

**Trygga möten - Bemötande
av äldre personer med
psykisk funktionsnedsättning**

Rapport 2013:03 Oktober 2013

FOU nu

FOU nu omfattar hela FoU-området av forskning, utvecklings- och utvärderingsarbete samt utbildning med fokus på individens hälsa, utveckling och välbefinnande. FOU nu verkar utifrån en helhetssyn på vård och omsorg om individen och är ett nav för möten, kunskap och nytänkande, för inspiration och arbetsglädje i vård och omsorg samt för forskning, utvecklingsarbete och lärande i arbetslivet.

Uppdraget är att arbeta med forskning och utveckling för äldre personer inom vård och omsorg samt för personer med behov av stöd och omsorg inom LSS-området. Som en del i arbetet med att utveckla vården för äldre personer har vi även fått ett i uppdrag att arbeta med utvecklingen av den geriatriska vården inom Stockholms läns landsting. Det innebär att vi ständigt arbetar i en föränderlig miljö där utveckling, kunskap och reflektion går hand i hand med ett kritiskt förhållningssätt i syfte att öka våra kunskaper och förbättra kvaliteten av vården och omsorgen. FoU-arbete ska vara till nytta, öppna nya vägar och tankar och leda vardagsarbetet framåt. Det är bara när ny kunskap används som det skapas mervärde som kan leda till utveckling och arbetsglädje.



FOU nu ägs gemensamt av Stockholms läns landsting och de sju kommunerna Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna Stad, Upplands-Bro och Upplands Väsby. Verksamheten syftar till att ge ökad kvalitet för dem som är i behov av vård och/eller omsorg genom forskningsbaserad kunskap eller väl beprövad erfarenhet. Det är den enskildes behov och önskemål som är i fokus.

www.founu.se

Författare

Lena Strandberg, projektledare, FOU nu
Patrik Matsson, överläkare, Psykiatri Nordväst
Lis-Bodil Karlsson, fil dr, FOU nu
Elisabeth Rydwik, med dr, FOU nu

Foto

Yanan Li

En film har tagits fram som visar delar av resultatet av projektet. Om du söker på Trygga Möten på youtube.com så kan du se filmen alternativt klicka på länken på sid 18 i denna rapport.

Sammanfattning

Tid och rum – är avgörande för införande av nytt arbetssätt kring äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. Med tiden menas inte faktisk klocktid utan det handlar om att personalen har fått ökad kunskap och bättre förståelse för de särskilda behov som den äldre personen med psykisk funktionsnedsättning har och därför kan ge ett mer anpassat bemötande. Projektet har också visat på betydelsen av strukturer på organisationsnivå för att ta tillvara medarbetarnas kompetens, t.ex. en ökad medvetenhet om hur chefsbyten och upphandlingar som resulterar i avtal med nya ägare kan påverka arbetssätt inom en verksamhet. Utrymme för handledning och reflektion har också visat sig vara viktigt för att kunna ge en god vård och omsorg och för att implementera nya arbetssätt.

Ovanstående resultat framkom i den satsning som Psykiatri Nordväst, FOU nu, Solna stad och Sundbybergs stad gjort under åren 2009-2012. Arbetet fick statliga stimulansmedel för kompetensutveckling och har gått under namnet – Trygga Möten. Trygga Möten har involverat personal från hemtjänst, särskilda boenden, socialpsykiatri, psykiatri, primärvård, geriatrik m.fl.

Äldre personer med psykisk ohälsa är en många gånger bortglömd grupp både inom den psykiatriska vården och inom äldreomsorgen. Det gäller såväl nydebuterad psykisk ohälsa som psykisk ohälsa som debuterat tidigare i livet. Förutom lidande medför psykisk ohälsa, inte minst hos äldre personer, en funktionsnedsättning som kan ge påtagliga konsekvenser i det vardagliga livet.

Syftet var att genom ökad kunskap om äldre personers psykiska ohälsa och hur bemötande påverkar den enskilda individen, skapa trygga möten för både patient/brukare. Syftet med utvärderingen av utbildningsinsatserna var att undersöka om livskvaliteten hos äldre personer med psykisk funktionsnedsättning förändrats, hur personalen upplevde att deras arbetsmiljö påverkades och hur kunskapen implementerades.

Trygga möten utvärderades med kvantitativa och kvalitativa metoder. Den kvantitativa utvärderingen visade en signifikant skillnad före och efter utbildning gällande moralisk lyhördhet, dock var dessa skillnader små. Det som dock stärker det resultatet är att den kvalitativa utvärderingen visade på en förändrad värdegrund och bemötande hos personalen.

Innehållsförteckning

Inledning.....	- 5 -
Kapitel 1. Bakgrund	- 5 -
1.1 Att omsätta kunskap till det vardagliga arbetet.....	- 6 -
1.2 Syfte	- 7 -
Kapitel 2. Projektets process	- 7 -
2.1 Bakgrunden till projektet.....	- 7 -
2.2 Projektets organisation	- 9 -
2.3 Planering av utbildningarna	- 9 -
2.4 Utbildningens innehåll och form.....	- 9 -
2.5 Beskrivning av utbildningar	- 11 -
Basutbildning	- 11 -
Handledarutbildning.....	- 12 -
2.6 Genomförande av utbildningen.....	- 13 -
Bas- och handledarutbildning.....	- 13 -
Utbildning för biståndshandläggare	- 13 -
Utbildning för personal på dagverksamheter/mötesplatser.....	- 14 -
2.7 Implementeringsstödjande åtgärder	- 14 -
Handledarnätverk	- 14 -
Förankring genom ”stöd i verksamheten”	- 15 -
Uppföljningsutbildning för de som gick basutbildningen.....	- 16 -
Förankring och samverkan	- 16 -
Utveckling av aktiviteter	- 17 -
Dialogseminarium	- 18 -
Chefsseminarium.....	- 19 -
Kapitel 3. Kvantitativ utvärdering.....	- 19 -
3.1 Metod	- 19 -
Urval.....	- 19 -
Mätmetoder	- 19 -
Genomförande	- 19 -
3.2 Resultat.....	- 20 -
Enkät till personal.....	- 20 -
Enkät till äldre personer	- 22 -
Kapitel 4. Kvalitativ utvärdering.....	- 22 -
4.1 Metod	- 22 -
Genomförande och analys av samtal i fokusgrupper	- 22 -
Berättelser ur vardagen – analys av korta narrativ från enkäter.....	- 23 -

4.2 Resultat.....	- 23 -
Samtal i fokusgrupper om ”Trygga möten”	- 23 -
Erfarenheter från basutbildningen.....	- 24 -
Erfarenheter från handledarutbildningen.....	- 28 -
Berättelser ur vardagen – bemötande av människor med psykiska funktionshinder ..	- 30 -
Kapitel 5. Projektledarens reflektion.....	- 34 -
5.1 Mötesplatsen.....	- 34 -
5.2 Över tid.....	- 35 -
5.3 Sammanfattande reflektion	- 35 -
Kapitel 6. Diskussion	- 36 -
6.1 Basutbildning	- 36 -
6.2 Handledarutbildning.....	- 37 -
6.3 Hållbara strukturer.....	- 38 -
6.4 Samverkan/samarbete.....	- 39 -
6.5 Utvärdering.....	- 40 -
6.6 Slutsats	- 42 -
6.7 Lärdomar	- 42 -
Kapitel 7. Referenser.....	- 43 -

Inledning

Projektet Trygga möten startades i samarbete mellan Psykiatri Nordväst, FOU nu, Solna stad och Sundbybergs stad. Socialstyrelsen hade tidigare kommit ut med en rapport som visade att äldre personers psykiska ohälsa är ett eftersatt område. Socialstyrelsen utlyste medel för kompetensutveckling av personal, vilket huvudmännen gemensamt sökte och fick. I denna rapport beskrivs projektets start, progress samt utvärdering.

Kapitel 1. Bakgrund

Äldre personers psykiska ohälsa har nyligen uppmärksammats i svenska och europeiska dokument (Socialstyrelsen, 2008; Jané-Llopis & Gabilondo, 2008). Äldre personer med psykisk sjukdom och långvarig funktionsnedsättning på grund av psykisk sjukdom är en eftersatt grupp vad gäller vård och omsorg både inom den psykiatriska vården och inom äldreomsorgen. Detta gäller såväl äldre personer med nydebuterad psykisk sjukdom som äldre med psykisk sjukdom som debuterat tidigare i livet. Påverkbara orsaker till detta kan vara bristande kunskaper och föreställningar om åldrandet och/eller bristande samverkan mellan vårdgivare. Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning är en grupp med komplex vård och omsorgsbehov. Psykiatriska tillstånd hos äldre samvarierar med, och kompliceras ofta av somatisk multisjuklighet, kognitiv svikt, ensamhet, sorg och förluster av olika slag, vilket kan göra det svårare att uppmärksamma dessa. Föreställningar och attityder till och om åldrandet och om psykisk sjukdom som

stigmatiserande, påverkar även den äldre personens egen inställning till att söka hjälp för psykiska besvär i negativ riktning. Sammantaget leder dessa faktorer till att äldre personer med psykisk sjukdom i mångt och mycket är en osynlig grupp i samhället, i vården och omsorgen, trots att upprepade undersökningar visat att psykisk sjukdom är vanligt hos äldre personer. Förutom lidande medför psykisk sjukdom, inte minst hos äldre personer, en funktionsnedsättning som kan ge påtagliga konsekvenser i det vardagliga livet (Socialstyrelsen, 2008; Jané-Llopis & Gabilondo, 2008).

Psykisk sjukdom, som depression, ångestsjukdom och psykossjukdom förekommer hos 20 % av personer som är 65 år och äldre (Skoog, 2011). I en nyligen genomförd svensk undersökning har man kunnat visa att nästan 30 % av de allra äldsta har någon form av funktionsnedsättande depressiv problematik (Bergdahl, 2007). En stor andel av dessa äldre med depression var underbehandlade eller hade inte uppmärksammats av hälso- och sjukvården.



En fjärdedel av alla självmord i Sverige inträffar bland personer som är 65 år och äldre (Socialstyrelsen, 2009). I de allra flesta fall har man kunnat konstatera att den äldre personen varit deprimerad eller

haft någon annan psykisk sjukdom i samband med självmordet (Waern et al, 2002). Självmord kan ses som den yttersta konsekvensen av psykisk sjukdom. Tidig upptäckt och förebyggande av depression är en viktig och verksam möjlighet för att förebygga självmord hos äldre personer (Wahlbeck & Mäkinen, 2008). Även åtgärder för att minska social isolering och ensamhet är viktiga för att påverka äldres psykiska ohälsa (Forsman, Schierenbeck & Wahlbeck, 2011).

En följd av psykisk sjukdom är funktionsnedsättning och i vissa fall funktionshinder. Psykiskt funktionshinder definieras som långvariga och väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden på grund av psykisk störning (Milton, 2006). Äldre personer med psykisk sjukdom får ofta en funktionsnedsättning inom det som kallas exekutiva förmågor. Detta innebär bland annat nedsatt initiativ- och organisationsförmåga vilket kan medföra stora svårigheter att klara av vardagen och därmed leda till ett ökat omsorgsbehov. Nedsättning av exekutiva funktioner kan, om de inte uppmärksammas, leda till ett osynligt funktionshinder. Det är dessa funktionsnedsättningar som personal inom vård och omsorg möter i sitt dagliga arbete med äldre personer med psykisk sjukdom (Milton 2006; Socialstyrelsen, 2008).



Generellt kan sägas att det framförallt är läkemedelsbehandling som erbjuds äldre personer med psykisk sjukdom. Ofta ges symtomatisk behandling med till exempel lugnande eller antipsykotiska läkemedel istället för utredning och behandling av underliggande orsak. Både över- och underbehandling med läkemedel förekommer beroende på vilken miljö den äldre befinner sig i medan kompetens om bemötande ofta saknas (Milton 2006; Socialstyrelsen, 2008). Färdiga utbildningar inom området bemötande av äldre personer med psykisk sjukdom saknas. För att öka kompetensen behövde ett utbildningspaket om kunskaper, attityder och organisation tas fram.

1.1 Att omsätta kunskap till det vardagliga arbetet

Utbildningssatsningen som genomfördes inom ramen för projektet tog hänsyn till principer som rekommenderas internationellt inom ämnesområdet. Specifikt bör utbildning om äldrepsykiatri innefatta tydliga lärandemål med fokus på behov hos personal; säkerställa aktivt deltagande; omfatta attityder och färdigheter likväl som kunskaper; vara anpassad efter kontext och kultur; utvärderas systematiskt; samt kunna utmana antaganden och erkänna kontroverser där sådana kan finnas (World Health Organization & World Psychiatric Association, 1998).

Utvärdering av utbildningens effekt kan göras genom att fråga efter deltagarnas nöjdhet med eller upplevelse av utbildningsinsatsen, mäta förändringar i kunskaper, färdigheter eller attityder, förändringar i deltagarens faktiska beteende på arbetet eller utförande av

arbetsuppgifter, förändringar i psykisk hälsa hos individuella vård- och omsorgstagare (Conn & Richards, 2009). Vidare behövs stöd från ledningen för fortsatt lärande och framgång för utbildningssatsningen. Former för stöd till lärande på plats förbättrar också utfallet av utbildningar. Utbildningar ska också maximera deltagarens möjligheter till aktivt engagemang och interaktion med lärare. Förutom kartläggning av deltagarnas upplevda behov bör man även försöka kartlägga förekomsten av eventuella icke-upplevda behov (Lieff & Silver, 2007).

När nya metoder och arbetssätt ska implementeras kan det ibland ta många år innan de kommer till daglig användning i vardagsarbetet. Information och utbildning är ofta inte tillräckligt. Flera olika metoder är nödvändiga för en lyckad implementering. Grunddrag i olika implementeringsmetoder är att den nya metoden är relevant och har synliga fördelar, stämmer med mottagarens värderingar och är enkla att använda (Gulbrandsson, 2007). Nya metoder som är anpassade till lokala omständigheter och behov och som kan användas i olika sammanhang är också lättare att implementera. Ofta behövs det en kombination av insatser som t.ex. utbildning, praktisk träning, coachning, återkoppling och möjlighet till konsultation samt besök i verksamheterna för en lyckosam implementering. Tidig involvering av användarna samt långsiktiga resurser är andra viktiga faktorer. Det finns olika aspekter hos organisationer som har betydelse för implementering av nya metoder. En organisation som är positiv till förändring i allmänhet, har tydliga strategiska visioner,

god ledning och ett arbetsklimat som stimulerar till nytänkande har större möjligheter till att lyckas. Likaså är organisationers strukturer viktiga, hur decentraliserat ledarskapet och beslutsfunktionen är, möjligheter att styra om resursfördelningar etc. (Gulbrandsson, 2007).

1.2 Syfte

Syftet med denna satsning på kompetensutveckling var att, genom ökad kunskap om äldre personers psykiska ohälsa och hur bemötande påverkar den enskilda individen, skapa trygga möten för både patient/brukare och för personal.

Syftet med utvärderingen av utbildningsinsatserna var att undersöka om livskvaliteten hos äldre personer med psykiska funktionsnedsättningar förändrades, hur personalen upplevde att deras arbetsmiljö påverkades och hur kunskapen användes (implementerades) och eventuellt påverkade vardagsarbetet.

