



Malmö stad

Särskilda team i hemtjänsten – Bättre än vanlig hemtjänst?



*Elizabeth Åhsberg
Bengt Ingvad
Sölve Elmståhl
Anita Ohlsson*

Rapport 2003 :5
ISSN 1650-9765
ISBN 91-974560-4-7

Förord

För att förbättra vården av personer med demens i det ordinära boendet har personal inom hemtjänsten i stadsdelen Västra Innerstaden i Malmö utbildats för att kunna arbeta i ett särskilt team. Denna rapport beskriver dels försöksverksamheten, dels den utvärdering som gjorts avseende betydelsen av att ett särskilt team svarar för omvårdnaden.

Undersökningen har initierats av vård- och omsorgschefen i Västra Innerstadens stadsdelsförvaltning. Planeringen av undersökningen har gjorts av Bengt Ingvad, Fil.Dr. vid Socialhögskolan i Lund, och Sölve Elmståhl, professor på Samhällsmedicinska institutionen vid Lunds Universitet och verksamhetschef för Geriatriskt Utvecklingscentrum på Universitetssjukhuset MAS. Datainsamlingen har genomförts av Anita Ohlsson, demenssjuksköterska i Västra Innerstaden. Rapporten har sammanställts av Elizabeth Åhsberg, Fil.Dr. och koordinator på Malmö FoU-enhet för äldre, i samråd med Bengt Ingvad, Sölve Elmståhl och Anita Ohlsson.

Efter projektets utvärdering fattades beslut om att demensteamet skulle permanentas i stadsdelen. Arbetssättet kommer dessutom att utvidgas till fler hemtjänstgrupper. Vi hoppas att rapporten ska ge ökade insikter i hur omvårdnaden för dementa personer utformas på bästa sätt.

Ett stort tack riktas till er alla som bidragit till undersökningen och genomförandet av denna rapport.

Malmö i juli 2003

Eva Lundberg
Chef för FoU-enheten

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	5
ENGLISH SUMMARY	6
INTRODUKTION	7
SYFTE	8
METOD	9
DEMENSTEAM	9
DELTAGARE	10
MÄTNING	10
DATABEARBETNING	10
RESULTAT	12
SYMPTOM PÅ DEMENS	12
VÅRDNIVÅ	14
ANHÖRIGA OCH PERSONAL	15
DISKUSSION	17
BEGRÄNSNINGAR I STUDIEN	18
SLUTSATS	18
REFERENSER	19

Sammanfattning

Åhsberg, E., Ingvad, B., Elmståhl, S. & Ohlsson, A. (2003) Särskilda team i hemtjänsten för demenssjuka – Bättre än vanlig hemtjänst? FoU-rapport 2003:5, Malmö FoU-enhet för äldre.

Antalet äldre i Sveriges befolkning ökar successivt och därmed även antalet personer med demenssjukdom. För att förbättra vården av personer med demens i det ordinära boendet har personal inom hemtjänsten i Västra Innerstaden (Malmö) utbildats för att kunna arbeta i ett särskilt team. Syftet med rapporten var dels att beskriva denna försöksverksamhet, dels att utvärdera vad demensteam kan ha för betydelse för dementa vårdtagare, med avseende på symptom och vårdnivå, och deras anhöriga.

Teamet bestod av tio vårdbiträden och undersköterskor som fått utbildning, handledning, ansvar för färre vårdtagare, mer tid till både vårdtagare och deras anhöriga, samt möjlighet att själva planera sitt arbetsschema. Femtio vårdtagare med diagnostiserad demenssjukdom deltog initialt, varav hälften utgjorde en kontrollgrupp som vårdades av ordinarie hemtjänstpersonal. De övriga 25 (fallen) vårdades av demensteamet. Tre personer avled och 15 personer flyttade till särskilt boende under mätperioden. Det innebär att 32 vårdtagare deltog vid två mättillfällen, först en eller två veckor efter det att vårdtagarna valts ut, därefter ca ett år senare. Graden av demens bedömdes med hjälp av GBS-skalan och Minimal Mental Test.

Resultatet visade att båda vårdtagargrupperna försämrades motoriskt under mätperioden, medan vårdtagarna i kontrollgruppen även försämrades emotionellt. De senare blev även något mer ängsliga under mätperioden. Tio vårdtagare som vårdats av ordinarie hemtjänst flyttade från den egna bostaden till särskilt boende, medan fem vårdtagare som vårdats av demensteam flyttade på samma sätt. Inga andra skillnader kunde påvisas, vare sig mellan de två mättillfällena eller mellan de två grupperna av vårdtagare med demens.

