka. Observation gjordes först hos fem boende där nattmedicinen sattes ut. Vakenhet/sömn beskrevs enligt följande skala: sover, vaken lugn, vaken orolig. Detta observerades vid tre tillfällen / natt: kl. 24.00, 03.00, 05.00.

Oron dagtid mättes också enligt ett liknande mätinstrument. Hos de första boende vars nattmediciner sattes ut, mättes oron dagtid under 1v. Dessbättre kunde ingen ökad oro dagtid observeras och har ej under den fortsatta tiden i projektet visa sig vara nödvändig att mäta. Har oro förekommit har det funnits andra orsaker till de uppkomna situationerna.

Vi anpassade uppvaknandet och sänggående efter varje individ oavsett tid på dygnet och för att hitta den naturliga dygnsrytmen anpassade vi också de dagliga aktiviteterna efter varje persons intressen. Detta mättes sedan i den ovan beskrivna vakenhet/sömn observationen.

För att mäta fallfrekvensen gjorde vi en jämförande studie före och efter "genombrottsprojektet" d v s efter att nattmedicin satts ut. Den första mätningen omfattade fem personer

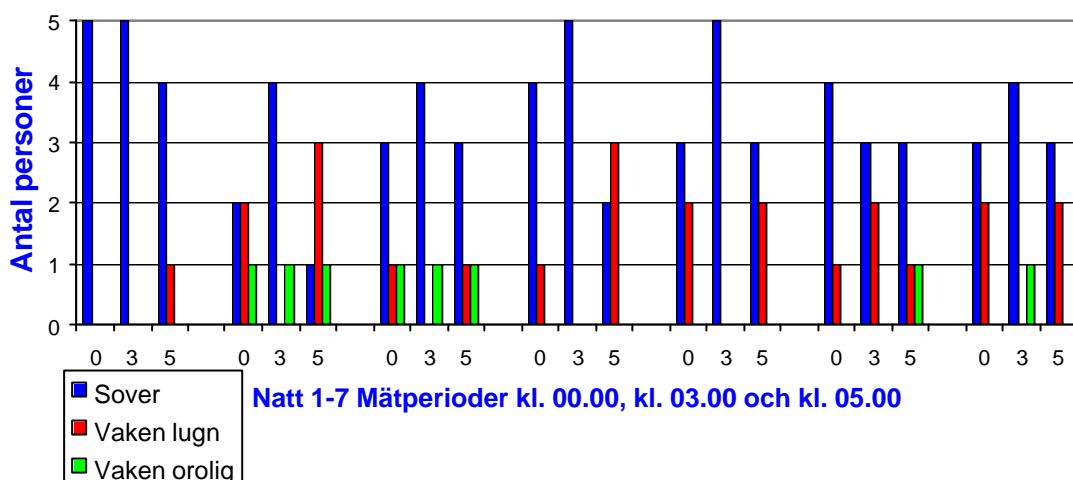
Vid den första läkemedelsomgången gjordes en omfattande analys av de boendes ordinerade psykofarmaka. Medicin som enligt läkarens bedömning kunde tas bort sattes ut och resultatet mättes genom den ovan beskrivna vaken/sömn och oro dag/natt observationen.

En enkät skickade ut till samtliga anhöriga. Sammanställning av svaren gav oss svar på den mätningen

Resultat:

När projektet inleddes 040209 v.7. gjordes en genomgång av den medicinska bilden hos samtliga boende på Forshem. Under de närmast följande veckorna sattes ett antal nattmediciner ut hos fem boende. Mätningar av oro dag och nattetid genomfördes.

**Nattsöm hos 5 boende under 7 nätter då nattmedicin är utsatt.
Ökade aktiviteter dagtid.**



Informationsmöten hölls för personal där vi diskuterade:

- Vilken inställning har vi i vårt arbete med dementa?
- Hur kan vi som personal hantera/tolerera individuella sömnbehov hos våra boende?

Flera former av aktiviteter startades för de boende bl.a:

- promenader
- spel
- lekar av olika slag
- trädgårdsarbete
- tillsyn av får och lamm
- ökad samvaro, samtal mm.
- delaktiga i personalens arbete t ex plocka in tvätt, vika servetter, duka.

Under i stort sett hela perioden i projektet har ingen ökad oro syns hos de boende under någon del av dygnet. En ökad förmåga i ADL-funktioner har kunnat observeras.

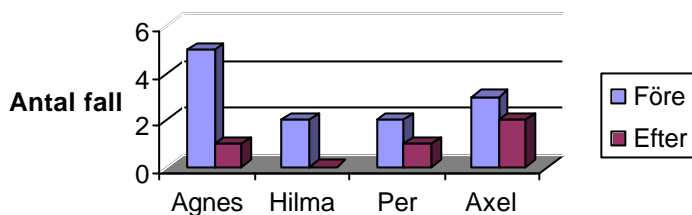
Minskad trötthet främst under förmiddagar med ökad aktivitetsförmåga som följd, har beskrivits av personalen. Toleransen hos personalen för ändrat sömnmönster är klart förbättrad. De flesta boende som har vakenperioder under natten, får ha det så och gärna komma upp om man så vill.

Hur sömnen är fördelad över dygnet, har förändrat/ förbättrat rutinerna på morgonen.

Vi kan se ett lugnare tempo och att uppvaknandet sker under en längre tid av förmiddagen. En ökad ”närvaro”, som det närmast kan beskrivas med, ses vid aktiviteter som de boende deltar i.

Minskad fallfrekvens hos enskilda personer ses som en klar effekt efter utsättandet av nattmedicin. Fallen har även minskat totalt sett på hela Forshemunder genombrottsprojektet.

Fallfrekvens före och efter Genombrottsprojektet



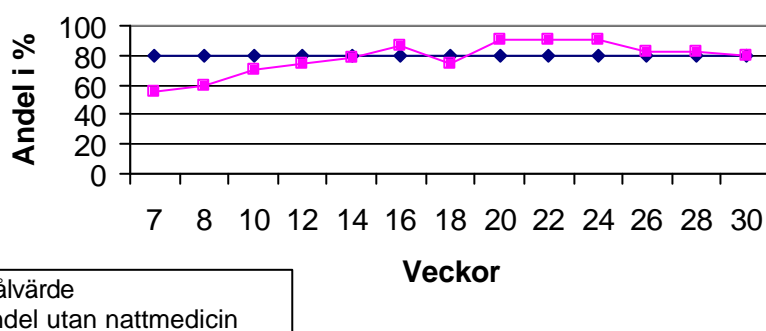
85 % av Sveriges äldre använder psykofarmaka. (= riksgenomsnittet) Forshems mål var att endast 70% skulle ha psykofarmaka ordinerat. Resultatet efter den medicinska läkemedelsgenomgången visade att 61% av Forshems boende måste ha psykofarmaka ordinerat, 39% har således ingen psykofarmaka.

Resultatet av enkätundersökningen .
Enkäten skickade till 24 anhöriga
16 svar inkom vilket ger en svarsfrekvens av 66%

81% känner sig delaktiga i den anhöriges tillvaro
68% upplever att vården är mycket bra.
68% avser att personalens nya arbetssätt är mycket bra

Vårt huvudmål var att 80% av de boende som fått nattmedicin utsatt ska sova en naturlig sömn inom 6 månader.

Andel boende utan nattmedicin



Förändringar som testats och andra aktiviteter:

När utvecklingen av minskade natt mediciner gick över förväntan , vidgades perspektivet till att gälla flera boenden samt även andra typer av mediciner.

Ett ökat intresse hos personalen har inneburit att ständiga dialoger och förslag om uppföljningar leder till fortsatta minskningar av läkemedelsanvändandet i stort.

En ökad aktivitets nivå har blivit en effekt av deltagandet i projektet. Personalen har själva

planerat och genomfört mätningar av aktiviteter, inhandlat material och varit aktiva i utvecklingen av inre och yttre miljön på Forshem. Får har betat på en äng nära huset under sommaren. Ett trädgårdsland ordningställdes under sensommaren och planteringar av buskar, träd och blommor gjordes tillsammans med de boende. Promenader/utflykter, grillfester, surströmmingsskiva är några ytterligare aktiviteter som testats. Samtliga dessa förändringar har varit mycket lyckade som en del i att nå vårt mål.

Kommentarer:

En ökad medverkan från de boende märks klart samt en ökad glädje i att det ordnas saker omkring dem. Många fler planer för vidareutveckling har framkommit hos personalen under de månader som projektet har pågått. En mycket stor medvetenhet om att vi är olika och har olika behov har grundlags i och med deltagandet i projektet hos personalen. Idag är inte en avvikelse i ett beteende eller ett kort inslag av ilska eller oro direkt en anledning till att man kräver åtgärder för att minska dessa på medicinsk väg. En natt utan sömn är ingen katastrof längre!!

