

Hälsö högskolan Jönköping  
Institutet för gerontologi  
Iréne Ericsson

## **Förändrad demensvård genom utbildning?**

- **en utvärdering av ett projekt  
i Nässjö kommun**



**HÄLSOHÖGSKOLAN**  
HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

## Innehåll

<b>Introduktion</b>	3
Specialisten - vårdaren för personen med demens	3
Projektet	6
<b>Metod och genomförande av utvärderingen</b>	10
<b>Resultat</b>	11
Utbildningsbakgrund, arbetade år samt specifik demensutbildning	11
Åsikter om fortbildning/utbildning, kunskapsökning och personlig utveckling	12
Deltagande i utbildningssatsningen	13
Utbildningen och påverkan på arbetsituationen	14
Arbetsglädje, arbetstillfredsställelse och stämningen på arbetsplatsen	15
Förståelse för personer med demens och utförande av arbetet	16
Instrument i utförandet av vården	18
Betydelse av struktur i arbetet	19
Känsla av trygghet hos personer med demens och trygghet/säkerhet hos vårdgivare	20
Helhetssyn – hur ser man på personer med demens	21
Informationsöverföring/ rapportering och handledning	22
Vårdfilosofi	23
Teamarbete och kunskap i teamet	24
Stöd och bekräftelse från överordnade	25
Utbildningens värde för fortsatt yrkesutövning	27
Förändringar som genomförts i samband med projektet	28
Resultatsammanfattning	29
<b>Diskussion</b>	32
<b>Referenser</b>	36

## Introduktion

### Specialisten – vårdaren för personer med demens

För att ge vård till en person med demenssjukdom krävs många färdigheter hos vårdgivaren, till exempel personliga egenskaper som värme och medmänsklighet, kreativitet, problemlösningsförmåga, fantasi, människokänedom, tålamod, humor men också intresse och motivation för arbetet. Förutom grundläggande kunskaper i omvårdnad krävs också kunskap om demenssjukdomar och dess konsekvenser - en specialiserad yrkeskunskap. Demensvården innebär ett kontinuerligt reflektionsarbete. Vårdaren möts av ständigt nya utmaningar, det uppstår ständigt nya situationer. Den ena situationen är inte den andra lik och varje situation måste lösas på sitt speciella sätt. Det finns inte två individer som är helt lika utan varje individ kräver sitt eget omhändertagande/bemötande utifrån stunden och sina specifika personliga behov. Demensvården kräver personlig lämplighet och yrkesskicklighet hos vårdgivaren.

Vården av personer med demens kräver flexibilitet och färdigheter inom flera områden hos vårdgivaren. Det kan vara svårt att förstå att vården av personer med demens skulle kunna bli enformig eftersom den ena dagen/ stunden/situationen/ personen inte är den andra lik. Bristen på respons från vårdtagaren kan misstänkas vara den faktor som gör att känslan ändå kan infinna sig. Demensvården är ett människovårdande yrke där vårdaren använder sig själv som arbetsredskap. Ett ständigt utgivande och att förhålla sig till personer med demens är krävande. Det är därför angeläget att också vårda arbetsredskapet vilket har framkommit i studier som gjorts av Mork Rokstad m.fl. (1996) och Rahm Hallberg (2002).

Ett sätt att vårda arbetsredskapet - personal i demensvården - är att synliggöra och bekräfta personerna och det arbete de utför. Socialminister Ylva Johansson säger då hon talar om den aktuella kompetensstegen ”sluta se personalen som händer och fötter utan använd personalens förmåga, kunnande och empati, det vill säga deras hjärta och hjärna” (Äldreomsorgen, 2005/1). Kitwood (1997) beskriver den personcentrerade vårdens synsätt som kräver att vårdgivaren ser vårdtagaren som människa men om inte vårdgivarna själva blir sedda som människor utan enbart som utförare av ett ar-

bete/ uppgift finns risk för att de inte orkar. Både Kitwood (1997) och Mork Rokstad (1996) har studerat ledarskapets roll i demensvården. Teamarbetet är ett sätt att förena de gemensamma goda krafterna så att alla arbetar åt samma håll, för samma mål. Det krävs en helhetssyn och ledarens roll är viktig i detta sammanhang för att ta tillvara den kompetens och de förmågor som finns i personalgruppen och låta dem utvecklas. Inom varje verksamhet finns ofta mål och visioner som formulerats i en vårdfilosofi, men för att upprätthålla motivationen för vårdfilosofin krävs en ledare som håller den levande och för den vidare till de som involveras i, kommer i kontakt med verksamheten.

Ett annat sätt att vårda arbetsredskapet - vårdgivaren - är att se till att vårdgivaren har tillräcklig kunskap för arbetet med personer med demens. Många beteenden och symtom hos personer med demenssjukdom är svåra att förstå och hantera för den som står bredvid. Responsen från personer med demens som är mottagare av en vårdhandling kan bli tvärtemot vad man i normala fall kan förvänta sig av handlingen. För den person som inte har kunskap om demens och ändå förväntas vårda är det svårt att uppleva känsla av sammanhang. Att uppleva KASAM (känsla av sammanhang) är alltid och i alla sammanhang viktigt för oss som människor, enligt Antonovsky (1991). KASAM består av tre delfaktorer; *begripligheten* - att förstå det som sker, *hanterbarheten* - att uppleva sig kunna påverka situationen och *meningsfullheten* - att kunna uppleva att det finns en mening i att engagera sig eftersom det kan påverka situationen. I demensvården är det av betydelse att få kunskap/information som gör beteenden och situationer begripliga. Vårdgivaren måste ha kunskap för att uppleva sig kunna hantera situationen. Det krävs också kunskap hos vårdgivaren för att kunna uppleva en mening att engagera sig, att uppleva det meningsfullt att gå in i vårdsituationen med det engagemang som vården kräver.

Mork Rokstad m.fl. (1996) hänvisar till Thorsrud & Emery (1970) där de beskriver vilka psykologiska krav människan har på arbetet, som människans behov i förhållande till arbetssituationen. Individens behöver inte ständigt förändringar i arbetet men ett visst minimum av variation behövs. Det finns ett behov av att kunna lära sig något i arbetet och att kunna fortsätta att utvecklas, för att inte stagnera. Människan har också behov av att kunna ta beslut i det lilla inom ett begränsat område som man som individ kan kalla sitt. Det finns också behov av bekräftelse, åtminstone i så hög grad

att individen upplever mellanmänsklig stöttning och respekt på arbetsplatsen. Individen har även behov av att kunna se sammanhang. Arbetet måste kunna ses som förenligt med önskvärd framtid och att det känns rätt för individen. De beskrivna behoven är lite olika hos oss människor och kan variera från en situation till en annan och påverkas också av var i livet vi just för tillfället befinner oss.

Att erbjuda individuell/personlig utveckling är ett sätt att möta människans behov i förhållande till sin arbetssituation. Personlig utveckling genom utbildning kan vara ett sätt för vårdgivaren att uppleva bekräftelse och utveckling. Utbildning behöver inte enbart bestå av det traditionella föreläsningkonceptet utan kan handla om utbildning genom t.ex. hospitering och studiebesök. Det är också angeläget att tillvarata kompetensen på olika sätt och ett sätt att göra detta kan vara att den personal som genomgått utbildning i sin tur utbildar kollegor.

De faktorer som bygger upp kompetens hos en vårdgivare är teoretisk kunskap, erfarenhets- och färdighetskunskap, inställning och förmåga att relatera till andra. En viktig komponent i kompetensen är den tysta kunskapen som utgörs av färdighetskunskap och erfarenhetskunskap. En del har större personliga förutsättningar för att klara av ett arbete och det brukar kallas livskunskap. Den tysta kunskapen är inte tillräcklig för att ha kompetens. Det krävs ett ständigt tillflöde av teoretisk kunskap för att personen skall kunna kommunicera, sätta ord på den tysta kunskapen och på så sätt synliggöra vad det är vi utför i vården. Status och säkerhet i yrkesrollen kan också sägas utebli för den som enbart förlitar sig till den tysta kunskapen. Kunskap är inte något statiskt, det kommer ständigt ny kunskap och nya forskningsrön som ger nya verktyg för att utföra vården (Berg & Henningson, 2005). För att få teoretisk kunskap krävs ett givande och ett tagande. För att teoretisk kunskap skall förvärfvas krävs en motiverad mottagare och det är genom den egna reflektionen hos mottagaren som kunskap förvärfvas (Liedman, 2004). Egentligen handlar utbildning om att stimulera en utveckling av kunskap vars förutsättningar finns i människans inre. Den viktigaste drivkraften till att förvärva kunskap är intresse och teoretisk kunskap är aldrig gratis, det kräver viss ansträngning från den som vill ha den men det ger glädje att kunna dela förvärvad kunskap med andra. Människan förändras alltid genom den kunskap han/hon skaffat sig.