Slutsats: Denna pilotundersökning har visat att det varit möjligt att införa ett så kallat demensteam i en ändrad arbetsorganisation som ett stöd till vårdtagare med demens. Då undersökningen pågick i ett år var det även möjligt att följa vårdtagarnas symptom. En högre grad av ängslighet noterades efter ett år bland vårdtagare utan stöd, jämfört med vårdtagare som vårdats av ett demensteam. Resultaten väcker frågan om kvarboende påverkas av vård av ett demensteam och hur de närståendes situation påverkas. En mer omfattande och kontrollerad studie behövs för att svara på dessa frågor och för att studera vilka mer långsiktiga effekter för vårdtagaren som blir följderna av ett demensteam.

English summary

Åhsberg, E., Ingvad, B., Elmståhl, S. & Ohlsson, A. (2003) Special teams in municipal home-care services for patients with dementia – Better than ordinary home-care? Report 2003:5, Malmö Research and Development unit.

The number of elderly people is increasing in Sweden. Thus, the number of patients with dementia also increases. In order to improve the care of these patients in their own homes, municipal home-care personnel have been trained to work in a specialized team. The purposes of this study were (a) to describe this team, (b) to study the consequences of the new organisation for patients with dementia in terms of symptoms and need of care, as well as for their relatives.

The team comprised ten home-care workers receiving special education and guidance. They were responsible for fewer patients than in conventional home-care, had more time to patients and relatives, and were given wider opportunities to set up their work schedule. Fifty patients diagnosed with dementia participated in the study, 25 of which formed a control group receiving conventional home-care. The other 25 patients received care from the team. Three patients died and 15 patients moved to a nursing home during the time of the study. Thus, 32 patients participated at two measurements occasions, the first one within two weeks after the recruitment, and the second after about a year. Dementia level was assessed by the GBS-scale and the Minimal Mental Test.

The results indicated that motor symptoms deteriorated during the year of study in both patient groups, while emotional symptoms worsened only in the control group. The control group appeared also to become more anxious. Ten patients in the control group moved to a nursing home, as compared to five patients receiving team care. No other differences were found, neither between the two groups nor between the two measurement occasions.

Conclusion: This pilot study demonstrated that teamwork can be introduced in municipal home-care for patients with dementia. Anxiety level increased less during the year of study among patients receiving care from the team than among patients receiving conventional home-care. The study raises several questions that can be answered only by further research: Will team care influence the possibilities of patients to remain in their own home? How will relatives respond to team care? What are the long-term effects of care from a special team?

Introduktion

I Sverige har vården och omsorgen förändrats under 1990-talet genom bland annat ändrat huvudmannaskap och nya organisationsformer. Reformeringen av äldre- och handikappomsorgen, samt psykiatrin under 90-talet, har för kommunerna fört med sig ett ökat sjukvårdsansvar för de äldre och en utvidgning av omsorgstagargruppen med utvecklingsstörda och psykiskt sjuka (Olsson & Ingvad 2000). Antalet äldre personer i befolkningen har ökat. Åldersgruppen 80 år och äldre har t ex ökat med 17 % mellan åren 1990 och 1998. Äldre med stora omsorgsbehov vårdas inte längre i samma utsträckning på sjukhus, till följd av en minskning av antalet vårdplatser inom den slutna sjukvården under 90-talet. Den genomsnittliga vårdtiden inom geriatriken och andra specialiteter där äldre vårdas för akuta sjukdomar har också minskat. Samtidigt har den sammanlagda personalstyrka som arbetar med äldres sjukvård och omsorg minskat. Det totala antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt äldre- och handikappomsorgen minskade med 15 % från 1990 till 1998 (Szebehely 2000).

Minskningen av personalen inom framförallt sjukvården, samt ökningen av antalet äldre personer i befolkningen, har skapat ett ökat tryck både på den kommunala äldreomsorgen och på anhöriga. Det ökade omsorgsbehovet har inte lett till motsvarande öknningar av personalresurser eller ekonomiska medel inom kommunernas äldreomsorg. Äldre med stora omsorgsbehov använder idag en större andel av äldreomsorgens resurser än tidigare, vilket innebär att hemtjänstens insatser har kommit att koncentreras på en mindre och mer hjälpbehövande grupp av äldre. En ökande andel äldre som har behov av hjälp med hushållssysslor ställs utan hemtjänst. Tendenserna under 1990-talet har gått i riktning mot att man måste vara sjukare för att få hemtjänst, insatserna har förskjutits mot mer omsorg/omvårdnad på bekostnad av de husliga och sociala tjänsterna, och kraven på att anhöriga ska hjälpa till har skärpts (Szebehely 2000).