Sammanfattning:

Att arbeta med Genombrott har gett många synen tillbaka på vad vård av äldre med ett speciellt handikapp kan behöva samt att det krävs en ständigt dialog med samtliga personer kring den demente såväl anhöriga, personal och läkare.

Att se de positiva effekterna av vad minskad påverkan av mediciner kan göra för att öka välbefinnande och möjligheter till ökad egenaktivitet hos en dement person ger personalen en ökad motivation och engagemang i sitt arbetet.

Svårast har nog varit att mitt i all annan aktivitet, kunna hålla disciplinen med vad projektet har krävt av oss som deltagit. I mångt och mycket har vår erfarenhet givit oss nya uppslag, idéer och mål som blivit en naturlig följd av vad arbetet ska innehålla.

En sak känns mycket bra, Forshem har begåvats med en riktigt kompetent och medveten personalgrupp som har stor tolerans för förändringar och kan föra en utveckling framåt.

Torsby

Team: Torsby

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Att ge patienter med demenssjukdom/symtom i kommunen möjlighet att bo kvar i eget hem så länge pat. önskar med god kvalitet för hela familjen.	Titel, namn, e-post (Kontaktperson) Usk Lilian Nyström lilian.nystrom@torsby.se <i>Titel, namn Usk Britt-Marie Jonsson. britt-marie.jonsson@torsby.se</i> <i>Vb Mona Skogvang. mona.skogvang@torsby.se</i> <i>DAS Carina Stenmark. carina.stenmark@torsby.se</i> <i>Arb.terp. Gun Fröman. gun.froman@liv.se</i> <i>Dr Anders Holm. anders.holm@liv.se</i> <i>Dr Kristian Juul. kristian.juul@liv.se</i> <i>Dr Christer Tillberg. christer.tillberg@liv.se</i> <i>Dr Torbjörn Johansson. torbjorn.johansson@liv.se</i>

Bakgrund och problem: Många dementa som ej fått utredning. Många ”dementa” som flyttar in på särskilt boende pga dålig livskvalitet i hemmet. Dålig vetskap om var man söker hjälp, brist på utredning/behandling/uppföljning. Låg kunskap om demens i samhället, dålig kunskap om kognitiva hjälpmedel, fördomar, skam och rädsla. Brist på dagverksamhet.

Mål: 90 % av pat. med demenssjukdom/symtom i Torsby kommun som så önskar ska beredas möjlighet att bo kvar i hemmet.

Mått: NPI-bedömning, VAS-skala.

Balanserande mått: Mätningar av antalet utredda boende i eget hem, inflyttade på SÄBO. Mätning omsättning av informationsbroschyrer. Mätningar MNA, BMI.

**Hur gjordes mätningarna? Varje månad räknas:
alla som flyttat in på SÄBO och om de ansetts dementa eller varit utredda.**

Omsättning av informationsbroschyrer.

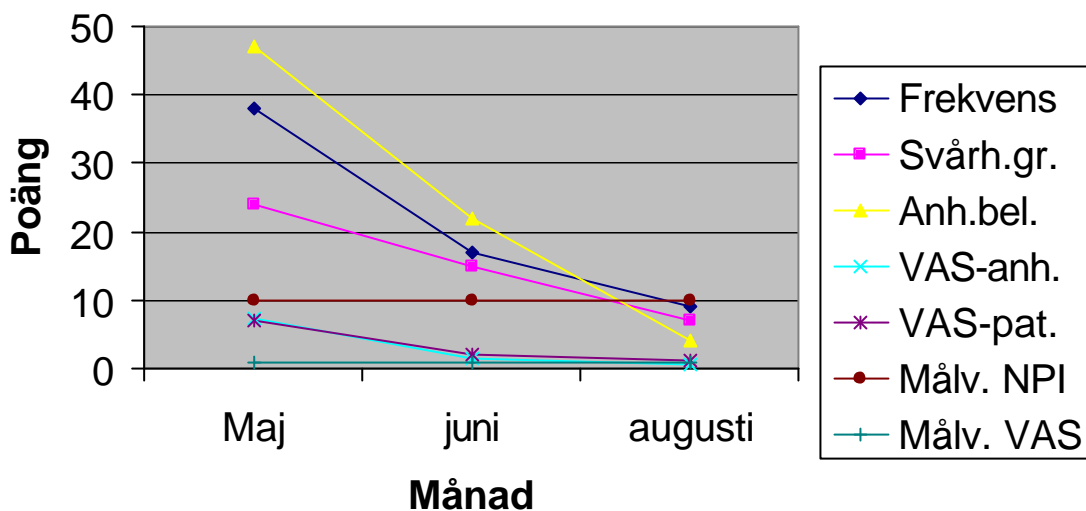
Antal demensutredda boende i eget hem.

4 studiecirkel har genomförts där kunskapsmätningar gjorts före och efter avslutad cirkel samt även mätning av hur värderingar/åsikter påverkats av kunskapsökningen.

Löpande mätningar med NPI, VAS, och även i vissa fall BMI och MNA. Detta vid första kontakt samt som uppföljning för att mäta skillnader som blivit efter insatser.

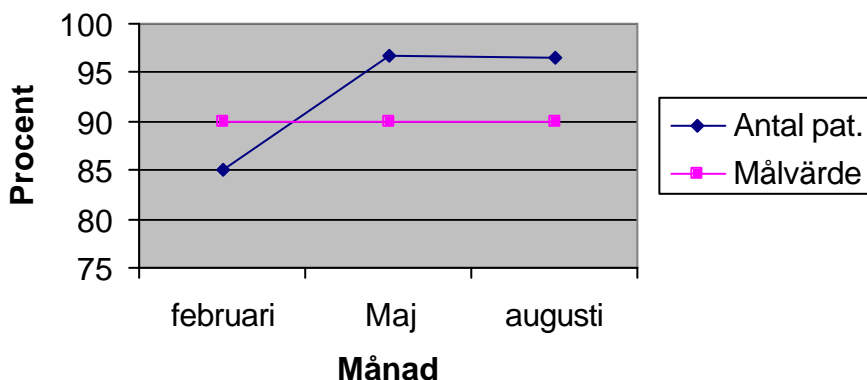
Resultat:

NPI-bedömning (BPSD), VAS-skala (livskvalité) 19 pat./anh. 2004



För att mäta upplevd kvalité i eget boende så har vi använt NPI-bedömningsinstrument f r mätning av BPSD frekvens, svårighetsgrad och anh.belastning samt VAS-skala för bedömning av livskvalité. Detta har genomförts på 19 pat. och anhörig. Insatser som anh.och pat.  nskat för att  ka livskvalitén har varit utredning, uppföljning diagnos, behandling samt utbildning, information i hemmet till pat/anh. Utöver detta även r d och stöd vid behov. Dagverksamhet v.b. Samt avl sning i hemmet/ledsagare Utbildning till allmänheten har lett till att frivillig, ideell dagverksamhet har startats. Även frivillig ideell ledsagarservice samt avlastning i hemmet har startats upp.

Antal procent pat. kända av teamet boende i eget hem 2004



Innan genombrottsprojektets början upplevde endast 85 % av teamets pat./anh. Sådan livskvalité i boendesituationen att man valde att bo kvar i eget hem. I utvärdering i augusti upplevde 96,5% sådan livskvalité att man valde att bo kvar i hemmet. Teamets målsättning var att 90 % av pat. med demenssymtom/demens i kommunen som så önskar skulle beredas möjlighet att bo kvar i hemmet. Syftet var att detta skulle ske med god kvalité för hela familjen. Innan projektstart så fanns ett mycket stort antal "okända" demenssjuka personer i kommunen. Under projektet så har antalet "kända" pat.  kat med 59,5 %. Före genombrottsprojektet så valde endast 67% av det totala antalet personer med

demensjukdom/symtom att bo kvar i eget hem. På grund av brist på livskvalité orsakat av BPSD-symtom. Denna siffra har under projekttiden stigit till 88 % i maj och 89 % i aug. När det gäller de pat. teamet fått kontakt med så har vi nått målet 90 % med råge. Dock fattas det 1 % innan vi når målet vad gäller det totala antalet personer med demenssjukdom/, symtom i kommunen. Genombrottsprojektet har visat oss att man med små medel som studiecirkel för allmänheten, information och utbildning till pat./anh. i eget hem samt råd och stöd vid behov kan ge livskvalité för både pat.och anhörig.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Informationsbroschyrer: 252 broschyrer har omsatts under projekttiden. Detta har varit mycket lyckat och varit en bidragande orsak till den kraftiga pat.ökningen.

Studiecirkel: 4 st har av deltagarna upplevts som mycket positivt och lärorikt, i samtal med deltagarna har framkommit att många fördomar om demens har raderats ut.

Kunskapsökningen har varit markant och vi tror att det har bidragit till bättre tolerans för att dementa kan bo kvar hemma.

Har därtill lett till ett sådant intresse hos allmänheten att frivillig organisation startats upp med dagverksamhet, ledsagarservice och avlösning i hemmet vilket varit bidragande till kvalitetsökningen.

