

# HAW-schemat

Kan dokumentation av beteendemässiga symptom vid demenssjukdom förbättra kommunikationen mellan sjukvården och kommunen?

*Jenny Wiman och Magnus Sjögren*

November 2004

**Stort tack** till alla som medverkat och bidragit till att ro detta projekt i hamn, både patienter, anhöriga och personal. Stort tack till *all* personal på avdelning 608, Högsbo Sjukhus och då speciellt till Anita Hansson och Birgitta Eriksson för många bra synpunkter. Sist men inte minst vill jag tacka min fantastiska handledare i kvalitativ metod, Ann-Charlott Wikström som med stort tålamod och med stor kunskap lett mig framåt i mitt arbete.

*Jenny Wiman*

## HAW-schemat

Kan dokumentation av beteendemässiga symptom vid demenssjukdom förbättra kommunikationen mellan sjukvården och kommunen?

© FoU i Väst

Första upplagan februari 2005

Layout: Infogruppen GR

ISSN: 1651-7156

**FoU**<sub>i</sub>**väst** GR

# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	4
INTRODUKTION .....	5
BAKGRUND .....	6
Demenssjukdomarna	
Omvårdnad av demenssjuka	
Fingerat patientfall	
Beskrivning av avd. 608 Högsbo Sjukhus	
Kommunikation mellan olika verksamheter	
SYFTE .....	11
METOD .....	12
Datainsamlingsmetod	
Skattningsskalor	
Urval och deltagare	
Tillvägagångssätt	
Etik	
RESULTAT .....	14
Kvantitativ resultatdel	
Kontinuitet	
HAW i praktiken	
Observation av patienten på boendet	
DISKUSSION .....	20
REFERENSER .....	23
BILAGOR .....	24

# Sammanfattning

Det här är en pilotstudie som genomförts på avdelning 608, Högsbo Sjukhus/omr M i Göteborg.

Avdelning 608 utreder och behandlar patienter med beteende- och psykiatriska symptom vid demens. Exempel på dessa symptom är vanföreställningar, sömnstörningar, vandringsbeteende, irritation och aggression. Beteendet hos en person kan ses som ett sätt att kommunicera på och i omvårdnaden av demenssjuka ställs höga krav på personalens inlevelseförmåga och bemötande. Då patienter ofta kom tillbaka till sjukhusavdelningen från kommunens boenden på grund av problematiska omvårdnadssituationer utvecklades ett ”beteendeproblemschema”, HAW-schemat (bilaga 1) på initiativ av docent Magnus Sjögren. Schemat kartlägger hur man kan bemöta patienten vid olika situationer och följer upp patientens reaktioner på bemötandet.

Syftet med pilotstudien var att följa patienten vid utskrivning från sjukhus till kommunens boende med utgångspunkt från HAW-schemat. Delsyften var att titta närmare på hur kommunikationen mellan vårdgivarna fungerar, hur man använder schemat, hur personalen upplever det och hur det går för patienterna.

Datainsamlingsmetoden bestod av intervjuer, observationer och skattningsskalor. Totalt inkluderades sex patienter. Med utgångspunkt från vad som ansetts gynnsamt för patienten har vi kommit fram till att kontinuitet varit positivt. Kontinuitet vid överflyttningen från sjukhusavdelningen till boendet och kontinuitet inom personalgruppen på boendet gynnade processen och därmed patientens välbefinnande. På de olika boendena använde man schemat på olika sätt, några använde det punkt för punkt (med fast struktur), andra genom att konstruera egna lösningar efter modellen på HAW-schemat, ett boende genom att titta på schemat i början för att lära känna patienten och ett boende använde inte schemat alls.

Fyra patienter fick reducerade värden på skattningsskalan NPI (låga poäng innebär färre beteendesymp-

tom) och tre patienter hade förbättrats skattningsmässigt enligt skattningsskalan GBS (låga poäng innebär lägre grad av demenssymptom). Faktorer som utbildning, tillräckligt med personal och handledning påverkar personalens möjligheter att bemöta denna kategori patienter. Slutsatsen är att HAW-schemat är ett verktyg som lär ut ett sätt att systematiskt pröva olika sätt att bemöta patienten och sedan utvärdera patientens reaktioner. Det kan bidra till att man får en ökad förståelse för varför patienten beter sig på ett visst sätt. Genom schemat kan man få hjälp att finna ett gångbart förhållningssätt gentemot patienten och därmed till ett bra omhändertagande och en god omvårdnad för vårdtagare med demenssjukdom och oönskat beteende.

Studien har möjliggjorts genom medel från verksamhetsområdet Neuropsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och FoU i Väst/GR.

# Introduktion

**A**vdelning 608 är en demensutredningsavdelning som bedriver specialiserad vård av patienter med svårare beteendeproblem (BPSD\*) som kan uppstå vid demenssjukdom. Patienten genomgår en demensutredning och i den ingår datortomografi, blodprover, arbetsterapeutisk bedömning, eventuell sjukgymnastbedömning, i vissa fall psykologbedömning och skattningar av olika slag utförda av kontaktpersonen och läkaren samt genomgång av tidigare medicinska epikriser. Under vårdtiden ordinerar läkaren medicinbehandling om så behövs. Snittvårdtiden är 30 dagar. Under vårdtiden observeras patienten och kontaktpersonen får på så sätt kännedom om hur man på ett bra sätt kan bemöta den samme. Observationerna utgår till exempel ifrån hur patienten klarar daglig hygien, om det uppstår problem vid dessa situationer, hur patienten fungerar tillsammans med andra, hur patienten fungerar när man åker på de olika undersökningarna. Kontaktpersonen och sjuksköterskan dokumenterar tillsammans i omvårdningsjournalen och i ett HAW-schema. De flesta av patienterna är mycket vårdkrävande och kan inte längre bo hemma, ungefär 80 procent av de patienter som utreddes och vårdades på avdelning 608 år 2002 flyttade till något av kommunens boende, sjukhem eller gruppboende.

Trots att omvårdnaden av patienter fungerat bra på avdelningen hörde många äldreboenden av sig då patienten återföll i tidigare beteendemönster eller fick nya oönskade beteenden. Frågan om vad det kunde bero på uppstod hos oss på avdelningen. Ett sätt att förbättra omständigheterna vid överflyttningen av patienten till kommunens boende skulle kunna vara att öka kunskaperna om den enskilde patienten och därmed förståelsen och bemötandet. Idén om en skattningsskala som

kunde följa med patienten till nästa vårdgivare gavs av vår dåvarande överläkare Magnus Sjögren. En arbetsgrupp tillsattes och skattningsskalan blev ett ”beteendeproblemschema” som utformades av arbetsgruppen och Magnus Sjögren och kom att kallas HAW-schemat efter medlemmarnas i arbetsgruppen initialer (Hansson, Aspelin & Wiman, bil 1). Syftet med schemat var att försöka förbättra informationen om patienten genom en mer noggrann kartläggning av patientens beteende och bemötandet av detta.

Medel från verksamhetsområdet Neuropsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och FoU i Väst/GR har möjliggjort genomförandet av denna pilotstudie som undersökt hur processen vid utskrivningen från sjukhusavdelningen till det kommunala boendet ser ut. Jenny Wiman har studerat hur schemat använts och hur kommunikationen mellan de två instanserna fungerat och hur kommunikationen inom boendet sett ut. Förhoppningen är att omvårdnaden av patienten ska förbättras genom användandet av HAW-schemat.

Projektet är en del av en större studie, den så kallade prospektiva reviderade demensstudien (P-rev-BPSD\*) som huvudsakligen genomförs på avdelning 608 Högsbo Sjukhus, Neuropsykiatri. Studien är fokuserad på patienter med demenssjukdom och beteendeförändringar. Den har pågått sedan 1992, och den nuvarande formen med inriktning på beteendeförändringar sedan 2001. Data samlas in från utredningen och behandlingen av patienten efter vårdtidens slut, exempelvis demensskattningar, blodprover och svar på hjärnabbildande undersökningar. Graden och frekvensen av beteendestörningar och vårdtidens längd mäts och ställs i relation till läkemedelsbehandlingen och omvårdningsbehandlingen.

---

\* BPSD, Beteende och Psykiska Symptom vid Demens, exempel på dessa är hallucinationer, vanföreställningar, sömnstörningar, vandringsbeteende, skrikbeteende, oro och aggressivitet.

# Bakgrund

## Demenssjukdomarna

Antalet äldre i samhället ökar allt mer. Hög ålder medför bland annat mindre reservkapacitet i hjärnan och risken att utveckla demenssjukdom ökar med stigande ålder. År 1991 beräknades antalet personer med måttlig till svår demens till 103 000 personer, år 2025 kan antalet enligt kalkyl ha vuxit till 154 000 personer. Personer med mild demens är inte medräknade i denna kalkyl, om man gör det stiger siffrorna till 154 000 år 1991 och 234 000 år 2025. Uppskattningen av personer med mild demens är dock osäker.

Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv uppgick kostnaderna för vård av demenssjuka till cirka 30 miljarder kronor 1991 och för år 2025 uppskattas kostnaden i 1991 års priser till 46 miljarder kronor räknat på kostnader för sjukhusvård, kommunal vård och anhörigvård. Det kommer att bli svårt att vårda alla med demenssjukdom i framtiden, men man hoppas att forskning ska leda fram till en medicinsk behandling som kan försena sjukdomsdebuten (Marcusson et al 1995, Basun et al 1999).

Demens är en sjukdom som orsakas av förändringar i hjärnan. Sjukdomen skadar olika strukturer och funktioner i hjärnan, vilket bland annat medför symptom som minnesstörning, språkstörning, minskad förmåga till abstrakt tänkande, praktiska svårigheter och personlighetsförändringar. Den vanligast förekommande formen av demens är den av Alzheimerstyp som orsakas av att nervcellerna i hjärnan skadas och dör. Man ställer diagnos efter följande kriterier; försämrat minne och minst ett av följande symptom; språkstörning (afasi), nedsatt motorisk förmåga trots intakta motoriska funktioner, apraxi, känner inte igen eller kan inte identifiera föremål trots intakta sensoriska förmågor, agnosi och eller nedsatt förmåga att planera, organisera, ordna. Dessa symptom ska orsaka betydande funktionsnedsättning och innebära en betydande tillbakagång från tidigare funktionsnivå. Förloppet utmärks av

smygande debut och kontinuerlig försämring och ska inte bero på andra somatiska eller psykiatriska sjukdomar såsom till exempel depression, schizofreni, Parkinsons sjukdom eller vitamin B12-brist och inte bara uppstå i samband med konfusion (förvirring) (DSM-IV 1994, Marcusson et al 1995).

Vaskulär demens är den näst vanligaste formen av demens och orsakas av att vävnader och kärl i hjärnan skadats. Enligt DSM-IV (1994) ställs även här diagnosen vid samma symptom som vid Alzheimers sjukdom, det vill säga minnesnedsättning, afasi, apraxi, agnosi och eller nedsatt förmåga att planera, organisera. Dessutom ska neurologiska symptom uppvisas såsom exempelvis gångrubbningar eller svaghet i någon extremitet eller undersökningsfynd som visar på småkärlsjuka i hjärnan.

Vid frontallobsdemens lokaliserar skadan till hjärnans prefrontala delar och karaktäriseras av personlighetsförändring. Andra symptom kan vara språkförbistring, anomi, socialt oanpassat beteende, till exempel bristande hygien, ohämmat beteende, disinhibition, apati, bristande motivation, ätbeteendestörningar och insiktslöshet. Minnesnedsättning kommer vanligen i ett senare skede (Sjögren 2000).

Det är vanligt att personer med demenssjukdom får förändringar i sitt beteende. Begreppet BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demenssjukdom) försöker samla de olika symptomen. Vanföreställningar, sömnstörningar, vandringsbeteende, irritation och aggression är några exempel på symptom som kan uppstå. Vidare har dessa patienter svårare att tolka samt förmedla upplevelser och information.

Detta leder till att det ställs höga krav på vårdpersonalen då det gäller inlevelseförmåga, lyhördhet och tolkning av vad patienten faktiskt menar (Eriksson et al 1999). Det ställs höga krav på personalen eftersom nedsatta kognitiva funktioner och psykiatriska symptom försvårar kommunikationen och interaktionen

mellan vårdare och patient. Arbetet försvåras ibland av att patienten även har åldersrelaterade funktionsnedsättningar såsom nedsatt hörsel och syn. På grund av de symptom som sjukdomen medför, kan vårdtagaren ha svårt att förstå vårdarens handlande och kommunikation (tal, kroppsspråk), det i sig kan orsaka olika reaktioner som oro, aggressivitet, vandring och mistänksamhet. Många av dessa störningar kan bero på vårt bemötande av personer med demenssjukdom, och utbildning av vårdgivare kan förbättra kommunikationen mellan patient och vårdare (Hallberg 1997, Edberg 2002). Tolkningsproblem ger också upphov till konflikter som tidigare nämnts då det är svårt att veta om man agerar mot patientens vilja, tvingar patienten (Jansson 1993). Att försöka tolka patientens önskan utifrån hans/hennes icke-verbala beteende utan att få någon respons tillbaka beskrivs av vårdgivare som mycket ångestskapande (Åkerlund 1990).

Ropbeteende är ett symptom som kan uppstå vid demens. Draper et al (1999) har funnit att ropbeteende ofta har samband med andra symptom som depression, svår demenssjukdom, andra beteendestörningar, social isolation, nedsatt funktionsförmåga, nedsatt förmåga att kommunicera, psykofarmaka och emotionell stress hos vårdpersonalen. Man beskriver att allt beteende har ett kommunikativt syfte och ropbeteendet kan vara ett symptom på ett bakomliggande behov eller på obehagskänslor eller respons på miljömässig eller psykisk stimuli. Dessa patienter kan tyckas oberörda av de olika metoder som personalen använder för att mildra det oönskade beteendet. Bristen på respons kan resultera i minskat tålamod hos personalen. Om man inte kan se någon mening med att patienten ropar kan personalen känna att patienten bara söker uppmärksamhet. Därför kommer kanske inte personalen direkt när patienten ropar och problemet förvärras.