Idag finns ca 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige och antalet demenstillstånd ökar med stigande ålder, vilket innebär att antalet demenssjuka sannolikt kommer att öka i framtiden. Ca 70 % av dem som drabbas av demens vårdas av en eller flera anhöriga (Almberg & Jansson 2002). För många anhöriga är det både stimulerande och känslomässigt värdefullt att kunna hjälpa sina sjuka närstående. Många anhöriga orkar dock inte bära hela ansvaret för vården utan känner sig tvungna att dela ansvaret med någon. Anhöriga som vårdar närstående har behov av avlösning i hemmet (Stoltz et al 2001), både för kortare och längre perioder. Utöver individuella insatser finns det behov hos

många anhöriga av handledning i grupp, mer information om demenssjukdomar och information om vad kommunen kan hjälpa till med.

Ett flertal svårigheter har i olika sammanhang påtalats när det gäller vård och omsorg av personer med demens i hemmet. Bland annat är det svårt att upprätthålla en god kontinuitet avseende vilken personal som träffar både vårdtagare och deras anhöriga. Beviljat bistånd står inte alltid i relation till vårdtagarens behov av tillsyn, hjälp och vård. Personalen har ofta otillräcklig kunskap om demenssjukdomar och demenssjukvård. Både den fysiska och psykiska belastningen för anhöriga är ofta hög. Kunskapen om demenssjukdomar är ändå större idag än för bara 10-15 år sedan. Sjuksköterskor har fått demenssjukdomar som en ny specialistfunktion, skönlitterära beskrivningar om demens har publicerats och massmedia har uppmärksammat demenssjukdomar på ett annat sätt än tidigare (Sjöbeck 2002).

Så kallade demensteam i skilda former har startats på olika håll i landet, men de enda exempel som är kända där man arbetar med team inom hemtjänsten är i Ulricehamn och Gävle (Wistberg 1999). Målen med att arbeta i team är att ge vårdtagare med demens som bor i ordinärt boende en god och säker omvårdnad, ökad trygghet och ökade förutsättningar för att bo kvar i det egna hemmet. Demensförbundet har lagt fram ett handlingsprogram för vård och omsorg av personer med demens. Det centrala i programmet är att man arbetar med uppsökande verksamhet, försöker sätta en tidig diagnos för personer med misstänkt demens, ger stöd och hjälp i hemmet, dagvård till dem som behöver det, samt avlösning för anhöriga.

Syfte

Mot bakgrund av ovanstående förhållanden, och Socialstyrelsens satsning ”Anhörig 300” (Socialstyrelsen 2002), tog ledningen för Vård- och Omsorg i Malmö Stadsdelsförvaltning Västra Innerstaden initiativ till att upprätta en försöksverksamhet med demensteam inom hemtjänsten. Syftet med studien var dels att beskriva denna försöksverksamhet, dels att utvärdera vad demensteam kan ha för betydelse för dementa vårdtagare, med avseende på symptom och vårdnivå, och deras anhöriga.

Metod

Undersökningen har planerats med hjälp av en referensgrupp, i samarbete med Malmö FoU-enhet för äldre. Datainsamlingen, som skedde vid två mättillfällen, har genomförts av en sjuksköterska med specialistutbildning i demensvård. Den första mätningen utfördes en eller två veckor efter det att vårdtagarna valts ut till att delta i undersökningen, den andra mätningen utfördes ca ett år senare. Datainsamlingen startade i juni 2001 och avslutades i oktober 2002.

Demensteam

Tio vårdbiträden och undersköterskor ingick i teamet, av dessa hade 8 rekryterats internt och två var nyanställda. Arbetsgruppen ersatte under dagtid den ordinarie hemtjänstpersonalen med ansvar för maximalt 25 vårdtagare, vilka hade en diagnostiserad demenssjukdom och bodde kvar i den egna bostaden. Teamet planerade sitt arbetsschema gemensamt, med en fastlagd årsarbetstid som grund. När det gäller tillfälliga vakanser löste arbetsgruppen det inom gruppen, vid två längre vakanser fick dock dessa bemannas av ordinarie hemtjänstpersonal vissa dagar.

Före projektets start deltog personalen i en särskild utbildning. Utbildningen gavs dels till samtliga anställda under en introduktionsdag, vilken omfattade föreläsningar om; demenssjukdomar, bemötande och kommunikation, liksom vardagens betydelse för en meningsfull tillvaro. Dels gavs ytterligare två veckors utbildning för demensteamet. Där gavs föreläsningar om demenssjukdomar och deras behandling, etik, kontakt med anhöriga, vård i livets slut, krishantering, problemlösning, samordning, beteendestörningar, samt omvårdnad i vardagen. Till teamet gavs dessutom utbildning om hur det är att arbeta som ett team, liksom tid för kontakt med vårdtagare och tidigare kontaktpersoner, samt en gemensam träff med anhöriga. Personalen i teamet fick under projekttiden fortlöpande handledning varannan vecka, liksom tid för reflektion över arbetet en gång per månad.