Kapitel 2. Projektets process

I detta kapitel beskrivs varför projektet kom till och hur det genomfördes. Den fortsatta utvecklingen för att främja samverkan och skapa hållbarhet för den nya kunskapen beskrivs därefter.

2.1 Bakgrunden till projektet

Initiativet till detta projekt kom från två håll parallellt. Sollentuna kommun kontaktade FOU nu 2008 om stöd för kompetensutveckling till personal inom äldreomsorgen om bemötande av äldre personer med psykisk ohälsa. Det var främst inom hemtjänsten som man såg

behovet av kompetensutveckling. Vid förfrågan bland de kommuner som var delägare i FOU nu var det flera som styrkte behovet av kompetenshöjning hos personal inom äldreomsorgen. Samtidigt kontaktade Psykiatri nordväst Solna stad och FOU nu med en förfrågan om en gemensam satsning på kompetensutveckling inom området. Inom Psykiatri nordväst fanns också behovet av kompetensutveckling men för psykiatri handlade kunskapsbristerna mera om vad som är specifikt för äldre personer.



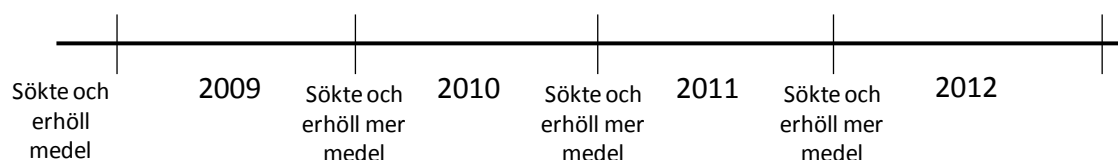
Socialstyrelsen utlyste under hösten 2008 medel för att genomföra en särskild kompetenshöjande satsning inom psykiatriområdet riktat till baspersonal

- Planering/förankring
- Basutbildning
- Handledarutbildning

- Basutbildning
- Handledarutbildning
- Implementeringsstödjande åtgärder
- Idéseminarier

- Basutbildning
- Handledarutbildning
- Implementeringsstödjande åtgärder
- Uppföljningsutbildning
- Idéseminarier
- Seminarium för tjänstemän och politiker

- Basutbildning
- Handledarutbildning
- Implementeringsstödjande åtgärder
- Uppföljningsutbildning
- Uppföljning idéseminarier
- Chefsseminarium



inom både landsting och kommun. Psykiatri Nordväst tillsammans med FOU nu och Solna stad sökte och beviljades medel. Projektet startade 2009 och har sedan beviljats ytterligare medel för utökning och förlängning fram till och med 2012. Projektet har utvidgats till att också innefatta Sundbybergs stad samt ytterligare utbildningsinsatser och nya aktiviteter som seminarier och föreläsningar för att främja hållbarhet i förändringsarbetet. Inför varje ny ansökan har projektplanen reviderats och utvecklats utifrån lärdomar dragna under det gångna året, se bild 1.

Målgrupp för projektet var personal som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. Deltagarna representerade kommunala och privata vård/omsorgsutförare inom hemtjänst och särskilda boenden samt primärvård, geriatrik och psykiatrisk verksamhet inom nordvästra delen av Stockholms läns landsting.

Bild 1. Beskrivning av sökta medel och projektets utveckling av olika aktiviteter.

2.2 Projektets organisation

Initialt utsågs en styrgrupp och efterhand bildades en central arbetsgrupp. Under projektets gång har mindre arbetsgrupper utsetts för specifika aktiviteter såsom idéseminarier eller utvärdering.

Styrgruppen bestod av representanter från Psykiatri Nordväst, Solna stad, Sundbybergs stad samt FOU nu. FOU nu representerade övriga kommuner i projektet.

I arbetsgruppen ingick representanter från Psykiatri Nordväst, FOU nu, Solna stad samt Sundbybergs stad. Lokala informations- och dialogmöten hölls i varje kommun för att anpassa utbildningen och implementering till lokala förhållanden.

En projektledare ansvarade för den övergripande planeringen och för att strukturera projektet tillsammans med arbetsgrupperna. Projektledaren ansvarade också för att rapportera till styrgrupp, sammankalla och leda projektgruppen, rapportera avvikelser i projektet samt att systematiskt och operativt arbeta med implementering.

2.3 Planering av utbildningarna

Initialt hölls dialogmöten i varje kommun med representanter från verksamheten som tillsammans med projektledningen diskuterade behovet av kompetens inom området (Gulbrandsson, 2007). Eftersom det inte fanns färdiga utbildningar att upphandla som motsvarade behovet, skapades ett utbildningspaket som bestod av två delar, en basutbildning och en handledarutbildning. Nedanstående utbildningsupplägg (Bild 2) byggde på kunskapen om att handledare kan vara en

framgångsfaktor vid implementering av ny kunskap. Handledaren kunde med fördel vara en ledare på en enhet, det viktigaste var att det fanns ett intresse av att arbeta med förändring och bemötande av äldre personer med psykisk funktionsnedsättning (Goffman E, 1974). Ett behov av ökat samarbete mellan och inom huvudmännen lyftes som centralt för att kunna erbjuda den äldre personen med psykisk ohälsa bättre vård och omsorg. Vid upplägget av projektet togs det i beaktande och inbjudan gick ut till olika yrkesgrupper i olika verksamheter i både landstinget och kommuner.

2.4 Utbildningens innehåll och form

Vid referensgruppsmöten i kommunerna och med psykiatrin uppmärksammades verksamheternas behov av kompetensförstärkning och att det fanns behov av ett verktyg/metod för att analysera och hantera situationer i vardagen på ett för den äldre personen och personalen tryggt sätt. Den metod som projektet tog till sig och som sedan lärdes ut var en enkel beteendeanalys och insatsplan/genomförandeplan enligt Socialstyrelsens rekommendationer inom socialpsykiatri (Socialstyrelsen, 2011). Bemötande och attityder till åldrande och psykisk funktionsnedsättning blev den röda tråden i utbildningen (Bogarve, Ershammar, Rosenberg, 2012).

Innehållet i handledarutbildningen byggde på pedagogisk handledning och utgick ifrån ett strukturerat lärande samtal där en arbetsgrupp kontinuerligt fick möjlighet att reflektera över sitt uppdrag eller sin verksamhet tillsammans och under ledning av en handledare. För att ge handledaren

goda möjligheter att stötta i förändringsarbetet uppmanades alla deltagande verksamheters chefer att utse en handledare för varje enhet och att handledaren inte skulle ha fler än tio i sin grupp (Hammarström-Lewenhagen & Ekström, 1999).

Formen för utbildningen präglades av ett interaktivt arbetssätt med grupparbeten, diskussioner och fallbeskrivningar. Utbildningsgrupperna var blandade, dvs. det fanns deltagare från båda huvudmännen, olika verksamheter och med olika roller och ansvar i varje grupp.



Syftet med de blandade grupperna var att betona betydelsen av samarbete och samverkan för att nå en ökad förståelse för varandras olika uppdrag och erfarenhet. Efter den första etappen av utbildningarna som genomfördes hösten 2009 uppmärksammades förbättringsmöjligheter, dessa handlade framförallt om ordningsföljd av utbildningstillfällen.

Vid planering av utbildningsinnehåll och upplägg fanns trygghet/otrygghet med som en röd tråd, trygghet för personal i mötet med den äldre personen vilket förhoppningsvis leder till ökad trygghet för den äldre personen i mötet med personalen (Bowlby, 2010). Det var också viktigt att

skapa en utbildningssituation där deltagare från olika yrkeskategorier och verksamheter kände att det var möjligt att utbyta erfarenheter och förståelse om varandras olika roller och ansvar (Astwik & Aronsson, 2000). Namnet på projektet blev därför Trygga möten – bemötande av äldre personer med psykiskt funktionsnedsättning.

De föreläsare som deltog var också med i planeringen och var väl insatta i syfte och mål med projektet. Lite mer än hälften av utbildningstillfällena upphandlades av föreläsare medan resterande del genomfördes inom ramen för projektet. De olika teoretiska utgångspunkterna var:

- Beteendeperspektiv grundat i beteendeanalys utifrån inlärningsprinciper och en metod för ökad förståelse av beteendet i syfte att bemöta utifrån den nya förståelsen (Socialstyrelsen, 2011).
- Ett integrerat psykoterapeutiskt arbetssätt med äldre personer, där de viktigaste delarna är förståelse av känslor, kognition, kroppen och berättelser ur den äldre personens egen historia. Nära relationer och deras historia ansågs här ha stor påverkan och benämndes "familjeorienterad äldrepsykiatri" (Bowlby, 2010).

Vid heldagar åt deltagarna lunch tillsammans, förhoppningen med de gemensamma luncherna var att skapa möjlighet till dialog även utanför utbildningslokalen. Intentionen var att deltagarna skulle lära känna varandra och genom samvaro minska "vi och de" attityden.

Vid det sista kurstillfället fick deltagarna fylla i en kursutvärdering som sedan

utgjorde grund för fortlöpande förbättringar av utbildningen. Som ett sätt att möjliggöra fortsatt kompetensutveckling planerades från start att handlederna skulle erbjudas nätverksträffar under ledning av personal från den äldrepsykiatriska enheten vid Psykiatri Nordväst.

Under projektets gång genomfördes också aktiviteter riktade mot specifika verksamheter, se bild 2. Detta beskrivs också i detalj nedan under punkt 2.7.

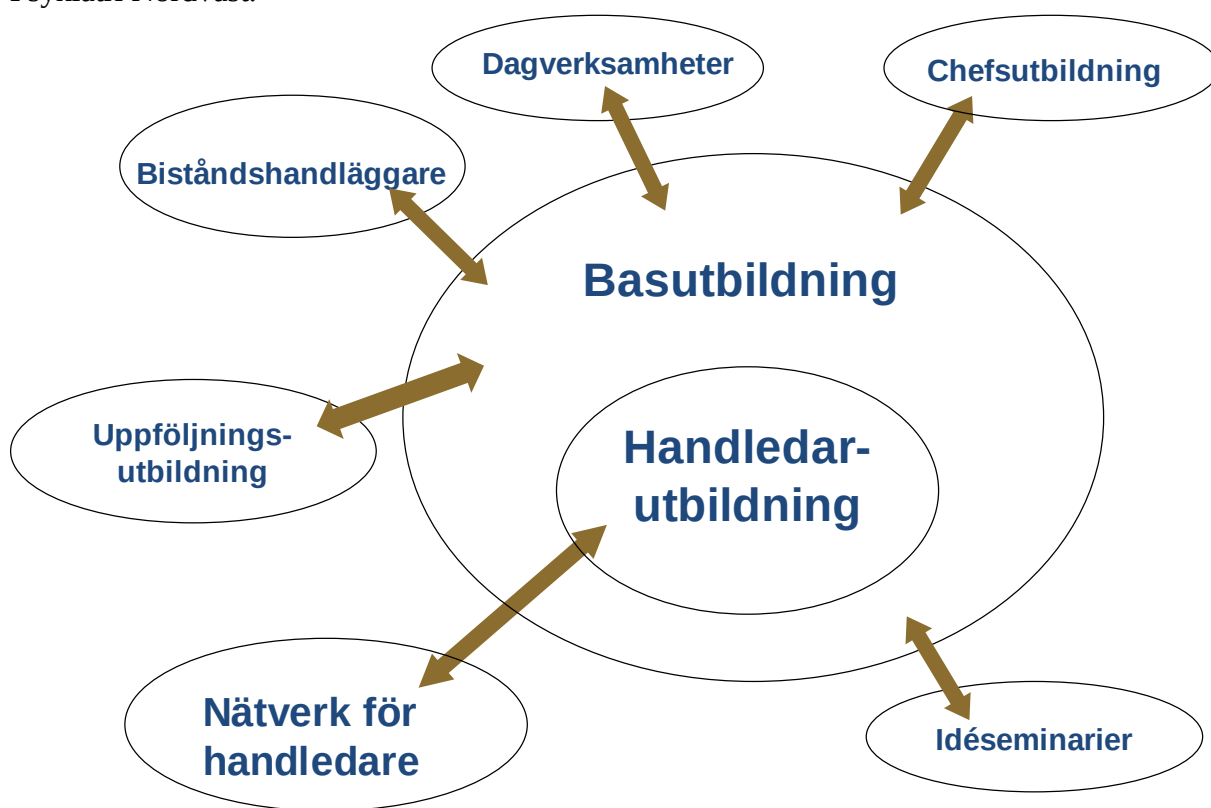


Bild 2. Struktur för kompetensutveckling

2.5 Beskrivning av utbildningar

Basutbildning

Basutbildningen bestod av sju tillfällen och gavs i grupper om 15-25 deltagare, handledarutbildningen i grupper om ca 10-15 personer. Utifrån referensgruppernas önskemål varierades platsen för utbildningen så att alla någon gång var på hemmaplan.

Tillfälle 1 – Introduktion, Äldres psykiska välbefinnande

Introduktion till kunskapsområdet, åldrande, välbefinnande och psykisk ohälsa hos äldre personer. Attityder till åldrandet och åldersdiskriminering diskuterades. Utbildare var psykiater.

Tillfälle 2 – Att förstå beteende, stress, sårbarhet, psykiska funktionshinder, beteendeanalys

Fokus var att förstå människors beteenden och att visa på vikten av individbaserad vård och omsorg. Betydelse av genomförande- eller vårdplaner. Gränssnittet inom den psykiatriska vården för äldre personer mellan landsting och kommunal verksamhet, samt frågor om boende och vardagsstöd, vård och behandling. Utbildare var legitimerad psykolog.

Tillfälle 3 – Insatsplanering i samverkan
De olika huvudmännens uppdrag samt hinder och möjligheter till samverkan. Utbildare var legitimerad psykolog.

Tillfälle 4 – Ökad trygghet genom att hantera vardagen
Kunskap i hur man konkret kan hjälpa äldre personer att hantera vardagen genom att öka tryggheten utifrån enskildas funktionsnedsättning, symtom och färdigheter. Särskilt presenterades kunskap om hantering av positiva och negativa symtom i vardagen. Utbildare var legitimerad arbetsterapeut och kognitiv beteendeterapeut.

Tillfälle 5 – Trygghet och otrygghet hos äldre personer med psykisk funktionsnedsättning
Vägar och möjligheter för personal att finna tröst och trygghet i mötet med äldre personer med psykisk funktionsnedsättning samt hur de kan stödja varandra i svåra situationer. Begreppet ”Tillräckligt bra ålderdom trots krämpor och förluster samt familjeorienterad äldreomsorg” introducerades och diskuterades. Utbildare var psykiater (specialist inom äldrepsykiatri) och legitimerad psykoterapeut.

Tillfälle 6 – Äldres psykiska välbefinnande, diagnoser och behandling
Information om olika behandlingar och diskussion utifrån patientbeskrivningar. Integrering av kunskap, förhållningssätt och färdigheter. Utbildare var psykiater.