Personalen i Draper et als studie (1999) klassade ropbeteendet som det mest stressande beteendet bland flera andra beteendestörningar vid demens och alltså svårast att hantera för personalen. Man uttryckte känslor som ilska, frustration, oro och en önskan att distansera sig från patienten med ropbeteende. De emotionella reaktionerna varierade från empati och önskan att förstå och hjälpa till hjälplöshet, irritation och skuld. Man påtalar att en viktig roll för specialisterna är att utbilda och ge handledning till personalen. Att försäkra att personalen gör ett bra jobb är viktigt och kan leda till att man förändrar attityd till patienten och vänder en ond cirkel.

## Omvårdnad av demenssjuka

Vårdandet av demenssjuka kan innebära att man ständigt överskrider personens mest intima zoner då han eller hon behöver hjälp med bland annat den personliga omvårdnaden. Detta kan innebära svårigheter då man faktiskt handlar emot patientens uttryckta vilja eller att personen inte kan uttrycka sin vilja. Det är viktigt att personalen får stöd i sitt genomförande av vården, genom utbildning om demenssjukdomarna, om kommunikation och om etiska frågor (Basun 1999, Edberg 2002). Redan i Hälso- och sjukvårdslagen §3 ”vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” (HSL 1982) och i Socialtjänstlagen som styr kommunens verksamhet ”Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet” (SoL), försvåras vårdpersonalens roll då det blir konfliktfyllt att vårda en patient som inte kan uttrycka sin vilja eller kanske inte kan se själv vad som är nödvändigt för hans/hennes eget bästa på grund av sin sjukdom.

Enligt Eliasson (1987) är ansvaret för de svaga en förebild och ett grundläggande värde i vardagslivet då vi gör moraliska bedömningar. Makt utövas inte bara genom tvång utan också genom underlåtenhet att göra något. Balansen mellan ansvaret för de svaga och förmyndarskap och mellan respekten för människors självbestämmande och ”underlåtenhetssynder” (där man lägger över ansvaret på den enskilda människan) är mycket svår. Eliasson (1987) beskriver att när vårdbiträden inom hemtjänsten har fått ge exempel på konfliktfyllda och svårhanterliga situationer lyfter de fram de situationer där motsättningen mellan den gamlas rätt till självbestämmande och det ansvar man har och känner för att den andra ska leva ett dragligt liv, eller till och med överleva, som de mest svåra. Ibland måste man välja det som är minst ”fel” eller som minst är emot ens egna värderingar och varje vårdare har ansvar för sina egna handlingar enligt Basun (1999). I Åkerlunds studie (1990) har vårdpersonalen angett följande principer som viktigast då det gäller valet av handling i en etiskt svårlöst situation:

- självbestämmanderätten – autonomi
- inte skada – göra gott
- rättvisa och livets helighet.

Enligt Åkerlund finns det två olika huvudlinjer enligt vilka man resonerar när det gäller etiska dilemman. Antingen resonerar man utifrån en modell där man värderar sitt handlande efter vad som är rätt eller fel (teleologisk modell) eller en modell där tolkning av si-

tuation, relation och kvalitet i interaktionen ställs i fokus (ontologisk modell). När vårdpersonalen fick mer tid att resonera och utveckla sina tankar tenderade man att gå från en teleologisk modell till en mera ontologisk. Kvalitén i relationen blev viktigare än att söka svar på frågor om rätt eller fel. Samtidigt ställer den ontologiska modellen större krav. De som hade ett mer teleologiskt tänkande var mer övertygade att deras handlande var moraliskt försvarbart. De som tänkte ontologiskt hade flera alternativ och var mer tveksamma (Åkerlund 1990).

I rapporten ”Värdigt bemötande – går det att lära?” (Socialstyrelsen 1997) har man intervjuat arbetsledare, biståndsbedömare, vårdbiträden och undersköterskor inom äldreomsorgen om bemötande och etiska ställningstaganden. Frågor har ställts om vad man lärt om bemötande i sin utbildning och hur man kunnat använda sig av kunskapen sedan i praktiken. Det framkommer att man både i vårdutbildningen och sedan i yrkeslivet fått bristande möjligheter att bearbeta och utveckla sin yrkesroll när det gäller bemötande. Nästan ingen av de intervjuade hade tillgång till kontinuerlig handledning i sitt arbete med demenssjuka, och under praktikperioderna uppgavs att det hade varit svårt att binda samman teori och praktik när det gällde bemötande. Det ansågs som problematiskt att komma med nya idéer när det gällde exempelvis bemötande och nya kunskaper i en inarbetad arbetsgrupp. På många arbetsplatser värderade man rutiner och att man arbetat länge på enheten högt och ambitionsnivån och sättet att bemöta vårdtagarna bestämdes av kulturen i arbetsgruppen.

Eftersom etiska konflikter kan uppstå i mötet med och i vården av demenssjuka så är det viktigt att man får tillgång till professionell handledning där man kan ventilera och bearbeta känslor som uppstår inom en (Kihlgren 1992, Basun 1999, Edberg 2002). Omvårdnadshandledning har visat sig underlätta arbetet för personalen vid omvårdnaden av demenssjuka. En studie av Hallberg (1993) var upplagd med två olika personalgrupper, en med handledning och individuella vårdplaner för patienterna och en utan, på två likartade avdelningar. Gruppen med handledning upplevde att det var lättare att hantera olika beteenden hos patienterna efter ett års handledning. Till exempel ansåg man att ”egensinnighet/motsträvighet” var lättare att hantera efter ett års handledning. Genom att personalen till exempel skaffade sig mer kunskaper om patienternas tidigare liv kunde man uppleva patienternas beteende som mer meningsfullt vilket gjorde att personalen blev mindre distanserade från patienterna och kom dem

emotionellt närmare. Man skattade patienterna som mer harmoniska och inte lika nedstämde som innan handledningen inleddes. Man ansåg att handledning och individuella vårdplaner (inte bara vilken slags blöja och kost patienten behöver) ledde till reflexioner över arbetet och patientens beteende vilket bidrog till att man förstod patientens beteende bättre. Inga signifikanta förändringar uppvisades i den andra gruppen (Hallberg 1993).

Handledning (Berg, 1994) visade sig också i en studie med liknande design öka det kreativa och utvecklande klimatet. Upplevelsen av leda och utbrändhet minskade. Systematisk handledning och individuella vårdplaner minskade negativa följder av stress och den ökade kreativiteten ansågs gynna omvårdnaden. Hos kontrollgruppen fann man ingen signifikant skillnad när det gäller upplevelser av kreativitet, leda och utbrändhet.

Zingmark (2002) har kartlagt hur man kan främja en god omvårdnad för patienter med Alzheimers sjukdom genom att intervjua personalen på ett gruppboende för sex demenssjuka. Värdighet och rätt till respekt ansågs viktigt och man strävade efter att bevara de boendes känsla av att vara värdefulla. Att diskret erbjuda hjälp, bevara klädstil och frisyrr som tidigare var exempel på handlingar som främjade den boendes värdighet. Man accepterade de boendes sätt att vara och ville få dem att känna sig accepterade som de var, man talade och fokuserade på nutid och aktuell plats och tillrättavisade inte om den boende trodde att hon befann sig på en annan plats om hon verkade må bra. Om patienten ville bära runt på saker accepterades det om patienten verkade tycka att det var en meningsfull sysselsättning. Att dela vardagslivet beskrevs som den viktigaste delen av vården. Nära relationer sågs som nödvändigt för att kunna möta den boendes individuella behov. De boende hade ingen speciell relation till varandra men närvaron av vårdpersonalen ansågs vara grunden för välmåendet, om inte den fanns skulle tillvaron bli kaotisk. Tidigare vanor var viktiga och man försökte bli bekant med patientens livshistoria. Foton och tillhörigheter samlades in och genom samtal med anhöriga fick man reda på mer om personen. De boende uttryckte inget behov av dessa tillhörigheter, men att vara bland välbekanta saker upplevdes ha mening för boende och anhöriga. Att anpassa sig till den boende och sträva mot ordlös förståelse genom synkronisering kunde man göra genom att till exempel gå i samma takt och att använda samma ord och rytm när man pratade med patienten. Beteendet beskrevs som ”språk” och enda sättet att uttrycka sig på. Man tolkade därför



vandring och ångest som ett försök att uttrycka basala behov. Det ansågs viktigt att kunna ”läsa mellan raderna”. Om man förebygger fel och känslor av underlägsenhet kan man minska stressrelaterade beteenden. Det är viktigt att inte bli bunden av rutiner och därmed förhindra de boendes möjligheter till sysselsättning och personens förmåga att bevara kvarvarande kapacitet. Det är viktigt att ha roligt tillsammans och köket är en viktig plats och samlingspunkt. Man ska ge personen möjlighet att göra egna val, men inte tvinga till att bestämma mer än han/hon klarar (Zingmark 2002).

## Fingerat patientfall

För att ge en bild av arbetet på avdelning 608 och dess patienter presenteras här ett fingerat patientfall och ett ifyllt HAW-schema för samme man (bilaga 2).

En 79-årig änkeman kommer in till avdelningen. Han har haft minnesproblem sedan många år tillbaka och då hustrun gick bort kunde han inte längre klara sig hemma. Han har en dotter några mil utanför staden som besöker honom regelbundet. Patienten kommer från sitt boende på grund av att han har varit aggressiv och hotfull. Det har varit problem med att hålla rent i rummet. Patienten samlar på sig andras tillhörigheter och mat och blir arg om man tar det ifrån honom. Han tar av sig blöjan och kissar på golvet och vill inte duscha. Han blir arg då någon ska hjälpa honom med den personliga hygien. Han har nedsatt hörsel vilket gör det är svårt att kommunicera med honom om inte hörapparaten sitter i ordentligt. Kroppsligen är han frisk.

På avdelningen justeras medicinerna och vi gör en kompletterande demensutredning då husläkaren redan gjort vissa undersökningar. Vi upptäcker en urinvägsinfektion som behandlas eftersom urinvägsinfektion kan leda till att patienter med demenssjukdom blir konfusionella, det vill säga förvirrade. Patienten får god kontakt med sin kontaktperson. Då han blir arg och vill ut följer vi med honom ut på balkongen så att han får röka, i de flesta fall lugnas han av detta. Är patienten svår att avleda går vi ut på en promenad som har en lugnande effekt. På morgonen när han vaknar får han kaffe som gör att han blir på bättre humör innan morgonbestyren. Om han får frukost innan går duschen bra och det är bara kontaktpersonen som får hjälpa honom. Hörapparaterna görs i ordning och måste vara i för att kommunikationen ska fungera bättre. Vid matsituationer kan han ta av andras mat om ingen personal är närvarande och ibland när han ätit färdigt går han iväg och kommer tillbaka för en ny omgång. Han kommer inte ihåg att han redan ätit. Han stoppar ibland

för mycket mat i munnen och har då lätt att sätta i halsen, vi kommer fram till att han inte får äta ensam utan att någon personal finns i närheten.

## Beskrivning av avdelning 608 Högsbo Sjukhus

På avdelning 608 finns ett kontaktmannasystem där både sjuksköterskor och skötare är kontaktperson för en till två patienter. Patientantalet är 14. Det finns fem arbetslag med två skötare och en sjuksköterska i varje lag och dagtid tjänstgör sex till nio personal, alla kvällar och dagtid helger tre, nattetid två. Kontaktpersonen svarar för insamlandet av information om patienten, hur det är nu och hur det har varit tidigare i livet. Kontaktpersonen kartlägger vad patienten klarar och patientens behov av stöd. Detta ligger sedan till grund för omvårdnadsepikrisen som sedan följer med patienten till boendet. Kuratorn är vårdplaneringsansvarig, hon sammankallar biståndshandläggare, anhöriga och personal till vårplaneringsmötet där man tillsammans diskuterar fram en lösning för den individuella patienten. När en patient har svårare beteendeförändringar kan det ibland uppstå problem på boendet av olika anledningar och då är det särskilt viktigt att kunskaper om patientens tidigare personlighet och beteende vidareförmedlas. Som ett tillägg till omvårdnadsepikrisen har alltså HAW-schemat också använts som ett försök till att förbättra kvaliteten på kommunikationsöverföringen. Det fingerade patientfall ovan beskriver vilka problem en patient som kommer till avdelningen kan ha.

För att beskriva hur omvårdnadsarbetet på avdelningen utformats så har avdelningens psykolog och vårdenhetschef intervjuats om vad de tror gör att personalen på avdelning 608 är duktig på att bemöta patienter med beteendeförändringar vid demens. Flertalet av personalen har arbetat länge och har en lång erfarenhet av patientgruppen och en hög kompetens. Erfarenheten har givit ökad tolerans för avvikande beteende och tros göra att man lättare står ut. Med tiden har man funnit ett gångbart bemötande. Att veta att det handlar om en hjärnskada är förutsättningen för att man ska förstå att beteendet är meningsfullt från patientens perspektiv men att det blir ”fel” i den nuvarande situationen. De flesta har en passande grundutbildning (mentalskötare/psykiatrisjuksköterska) och kunskaper om sjukdomen. Verksamhetsområdet har även satsat utbildningsmässigt på vidareutbildningar med fokus på vår patientmålgrupp (Demenssjukdomar 10 p).