Teamet hade en ”inskrivningsgrupp”, vilket innebar att tid avsattes för att lära känna en ny vårdtagare. Dessutom gavs mer tid än i traditionellt hemtjänstarbete för vårdtagaren och till kontakter med de anhöriga.

Det vill säga, demensteamet skiljde sig från ordinarie hemtjänst på följande punkter:

- hälften så många vårdtagare (25 vårdtagare för 10 personal)
- schemat ger mer tid till vårdtagare och anhöriga
- utbildning i demenssjukvård
- fortlöpande handledning och tid för reflektion

- särskilt avsatt tid för nya vårdtagare
- möjlighet att själva planera sitt arbetsschema.

Deltagare

Femtio vårdtagare deltog initialt i undersökningen. Samtliga vårdtagare bodde i ordinärt boende och hade en demenssjukdom som diagnostiserats av läkare. Av dessa fick 25 vårdtagare vård av demensteamet (fallgrupp) och 25 vårdtagare vårdades av hemtjänsten utan särskild demenssjukvård (kontrollgrupp). Vid den andra mätningen kunde 18 vårdtagare inte delta på grund av att de flyttat till särskilt boende eller avlidit. Det innebär att det var 32 personer, varav 17 fall och 15 kontrollpersoner, som deltog vid båda mättillfällena.

Mätning

Det främsta mätinstrumentet var GBS-skalan 2 (Bråne 1997), som avser att mäta graden av demens. GBS-skalan är en observationsskala där bedömaren intervjuar vårdtagaren och observerar vårdtagarens beteende i intervjusituationen, samt fyller i GBS-formuläret. Bedömningen bygger på både verbal och icke-verbal information från vårdtagaren. Skalan omfattar tre delskalor som ska mäta intellektuella (tolv variabler), emotionella (tre variabler) och motoriska (sex variabler) funktioner. Dessutom skattas graden av sex vanliga symptom vid demenssjukdom. Dessa symptom var förvirring, irritabilitet, ångslighet, ångestkänslor, sänkt stämningsläge och rastlöshet.

Den kognitiva funktionsförmågan testades med hjälp av Minimal Mental Test (MMT) (Folstein et al 1975). MMT består av två delar där den ena delen avser att mäta orientering, minne och uppmärksamhet. Den andra delen prövar förmågan att namnge vardagliga objekt, följa muntliga och skriftliga instruktioner, liksom att rita av en geometrisk figur. Utöver bakgrundsvariabler som kön och ålder registrerades även vårdnivå, antal vårdtimmar från personal och anhöriga.

Mot slutet av undersökningstiden genomfördes även en mindre enkätstudie till fallens anhöriga och personalen i demensteamet. Frågor ställdes om deras erfarenheter av teamets arbete.

Databearbetning

Vid det andra mättillfället deltog 32 vårdtagare. För att jämförelser skulle bli rättvisande inkluderades endast de som deltagit vid båda mättillfällena i beräkningarna. Eftersom grupperna var små och data inte var normalfördelat så prövades skillnader med icke-parametriska test. Skillnader mellan mättillfällena prövades separat för de båda

vårdtagargrupperna (fall och kontroll) med hjälp av Wilcoxon's test. Skillnader mellan vårdtagargrupper prövades med hjälp av Mann-Whitneys test, samt χ^2 -test. För att i efterhand undersöka hur många personer som hade fördrats för att få statistiskt säkerställda skillnader mellan grupper genomfördes en post hoc power analys, med medelvärden och standardavvikelser som grund (Glass & Hopkins 1984).

Resultat

Flertalet av undersökningsdeltagarna, i båda vårdtagargrupperna, var änkor över 80 år som bodde ensamma (Tab. 1). Av de 50 vårdtagare som deltog initialt hade tre (fall) avlidit vid det andra mättillfället, medan 15 hade flyttat till särskilt boende. Av dessa 15 var fem fall och tio kontrollpersoner. Skillnaden mellan grupperna avseende kvarboende var dock inte statistiskt signifikant (χ^2).

Tabell 1. Beskrivning av undersökningsdeltagarna, 32 vårdtagare med demens i ordinärt boende, varav 17 med vård från demensteam (fall) och 15 med vård från hemtjänst (kontroll).