Tillfälle 7 – Själv mord och självmordsprevention hos äldre personer
Två filmer som utgångspunkt för diskussion och reflektion visades: ”När livet blir för långt” - om äldre personer och självmord och filmvinjetten ”När himlen är nära” - om stöd till efterlevande. Efter filmvisningarna genomfördes diskussioner i smågrupper. Ledare var en representant för Riksförbundet SPES – Suicidprevention och Efterlevandes Stöd samt NSPH – Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Handledarutbildning

Handledarutbildningen syftade till att ge ökad kompetens i pedagogisk handledning för ett mindre antal nyckelpersoner samt att ge ökad kompetens i konkreta metoder och verktyg för bemötande och samverkan för att stimulera till att kunskaperna från basutbildningen skulle komma till användning i det dagliga arbetet.

Vid tillfälle 1-4 var utbildaren legitimerad psykolog och vid tillfälle 5-6 var det en legitimerad psykoterapeut och psykiater som ansvarade.

Tillfälle 1 – Fördjupad kunskap i beteendeanalys. Att arbeta med genomförande/vårdplan samt motiverande samtal.

Tillfälle 2 – Förändringsarbete utifrån den värdegrund som utgår från bemötande och analys.

Tillfälle 3 – Handledningsstrategier, reflekterande samtal och konflikthantering.
Tillfälle 4 – Handledningsstrategier, fortsättning beteendeanalys och insatsplanering.

Tillfälle 5-6 – Uppföljning av handledarfärdigheter utifrån konkreta patientbeskrivningar.

2.6 Genomförande av utbildningen

Bas- och handledarutbildning

Kompetenssatsningen delades in i etapper:

1. Etapp 1 påbörjades under hösten 2009 och bestod av personal från Solna stad och Sollentuna kommun, samt Psykiatri Nordväst och primärvård i berörda kommuner. Det var 90 deltagare som delades in i fyra grupper och 11 av dem deltog också i handledarutbildning.

2. Etapp 2 startade i januari 2010 och bestod av personal från Ekerö, Sundbyberg, Järfälla samt Upplands-Bro kommuner inklusive primärvård, geriatrik och psykiatri. Det var 157 deltagare som fördelades på åtta grupper.

3. Etapp 3 startade i april 2010 och bestod av personal från Upplands-Väsby och Sigtuna kommun samt psykiatri, 69 deltagare delades in i fyra grupper. Etapp två och tre hade gemensamma handledarutbildningar som startade parallellt med basutbildningarna, 48 personer deltog i handledarutbildningarna.

4. Etapp 4 innehöll anpassade basutbildningar, en för personal som arbetar på mötesplats/dagverksamhet och

en för biståndshandläggare och genomfördes under 2011 (se beskrivning nedan) med 37 deltagare. En ny handledarutbildning startade med 11 deltagare från tidigare utbildningsetapper. Deltagarna var från verksamheter som tidigare inte haft handledare eller hade behov av att utbilda fler.

5. Etapp 5 genomfördes under 2012 och innehöll två basutbildningar och en handledarutbildning. Etapp fem kom till för att fånga upp verksamheter som inte tidigare deltagit samt de som ville fylla på med fler deltagare. Sammanlagt deltog 64 deltagare i de två grupperna och 15 i handledarutbildningen.

Tabell 1 och 2 nedan visar hur många personer som deltog från olika verksamheter och yrkesgrupper.

Utbildning för biståndshandläggare

I olika sammanhang har det framkommit att biståndshandläggarna har en nyckelroll där kunskap och förståelse för den äldre personen med psykisk funktionsnedsättning är central för hur arbetet sedan kan bedrivas inom hemtjänst och på äldreboenden. Mot den bakgrunden blev det viktigt att varje kommun hade någon eller några biståndshandläggare med på utbildningen. Att komprimera utbildningen för biståndshandläggare var ett sätt att fånga upp personalgruppen och därmed ge utrymme för diskussioner mellan kollegor om svårigheter beträffande bemötande och handläggning av ärenden som gäller äldre personer med psykisk funktionsnedsättning.

Utbildning för personal på dagverksamheter/mötesplatser

Under projektets gång framkom hur värdefulla träffpunkter/dagverksamheter kan vara för att den äldre personen med psykisk funktionsnedsättning ska få stöd i vardagen och meningsfull social aktivitet i ett sammanhang där deras behov

synliggörs. Under hösten 2011 genomfördes en basutbildning för denna personalgrupp. I de tidigare basutbildningarna hade enstaka personal från träffpunkter/dagverksamheter deltagit men med denna särskilda satsning kunde fler personer och ytterligare verksamheter ges möjlighet att delta.

Tabell 1. Antal deltagare per kommun respektive landstingsverksamhet

Kommun/Landstingsverksamhet	Basutb	HLutb
Ekerö	41	9
Geriatrisk	4	2
Järfälla	66	9
Primärvård	6	0
Psykiatri nordväst	23	9
Sigtuna	41	6
Sollentuna	45	5
Solna	81	26
Sundbyberg	42	11
Upplands-Bro	41	8
Upplands Väsby	27	4

Förkortningar: Basutb=Basutbildning, HLutb=Handledarutbildning

Tabell 2. Antal deltagare fördelade utifrån yrke respektive huvudman/ägare.

	Totalt antal	Vårdbiträde Undersköterskor Skötare	Sjuksköterskor Biståndshandläggare Kurator Arbetssterapeut Psykolog Övriga	Kommun	Landsting	Privata Vård- och omsorgsgivare
Basutb	417	228	189	304	33	80
HLutb	89	52	37	59	11	19

Förkortningar: Basutb=Basutbildning, HLutb=Handledarutbildning

2.7 Implementeringsstödjande åtgärder

Handledarnätverk

Handledarna erbjöds att delta i ett nätverk efter avslutad utbildning, för att möjliggöra utbyte av erfarenheter med andra och att få stöd i handledningsprocessen.

Handledarnätverken organiserades så att de kunde ingå i ordinarie verksamhet efter projektets slut, intentionen med nätverken var också att underlätta en hållbar samverkan och ett forum för kunskapsöverföring. Under projektiden har flera handledare slutat på sitt arbete eller fått andra arbetsuppgifter, andra har

inte deltagit i nätverken av olika anledningar exempelvis att de inte har upplevt sig haft behov av handledningen eller att nätverken inte varit prioriterade i verksamheten. Från början var det fem nätverk som successivt under projektets gång slogs ihop till två. Förändringen har gjorts på förfrågan från projektet och önskemål från både deltagare och handledare, utifrån att det behövs ett visst antal personer för att få en bra dynamik i gruppen.

Förankring genom” stöd i verksamheten”

Projektledaren deltog vid de flesta utbildningstillfällena för att deltagarna skulle känna sig välkomna och sedda. Samtidigt fick projektledaren kännedom om den utveckling som skedde i utbildningsprocessen. Att bli bekant med deltagarna och få möjlighet att ta del av berättelser från olika verksamheter underlättade besöken i verksamheterna som gjordes som ett led i implementeringen. Våren 2010 påbörjade projektledaren arbetet med att återkommande göra anteckningar för att följa processen med utbildning och implementering. Anteckningarna hade formen av dagboksanteckningar, korta notiser om hur projektet kunde fungera som en mötesplats, dels formellt i föreläsningssalen och dels informellt i form av erfarenhetsutbyte under kaffeпаuser (redovisas i kapitel 5).

Under 2010 – 2012 arbetade projektledaren systematiskt och operativt med implementering. Ambitionen var att stötta de olika verksamheterna utifrån deras egna förutsättningar att arbeta med handledning och förändringsarbete (Gulbrandsson, 2007). Inför möten med handledare och

chef arbetades det fram diskussionsfrågor kring det nya arbetssättet samt möjligheter och svårigheter att arbeta med handledning.



Följande frågeställningar användes som underlag vid mötet:

- Hur har ni upplevt utbildningen så här långt?
- Har den gett en högre kompetens/större förståelse för bemötande?
- Har utbildningen medfört någon skillnad i arbetet?
- Hur tänker enheten kring implementering/användande av den nya kunskapen?
- Har ni tidigare arbetat med implementering av ny kunskap?
- Vad är viktiga aspekter vid en implementering?
- Hur ser chefens roll ut i arbetet?
- Hur ser en eventuell plan ut för en implementering?
- Hur kommer ni att följa upp arbetet?
- Hur kan handledartillfällen integreras i verksamheten?
- Hur kan tid frigöras?
- Hur ofta finns behov av handledning?
- Vilket stöd behöver handledaren av verksamhets-/enhetschefen?
- Hur ser ni på de nätverk som planeras i samarbete mellan psykiatri Nordväst och FOU nu?

Projektledaren besökte varje verksamhet

minst en gång (70 verksamheter deltog), 25 fick två eller flera besök. En svårighet i arbetet som angavs var att några handledare tyckte att det kan vara svårt att vara ”profet i sitt eget land” eller att det gav mera tyngd att det kom någon utifrån från projektet och informerade arbetskamrater och chef på exempelvis en arbetsplatsträff. Nästa steg för projektledaren kunde därför vara att tydliggöra projektets syfte och handledarens roll för hela arbetsgruppen. I andra verksamheter hade istället en liten grupp handledare träffats och diskuterat konkreta förslag om hur handledningen skulle gå till, andra önskade handledning kring ett specifikt patientärend.

De verksamheter (16 stycken) som initialt inte hade handledare besöktes under 2010-2011 i syfte att hitta andra lösningar för att underlätta implementering av nytt arbetssätt eller utse handledare till de nya utbildningarna som planerades in under våren 2011 och 2012. Av de 16 verksamheterna utsåg 10 handledare till de två sista utbildningarna. Vid besöken som genomfördes efter den sista handledarutbildningen 2012, kunde projektledaren inte gå ut och erbjuda stöd och hjälp från projektet på samma sätt som innan eftersom projektet avslutades 2012-12-31.

Uppföljningsutbildning för de som gick basutbildningen

Som ett led i uppföljningen av basutbildningen, men också ett viktigt led i implementeringsarbetet, organiserades särskilda föreläsningar. Deltagare uttryckte önskemål om fler uppföljningstillfällen för repetition och/eller för att få ny kunskap. Projektet utvidgades successivt med fler uppföljningstillfällen. Vid dessa tillfällen

togs ämnen, som deltagare och verksamheterna själva ansåg vara värdefulla i arbetet med den äldre personen med psykisk funktionsnedsättning, upp.

Tillfälle 1 – För de i etapp 1 som önskade repetition

Träna, kompensera och anpassa vid psykisk funktionsnedsättning, 22 personer deltog.

Utbildaren var leg psykolog.

Tillfälle 2 – Presentation av beteendemässiga och psykologiska störningar vid demenssjukdom (BPSD), 173 personer deltog. Utbildaren var legitimerad sjuksköterska vid ett BPSD team.

Tillfälle 3 och 5 – Transkulturella aspekter på psykisk funktionsnedsättning, 27 personer deltog. Föreläsaren var psykiater och arbetar på Transkulturellt centrum.

Tillfälle 4 – Föreläsning ”Inte super väl mormor” – om att arbeta med äldre personer med psykisk funktionsnedsättning, 80 personer deltog. Föreläsaren var professor i Socialt arbete vid institutionen för Socialt arbete på Stockholmsuniversitet.

Förankring och samverkan

Projektet utvidgades också till att innefatta idéseminarier i samarbete med representanter från olika verksamheter. Målgruppen var enhets- och verksamhetschefer inom kommuner, primärvård och psykiatri samt anhöriga- och brukarföreningar och intentionen var att diskutera hur man tillsammans skulle kunna bidra till att äldre personer med psykisk funktionsnedsättning får en god

vård och omsorg och en meningsfull vardag.



Personal från enheter som hade deltagit i utbildningen gavs också möjlighet att på seminarierna beskriva hur de påbörjat eller genomfört förändringsarbete utifrån den nya kunskapen som de fått genom Trygga Möten. Idéseminarier genomfördes i alla medverkande åtta kommuner under hösten 2010 och under 2011.

Alla seminarier dokumenterades och alla närvarande fick del av dokumentationen. Nedanstående punkter var de som vid genomgång av dokumentationen visade sig vara gemensamma från alla seminarier och där man angivit brister eller områden och/eller där det visat sig finnas utrymme för förbättringsåtgärder, såsom:

- Informationsöverföring
- Utveckla dagverksamheter/mötesplatser
- Handledning
- Genomförandeplaner/levnadsberättelser
- Individuell vårdplanering
- Stöd till frivilliga
- Samverkansavtal

Uppföljning av idéseminarierna gjordes under 2011 och 2012 för att stödja huvudmännen till lokala

samverkansarbeten. Detta för att stimulera till att skapa hållbara strukturer för att ge de äldre personerna stöd inom behovsområdena vård, boende och vardagsstöd samt meningsfulla aktiviteter.

Uppföljningsutbildningen ”Inte super väl mormor – om att arbeta med äldre personer med missbruk” upprepades vid ett tillfälle till i samarbete med FOU nordväst (FoU-enhet för Individ och Famileomsorg). Målgruppen var denna gång tjänstemän från äldreförvaltningarna och socialförvaltningarna i kommunerna. Även primärvård, öppenvårdspsykiatri samt landstingets beroendeenheter bjöds in. Föreläsarna var en professor samt en lektor i Socialt arbete från institutionen för Socialt arbete på Stockholms Universitet, 25 personer deltog.

Utveckling av aktiviteter

Möjlighet till socialt stöd och sociala aktiviteter har, av både Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut, beskrivits som betydelsefullt i syfte att förebygga psykisk ohälsa samt återinsjuknande (Statens Folkhälsoinstitut, 2008; Socialstyrelsen, 2011). Mot den bakgrunden och utifrån vad som framkom under idéseminarierna involverades personal på dagverksamheter/mötesplatser med introduktion i en psykoedukativ gruppaktivitet för äldre personer.



Aktiviteten kallades ”Balans till kropp och själ” och var uppdelat i olika moment:

- Basal kroppskännedom
- Mindfulnessövning i sittande eller stående
- Hemuppgifter (frivilligt) mindfulnessövning
- Föreläsningar/samtal om affekter och om kroppsliga reaktioner. Spontana samtal om åldrandet och förändringar i livet (ofta kopplade till känslor)
- Balansträning
- Social samvaro

Under 2011 prövades gruppaktiviteten i en kommun och under 2012 genomförde ytterligare två kommuner gruppaktiviteten. Sammanlagt deltog 30 äldre personer och sex personal i aktiviteterna. I december 2012 hölls en utbildning för personalen som varit engagerade i gruppaktiviteterna samt för personal från det äldrepsykiatriska teamet. Tanken var att utbildningen skulle ge ökad möjlighet att ta till sig delar som kunde anpassas och arbetas vidare med i respektive kommun. Sammanlagt deltog nio personer i utbildningen. Idén var att låta de olika modulerna ta olika stor plats beroende på hur gruppen fungerade, vilken kroppslig funktionsnivå de äldre personerna hade eller gruppens generella psykiska hälsa. Tanken var att optimera intresset hos deltagarna så att innehållet var relevant för just dem. Modulernas plats under en session kunde också vara olika eller förändras från session till session för att möta gruppens behov den dagen. Det kunde t.ex. innebära att äldre personer med sjukdomar som MS, stroke eller Parkinson hade mer behov av de fysiska balansmodulerna och mindre behov av samtal om känslor. I en annan kommun där

det var yngre/äldre utan större fysiska funktionshinder fick mindfulness- och föreläsnings/samtalsmodulerna ett betydligt större utrymme.