## Projektet

Under våren 2003 träffades en grupp bestående av en projektsamordnare, några områdeschefer, två demenssjuksjukköterskorna i Nässjö kommun och en inbjuden representant från Hälsohögskolan. Syftet var att genomföra ett projekt där man med utbildning som intervention utvecklade demensvården i kommunen. Flera personalgrupper hade gett uttryck för önskemål om någon åtgärd eftersom man upplevde stagnation i verksamheten. Personalen vid tre demensboenden valdes ut för att delta i projektet. Kriterier för deltagande i projektet var att deltagarna skulle vara motiverade för att göra förändringar på sitt boende. Det slutliga urvalet av vilka boenden som skulle ingå i projektet gjordes av områdescheferna.

Den ursprungliga tanken var att alla de som var involverade i vården och omsorgen av personer med demens på respektive boende skulle delta i utbildningen. Motiveringen var att om en förändring skulle kunna genomföras måste alla få samma utbildning och information så att alla strävade mot samma mål. Av olika skäl gick inte detta att göra och istället gjordes ett urval på respektive boende och 23 stycken tillsvidareanställd personal på tre demensboenden valdes ut för att delta i projektet.

Det fanns skillnad i personaltäthet på de tre boendena. Boende I hade 0,75 personal per person och där bodde åtta personer med demens. Boende II hade tio platser och en personaltäthet på 0,70 per person medan boende III hade en personaltäthet på 1,0 per person och på boendet fanns 8 permanenta platser samt en akutplats.

En struktur utformades för hur utbildning, uppföljning och utvärdering av projektet skulle genomföras. Utbildningen hölls för de tre grupperna gemensamt under tre eftermiddagar (fyra timmar).

Tabell 1: Utbildningsinnehåll.

Utbildningstillfälle I	Utbildningstillfälle II	Utbildningstillfälle III
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vad är normalt – vad är sjukt?</li> <li>- Vad är demens, förekomst?</li> <li>- Demenssjukdomar.</li> <li>- Konfusion.</li> <li>- Utredning.</li> <li>- Läkemedel och äldre med betoning på demenssjukdomar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demensvården i går, i dag och i morgon.</li> <li>- Vårdfilosofi.</li> <li>- Personcentrerad vård.</li> <li>- Jagstödande förhållningssätt.</li> <li>- Livshistorien och dess betydelse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPSD - Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.</li> <li>- Kartläggning och observation för att finna orsak till beteenden, mäta trivsel och utvärdera effekt av vidtagna omvårdnadsåtgärder.</li> <li>- Kort presentation av andra exempel på bemötandemetoder vid demenssjukdom.</li> </ul>

I föreläsningarna presenterades de vanligaste demenssjukdomarna och ny forskning inom området. Läkemedelsbehandling specifikt vid Alzheimerssjukdom och läkemedelsbehandling med psykofarmaka till äldre och personer med demens var andra ämnen. Betoningen i utbildningen var på bemötande och bemötandemetoder och det var också detta som fick största utrymmet. Kitwoods (1997) personcentrerade vård presenterades där etik och människosyn ingår som en naturlig del. Den personcentrerade vården innebär att alltid sätta personen först, och sjukdomen kommer i andra hand. Gruppboendets vara eller inte vara var ett annat ämne som togs upp. En historisk bild av den ursprungliga gruppboendetanken från 1980-talet presenterades. Modellen för gruppboende var att personer med demens skulle bo i en liten lättförståelig miljö med hög personaltäthet och kompetent personal med specialutbildning inom området demens. Gruppboendemodellen skulle åstadkomma att personer med demens kunde leva ett aktivt liv genom att delta i det naturliga dagliga livets aktiviteter och det sociala livet. En jämförelse gjordes av gårdagens, dagens och morgondagens demensvård. Det konstaterades att det inte riktigt ser ut som det ursprungligen var tänkt, dels på grund av minskande resurser ekonomiskt och personalmässigt, men också på grund av att de som flyttar in i gruppboendet i dag har kommit längre i sin demenssjukdom. Budskapet i föreläsningen var att det trots krympande resurser ändå är viktigt att kunna se och ta till vara de möjligheter som man kan finna för att ge vård av kvalitet till patienten.

I föreläsningarna talades också om behovet av struktur i vården av personer med demens. Forskning (Mork Rokstad, m.fl. 1996) visar att struktur underlättar i arbetet med personer med demens. Struktur kan medverka till att spara tid men också ett sätt

att visa på resultat av vården, vilket ansetts vara svårt i demensvården. Det är dock viktigt då man talar om struktur i demensvården att strukturen måste vara en struktur med flexibilitet.

Vårdfilosofin som instrument i vården av dementa presenterades i utbildningen. Nyttan med en vårdfilosofi är att skapa gemensamma mål för verksamheten, att ha ett gemensamt arbetssätt, en gemensam grund för hur man vill utföra vården, där alla i gruppen strävar mot samma mål.

För att åstadkomma struktur i demensvården finns olika typer av instrument för dokumentation som används för att t.ex. hitta lösningar på ett problembeteende. Ett sådant verktyg är kartläggningsschemat. Först identifieras beteendestörningen varefter tänkbara hypoteser om orsaker formas och därefter vidtas åtgärder för att kunna åstadkomma en förändring och slutligen utvärderas effekt av given åtgärd. Det är av vikt att inte enbart fokusera på problem vilket ofta kan vara en risk i demensvård. Ytterligare ett instrument är schemat för registrering av trivsel hos personer med demens och det är alltså lika viktigt att försöka utröna vad personen upplever som positivt som att utreda patientens problembeteende (Mork Rokstad, m.fl. 1996).

”Livshistoriemallen” (Edberg, 2002) är ett instrument som används för att lära känna den person som skall vårdas. Det är viktigt att ha kunskap om personens livshistoria, personlighet, fysiska och psykiska förmågor och det där ”lilla extra” som sätter guldkant på tillvaron för personen om en individuell vård skall kunna ges.

Cars & Zander (1996) har presenterat ”det Jagstödjande förhållningssättet” i demensvården. Författarna utgår från jaget som sviktar vid demenssjukdom och gör en beskrivning av tolv jagfunktioner. Förhållningssättet innebär att vårdaren stödjer och kompenserar för de brister i respektive jagfunktion som demenssjukdomen orsakat hos individen.

Fotografier är ett sätt för personer med demens att minnas sitt liv. Vi har alla ett behov av att berätta vår livshistoria men för att kunna detta är vi beroende av vårt minne. Personer med demens måste på grund av sitt sviktande minne få hjälp med att berätta sin livshistoria och då är ett fotoalbum ett bra sätt för vårdpersonal att kunna hjälpa till



med livsberättelsen. Ett särskilt album som berättar om patientens liv med bilder och kortfattad text kan hjälpa personen att känna identitet och ge upplevelse av helhet och mening i livet (Powell, 2000).

Utbildningstillfällena hölls med ca en månads mellanrum och till varje tillfälle skulle deltagaren göra uppgifter för att reflektera över det som sagts vid utbildningstillfället. Utbildaren gav respons på uppgifterna.

Efter en till tre månader efter utbildningen besökte utbildaren respektive boende för att diskutera hur gruppen ville applicera det som presenterats i utbildningen ute i sin verksamhet. En nulägesbeskrivning gjordes vid detta tillfälle och mål för hur man ville arbeta formulerades, och eventuella visioner om förändringar efterfrågades. En diskussion angående de olika förhållningssätten och instrumenten hölls med syftet att undersöka om man kunde/ville använda något eller flera av dem i sin verksamhet.

Ännu en uppföljning på respektive boende genomfördes ungefär ett år efter utbildningen. Vid tillfället utvärderades åtgärder och uppsatta mål. Utvärderingen syftade till att undersöka om det man ville förändra hade förändrats och om, och i så fall vilken, effekt det gett för verksamheten. Vid båda uppföljningstillfällena förde utbildaren kortfattade dagboksanteckningar om vad som diskuterades.

Slutligen planerades det att en utvärdering av hela projektet skulle göras men det var vid planeringsstadiet av projektet oklart vem som skulle utföra den. Först efter avslutad utbildning och uppföljning bestämde utbildaren sig för att ta initiativ till enkätundersökningen.