		Fall	Kontroll
<i>Alder</i>	medel (yngst-äldst)	85 (72-93)	84 (74-93)
<i>Kön</i>			
	Kvinna	15	13
	Man	2	2
<i>Civilstånd</i>			
	Ogift	2	1
	gift/sambo	0	1
	skild	2	0
	änka/änkling	13	13
<i>Boende</i>			
	ensam	17	14
	sambo	0	1
<i>Demenstyp</i>			
	Alzheimer	7	6
	Vaskulär demens	4	5
	Blanddemens	6	4
<i>Bortfall</i>			
	Flyttat	5	10
	Avlidit	3	0

Symptom på demens

Graden av demens var lindrig för båda grupperna, enligt värdena på GBS-skalan (Tab. 2). De vårdtagare som vårdats av ordinarie hemtjänstpersonal (kontroll) hade något mer uttalade funktionsnedsättningar, både när det gäller intellektuella och motoriska funktioner, än de vårdtagare som vårdats av personal i demensteamet (fall). Inga statistiska skillnader mellan grupperna kunde dock påvisas vid något av mättillfällena.

För kontrollgruppen fanns däremot en påvisbar försämring vid det andra mättillfället när det gällde de emotionella ($p < 0.05$) och motoriska

($p < 0.01$) funktionerna. För fallen fanns motsvarande försämring endast för de motoriska ($p < 0.01$) funktionerna (Tab. 2). Som exempel på förändringen av de motoriska funktionerna visar resultatet att vid det andra mättillfället var svårare för samtliga vårdtagare att klara av- och påklädning, liksom personlig hygien.

Den kognitiva förmågan förändrades endast marginellt, men i olika riktning för de båda grupperna. Medianvärdet för MMT sjönk med ett skalsteg för kontrollgruppen, medan samma värde steg med ett skalsteg för fallen. Dvs, kontrollgruppens kognitiva förmåga försämrades något, medan fallens förmåga förbättrades något (Tab. 2).

När det gäller de vanliga enskilda demenssymptomen bedömdes kontrollpersonerna vara något mer ängsliga vid det andra mättillfället ($p < 0.05$). Inga andra skillnader kunde påvisas statistiskt mellan mättillfällena för någon av vårdtagargrupperna (Tab. 2).

Elva vårdtagare (fem fall och 6 kontroll) deltog i dagvård under hela undersökningsperioden. Ingen skillnad i demenssymtom eller kognitiv förmåga kunde påvisas mellan de som fick dagvård och de som inte fick dagvård.

Tabell 2. Sammanfattande resultat (median, lägsta-högsta värde) av grad av demens (funktionsnedsättningar och symptom enligt GBS) och kognitiv förmåga (MMT), från första och andra mättillfället, samt skillnader mellan mättillfällena. $n = 17$ fall och 15 kontrollpersoner.

	Fall			Kontroll		
	Mätning 1	Mätning 2	Skillnad	Mätning 1	Mätning 2	Skillnad
<i>GBS Funktionsnedsättning</i>						
Intellektuell ^a	13 (5 - 41)	16 (6 - 57)	0 (-4 - 24)	20 (5 - 46)	26 (8 - 48)	2 (-3 - 15)
Emotionell ^b	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 3)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	0 (0 - 1)*
Motorisk ^c	7 (0 - 16)	8 (0 - 20)	1 (0 - 8)**	10 (1 - 36)	10 (1 - 36)	1 (0 - 2)**
<i>GBS Symptom^d</i>						
Förvirring	2 (0 - 3)	1 (1 - 6)	0 (-1 - 3)	2 (1 - 5)	2 (1 - 5)	0 (-2 - 1)
Irritabilitet	0 (0 - 3)	0 (0 - 3)	0 (-1 - 1)	1 (0 - 2)	1 (0 - 3)	0 (0 - 1)
Ängslighet	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0 (0)	1 (0 - 3)	2 (0 - 3)	0 (-2 - 2)*
Ängestkänslor	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0 (-1 - 1)	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0 (-1 - 1)
Sänkt stämningsläge	1 (0 - 1)	1 (0 - 2)	0 (-1 - 1)	1 (0 - 5)	1 (0 - 5)	0 (0 - 1)
Rastlöshet	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	0 (-2 - 1)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	0 (-1 - 1)
MMT ^e	22 (11 - 29)	23 (5-29)	1 (-6 - 3)	21 (2-24)	20 (3-27)	-1 (-9 - 4)

Skalstegen är; ^a=0-72, ^b=0-18, ^c=0-36, ^d=0-6 (ju högre värde desto större funktions- nedsättning och uttalade symptom). ^e =0-30 (ju lägre värde, desto sämre kognitiv förmåga).