Dialogseminarium

För att möjliggöra kompetensförsörjning på sikt genomfördes ett seminarium med beslutsfattare (politiker och tjänstemän) från landstinget och kommuner i november 2011.



Temat för dialogseminariet var; Psykisk ohälsa hos äldre. En redovisning av projektets process och innehåll samt resultat från utvärdering av projektet presenterades. En del av resultatredovisningen bestod av en film där några av deltagarna berättar hur den nya kunskapen varit till nytta för dem i vardagen, se filmen här:

<http://www.youtube.com/watch?v=dOU-fx3C6vQ>

Seminariet avslutades med diskussionsgrupper och frågorna som diskuterades var:

Hur kan vi gå från samarbete till samverkan?

Hur kan vi implementera bestämmelser om samordning av individuell vårdplan enligt SOL och HSL?

Hur kan vi förebygga psykisk ohälsa hos äldre personer samt hur kan vi skapa hållbara strukturer för kompetensförsörjning?

Chefsseminarium

För att hitta former för fortsatt kontinuerlig kompetensutveckling identifierades behov att involvera och förankra på chefsnivå. Ett seminarium hölls i juni 2012 med ca 30 deltagande chefer. Temat för seminariet överensstämde med utbildningsupplägget för baspersonal samt att former för implementering av ny kunskap i verksamheterna belystes och diskuterades särskilt.

Kapitel 3. Kvantitativ utvärdering

I kapitlet beskrivs urval, mätmetoder och hur den kvantitativa utvärderingen genomfördes.

Resultatet visar på en statistiskt signifikant ökad moralisk lyhördhet hos personalen efter genomgången utbildning. Inga skillnader kunde ses för de äldre personerna.

3.1 Metod

Urval

Två grupper studerades: personal som fått utbildning samt ett urval av de äldre personer med psykiska funktionsnedsättningar som personalen mött i sitt arbete.

Mätmetoder

Olika enkäter användes för att utvärdera projektets olika delar med avseende på upplevelse av arbetsmiljö, livskvalitet, attityder till åldrande och psykiskt välbefinnande. De olika enkäterna var:

AAQ – Attitudes to Aging

Questionnaire – en enkät som syftar till att mäta attityder till åldrande (Laidlaw

et al, 2007). AAQ är framtagen i ett internationellt projekt med anknytning till WHO och en svensk version är framtagen vid Umeå Universitet. Skalan består av tre dimensioner: Psykosocial förlust, Psykosocial förändring och Psykosocial tillväxt, högre poäng indikerar positivare attityd.

Samvetsstress, socialt stöd, moralisk lyhördhet, arbetsbelastning – är en enkät som är framtagen i samarbete med Ersta Sköndal Högskola och är sammansatt av tidigare validitets och reliabilitetstestade enkäter (Glasberg et al, 2006; Glasberg et al, 2007; Demerouti et al, 2003; Halbesleben et al, 2005; Lützen et al, 2006, Wännström et al, 2009). Skalan om samvetsstress består av två dimensioner: intern och extern stress. Högre poäng indikerar mer upplevelse av stress. Skalan om socialt stöd består av tre dimensioner: stöd från chef, stöd från arbetskamrater samt stöd från familj/vänner. Högre poäng indikerar bättre stöd. Skalan om moralisk lyhördhet består av tre dimensioner: moralisk belastning, moralisk styrka och moraliskt ansvar. Högre poäng indikerar högre lyhördhet. Skalan om arbetsbelastning består av två dimensioner: utmattning och oengagemang. Högre poäng indikerar högre arbetsbelastning.

GHQ12 – General Health

Questionnaire – är en skala som syftar till att mäta självskattat psykiskt välbefinnande (Holi et al, 2003). Högre poäng (max 12 poäng) indikerar lägre självskattat psykiskt välbefinnande.

Genomförande

Personal

Deltagarna i etapp 1-3 besvarade samtliga

enkäter utom GHQ12 i samband med första utbildningstillfället samt ca 6-9 mån efter första tillfället.

Äldre personer

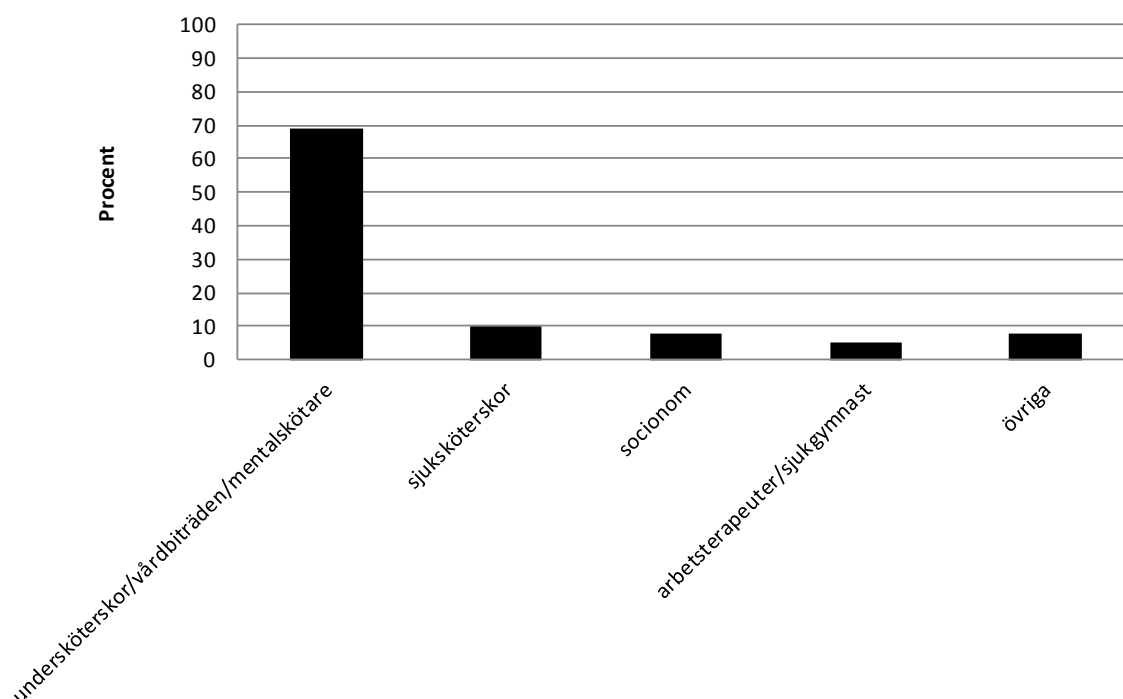
Enkäten om attityder till åldrande samt psykiskt välbefinnande skickades ut till de personer vars kontaktperson inom hemtjänst alternativt på det särskilda boendet hade påbörjat utbildningen (etapp 1-3). Detta gjordes i samband med utbildningsstart. Enstaka kommuner och vissa verksamheter ville inte lämna ut adresser till brukarna varför enkäter inte kunde skickas. Vissa verksamheter ville först själv tillfråga de äldre personerna om de ville svara, om personerna tackade ja så skickades enkäterna till dem. En

uppföljningsenkät skickades till dem som besvarade den första enkäten 1 år senare.

3.2 Resultat

Enkät till personal

Av dem som deltog i utbildningen (n=316 i etapp 1-3) besvarade 137 personer enkäten vid två tillfällen (43 %) och det är resultaten från dessa som redovisas nedan. Av dessa 137 personer var 27 män. Det var en stor spridning i ålder. Tre fjärdedelar av deltagarna var mellan 36 och 55 år. Olika yrkesgrupper var representerade, se Figur 1. Sjuttiofyra procent av deltagarna hade minst gymnasieutbildning, 29 % hade tillgång till handledning och av de som inte hade tillgång önskade 38 % att de fick det.



Figur 1. Procentuell fördelning av de som besvarade enkäten i relation till yrkesgrupp.

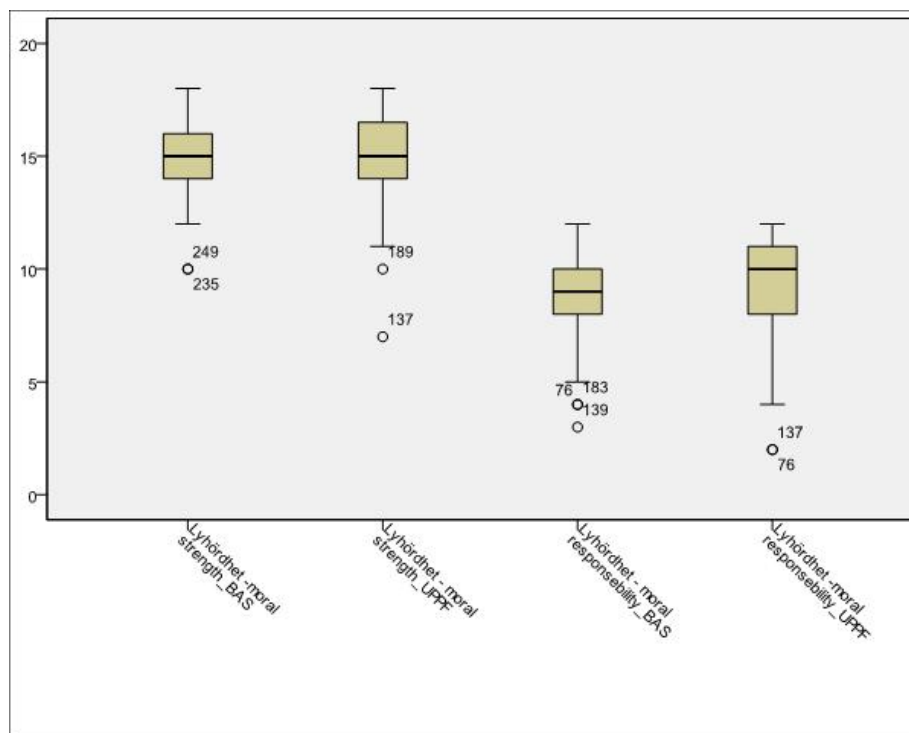
Resultaten av enkäterna visas i Tabell 3. Resultaten var i stort sett oförändrade mellan baslinje och uppföljning. Som framgår av tabell 3 så skattade deltagarna en relativt låg samvetsstress, bra socialt stöd framförallt från chefer och familj, måttlig moralisk lyhördhet, relativt hög arbetsbelastning, men en relativt positiv

attityd till åldrande i jämförelse med skalornas lägsta och högsta poäng. Resultatet visar på en statistiskt signifikant ökad moralisk lyhördhet hos personalen efter genomgången utbildning för subskalorna moralisk styrka och moraliskt ansvar, se Figur 2. Detta resultat bekräftas också i den kvalitativa analysen, se nedan.

Tabell 3. Resultat av personalenkäter redovisas med medianvärde och spridningsmått (kvartil 1-kvartil 2), samt skalans lägsta respektive högsta möjliga poäng.

	Baslinje	Uppföljning	Skalans min-max
Samvetsstress Total			
Intern stress	26 (16-44)	25 (13-41)	10-150
Extern stress	27 (17-46)	30 (14-46)	10-150
Social stöd			
Chef	12 (9-14)	11 (9-13)	3-15
Arbetskamrater	9 (8-10)	8 (8-10)	3-15
Familj/vänner	11 (9-13)	11 (8-13)	3-15
Lyhördhet total			
Moralisk belastning	16 (13-19)	15 (13-18)	4-24
Moralisk styrka	15 (14-16)	15 (14-16)*	3-18
Moraliskt ansvar	9 (8-10)	10 (8-11)*	2-12
Arbetsbelastning			
Utmattning	18 (15-21)	18 (15-21)	8-24
Oengagemang	16 (14-18)	16 (13-18)	8-24
Attityder till åldrande			
Psykosocial förlust	16 (13-19)	16 (13-18)	8-40
Psykosocial förändring	27 (23-31)	27 (23-31)	8-40
Psykosocial tillväxt	29 (26-32)	29 (27-32)	8-40

* p<0.05



Figur 2. Signifikant skillnad mellan baslinje och uppföljning ($p < 0.05$), kontrollerat för kön, ålder, civilstånd, yrkesgrupp och utbildning.

Enkät till äldre personer

Totalt skickades 199 enkäter ut till äldre personer och av dem besvarades 65 stycken. Av dessa var 40 kvinnor och 23 män (två personer besvarade ej frågan om kön) och medelåldern var 84 (+/- 10 år), 55 % uppgav att de bodde i eget boende. De svarande skattade sitt psykiska välbefinnande som gott (median=1, range 0-12). Trettiofyra (52 %) personer besvarade uppföljningsenkäten. Det var ingen signifikant skillnad mellan baslinje och uppföljning (data redovisas ej).

Kapitel 4. Kvalitativ utvärdering

Genomförande och analyser av fokusgrupper samt berättelser ur personalens vardag redovisas i kapitlet. Resultaten från fokusgrupper visar bl.a. att

utbildningen bidragit till det vardagliga arbetet genom att de blivit inspirerade till ett annorlunda förhållningssätt i vardagen – ”ett grundtänkande” eller en ”gemensam värdegrund” – i deras bemötande av brukaren. Under samtalen framkommer att personalen efter genomgången utbildning utvecklade mer insikt om att inte bara verkställa ett uppdrag, utan att tänka och känna efter *före*.

4.1 Metod

Genomförande och analys av samtal i fokusgrupper

För att komplettera den kvantitativa utvärderingen av utbildningssatsningen ”Trygga möten” samlades data genom kvalitativ metod med samtal i fokusgrupper (Morgan, 1997). Data från olika grupper som rör de olika deltagarnas erfarenheter och uppfattningar blir därmed möjliga att analysera.



Sammantaget genomfördes fem fokusgrupper med 26 deltagare. Alla i grupperna hade deltagit i basutbildningen och i två grupper hade dessutom deltagarna fått handledarutbildning. Rekrytering till fokusgrupperna gjordes vid varje avslutande kurstillfälle. Antalet deltagare varierade från två till sju personer. Samtalen varade mellan 90 minuter och två timmar och utgick från en intervjuguide. De flesta hade mångårig erfarenhet av arbete inom vård- och omsorg, flera var undersköterskor, andra sjuksköterskor, men också socionom, mentalskötare, sjukgymnast eller arbetsterapeut. Majoriteten hade tidigare genomgått olika fortbildningar. Deltagarna kom från både kommunala och privata hemtjänstutförare, särskilda boenden, arbetade som biståndshandläggare vid kommunens äldreomsorg, slutenvårdspsykiatri, nattpatrull, dagverksamhet etc. Gemensamt för alla var att de utbildats i *Trygga möten*. De kan således inte betraktas som representativa i statistisk mening, snarare som motiverade att delge sina tankar av utbildningen.