Syftet med utvärderingen var att undersöka om projektet som var avsett att åstadkomma en utveckling av demensvården, på de tre demensboendena som var utvalda att delta i projektet i Nässjö kommun, ledde till någon förändring i verksamheterna och de personer som deltog i projektet.

## Metod och genomförande av utvärderingen

En enkät skickades per post till de 23 i personalgruppen som deltagit i utbildningen. I informationsbrevet framgick att deltagande var frivilligt och i brevet fanns också ett frankerat svarskuvert. Svaren var markerade med vilket boende det gällde. Enkäten innehöll strukturerade frågor med svarsalternativ. Vid några av frågorna fanns möjlighet att ge egna kommentarer, synpunkter eller motivering, detta för att få en bättre bild av varför alternativet valts.

På liknade sätt skickades en enkät till de områdeschefer och sjuksköterskor som var knutna till respektive boende (sex personer). Dessa brev märktes inte med boendetillhörighet eftersom det hade utgjort en risk för att kunna identifiera personen som avgett svaret då denna grupp var liten. Enkäten till denna grupp var något annorlunda formulerad då det gällde bakgrundsfrågorna.

Inom projektets ram gjorde utbildaren två uppföljningsbesök på respektive boende. Det första uppföljningsbesöket gjordes några månader efter utbildning och det sista ungefär ett år efter utbildningstillfällena. Uppföljningsbesöken kan ses som en form av utvärdering av projektet och dess betydelse och en kort presentation görs därför av det som framkom vid dessa uppföljningar. Till grund för denna del av resultatet ligger de dagboksanteckningar som utbildaren gjorde vid uppföljningsbesöken.

## Resultat

Undersköterskor/vårdbiträden/mentalskötare utgjorde den grupp som tillfrågades genom enkäten och det var 17/23 som svarade på enkäten. Gruppen bestod av enbart kvinnor och gruppen benämns i resultatpresentationen för personalgruppen.

Den andra gruppen som tillfrågades var tre sjuksköterskor och tre områdeschefer på de tre boenden som ingick i projektet, fyra kvinnor och två män. Av de sex som tillfrågades besvarade fem enkäten.

Det förekommer också internt bortfall vilket redovisas vid varje enskild fråga. En jämförelse mellan de olika boendena som deltog i projektet görs också vid någon fråga. De tre olika boendena benämns, boende I-III i resultatet. Vid boende I var det fem personer som besvarat enkäten, vid boende II var det sju svarande och vid boende III var det fem personer som besvarat enkäten.

I slutet av resultatredovisningen presenteras några resultat som framkom genom de dagboksanteckningar som fördes vid de två uppföljningsbesöken ute på respektive boende som gjordes efter några månader och efter det att projektet pågått i cirka ett år.

### Utbildningsbakgrund, arbetade år samt specifik demensutbildning

De flesta (14/17) som svarade i personalgruppen hade en undersköterskeutbildning, någon (1/17) var vårdbiträde och några (2/17) vårdare eller skötare. Det var nio (9/17) personer som hade arbetat fyra till tio år inom demensvården och de övriga åtta (8/17) hade arbetat mer än tio år inom området.

På frågan om de fått någon tidigare utbildning inom demens innan projektets genomförande svarade åtta (8/17) att de inte fått detta. De övriga nio (9/17) som svarat beskriver i de flesta fall att de fått kortare föreläsningar en halv- eller heldag och då som internutbildning. Några (2/17) hade gått utbildning en gång i veckan under en termin

och en person hade gått utbildning med inriktning demens i sin undersköterskeutbildning.

### **Sammanfattning**

Samtliga i personalgruppen hade alltså någon vårdutbildning men undersköterskor var överrepresenterade. Över hälften hade arbetat mer än tio år inom området och hälften har inte tidigare fått vidareutbildning inom arbetet och i de fall man fått utbildning rör det sig oftast om hel - eller halvdags internutbildning.

### **Åsikter om fortbildning/utbildning, kunskapsökning och personlig utveckling**

Personalgruppen fick frågor som, om det är av betydelse att personal som arbetar med personer med demens får utbildning/fortbildning, om det är viktigt att öka sin kunskap inom området och om hur viktigt det är med personlig utveckling som vårdgivare för personer med demens. De svarsalternativ som fanns att välja mellan var *”inte alls viktigt”, ”av liten betydelse”, ”viktigt” och ”mycket viktigt”*.

Fortbildning/utbildning hos personer som vårdar personer med demens är *”viktigt”* svarar två personer av de 17 och de återstående 15 som svarat menar att det är *”mycket viktigt”*.

Det är också *”viktigt”* att öka sin kunskap inom området och uppleva personlig utveckling i arbetet, tycker tre av de 17 svarande. Övriga (14/17) svarade att det är *”mycket viktigt”* att öka sin kunskap inom området och uppleva personlig utveckling.

Områdeschefer och sjuksköterskor fick samma frågor och samtliga (5/5) svarar att fortbildning/utbildning, ökning av kunskap inom demensvård och utveckling av personlig kunskap inom området är *”mycket viktigt”*.

### **Sammanfattning**

När det gäller åsikter om betydelse av fortbildning, kunskapsökning och personlig utveckling för personalen så är alla, både personalgruppen och sjuksköterske- och områdeschefgruppen alltså helt överens om att det är *”viktigt”* och de flesta tycker att det är *”mycket viktigt”*.

## Deltagande i utbildningsatsningen

Deltagarna tillfrågades om hur de upplevde att initiativet till att de deltog i utbildningen togs. Att de gick utbildningen på eget initiativ men ändå var tvungna svarade tre (3/8) medan fyra (4/8) tyckte att det var på eget initiativ men att de erbjöds och en (1/8) person tyckte att hon erbjöds men samtidigt var tvungen att gå.

Det var åtta (8/17) som enbart svarade med ett alternativ och en (1/8) av dessa som svarade med alternativet att hon deltagit på ”*eget initiativ*”. Det var arbetsgivaren som tog initiativet menade tre (3/8) personer som svarade med ett alternativ, de svarade att de ”*erbjöds*” att gå utbildningen och fyra (4/8) personer av de som enbart svarat med ett alternativ upplevde sig ”*tvungna*” att gå på grund av att deras avdelning var utvald för projektet. En person avstod från att svara på frågan.

Fördelningen i svaren mellan de olika boendena var: Vid boende I, var det tre (3/5) som hade ”*eget initiativ*” med som alternativ. Vid boende II var det fem (5/7) som hade ”*eget initiativ*” med som alternativ och vid boende III var det ingen (0/4) som använde alternativet ”*eget initiativ*”.

Frågan som ställdes till områdeschefer och sjuksköterskor på respektive boende var om de deltagit i utbildningen. Någon (1/5) hade deltagit helt och någon (1/5) vid de flesta tillfällen och ett par (2/5) av de tillfrågade hade deltagit vid något enstaka tillfälle. Någon (1/5) avstod från att svara på frågan. Det gavs möjlighet att ge egna kommentarer om anledning till att man deltog eller inte deltog. Här fanns motiveringar som att det fanns en önskan att hitta en gemensam modell att arbeta efter på avdelningen och därför kändes deltagandet angeläget. De som inte deltagit mer än vid något enstaka tillfälle hade gett kommentarer som att det var andra ”*måsten*” som redan var inplanerade och som då gjorde att de inte kunde delta. Det fanns också en turbulens i denna grupp på grund av byte av personer på två av tjänsterna och det angavs som orsak till att man inte deltagit.

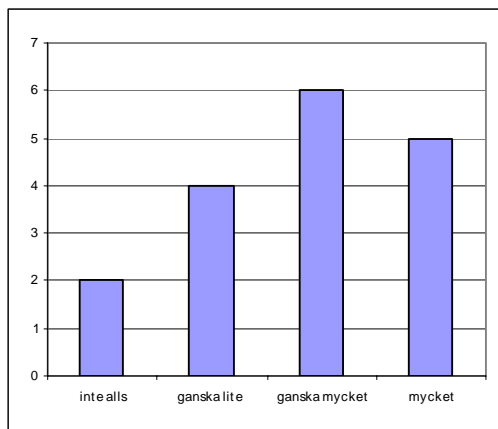
## Sammanfattning

Hälften i personalgruppen hade alltså bland sina valda alternativ att de gick utbildning på *" eget initiativ "*. Det var lika många som hade alternativet att de var *" tvungna "* med bland alternativen de valt och på boende III svarade ingen med alternativet *" eget initiativ "*.