Information/utbildning i hemmet till pat. och anhörig har enligt våra mätningar gett goda resultat vad det gäller förekomst av BPSD samt upplevd anh.belastning och ökning av livskvalité i hemmet för hela familjen.

Kommentarer: Genombrottsprojektet har lärt oss att det lönar sig att genomföra mätningar, vi kan bättre se resultat av vårt arbete vilket hjälpt oss utveckla demensvården än mer.

Att arbeta med Genombrott:

- *Fördelar: intressant att lära sig mätmetoder, se framtagna resultat och tolka dessa*
- *Nackdelar*
- *Mest givande: har ökat kvaliteten för dementa och deras anhöriga, gett oss nya idéer, nya kontakter. Ökat patientantalet som fått möjlighet till demensvård.*
- *Svårast: tänka rätt.*
- *Lärdomar: mäta efter instrument, göra diagram, se resultat.*

Uddevalla kommun

Team: Uddevalla

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Minska ångest och oro hos de boende genom ökad individanpassad aktivitet.	<i>Verksamhetschef, Marion Vaern marion.vaern@uddevalla.se Arbeterapeut, Britt Johansson Demenssjuksköterska, Gerd Franch</i>

Bakgrund och problem: Historiskt sett har Rosenhäll varit ett välfungerande sjukhem där man har klarat att hjälpa mycket vårdkrävande demenssjuka personer. År 2000 byggdes Rosenhäll om till ett modernt äldreboende. Efter ombyggnaden och flytten tillbaka till det nya Rosenhäll har det skett flera omstruktureringar vilket gjort att det tagit tid att få en tydlig och välfungerande organisation. Efter förändringsprocessens vedermödor har det funnits en tid av håglöshet som inte har varit bra för verksamheten. Energin har gått åt till att få en fungerande struktur vilket gjort att tid för att diskutera innehållet i verksamheten inte fått så stor plats. Från socialförvaltningens ledningsgrupp fick vi uppdraget att delta i Genombrott En Bättre Demensvård. Vi i teamet tyckte det var viktigt att få vara med och utveckla innehållet i en demensvård där man ser till den enskildes behov och möjligheter. Vi valde att koncentrera oss på 3 A syd, en enhet med 15 boende.

Mål 1: 90 % av alla mätfällor på avdelningen ska inte påvisa oro/ångest mer än 2 på VAS-skalan. Målet ska vara uppnått 1 september, 2004

Mål 2: 100 % av de boende skall ha en levnadsbeskrivning för att kunna hitta individanpassade aktiviteter. Målet skall vara uppnått senast 15 juni, 2004

Mål 3: 100 % av de boende skall ha en insatsbeskrivning och få sina behov tillgodosedda. Målet skall vara uppnått 15 juni, 2004

Mål 4: 50 % av de boende ska ha en individanpassad aktivitet per dag utöver den dagliga omsorgen. Målet skall vara uppnått 1 september, 2004

Balanserat mått: Lugnande läkemedel och sömnmedel skall inte öka under projekt perioden.

Mått:

Vas-skalan, åtgärdsdokumentation, insats och levnadsbeskrivningar

Balanseratmått:

Läkemedelsförbrukning

Hur gjordes mätningarna?

Mål 1 Oro och ångest mäts tre ggr dagligen av personalen på avdelningen. Mätningarna startar vecka 8, 2004 och pågår fram till och med vecka 24. En kontrollmätning gjordes vecka 37. Mätningarna sker därefter var tredje månad. All personal deltar.

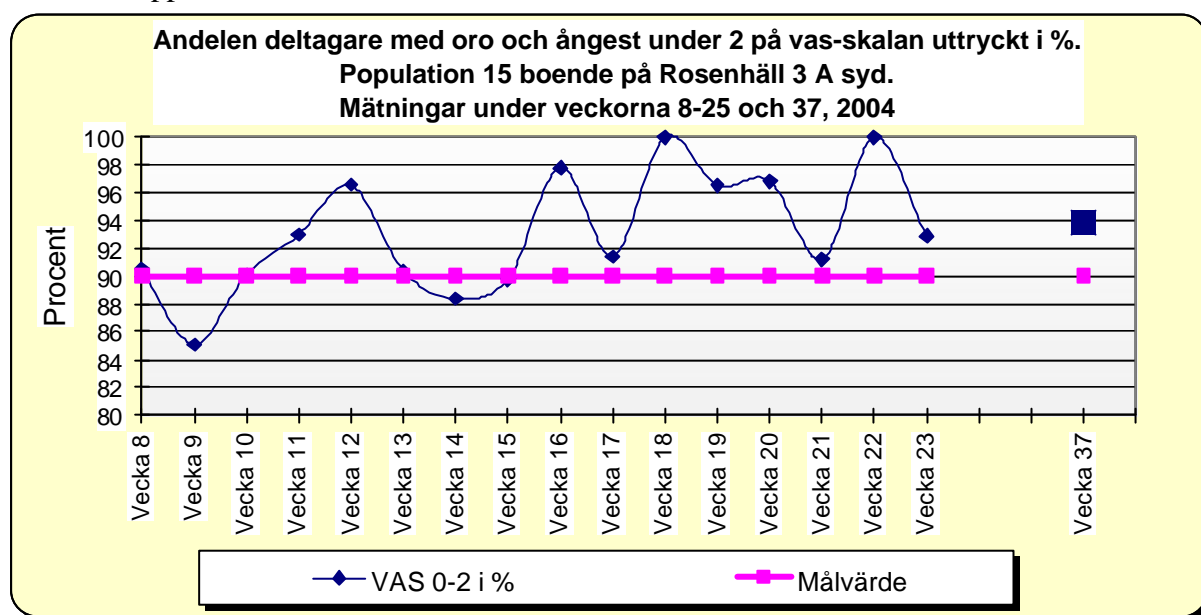
Mål 2 och 3 Antalet inkomna levnadsbeskrivningar och insatsbeskrivningar räknas en gång i veckan. Teammedlemmarna har ansvar för fem boende var tillsammans med kontaktpersonen.

Mål 4 Antalet individanpassade aktiviteter räknas en gång i månaden.

Balanserat mått. Mätningen startar en vecka före projektets start för att ha ett utgångsvärde. Förbrukningen av lugnande läkemedel och sömnmedel mäts en gång i vecka fram till vecka 39. Därefter var tredje månad.

Resultat

Mål 1. Vi uppnådde vårt mål redan vecka 15



Mål 2

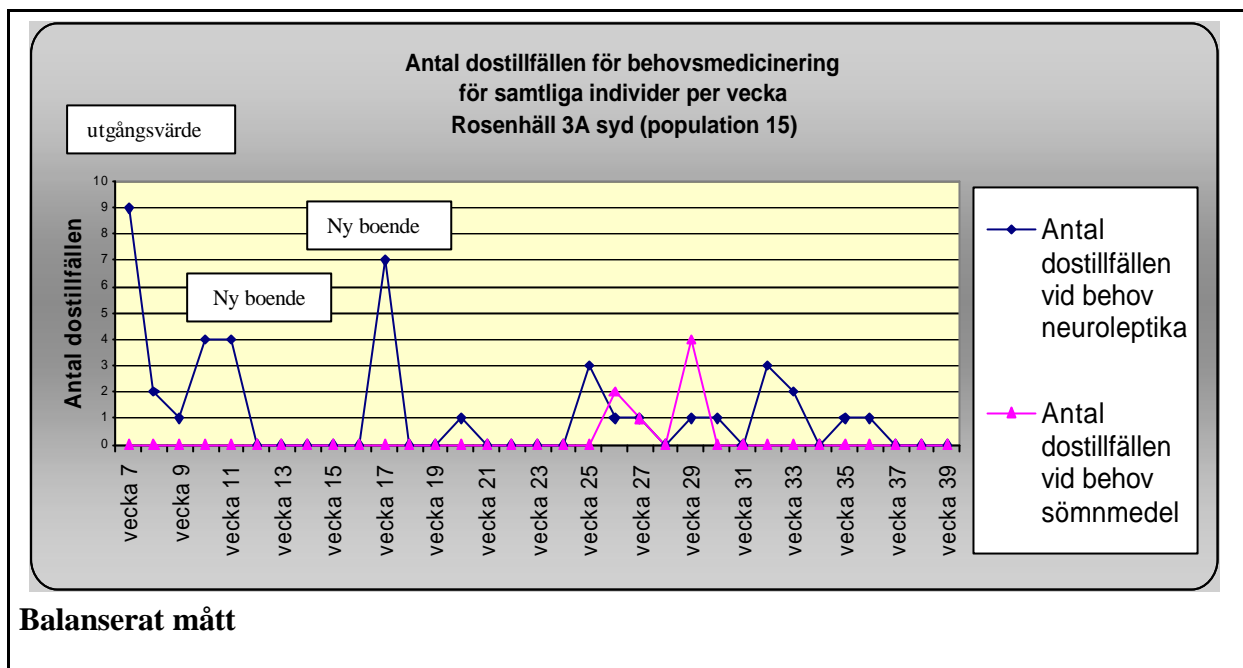
Den 15 juni, 2004 har det kommit in tolv levnadsbeskrivningar. Tre stycken fattas på grund av att anhöriga inte lämnat in dem.