Fokusgruppsamtalen spelades in och transkriberades sedan. Analysarbetet organiserades i flera steg. Processen började med en genomläsning av varje transkription för en meningskoncentration för att fånga samtalens essens. Det betydde att ca 60-70 sidor transkriberad text, koncentrerades till cirka 10-20 sidor. Nästa

steg var en tematisering av materialet (Kvale & Brinkman), som handlade om: *Erfarenheter från basutbildningen* respektive *Erfarenheter från handledarutbildningen*. Under arbetets gång har etiska överväganden genomfyrat analysen, vilket innebär att personliga detaljer som skulle röja identitet som ålder, kön eller etnicitet inte redovisas i rapporten. Däremot anges vilken professionell bakgrund personerna har, så som undersköterska eller sjuksköterska etc.

Berättelser ur vardagen – analys av korta narrativ från enkäter

Vid sista tillfället vid basutbildningen fanns i enkäten en avslutande fråga/uppmaning: "Beskriv en situation eller händelse där du fått användning av det du lärt dig under kursen". De flesta kursdeltagare hade av olika skäl inte möjlighet att delta i samtal i fokusgrupper, exempelvis eftersom arbetsledare inte gav dem möjlighet därtill eller att de kanske inte trodde att deras erfarenheter var av värde för utvärderingen. Förhoppningen med följdfrågan i enkäten var att bjuda in alla deltagare till att reflektera över sina specifika lärdomar. Data bestod av några få ord till korta berättelser (narrativ).

Analysarbetet påbörjades genom att fyra personer i projektgruppen läste igenom narrativen förutsättningslöst. Under gemensamma diskussioner avgjordes hur de skulle analyseras.

4.2 Resultat

Samtal i fokusgrupper om "Trygga möten"

Resultaten av deltagarnas synpunkter av "Trygga möten" redovisas under två huvudteman: *Erfarenheter från*

basutbildningen och Erfarenheter från handledarutbildningen. För deltagarnas erfarenheter från basutbildningen framkom följande underteman: *Värdegrund och bemötande av brukare; Kunskap som bekräftar professionell hållning; Kunskap som bekräftar kompetens; Utbildning som mötesplats.* För handledarutbildningen framkom följande underteman: *Tid som bristvara och Förändring av förhållningssätt.* I presentationen har vi valt en empirinära redovisning, som ger en stor läsbarhet.

Erfarenheter från basutbildningen

Värdegrund och bemötande av brukare

Under samtalen i fokusgrupperna framkom att basutbildningen bidragit till det vardagliga arbetet med äldre med psykiskt funktionsnedsättning, inte minst eftersom ny kunskap presenterades. Deltagarna sa att detta inspirerade dem till ett annorlunda förhållningssätt i vardagen – ”ett grundtänkande” eller en ”gemensam värdegrund” – i deras bemötande av brukaren. Under samtalen i grupperna framkom att de efter genomgången utbildning utvecklade en insikt om att inte bara verkställa ett uppdrag, utan att tänka och känna efter *före*. Arbetsledarna, exempelvis de inom hemtjänst, hade fått en förståelse för värdet av att bara växla några ord över en kopp kaffe. En kort stund kan vara avgörande för den äldre personens upplevelse av ett gott bemötande, men också för möjligheten att genomföra ett uppdrag. Deltagarna i de olika fokusgrupperna var överlag eniga om att bemötandet av klienter, gäster, patienter, kunder eller brukare och deras anhöriga är essensen i det vardagliga arbetet. En undersköterska som arbetade på ett boende för psykiskt sjuka förklarade att hennes nya förhållningssätt innebar att visa

respekt. Hon berättade om en av gästerna som ibland kissade i sängen nattetid och där personalen hade utvecklat ett annat förhållningssätt:

Han skäms. Han skäms att berätta. Så han gömmer alltihop. Så då måste man ha ett annat bemötande, så han inte känner skam. Så om jag knackar på och jag säger: - Hörrudu, jag har en [tvätt]maskin som är ledig. Har du någonting att tvätta? Äsch, ge mig allt du behöver, så undan med den.

En samordnare inom hemtjänsten förklarade att hon lärt sig ett förhållningssätt som innebar att om anhöriga ringer och klagar på hemtjänsten går hon inte längre ”i försvarsställning”, utan försöker att strukturera samtalet, genom att ställa ”de där följdfrågorna”. Hon exemplifierar med en berättelse:

En anhörig var ganska förbittrad att mamma inte hade fått duscha. Men att liksom fråga: ”Vad tror du hände?” Sedan att man kan lyssna för hon var ju ganska arg. Att jag lyssnade, jag ställde de där följdfrågorna. Vi kommer till ett annat samförstånd och vi kan avsluta på ett bra sätt.

En biståndshandläggare berättade att hon brukade fokusera på insatsen som skulle verkställas, men menar idag att bemötandet av brukare och anhöriga mycket väl kan ha ett värde i sig:

”Det är helt grundläggande och det kan ge dem en känsla av trygghet också och det är gratis.”

Betydelse av kunskap och ett nytt professionellt förhållningssätt

Deltagarna uppgav att viss kunskap som de fått uppfattades som helt ny medan annan styrkte deras tidigare förhållningssätt. När en av undersköterskorna vid ett boende fick reda på att ”här i Sverige är det en

äldre människa som tar livet av sig om dagen” sa hon (se Bergdahl, 2007):

”Jag har fortfarande väldigt svårt att komma över att siffran var så hög och varför man inte gjort någonting åt det. Det fick mig att också vilja jobba med äldre.”



Av samtalen framkommer att det är skrämmande att så många äldre personer tar sina liv i Sverige och flera förvånas över äldre personers höga självmordstal. Ett vårdbiträde inom hemtjänsten klargjorde att hon idag är mer medveten om att när äldre personer talar om självmord måste det tas på allvar. I en av fokusgrupperna diskuterade deltagarna att de hade lärt sig ett förhållningssätt som innebar att det inte alltid ansågs det nödvändigt att vara åtgärdsinriktad. De insåg att de inte per automatik behövde inta en ”fixarroll” eller alltid veta vad som är bäst för den äldre, trots att de har utbildning. Så här förklarade en arbetsterapeut:

”Genom mitt yrke, har jag lärt mig, jag har ju alltid jobbat med att jag ska lösa problem. Nu helt plötsligt blir det helt omvänt. Jag har fått medel att lära personen själv att lösa sina problem så för mig har det blivit, det tog ett bra tag innan jag kom in i det tänket. Det är jättenyttigt”.

En undersköterska inom hemtjänsten uppgav att hon lärde sig ett arbetssätt som innebar att ta ett steg i taget, eftersom

annars riskerade hennes uppgifter att för henne kännas övermäktiga:

”Du kan inte tänka dig att du ska ha hela helheten framför dig för då blir problemet för stort. Då orkar jag inte längre, utan man får krympa ner det ett steg i taget”.

Några av de deltagarna betonade värdet av bättre samtalsteknik, som bland annat kan innebära att sammanfatta vad som framkommit i mötet, men också att bekräfta den andres ståndpunkt, oavsett om hon/han var anhörig eller var den som var i behov av hjälp och stöd.

Annan kunskap som deltagarna uppgav som värdefull handlade om psykiska funktionshinder och läkemedel. En biståndshandläggare uppgav att det vara av betydelse särskilt när hon nu gör hembesök, inte minst eftersom hon nu vågar fråga den äldre. Tidigare kunde hon emellanåt ha *”en känsla av lite ordkramp”*, vilket hindrade mötet. Hon uppgav att hon har fått en större säkerhet i sitt förhållningssätt:

”Förut var man rädd att bara själva frågan skulle påverka på ett negativt sätt, men där fick man enkla riktlinjer”.

Deltagarna i fokusgrupperna diskuterade också att de hade fått förståelse för komplexiteten i arbetet med människor med psykiska funktionshinder, eller som en sjuksköterska konstaterade:

”Det är inte bara att gå in och säga: - Hej och tjolahopp, idag ska vi duscha! Alltså det är jättekompakt om man aldrig [tidigare] har jobbat inom psykiatri”.

Några deltagare förklarade att de förvärvat ett förhållningssätt, som inte bara innebär

ett större mod att närma sig äldre personer med en psykisk funktionsnedsättning, exempelvis att våga fråga om deras läkemedel eller hur de mår. Flera uppgav att en följd av utbildningen är att de känner sig stärkta. Stärkta i deras relation till överordnade och i mötet med andra professionella, särskilt betonades värdet av att arbetsledningen deltagit i liknande utbildningsprojekt, en undersköterska förklarar:

”Då är det också lättare att driva igenom sina förslag och de där förändringarna för de vet vad det handlar om. För tyvärr är det så att de flesta människor tycker att det är jobbigt med förändringar, även om det kan vara bra förändringar. Det tar tid innan man kommer in i den processen”.

Bekräftelse av kompetens

I grupperna framkommer att utbildningen har inspirerat. Deltagarna upplevde att deras faktiska kompetens uppmärksammades mer. Deltagarna uppgav också att många av deras arbetsuppgifter är klockade och därför måste utföras under tidspress. Det gäller att orka med arbetet, eller som en undersköterska sa:

”Utbildningen har hjälpt mig att sätta gränser. Det här är ju deras sjukdom. Man ska inte ta dem med sig hem. Man ska inte ta åt sig. Det är ju väldigt viktigt. Jag som person är väldigt känslig och tar åt mig. Sedan går jag hem och tänker på hur de mår och vad de gör nu”.

I vardagens arbete är det lätt att glömma ”den mänskliga biten”, alltså att sätta sig en stund med en kopp kaffe och byta några ord. På grund av besparingar och alla omorganisationer inom hemtjänsten är risken att man annars bara

tänker på att dela ut läkemedel, enligt denna undersköterska:

Sådana kurser fräschar upp minnet, så man inte glömmer den där mänskliga biten. Mycket, mycket viktigare än att gå till någon och bara ge medicin och sedan dra därifrån. Det är ju inte piller som är viktigast i det där, utan det är de där fem minuterna som man sätter sig ned med dem och de kanske kokar en kopp kaffe och pratar med dem. Det är det som de behöver, mer än piller.

En undersköterska inom hemtjänsten beskriver följande:

”Vissa [äldre] får att de behöver hjälp hemma, men de vill inte. De vill absolut inte det. Jag menar, då måste man på något sätt vinna dem. Då är det att man får ett uppdrag, att man ska gå dit och städa, man har kanske femton minuter, och städningen är viktig för annars så bor hon i misär och det gör även andra. Maten är väldigt viktig för annars äter hon inte.

Men alla vet inte att man inte kan börja med maten och städning förrän man har vunnit deras förtroende. Vet man att de inte vill, då måste man komma dit och sätta sig. Okej, nu ska vi prata och liksom vara trevliga och kanske fika, göra det de vill. Inte det som står i uppdraget. Låter bli uppdraget en liten stund, kanske två, tre gånger. Det spelar ingen roll om det blir smutsigt. Men sedan tar man på sig det där, att det är smutsigt i lägenheten”.

Utbildning som mötesplats för professionella

I alla fokusgrupper betonades att utbildningen fungerade som en mötesplats för personal med olika yrkes- och utbildningsbakgrund. Även om deltagarna i några grupper efterlyste att fler

biståndsbedömare hade deltagit, särskilt med tanke på att de ofta uppfattas som spindeln i nätet och avgör vilken insats klienten är berättigad till eftersom biståndsbedömaren ”har makten”.

Några av deltagarna som arbetade på särskilda boenden uppgav att de under utbildningen fått en ”tankeställare”. De uttryckte sin beundran för hemtjänstpersonalens arbetssituation eftersom de ständigt måste arbeta under tidspress. Så här säger en undersköterska som arbetar på ett boende om att hon idag förstår hur hennes arbete erbjuder en fördjupad kontakt med de äldre:

”Jag uppskattar och värdesätter min tid”.

Vid varje utbildningstillfälle har deltagarna också fått möjlighet att reflektera tillsammans:

”Vi har lärt av varandra, så det tackar jag för.”

Vid ett boende hade all personal genomgått utbildningen ”Trygga möten”, vilket de i sin tur sa påverkade dem i att ifrågasätta sitt förhållningssätt till gästerna men också att särskilt begära extern handledning. Flera i de olika fokusgrupperna berättade att de på sina respektive arbetsplatser har utvecklats till resurspersoner som bistår med råd i vardagen till personalen som arbetar med människor med psykiska funktionshinder. Kontaktytorna med kolleger som bevistat handledar- och/eller basutbildningen har också blivit större, särskilt med några biståndsbedömare.

Genomgående i fokusgruppssamtalen uppgavs att kontakten förbättrats

deltagarna emellan. En kvinnlig gruppledare inom hemtjänst beskriver hur komplicerad hon upplever att vardagen är.

”Det är inte så enkelt att bara be hemtjänsten att utföra en arbetsuppgift eller att skicka en beställning från biståndet: Det är människor det handlar om. Människor, som vi måste få så mycket information om som möjligt, för att kunna vinna tid för att komma fram och nå dem så fort som möjligt”.

Deltagarna uppgav att de upplevde det vara värdefullt att möta kollegor från olika professioner och få möjlighet till att ”spegla” varandra. I alla grupperna talades om att utbildarna var engagerade, men också att utrymme gavs för var och en att tala vid varje kurstillfälle. I det vardagliga arbetet skapas det få möjligheter och tillfällen att mötas över professionsgränser. Här följer ett utdrag, som illustrerar hur en biståndshandläggare, undersköterska och en mentalskötare från en psykiatrisk avdelning resonerar:

Handläggare: Vi kan hjälpa till att öka förståelsen för varandra. Många av oss biståndshandläggare kanske känner att vi inte riktigt förstår vårdsituationen och hur ni jobbar. Det når inte riktigt fram så, att man har full förståelse för varandra. Men det är lite nytt på väg ändå, att man berättar vad man tänkt.

Undersköterska: Jag tror att alla yrkeskategorier känner just det här med att det är ingen annan som förstår hur vi har det och så. Därför var det så nyttigt att vi var med olika bakgrund de som satt där så att alla fick liksom höra att vi sitter i samma båt. Även om vi har olika arbetsuppgifter så jobbar vi ändå för samma mål. Det är för att brukaren och klienten liksom den äldre ska ha det så bra som möjligt och om vi kan liksom bidra från olika håll.

Mentalskötare: *Vi hinner ju inte prata speciellt mycket med alla på dagarna utan det är bara på morgonsamlingen så att säga, rapporter på morgonen och sedan några minuter strax innan man slutar. Så då hinner man ju inte prata med varandra. Det är ju så. Det var det som var bra på kursen att man fick, vi fick lyssna och prata, det var jätteviktigt.*

Deltagarna efterlyste möjligheten för fortsatta utbildningstillfällen som erbjuder yrkes- och professionskunskap för dem som i framtiden kommer att arbeta med äldre personer med psykiska funktionshinder. De betonar också behovet av fördjupning, ett steg två av basutbildningen. Under samtalen framkom det att de inte alltid upplevde det lätt att förmedla nyvunna kunskaper, särskilt eftersom de beskriver att de fortfarande bearbetade själva det de lärt sig. Flera betonade därför värdet att följa upp arbetet som påbörjats på fältet, såsom fortsatta basutbildningar respektive fördjupningskurser, och att hållbara strukturer skapas för detta. Eller som en undersköterska vid en nattpatrull sa:

”Uppföljning är A och O. Kursen har varit jättebra tycker jag, men det kommer att vara förgäves om inte det blir en bra uppföljning. Det tycker jag är viktigt.