Bland områdeschefer/sjuksköterskor var det bara någon som deltagit helt i utbildningen. Motiveringen till att man inte deltagit var bland annat att det kolliderade med andra möten som var inplanerade sedan tidigare.

## Utbildningen och påverkan på arbetssituationen

Utbildningen som gavs i projektet har *" inte alls "* påverkat arbetssituationen, tyckte ett fåtal (2/17) i personalgruppen, medan (4/17) tyckte att arbetssituationen påverkats *" ganska lite "*. De flesta tyckte att utbildningen påverkat arbetssituationen *" ganska mycket "* (6/17) och *" mycket "* (5/17).



Figur 1. Personalgruppens åsikter om påverkan på arbetssituationen efter utbildning.

Antal svarande: 17.

Områdeschefer och sjuksköterskor fick en något annorlunda formulerad fråga men som gällde samma område. Frågan som ställdes var om de ansåg att deras respektive

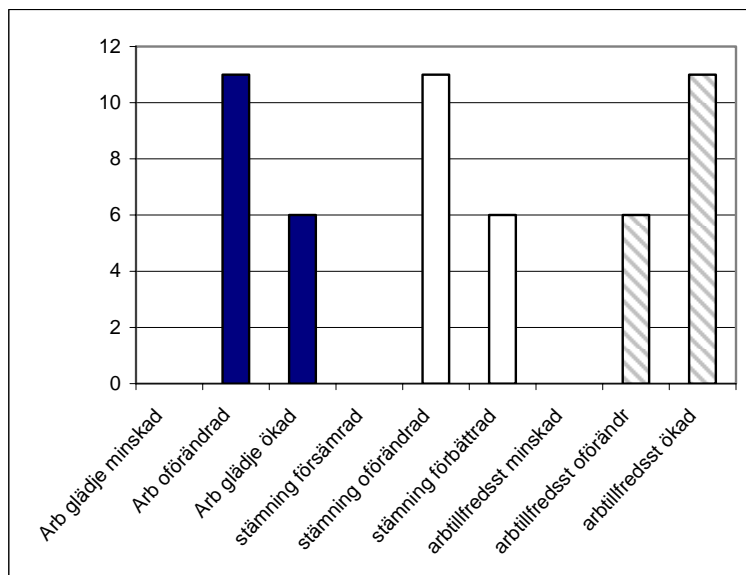
avdelning/boende påverkats av utbildningen. Svartalternativen var ”*inte alls*”, ”*ganska lite*”, ”*ganska mycket*” och ”*mycket*”. Det var två av de fem som svarade *mycket* och två svarade ”*ganska mycket*” och någon (en) valde alternativet ”*ganska lite*”.

### Sammanfattning

Övervägande antal i personalgruppen tyckte alltså att utbildningen påverkat arbetssituationen ”*ganska mycket*” eller ”*mycket*” och nästan alla sjuksköterskor och områdeschefer var av samma åsikt.

### Arbetsglädje, arbetstillfredsställelse och stämningen på arbetsplatsen

Arbetsglädjen och stämningen på arbetsplatsen efter utbildningen är ”*oförändrad*” svarade 11/17 i personalgruppen medan 6/17 tyckte att arbetsglädjen hade ”*ökat*” och stämningen var ”*förbättrad*” på arbetsplatsen efter avslutat projekt.



Figur 2. Utbildningens påverkan på arbetsglädje, stämning på arbetsplatsen och arbetstillfredsställelse. Antal svarande: 17.

Även känslan av arbetstillfredsställelse ”ökade” enligt merparten (11/17) av de tillfrågade i personalgruppen. De övriga (6/17) i personalgruppen upplevde att arbetstillfredsställelsen var ”oförändrad”.

Samma frågor ställdes till områdeschefer och sjuksköterskor och tre av de fem ansåg att arbetsglädjen var ”oförändrad” medan två svarade att den var ”ökad”.

När det gällde stämningen på avdelningen svarade två av de fem att den var ”oförändrad” medan tre svarade att den var ”förbättrad”. Samma fördelning i svarsalternativen var det på frågan om arbetstillfredsställelse, tre svarade att den var ”förbättrad” medan två svarade att den var ”oförändrad”.

### **Sammanfattning**

Två tredjedelar av de som svarat i personalgruppen var av åsikten att arbetsglädje och arbetssituation inte hade förändrats efter utbildning medan det var omvänt förhållande då det gällde arbetstillfredsställelse där två tredjedelar ansåg att det skett en förändring efter utbildning. Områdeschefernas svar var oförändrad och förändrad på de tre variablerna med ganska jämn fördelning mellan alternativen.

### **Förståelse för personer med demens och utförande av arbetet**

De flesta (14/17) i personalgruppen upplevde att de efter genomgången utbildning fick en ”ökad förståelse” för en person med demens och dennes situation medan de övriga (3/17) svarade att förståelsen var ”oförändrad”.

Då frågan om eventuell förändring av förståelsen för en person med demens efter avslutad utbildning ställdes till områdeschefer och sjuksköterskor var svaren att den var ”oförändrad” (1/5) och de flesta(4/5) svarade att förståelsen ”ökat”.

I personalgruppen svarade de flesta (12/17) att utbildningen påverkat det sätt varpå de utförde arbetet medan de övriga (5/17) svarade att så inte var fallet.



Vid frågan om sättet på vilket man utför sitt arbete förändrats efter utbildning gavs även möjlighet för egna kommentarer:

*”Mer tålmod när vårdtagaren frågar samma frågor gång på gång.*

*Varje fråga är ju en ny fråga för dementa”.*

*”Tänker efter lite mera hur man gör i olika situationer”.*

*”Mer förståelse”.*

*”Jag ger mer tid för pensionärens personliga behov”.*

*”Jag utgår mer ifrån att se hela människan, bakgrunden (livshistorien) hos den sjuke får mer betydelse, jobbar mer avslappnat”.*

*”Eftersom jag känner mig tryggare i min roll som vårdare efter utbildningen”.*

*”Att tid och engagemang påverkar vårdtagarens välmående”.*

*”När man har större förståelse kan man visa mera tålmod och respekt för individen. Vänta in rätt tillfälle för vårdinsatser”.*

*”Insikten om hur jag utför mitt arbete är viktigare än att jag utför den”.*

*”Mer tid för den boende - samtal, närhet ... Tvätt och städ är inte lika prioriterat utan kan vänta”.*

*”Fick många tips och idéer om hur man kunde förändra vissa arbetssätt. Försöker sätta mig in i hur den demente tänker”.*

Sättet att utföra arbetet var ”förändrat” efter utbildningen svarade tre av de fem i gruppen av områdeschefer och sjuksköterskor. De övriga två som svarat tycker att sättet på vilket man utför arbetet är ”oförändrat”. Även denna grupp fick ge egna kommentarer om hur utförandet av arbetet i så fall förändrats och kommentarerna presenteras i sin helhet.

*”Bemötandet. Har inte börjat med ”egentid” men ska börja med detta efter ju, l håller på med planering för detta”.*

*”Vi vårdplanerar mer ingående för varje individ. Personer med demenssjukdom sätts i centrum. Vi ger tid. Toleransnivån har ökat, ökad förståelse. All personal jobbar mot samma mål. Bemötandet har förbättrats. Större förståelse och kunskap för och om den enskilde individen”.*

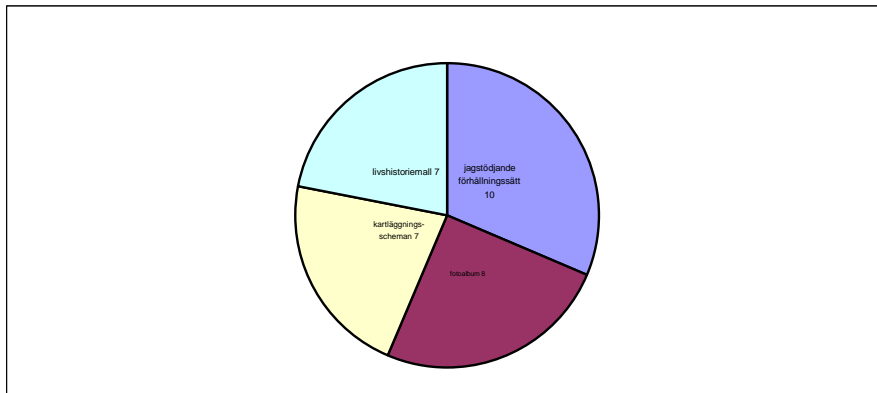
*”Som jag ser det är arbetssättet helt annorlunda till det positiva”.*

## Sammanfattning

Förståelsen för personer med demens ökade, svarade nästan alla i personalgruppen och nästan alla områdeschefer och sjuksköterskor svarade detsamma. Även utförandet av arbetet påverkades efter utbildningen menade nästan samtliga i personalgruppen och bland områdescheferna var det drygt hälften som svarade att arbetet påverkats.