Mål 3

Alla insatsbeskrivningar var färdiga till den 15 juni, 2004.

Mål 4

Sju av femton personer har en individanpassad aktivitet den 1 september, 2004. Därmed anser vi att målet är uppnått.



Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Pedagogisk docka

En kvinna på avdelningen upplevdes av personalen som mycket utåtagerande mot både personal och medboende. Flera tillbud har rapporterats. Medicinering och handledning har inte haft någon effekt. Vår hypotes är att en pedagogisk docka kan minska oron. Anhöriga informerades om att vi ville pröva dockan och de tyckte det var bra.

Personalen placerade två dockor framför kvinnan och observerade vad som skedde: Väljer hon docka? Vad gör hon med den? Hur mår hon? Personalen dokumenterade sina observationer två ggr per dag på åtgärdslistan. Kvinnan valde en av dockorna redan under första veckan. Enligt åtgärdsdokumentationen mår hon bra men vid något tillfälle ropar hon. Andra veckan hade hon även dockan när hon skulle sova. När hon har dockan hos sig har hon varit lugnare. Hon pratar med den och ger den god omsorg. Vid något tillfälle gick det inte att avleda med dockan och vid måltidssituationer tar personalen bort den. Efter tre veckor säger personalen att det utåtagerande betendet har minskat med hälften. De upplever att hon är gladare och lättare att avleda.

Vi ställer oss frågan om det kan vara så att hon får mer uppmärksamhet när hon har dockan. Alla tycker den är fin och man får ett samtalsämne. Även besökare kommer med positiva reaktioner jämfört med att man tidigare tagit avstånd från henne. Kan det vara så att man ser individen på ett annorlunda sätt? Från att varit mycket aggressiv och utåtagerande har hon visat kärlek och omsorg om dockan. Kvinnan har visat flera sidor av sig själv som gör det lättare att bemöta henne. Testen med dockan har blivit en genomförd förändring.

Cykling

Vår hypotes är att fysisk aktivitet minskar oro och ökar välbefinnande.

En man som cyklat mycket i sin ungdom provade under 3 veckor att cykla på en motionscykel två ggr per dag med bra resultat.

Vad vi lärde oss av testen var att han fortfarande kunde cykla och var intresserad av aktiviteten samt att han ökade sin kondition. Tyvärr fick han en ventrombos och fick läkarordination att inte cykla på en månad. Efter denna tid börjar testen om igen för att se om förmågorna fanns kvar.

Vissa dagar fungerar det bra andra dagar fungerar det ej. De dagar det inte fungerar verkar det som om han inte vet hur man gör när man cyklar. De gånger han klarat att cykla har

personalen även försökt stimulera språket eftersom fysisk aktivitet kan stimulera språkförmågan, men det har inte gett någon märkbar effekt.

Bolltäcke 1.

En man kan inte själv komma till ro utan vandrar större delen av dagen. Han blir irriterad och trött på eftermiddagen. Vår hypotes är att han behöver vila efter lunch för att minska eftermiddags oron. Kan bolltäckets göra att han kommer till ro? De första gångerna slängde han av sig täcket efter ca fem minuter. De övriga gångerna sov han 1-2 timmar varje dag med täcket, hans eftermiddagsoro har minskat betydligt vilket gjort att lugnet sprids över hela avdelning. Efter att ha använt täcket under tre månader har det blivit en vana att sova middag och han kan nu sova utan bolltäckets.

Bolltäcke 2.

En man kan inte komma till ro på natten. Han vaknar flera gånger och är hungrig och orolig. Han har varit inlagd på sjukhus för utredning och där sov han gott om nätterna. Det visade sig att de serverade kvällsmat senare på sjukhuset. Här på avdelningen har personalen provat med senare kvällsmål men det har inte hjälpt. Personalen föreslår ökad sömnmedelsdos. Vi vill i stället prova om bolltäckets kan hjälpa honom att komma till ro. Efter tre dagar sov han hela natten med bolltäckets. Hans sömnmedicin kunde sättas ut.

Bolltäckena är dyra i inköp men det är möjligt att använda ett täcke till flera personer som använder det på olika tider.

Väninnegrupp

Fem kvinnor träffas en gång per vecka tillsammans med en personal. Syftet är att minska ångest och oro genom att öka aktivitet och social gemenskap. De har provat lite olika aktiviteter som tex. bakning, bingo, musik och lotto vilket alltsammans varit uppskattat. Det är inte alltid enbart kvinnor som har deltagit utan det har även smugit med en och annan herre som välkomnats av väninnorna. Aktiviteten är permanentad.

Spela ballong

En man behöver öka rörligheten i armarna för att minska smärtor och därmed oro. Aktiviteten går ut på att personalen kastar en ballong som han ska slå tillbaka. Ballongen flyger långsamt vilket gör att han hinner lyfta armarna för att slå på den. Han har mått bra av att delta i aktiviteten. Han har sträckt ut sina armar men om rörligheten har ökat har vi inte kunnat avgöra. Vi har uppenbart varit otydliga med instruktionen för man har både kastat ärtpåsar och ballong. Dessutom har dokumentationen varit bristfällig. Vi avslutar testen och mannen får ingå i herrgruppen som har liknande aktivitet.

Kasta ärtpåse i spann (gruppaktivitet)

Genom socialgemenskap, fysisk aktivitet, skratt och glädje kan välbefinnandet öka och oron minska. Från början var det en person som skulle kasta påsar i en spann. Flera av de andra medboende tyckte att det såg kul ut. Plötsligt var det en grupp med fyra herrar som tävlade om vem som kunde träffa flest gånger. Vinnare utsågs varje gång och vad vi kunde förstå var det viktigt att vinna, tävlingsinstinkten vaknade till liv. En mycket uppskattat aktivitet som nu är permanentad och kallas "herrgruppen".

Dukning

En kvinna skall duka ett bord för fyra personer varje dag till lunch. Syftet är att minska hennes oro och öka välbefinnandet genom aktivitet. Personalen handleder henne genom muntlig instruktion. Hon tycker om aktiviteten, kan utföra den och känner sig nöjd. Aktiviteten är permanentad.

Övriga aktiviteter

Teamet började sitt arbete med att utforma metoder och mätinstrument för projektet. En referensgrupp bildades bestående av anhöriga, undersköterskor, sjuksköterska och läkare. Personalen informerades om metoden på ett gruppmöte.

På en anhörigträff informerade vi om projektet och om hur viktigt det är med levnadsbeskrivningar för att kunna hitta rätt aktiviteter. Vi visade och informerade om bolltäckets och de pedagogiska dockorna, som anhöriga senare fick prova och säga sin mening om. De var positiva till användandet av både docka och täcke. Fanns det någon tveksamhet var det hos några i personalgruppen: ”ska man använda leksaker till vuxna”.

I början av projekttiden utökades gruppmötena från två ggr i månaden till en gång i veckan för att vi skulle hinna reflektera över våra testcyklar och hur vi skulle arbeta vidare.

Information övriga Vi har informerat socialförvaltningens ledningsgrupp samt sjuksköterskor som har ansvar för demensboenden i kommunen. Vi har bokat in tider hos socialnämnden, handikapprådet och pensionärsrådet mfl.

Kommentarer:

Projektet har lärt oss att förändringsarbete tar mycket tid. Det har tagit tid för teamet att hitta arbetsformer och sätta ord på en gemensam värdegrund, men det har varit en fördel att vi har olika yrkesbakgrund. Vi har lärt av varandra.

En stor utmaning har varit att motivera personalen så att de orkade vara positiva och genomföra ett förändringsarbetet som från början kom uppifrån. Efter hand har personalen blivit positiva och tagit ansvar för att mätningarna har blivit gjorda och aktiviteterna genomförda. Metoden och gruppmötena har gjort att personalen blivit mer kreativ och vågat prova olika aktiviteter. De har sett resultat relativt snabbt och förstått att det inte är farligt att prova. Fungerar det inte går det snabbt att ändra tillbaka. Vi kommer att fortsätta arbeta med metoden och sprida den vidare till de övriga demensboendena i kommunen.

Att arbeta med Genombrott:

- **Fördelar** En patientfokuserat och konkret metod. Små förändringar på individnivå. Mätningarna gör att man ser effekterna snabbt. Fördel att man kan jämföra mätresultat. Alla arbetar mot samma mål. Tillåtet att knyta idéer från andras projekt. Behöver inte uppfinna hjulet en gång till.
- **Nackdelar** Splittrande då ordinarie arbete också skall genomföras. För lite information om hur mycket tid man skulle avsätta för projektet. Kort varsel om uppgifter som skall göras.
- **Mest givande** Att lära sig en bra metod för förändringsarbete på individnivå. Personalen har fått ett redskap för att kunna prova små förändringar.
- **Svårast** Datatekniken och att göra diagram och mallar mm.
- **Lärdomar** Viktigt att verksamhetschefen är delaktig i förändrings arbetet.