Jag har gått på så mycket förbaskade kurser som har varit bra, men förgäves, det rinner ut i sanden. Att hålla det levande, efter det är A och O om man vill att det ska ge någonting i längden”.



Erfarenheter från handledarutbildningen

Tid som bristvara

Genom handledarutbildningen presenterades särskilda redskap för personalens arbete med äldre personer som har psykisk funktionsnedsättning. Alla fokusgruppsdeltagare uppskattade utbildningen och möjligheter att själva delta i handledning, men flera kände sig ännu vid fokusgruppsamtalens genomförande villrådiga för framtida möjligheter att handleda i vardagen. Av samtalen framkommer att handleda kollegor på arbetsplatsen innebär att ta hänsyn till olika aspekter. Osäkerhet och tvivel uttrycktes för om man skulle våga hålla i en grupp, ”samtidigt så har man ju ändå gjort de här delarna tidigare”, säger en gruppleddare från hemtjänst. Svårigheten är främst att få tid över:

”Tid är ju en bristvara idag, jag tycker att det är jättesvårt att få tid. Personalen är så pressad idag att gå ut och jobba, så man får ta det lite snabbt på något sätt.” Det känns alltså ogörligt att skapa utrymme för gemensamma grupphandledningar, i stället ges vägledningen kontinuerligt: ”Samtidigt så ger ju jag handledning hela tiden. Personalen har frågor om hur skall man göra: Vad är det som händer? Hur kan jag göra? Hur kan jag tänka? I princip så svarar man på det. Men att

sätta sig ner och ha det här pedagogiska [i grupp], det är svårt tycker jag”.

Förändring av förhållningssätt

För en kvinnlig mentalskötare, som arbetar på en boendeenhet, innebar handledarutbildningen en genomgripande förändring av vardagens förhållningssätt, eftersom alla genomgått basutbildningen. Alla medarbetare har träffats för att gemensamt bestämma hur de vill arbeta med varje gäst. Samtalen dokumenterades och alla överenskommelser antecknades på var och ens *Behovskort*. Så här berättar hon om förändringen och att alla medarbetare har fått möjlighet att reflektera under handledning:

”Vi har gjort olika kort för varje boende och har gått igenom varje boendes behov och hur och vad har vi sett. Det är inte bara vad jag har sett och vad JAG kan ge för råd. Nu har vi gjort det TILLSAMMANS och det har varit suveränt. Det har verkligen blivit jättebra faktiskt. /.. /”

”Jag känner mig jättesäker att kunna leda de här så att vi tillsammans kommer fram till beslut på vilket sätt tillsammans ska vi jobba med boendena och se deras brister och se behov”.

Mentalskötaren menar att avgörande för förståelsen för varje klient är att alla oavsett om de arbetar dag, kväll och nattetid började kommunicera. Handledningen och möjligheterna att reflektera är härvidlag avgörande. Ny kunskap framkom, exempelvis att vissa visade helt andra sidor av sin person, som annan personal som jobbade andra tider på dygnet inte hade en aning om eller visste *”existerade över huvud taget”*. All information gav medarbetarna en mer komplicerad och förmodligen korrektare

bild av hur sammansatta deras äldre är. Medarbetarna lärde alltså känna nya sidor av de äldre, utifrån hur de tänkte sig att behoven är under dagen och om natten, utifrån frågor som: *”Vad tycker ni att den personen behöver? När behöver hon vad? När mår hon som sämst? På vilket sätt kan vi hjälpa henne när hon mår som sämst?”* Således skapades möjligheter att lära känna de boende *”på ett annat sätt”*. Likaså förändrades hur personalgruppen resonerade som inte rörde att handledaren skulle säga vad som skulle göras och alla kunde yttra sig. Medarbetarna fick därmed upp ögonen för att de boende är mångfacetterade som alla andra människor:

”En boende, som vi på dagtid upplever att hon är isolerad, lite inåt, men på kvällen är hon en helt annan person, som kan komma ut och vara med. Så då börjar man fråga varför – är det vi, personalen, som inte tillåter det här? Eller vad är det som håller på kvällen, att hon vågar komma ut? Förstår du? Det var så roligt, det var jätteroligt att jobba på så vis.”

Flera som deltagit i handledarutbildningen förklarar att det bästa med den är igenkännandet och att de faktiskt fick bekräftelse på att de trots allt arbetar på ett bra sätt, att *”magkänslan”* som tidigare lett dem i vardagen är rätt. Särskilt uppskattades diskussionerna kollegorna emellan, men också möjligheten att få ta del av varandras handfasta råd, exempelvis hur man skall förhålla sig till äldre personer med specifika svårigheter. Att få utbyta erfarenheter berikar, därför uppskattades möjligheter till fortsatta handledarträffar i framtiden.

Berättelser ur vardagen

De 101 svaren från enkäterna kategoriserades i fem övergripande teman: Förståelse för äldre med psykiska funktionshinder; Bemötande och förmåga att aktivera äldre; Professionell hållning; och Recensioner av utbildningen samt Övriga svar. Flera svar kunde emellertid hänvisas till olika kategorier (se Tabell 4). De utskrivna svaren är i presentationen någon gång varsamt redigerade. Detta för att behålla läsbarheten, utan att för den skull förändra något av den betydelse som uppfattades vid genomläsningen. Deltagare som skrivit narrativ kallas här respondenter.

Förståelse för äldre personer med psykiska funktionshinder

Många svar indikerar att kursen bidragit till *”större förståelse”* av äldre personer med psykisk funktionsnedsättning, exempelvis att äldres personers planer att ta sina liv måste tas på *”större allvar”*, men också konsekvenser av psykisk sjukdom för den enskilde och därmed personens sammanhängande behov av insatser.

Nyförvärvad kunskap ger en större säkerhet, men bidrar även till att uppmärksamma faktiska brister i omsorgen av äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. Det är svårt att exempelvis få psykologhjälp om den berörda behöver det enligt några respondenter. Flera respondenter betonade vetskapen av skillnader mellan demenssjukdom och psykisk sjukdom, men också hur sjukdomsbilden för enskilda äldre personer kan variera över tid.

Genom kunskap finns en möjlighet att kommunicera med andra arbetskamrater som exempelvis irriterar sig på *”svåra*

brukare” och att försöka att se sammanhanget eller bakomliggande faktorer till varför hon/han egentligen är så *”besvärlig”*. Det är inte heller adekvat alla gånger att *”ifrågasätta någons verklighetsuppfattning, då det är dennes verklighet”*, som en respondent skriver.

Han/hon fortsätter:

”Och vem är jag att strida mot det? Eller vad ger mig rätt till det? /.../ Något annat skulle bara leda till konflikt och otrygghet hos brukare, som att ta ifrån den nåt de tror på?”

En respondent beskriver värdet av att se äldre *”utan några förutfattade meningar”*. Oavsiktligt bidrar egen förståelse till att också andra kollegor *”behöver gå på samma kurs”*.

Bemötande och förmåga att aktivera äldre

Ett gott bemötande innebär bland annat att inta en lugn och lyssnande hållning, vara lyhörd, medveten om den professionellas egen värdegrund. Att veta med sig att när och om de äldre personerna mår bra, känns det tryggt att själv lämna sitt arbetspass. Bemötande handlar praktiskt om hur respondenterna beskriver sitt eget möte av äldre med psykiska åkommor utifrån den kunskap man faktiskt lärt sig från utbildningen, exempelvis att vara *”lugn och sansad”* och ha större tålamod och *”orka ’lirka’ så länge som det behövs”* eller i mötet med hallucinerande äldre, be dem berätta som sina erfarenheter.

Bemötande handlar även om förmåga att aktivera den äldre personen, exempelvis när det gäller att städa tillsammans, eller som följande respondent skriver:

”Jag har använt möjligheten till aktivitet för en orolig boende, typ utepromenad och samtal, i stället för att rutinmässigt ge lugnande tabletter”.



Ett exempel som presenteras rör hur personalen med ett annat förhållningssätt kan lindra en 90-årig cancersjuk kvinnas svåra ångest:

”Hon talar mer nu själv om att hon har ångest. Vi har gjort åtgärder för att lätta på kvällarna: fotmassage, samtal som hon vet ska vara varje kväll”.

Återkommande betonas att när man bemöter de äldre påverkas ens egen arbetsglädje, vilket också bidrar till ens egen trygghet. Här följer en längre berättelse av hur en av våra respondenter som arbetar inom hemtjänst förhåller sig till några brukare:

”Arbetar inom hemtjänsten och har mina fasta kunder som jag går hem till. Ett par av kvinnorna, 89 respektive 98 år har vid ett par tillfällen uttalat att de vill dö. Att de inte vill vara med längre. När 98-åringen och jag pratade om detta frågade jag henne hur och vad hon skulle göra. Hon sa att hon skulle vilja gå ner till sjön och hoppa i, men att hon förmodligen inte skulle lyckas eftersom benen inte bar henne.

Bara genom att jag lyssnade och tog henne på allvar så fick vi en ännu djupare

kontakt och nu skiner hon som en sol när jag kommer. Så viktigt att vi som arbetar i hemtjänsten tar det lugnt. Även om vi har mycket att göra och är stressade för att hinna med alla kunder så tror jag att det är superviktigt att inte visa detta inför kunderna. Lugn skapar tillit och trygghet.”

Viktigt att kunna prata om döden, inte bara ”vifta bort” ett sådant samtal. Men också viktigt att ge hopp genom att säga till exempel: *”Du kan vänta ett tag med att dö, det blir ju fint väder i veckan, vi ska ju gå ut och titta på syrenerna och äta glass. Detta funkar åtminstone med de äldre som jag träffar”.*

Professionell hållning

Respondenterna betonar förmågan att *”kritiskt granska”* sitt eget professionella förhållningssätt, exempelvis att tänka på *”för- och nackdelar av ett handlande”*. Eller att bara hantera *”känslööverföringar – att inte ta åt sig personligen när någon blir upprörd. Det är min roll och det jag förmedlar, som ibland upprör”*. Men också veta att förutom att vara tydlig och klar och ta sig tid för bemötande måste man veta *när och varför* man skall ta egna initiativ.

En biståndsbedömare skriver att hon tar hänsyn till antalet timmar som kan fördelas för att ge personalen bättre förutsättningar för att hjälpa de äldre. En hemtjänstpersonal betonar å sin sida vikten av att möta biståndshandläggarna för att den äldre skall få den omsorg som behövs. Några respondenter förklarar hur de försöker att lägga upp planer för hur brukarnas situation på bästa sätt skall kunna hanteras. Det är värdefullt att ställa adekvata krav i mötet och att undvika att passivisera äldre i onödan, exempelvis att

det inte är ”’ok’ att en äldre person inte går ut, träffar folk”. Någon skriver att härvidlag är avgörande att alla har ”samma mål” i vardagen och att ”alla har likadana rutiner för att nå det målet som man satt upp, fast det kan vara lättare för stunden att ge med sig mot en boende som tjarar”.

Som professionell måste man veta när man skall hänvisa till andra, exempelvis att se till att den äldre får en samtalskontakt. Det är inte alltid nödvändigt att ”lösa problemen”, snarare om att få brukarna att klara mycket själv”. Någon skriver följande:

”Genom kunskapen jag fått har mötet känts mer berikande och en känsla av yrkesmässig proffsighet. Rent ut sagt i mycket mer kvalitet och vikten av att förstå att samordning mellan huvudmän är viktig, och så klart närstående”.

Men det vardagliga kliniska/praktiska arbetet styrs i praktiken av ekonomi och fördelning av resurser, som man har att förhålla sig till. Här har kursen stärkt respondenter till att ”prioritera vården och den tid som krävs”. Samma person betonar

att utbildningen bidragit till ”känsla av värdeökning” för det arbetet hon/han gör.

Recensioner av utbildningen och övriga svar

Av sammanlagda svar kan sju karakteriseras som *recensioner av utbildningen*, eftersom respondenterna klargör att de uppskattar utbildningens *innehåll*, exempelvis att det presentades kunskap om depressioner eller att kursens *form*, så som att möjligheter till att diskutera inspirerade. Någon anser att kursen ”som helhet passar mer till anställda inom kommunen”, däremot inte för landstingsanställda eftersom de har en grundutbildning. Några nämner att de har haft nytta av den privat, men anger inte i vilket sammanhang. Övriga svar (fem) handlar om att respondenterna ännu inte haft möjlighet att använda sig av kunskapen praktiskt, eftersom de är sjukskrivna eller för att de när enkäten fylldes i inte kunde minnas någon särskilt som de ville nämna.

Tabell 4. Exempel på korta narrativ från varje kategori.

Förståelse 25 svar	* Att lägga om mina tankar inför hanterandet av brukarna. Alltså förstå varför vissa beteenden visar sig hos dem. Förstå deras sjukdomsbild när den visar sig mer vartefter tiden går * Suicidplaner hos äldre tas på ”större allvar” då det är större risk
Bemötande 54 svar	* En patient på avdelningen var missnöjd och kritisk till allt personalen gjorde. Han tyckte att ingenting var bra. När personalen skulle hjälpa honom pratade han i telefon och när han ville ha hjälp och inte kunde få den direkt blev han arg. Jag föreslog att personalen skulle göra upp ett slags schema/planering tillsammans med honom och där han i största möjliga utsträckning fick bestämma. Resultatet blev mycket bra och patienten blev mycket nöjd. * Jag har bland annat lärt mig att låta de boende få göra så mycket som möjligt själva, utifrån deras förmåga i stället för att hela tiden serva och hjälpa till. Att jobba med ”händerna på ryggen, ställa rimliga krav, och uppmuntra till olika aktiviteter. Man kan till exempel städa tillsammans, delta i någon liten aktivitet, eller ta en liten promenad utanför huset. Många är väldigt passiva, så varje litet steg får betraktas som ett framsteg.
Professionell hållning/yrkesroll 37 svar	* Jag har försökt att ta mer hänsyn till den psykiska ohälsan i biståndsbesluten, till exempel lagt ut mer tid till utförarna så att de ska få bättre förutsättningar till att ge den tid brukarna behöver. * Att alla håller samma mål som man har i gruppen, att man är enhetlig. Alla har likadana rutiner för att nå det målet som man satt upp, fat det kan vara lättare för stunden att ge med sig mot en boende som tjatar. Alla i arbetsgruppen jobbar och säger samma sak och krav som ställs för den som gäller, oavsett dygnets timmar. * I mötet med en ny brukare som lider av demens och vissa vanföreställningar har jag med hjälp av denna kurs haft verktyg att jobba fram en hållbar inställning till hur arbetet med att bemöta henne med en säker yrkesmässig attityd. Vilket gör att både hon och jag känner oss trygga.
Recensioner 7 svar	* Alltid intressant med diskussioner när man jobbar inom slutenvård och inte träffar så många äldre. Depressioner kommer in för ECT och vårdtiden är kort. * Jag skall skriva sanningen. Jag behövde inte ge min hjälp till sådana personer. Men jag tycker att det är bra, lära mig om det skall behövas att jag ger min hjälp.
Övrigt 5 svar	* Kan ej komma på något just nu. * Nej, jag kan inte instämma i det påståendet. Däremot har jag fått bekräftelse av det som jag har i min ryggsäck.