## Instrument i utförandet av vården

I utbildningen presenterades flera instrument och förhållningssätt att arbeta utifrån i vården av personer med demens. Instrumenten och förhållningssätten som presenterades var livshistoriemall, jagstödande förhållningssätt, kartläggnings-schema och fotoalbum



Figur 3. Personalgruppens användning av de presenterade instrumenten/förhållningssätten. Antal svarande: 17.

Det var tolv (12 /17) i personalgruppen som svarade att de använder något av instrumenten/ förhållningssätten och fem (5/17) som inte använde något av det som presenterades. Resultatet visade att sex av de tolv som svarat att de använde instrumenten/förhållningssätten också använde samtliga. De sex personerna arbetade på samma boende. De övriga sex som använde instrumenten/förhållningssätten använde enbart något eller några av dem. Det var fyra på boende I och en på boende III och en på boende II som använde något eller några instrument/ förhållningssätt. Det som använ-

des mest var det jagstödande förhållningssättet (10/17), därefter kom fotoalbumet (8/17). Livshistoriemall och kartläggningsschema användes i lika många fall (7/17).

Av de fem områdescheferna och sjuksköterskorna som tillfrågades var det tre som svarade att instrument/förhållningssätt som presenterats i utbildningen används, någon (en) svarar att det inte används och någon (en) har avstått från att svara på frågan. I resultatet framgår också vilka instrument/ förhållningssätt som används och det var två av de fem områdescheferna och sjuksköterskorna som svarade att de använde alla de presenterade instrumenten/ förhållningssätten medan någon(en) använde enbart det jagstödande förhållningssättet.

### **Sammanfattning**

Drygt två tredjedelar av personalgruppen använde något av instrumenten/ förhållningssätten som presenterats i utbildningen. Hälften av de som använde instrumenten/ förhållningssätten använde samtliga. Mer än hälften av områdescheferna/ sjuksköterskorna uppgav att de använde alla eller något av instrumenten/ förhållningssätten.

### **Betydelse av struktur i arbetet**

Det var tre (3/17) i personalgruppen som avstod från att svara på frågan om de ansåg att det var viktigt att ha struktur i arbetet med personer med demens. De 14 som svarade att de ansåg att det vara bra med struktur i vården gav några motivering till sitt svar och dessa presenteras i sin helhet.

*”Vårdtagarna mår förhoppningsvis lite bättre av det”.*

*”Det är viktigt att personal jobbar lika så att den demente känner igen sig”.*

*”Samma rutiner ökar trygghet”.*

*”Man märker att dementa gärna blir vana vid vissa rutiner”.*

*”Den demenssjuke får en tryggare tillvaro”.*

*”För att förenkla för de personer vi vårdar. De ska kunna känna igen sig i rutinerna oavsett vem som jobbar”.*

*” Att alla gör lika i vissa fall ärt viktigt”.*

*”Viktigt att personalen jobbar mot samma mål och ungefär på samma sätt”.*

*”Deras tillvaro är redan kaotisk”.*

*”Jag tror dementa behöver struktur i sin vardag för att fungera så bra som möjligt”.*

Samtliga i gruppen sjuksköterskor och områdeschefer är överens om att struktur är viktig i vården av personer med demens och de kommentarer som gavs på frågan var:

*”De kan vända på dygnet annars”.*

*”Positivt för de boende”.*

*”Alla arbetar lika”.*

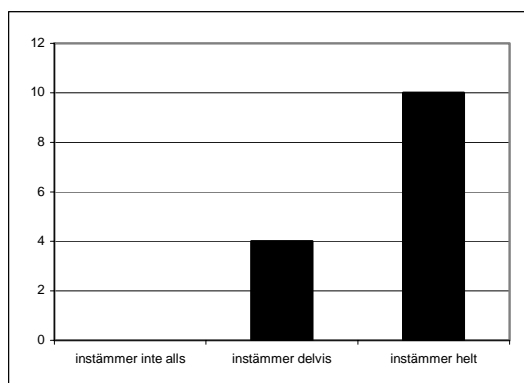
*”personen mår bra och personalen får det bättre i omvårdnadssituationer”.*

### **Sammanfattning**

Samtliga som svarat i både personalgrupp och områdeschef- och sjuksköterskegrupp menar att det är viktigt med struktur i vården av personer med demens.

### **Känsla av trygghet hos personer med demens och trygghet/säkerhet hos vårdgivare**

Kunskapen som förvärvats genom utbildning kan påverka känslan av trygghet för personer med demens, svarade de flesta (14/17) i personalgruppen och de tre återstående tillfrågade har avstått från att svara på frågan.



Figur 3. Personalgruppens användning av de presenterade instrument/förhållningssätten. Antal svarande: 17.

I påståendet att man som personal skulle känna sig tryggare/säkrare i utövandet av vården på grund av ökad kunskap svarar de flesta (10/17) i personalgruppen att de ”instämmer helt” och fyra svarade att de ”instämmer delvis”. Ingen av de tillfrågade har valt alternativet ”instämmer inte alls” och tre har helt avstått från att svara på frågan.

Samtliga områdeschefer och sjuksköterskor svarade att ökad utbildning/kunskap kan öka trygghet hos personer med demens. Av områdescheferna och sjuksköterskorna instämmer två av de fem ”delvis” i påståendet att ökad kunskap kan ha påverkat tryggheten/säkerheten i vårdutövandet, medan tre ”instämmer helt” i påståendet.

### **Sammanfattning**

Samtliga som svarat i personalgruppen och områdeschef/sjuksköterskegruppen ansåg att utbildningen kan ha en påverkan på känsla av trygghet hos personer med demens. De flesta i personalgruppen svarade att trygghet/ säkerhet i utövandet av vården av personer med demens var större efter utbildning. Områdeschefer/sjuksköterskor svarade att de instämde ”delvis” eller ”helt” i detta påstående.

### **Helhetssyn – hur ser man på personer med demens**

Personalgruppen tillfrågades om de ansåg att kunskapen de fått i utbildningen påverkat deras syn på personer med demens, med hänsyn till helhetssyn. Frågan kunde besvaras med alternativen ”inte alls”, ”ganska lite”, ”ganska mycket” och ”mycket”. De alternativ som de tillfrågade svarat med var ”ganska mycket” (9/17) och ”mycket” ( 5/17). De återstående tre personerna hade inte besvarat frågan. Gruppen områdeschefer och sjuksköterskor hade svarat med alternativen ”ganska lite” (en), ”ganska mycket” (en) och ”mycket” (tre) på frågan om påverkan på helhetssyn.

## Informationsöverföring/rapportering och handledning

Att informera och ge möjlighet för ny personal som kommer till avdelningen att sätta sig in i arbetsuppgifterna hör till den ordinarie personalens uppgifter. På vilket sätt man informerade/ rapporterade och handledde ny personal som kom till arbetsplatsen tyckte några (4/17) i personalgruppen var ”oförändrat” medan 10/17 svarade att det hade ”förbättrats” och tre har avstått från att svara på frågan. Det gavs också möjlighet till kommentarer efter frågan och dessa var följande:

*”Mer kunskap”.*

*”Man känner en stolthet i arbetet idag, man vågar säga att vi gör ett bra jobb och man vill gärna förmedla den kunskapen till t.ex. elever”.*

*”Vi informerar mer om hur vi arbetar för att det ska bli så bra som möjligt”.*

*”Eftersom vi har bestämt oss för att arbeta med det Jagstödjande förhållningssättet så är det lättare att handleda ny personal. Vi har en mall att arbeta efter. Då blir det lättare att tala om för ny personal vad det innebär”.*

*”Visar vårdplan med Jagstödjande förhållningssätt”.*

*”Vi har fått möjlighet till utbildning och vill gärna dela med oss. Vi har bättre dokumentation och vårdplaner för de boende som är lätt för ny personal att läsa”.*

*”Rapporter omfattar ett bredare spektra idag”.*

*”Jag tycker att vi är bra på att ta hand om ny personal och att på ett bra sätt sätta dem in i arbetet”.*

Områdescheferna och sjuksköterskorna svarade att hur man gav handledning och informerade ny personal för att de skulle kunna sätta sig in i arbetet var det några (två) som tyckte det var ”oförändrat” och några (tre) tyckte att det var ”förbättrat”.