*= $p < 0.05$, **= $p < 0.01$ mellan mättillfällena

Vårdnivå

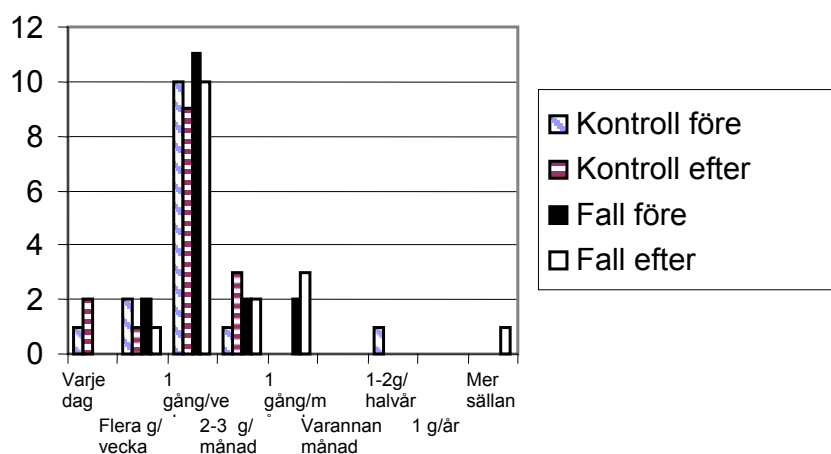
De vårdinsatser som vårdtagarna fick förändrades endast marginellt mellan de båda mättillfällena, för båda grupperna. Antalet vårdtimmar (av hemtjänstpersonal för kontrollgruppen och av demensteamet för fallen) ökade något mer för fallen än för kontrollgruppen (Tab. 3).

Resultatet visar att fallen fick något färre timmar hjälp av sina anhöriga vid båda mättillfällena, jämfört med kontrollpersonerna. Dessutom minskade antalet timmar hjälp något för fallens anhöriga, medan kontrollpersonernas anhöriga hjälpte vårdtagarna i lika många timmar vid båda mättillfällena. Några personer i fallgruppen fick även hemtjänst vid enstaka tillfällen på kvällar och nätter (Tab. 3). Samtliga vårdtagare hade anhöriga som besökte dem, vilket vanligen skedde en gång i veckan (Fig.1). Det var framförallt barn (75 %) som bidrog med mest hjälp till vårdtagarna. Ingen tydlig skillnad kunde urskiljas i besöksfrekvens mellan de båda mättillfällena för någon av vårdtagargrupperna. Samtliga vårdtagare hade regelbunden hjälp från någon anhörig vid undersökningens början, vid det andra mättillfället saknade en vårdtagare i vardera grupp regelbunden hjälp från anhörig.

Tabell 3. Beskrivning av vårdnivå, antal timmar vård från hemtjänst och demensteam per vecka, liksom antal timmar hjälp av anhörig per vecka, från första och andra mättillfället, n= 17 fall och 15 kontrollpersoner.

	Fall		Kontroll	
	Mätning 1	Mätning 2	Mätning 1	Mätning 2
<i>Vårdnivå</i> (antal vårdtagare/nivå)				
1	5	3	3	4
2	7	7	9	8
3	1	2	1	1
4	4	5	2	2
Hemtjänst, medel (lägsta-högsta)	1 (1)	0.3 (0-2)	7.7 (0-17)	8.6 (2-17)
Demensteam, medel (lägsta-högsta)	8.7 (4-14)	12.0 (4-20)	0	0
Anhörig, medel (lägsta-högsta)	4.8 (1-30)	3.9 (1-26)	6.1 (0-40)	6.1 (1-40)

Vårdnivå 1= hjälp med städning, mat, inköp, tvätt, 2= personlig hygien, 3= på- och avklädning, 4= födointag, toalettbesök, förflyttning, kontinens/inkontinens



Figur 1. Fördelning av antalet besök av anhöriga hos demenssjuka vårdtagare med vård från demensteam (fall) respektive ordinarie hemtjänst (kontroll). Mätningarna gjordes före respektive efter insatser från demensteamet. n= 17 fall och 15 kontrollpersoner.

Anhöriga och personal

I slutet av undersökningsperioden svarade anhöriga till vårdtagare som fått vård och omsorg av demensteamet (Tab. 4), samt personal i demensteamet (Tab. 5), på frågor om hur teamet hade fungerat. Sammantaget visar materialet på övervägande positiva erfarenheter hos både anhöriga och personal.

Tabell 4. Sammanfattning av svar på frågor om anhörigas syn på demensteamets arbete. Siffrorna anger antalet svar, svarande = 18 av 24.