Andra viktiga aspekter som gör att det fungerar är att vi är en grupp som arbetar mot samma mål och

som talar samma språk. Grunden är respekt för den enskilda människan och en humanistisk människosyn. Vissa personliga egenskaper är viktiga, till exempel är det bra om man har distans till sina egna känslor så att man inte direkt blir ledsen eller kränkt och tar det som ett personligt angrepp när patienter riktar sin aggression mot dig. Bra egenskaper är att vara lugn och inte lättstressad, att ha förmåga till inlevelse, förståelse, flexibilitet och ha beredskap till förändring. Andra bra egenskaper är fantasi och förmåga att komma på olika lösningar för att få patienten att till exempel ta emot hjälp utan att känna sig kränkt. Man bör vara öppen inför nya kunskaper om sig själv och andra. I arbetet använder man sitt bemötande, alltså sig själv som ett redskap. Det är viktigt att personalen ges förutsättningar att utvecklas i sin yrkesroll.Handledning är ett exempel på detta. Utbildning och handledning i kombination med medfödda egenskaper är sammanfattande viktiga aspekter.

## Kommunikation mellan olika verksamheter

80 procent av patienterna som utreds på avdelning 608 Högsbo Sjukhus skrivs alltså ut till särskilt boende, vilket betyder att flertalet av patienterna kräver mycket omvårdnad. Flera av patienterna kommer redan från ett äldreboende där problem har uppstått av olika anledningar, till exempel förändrat beteende hos patienten och/eller behov av en annan boendeform. Under sjukhusvistelsen samlas mycket kunskap om patientens behov av bemötande, bland annat genom olika skattningar och bedömningar. Det är mycket information som ska förmedlas vidare till det aktuella boendet och det är viktigt att kommunikationen fungerar bra för att omvårdnaden av patienten ska bli så bra som möjligt. I litteratursökningen fanns inga studier gjorda på kommunikationen mellan olika vårdgivare, däremot en rapport från Socialstyrelsen som beskrev hur bra kommunikation kunde se ut. I ”Goda exempel på läkarmedverkan och vårdplanering i äldreomsorgen” (Socialstyrelsen 2000) har man försökt lyfta fram det som är bra och redan fungerar för att tjäna som grund till förbättringsarbetet som ständigt pågår och för att få fram praktiska lösningar som redan finns när det gäller vårdplanering och läkarmedverkan. Om samarbetet inte fungerar mellan huvudmännen finns risk för kvalitetsbrister i vården och omsorgen, höga kostnader och otrygghet för den enskilde individen. På grund av allt kortare vårdtider blir vårdplaneringsarbetet försvårat och man ser ett behov av att inleda vårdplaneringen i ett tidigt

skede, till exempel redan när patienten skrivs in. Det var framför allt två saker som låg bakom en väl fungerande vårdplanering enligt Socialstyrelsens rapport:

- utvecklade informationskanaler och kommunikationssystem
- organisation, styrsystem och prioriteringar

Tydliga former för kommunikation och informationsöverföring mellan dem som är inblandade är således av grundläggande betydelse. Det är viktigt att öka kunskaperna om den enskilde patienten hos dem som medverkar eller ska medverka i processen och se till att personer med olika kompetens medverkar för att åstadkomma en allsidig belysning av det enskilda fallet. Man ska sträva efter att förbättra tydligheten i planeringsansvaret för den enskilde patienten, till exempel genom att utse patientansvarig läkare och sjuksköterska inom sjukhusvård, primärvård och inom kommunens äldreomsorg, detta tillämpas redan i stor utsträckning men det bör betonas att det bör ingå ett planeringsansvar i förhållande till den andre huvudmannen. Man ska också försöka sträva efter att skapa förutsättningar för dem som ska medverka i planeringsprocessen och det är ett problemområde idag till följd av de kortare vårdtiderna. Det är viktigt att patienten inte skrivs ut för tidigt på för osäkra grunder som sedan kan leda till onödig sjukhusvistelse (Äldreuppdraget 2000).

Det är alltså av stor betydelse att organisationen är genomtänkt och känd, att man har gemensamma målsättningar och prioriteringar, för att patienten ska kunna få den bästa möjliga omvårdnaden. Det finns väldokumenterade rutiner och regler här i Göteborg hur utskrivningsplaneringen ska genomföras (Samordnad vårdplanering i Västra Götaland). Ett *inskrivningsmeddelande* ska skickas till kommunens biståndsbedömare från sjukhusavdelningen så fort man misstänker att patienten behöver någon form av stödinsatser efter vårdtidens slut. Då patienten börjar bli färdigbehandlad vilket innebär att han eller hon inte längre behöver sjukvårdande insatser, sänder vi ett varsel om *samordnad vårdplanering*. I samband med det träffas patient, anhöriga, biståndsbedömare, hemsjukvård och sjukhuspersonal för en vårdplanering då en vårdplan ska upprättas och skrivas på av primärvårdsläkaren. Efter vårdplaneringen blir patienten *utskrivningsklar* och kommunen tar över ansvaret och erbjuder stöd utefter det som kommit fram under vårdplaneringen. Vid överrapporteringen tar vi upp de aktuella resurser och problem patienten har, en omvårdansepidemi skickas alltid med patienten vid utskrivningen och en av personalen, of-

tast kontaktpersonen följer med till boendet. Kommunikationen mellan sjukvård och kommun är något som ständigt behöver utvecklas och förbättras.

För att försöka överbrygga och förbättra kommunikationen och kunskapsöverföringen mellan sjukvården och kommunens boenden har HAW-schemat (bil 1) utvecklats. Meningen är att underlätta för personalen på det kommunala boendet genom att ge information om hur vi har bemött patienten i olika, för just den individen problematiska omvårdnadssituationer. Vår önskan har varit att försöka förbättra samarbetet när det gäller patienter med så kallade beteendestörningar vid demenssjukdom.

HAW-schemat är ett beteendeschema där omvårdnadspersonalen på utredningsavdelningen noterar de beteenden som upplevts som svåra att bemöta och hantera. Under rubrikerna "Situation" och "Vad hände var" beskriver vi en företeelse som varit problematisk att hantera i vården av patienten. Vi försöker därefter beskriva varför vi tror patienten reagerar på just det sättet under rubriken "Förmodad anledning". Detta följs av en förklaring till hur man bemött patienten och hur man försökt lösa det uppkomna problemet i den aktuella situationen under rubriken "Försök till lösning". Resultatet av lösningen dokumenteras under rubriken "Resultat, patientreaktion". I studien har en återkoppling gjorts på boendet efter cirka två månader genom ett besök hos patienten och vårdpersonalen. I samtal med personalen har resultatet sedan noterats under rubriken "Återkoppling (vårdgivare i kommunen)".

För att försöka synliggöra "dold kunskap" när det gäller bemötande av demenssjuka med olika typer av beteendeförändringar har vi fyllt i och överrapporterat med hjälp av HAW-schemat. Kanske kan man undvika att en patient återfår ett tidigare oönskat beteende? Förhoppningen är att HAW-schemat ska underlätta kontakten mellan vårdgivarna samt inte minst underlätta kontakten mellan patient och vårdgivare.

# Syfte

Syftet med studien är att följa patienten vid utskrivningen från sjukhuset till kommunens boende med utgångspunkt från HAW-schemat, med frågeställningarna:

Är HAW-schemat ett bra verktyg för informationsöverföring och finns det ett behov hos personalen i kommunens boende av mer detaljerad information kring bemötandet av patienter med beteendeproblem?

Delsyften är att titta närmare på hur kommunikation mellan vårdgivarna fungerar. Vidare hur man använder schemat samt hur personalen upplever det och hur patienterna mår.



## GBS

GBS-skalan (Gottfries-Bråne-Steen) är ett omfattande globalt skattningsinstrument för utvärdering av förekomst av demenssymptom. GBS baseras på en semi-strukturerad intervju med patienten samt på observationer av patienten. Skalan består av delskalor som mäter intellektuell (kognitiv; 12 variabler), emotionell (3 variabler), och dagliga aktiviteter (funktionsnivå och motorik; 6 variabler). Dessutom ingår 6 variabler som mäter beteende och psykologiska symptom vid demens (övriga variabler). Skalan konstruerades under 1970-talet och har validerats och reliabilitetsprövats i en rad undersökningar som är publicerade i internationella vetenskapliga tidskrifter (Bråne 1989, Bråne 1997, Bråne, Gottfries et al 2001). Skalan mäter grad av demens och är också konstruerad så att patienten kan skattas flera gånger under sitt sjukdomsförlopp så att specifika förändringar och profiler kan identifieras. Det är inte en diagnostisk skala.

## NPI

Neuropsychiatric Inventory (NPI) har framtagits och utvecklats i syfte att kunna mäta förekomst av psykopatologi vid demens. NPI omfattar 12 neuropsykiatriska störningar som är vanliga vid demens: vanföreställningar, hallucinationer, agitation, dysfori, ångest, apati, irritabilitet, eufori, disinhibition, avvikande motoriskt beteende, nattliga beteendestörningar samt aptit och ätbeteendestörningar. Grad och frekvens av varje neuropsykiatriskt symptom skattas på basen av specificerade frågor ställda till patientens vårdgivare. NPI mäter också graden av vårdgivarens upplevda stress för varje neuropsykiatriskt symptom. En total NPI-poäng och en total ”vårdgivarstress-poäng” beräknas liksom poängen för varje enskilt neuropsykiatriskt symptom. Skalan konstruerades och publicerades 1994 och har validerats och reliabilitetsprövats i en rad undersökningar vilka är publicerade i internationella vetenskapliga tidskrifter (Cummings, Mega et al 1994). NPI anses vara ett känsligt instrument för att kunna mäta effekten av insatt behandling och omvårdnad (Cummings, Mega et al 1994, Morris, Cyrus et al 1998).

## Urval och deltagare

Från början var det tänkt att tio patienter skulle delta i studien. På grund av att några patienter och deras anhöriga inte ville delta i studien och att det var vissa svårigheter att få HAW-schemat ifyllt på avdelningen i början av projektiden, blev det till slut sex patienter som gick in i studien. Sex patienter med olika proble-

matik och fem olika kommunala boenden (sex olika avdelningar) deltog i projektet. Patienterna var i åldrarna 63 till 87 år och av båda könen. Patienterna valdes ut på ronderna tillsammans med läkare och övrig personal och de var de patienter som vi har tyckt var svårast att bemöta. Under patientens vårdtid har personalen fyllt i HAW-schemat med tonvikt på de problem som varit mest aktuella. Anteckningar i HAW-schemat har gjorts av personalen på avdelning 608. Det som noterats är hur patienten reagerar vid olika situationer och vilka åtgärder som prövats, samt resultaten av dessa. Syftet är att utveckla olika alternativ till bemötande just för den enskilde individen i olika problematiska situationer.

## Tillvägagångssätt

Vid flytten från avdelningen till boendet har intervjuaren i vissa fall följt med samma dag eller bokat en tid i nära anslutning till utskrivningen. Innan utskrivningen har kontakt tagits med ansvarig sjuksköterska där bakgrundsbeskrivning till projektet givits. Vid det första besöket förklarades schemat för omvårdnadspersonalen och tillfälle till frågor gavs. Deltagarna vid detta första möte fick i uppdrag att vidareförmedla och gå igenom schemat med övrig personal. Det andra besöket efter sex till åtta veckor var i hälften av fallen med samma personal som vid första mötet. I patientfall två, fyra och fem deltog någon annan av personalen eftersom de som var med vid det första tillfället hade slutat av olika anledningar. Intervjuerna spelades in och skrevs sedan ut ordagrant. Intervjuerna var halvstrukturerade och utgick från HAW-schemats olika punkter och återkopplingen- finns problemen? Fungerar lösningen? Intervjuerna pågick 30-45 minuter. Vid intervjuerna med personalen och med patienterna i samband med skattningarna gjordes observationer som noterades på ett särskilt papper. Det kunde röra miljön, till exempel avdelningens utformning, hur många som deltog vid mötena, hur många som arbetade under ett kvällsspass.

Under vårdtiden på avdelningen skattas alla patienter med GBS- och NPI-skalorna (bilaga 3 och 4) i samband med inskrivning och utskrivning. Skattningar av patienterna gjordes även på boendet vid det uppföljande besöket med hjälp av den personal som känner patienten och genom intervju med patienten där frågor ställs bland annat om födelsedata, familj, tidigare yrke, dagens datum, ålder och hur patienten mår just nu. Dessa två skalor är den kvantitativa bedömningen på om patienterna har uppvisat försämringar eller förbättringar i sin demenssjukdom.

## Etik

Anhöriga har vidtalats och givit sitt muntliga godkännande. Skriftligt godkännande i form av informerat samtycke har givits i samband med att de ingått i den prospektiva reviderade studien (P-rev studien) som patienterna medverkat i och som detta projekt är en del av. Det fanns några etiska aspekter som behövde beaktas innan besöken på boendena. Skulle vi ses som ”experter” som kom och hade åsikter om hur de utförde sina arbetsuppgifter? Kanske skulle de saker vi tog upp i schemat anses som alldeles för uppenbara och ge intrycket av att vi uppfattade dem som inkompetenta? Hänsyn till detta togs då intervjuerna utfördes.

# Resultat

Resultaten mellan de olika boendena skiljer sig från varandra bland annat genom olika sätt att använda schemat. I samtliga fall utom ett hade patienten anpassat sig bra på boendet och mådde bättre med färre symptom som till exempel oro, eller var ungefär oförändrad i sitt sjukdomstillstånd. Hur patienterna reagerat redovisas under rubriken ”kvantitativ resultatdel” där analysen av skattingsskalorna redovisas. Kontinuitet har varit en avgörande faktor. Kontinuitet från sjukhusavdelningen var betydelsefull med ett besök på boendet i början av överflyttning och ett uppföljande möte efter två månader, och inte minst kontinuitet och målmedvetenhet från boendepersonalens sida. De olika formerna av kontinuitet redovisas under rubriken ”kontinuitet”. I de olika boendena har man också använt schemat på lite olika sätt, detta redovisas under rubriken ”HAW-schemat i praktiken”. De två sistnämnda rubrikerna redovisar den kvalitativa resultatdelen. I intervjuerna som citeras nedan står P för personal och I för intervjuare.