Kapitel 5. Projektledarens reflektion

Projektledaren följde utbildnings- och implementeringsförloppet med intentionen att deltagarna skulle känna sig välkomna och sedda men deltagandet gav också möjlighet att ta del av utvecklingsprocessen. Att bli bekant med deltagarna och få möjlighet att ta del av erfarenheter och berättelser från olika verksamheter underlättade vid implementeringen. Genom de anteckningar som gjordes under projektets gång utkristalliserades ”mötesplats” och ”över tid” som begrepp att reflektera kring.

5.1 Mötesplatsen

Utbildningen fungerade som en mötesplats, dels formellt i föreläsningssalen men också informellt för erfarenhetsutbyte under exempelvis kaffepauser. Utbildningarna ägde rum i olika kommuner samt i landstingets lokaler. Gemensamma kafferaster och luncher var det informella forumet som gav möjlighet till erfarenhetsutbyte, informationsinhämtning och förhoppningsvis en känsla av delaktighet.



Implementeringsforskningen pekar på att delaktighet och förankring krävs för ett

lyckat förändringsarbete. Samtalet handlade många gånger om attityder till åldrandet eller till det arbete som bedrivs med de äldre. Andra samtal handlade om allt man skulle vilja göra i sitt arbete, vad som saknas men också vad som är bra och hur det kan bli bättre. Samtalen vid kaffet bestod av vanligt småprat men också av diskussioner om samåkning till nästa utbildningstillfälle eller studiebesök hos varandra.

Flera av deltagarna frågade om möjlighet till vidareutbildning och berättade att projektet och sammanhanget gav en önskan om att lära sig mera.

Vid de senare besöken i verksamheterna och samtalen med deltagare från handledarutbildningen framgick att det fanns tankar kring hur det fortsatta arbetet, sammanhanget och kunskapen kring målgruppen kunde leva vidare. Någon pratar om en hemsida, en virtuell mötesplats som en möjlighet att dryfta frågeställningar och utbyta idéer och diskutera problem de ofta möter, få svar på frågor och idéer. Någon annan pratar om att det känns som att Äldrepsykiatri är ”inne” just nu, hon läser om det överallt och tycker det är kul att vara med på ”tåget”. En personalgrupp insåg att de behövde arbeta med gruppens värderingar och hitta en gemensam värdegrund för att därefter arbeta med bemötandet av de äldre personerna med psykisk funktionsnedsättning på ett bra sätt.

Samtalen visade också hur laddat det kan vara att prata om psykiska funktionsnedsättningar, även om man är professionell. I arbetet med målgruppen finns personer som upplevs ”jobbiga” och som personal eller anhöriga inte vet hur

man ska bemöta och där det känns svårt. När deltagarna under ett utbildningstillfälle fick möjlighet att prata öppet om det och beskriva känslorna, hördes många lättade skratt. Deltagarna talade *om det svåra* och *beskrev sina känslor* vilket underlättade och fördjupade förståelsen i det vardagliga mötet. Att få höra att det är normalt att känna alla olika känslor, men att man har sin yrkesroll och agerar utifrån den, kändes för många befriande.

5.2 Över tid

Vid utbildningens början önskade kursdeltagarna konkreta handlingsplaner att ta med sig och var skeptiska till utbildningen och vad den kunde ge. Över tid smög det sig in någonting annat, en vilja att förstå varför och kunna reflektera och beskriva. Känslor av uppgivenhet och förvirring framkom också under utbildningsdagarna: Ser det verkligen ut så här? Vem har tid? Vem skall hjälpa oss i mötet med de äldre? Men över tid försvann deltagarnas undran eller oro.



Över tid försvann också den tystnad som initialt fanns i klassrummet och som kunde bero på osäkerhet och att man inte kände varandra eller föreläsarna sedan tidigare. Till och från dök osäkerheten upp igen, vid olika tillfällen. Ett tillfälle var att tystnaden kom tillbaka när föreläsarnas redovisning uppfattades som förenklad, "alltför enkel, inte verklig", när deltagarna inte kände

igen sig i beskrivningarna. Berodde det på att de presenterades ny kunskap och bearbetade nya insikter? En annan orsak kan ha varit att tystnaden uppstod när föreläsarna använde sig av ett för deltagarna alltför akademiskt eller abstrakt språkbruk. Det uppstod då ett glapp mellan teoretiska och övergripande resonemang över till praktisk och vardaglig handling. Situationen ordnade sig exempelvis genom att föreläsaren eller någon deltagare bröt isen och sa: "Det är precis det ni/vi gör, fast vi inte använder de orden" och sedan kom diskussionen igång igen. De "fina" orden kanske bidrog till en större förståelse för den komplexitet som finns. Eller så gjorde de "fina" orden att utbildningstillfället blev avgränsat från det vanliga arbetet och därför svårt att applicera i verkligheten.

Kursutvärderingar gav information om hur deltagarna upplevde utbildningen och där visade resultaten att innehåll och form för utbildningen uppskattades men också att deltagarna hade börjat tänka i "lite andra tankebanor", även om all information inte alltid var ny. Basutbildningen uppfattades som en god grund för personal i mötet med äldre.

5.3 Sammanfattande reflektion

Av anteckningarna framgår att det är två förutsättningar som behövs – *tid och rum* – för implementering av nytt arbetssätt kring målgruppen. Tiden behöver inte handla om att det ska vara mera tid utan det kan handla om att tiden som finns kan användas på ett annat sätt utifrån en ökad kunskap och bättre förståelse. Många av de berättelser som projektledaren tagit till sig handlar just om att kunna göra något i bemötandet/omsorgen lite annorlunda som

gör att den äldre personen blir sedd och tagen på allvar.

Ett exempel från en hemtjänstgrupp:

En dam som bodde ensam, hade hemtjänst och var i stort behov av sociala kontakter. Hon deltog i aktiviteter på dagverksamhet under veckorna men på helgerna hade hon inget besök och inget att göra. Då blev hon ofta orolig och ringde upprepade gånger till hemtjänsten och anhöriga. Hemtjänstpersonalen önskade att hon skulle få komma till ett särskilt boende för att minska oro och ensamhet men sedan började de tänka i andra banor, på vad damen behövde och hur de skulle kunna hjälpa på annat sätt. Det var just helgerna som var problemet när hon var som mest ensam och orolig. Hemtjänsten bestämde då att ändra sitt schema så att städning och inköp gjordes på helgerna istället för på vardagarna. Den lilla ändringen kom utifrån att personalen bättre förstod kvinnans behov och varför hon var orolig och tjatig och de kunde därmed minska dessa.

Kapitel 6. Diskussion

6.1 Basutbildning

Bemötande och attityder till åldrande och psykisk funktionsnedsättning blev den röda tråden i utbildningen. Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning är en många gånger bortglömd grupp. Varför dessa äldre personer faller mellan stolarna kan kanske delvis förstås utifrån den dubbla stigmatisering att vara både äldre och ha psykisk funktionsnedsättning. Vid planering av utbildningsinnehåll ansågs det därför viktigt att lyfta och synliggöra attityder till åldrandet och till psykisk

funktionsnedsättning. Att tillsammans kunna reflektera och diskutera åldrandet, både sitt eget och andras. Att också göra reflektioner över hur man tänker om psykisk funktionsnedsättning i stort eller en person som har drabbats kan förhoppningsvis ha bidragit till att minska osäkerheten och öka tryggheten vid bemötande av äldre med psykisk funktionsnedsättning.

Idag finns även en organisatorisk uppdelning inom landsting och kommuner där det inte alltid är tydligt var psykisk ohälsa hör hemma, speciellt när det gäller äldre personer. Det fanns verksamheter som vid förfrågan om de skulle delta i utbildning sa att det inte fanns någon med psykisk funktionsnedsättning på deras boende eftersom det var ett demensboende. Alternativt att man arbetar med psykiatri och därför inte anser att man har behov att veta mera om äldre. Fortsatt kompetensutveckling kring äldres psykiska ohälsa och om hur samarbete inom och mellan huvudmän behövs för att den äldre personens behov av vård och omsorg ska bli tillgodosett.

Innehållet och omfånget av basutbildningen togs fram i samarbete mellan berörda verksamheter och experter inom området. Avsikten var att fånga upp verksamheternas behov samtidigt som det var viktigt att innehållet baserades på en evidensbaserad grund. Efter etapp 1 diskuterades upplägg utifrån utvärdering, deltagarnas kommentarer samt föreläsarnas erfarenheter vilket ledde till att ordningen för olika teman ändrades samt att föreläsarnas olika utgångspunkter i olika teorier tydliggjordes. De olika utgångspunkterna ser vi som en av framgångsfaktorerna eftersom det gav en

bredd av innehållet och att deltagarna därmed fick tillgång till kunskap som man kunde ta till sig oberoende av förförståelse och individuella grundvärderingar och synsätt. Basutbildningen uppfattades också som en god grund för personal i mötet med äldre personer generellt, vilket också framkommer i fokusgrupperna där t.ex. personal beskriver ett förändrat bemötande/förhållningssätt gentemot anhöriga. Blandningen av pedagogiska metoder som föreläsningar, interaktiva övningar, grupparbeten, möjlighet till reflektion etc. tror vi också var en framgångsfaktor eftersom det underlättar lärande och tar också hänsyn till deltagares olika lärostilar (Felder & Brent, 2005).



Ytterligare framgångsfaktorer var att deltagare från olika typer verksamheter och olika huvudmän blandades i grupperna vilket gav en ökad förståelse för deras respektive roller, uppdrag och förutsättningar. Det framkommer också i den kvalitativa utvärderingen liksom i projektledarens reflektioner att mötesplatsen var viktig. Fikapauser och gemensamma luncher hade betydelse för deltagarna, både i form av att de såg sig sedda/satsade på liksom att det gav ett mindre formellt utrymme för fortsatta diskussioner och reflektioner vilket i sin tur stimulerade till ett ökat lärande.

Projektledaren deltog vid alla utbildningstillfällen vilket skapade ett sammanhang för deltagarna och möjliggjorde för föreläsarna att fånga upp frågor och reflektioner från tidigare utbildningstillfällen. Det möjliggjorde också ett sammanhang, en fast punkt för deltagarna eftersom lokaler och föreläsare varierade samt att tillfällena ibland låg med flera veckors mellanrum.

6.2 Handledarutbildning

Tanken med handledarutbildningen var att stimulera till ett fortsatt lärande och implementering av kunskapen i det vardagliga arbetet.Handledning kan ske på många olika sätt beroende på behov och kontext. Under handledarutbildningen under den första etappen blev det tydligt att föreläsare och deltagare hade olika syn på vad handledning var och syftet med att gå handledarutbildningen. Fr.o.m. etapp 2 så tydliggjordes det att det handlade om pedagogisk handledning och att handledarnas uppgift var att stödja sina arbetskamrater i de olika verktyg som lärdes ut samt att stimulera till att den nya kunskapen kom till praktisk användning i vardagsarbetet. Den som utsågs till handledare var ibland en ledare på enheten men i många fall var det personal som var intresserade av att arbeta med förändring och bemötande av äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. Av samtalen i fokusgrupperna framkom att handleda kollegor på arbetsplatsen innebar att ta hänsyn till olika aspekter. Osäkerhet och tvivel uttrycktes för om man skulle våga hålla i en grupp, "samtidigt så har man ju ändå gjort de här delarna tidigare", som en gruppleddare från hemtjänst sa. Svårigheten var främst att få tid över samtidigt som det kan vara svårt att vara "profet i sitt eget

land” och handleda i sin verksamhet även om man är en van ledare. Om man dessutom ska handleda sina arbetskamrater och ibland till och med sin chef så finns det studier som visar på att det innebär en omkastning av roller som kan uppfattas som ett hot eller svek mot arbetsgruppen och försvåra uppdraget (Goffman, 1974).

Från början var det fem nätverk som successivt slogs ihop. Förändringen gjordes utifrån önskemål från både deltagare och handledare som sett behovet av ett minimum antal personer för att få rätt dynamik i gruppen. Under 2012 fanns två nätverk kvar och för att dessa två nätverk skulle kunna verka behövde varje verksamhet som har handledare se nätverket som sitt ansvar. Det minskade antalet nätverk kunde också ge signaler till deltagare om att nätverken inte uppfyllde behov och önskningsar och att de därför inte prioriterades.

6.3 Hållbara strukturer

Initialt hölls dialogmöten i varje kommun med representanter från verksamheten som tillsammans med projektledningen diskuterade behov av kompetens. Cheferna valde i dialog med sina medarbetare ut vilka som skulle delta i handledarutbildningen, men utan ett formellt åtagande. Projektet kunde ha varit tydligare med det åtagande som varje handledares deltagande innebar för verksamheten. Ett åtagande skulle kunna ha formulerats och dokumenterats i syfte att minska glappet som kan uppstå vid exempelvis chefsbyten och omorganisation. Projektet kunde också ha samarbetat med andra projekt inom kommun och landsting som också arbetade med att implementera ny kunskap inom

äldreomsorg och/eller socialpsykiatri. Samarbetet kunde exempelvis ha bestått av samordning kring metod för implementering för att underlätta för verksamheten men också ge implementeringen i sig en större tyngd.

En viktig del i projektet var att försöka stimulera till hållbara strukturer för att den nya kunskapen skulle implementeras samt att möjliggöra ett fortsatt lärande över tid. Implementeringsstödjande aktiviteter som besök i verksamheterna, handledarnätverk, uppföljningsutbildning, idéseminarier, chefs-seminarier etc. genomfördes därför. Projektledaren försökte fånga upp och stödja de olika behov som verksamheter/enheter gav uttryck för. Resultatet av detta har varit olika i olika verksamheter och olika kommuner och under projektets gång har olika faktorer som påverkat implementering framkommit. Nedan listas vilka framgångsfaktorer och hinder som utkristalliserats och tydliggjorts under projektet.