Värmdö

Team: Värmdö *”Beröring och aktivitet på recept”*

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
<ul style="list-style-type: none">• Ökat välbefinnande för patienten• Ökad medicinsk säkerhet; minskade läkemedelsbiverkningar	Inger Ekroth, sjuksköterska Kontaktperson: inger.ekroth@varmdo.se Ingrid Gårdh, arbetsterapeut Veronique Annink, sjukgymnast Kalle Malmlöf, distriktsläkare

Bakgrund och problem:

På Värmdö finns det tre kommunala äldreboenden; Gustavsgården, Djuröhemmet och Hemmestahöjdens servicehus. Vi har nära kontakt med varandra och samma läkare. I vårt projekt har vi i första hand utgått från Gustavsgårdens tre avdelningar för demenssjuka. På varje avdelning bor tolv personer. Dessa avdelningar har dagtid en varsin sjuksköterska och tre till fyra undersköterskor / vårdbiträden. Sjukgymnast och arbetsterapeut finns tillgängliga på vardagarna. De arbetar bl.a. med olika grupper; musik och rörelse, gymnastik, balansgrupp och aktivitetsgrupper.

Vi anser att det finns en ”övertro” på läkemedels effekter både bland vårdpersonalen och hos allmänheten. I genombrottsprojektet vill vi pröva om man kan ersätta läkemedel med andra former av behandlingar vid framförallt förstoppning, oro, sömnsvårigheter samt beteende- och personlighetsstörningar. Bland våra demenssjuka finns det några personer som har svårt att komma till ro på natten. Vi ser också dagtid oro hos några.

Vi tror att lugnande, sömn- och antidepressiva läkemedel skrivs ut för snabbt. Det förekommer också att mediciner skrivs ut utan en uttalad diagnos. Några av de sjukhusinläggningar vi haft senaste halvåret är troligen orsakade av läkemedelsbiverkningar. För att förstå hur mycket och vilka mediciner våra boende får utskrivna behövs det göras en översyn av dessa.

Vi tror att individuellt anpassade aktiviteter ökar välbefinnandet och många gånger kan ersätta läkemedel. Vi har aktiviteter som vi använt oss av en längre tid, men vi har inte utvärderat dem och inte reflekterat över vad de ger respektive boende.

Ytterligare något vi vill pröva är om Taktil Massage ger ökat lugn och bättre sömn. En stor del av vårdpersonalen i Värmdö kommun har utbildats i denna metod men effekterna har inte utvärderats.

Mål:

- 75 % av avföringstillfällena ska vara spontana.
- Att vid mätning av oro ska ingen boende ha högre värde än 1 på vår mätskala.
- Att vid mätning av sömnkvalitet ska ingen boende ha högre värde än 1 på vår mätskala.
- Minska den boendes behov av morfinliknande värktabletter vid icke-cancerdiagnos med 50 %.
- Vid mätning av välbefinnande i samband med aktivitet ska 75 % av den boende flytta minst ett steg åt höger på vår mätskala.

Mått:

Antal spontana avföringar redovisas i diagram.

Antalet givna doser laxermedel mäts vid projektets början och vid sista månadsrapporten.

Sömnkvalitén hos enskilda boende mäts vid två tillfällen per natt enligt en egenhändigt gjord skala och redovisas i diagram.

Oro hos enskilda boende mäts vid två tillfällen per dag enligt en egenhändigt gjord skala och redovisas i diagram. Oro mäts även en dag per vecka på en hel avdelning.

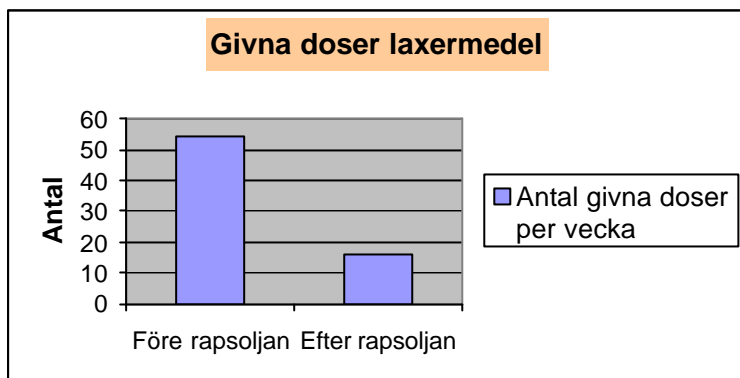
Smärta hos enskilda boende mäts enligt VAS-skalan.

Välbefinnande i samband med olika aktiviteter mäts både i grupp och enskilt enligt egenhändigt gjord skala med inspiration från tidigare team. Redovisas i löpande text.

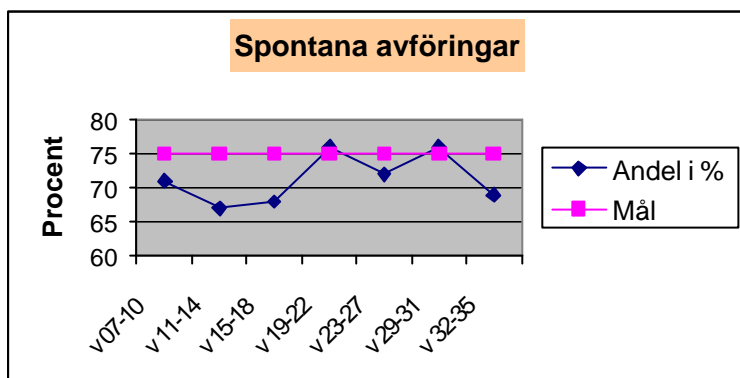
Hur gjordes mätningarna?

- Vi förde avföringslistor månadsvis.
- Vi räknade antalet givna doser laxermedel per boende som är med i projektet.
- Vi mätte sömnkvalitén med ett mätinstrument som sätter poäng på de boendes nattliga beteende, och i förekommande fall gjorde vi liknande mätning på oro och agitation.
- Vi mätte de boendes smärtupplevelse med en VAS-skala.
- Vi mätte boendes välbefinnande före, under och efter aktivitet i grupp eller enskilt. Vi använde ett eget mätinstrument med fem olika steg.

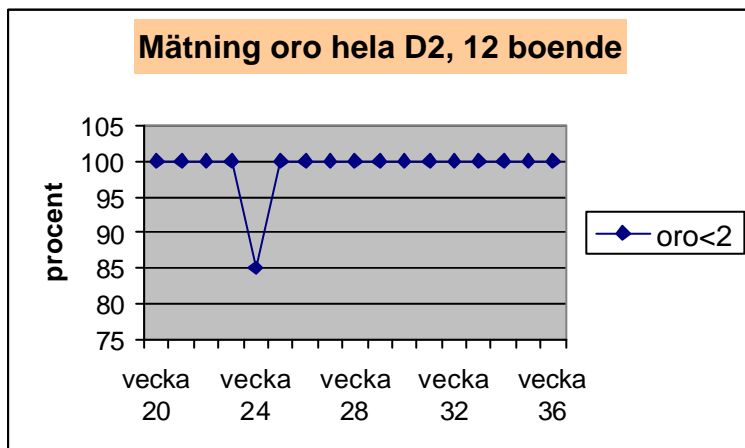
Resultat:



Antal givna doser laxermedel minskade med 67 % under projektets gång.



Mätningar av spontana avföringar är utförda på en avdelning av tre. På det stora hela har vi nått målet. Vi vet att avföringslistorna ej är korrekt och konsekvent ifyllda alla veckor.



Vi har mätt oro varje torsdag på för- och eftermiddag på en avdelning med 12 boende. Det har varit lugnt. En viss oro har förekommit men inte mer än "1" på vår skala.

Vi har mätt välbefinnandet i samband med aktiviteter, både i grupp och individuellt. Vi har gjort 42 mätningar vid olika tillfällen och resultatet visar att i stort sett alla får ökat välbefinnande vid aktiviteterna, flera upp till tre steg enligt vår skala. Hos 93 % av våra boende steg välbefinnandet under aktiviteten mer än två steg på vår 5-gradiga skala. Välbefinnandet bestod även 15 minuter efter aktivitetens slut hos de flesta.

Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Rapsolja och fiberrikt bröd

Vid frukosten fick ett antal boende 15 ml rapsolja i en medicinkopp istället för deras förskrivna laxermedel. De åt dessutom fiberrikt bröd. För de allra flesta utföll detta positivt och fler har gått över till rapsoljan.

En bonus med rapsoljan är att de boende får ett välbehövligt energitillskott.