De kommentarer som gavs efter frågan var:

*”Finns en ingående vårdplan för varje enskild pensionär”*

*”All personal blir insatt i arbetet. Detta är nödvändigt”.*

*”Information om pensionären är viktig samt veta deras beteende och även bakgrund”.*

## Sammanfattning

Information och handledning till ny personal var förbättrad efter utbildning, tyckte de flesta av de som svarat i personalgruppen. Även i områdeschef- och sjuksköterskegruppen var detta det mest använda svarsalternativet.

## Vårdfilosofi

En öppen fråga ställdes om hur de tillfrågade upplevde att vårdfilosofin påverkat deras arbete. I utbildningen ingick en presentation om vårdfilosofi och om betydelse av att ha en vårdfilosofi för en verksamhet/ ett boende. De svar (10/17) som gavs av personalgruppen presenteras i sin helhet i löpande text.

*”Man tänker till och försöker arbeta efter de mål man satt upp”.*

*”Positivt”(två personer).*

*”Stolthet, man gör ett bra jobb, vårdfilosofin aktualiseras mer nu i det dagliga arbetet”.*

*”Att alltid göra så gott jag kan i samarbete med vårdtagaren”.*

*”Att man har en helhetssyn på människan. Att inte bara se det sjuka. Man vill ju stärka och stötta det som fortfarande är friskt”.*

*”Att aldrig glömma att vårdtagaren är en människa innanför det sjuka, som ska bemötas med respekt och värdighet”.*

*”Förstår bättre varför den sjuke gör så och kan bättre bemöta”.*

*”Ibland tänker jag till lite extra, samtidigt kan jag låta arbetet ta lite längre tid ibland om det behövs”.*

*”Har påverkat arbetet till det bättre” (två personer).*

Även områdeschefer och sjuksköterskor fick frågan, om hur de tyckte att vårdfilosofin påverkat arbetet på avdelningen, som en öppen fråga och även deras svar presenteras i sin helhet.

*”Svårt att ta ställning till för många personal har varit sjukskrivna, ny personal har satts in och de har ej varit med på utbildningen. Det är också viktigt att det är utbildning kontinuerligt”.*

*”Positivt. Vi arbetar nu mot ett mål. Ett mål som vi själva gemensamt satt upp i arbetsgruppen”.*

*”Jag jämför med andra avdelningar och finner då att denna avdelning har en helt annan vårdfilosofi. Önskar att vi kan gå vidare till de andra avdelningarna med samma arbetssätt”.*

### **Sammanfattning**

På frågan om man tyckte att den vårdfilosofi som formulerats för respektive boende hade haft någon påverkan på arbetet var det över hälften av personalgruppen och även områdeschefs- och sjuksköterskegruppen som kortfattat beskrev på vilket sätt arbetet påverkats.

### **Teamarbete och kunskap i teamet**

Demensvården beskrivs ofta som ett teamarbete och i teamet krävs det att alla involverade, oberoende av yrkesfunktion, har kunskap om demens. På frågan om det blivit någon förändring av dessa förhållande efter utbildningen svarade *nio* (9/17) i personalgruppen att så inte var fallet, situationen var *”oförändrad”*. Av de övriga var det *fem* (5/17) som tyckte att situationen *”förändrats”* och de återstående *tre* har inte svarat på frågan.

Den andra gruppen sjuksköterskorna och områdescheferna svarade några (tre) att då det gäller teamarbetet på avdelningen så är det *”oförändrat”* efter utbildning och de övriga (två) svarade att det var *”förändrat”*.

De flesta (13/17) i personalgruppen ansåg att *”teamtanken”* som den beskrivits är viktig i vården av personer med demens och de återstående (4/17) har inte svarat på frågan.



Det gavs möjligheter att ge synpunkter på hur man skulle vilja att det fungerade då det gäller teamtanken och dessa presenteras i sin helhet.

*”Mer förståelse hos tandläkaren, t.ex.”*

*”Att det fanns en sjuksköterska som kan och är intresserad av demens på varje enhet.”*

*”Att det fanns läkare och sjuksköterskor som är utbildade inom demens och ett ökat samarbetet mellan vårdarna”.*

*”De teamträffar som nu kommit igång verkar bli bra”.*

*”Fungerar bra”.*

*”Att all ny personal också fick lära sig om demens”.*

*”Vi är på gång med detta nu”.*

Samtliga i gruppen sjuksköterskor och områdeschefer svarade att teamtanken är viktig i vården av personer med demens. En synpunkt gavs också från denna grupp om hur man skulle vilja att teamarbetet skulle fungera och den innehöll en önskan om att all personal skulle få tillgång till handledning.

### **Sammanfattning**

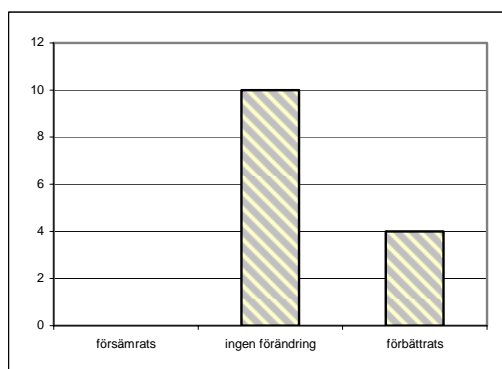
Teamarbete och kunskap i teamet var inte förändrad efter utbildning, svarade över två tredjedelar av personalgruppen medan samtliga svarade att teamtanken som den beskrivits är viktig att arbeta efter i demensvården. I områdeschef/ sjuksköterske-gruppen svarade samtliga att teamtanken är viktig i vården av dementa men drygt hälften svarade att teamarbetet och kunskap i teamet var oförändrat efter utbildningen.

### **Stöd och bekräftelse från överordnade**

Samtliga som svarat på frågan (15/17) i personalgruppen ansåg att det är viktigt att få stöd och bekräftelse av överordnad för det arbete man utför. Det var två (2/17) personer som avstätt från att svara på frågan.

I gruppen områdeschefer och sjuksköterskor svarade samtliga (5/5) att det var viktigt med stöd och bekräftelse av överordnad.

Endast *fyra* (4/17) i personalgruppen som tillfrågats tyckte att stödet ”förbättrats” efter utbildningen. ”*Ingen förändring*” av stödet var svaret från *tio* (10/17) av de tillfrågade och *tre* avstod från att svara.



Figur 5. Personalgruppens upplevelse av stöd från överordnade.

Antal svarande: 14.

Det fanns möjlighet att ge kommentarer om hur stödet hade förändrats. De kommentarer som gavs var:

*”Vi får uppskattning i vardagen både av chefer och andra medarbetare, saknar dock handledning”.*

*”Möjligen?- Vi har fått ta emot en del studiebesök”.*

*”Har varit många diskussioner om hur viktigt det är med fortbildning/utbildning för oss som arbetar med demenssjuka. Och det är positivt att det väckt en del tankar både bland chefer och politiker”.*

*”Bättre feedback. Andra avdelningar kommer på studiebesök”.*

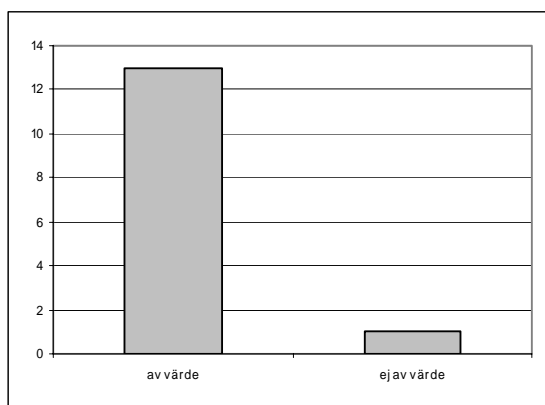
Endast en (1/5) i gruppen sjuksköterskor och områdeschefer svarade att stödet förbättrats efter utbildningen. De övriga (3/5) som svarat på frågan tyckte att stödet var ”*oförändrat*” och en (1/5) i gruppen avstod från att svara på frågan. Två kommentarer gavs där den som tyckte sig se en förändring menade att anledningen till förbättringen var att de fått en ny chef. En annan kommentar som gavs var att om det funnits stöttning till personalgruppen på boendet från sjuksköterska så hade en förändring varit möjlig.