## Kvantitativ resultatdel

### Patient ett

I detta fall rörde det sig om en man med global kognitiv nedsättning (kognition= tankeverksamhet, förståelse och resonemang, förf anm). Den kvalitativa bedömningen visade en kraftig försämring men efter instruktioner och genomgång med Jenny Wiman började personalen på boendet följa HAW-schemat och det utföll positivt för patientens del. Kvantitativ skattning med NPI visade en reduktion från 21 poäng till 7 poäng. Samtliga delpoäng på GBS-skalan reducerades också.

### Patient två

Här rörde det sig om en man med global frontalt hjärnskadesyndrom med impulsivitet och aggressivitet sam-

tidigt som flera kognitiva funktioner var väl bibehållna. Patienten försämrades fem dagar innan uppföljande bedömning gjordes vilket påverkade både den kvalitativa och den kvantitativa bedömningen. Personalen upplevde dock HAW-schemat som ett positivt stöd. Kvantitativ skattning med NPI visade en ökning från 10 till 56 poäng. Samtliga delpoäng på GBS-skalan ökade en aning, men inte i samma proportion som ökningen i NPI.

### Patient tre

Detta var en patient med ropbeteende. HAW-schemat gav få direkta omvårdnadsråd eftersom samtliga omvårdnadsförsök till lösningar av ropbeteendet misslyckats. Istället gavs behovsmedicinering, vilket man på boendet inte gjorde. På boendet har man inte kunnat använda HAW-schemat. Kvantitativ skattning med NPI visade en lätt ökning från 37 till 46 poäng. Samtliga delpoäng på GBS-skalan ökade också en aning.

### Patient fyra

Patienten har genom tidigare alkoholberoende ådragit sig en hjärnskada. Beteendemässigt förekommer intermittert (regelbundet återkommande) aggressivitet. Man har på boendet följt HAW-schemat och funnit att det ger bra råd och därmed fungerat väl. Kvantitativ skatt-

ning med NPI visade en tydlig reduktion från 39 poäng till 18 poäng. GBS-skalans intellektuella och emotionella variabler saknas från skattning på avdelning 608. GBS-skalans övriga beteendevariabler var något reducerade vid mätningens slut.

### Patient fem

Det rör sig om en man som kommer från eget boende men som på grund av att han utvecklat paranoida föreställningar och sedan konfusion tagits in på avdelning 608. Eftersom man bytt personal på boendet så har HAW-schemat inte använts. Kvantitativ skattning med NPI visade en reduktion från 32 till 22 poäng. En lätt ökning noterades i GBS-skalans emotionella och övriga variabler från skattning på avdelning 608.

### Patient sex

I detta fall rör det sig om en man som utvecklat konfusionella symptom samt sannolikt även demenssymptom. Möjligen är det relaterat till ett ökat alkoholinlag. Personalen på boendet fann HAW-schemat mycket användbart, särskilt i början av vårdtiden då de inte hade egna kunskaper om patienten. Kvantitativ skattning med NPI visade en tydlig reduktion från 32 poäng till 16 poäng. En lätt ökning noterades i GBS-övriga variabler från skattning på avdelning 608 till mätningens slut.

NPI	SKATTNINGS- TILLFÄLLE ETT (UTSKRIVNING AVD 608)	SKATTNINGS- TILLFÄLLE TVÅ
Patient ett	21	7
Patient två	10	58
Patient tre	37	58
Patient fyra	37	18
Patient fem	32	22
Patient sex	32	16

Fyra patienter av sex fick reducerade värden på skattningsskalan NPI. Ju lägre poäng desto färre beteendesymptom.

GBS/övriga demenssymtom	TILLFÄLLE ETT (UTSKRIVNING FRÅN AVD 608)	TILLFÄLLE TVÅ
Patient ett	17	15
Patient två	4	10
Patient tre	17	22
Patient fyra	10	8
Patient fem	6	11
Patient sex	5	6

Två patienter har förbättrats skattningsmässigt enligt GBS - övriga symptom.

GBS/totalpoäng	TILLFÄLLE ETT (UTSKRIVNING FRÅN AVD 608)	TILLFÄLLE TVÅ
Patient ett	54	28
Patient två	24	42
Patient tre	104	109
Patient fyra	38	36
Patient fem	40	38
Patient sex	33	37

Enligt GBS-skalan så hade patient ett kraftigast reduktion från 54 till 28 poäng och patient två störst ökning av totalpoängen med 18 poäng. Övriga hade måttliga förändringar.

## Kontinuitet

I denna del av resultatredovisningen står ”jag” för Jenny Wiman.

Det som varit positivt för processen har varit kontinuitet. Exempelvis var det personliga besöket på boendet av mig en del av kontinuiteten. Det bidrog till att tillfälle gavs att förklara schemat och till att personalen kunde ställa frågor om patienten och därmed fick mer kännedom om henne eller honom. Det första personliga besöket hade som tydligast positiv inverkan på processen vid det ena patientfallet. Jag kom till boendet en vecka efter det att patienten skrivits ut från sjukhuset och träffade en nyanställd undersköterska som var den enda fastanställda på just den avdelningen. Situationen hade då återigen blivit precis densamma som innan patienten kom in till avdelning 608. Så här uttryckte hon sig när vi talade om den första tiden:

*I: ...”det var ju inte så länge sen jag var här och då var det ju inte bra...”*

*P:... nej i början var det inte bra, i början var jag nästan gråtfärdig, jag tänkte herregud hur ska det här gå?...”*

Vi gick tillsammans igenom schemat som tidigare blivit överrapporterat till sköterskan och blivit medskickat bland patientens andra omvårdnadspapper och mediciner. Kontinuitet kan alltså bestå av att en personal följer med från sjukhusavdelningen till boendet i direkt anslutning till utskrivningen i stället för att endast skicka med papper och ge information till exempelvis sjuksköterskan. Det senare kan leda till bristande kontinuitet. Det hade varit mycket svårt att få patienten att inte hela tiden ta av sig blöjan eller att inte kasta mat på golvet vilket medförde svåra sanitära olägenheter.



Man gick in och städade två gånger om dagen hos henne. Patienten behövde en mycket fast struktur med enkla klara regler. Mellan första och andra besöket hade det skett stora förbättringar för patienten som nu upplevdes som lättare att bemöta då man strikt följde de förhållningssätt som angetts som förslag i HAW-schemat. Hur många hade då läst schemat:

*I: ...”tror du att alla fått läsa det (schemat) som jobbar med henne?...”*

*P:...jag vet att en utav kvällspersonalen i alla fall har läst igenom det med mig... han är inte fastanställd, men han jobbar här väldigt mycket kvällar så han har läst igenom det, det vet jag...och så har jag läst igenom det och annars en som heter P men nu är inte hon längre här ...men å andra sidan så är det ju nästan bara jag som är här varje dag...”*

Trots att hon var nästan ”ensam” och resten av personalen var vikarier kunde hon på egen hand genom sitt bemötande och med hjälp av punkterna i schemat stå för kontinuiteten. Istället för att man som tidigare väddat till patienten om att sluta med sitt beteende ändrade vi på reglerna till att hon till exempel inte fick ta med någon mat in på rummet, då kom hon också ut ur rummet flera gånger om dagen. Detta gjorde att hon fick mer social stimulans som hon visade sig uppskatta, bättre blodcirkulation och bättre sårhäkning av såret på foten samt att nedskräpningen på rummet minskade drastiskt. Personalen tyckte inte längre att det var lika obehagligt att gå in till patienten. Kontinuiteten på boendet visade sig vara minst lika viktigt som att all information om patienten kommer fram till den personal som ansvarar för patientens omvårdnad.

På ett annat boende med en annan personaltäthet och med något sjukare patienter hade man kommit på ett annat sätt att hantera problemen som uppstått i omvårdnaden av patienten. Fem ur personalgruppen var utsedda att vårda henne och för det mesta var alltid någon av de fem där. Denna modell hade man börjat med innan patienten kom in till sjukhusavdelningen eftersom patienten under en tid varit svår att vårda. Vid det första mötet träffade jag en av personalen som sedan vidareförmedlade HAW-schemat till de fem som vårdade patienten. Ett av problemen här var att patienten var arg vid daglig hygienskötsel. Han var nu mest högljudd någon gång ibland men hade tidigare slagits vid till exempel blöjbyte. Jag frågade vid det uppföljande mötet där en av dessa fem deltog om kännedomen om schemat:

*P: ...”ja ett sånt papper har vi, det sitter i hennes pärm...vi tittade på det när vi fick det och sa att vi*

*skulle följa det...”*

Man hade diskuterat och spridit schemat sinsemellan, och sedan använt samma tankesätt vid nya problem som uppstått. Patienten satt nu med i matsalen vid alla måltider och satt kvar mellan målen och tittade på vad som hände i matsal och dagrum. För att förhindra att hon åt upp alla sockerbitar, frukt och till och med servetter hade personalen plockat bort detta så att det inte skulle vara farligt för patienten. Ett annat exempel var vid dusch:

*P: ...”vi hade ju en duschpall...och hon är ju så tunn och mager så det gjorde ont att sitta på den...nu har hon fått en dyna att sitta på...sen tror jag också det att hon tycker att det är pinsamt att bli duschad...”*

Personalen var intresserad och engagerad och jag observerade att schemat upplevdes positivt och att personalen använde samma tankesätt när det gällde andra problem. Patienten upplevdes som förbättrad av personalen och även skattningsresultaten var förbättrade. Trots att jag bara träffat en av personalen vid första besöket fungerade kontinuiteten bra sinsemellan på boendet.

På ett annat äldreboende utnyttjade man den erbjudna hjälpen att ringa tillbaka till avdelningen och be om extra stöd då deras patient bland annat rymde flera gånger i början.

På två andra boenden fungerade schemat mer som ett stöd för personalen i början när de skulle lära känna patienten och dennes symptom, men man uppgav att man sedan arbetade efter eget huvud.

*I:... ”har ni läst igenom schemat?...”*

*P:...ja...*

*I:...vad tyckte ni om det ?...*

*P1: ...det är bra att få med det när de kommer hit det är det...då vet man just i vilka lägen de varit aggressiva eller varit jobbiga för att undvika...*

*P2:... vi har ju inte haft de här rökkonflikterna...han får röka som han vill...”*

Personalen hade lång erfarenhet och var vana vid patientgruppen och man hade inte tittat så mycket på schemat efter det att de lärt känna patienten.

*P:... ”ibland har han ju fått behovsmedicin men jag upplever inte att han är extra svår på något vis han är ju orolig ibland men inte mer än någon annan...”*

På bägge dessa boenden var deltagandet vid mötena med mig störst och intresset var stort. På det ena boen-

det var alla med och alla kunde sitta vid ett bord där man samtidigt hade uppsikt över patienterna. Det ställdes många frågor vilket gjorde att många ur personalen fick lite extra kunskap om patienten. Man var intresserad och pigg på att diskutera schemat. Det höga deltagandet bidrog till bättre kontinuitet då en stor grupp fick information och man genom diskussion fick fram många synvinklar.

Jag kunde se att det var viktigt att schemat spreds i personalgruppen. Dålig kontinuitet innebar att informationen stannade kvar hos den eller de som först fick den och det gjorde att den sedan inte spreds vidare. Personal som slutat hade inte förmedlat schemat och hade inte heller kontaktat mig för att få hjälp med det. Dålig kontinuitet kan alltså vara bristande kommunikation mellan personal på samma avdelning. I det patientfall där man inte använt schemat överhuvudtaget var patienten visserligen svår att bemöta men man hade inte heller provat de förslag vi hade gett och inte heller gjort egna försök till lösningar. Personalen som jag först hade kontakt med och gick igenom schemat med hade slutat när jag kom på det andra besöket. Den andra personalen hade inte läst schemat. Kommunikationen mellan dem hade inte fungerat alls, trots att patienten upplevdes som mycket svår. Man uppgav på boendet att de själva skriver på liknande sätt:

*P:... ”men vi skriver ju, vi har ju också papper där vi skriver och det är ju också vad som händer, vad vi gör för det och sen så utvärderar vi ju det...”*

Patientens beteende hade försämrats men den närvarande personalen såg ingen poäng med schemat och var negativa till det.

Ett positivt resultat var alltså beroende av *kontinuiteten*, både från sjukvården vid överflyttningen av patienten från sjukhusavdelningen och sedan hos personalen på boendet i arbetet med patienten.

## HAW i praktiken

En annan intressant aspekt var hur schemat användes i praktiken. I det praktiska arbetet med schemat och patienterna kunde man i intervjuer och observationer på boendena se fyra olika sätt att använda det:

- Punkt för punkt, med fast struktur (ett boende)
- Konstruerat egna lösningar efter modellen på HAW-schemat (två boenden)
- Tittat på schemat i början för att lära känna patienten (två boenden)
- Inte använt schemat alls (ett boende)

Ett sätt var att följa det punkt för punkt, och för vissa patienter kan det vara nödvändigt med en så fast struktur som möjligt. Personalen på ett boende hade arbetat på ett strukturerat sätt:

*P:... ”jag har utgått från det här och så har jag ju sett var problemen är och så liksom försökt tänka på det hela tiden jag varit därinne och använt det på det sättet...det är en påminnelse för mig att tänka på vad jag måste jobba med honom...”*

Just denna patient var beroende av att ha fasta rutiner och regler för att kunna fungera på ett accepterat sätt. De problem som hade uppstått berodde på att han på egen hand inte klarat att följa de regler som gällde, utan behövde hjälp med det. Tidigare hade man försökt att få honom att ändra sitt beteende genom att tala med honom och be honom att ändra sig men inte arbetat på ett så strukturerat sätt.