	Positivt	Neutralt	Negativt	Inget svar
God omvårdnad	18	0	0	0
Ökad trygghet	18	0	0	0
Personalens bemötande	18	0	0	0
Personalens kunskap	16	1	0	1
Samarbete med kontaktperson	16	2	0	0
Övriga synpunkter	9	4	2	2

Exempel på kommentarer från anhöriga: *Vi uppskattar mycket att ha en person att vända oss till. Utan demensteamets insatser hade inte vår mor kunnat bo kvar hemma. Vi hoppas på en fortsättning av verksamheten. Jag kan inte lovorda det nog. Är inte helt klar över vem som är kontaktpersonen. Städningen tidvis eftersatt.*

Tabell 5. Sammanfattning av personalens syn på sitt eget arbete. Siffrorna anger antalet svar, n= 10.

	Ja	Nej	Inget svar
Årsarbetstid bra?	9	0	1
Möjlighet att ändra arbetstid pga vårdtagare?	9	0	1
Möjlighet att ändra arbetstid pga eget behov?	9	0	1
Problem med planering av schema?	3	6	1
Vore registrering av tid med en flexklocka bra?	5	2	2
Kontinuiteten tillfredsställande för vårdtagare/anhöriga?	9	0	1
Ökad trygghet för vårdtagare/anhöriga?	9	0	1
Ökad förutsättning för vårdtagares kvarboende?	9	0	1
Handledningen fungerat?	7	2	0
Handledningen bidragit till god omvårdnad?	9	0	1
Tillräcklig tid för handledning?	6	1	2
Tillräcklig egen planeringstid?	8	1	0
Tillräcklig gemensam planeringstid?	4	2	3
Kunskap om ”Värdegrunder i Malmö Stad”?	9	0	1
Kunskap om ”Förhållningssätt i demensteamet”?	9	0	1
Motsvarar arbetet ”Värdegrunder i Malmö Stad”?	9	0	1
Är du delaktig i teamets utveckling?	8	0	2
Samarbete med arbetsledaren bra?	9	0	1

Övriga kommentarer från personalen: Önskemål om; *fast schema, mer information om arbetstidsmodellen, förändrad flexram så att även kvällstid inkluderas, mer tid till vårdtagarna*. Dessutom en kommentar om att man *fått mycket oövertid*.

Diskussion

Båda vårdtagargrupperna hade något mer försämrade funktioner vid den andra mätningen, men försämringarna var mer uttalade för vårdtagarna som vårdats av ordinarie hemtjänstpersonal jämfört med dem som vårdats av demensteam. Närmare bestämt, enligt bedömningarna med GBS-skalan försämrades båda vårdtagargrupperna motoriskt, medan kontrollpersonerna även försämrades emotionellt. Vårdtagarna i kontrollgruppen blev även något mer ängsliga under mätperioden (Tab. 2).

Däremot kunde inga statistiska skillnader i funktionsnedsättningar mellan patientgrupperna påvisas vid något av måttillfällena. En möjlig förklaring till detta kan vara att grupperna var för små. En post hoc power analys visade att det fordrades upp till 250 patienter per grupp för att statistiskt kunna styrka en skillnad på tre skalsteg (med en power på 0.80 och ett p-värde på 0.05) i GBS-skalan.

När det gäller boendeform så flyttade tio vårdtagare som vårdats av ordinarie hemtjänst från den egna bostaden till särskilt boende, medan fem vårdtagare som vårdats av demensteam flyttade på samma sätt. D.v.s. att dubbelt så många kontrollpersoner, jämfört med fallen, blev så pass mycket sämre att de inte längre kunde vårdas i det egna hemmet. Det är osäkert om denna skillnad enbart kan tillskrivas vården från demensteamet, eftersom det är en komplicerande faktor att kontrollgruppen redan initialt hade något mer uttalade funktionsnedsättningar, även om nivån på demenssjukdomen inte skiljde sig statistiskt mellan grupperna. Det är också möjligt att man fått vänta länge på en plats i särskilt boende och att slumpen gjorde att denna skillnad mellan fall och kontrollgrupp uppstod under mätperioden. Det måste även betonas att denna skillnad inte var statistisk signifikant, vilket möjligen kan förklaras av att det inte var tillräckligt många deltagare i studien.

Även om demenssjukdomarna i viss mån fortskred förändrades vårdnivåerna endast marginellt under mätperioden för båda grupperna. Antalet vårdtimmar ökade däremot, mer för fallen än för kontrollgruppen. Det är möjligt att demensteamet redan från början av sin verksamhet bidrog till att fallen fick färre timmar hjälp av sina anhöriga, jämfört med kontrollpersonerna (Tab. 3). Kanske har den närmre kontakten mellan demensteam och anhöriga skapat ett förtroende mellan personal och anhöriga, vilket i sin tur kan ha gjort det möjligt för de anhöriga att överlåta en del av vården till personalen.

Både anhöriga och personal var övervägande positiva till demensteamet, även om ett fåtal negativa omdömen gavs (Tab. 4 och 5).