## Sammanfattning

Alla som svarat både i personalgruppen och områdeschef- och sjuksköterskegruppen tyckte att det var viktigt med stöd från överordnad i arbetet med personer med demens men de flesta ansåg inte att stödet från överordnad förändrats efter utbildningen.

## Utbildningens värde för fortsatt yrkesutövning

I sista frågan fick deltagarna frågan om de ansåg att utbildningen gett något av värde för deras fortsatta arbete.



Figur 4. Personalgruppens åsikter om utbildningens värde för framtida arbete.

Antal svarande: 14.

De flesta (13/17) i personalgruppen svarade att de ansåg sig ha nytta av utbildningen i sitt fortsatta arbete medan någon enstaka (1/17) tyckte motsatsen och tre personer gav inget svar.

I gruppen områdeschefer och sjuksköterskor var nästan samtliga (4/5) överens om att utbildningen hade värde för fortsatt arbete medan en i gruppen avstod från att svara.

De tillfrågade gavs slutligen möjlighet att ge egna synpunkter om de tyckte något var angeläget att få fram som inte tagits upp i enkäten. Det var fyra (4/17) personer i per-

sonalgruppen som gav synpunkter. Några (tre) tackade särskilt för utbildningen och menade att den gett ny kunskap. En av de fyra som gav kommentar efterfrågade stöd eller uppföljning av en sjuksköterska på det boende som vederbörande representerade.

Det gavs endast någon synpunkt av sjuksköterskorna och områdescheferna och den innehöll en önskan för framtiden att det skulle finnas en sjuksköterska med demensansvar för alla enheter i kommunen. De boenden som har en demenssköterska med särskilt intresse för området har bättre förutsättningar att lyckas i liknande projekt.

### **Sammanfattning**

Nästan alla av de som svarat i de båda grupperna ansåg att utbildningen kunde vara till nytta för fortsatt arbete.

### **Förändringar som genomförts i samband med projektet**

Det fanns förändringar som åstadkommit genom projektet som inte framkommer i den enkät som besvarats. Dessa framkommer i de anteckningar som förts vid de uppföljningar som gjorts på respektive boende.

På frågan som ställdes om verksamheten på något sätt förändrats var det ett av boendena (boende II) som uppgav att verksamheten var förändrad. Boende I och III upplevde i några fall personlig förändring genom att de utförde arbetet något annorlunda än tidigare men för övrigt hade turbulens i personalgrupp och brist på stöd för genomförande av förändring gjort att några förändringar inte kunnat genomföras. På boende III genomfördes också organisatoriska förändringar under projekttiden vilket kan ha haft viss påverkan menade man. Det fanns också röster som hade uppfattningen (boende III) att det inte fanns anledning till att förändra arbetet och arbetssätt eftersom verksamheten fungerade bra.

På ett av boendena (boende II) som ingick i projektet sattes det upp mål vid första uppföljningstillfället att man ville ha en kontinuitet i aktivering. Efter diskussion kom gruppen fram till att införa begreppet "egentid" för personer med demens. "Egenti-

den” innebar att kontaktmannen under en viss avsatt tid en timme per vecka skulle umgås med och aktivera den person de var kontaktman för på ”tu man hand”. Aktiviteten skulle vara anpassad utifrån den enskilde och kunde röra sig om samtal, att titta på foto tillsammans, promenera, taktil stimulering m.m. Vid utvärdering av åtgärden framkom många exempel på hur positivt personalgruppen upplevt detta. Det kändes viktigt och gav tillfredsställelse i arbetet att känna att koncentrationen varit på den enskilde. ”Egentiden” var schemalagd men den medgav flexibilitet.

Ytterligare en förändring var att samtliga enheter hade arbetat fram en vårdfilosofi för verksamheten vid sista uppföljningstillfället. Vårdfilosofin innehöll en beskrivning av på vilket sätt de anställda på respektive enhet vill ge vård till personer med demens.

## Resultatsammanfattning

De flesta av deltagarna i personalgruppen var undersköterskor och några var mentalskötare. Hälften av de tillfrågade hade arbetat mer än tio år inom demensvården. Fortbildning inom demensområdet handlade mest om internutbildning på hel- och halvdagar och i något fall en gång per vecka i ett halvår men hälften hade inte fått någon fortbildning under den tid de varit anställda. Betydelse av utbildning/fortbildning kunskap och personlig utveckling inom området ansågs viktigt både i personalgruppen och sjuksköterske- och områdeschefgruppen.

Angående deltagande i utbildningen kunde man ange flera alternativ som anledning. Hälften hade eget initiativ med bland valda alternativ medan det också fanns några som svarade att de deltog på grund av att de var tvungna eftersom deras boende var utvalt för projektet. I sjuksköterske- och områdeschefgruppen ställdes frågan om de deltagit och en av dem hade deltagit helt övriga gav förklaringar genom kommentarer till uteblivit deltagande. Ungefär hälften tyckte sig se en skillnad på sin arbetssituation genom projektet. De flesta såg ingen skillnad på arbetsglädje och stämning på arbetsplatsen men övervägande del av de som svarat upplevde ökad arbetstillfredsställelse. Förståelse för patientens situation ökade, menade de flesta och två tredjedelar som svarat menar att också sättet varpå arbetet utförs är förändrat och ger flera positiva kommentarer i samband med detta. Instrumenten/ förhållningssätten som presenterats

i utbildningen användes av många, visade resultatet och alla som svarat menar att det är viktigt med struktur i arbetet med personer med demens.

Kunskap genom utbildning kan påverka känslan av trygghet hos patienten, ansåg samtliga och de svarande instämmer också till största delen helt och i några fall delvis i påståendet att personal kan känna sig tryggare/säkrare i utförandet av vård p.g.a. ökad kunskap. Helhetssynen – hur man ser på personer med demens, påverkas också av ökad utbildning anser de flesta.

Sättet att handleda, informera och rapportera till ny personal hade förändrats tyckte de flesta och kommentarer som att det berodde på känslan av att ha mer kunskap och att man kunde och önskade dela med sig av kunskapen förekom också i materialet. En annan orsak är att nya rutiner för dokumentation möjliggjorde en bättre information/rapportering. Vårdfilosofin som formulerats på samtliga boenden som ingick i projektet ger nästan genomgående positiva kommentarer både från personalgrupp och sjuksköterskor och områdeschefer.

”Teamtanken”, att alla involverade i vården av personer med demens måste ha kunskap inom området, oberoende av yrkesfunktion, ansåg samtliga i personalgruppen och sjuksköterske- och områdeschefgruppen vara viktigt. Det gavs många kommentarer till hur man skulle vilja att ”teamtanken” skulle fungera. Någon förändring av situationen då det gällde ”teamtanken” upplevdes inte ha åstadkommit med projektet.

Alla som svarade var överens om att det är viktigt att få stöd och bekräftelse av överordnad men endast ett fåtal upplevde att detta förbättrats efter utbildning. I sjuksköterske- och områdeschefgruppen var det en person som upplevde stödet och bekräftelsen förbättrad men det gavs motiveringar i denna grupp till varför ingen förändring inträtt. Resultatet visar att samtliga som svarat, med något undantag, ansåg att utbildningen/projektet kan ha betydelse för framtida yrkesutövning. Slutligen gavs i enkäten möjlighet till synpunkter om det fanns något som kändes angeläget att ta upp som inte tagits upp i enkäten och denna möjlighet utnyttjades av några.

En förändring som gjorts under projektiden och som framkom vid uppföljnings-tillfällena var den ”egentid” som införts på något boende. Utarbetande av en vårdfilosofi

var en annan förändring som genomfördes under projektiden och detta gjordes vid samtliga boenden som ingick i projektet.

Sammanfattningsvis kan sägas att det var boende II med sju personal som genomförde flest förändringar och vid närmare granskning av materialet visade det sig också att det var dessa personer som stod för de flesta positiva svaren i enkäten.

## Diskussion

Enligt det resultat som framkom utifrån enkätsvaren upplevde de svarande att projektet lett till förändring för den enskilde deltagaren i de flesta fall, och respektive verksamhet på något sätt. De flesta tyckte att arbetssättet hade påverkats och det fanns de som svarade att utbildningen hade gett dem något som personer även om det kanske inte framstod lika klart att det avspeglat sig i genomgripande förändringar av verksamheterna. Det kan alltså vara tveksamt att sätta likhetstecken mellan det positiva enkätresultatet och att verksamheten skulle ha förändrats. Utbildning kan göra, som Mork Rokstad m.fl. (1996) beskriver, ”att den som tar del av utbildning/fortbildning känner sig sedd och bekräftad” och det skulle kunna vara anledning till det positiva enkätresultatet. Hälften av de som svarade uppgav också att de inte fått någon fortbildning om demens tidigare och i de fall de fått fortbildning handlade det om internutbildning en eller en halv dag. Tillfredsställelsen över att nu få fortbildning kan vara orsaken till att enkätresultatet blev övervägande positivt. Utbildning ger utveckling och inspiration till fortsatt arbete och vi har ett behov av att utvecklas i arbetet även om behovet är lite olika från individ till individ.