På två boenden hade man tagit till sig schemat och sedan konstruerat egna lösningar efter modellen på schemat, man hade alltså tillämpat metoden och sedan anpassat omvårdnaden individuellt. Kanske hade man gjort det här utan schemat, men punkterna i schemat var ändå till hjälp när man skulle hantera några av problemen som uppstod även i boendet. Alla i den grupp som vårdade patienten hade tittat på det, man har även kommit på egna lösningar på situationer som inte uppstått hos oss på sjukhusavdelningen. Man har följt punkterna, försökt med de tips vi gett. Man har också kommit på egna lösningar inför frisörbesök och liknande. En personal berättar om hur han tyckte att det var att arbeta med schemat:

*P:...”det var inte så enkelt heller....han ger ju upp ganska lätt...då har man ju lite att gå på hur alla andra gör...annars blir det nog lätt att man glömmmer av det man fått i rapporten...så bra att ni följer upp det också...”*

På två av boendena hade man tittat på schemat i början av vårdtiden innan man lärt känna patienten, här var man utbildad och van vid patienter med beteendesyndrom:

*P:...”vi har inte gått efter det...i vissa lägen har vi gått tillbaka och tittat men vi har ju inte haft de dispyterna med han...”*

Genom personalens erfarenheter av patientgruppen och lång yrkeslivserfarenhet var symptomen kända och kunde lättare bemötas. Många hade läst igenom schemat men sedan hade det inte uppstått några särskilda problem och man hade skött omvårdnaden efter eget huvud. På ett boende upplevdes patienten som relativt

lugn och lätt att bemöta och avleda. Patienten hade inte uppvisat samma beteende på boendet utan varit lugnare.

På ett boende hade man inte alls använt schemat och inte förmedlat det vidare till den övriga personalen.

Sammanfattningsvis upplevde personalen i tre av patientfallen således att patienten var bättre eller att det fungerade bra med hjälp av schemat. Två boenden tyckte schemat var bra men hade bara tittat på det i början. Det återstående boendet tyckte inte att schemat var meningsfullt eftersom man själv dokumenterade på liknande sätt.

## Observationer av patienten på boendet

Slutligen redovisas vissa subjektiva observationer som gjordes av några av patienterna vid besöken på äldreboendena. Patient två hade varit lugn och vänlig och anpassat sig bra till det nya boendet trots att hon fick dela rum med en annan patient vilket vi inte trodde skulle fungera. Hon hade en viss frihet i att hon kunde gå ut på den stora balkongen när hon ville. Allt hade fungerade bra tills fem dagar innan jag kom, då hade hon blivit hotfull mot personalen och även kastat ut ett föremål genom ett stängt fönster. Boendet hade dock kontakt med psykiater som träffat patienten och ordinerat ny medicin vilken redan hade börjat ha effekt.

*P1:..."i stort sett har det gått bra utom nu sista helgen...det är otäck när hon blir så där arg, hon blir vansinnig alltså...hon blir alldeles svart i ögonen..."*

*I:...hur avleder ni henne då?...*

*P2:...hon gick ju själv...det går inte att prata med henne...då blir det ännu värre om man säger nånting, det är bara att låta henne vara..."*

Hon hade förutom ökad aggressivitet och hotfullhet även fått fler symptom i sin demenssjukdom, bland annat börjat äta ohämmat och problem hade uppstått med att hon gick och tog mat själv i kylskåpet så att viss mat tog slut. Man skulle försöka ordna detta genom lås på kylskåpet.

Patient tre hade vid utskrivningen många beteendesymptom men hade blivit ytterligare försämrade på boendet. Han mådde sämre vid uppföljande besöket, såg mer ångestladdad ut och hade mycket svårt att koncentrera sig på att besvara frågorna. Han grep desperat tag i personer i närheten och ville inte släppa taget. HAW-schemat hjälpte inte patienten och man visade

inget intresse för schemat.

En av patienterna, patient fyra hade markant förbättrats. Från att på sjukhusavdelningen oftast haft sjukhuskläder på och knappt svarat på frågor till att nu, nyklippt och fin och i egna kläder, svara adekvat på alla frågor. Den personal som jag talade med tyckte att han hade blivit mycket förbättrad.

*P:...”han skäller ju ändå...men man kan ju dämpa honom då va...och så där, så slåss han ju inte längre så att vi fortsätter ju som vi har gjort då...jag tycker det är mer positivt med honom faktiskt och det verkliga plusset är att han sitter här ute (i dagrummet) hela dagarna plus att han äter väldigt bra..."*

Patient sex hade funnit sig väl tillrätta och hade fått eget rum med sina egna böcker och möbler, hon satt och arbetade vid sitt skrivbord då jag kom. Hon uppgav att hon bara var där tillfälligt och kände till namnet på inrättningen. Hon trivdes bra och påpekade att det var tillfälligt och visste inte när hon kunde skrivas ut.

# Diskussion

Syftet med studien var att följa processen vid utskrivningen av patienter från sjukhus till kommunens boende med utgångspunkt från HAW-schemat. Datainsamlingen gjordes med hjälp av intervjuer, skattningskolor och observationer. Sex patienter deltog i studien. Den positiva effekten bedömdes utifrån vad som ansetts varit positivt för patienten. Genom skattningskolor och genom observationer av patienten och miljön runt omkring vid skattningsstillfället erhöles en uppfattning om hur patienten mårde och fungerade efter en tids vistelse på boendet. Genom personalens upplevelser gavs en bild av hur omvårdnaden av patienten fungerade. Vi fann att det som hade haft positiv effekt på processen och kommunikationen vid utskrivning av patienter från sjukhus till kommunens äldreboende, var kontinuitet.

Det som var viktigt för att upprätthålla god kontinuitet var att kontaktpersonen från sjukhusavdelningen följde med patienten till boendet, träffade personalen där och i samband med det gick igenom de problem och problemlösningar som använts. Att ha en god kontinuitet på boendet visade sig också spela en viktig roll. Ett gott exempel på bra kontinuitet var då man bildat en grupp bestående av fem personer som var utvalda att vårda en ”svårbehandlad” vårdtagare. De hade valts på grund av att de fungerade bra tillsammans med henne. Flera ur den övriga personalgruppen var rädda för patienten som ofta skällde och som även kunde slåss i omvårdnadssituationer. Något med de fem i den utvalda gruppen gjorde att det fungerade bättre då de vårdade patienten än vad det gjorde med de andra. Inom gruppen hade man en ständig dialog där nya problemlösningar diskuterades fram och ett enhetligt sätt användes för att bemöta patienten. Zingmark (2002) beskriver i sin studie vikten av att man tolkar beteendet hos patienten då det ibland kan vara enda sättet patienten kan uttrycka sig på. I studien beskriver man att man genom att förebygga att patienten gör ”fel” och

därmed känner sig underlägsen, kan minska stressrelaterade beteenden. Genom att dessa fem personer kände patienten bättre så hade de större möjlighet att se när patienten reagerade negativt och visste på förhand vad patienten inte tyckte om eller tyckte om. Tillfällen med aggressionsutbrott hade minskat då de fem i högre grad kunde förutsäga och tolka patientens beteende och då de lärt sig ett bra förhållningssätt.

Ovanstående modell förutsätter att man är en tillräckligt stor personalgrupp. På ett boende med kanske bara två personer dagtid och bara en kvällstid har man inte samma möjlighet att kombinera ihop fungerande konstellationer av patient – personal. Det är förvånansvärt många demensboenden som besöks som har personal som arbetar ensamma under sen eftermiddag och kväll. Det är under denna tid på dygnet många med demenssjukdom ofta blir mer oroliga och till exempel börjar packa ihop sina tillhörigheter, vill betala för sig och åka hem! Nattetid delar ofta några få ansvaret för flera avdelningar. Det försvårar ju personalens möjligheter till att vara ”steget före” och till att ”läsa mellan raderna” som enligt Zingmark (2002) var ett sätt som bidrog till att ge den demenssjuke ett ”gott liv”. God kontinuitet förutsätter att man känner vårdtagaren och snabbt kan avleda eller lugna innan stark oro eller aggressivitet uppstår. Åkerlunds (1990) studie visar hur vårdpersonal som fick mer tid till etiskt resonemang utvecklade ett mer dynamiskt sätt att resonera då det gällde moraliska dilemman. Det är viktigt att det finns tid till diskussioner och möjlighet att sitta tillsammans och resonera om svårigheter som kan uppstå.

Det negativa för processen har varit det motsatta – dålig kontinuitet i form av att information kvarstannade hos den personal som först fick den och att man inte använde schemat överhuvudtaget. Det var lika viktigt att kontinuiteten inom boendet var bra som att kontinuiteten mellan sjukvården och boendet var bra. Ett exempel på dålig kontinuitet från vår sida var i det fall

då första besöket på patientens boende skedde först efter en vecka. Patienten återföll snabbt i tidigare beteendemönster. HAW-schemat, som i samband med besöket förklarades, kunde här bidra till att personalen fick ett förhållningssätt att arbeta utifrån och patienten blev faktisk förbättrad.

I ”Goda exempel på läkarmedverkan och vårdplanering i äldreomsorgen” (Socialstyrelsen, 2000) har man beskrivit hur samarbetet mellan de olika huvudmännen måste fungera för att undvika risk för kvalitetsbrister i vården och omsorgen. Det kan man bland annat göra genom att öka kunskaperna om den enskilde patienten hos dem som medverkar/ska medverka i processen. Svårigheterna att få processen att fungera har varit att få schemat ifyllt på avdelningen och att sprida informationen på boendena. Det här är problem som missgynnar processen och patienterna. Det är svårt att införa nya rutiner och vanor. I resultatdelen beskrivs ett boende där man ansåg att de anteckningar de själva förde var detsamma som HAW-schemat. Man hade inte prövat de olika metoder som föreslagits, trots att man upplevde patientens beteende som svårt att hantera. I rapporten ”Ett värdigt bemötande – går det att lära?” (Socialstyrelsen 1997) beskrivs svårigheten i att för en enskild bryta invanda mönster i en arbetsgrupp. Lojaliteten gentemot en arbetsgrupp kan ibland bli viktigare än vårdtagarens behov, och flera av vårdbiträdena och undersköterskorna i rapporten beskrev detta fenomen. Ett exempel är negativa informella ledare med stor makt som styr arbetslagets värderingar. Likväl fanns det också exempel på positiva informella ledare vars värderingar gynnade det bemötande och den omvårdnad patienterna fick (Socialstyrelsen 1997).

När det gäller patient tre hade vi misslyckats att förmedla hur vi bemött patienten och det kan bero på våra egna hopplöshetskänslor inför ett beteende som vi inte riktigt kunde komma på vad vi ska göra något åt. Personalen på boendet skulle här behöva ha mer resurser i form av till exempel handledning. Förmodligen skulle patienten ha mått bättre av att komma till en speciell geropsykiatrisk avdelning där personaltätheten är större och där man har mer utbildning och erfarenhet av denna patientgrupp. Anhöriga ville absolut att patienten skulle bo kvar och ha eget rum, vilket inte alltid är den bästa lösningen för patienten. Det är svårt ibland, för både oss och anhöriga, att se vad som verkligen är bäst för patienten. Eget rum kan kännas viktigt om man tar hänsyn till och vet hur patienten varit tidigare i livet men kanske inte alls längre är relevant för en patient som inte längre känner igen sina tillhörigheter och som nu istället är mycket beroende av att

ha människor omkring sig.

Lika viktigt har, som tidigare nämnts, varit kontinuitet inom boendet vilken gynnades av engagemang och intresse från personalen. Kontinuiteten kunde då bestå i att man förde informationen vidare, diskuterade tillsammans och kom fram till nya lösningar när nya problem uppstod. Vissa tittade på schemat i början när patienten kom, andra använde det som en mall för problemlösning då nya problem uppstod. Den patient som blev mest förbättrad i skattningsresultaten hade av framförallt en personal blivit bemött väldigt strikt utifrån de förslag vi givit i schemat. Det visade sig att just denna patient mätte bra av det och att det i detta fall räckte med att en person kunde stå för kontinuiteten. Det är viktigt att betona att det inte passar alla patienter ens med samma symptom eller all personal att arbeta så. Alla patienter har olika behov och en personalgrupp kan som tidigare nämnts fungera på många olika sätt.

HAW-schemat ersätter inte professionell klinisk handledning som har visat sig ge effekt på personalens upplevda känslor av utbrändhet och kreativitet (Hallberg 1993, Berg 1994), men är en metod som är användbar då man kartlägger beteendeproblem hos en patient. Man kan använda schemat i omvårdnadshandledning som ett vetenskapligt tankesätt, det vill säga som struktur i hur man tänker, handlar och arbetar. På de boenden där man tillämpat HAW-schemat som modell då nya problem uppkommit, har man lärt sig att på vetenskapligt sätt tillämpa en bra metod genom att systematiskt prova olika lösningar och att sedan utvärdera dem. Det är också alldeles utmärkt att använda schemat vid handledning då det kan hjälpa till att på ett strukturerat sätt angripa olika svårigheter i omvårdnadssituationer.

Bara ett boende hade omvårdnadshandledning. Man skulle önska att personalen på kommunens boenden hade mer handledning och utbildning med inriktning på patienter med beteendeproblematik. Mycket lidande för patienterna och även risk för stressrelaterade problem hos personalen skulle genom det kunna undvikas. I många andra yrken är det självklart att man får tillgång till de rätta redskapen för att kunna utföra sitt arbete professionellt.

De allra flesta bland personalen på boendena gav positiv respons på schemat och på att någon kom för att följa upp hur patienten mätte. På de boenden där man var mer van vid patienter med beteendeproblem kunde personalen få information om vid vilka situationer det hade varit problematiskt under sjukhusvistelsen. De boenden där personalen inte var så vana, fick

en bild på vad som fungerat vid olika tillfällen och vad det kunde bero på. Det kan tolkas som att vårdpersonalen fick en större förståelse för patientens agerande. Enligt Hallberg (1993) kan man lättare hantera ett svårt beteende om man kan förstå varför beteendet uppkommit, kan man se mening med patientens liv kan man också få en ökad förståelse för patientens beteende. Det är viktigt att se att personalens kunskapsnivå och inte minst känslan av göra ett bra arbete, spelar en väsentlig roll för hur patienten blir bemött och för att personalen ska orka träffa personer som ropar, slåss, har ångest eller agerar på ett hämningslöst sätt.