Det är lika enkelt för personalen att ge rapsoljan som laxermedel. De boende har utan vidare accepterat oljan.

Taktil Massage

För att minska oro, sömnproblem, smärta och agitation har vi använt oss av Taktipro, originalmetoden taktil massage (Taktil utbildning 08-648 27 00). Vårdpersonal gav hand- och/eller fotmassage minst fyra gånger i veckan till några boende som visade oro, sömnproblem, smärta eller agitation. Hos flera såg vi snabbt resultat. De blev lugnare och sov bättre. Vi kunde då glesa ut massagetillfällena till ca två tillfällen per vecka med bibehållen effekt.

Den boende med smärta som vi masserade, reagerade negativt på massagen. Vi avslutade därför denna behandling.

Vi provade Taktil Massage till en boende som kunde reagera agiterat på normalt bemötande. Massagen gav bra resultat, men tyvärr insjuknade hon hastigt och mätningarna måste avslutas.

Taktil Massage har även använts som en aktivitet för allmänt välbefinnande. Effekten har varit mycket positiv. En av de boende har även masserat personalen efter att själv ha fått massage. Det har varit fina stunder tillsammans!

Vår slutsats är att taktil massage är mycket användbart för att lugna oro, förbättra sömnen och öka välbefinnandet. Svårigheten är att få tiden att räcka till. Det kräver förstås också att en stor del av personalen har utbildning i metoden.

Aktiviteter som ökar välbefinnandet

Vi har mätt välbefinnandet vid utflykter, promenader, utevistelse, målning av påskägg, sång- och musikgrupper, bubbelbad, ridning, cykling på manoped och Taktil Massage (se ovan). Vi ser tydligt att individuellt anpassade aktiviteter påverkar de boendes välbefinnande. De aktiviteter vi provat har både varit i grupp och individuellt.

Det har varit inspirerande att prova nya aktiviteter t ex ridning. Det gav energitillskott både för de boende och för den personal som deltog. Vi lärde oss att ingenting är omöjligt! Vem kunde tro att personer i så hög ålder kan rida på en häst? När man vågar prova nya aktiviteter smittar det av sig!

Docka

Med inspiration från andra team har vi provat att använda en docka för att skapa lugn och välbefinnande. Vi tog kontakt med KOM I KAPP (tfn 0340-66 68 70) som erbjöd oss en docka på prov. Dockan togs väldigt bra emot av flera boende. De blev glada, lugna och engagerade i omhändertagandet av dockan. Dockan ger också tillfälle till samtal med andra boende och personal. Några boende visade mycket tydligt att dockan inte var något för dem. Det visade sig alltså att det är mycket individuellt om man tycker om dockan eller inte. Detta gäller också personal och anhöriga.

Bolltäcke vid sömnsvårigheter

KOM I KAPP (se ovan) lånade ut tre stycken bolltäckan. Det är täcken innehållande bollar vilka ger en omslutande känsla och en viss beröringsmassage. Vi har provat tre olika täcken,

ett med bara stora bollar, ett med bara små och ett med både små och stora. Det tog lite tid innan vi kom igång med användandet pga. att inkontinensskydd behövdes köpas in. Hela täcket stoppas sedan in i ett påslakan och det ser då ut som ett vanligt täcke. Vi började använda täckena med en viss försiktighet för att de boende skulle få möjlighet att vänja sig vid dem. För ett par boende fungerade det bra fram tills sommarhettan kom. Då togs de bort. En av dem har sedan sovit gott även utan bolltäcke. Två andra fick sedan prova och resultatet så här långt är bra.

Medicinsk revision

För att få en bättre uppfattning och höja säkerheten i framtiden av läkemedelsanvändningen har vi använt ett dataprogram som vi fått låna av en av upphovsmännen Johan Fastbom, klinisk farmakolog (fastbom@telia.com). Programmet heter Monitor och är relativt lätt att använda. Efter inmatning av data gällande ålder, kön och diagnos lägger man in läkemedelslistan. Därefter kan man ta ut en rapport som ger en enkel överblick av läkemedelsförbrukning, fördelning och kostnader. Kvalitetsanalysen visar dubbleringar (två eller flera läkemedel tillhörande samma grupp) och läkemedel som ges i lugnande syfte men kan orsaka förvirring. Den visar också olämpliga och farliga läkemedelskombinationer. Johan Fastbom har även tittat på våra inläggningar på sjukhus och konstaterat att flertalet troligen är orsakade av läkemedelsbiverkningar.

Uppdatera levnadsberättelser

Levnadsberättelsen är ofta en nyckel för att hitta rätt aktivitet till den boende. Vet vi tidigare intressen kan vi lättare hitta det som kanske kan intressera den boende även nu. Särskilt viktigt är detta förstås om den boende inte själv kan förmedla sig. Levnadsberättelsen är också en hjälp att förstå den boende, t.ex. kan vi lättare tolka reaktioner om vi vet vad den boende bär med sig i sin historia. Vi har uppdaterat levnadsberättelsen genom att förnya frågorna samt ge den ett mer tilltalande utseende.

Anhörigsamtal

Vi har erbjudit samtal till samtliga anhöriga på en av avdelningarna. Som grund för samtalet har vi använt "Dialogstöd för närståendesamtal" som vi "lånat" från Halmstadsteamet. Samtalen har varit mycket uppskattade. Vi kommer att fortsätta med dessa samtal en gång per år.

Övriga aktiviteter

Vid ett flertal tillfällen har vi informerat om vårt projekt. Äldreomsorgens chefsgrupp, pensionsrådet, socialnämndens arbetsutskott, anhöriga och vårdpersonal har tagit del av vårt arbete. Vi har också en anslagstavla där alla intresserade har kunnat följa hur vårt arbete har utvecklats.

Sammanfattning kring måluppfyllelse

I sammanfattningen av projektet inser vi var vårt "genombrott" finns; vi vill först prova andra åtgärder innan vi tar till läkemedel.

Den personal som finns kring de boende inklusive läkaren arbetar efter ett åtgärdsprogram. Detta åtgärdsprogram ska kartlägga oro och sömnproblem. Först ska man utesluta eventuella medicinska orsaker och läkemedelsbiverkan. Sedan kartlägger man de boendes oro- och sömnmönster. Man tänker sedan igenom vad som lugnar de boende (se förändringsidéerna ovan). Det här kan innebära att läkemedel inte behöver sättas in som tidigare. Läkaren ordinerar alltså "beröring och aktivitet på recept"!

En bra överblick över det medicinska vårdbehovet utöver rena läkemedelsfakta får vi av

”Monitor”. Det är ett dataprogram för läkemedelsöversyn som vi fick låna och det är väl värt att använda.

I dagsläget kan vi säga att våra mål uppnåtts. Det mål vi inte har uppnått är att minska morfinliknande värktabletter. Under projektets gång har vi endast haft en boende med smärtor som krävt dessa läkemedel och hon hade svårt att ta till sig beröring över huvudtaget. Vi tror fortfarande att målet är realistiskt och vill testa Taktil Massage då tillfälle ges.

Så här går vi vidare:

Vi kommer att informera om Genombrottsmetoden och våra resultat på Värmdö kommuns äldreboenden, till hemtjänstpersonal och beslutsfattare samt till personal på vårdcentralen. I samband med detta kommer vår poster att vandra runt och vår slutrapport spridas. Målet är att våra resultat inspirerar till förändrings- och förbättringsviljan, i första hand i det direkta arbetet med den demenssjuke men också på beslutsnivå. Vi önskar att Värmdö Kommun ger en person arbetsuppgiften att vara spindeln i nätet för ”En bättre demensvård”, hela vägen från det att den demenssjuke behöver hemtjänst till att han/hon bor i ett äldreboende.

Kommentarer:

Då vi informerat om genombrottsprojektet och våra resultat har vi nästan genomgående mött positiva reaktioner. Information är otroligt viktigt, men också att praktiskt få med sig personal och andra i att förändra och utveckla.

En svårighet under projektet har varit just att nå ut med information till personalen om att, och hur mätningarna ska utföras. Vissa siffror ser missvisande ut, men förklaringen till detta ligger i att listorna ibland inte har fyllts i enligt anvisningarna. Detta gäller t.ex. antal avföringar. Personalen var mer noggranna i början av projektet och sommaren med många vikarier innebar också försämrade ifyllning av mätningarna.

För att få en större genomslagskraft i projektet, skulle vi som har varit projektmedlemmar helst utgått från samma vårdenhet och också varit friställda från våra vanliga arbetsuppgifter. Bara att ta del av de andra teamens arbete, att lära från detta och vara ute på arbetsytan tar mycket tid. Sedan kommer förstås allt det praktiska arbetet därtill. Trots att vi inte har fått extra tid till att arbeta i projektet tycker vi att vi har lyckats med vår uppsatta mål.