Begränsningar i studien

En begränsning i denna studie är att de som flyttat till särskilt boende inte bedömts med GBS-skalan eller MMT-testet. Det hade varit intressant att studera vid vilken grad av demens som personalen bedömer att vårdtagaren behöver flytta till särskilt boende.

Återigen, med större grupper hade det varit möjligt att statistiskt pröva om det fanns fler skillnader mellan de båda vårdtagargrupperna.

Slutsats

Denna pilotundersökning har visat att det varit möjligt att införa ett så kallat demensteam i en ändrad arbetsorganisation som ett stöd till vårdtagare med demens. Då undersökningen pågick i ett år var det även möjligt att följa vårdtagarnas symtom. En högre grad av ängslighet noterades efter ett år bland vårdtagare utan stöd, jämfört med vårdtagare som vårdades av ett demensteam. Resultaten väcker frågan om kvarboende påverkas av vård från ett demensteam och hur de närståendes situation påverkas. En mer omfattande och kontrollerad studie behövs för att svara på dessa frågor och för att studera vilka mer långsiktiga effekter för vårdtagaren som blir följden av ett demensteam.

Referenser

- Almberg B, Jansson W. 2002. Att vara anhörig till en person med demenssjukdom. Ur *Att möta personer med demens*, Red. A Edberg, pp. 61-81. Lund: Studentlitteratur
- Bråne G. 1997. *Att bedöma demens med GBS-skalan*. Borås: Natur och Kultur
- Folstein M, Folstein S, McHugh P. 1975. "Minimal-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189-98
- Glass G, Hopkins K. 1984. *Statistical methods in education and psychology*. Boston: Allyn and Bacon
- Olsson E, Ingvad B. 2000. *Köp, sälj och platta till! Organisationsförändringar, arbetsmiljö och omsorgskvalitet i hemtjänsten under 1990-talet*. Rep. 2000:7, Socialhögskolan, Lunds universitet
- Sjöbeck B. 2002. Demenssjuksköterskans ansvarsområde. Ur *Att möta personer med demens*, Red. A Edberg, pp. 166-80. Lund: Studentlitteratur
- Socialstyrelsen. 2002. *Anhörig 300 - Slutrapport*. Rep. 2002-124-15, Stockholm
- Stoltz P, Nilsson R, Willman A. 2001. *Anhörigas behov av stöd när de vårdar en äldre närstående i hemmet. En systematisk litteraturstudie*. Rep. 2001:7, Malmö FoU-enhet för äldre, Malmö
- Szebehely M. 2000. *Äldreomsorg i förändring - knappare resurser och nya organisationsformer*. Rep. SOU 2000:38
- Wistberg U-L. 1999. *Rätt stöd ger kvalitet och lönar sig*, Demensförbundet, Stockholm

Tidigare rapporter:

Sjukvård och omsorg under sista levnadsåret - en registerstudie av utvecklingen i Malmö under 1990-talet, *Östman, O. & Elmståhl, S. (2001:2)*

Om samverkan kring äldre malmöbor vid livets slut, *Ekvall, G. (2001:3)*

Äldres smärta och ångest vid livets slut, *Hanner, S. (2001:4)*

Beslut och rutiner för palliativ vård, *Gladoic Kostevski, D. (2001:5)*

Vården kring äldre människor i livets slut – uppfattningar hos personal i en stadsdel i Malmö, *Guedj, G. (2001:6)*

Anhörigas behov av stöd när de vårdar en äldre närstående i hemmet, *Stoltz, P., Nilsson, R. & Willman, A (2001:7)*

Tydlighet i biståndsbeslut. En granskning av beslut om hjälp i hemmet för äldre i Malmö, *Halonen, J. (2003:1)*

Äldre malmöbors upplevelse av vårdkedjan – från slutenvård till vård- och omsorg i hemmet, *Ekvall, G. (2003:2)*

Rutiner vid medicinska behovsbedömningar. Kartläggning av distrikts-sjuksköterskornas erfarenheter i Malmö stads hemsjukvård, *Wallenstein Axelsson, M. (2003:3)*

Kulturanpassad vård i livets slutskede, *Gebbru, K. (2003:4)*

Särskilda team i hemtjänsten för demenssjuka – Bättre än vanlig hemtjänst?, *Åhsberg, E., Ingvad, B., Elmståhl, S., Ohlsson, A. (2003:5)*



Malmö stad

Rapporter från Malmö FoU-enhet för äldre kan beställas via

e-post: fou@malmo.se

eller via brev: Malmö FoU-enhet, Samhällsmedicinska institutionen, ingång 59 UMAS,
205 02 Malmö, tel. 040-33 63 02, fax 040-33 62 15