Den patient som blev mest försämrad hade ett ropbeteende, denna patient hade blivit nästan helt isolerad på sitt rum på grund av det oönskade beteendet vilket ökade oron ännu mer och därmed också ropbeteendet. Detta stämmer väl överens med Drapers (1999) studie som visar hur svårt det är att stå ut med ett beteende som inte verkar lindras vad man än försöker med. Detta gör att man drar sig mer och mer undan från patienten som blir alltmer isolerad och ropar ännu mer. Även skattningsmässigt hade patienten försämrats, framförallt enligt NPI. När det gäller skattningsskalorna så mäter GBS-skalan graden av funktionsnedsättningar vid demenssjukdom och eftersom sjukdomen gör att dessa olika funktioner försämras så blir skattningsresultaten av naturliga skäl vanligtvis inte bättre. NPI-skalan mäter grad och frekvens av symptom som till exempel oro, aggressivitet och misstänksamhet. Där har också fyra av sex fått sänkta poäng medan två av patienterna fick högre förekomst av dessa symptom.

Målsättningen med HAW-schemat är att det ska vara enkelt att fylla i och att använda och att det inte ska ta för mycket tid. Det ska vara enkelt att förmedla och återkopplingen en tid efter utskrivningen ska kunna ske på ett enkelt sätt genom till exempel ett telefonsamtal. Kontaktpersonen på avdelningen kan ringa upp patientens kontaktperson på boendet så att de gemensamt kan fylla i det sista av schemat samtidigt som man kan ta del av varandras erfarenheter. Detta skulle ytterligare främja kontinuiteten. Det kan vara lättare för personalen att vårda och ta emot patienten utan att behöva pröva alla ”knep” innan man kommer fram till det som fungerar bäst för just den patienten. Men det finns en risk att schemat bara blir ytterligare ett papper som följer med patienten och som i värsta fall blir insatt i en pärm på sköterskekontoret. Förhoppningsvis används schemat och leder till ett bättre omhändertagande av patienten och att personalen upplever arbetet som lättare. Ingen av de patienter som ingick i studien kom akut in på vår avdelning igen och det verkar av

skattningsresultat och intervjuer som om överflyttningarna gått bra. Men det behövs ytterligare, mer omfattande studier inom området.

Det är ett litet material som ligger till grund för studien. Bara sex patienter och deras boenden var inkluderade. Det är svårt att förutse vad som hade hänt med patienterna på boendet utan HAW-schemat och uppföljningen, det finns ingen referensgrupp som inte hade dessa faktorer att jämföra med. Trots detta kan man ändå få en ledtråd till vad som har betydelse för att processen vid utskrivning till boendet av patienten med beteendeproblem ska fungera optimalt. Slutsatsen är att det som gynnar processen positivt är kontinuitet vilken förbättras av utbildning, handledning, intresse och engagemang från personalens sida. Alltså borde man sträva efter att ge möjlighet till utbildning och handledning vilket ger stora vinster för både patienter och personal då de möts i svåra situationer där bemötandet är ett av de viktigaste redskapen.

# Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Basun, H.& Ekman, S.L.& Englund, E.& Gustafson, L.& Lannfelt, L.& Nygård, L et al. (1999). *Om demens*. Stockholm: Förlaget Hagman.
- Bråne, G. (1997). *Att bedöma demens med GBS-skalan*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bråne, G. (1989). *The GBS scale: a geriatric rating scale and its clinical application*. Göteborg: Göteborg University.
- Brane, G.& Gottfries, C G et al. (2001) The Gottfries-Brane-Steen scale: validity, reliability and application in anti-dementia drug trials. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 12(1), 1-14.
- Cummings, J L.& Mega, M et al. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44(12), 2308-14.
- DePoy, E.& Gitlin, L. (1999). *Forskning- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Draper, B.& Snowdon, J.& Meares, S.& Turner, J.& Gonski, P.& McMinn, B et al. (2000). Case-controlled study of nursing home residents referred for treatment of vocally disruptive behavior. *International psychogeriatrics* 12(3):333-44.
- Edberg, AK. (2002). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, R. (1987) *Forskningsetik och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, S.& Minthon, L.& Moksnes, KM.& Saarela, T.& Sandman PO.& Snaedal, J et al. (1999). *BPSD from a nordic perspective. Behavioral and psychological symptoms in dementia: a state-of- the-art dokument*. Västra Frölunda: Janssen-Cilag AB.
- Hallberg, I R. (1997). *Problematiska beteenden hos demensdrabbade*. Stockholm: Liber.
- Hälso- och sjukvårdslagen. (1982). §3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Jansson, L.& Norberg, A. (1993). *Ethical reasoning among registered nurses experienced in dementia care*. Umeå: Umeå Universitet. (Avhandling)
- Kihlgren, M. (1992). *Integrity promoting care of demented patients*. Umeå: Umeå University. (Avhandling)
- Marcusson, J.& Blennow, K.& Skoog, I.& Wallin, A. (1995). *Demenssjukdomar*. Falköping: Almqvist & Wiksell.
- Morris, J. C., P. A. Cyrus, et al. (1998). Metrifonate benefits cognitive, behavioral, and global function in patients with Alzheimer's disease. *Neurology* 50(5): 1222-30.
- Sjögren, M. (2000). *Frontallobsdemens*. Västra Frölunda: Janssen-Cilag AB.
- Socialstyrelsen. (2000). *Äldreuppdraget 2000:9. Goda exempel på läkarsamverkan och vårdplanering i äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SoL, Socialtjänstlagen 1980:620, §1
- Svenaeus, F. (2002). Fenomenologiska perspektiv på hälsa och sjukdom. *Läkartidningen* 99(6):540-3.
- Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (1997). *Värdigt bemötande- går det att lära?*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Zingmark, K. (2002). Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing* 38(1): 50-8.
- Åkerlund, B-M. (1990). *Dementia care in an ethical perspective, an exploratory study of caregivers of ethical conflict when feeding severely demented patients*. Umeå: Umeå University.

# Bilaga 1

## HAW-schema (Hansson, Aspelin & Wiman) Bilaga 1 Beteendeproblem Namn.....

Situation (se nedan) datum/kl	Vad hände var	Förmodad anledning	Försök till lösning	Resultat (patientreaktion)	Sign	Aterkoppling (Vårdgivare i kommunen)

Situationer: 1. Uppvaknande 2. Uppstigning 3. Hygienskötsel 4. Påklädning 5. Måltid 6. Matintag 7. Medicinintag 8. Rökning 9. Promenad 10. Social samvaro 11. Besök 12. Telefonerande 13. TV-tittande 14. Avklädning 15. Sänggående 16. Sömn 17. Besök utanför avdelningen 18. Annat. Finns problemet? Fungerar lösningen?



# Bilaga 2

## HAW Fingert patientfall

förmödad anledning		Bilaga 2		
Vad hände var	enl omv personal	försök till lösning	resultat	återkoppling
kissar på golvet på sitt rum	enligt pat prostatavesvär urinvägsinfektion	får hjälp med toa- träning i form av på- minnelser, byxblöja samt flaska vid sängen	antalet tillfällen har minskat	
sätter i halsen i samband med måltid	relaterat till demenssjukdom dåligt tandstatus	passerad kost, tand- läkarbesök, någon med vid måltider	färre tillfällen då han sätter i halsen	
känner sig instängd och rastlös	är inlagd på avdelningen för patienten att gå ut på egen hand på inhängnat område	dagliga promenader och även besök till bibliotek- låna böcker	är nöjd och på gott humör redan av förslaget	
knuffar till medpatient	medpatient tagit hans glas lät provocerad, nedsatt hör missförstånd	informerar patienten att medpat ej förstår hörhjälpmedel, öronvax?	lugnar sig känner sig illa till mods, lättare kommunicera nu	
spiller mycket när han dricker- får inte i sig tillräckligt?	svårt med finmotorik nedsatt tandstatus	vätskelista erbjuder ett extra glas vätska/mål	behöver fortsatt påstötning med att få i sig vätska	
verbalt irriterad på morgonen	är alltid verbalt irriterad när del av depression?	får röka får se på TV erbjuds tidningar samt kaffe vid uppvaknande	lugnare och mjukare	
vill inte duscha	säger att han redan duschat	kontaktpersonen får förtroendet att hjälpa hon om till slut	positivt, duschar med handräckning och påminnelse	
tror att kläderna blivit stulna	är misstänksam har varit misstänksam tidigare- del av personlighet	avleda med promenad eller gå ut och röka	blir lugnare och mindre misstänksam	
samlar mat och annat på sitt rum på boendet	demenssymptom	ej fri tillgång till mat iom även kvävningsrisk	gott resultat inte lika skräpigt har sina till- hörigheter att greja med	

# Bilaga 3

## **GBS-skalan**

(Reviderad 1997)

Görel Bråne, Att bedöma demens med GBS-skalan, Natur och Kultur, 1997

Namn: .....

Födelsedatum: .....

Datum: .....

Bedömare: .....

## GBS-skalan - 2

### skala för skattning av demens

Ref: Bråne G. Att bedöma demens med GBS-skalan. Natur och Kultur, 1997.  
© Görel Bråne, 1997

Anvisningar: Bedöm individens tillstånd utifrån följande frågeformulär. Skattningspoängen kan bli antingen 0,1,2,3,4,5 eller 6 på varje fråga. Sätt ett kryss för det svarsalternativ du tycker stämmer överens med tillståndet. Om tillståndet ej motsvarar vad som definierats utan ligger någonstans emellan, kryssa för alternativ 1, 3 eller 5.

#### Intellektuell funktionsnedsättning

	0	1	2	3	4	5	6
<b>Person-orientering</b>	Känner väl till sitt namn och kan ange yrke, ålder och födelsedatum.  <input type="checkbox"/>	Känner till sitt namn men har brister i kännedomen om yrke, ålder och födelsedatum.  <input type="checkbox"/>	Känner hjälpligt till sitt namn men inte yrke, ålder eller födelsedatum  <input type="checkbox"/>	Helt desorienterad till sin egen person..  <input type="checkbox"/>			
<b>Tidsorientering</b>	Helt orienterad i tiden, dvs. känner till veckodag, datum, månad och år.  <input type="checkbox"/>	Delvis orienterad, klarar åtminstone två av tidsvariablerna veckodag, datum, månad och år.  <input type="checkbox"/>	Vet vilken årstid det är men inte veckodag, datum, månad eller år.  <input type="checkbox"/>	Helt desorienterad i tiden.  <input type="checkbox"/>			
<b>Rumsorientering</b>	Vet vilken geografisk ort, vilket sjukhus/avdelning/rum han/hon befinner sig på, dvs. är helt orienterad i rummet.  <input type="checkbox"/>	Har brister i rumsorienteringen, men är orienterad på den egna avdelningen eller i sitt hem.  <input type="checkbox"/>	Desorienterad, dvs. har brister i rumsorienteringen på den egna avdelningen eller i sitt hem.  <input type="checkbox"/>	Helt desorienterad i rummet.  <input type="checkbox"/>			
<b>Närminne</b>	Ingen närminnesstörning, känner till vad som hänt de senaste dygnet.  <input type="checkbox"/>	Nedsatt närminne, vilket dock endast märks vid mer ingående samtal.  <input type="checkbox"/>	Så nedsatt närminne att det även märks vid ytliga samtal.  <input type="checkbox"/>	Närminnet helt utplånat, kommer inte ihåg något från den ena stunden till den andra.  <input type="checkbox"/>			
<b>Fjärrminne</b>	Ingen fjärrminnesstörning, minns vid ingående samtal namnen på för honom/henne viktiga personer och viktiga politiska eller andra händelser från tidigare perioder i livet.  <input type="checkbox"/>	Har svårt att minnas för honom/henne viktiga personer och viktiga politiska händelser från tidigare perioder i livet.  <input type="checkbox"/>	Redan vid ytliga samtal märks att fjärrminnet är nedsatt, minns t.ex. ej familjemedlemmarnas namn, antal, var de bor osv.  <input type="checkbox"/>	Fjärrminnet helt utplånat.  <input type="checkbox"/>			
<b>Vakenhet</b>	Helt vaken..  <input type="checkbox"/>	Förefaller av och till lätt dásig.  <input type="checkbox"/>	Visar tecken på dásighet, men endast lätta uppmaningar krävs för att han/hon skall hålla sig vaken.  <input type="checkbox"/>	Somnolent dvs dásig, går att väcka men sjunker snart tillbaka i dásigheten igen.  <input type="checkbox"/>			
<b>Koncentration</b>	Inga koncentrations-svårigheter, inga svårigheter att samla tankarna i intervju-situationer, följa ett TV-program eller läsa en skriven text.  <input type="checkbox"/>	Verkar av och till okoncentrerad, dvs. avviker från diskussionsämnet och har vissa svårigheter att läsa eller följa ett TV-program.  <input type="checkbox"/>	Påtagligt koncentrationsstörd, har svårt att hålla en rak linje i samtalet eller finna sammanhang i TV-program, tidningsartiklar och dylikt.  <input type="checkbox"/>	Så grava brister i sin koncentrationsförmåga att något meningsfullt samtal ej kan genomföras.  <input type="checkbox"/>			