Att arbeta med Genombrott:

- Fördelar: Metoden är ett konkret och ett handfast arbetssätt för att pröva och genomföra förändringar. Målgruppen är väldefinierad.
- Nackdelar: Tidskrävande. Att vidmakthålla personalens engagemang har varit svårt under semestertiden.
- Mest givande: Kontakten med andra team. Lärandeseminarieerna har varit mycket givande. Det kändes som en förmån att få vara med.
- Svårast: Att hinna med projektet utöver vårt ordinarie arbete. Att få med andra i förändringsarbetet.
- Lärdomar: Vi har lärt oss att det går att förändra till det positiva men det behövs tid och ett stort engagemang.

Växjö kommun

Team: Växjö Kommun Östregårdens demensboende, plan 3

Syfte med deltagandet i Genombrott:	Teammedlemmar:
Ett ökat välbefinnande och en bättre livskvalité för våra 18 dementa omsorgstagare i Växjö kommun.	Kristina Hjertberg, enhetschef: kristina.hjertberg@kommun.vaxjo.se Erika Sjödahl, undersköterska Eva Nilsson, undersköterska Margareta Adolfsson, undersköterska Lillemor Henriksson, anhörig Agneta Jansmyr, förvaltningschef Thomas Tryggvesson, distriktschef Birger Ossiansson, distriktsläkare

Bakgrund och problem:

Det finns en vilja och ett engagemang i Växjö kommun att tillsammans arbeta för en bra demensvård. Växjö Kommun har en demenssjuksköterska som stödjer oss personal med utbildning och utveckling av olika arbetsmetoder som leder till förbättring. Östregården är Växjö kommuns största demensboende, ett s.k särskilt boende där omsorgstagaren hyr sin egen lägenhet. Östregården har 62 lägenheter varav 13 lägenheter är till för de som har psykiska funktionshinder. Plan 3 är ett boende med 18 omsorgstagare fördelat på två enheter. På enheterna bor det personer med olika funktionshinder, man lever nära sina grannar som man inte kan välja själv. Oro sprider sig lätt på enheten och vi vill förbättra deras livskvalité och boendesituation. För att kunna minska oron och de aggressiva utbrotten måste personalen arbeta tillsammans mot nya mål och gemensamma värdegrunder. Östregården har haft två olika huvudmän sedan starten, 2003-02-01 övertog Växjö kommun hela ansvaret. I samband med övertagandet tillträdde en ny enhetschef, tillsammans med personalen fanns ett intresse för att vidareutveckla enheternas demensvård.

Mål:

Att minska oro och aggressivitet hos de dementa.

Mål 1: 90% av antal mättillfälle ska vara under 3 på VAS skalan

Mål 2: Vi ska minska antal aggressiva utbrott med max ett utbrott/vecka

Mål 3: Vi mäter antal intagna ordinerade behovsmediciner så att de inte har ökat.

(Balanserat mått)

Mått:

Vi använde oss av en mätblankett som vi själva tillverkat. Den gällde för en vecka/omsorgstagare. På blanketten mättes oro, antal aggressiva utbrott och antal intagna behovsmediciner.

Balanserande mått:

Vi mäter antal ordinerade behovsmediciner så att de inte har ökat.

Hur gjordes mätningarna?

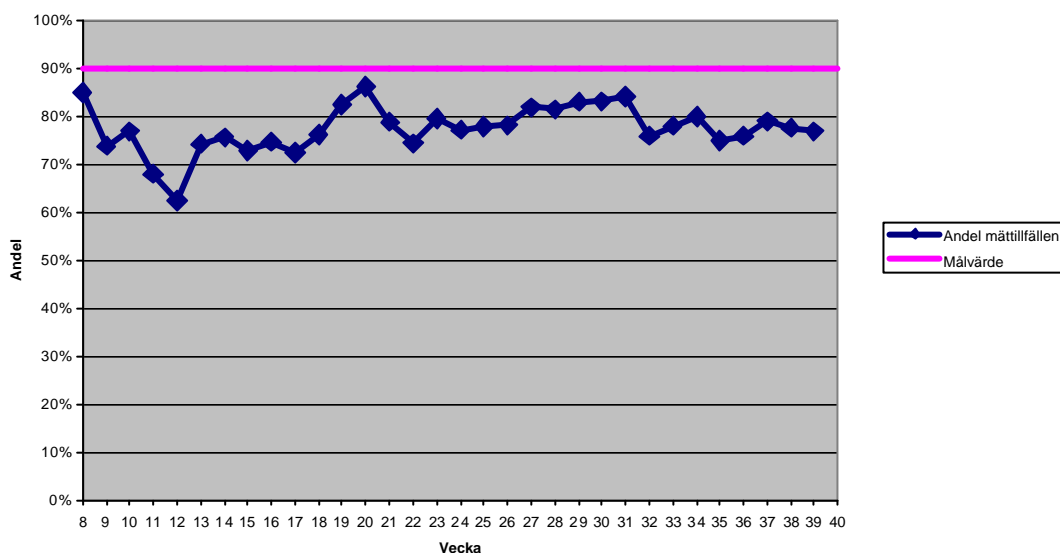
Vi pratade oss till en gemensam värdegrund gällande oro och aggressivitet, och gjorde upp en gemensam definition som alla kunde arbeta efter.

Vi har använt oss av en mätblankett/omsorgstagare och vecka. Personalen mätte varje omsorgstagare fyra gånger/dag (morgon, middag, kväll och natt) för att analysera hur oron fördelar sig under dagen samt även om det förekommit aggressiva utbrott. Vi räknade antal ordinerade behovsmediciner/omsorgstagare och vecka innan mätningarna startade och fick på så sätt ett utgångsvärde. På samma mätblankett som vi mätte oro och aggressiva utbrott skrev personalen upp hur mycket behovsmediciner som delats ut/omsorgstagare. Blanketten sammanställdes av enhetschefen varje vecka för att få fram den procentsats som skulle jämföras med vår målsättning.

Resultat:

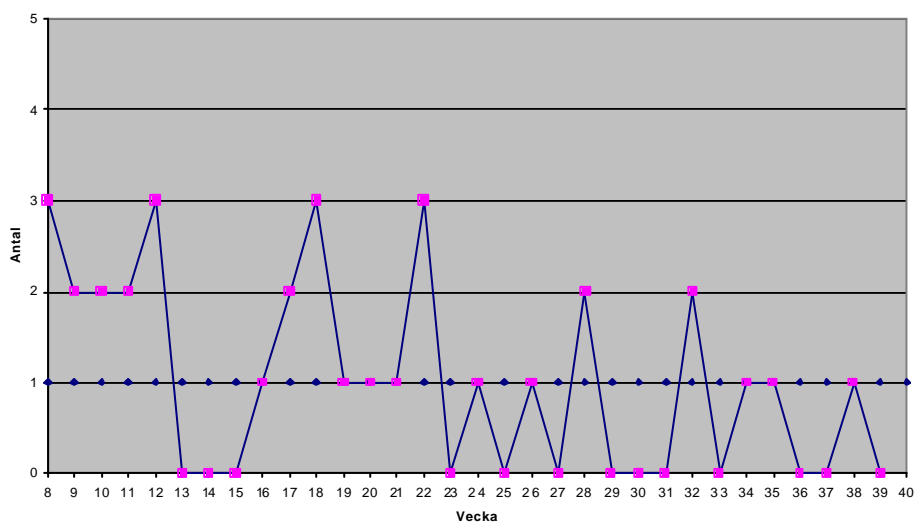
MÅL 1:

Andel mättillfällen under 3 på VAS skalan(Lätt till svår oro) hos 18 dementa omsorgstagare i Växjö Kommun



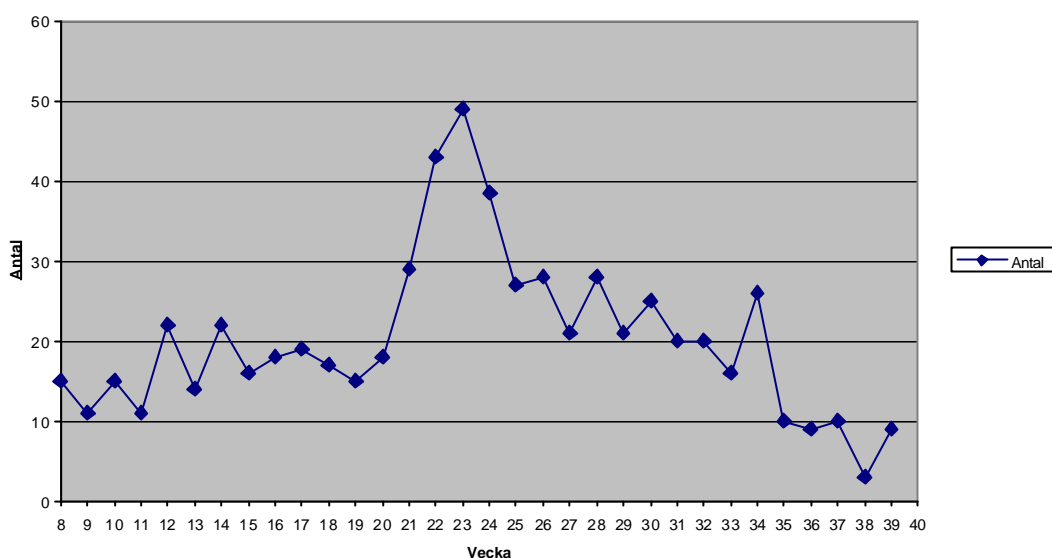
MÅL 2:

Antal aggressiva utbrott/vecka. Mätningen är gjord på en demensenhet i Växjö Kommun med 18 omsorgstagare



MÅL 3:

Intag av behovsmedicier/vecka. Mätningen är gjord på en demensenhet i Växjö Kommun med 18 omsorgstagare



Förändringar som testats och andra aktiviteter:

Speglingsmåltider:

En personal sitter tillsammans med omsorgstagarna vid samtliga måltider. Allt för att ”spegla” beteendet av själva måltiden. Det blir en lugnare stämning vid måltiderna då det sitter med personal runt bordet.