Framgångsfaktorer:

- ✓ Förankring och tydlighet från tjänstemän/beställare
- ✓ Engagerade chefer
- ✓ Handledare har fått utrymme att starta team/grupper
- ✓ Engagemang hos medarbetare

Hinder:

- ✓ Struktur för överföring av kunskap vid upphandling av verksamheter
- ✓ Struktur för överföring av kunskap vid chefsbyten
- ✓ Varierande tolkning av regelverk
- ✓ Ingen struktur på enheten för användning av ny kunskap
- ✓ Verksamheten skickade ingen personal

- till handledarutbildning
- ✓ Handledare slutade

Flera av de olika faktorer som listas ovan stämmer väl överens med det som framkommit inom implementeringsforskningen (Gulbrandsson, 2007). Med facit i hand kan vi se att de olika aktiviteterna i projektet hade kunnat genomföras på annat sätt eller i en annan ordning. T.ex. så visade besöken i verksamheterna efter avslutad utbildning att handledarna hade väldigt olika möjligheter att stödja sina kollegor. Förankring hos chefer, men också hos tjänstemän och beställare är av största vikt för att lyckas förändra något i praktiken. Projektet kunde därför ha lagt mer tid på förankringsarbete för denna grupp innan basutbildningen startade. Ett sätt att göra det på hade kunnat vara att besöka alla verksamheter/enheter som ville skicka medarbetare till utbildningen innan utbildningen påbörjades, för att diskutera verksamhetens specifika kompetensbehov och diskutera strukturer/former för användning av den nya kunskapen samt hur deltagarnas kompetens kunde tas tillvara över tid. Detta hade också gett utrymme till att förklara avsikten med handledarutbildningen och diskutera former för hur kompetensen kunde ha tagits tillvara efter avslutad utbildning. Dessutom hade chefsseminariet kunnat erbjudas i början av projektiden. Det är också viktigt att fundera kring vem som bär ansvaret för en lyckad implementering. Är det projektledaren, personal som gått basutbildning respektive handledarutbildning, chefer, företagsledare, tjänstemän eller politikerna som bär ansvaret? Tidigare forskning visar att kombinationen av chefs stöd, tydlighet och engagemang liksom

medarbetarnas flexibilitet och vilja att ta till sig ny kunskap har betydelse (Gulbrandsson, 2007). Projektet har också visat på betydelsen av strukturer på organisationsnivå för att ta tillvara medarbetarnas kompetens, t.ex. en ökad medvetenhet om hur chefsbyten och upphandlingar som resulterar i avtal med nya ägare kan påverka. Personalens möjlighet till reflektion på arbetstid för att klara av de problem som kan uppstå i mötet med brukare eller anhöriga och att utveckla sin kompetens behöver ses över på ett strukturellt plan. Detta behöver också samverka med de ersättningssystem för utfört arbete som finns för de olika utförarna, vilket är ett ansvar för tjänstemän och politiker.

6.4 Samverkan/samarbete

Socialstyrelsen lägesrapport 2008 visade tydligt att äldre personer med psykisk funktionsnedsättning hamnar mellan stolarna i diskussion mellan huvudmän (landsting/kommun), men också inom huvudmän (psykiatri/geriatrik/primärvård respektive äldreomsorg/socialpsykiatri). Projektet arrangerade därför idéseminarier i respektive kommun och bjöd in deltagare från berörda verksamheter från båda huvudmännen. Deltagarna fick diskutera olika frågor kring samverkan med den äldre personen i centrum. Som beskrivs ovan kom flera idéer fram och som ofta var samstämmiga över kommungränserna. Några av idéerna ledde också till nya aktiviteter i projektet som t.ex. en anpassad utbildning för personal som arbetar inom dagverksamheter/träffpunkter. Andra problem som informationsöverföring diskuterades men dessa idéer har inte kunnat realiseras under projektets gång. Det finns flera orsaker till detta och är

också problem som behöver lösas på strukturell nivå. T.ex. använder landstinget inom den somatiska slutenvården ett verktyg som heter Web-Care för att kommunicera med bl.a. primärvård och kommun (läs biståndshandläggare), men detta system ansågs efter utredning ha för stora brister i funktionalitet och sekretess för att användas inom psykiatrin. Andra orsaker är att psykiatrin inte får lämna ut information utan patientens tillstånd och i de fall som patienter nekar får inte personal inom äldreomsorgen tillgång till den information de behöver för att kunna utföra ett optimalt jobb. Å andra sidan lyftes det att personal inom psykiatrin saknar information om patienten när den skrivs in på kliniken.

Uppföljning av idéseminarierna genomfördes under 2011 och 2012 för att stödja de deltagande huvudmännen lokalt till olika samverkansarbeten för att stimulera till hållbara strukturer för kompetensförsörjning. Enligt projektplaneringen skulle uppföljning av idéseminarierna genomförts i varje kommun tillsammans med ansvariga personer från kommunen och psykiatrin men omorganisationer och chefsbyten har inte gjort det möjligt i alla kommuner. Det framgår återigen hur viktigt det är med ett tydligt formulerat åtagande från deltagande verksamheter där det också framgår hur man hanterar detta. Att på ett tidigt stadium förankra betydelsen av ledningens delaktighet och att tydliggöra var ansvaret kring fortsatt implementering ligger, hade kanske minskat bortfallet av deltagare och förstärkt hållbarheten.

6.5 Utvärdering

Den kvantitativa utvärderingen visade en

signifikant skillnad före och efter utbildning gällande moralisk lyhördhet, dock var dessa skillnader väldigt små. Det som dock stärker resultatet är att den kvalitativa utvärderingen visade på en förändrad värdegrund och bemötande hos personalen. T.ex. beskriver en deltagare hur hon bemöter omsorgstagaren när han har kissat ner sina pyjamasbyxor eller sin säng och en annan om vikten av bemötande hos personen som lever i misär, detta utan att moralisera över händelsen. Personalen behöver således inte nödvändigtvis vara moralarbetare, däremot har de att förhålla sig till och reflektera över sin egen moral (Karlsson & Rydwick, 2013). Ingen skillnad sågs för enkäterna samvetsstress, arbetsbelastning och social stöd och attityder till åldrande. Det kan finnas flera orsaker till detta. Hur man upplever sin arbetsbelastning och det sociala stödet på arbetsplatsen påverkas av många olika faktorer (Demerouti et al, 2001; Petersen et al, 2008), vilket en utbildning inte alltid kan påverka, även om det på vissa arbetsplatser har skett ett förändrat arbetssätt. Enkäterna besvarades också av fler personer än vad som deltog i fokusgrupperna och kan spegla att det inte skedde någon förändring av arbetssätt på flera arbetsplatser, t.ex. så var det 16 verksamheter som valde att inte skicka någon på handledarutbildning, vilket kan ha påverkat möjligheten till ett förändrat arbetssätt och därmed också resultatet av enkäterna. En annan orsak skulle kunna vara att enkäterna inte fångade upp eventuella förändringar. Attityder till åldrande diskuterades under kursen, men det är möjligt att det inte gjordes i den omfattningen som kanske är nödvändigt för att kunna påvisa en skillnad före och efter. En annan orsak kan vara att deltagarna skattade relativt högt i

subskalorna Psykosocial förändring och tillväxt och då finns inget utrymme för förändring till det bättre enligt enkätens konstruktion (takeffekt).

De äldre personerna fick också besvara enkäterna om sitt psykiska välbefinnande och attityder till åldrande, men det fanns ingen skillnad för och efter att personalen hade genomgått utbildningen. Det finns flera troliga orsaker till detta. Enkäten skickades ut till ett urval av de personer vars kontaktperson hade gått utbildningen. I många fall var det svårt att få fram adresser till brukarna, då verksamheten inte ville lämna ut dessa, i andra fall var det en kommun som inte ville att vi skulle skicka enkäter till brukarna, trots att utvärderingen var godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm. Detta gav ett mindre underlag, vilket kan ha påverkat resultatet. Andra orsaker kan vara att många av de som gick basutbildningen inte hade brukare som upplevde psykisk ohälsa samt att de som väl besvarade enkäten inte bestod av den tänkta målgruppen. Denna orsak stöds av att det av enkätsvaren framgår också att majoriteten angav ett gott psykiskt välbefinnande. Då kan heller inte detta förbättras i relation till enkätens konstruktion (golveffekt).

Betydelsen av en gemensam värdegrund och en gemensam teoretisk kunskapsbas som framkommer av resultaten i fokusgrupperna och narrativen inspirerar till att reflektera över att inte ta tidigare självklara uppfattningar för givet. Att reflektera före ett handlande betonas och att man bara genom att ge sig en kort stund att kommunicera med kollegor och över professionsgränser skapar utrymme för en bättre förståelse och därmed ett bättre

bemötande. Det blir inte längre nödvändigt att vara åtgärdsfixerad eller inta en fixarroll. Ett gott bemötande har ett värde i sig och skapar trygghet för alla berörda, även anhöriga. Chefer och andra som står högre i en formell eller informell rangordning kan påverka ens arbetssituation, eftersom man oundvikligen uppmuntras till att engagera sig om andra lyssnar på en och likaså om andra ger en respons på ens dagliga arbete. Genom att undvika att fixa och dona skapas utrymme för den äldre, även om det kan kännas ovant att arbeta med händerna på ryggen.

Vardagens arbete är komplicerat. Varje tjänst kan inte alltid utföras exakt på bestämd tid, då oförutsedda händelser ständigt kräver en följsamhet och ett professionellt förhållningssätt. Baspersonalen skildrar hur de har att förhålla sig till andras behov och egna krav på verkställighet, samtidigt som personalen ser sin professionella identitet och en vilja att göra ett gott arbete. Insikten och förståelsen om detta kan, som vi ser, det främja bemötandet i vården och omsorgen av äldre personer med psykiskt funktionsnedsättning.



Av våra data framgår hur handledningsovana miljöerna är som baspersonalen verkar inom. Även om de arbetar med de allra sjukaste verkar det inte vara självklart med tid för reflektion.

Detta förvånar, eftersom man behöver få feedback i sin vardag (Bernler & Johnsson, 2000). Ca 40 procent av deltagarna angav i enkäten att de skulle vilja ha tillgång till handledning och ca en tredjedel angav tillgång till det. Av dessa arbetade majoriteten inom psykiatrin. Inom äldreomsorgen är tillgång till handledning ovanligt och heller inte prioriterat troligen pga. av att det inte har funnits någon tradition och att man inte har uppmärksammat behovet av det. För att mäta med att ge en god omsorg måste medarbetare ges möjlighet till handledning. Detta borde vara en självklarhet också utifrån hur lärande går till. Det är således inte enbart nya metoder som måste utvecklas, möjligheter och tid för en reflekterande hållning är också avgörande.

6.6 Slutsats

Utbildningen har bidragit till det vardagliga arbetet genom att personalen blivit inspirerade till ett annorlunda förhållningssätt i vardagen – ”ett grundtänkande” eller en ”gemensam värdegrund” – i deras bemötande av brukaren/patienten. Under samtalen framkommer att personalen utvecklat mer insikt om att inte bara verkställa ett uppdrag, utan att tänka och känna efter före. Framgångsfaktorer och hinder för implementering har varit förankring och tydlighet hos beställare/tjänstemän och chefer samt att strukturer för kompetensutveckling behöver ses över

t.ex. inför upphandling av verksamheter samt inför chefsbyten. Det har också visat sig viktigt att skapa utrymme för handledning och reflektion för att kunna ge en god omsorg, men också för att implementera nya arbetssätt.

6.7 Lärdomar

- Gemensamma tvärprofessionella basutbildningar stärker personalens yrkeskompetens, och skapar möjligheter för samverkan.
- Stöd till handledare för implementering av nya arbetssätt. Exempelvis genom att bistå med ”igångsättare” vid flera tillfällen, och som återkommer vid kritiska faser i förändringsprocessen.
- Bättre kunskap och förståelse om äldre personens psykiska behov. Flexibilitet och små förändringar i bemötandet kan göra skillnad. Fortsatt stöd till handledare, annars är risken stor att kunskaper inte fortsätter att användas.
- Skapa strukturer/rutiner för överlämning vid chefsbyten, upphandlingar etc. för att möjliggöra att personalens kompetens tas tillvara optimalt.
- Vissa arbetsplatser är ”handlednings-ovana”, det vill säga att i praktiken finns ingen kultur eller tid avsatt för detta. Handledarna kan då vara i behov av egen handledning och stöd för att lyckas med uppdraget.

Kapitel 7. Referenser

Astvik V, Aronsson G. (2000). *Generalister eller specialister? Arbetsvillkor och omsorgskvalitet i hemtjänst och boendestödsverksamhet*. Arbete och Hälsa 2000:2. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Bergdahl, E. (2007). *Depression among the very old*. Umeå: Umeå universitet

Bernler G & Johnsson L. (2000). *Handledning i psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bero L, Grilli R, Grimshaw J, et al. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal* 317, 465–68.

Bogarve C, Ershammar D, Rosenberg D. (2012). *Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder: möjligheternas metoder för en ny praktik*. Stockholm: Gothia

Bowlby J. (2010). *En trygg bas: kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur och kultur. (Översättare Filippa Viking)

Conn DK, Richards J. (2009). *Staff Education in Long-Term Care Facilities*. I *Psychiatry in Long-Term Care*. Ed: Reichman WE, Katz PR. Andra utgåvan, Oxford University Press.

Demerouti E, Bakker AB, Vaedakou I, Kantas A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments. *European Journal of Psychology Assessment* 19, 12-23.

Hammarström-Lewenhagen, B. Ekström, S. (1999). *Det mångtydiga mötet - ett försök att förstå komplexiteten i pedagogisk handledning med yrkesverksamma*. Stockholm.

Felder RM, Brent R. Understanding student differences. (2005). *Journal of Engineering Education* 94, 57-72.

Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louise de la Parte Florida Mental Health Institute, the National Implementation Research Network.

Glasberg, A. L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A., Sorlie, V., Norberg, A. (2006). Development of initial validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics* 13, 633-648.

Glasberg A L, Eriksson S, Norberg A. (2007a). Burnout and "stress of conscience" in health care personnel. *Journal of Advanced Nursing* 567, 392-403.

Goffman E. (1974). *Jaget och maskerna: En studie i vardagslivets dramatik*. Rabén & Sjögren/Team Nova Stockholm

Goffman E. (2011). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts:

Guldbrandsson K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta: Om implementeringens mödosamma konst*. Statens folkhälsoinstitut, Rapport 2007/20.

Halbesleben J, Demerouti E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19, 208-220

Holi MM, Marttunen M, Aalberg V. (2003). Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as a psychiatric instrument in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 233-8.

Jané-Llopis E & Gabilondo A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.

Karlsson LB, Rydwick E. (2013). Doing Care with Integrity and Emotional Sensibility—Reciprocal Encounters in Psychiatric Community Care of Older People with Mental Health Problems. *Sociology Mind*, 3, 185-192.

Laidlaw K, Power MJ, Schmidt S and the WHOQOL-OLD Group. (2007). The attitudes to aging questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 367-379.

Lieff S, Silver I. (2007). *Planning Mental Health Educational Programs*. I *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Home*. Ed: Conn DK, Herrmann N, Kaye A, Rewilak D, Schogt B. Tredje utgåvan. Hogrefe & Huber Publishers.

Lundberg B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Lund: Department of Health Sciences, Lunds Universitet.

Lützén K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. (2006) Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *Nursing Ethics* 13, 187-196.

Milton A. *Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. Statens offentliga utredningar, Rapport 2006:5.

Petersen U, Bergström G, Samuelsson M, Åsberg M, Nygren Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 63, 506–516

Ramnerö, J. Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC: En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur AB

Socialstyrelsen (2008). Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser.

Socialstyrelsen (2009). Vård och omsorg om äldre.

Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofrenilikhande tillstånd. Stöd för styrning och ledning.

Statens Folkhälsoinstitut (2008) Nationella folkhälsoenkäten.

Wahlbeck, K. & Mäkinen M. (Eds). (2008). *Prevention of depression and suicide. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.

Wännström I, Peterson U, Åsberg M, Nygren Å, Gustavsson JP. (2009). Psychometric properties of scales in the General Nordic Questionnaire do Psychological and Social Factors at Work: Confirmatory factor analysis and prediction of certified long-term sickness absence. *Scandinavian Journal of Psychology* 50, 231-44.



i samarbete med

Ekerö kommun, Järfälla kommun, Sigtuna kommun, Sollentuna kommun, Solna stad,
Sundbybergs stad, Upplands-Bro kommun och Upplands Väsby kommun