	0	1	2	3	4	5	6
<b>Tempo</b>	Klarar att skynda sig då detta krävs.  <input type="checkbox"/>	Klarar av en uppgift även om han/hon påskyndas, men prestationsförmågan försämras då påtagligt.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Då han/hon påskyndas, försämras prestationsförmågan i sådan utsträckning att han/hon ej ens kan genomföra enkla uppgifter och blir retlig, orolig och/eller förvirrad.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Så avtrubbad att han/hon inte alls reagerar när man försöker skynda på honom/henne.  <input type="checkbox"/>
<b>Förströddhet</b>	Normalt samlad.  <input type="checkbox"/>	Verkar av och till förströdd.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Måttligt men konstant förströdd.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Konstant mycket förströdd, oförmögen till målinriktad sysselsättning.  <input type="checkbox"/>
<b>Omständlighet</b>	Uttrycker sig ej omständligt.  <input type="checkbox"/>	Av och till mångordig och detaljrik i sin framställning, dock inga som helst problem med att hålla sig till ämnet.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Konstant mångordig och detaljrik, har svårigheter att "komma till sak" och gör många utvikningar från ämnet.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Ingen förmåga att uttrycka vad han/hon önskar, förlorar sig helt i ordrika detaljer.  <input type="checkbox"/>
<b>Distraherbarhet</b>	Uppmärksamheten kvarhålls normalt vid stimulering.  <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten störs då och då av ovidkommande stimuli.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten är konstant påfallande störd.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Uppmärksamheten är så allvarligt störd att meningsfull aktivitet (t.ex. lättare sysslor eller ett normalt samtal) ej kan genomföras.  <input type="checkbox"/>
<b>Språkstörningar</b>	Inga språkstörningar, talar felfritt och flytande och förstår vad som sägs till honom/henne.  <input type="checkbox"/>	Språkstörningar förekommer ibland, t.ex. i form av begränsat ordförråd och långsamt, hackigt men fullt förståeligt eller flytande men svårförståeligt tal eller i form av ljud/ordförväxlingar eller minskad förmåga att förstå andras tal.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Språkstörningar förekommer ofta i enkla samtal, t. ex. i form av mycket begränsat ordförråd och mycket långsamt men förståeligt tal eller i form av upprepade ljud/ordförväxlingar, flytande nonsens eller kraftigt nedsatt förmåga att förstå andras tal.  <input type="checkbox"/>	  <input type="checkbox"/>	Kan inte göra sig förstådd verbalt. Har ständigt mycket stora svårigheter att förstå andras tal.  <input type="checkbox"/>

## Emotionell funktionsnedsättning

	0	1	2	3	4	5	6
<b>Emotionell funktion</b>	Ingen funktionsstörning, har förmåga att reagera med sorg, glädje, hat, rädsla, ilska m.m. i olika situationer.		Funktionsstörning förekommer ibland, visar då tecken på sorg, glädje m.m., men de "fina" nyanser som tidigare karakteriserat honom/henne har gått förlorade.		Visar ibland tecken på sorg, glädje m.m., men gör det på ett grovt, onyanserat sätt.		Helt utslucknade emotionella funktioner, har ej förmåga att visa tecken på sorg, glädje m.m.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Emotionell labilitet</b>	Normal förmåga att kontrollera känslomässiga reaktioner.		Gråter eller skrattar på ett ohämmat eller överdrivet sätt vid kraftig känslomässig stimulering.		Reagerar även vid måttlig känslomässig stimulering på ett ohämmat sätt.		Förmågan att kontrollera känslomässiga reaktioner är helt förlorad.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Motivation</b>	Motiverad för aktivitet och sysselsättning.		Behöver en hel del uppmuntran för att påbörja en uppgift och visar ofta endast ett förstrött intresse för denna.		Brister tydligt i sin motivation och måste om och om igen manas på för att påbörja och fullfölja en uppgift.		Över huvud taget inte motiverad till sysselsättning, påbörjar aldrig en uppgift spontant, kan inte ens med mycket kraftig stimulering förmås delta i en aktivitet.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nedsatt funktion av ADL

	0	1	2	3	4	5	6
<b>Av- och påklädning</b>	Klär sig helt själv.		Får hjälp med knappar, dragkedja och dylikt.		Måste ha hjälp av vårdare vid av- och påklädning, men deltar aktivt.		Måste kläs helt.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Måltider</b>	Äter själv.		Behöver tillsyn och hjälp vid måltiderna.		Måste alltid ha tillsyn och hjälp vid måltiderna, men hjälper till själv.		Måste matas helt.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fysisk aktivitet</b>	Kan gå obehindrat, eventuellt med käpp.		Behöver stöd för att kunna gå (gånghjälpmedel).		Behöver levande stöd för att kunna gå.		Är stols- eller sängbunden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Spontanaktivitet</b>	Normal motorik och spontanaktivitet.		Sitter ofta mer stilla än vad som kan anses normalt, men agerar eller rör sig spontant vid lätt stimulering.		Rör sig spontant endast vid kraftig stimulering som t.ex. när anhöriga kommer på besök.		Visar ingen spontanaktivitet, rör sig endast vid direkt uppmaning såsom tillsägelse att gå till matsal, säng osv. eller för att tillfredsställa elementära behov (t.ex. gå på toaletten).
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Personlig hygien</b>	Klarar att själv sköta sin personliga hygien.		Måste ha viss hjälp vid duschande och badande men klarar själv att t.ex. tvätta sig, kamma sig och borsta håret och tänderna.		Måste ha hjälp med all personlig hygien, men deltar själv aktivt.		Måste hjälpas helt med den personliga hygien, hjälper inte till själv.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kontroll av blåsa och tarm</b>	Kan kontrollera blåsa och tarm.		Misslyckas någon gång med vattenkastningen, men klarar sig för övrigt med påminnelse eller om han/hon blir snabbt hjälpt till toalett eller med bäcken.		Misslyckas med vattenkastningen flera gånger i veckan och/eller är faecesinkontinent ibland.		Ständigt urin- och/eller faecesinkontinent.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ofta förekommande demenssymptom

	0	1	2	3	4	5	6
<b>Förvirring</b>	Har förmåga att tänka klart och har normala kontakter med människorna i sin omgivning. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förefaller villrådig och sökande. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uppenbart förvirrad, intervjun är svår och tidsödande och svaren ofta inadekvata, men korta stunder av klarhet förekommer. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helt förvirrad, vilket gör meningsfull kommunikation omöjlig. <input type="checkbox"/>
<b>Irritabilitet</b>	Visar inga tecken på irritabilitet. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visar av och till tecken på irritabilitet, i synnerhet vid närgångna frågor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt som ej borde vara provocerande utlöser ofta irritabilitet som ej alltid kan bemästras. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	All kontakt utlöser kraftig irritabilitet som ej kan bemästras. <input type="checkbox"/>
<b>Ängslighet</b>	Visar ingen överdriven ängslighet. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av och till bekymrad, oroar sig i onödan för saker och ting men kan behärska sig. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ständigt överdrivet ängslig, oroar sig för bagateller men kan avledas. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Så påtagligt ängslig att han/hon ej kan utföra ändamålsenliga handlingar, oroar sig för bagateller; kan ej avledas. <input type="checkbox"/>
<b>Ängestkänslor</b>	Har varken psykiska eller kroppsliga tecken på ångest. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visar av och till tecken på vag psykisk olust, men tillståndet kan bemästras. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visar konstant tecken på diffus psykisk olust som kan stegras till panik, tillståndet avspeglar sig i kroppshållningen, vegetativa symptom som svettning och hjärtklappning kan förekomma; kan ej avledas. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visar tecken på kraftig diffus psykisk olust med långdragna panikattacker, känslor av skräck och/eller dödsångest förekommer, och kan ej bemästras. <input type="checkbox"/>
<b>Sänkt stämningsläge</b>	Neutralt stämningsläge. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förefaller av och till nedstämd och självförbrående, men stunder av ljusare stämningsläge dominerar. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Påfallande nedstämd, vilket märks både verbalt och i ansiktsuttryck och kroppshållning (känner sig t.ex. försummad av familj och vänner och klagar över värk, trötthet, sömnproblem m.m.). <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremt deprimerad, vilket gör honom/henne oförmögen att fungera i de allra flesta situationer. <input type="checkbox"/>
<b>Rastlöshet</b>	Ingen rastlöshet. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vissa tecken på rastlöshet, ändrar t.ex. ställning flera gånger under samtalet, har svårt att hålla händer och fötter stilla och plockar gärna med föremål. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förefaller påtagligt rastlös, kan t.ex. ej sitta stilla, gör ständiga ansatser att resa sig under samtalet, vrider händerna eller plockar intensivt med närliggande föremål. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vandrar nästan konstant av och an och kan ej förmås att sitta stilla ens en kortare stund. <input type="checkbox"/>

# Bilaga 4

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 1 av 12)

Kryssa i om ingen  
utvärdering gjordes

Utvärderingsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

day month year

### A. Vanföreställningar

Är patienten övertygad om saker som du vet inte är sanna? T.ex. är han/hon övertygad om att andra försöker skada honom/henne eller stjäla från honom/henne. Har han/hon sagt att familjemedlemmar inte är de som de ger sig ut för att vara eller att deras hem inte är deras hem? Jag frågar här inte efter bara misstankar, utan jag är intresserad av om patienten är övertygad om dessa saker.

NEJ (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) JA (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

E/T

NEJ JA

- |   | NEJ                      | JA                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tror patienten att han/hon är i fara - att andra planerar att skada honom/henne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tror patienten att andra stjälar från honom/henne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tror patienten att hans/hennes maka/make är otrogen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tror patienten att ovälkomna gäster bor i hans/hennes hem?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tror patienten att hans/hennes make/maka eller andra inte är de som de ger sig ut för att vara?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tror patienten att hans/hennes hem inte är hans/hennes hem?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tror patienten att familjemedlemmarna planerar att överge honom/henne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tror patienten att figurer på tv eller i tidningar faktiskt finns i hemmet? (Försöker han/hon att tala eller kommunicera med dem?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tror han/hon andra ovanliga saker som jag inte har frågat dig om?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av vanföreställningen.

Frekvens:

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - en eller flera gånger om dagen

Allvarlighetsgrad:

1. Lindrig - vanföreställningar förekommer men är harmlösa och verkar inte orsaka patienten något obehag
2. Måttlig - vanföreställningarna är obehagliga och splitrande
3. Svår - vanföreställningarna är mycket uppslitande och utgör främsta orsaken till beteendestörningen. (Om vid behovs medicinering ordinerats betyder det att vanföreställningarna är uttalat allvarliga.)

© Jeffrey L. Cummings 1994. UCLA Alzheimer's Disease Center

npi.01

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 2 av 12)

### B. Hallucinationer

Har patienten hallucinationer såsom syner eller röster? Verkar han/hon se, höra eller uppleva saker som inte finns? Med denna fråga menar vi inte bara misstag såsom att påstå att någon som är död fortfarande lever; utan vi menar om patienten verkligen har onormala ljud- eller synupplevelser.

**NEJ** (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) **JA** (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna) **E/T**

	NEJ	JA
1. Beskriver patienten att han/hon hör röster eller agerar såsom han/hon hör röster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Talar patienten med människor som inte finns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beskriver patienten saker som ingen annan ser eller uppför sig han/hon som om han/hon ser saker som inte andra gör (människor, djur, ljus etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Säger patienten att han/hon känner lukter som ingen annan gör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Säger patienten att han/hon känner saker på sin hud eller uppför sig patienten såsom han/hon känner saker som kryper på eller rör vid honom/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beskriver patienten smaker som det inte finns något underlag för?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beskriver patienten några andra ovanliga sensoriska upplevelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av hallucinationen.

**Frekvens:**

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - en eller flera gånger om dagen

**Allvarlighetsgrad:**

1. Lindrig - hallucinationer förekommer men är harmlösa och verkar inte orsaka patienten något obehag
2. Måttlig - hallucinationerna är obehagliga och uppslitande för patienten
3. Svår - hallucinationerna är mycket uppslitande och utgör främsta orsaken till beteendestörningen. Vid behovs-medicinering kan krävs för att kontrollera dem



## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 3 av 12)

### C. Agitation/Aggression

Har patienten perioder då han/hon vägrar att samarbeta eller inte låter andra hjälpa honom/henne?  
Är han/hon svår att hantera?

NEJ (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) JA (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

E/T

	NEJ	JA
1. Blir patienten upprörd när man försöker ta hand om honom/henne eller gör han/hon motstånd vid badning eller klädbyte etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är patienten envis och vill göra saker på sitt sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Är patienten ovillig att samarbeta och motsätter sig hjälp från andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uppför sig patienten på andra sätt som gör det svårt att hantera honom/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Skriker och svär patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Slänger patienten igen dörrar, sparkar på möbler eller kastar saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Försöker patienten skada eller slå andra människor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har patienten några andra aggressiva beteendemönster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av agitationen.

**Frekvens:**

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - en eller flera gånger om dagen

**Allvarlighetsgrad:**

1. Lindrig – splittrat beteendet men kan kontrolleras med avledning eller lugnande tal
2. Måttlig – splittrat beteendet som är svårt att avleda eller kontrollera
3. Svår - agitationen är mycket uppslitande och är en huvudorsak till svårigheterna; det kan vara hot om personlig skada. Medicinering krävs ofta

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 4 av 12)

### D. Depression/Dysfori

Verkar patienten ledsen eller deprimerad? Säger han/hon att han/hon känner sig ledsen eller deprimerad?

NEJ (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) JA (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

E/T

	NEJ	JA
1. Har patienten perioder då han/hon är gråtfärdig eller snyftar, vilket verkar indikera nedstämdhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Agerar patienten som om han/hon är ledsen eller nedstämd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kritiserar patienten sig själv eller säger att han/hon känner sig misslyckad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Säger patienten att han/hon är en dålig person eller att han/hon förtjänar att straffas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verkar patienten mycket negativ eller säger att han/hon inte har någon framtid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Säger patienten att han/hon är en börda för familjen eller att familjen skulle klara sig bättre utan honom/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Uttrycker patienten en dödsönskan eller talar han/hon om att begå självmord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Visar patienten några andra tecken på depression eller nedstämdhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av depressionen.

#### Frekvens:

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent – i princip hela tiden

#### Allvarlighetsgrad:

1. Lindrig - depressionen är nedslående men kan vanligtvis kontrolleras med avledning eller lugnande tal
2. Måttlig - depressionen är nedslående, patienten klagar spontant över symtomen och är svåra att avhjälpa.
3. Svår - depressionen är mycket nedslående och en huvudorsak till patientens lidande

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 5 av 12)

### E. Ängest

Är patienten mycket nervös, oroad eller rädd utan något verkligt skäl? Verkar han/hon mycket spänd eller otålig? Är patienten rädd för att vara borta från dig?