Frukost:

Tidigare serverades frukost när alla satt vid bordet, oron kom snabbt då de fick sitta och vänta på att maten skulle komma fram på bordet. Vi prövade med att servera frukosten individuellt, den som var klar för att äta fick sin frukost och sen blev det lugnt vid bordet.

Middagsvila:

Vi upptäckte att de flesta omsorgstagarna var oroliga efter middagen. Vi prövade med att de fick vila en stund efter middagen. De flesta tyckte det var skönt att sträcka ut sig, de vilade en stund för att orka med eftermiddagen och dess aktiviteter.

Levnadsberättelse:

Kontaktpersonerna har gått igenom vilka aktiviteter, intressen mm som kan vara till glädje för omsorgstagaren i det tillståndet som vederbörande befinner sig i just nu. Vi har på ett individuellt sätt försökt att tillgodose deras behov på ett bättre sätt än tidigare.

Pedagogiska dockor:

Vår demenssjuksköterska rekommenderade en speciell docka som fanns att köpa in. Vi gjorde det och den har gett oss fantastiska resultat. T.ex en av de kvinnliga omsorgstagarna hade varit orolig i en månads tid, så gott som dygnet runt. Inga mediciner hjälpte. Vi visade dockan för henne och på två minuter fanns det en fokusering på själva dockan och hennes oro hade brutits. Hon satt en halv timme och skrattade med sin docka och visade sin omsorg mot ”

barnet” som hon fick i sin famn. Sen den dagen släpper hon knappt taget om dockan. Många andra omsorgstagare har även tagit till sig dockan och det har goda effekter även för dem.

Draperi framför entrédörrarna:

Dörrarna in till enheterna är delvis gjorda av glas, vilket skapar en slags nyfikenhet om vad som sker utanför dörrarna. Man kan se att ”friheten” finns där utanför och i kombination av att vi har sk låsta enheter skapas det en aggressivitet och frustration av att inte kunna komma ut. Vi prövade att sätta upp ett draperi framför glaspartiet på dörrarna, någorlunda samma färg som själva färgen på dörren och dess karmar. Detta har gjort att man förleder nyfikenheten till att vilja gå ut. De störs inte av vad som händer utanför dörrarna utan vänder vid dörrarna och går tillbaka till den allmänna lokalen.

Aromaterapi:

Vi prövade att tända en aromlampa med lavendeldoft då vi hade en orolig omsorgstagare. Till viss del hade det en lugnande effekt men det visade sig att personalen blev väldigt trött och orkade knappt arbeta. Nu använder vi lampan bara i vissa fall..

Hålla i dörren när vi stänger den:

Dörrarna stängs automatiskt och på grund av att det, ”smäller det” ordentligt i dörren när den stängs. Det ekar och dånar och stör friden på enheten Vi bestämde oss för att helt enkelt hålla i dörren när man stänger den. Nu gör all personal det och det upplevs som lugnare bara på grund av denna enkla sak.

Övriga ljud på enheten:

Ofta står tv, n på i onödan, någon har satt på den och det är ingen som tittar. Radion skvalar all möjlig musik som inte passar våra omsorgstagare. Vi försöker att anpassa tv tittandet och musiken så det blir en lugnare stämning.

Vi diskar inte några kantiner och skramlar med övrig disk när omsorgstagarna sitter och äter.

Individuella förändringsidéer:

Vi har provat flera individuella idéer som har gett oss goda resultat. Vi har då utgått från enskilda behov och i vissa fall har anhöriga varit delaktiga. Som t.ex då vi samverkade om att få ”släppa ut” en av våra omsorgstagare utan att vi som personal skulle följa med. Hans diagnos gjorde att han klarade sig delvis på egen hand även utan oss. Han kände förtroende över att bli utsläppt och vi litade på varandra. Idag går han hem till sina anhöriga och klarar att hitta vägen både dit och hem.

Sammanfattning kring måluppfyllelse:

I början av projektet satte vi målvärdet för lågt gällande oron. Vi trodde oss inte nå upp till det resultat vi faktiskt gjorde. Efter några veckors mätande av oro höjde vi målet till 90%. Det var för högt och vi har idag inte lyckats nå upp till det. Som en analys av de mätveckor vi gjort kan vi säga att vårt linjediagram tyder på att vi lärt oss arbeta efter en bra metod. Diagrammet ”planar ut, rätar ut sig” och vi får en jämnare kurva mot slutet än vad den visade oss i början, trots att vi inte nått målet. De aggressiva utbrotten har minskat markant och till stor del har vi inte haft några utbrott alls under en vecka. Behovsmedicinerna ökade markant under en viss period i maj-juni, vi vet varför och gör våra egna analyser tillsammans med läkaren och personalen.

Kommentarer:

När vi varit på LS1 kände vi oss både förvirrade och nyfikna på vårt uppdrag, vi startade med ett projektmöte med enbart personal. Vi klargjorde vad som förväntades av oss och

förtydligade vad själva Genombrottsmetoden innebar. Vi fick en sådan energi och startade med flera förändringsidéer på en gång. I efterhand kan vi se att det var för många på en och samma gång, vi borde ha tagit några få istället och fokuserat på dem. Trots vår rivstart kan vi känna oss mycket nöjda med de resultat vi nått upp. Vi har lärt oss att använda våra sinnen på ett bättre sätt för att kunna tillgodose omsorgstagarens behov. Personalgruppen har fått ett gemensamt mål att arbeta mot samt en gemensam värdegrund. Vi har vågat pröva olika förändringar och idéer, det är tack vare Nolans modell som tillåtit oss att backa tillbaka och analysera vad som gick bra men även det som vi kunde gjort bättre. Vi har blivit mer öppnare för okonventionella lösningar på olika svårigheter i vår omgivning. Ingen har känt sig misslyckad i detta förändringsarbete, det har gett personalen ett bättre självförtroende. Vi har alla blivit mer vidsynta och samverkar bättre. Vi har även haft ett gott stöd från våra chefer som visat intresse för vårt arbete. Vi är väldigt tacksamma att vi fått förmånen att få vara med i Genombrottsprojektet och tackar alla som hjälpt oss på väg.

Att arbeta med Genombrott:

Fördelar:

Det har blivit ett lugnare klimat på enheten, det råder en behagligare stämning bland både personalen och omsorgstagarna. Ljudnivån har sänkts och det spelas ofta lämplig musik. Personalgruppen har lärt sig prata med varandra på ett bättre sätt. De har diskuterat sig fram till en lösning och blivit mer lyhörda och medvetna. Nolans modell har gjort att det vågat pröva olika förändringar, analyserat och sett nya vägar att gå, de har inte känt sig misslyckade. Se även vad vi skrev i kommentarerna.

Nackdelar:

Svårt att få tiden till att räcka till för enhetschefen då det har krävts mycket kunskaper och dokumentation i bland annat Excell. För personalens del har det varit svårt för vissa att stå tillbaka med sina idéer i avvaktan på andras idéer ska prövas.

Mest givande:

Att se hur personalen arbetar mot ett gemensamt mål och att det ger resultat. Att tänka positivt och med en framåtanda trots de svårigheter vi har med de demenssjuka omsorgstagarna vi har. Det har även varit givande att få komma till Lärandeseminarieerna och få ta del av varandras projekt och erfarenheter. Helt fantastiskt.

Svårast:

Att hantera diagrammen och veta hur vi skulle redovisa detta.

Lärdomar:

Att vi är olika både som omsorgstagare, personal och övriga arbetsgrupper som finns runt omkring oss. Viktigt att personalgruppen arbetar utefter sina egna förutsättningar och att de inte "tittar på hur långt andra har kommit". Ta lärdomar, byt erfarenheter med varandra utan att känna sig bättre eller sämre än någon annan. Gläds att varandras framgångar och tänk positivt.