Ett intressant resultat är att samtliga i personalgruppen och sjuksköterske- och områdeschefgruppen är överens om att det är viktigt eller mycket viktigt att ha kunskap och att öka kunskap genom fortbildning samt att utvecklas som person i vården av personer med demens. Resultatet tyder på att det finns en förståelse för att som Kitwood (1997) beskriver det, demensvården är en vård som kräver specialistkompetens. Det kan också vara ett tecken på att förståelse finns för att arbetet med personer med demens, där situationerna aldrig ser lika ut, kräver tid för reflektion och att reflektion är en del i kunskapsinhämtningen. Förmodligen är också åsikten om det viktiga i att ha kunskap, få fortbildning och utvecklas ett tecken på insikt om att det är angeläget som Berg & Henningsson (2005) säger, ta del av nya forskningsrön. Kunskap är ett måste för att utföra den avancerade vården av personer med demens med sikte på högsta kvalitet för individen (Rahm Hallberg, 2002).

Det övervägande antalet av de som svarade på enkäten tycker att kunskapsöverföringen och information till ny personal blivit bättre. Detta ansåg någon i en kommen-



tar berodde på ökad kunskap och här kanske hemligheten ligger i det Berg & Henningsson (2005) beskriver om att säkerheten hos personen ökar då personen genom utbildning får kunskap som gör att hon/han kan sätta ord på den tysta kunskapen.

En ökad förståelse för personen som ska vårdas och den ökade trygghet som de flesta upplevde sig ha fått genom utbildningen ger förmodligen också mottagarna av vården en större trygghet. Ett sätt att förklara de upplevda förändringarna är att utgå från Antonovsky's KASAM – känsla av sammanhang. Det fanns hos deltagarna, som tidigare fått utbildning i demens, kunskap om symtom och beteenden hos personer med demens, men genom utbildningen uppdaterades kunskapen. Förståelsen för beteenden och symtom hos personer med demens ökade (*begriplighet*). Detta gjorde att det blev lättare att hitta redskap/verktyg för att kunna hantera beteenden (*hanterbarhet*) och det kan ha gett förnyad lust (*meningsfullhet*) att gripa sig an arbetet på ett förnyat sätt.

Det fanns också resultat som talade om en ökad arbetstillfredsställelse hos de flesta och den kan vara beroende av upplevelsen av att kunna förändra/påverka sin situation som i litteraturen beskrivs som ett behov i förhållande till arbetet (Mork Rokstad, m.fl. 1996). Stämningen på arbetsplatsen upplevdes däremot inte alls vara påverkad efter utbildning. Det kan vara en så enkel förklaring som att arbetsglädje och stämningen på arbetsplatsen är mer påverkat av samspelet i arbetsgruppen, och de individer som ingår i gruppen, än vad arbetstillfredsställelsen är. Den enklaste förklaringen och som ligger närmast till hands, kan ändå vara att stämning och arbetsglädje redan var bra i gruppen och därför upplevdes ingen förändring.

Det framkom i enkäten och i kommentarerna till enkäten och vid uppföljningsbesöken att de flesta i personalgruppen tyckte det var viktigt med stöd och bekräftelse från överordnad, ett stöd och bekräftelse som personalgrupperna enbart i några få fall ansåg sig få. Det som också är mycket intressant att iaktta är att det boende som genomfört de flesta förändringarna inom sin verksamhet var de som stod för de flesta positiva svaren i resultatet och det var också de som tyckte sig få stöd från överordnade. Det är kanske så att om personalgruppen upplever sig ha stöd och få bekräftelse av överordnad så finns större möjligheter för förändring/utveckling av demensboendet. Mork Rokstad m.fl. (1996) menar att enligt behovsteoretiska aspekter så vill vi ha viss variation i arbetet och vissa förändringar. Om det stämmer så kan det inte bero på att

man inte vill ha förändring, även om det kan vara individuellt hur mycket förändring vi önskar. Ett annat behov enligt behovsteorin är behovet av stöd och bekräftelse från överordnad enligt och med hänsyn till detta kommer frågan om det eventuellt kan vara så att den uteblivna responsen i form av stöd och bekräftelse gör att lusten till förändring minskar. Bristen på respons gör att arbetstagaren inte vet om det han/hon gör är bra. Det finns en tveksamhet om överordnad anser att förändring är positiv. Utifrån detta skulle stöd och bekräftelse från överordnad vara av avgörande betydelse för hur förändringsbenägen personalgruppen är. Antagandet stämmer väl överens med Kitwoods (1997) åsikt att arbetsledaren/överordnad har en stor betydelse för utveckling både hos enskild arbetstagare och i verksamheten i stort.

En annan fråga är hur motiverade till utbildning och att göra förändringar gruppen var. Det fanns de som svarade att de var tvungna att gå utbildningen och då kan man misstänka att det inte kan förväntas av mig att jag ska förvärva någon kunskap eftersom att förvärva kunskap kräver en aktiv handling av mig själv (Liedman 2004). Det är svårt att åstadkomma någon förändring om motivation saknas. Resultatet visar att det var det boende, där det var flest som gick utbildningen på eget initiativ, som gjorde de största förändringarna och här var de förmodligen mest motiverade. Kan man förklara det så enkelt som att det enbart skulle bero på motivation i gruppen hur mycket förändring som genomfördes på respektive avdelning? Det kan vara att förenkla det hela allt för mycket. En annan faktor som skulle kunna förklara skillnaderna kan vara det som vid några tillfällen nämns i kommentarer, nämligen att stöd saknas. Ytterligare en annan orsak kan vara de personalbyten som förekommit på ett av boendena under perioden. Den nya personalen som kom till boendet hade inte deltagit i utbildningen och var inte insatta i projektet. En annan tänkbar orsak till utebliven förändring kan vara att det redan fanns en fungerande struktur som gjorde att personalgruppen upplevde en förändring vara överflödig. Vid en sådan förklaring kan det ändå vara befogat att tillägga att ingenting är så bra att det inte kan bli bättre.

En positiv förändring som samtliga boenden genomförde var att de utarbetade en vårdfilosofi. Att man utarbetat en vårdfilosofi kan ses som ett uttryck för att det finns en förståelse för att det är viktigt med struktur, att alla gör lika i vården av personer med demens. Vårdfilosofin innehåller också mål för hur man vill ge vården till perso-

ner med demens och vårdfilosofin är viktig för att vården skall fungera och vara av kvalitet.

Det stora flertalet menade att utbildningen var av värde för deras fortsatta arbete. Om personerna som ansett att de fått kunskap som de har nytta av i framtida arbete så betyder det att de ansträngt sig. Kunskap är inte gratis, det krävs ett engagemang för att förvärva kunskap och om deltagarna lyckats med ansträngningen att förvärva kunskap så är det deras egen förtjänst (Liedman 2005).

## Referenser

Antonovsky, Aaron. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Berg, Harald., Henningsson, Arthur. (2005). Kompetensens byggstenar. *Äldreomsorgen* 2005/1.

Cars, Jane., Zander, Birgitta. (1998). *Samvaro med dementa*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Edberg, Anna-Karin. (2002). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

Kitwood, Tom. (1997). *Dementia Reconsidered. The Person comes first*.  
Buchingham: Open university press.

Liedman, Sven-Eric. (2004). *Bildning, frihet och motstånd*. [www.hsv.se/bildning](http://www.hsv.se/bildning)

Mork Rokstad, Anne Marie., Horn, Betty L., Skarstein, Siv., Stendal, Linda H.  
(1996). *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Sem:  
Norge: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Powell, Jennie. (2000). *Care to Communicate. Helping the Older Person with Dementia*. Hawker Publications Ltd 13 Park House 140 Battersea Park Road. London SW11 4NB.

Rahm Hallberg, IL. Att vara vårdare. I Edberg, Anna-Karin (red). 2002. *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

*Äldreomsorgen*. 2005. Eget kompetenssystem för äldreomsorgen. 2005/1.