NEJ (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) JA (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

E/T

	NEJ	JA
1. Säger patienten att han/hon är orolig för planerade händelser/evenemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har patienten perioder då han/hon känner sig skakig, inte kan slappna av eller är mycket spänd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har patienten perioder av (eller klagar över) andningssvårigheter, flämtar/kippar efter luft eller suckar utan något verkligt skäl annat än nervositet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Klagar patienten över fjärlar i magen eller att hjärtat slår fort eller hårt i samband med nervositet? (Symptom som inte kan förklaras av dålig hälsa).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Undviker patienten vissa platser eller situationer som gör honom/henne mera nervös såsom bilfärder, träffa vänner eller vara i folkvimmel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blir patienten nervös eller upprörd när han/hon är separerad från dig (eller sin vårdgivare)? (Klänger sig patienten fast vid dig för att hindra en separation?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Visar patienten några andra tecken på ångest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av ångesten.

#### Frekvens:

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - en eller flera gånger om dagen

#### Allvarlighetsgrad:

1. Lindrig - ångesten är störande men kan vanligtvis kontrolleras med avledning eller lugnande tal
2. Måttlig - ångesten är störande, patienten klagar spontant över symtomen som är svåra att avhjälpa
3. Svår - ångesten är mycket svår och en huvudorsak till patientens lidande

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 6 av 12)

### F. Upprymdhet/Eufori

Verkar patienten alltför upprymd eller alltför glad utan anledning? Jag menar inte vanlig upprymdhet när man träffar vänner, får presenter eller är tillsammans med familjen. Jag frågar om patienten har ett ihållande och onormalt gott humör eller ser humor i saker som andra inte gör.

NEJ (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) JA (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

E/T

	NEJ	JA
1. Verkar patienten må alltför bra eller verkar han/hon alltför glad och olik sitt vanliga jag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ser patienten humor i saker (och skrattar åt dem) som andra inte tycker är roliga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Verkar patienten ha en barnslig känsla av humor med en tendens att fnittra eller skratta på olämpliga ställen (såsom när något hemskt händer andra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Berättar patienten skämt eller gör anmärkningar som andra inte tycker är roliga men som han/hon anser vara roliga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hittar han/hon på barnsliga knep såsom att nypas eller leka kurrögömma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pratar patienten "stort" eller påstår sig ha förmågor eller förmögenheter som inte är sant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Visar patienten andra tecken på att må alltför bra eller vara alltför glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av upprymdheten.

#### Frekvens:

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - i princip hela tiden

#### Allvarlighetsgrad:

1. Lindrig - vänner och familj lägger märke till upprymdheten men den är inte störande
2. Måttlig - upprymdheten är märkbart onormal
3. Svår - upprymdheten är mycket uttalad; patienten är euforisk och tycker att nästan allting är roligt

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 7 av 12)

### G. Apati/Likgiltighet

Har patienten förlorat intresset för världen omkring honom/henne? Har han/hon förlorat intresset för att göra saker eller saknas motivation för att starta nya aktiviteter? Är det svårt att hålla en konversation med honom/henne eller att få honom/henne att göra något? Är patienten apatisk eller likgiltig?

NEJ (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga)	JA (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)	E/T
	NEJ	JA
1. Verkar patienten vara mindre spontan eller mindre aktiv än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Är det mindre troligt att patienten startar en konversation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Visar patienten mindre värme eller saknar han/hon känslor jämfört med sitt vanliga jag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hjälper patienten till mindre med hushållsgöromål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verkar patienten mindre intresserad av aktiviteter och planer än andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har patienten förlorat intresset för vänner och familj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Är patienten mindre entusiastisk när det gäller sina vanliga intressen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Visar patienten några andra tecken på att han/hon inte bryr sig om att göra nya saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av apatin/likgiltigheten.

#### Frekvens:

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - i princip hela tiden

#### Allvarlighetsgrad:

1. Lindrig - apati är märkbar men påverkar mycket lite de dagliga rutinerna; avviker endast lätt från patientens vanliga beteende; patienten reagerar på förslag om att delta i aktiviteter
2. Måttlig - apati är uppenbar; kan avledas genom vårdgivarens uppmuntran och lirikande; patienten reagerar spontant endast på kraftiga stimuli såsom t.ex. besök av nära släktingar eller familjemedlemmar
3. Svår - apatin är uppenbar och kan inte avledas vare sig genom uppmuntran eller yttre händelser

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 8 av 12)

### H. Disinhibition

Verkar patienten agera impulsivt utan att tänka? Gör han/hon saker eller säger han/hon saker som man vanligtvis inte gör/säger bland folk? Gör han/hon saker som generar dig eller andra?

**NEJ** (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) **JA** (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

**E/T**

	NEJ	JA
1. Agerar patienten impulsivt utan någon tanke på konsekvenserna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Talar patienten med främlingar som om han/hon kände dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Säger patienten saker till andra som är okänsliga eller som sårar deras känslor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Säger patienten grova saker eller gör sexuella anmärkningar som han/hon vanligtvis inte skulle ha sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pratar patienten öppet om mycket personliga eller privata saker som man vanligtvis inte diskuterar bland folk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tar patienten friheter, rör vid eller kramar andra på ett sätt som han/hon inte vanligtvis gör?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Visar patienten några andra tecken på brist på kontroll av sina impulser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av disinhibitionen.

**Frekvens:**

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - i princip hela tiden

**Allvarlighetsgrad:**

1. Lindrig - disinhibitionen är märkbar men svarar på avledning och tillrättavisning
2. Måttlig - disinhibitionen är uppenbar och svår att handskas med för vårdgivaren
3. Svår - disinhibitionen svarar vanligtvis inte på några åtgärder från vårdgivarens sida och är orsak till skam och sociala svårigheter

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 9 av 12)

### I. Irritation/labilitet

Blir patienten lätt irriterad eller störd? Är hans/hennes humör mycket föränderligt? Är han/hon onormalt otålig? Vi menar inte frustrering över minnesförlust eller oförmågan att utföra en uppgift utan vi är intresserade av att få reda på om patienten har onormal irritation, otålighet eller snabbt växlande känslor jämfört med sitt vanliga jag?

NEJ (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) JA (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

E/T

	NEJ	JA
1. Har patienten dåligt humör, blir rasande över minsta lilla sak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Växlar patientens humör mycket snabbt, från att vara ok en minut och arg i nästa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blir patienten plötsligt arg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Är patienten otålig, har problem med att klara av förseningar eller att vänta på planerade aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Är patienten vresig och irriterad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Är patienten argumentativ och svår att komma överens med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Visar patienten några andra tecken på irritation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av irritationen/labiliteten.

#### Frekvens:

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - i princip hela tiden

#### Allvarlighetsgrad:

1. Lindrig - irritationen eller labiliteten är märkbar men svarar vanligtvis på avledning och uppmuntran
2. Måttlig - irritationen och labiliteten är uppenbara och svåra att handskas med för vårdgivaren
3. Svår - irritationen och labiliteten är uppenbara, och svarar vanligtvis inte på några åtgärder från vårdgivarens sida och är orsak till mycket lidande

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 10 av 12)

### J. Avvikande motoriskt beteende

Går patienten fram och tillbaka, gör saker om och om igen såsom att öppna skåp, dra ut lådor, plocka med saker eller vira snören/ trådar?

NEJ (Om svaret är nej, fortsätt med nästa screeningfråga) JA (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

E/T

	NEJ	JA
1. Går patienten fram och tillbaka i hemmet utan anledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Går patienten runt och öppnar och tar ut sakerna ur lådor eller skåp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tar patienten av och på sig kläder om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har patienten upprepande aktiviteter eller "vanor" som han/hon gör om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Upprepar patienten beteenden såsom knäpper upp och knäpper igen, plockar med saker, virar snören etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Plockar patienten överdrivet, verkar inte kunna sitta stilla, stampar med foten eller knackar med fingrarna mycket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Upprepar patienten några andra aktiviteter om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av den avvikande motoriska uppträdandet.

#### Frekvens:

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - i princip hela tiden

#### Allvarlighetsgrad:

1. Lindrig - onormal motorisk aktivitet är märkbar men påverkar i låg grad de dagliga rutinerna
2. Måttlig - onormal motorisk aktivitet är uppenbar; vårdgivaren kan vanligtvis hjälpa patienten hantera detta
3. Svår - onormal motorisk aktivitet är uppenbar, och svarar vanligtvis inte på vårdgivarens hjälp, och är en huvudorsak till lidande



## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 11 av 12)

### K. Sömn

Har patienten svårigheter att sova (räkna inte med om patienten måste gå upp en eller två gånger på natten för att gå på toaletten och sedan somnar om direkt)? Är han/hon uppe på natten? Vandrar han/hon omkring på natten, klär på sig eller stör din sömn?

	E/T	
	NEJ	JA
1. Har patienten svårt att somna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Går patienten upp på natten (räkna inte med om patienten måste gå upp en eller två gånger på natten för att gå på toaletten och sedan somnar om direkt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vandrar patienten omkring, går fram och tillbaka eller blir involverad i olämpliga aktiviteter på natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Väcker patienten dig på natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vaknar patienten på natten, klär på sig, planerar att gå ut, tror att det är morgon och en ny dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vaknar patienten för tidigt på morgonen (tidigare än vad han/hon vanligtvis gör)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sover patienten överdrivet mycket på dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Visar patienten några andra beteenden nattetid som bekymrar dig och som vi inte har talat om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av det nattliga beteendet.

**Frekvens:**

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - en eller fler gånger per dag (varje natt)

**Allvarlighetsgrad:**

1. Lindrig - nattliga beteenden förekommer men är inte speciellt störande
2. Måttlig - nattliga beteenden förekommer och stör patienten och vårdgivarens sömn; mer än ett beteende nattetid kan förekomma
3. Svår - nattliga beteenden förekommer, flera typer av beteenden nattetid kan förekomma; patienten lider mycket under natten och vårdgivarens sömn är mycket störd

## Neuropsychiatric Inventory (NPI) (sidan 12 av 12)

### L. Aptit och ätstörningar

Har han/hon upplevt några förändringar i aptit, vikt eller matvanor (räkna som E/T om patienten är handikappad och måste matas)? Har någon förändring skett när det gäller vilken slags mat han/hon föredrar?

**NEJ** (Om svaret är nej, avsluta testet)

**JA** (Om svaret är ja, fortsätt med delfrågorna)

**E/T**

	E/T	
	NEJ	JA
1. Har han/hon förlorat aptiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har han/hon fått ökad aptit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har han/hon gått ner i vikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har han/hon gått upp i vikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har förändringar skett i hans/hennes matvanor såsom att stoppa in för mycket mat i munnen på en gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har förändringar skett när det gäller vilken slags mat han/hon tycker om t.ex. mycket sötsaker eller någon annan slags mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har han/hon utvecklat matvanor såsom att äta exakt samma slags mat varje dag eller äta maten i exakt samma ordning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har några andra förändringar när det gäller aptit eller matvanor skett som jag inte har frågat dig om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om en fråga har blivit bekräftad, fastställ frekvensen och allvarlighetsgraden av förändringarna i matvanor eller aptit.

**Frekvens:**

1. Ibland - mindre än en gång i veckan
2. Ofta - ungefär en gång i veckan
3. Frekvent - flera gånger i veckan men mindre än varje dag
4. Mycket frekvent - en eller flera gånger per dag eller i princip hela tiden

**Allvarlighetsgrad:**

1. Lindrig - förändringar i aptit eller matvanor har skett, men har inte lett till förändringar i vikt och är inte störande
2. Måttlig - förändringar i aptit eller matvanor har skett och orsakar mindre viktförändringar
3. Svår - tydliga förändringar i aptit eller matvanor har skett och orsakar viktförändringar, är generande eller på annat sätt störande för patienten

Bedömarens initialer: \_\_\_\_\_

© Jeffrey L. Cummings 1994. UCLA Alzheimer's Disease Center

npi.12



”Patienten kommer från sitt boende på grund av att han har varit aggressiv och hotfull. Det har varit problem med att hålla rent i rummet. Patienten samlar på sig andras tillhörigheter och mat och blir arg om man tar det ifrån honom. Han tar av sig blöjan och kissar på golvet och vill inte duscha. Han blir arg då någon ska hjälpa honom med den personliga hygien. Han har nedsatt hörsel vilket gör att det är svårt att kommunicera med honom om inte hörapparaten sitter i ordentligt. Kroppsligen är han frisk.”

Personalen på avdelning 608 på Högsbo sjukhus möter dagligen patienter med liknande problem. Deras uppgift är att utreda och behandla patienter med svåra beteendeproblem. Patienterna återvänder i de flesta fall till det kommunala äldreboendet.

För att förbättra överföringen av information kring patienterna mellan de olika vårdgivarna, har det så kallade HAW-schemat utvecklats på avdelningen. Pilotstudien som ligger bakom denna rapport hade som huvudsyfte att följa patienter vid utskrivning från avdelningen till kommunens boende med utgångspunkt från HAW-schemat.

Rapporten beskriver hur HAW-schemat kan förbättra omvårdnaden för patienterna och vad kommunens personal tycker om att använda det som verktyg i arbetet.

Den innehåller också en mycket användbar beskrivning av de vanligaste demenssjukdomarna, deras orsaker, konsekvenser och krav på omvårdnad.

Jenny Wiman är sjuksköterska på Högsbo sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Magnus Sjögren är docent och var tidigare överläkare på samma sjukhus.



**Fou**<sub>i</sub>**väst** GR

**FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET**

**Besök** Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 35

**Fax** 031-335 51 17 • **e-post** fou@gr.to • **www.fouivast.com**