



**Linköpings
kommun**

Demensarbetslag i hemtjänst (DAL)

Författare:

Bertha Ragnarsdóttir

Projektledare

Datum: 18 januari 2013



Sammanfattning

Under åren 2008-2012 har ett projekt pågått inom Linköpings kommun, där syftet är att stimulera till utveckling av demensarbetslag i hemtjänst hos kommunens äldreomsorgsutförare. Syftet med demensarbetslagen är att ge personer med demenssjukdom bättre omvårdnad, större trygghet och därmed ökade förutsättningar att bo kvar i det egna hemmet.

Sju arbetslag har startas inom Linköpings kommun där olika utförare inom äldreomsorgen samverkar (Aleris, Attendo Care, Carema och Leanlink Äldreomsorg). Det bestämdes att förkorta namnet demensarbetslag till DAL. Lagen är nu kända under namnet DAL.

För närvarande får cirka 134 vårdtagare hjälp från de 6 DAL. En projektledare på deltid ansvarar för projektet. Deltagarna i DAL består av sammanlagt ca 39 medarbetare, majoriteten är undersköterskor. Vid starten av projektet hade deltagarna i DAL varierande utbildningsbakgrund inom demensområdet.

Inom ramen för DAL-projektet görs olika insatser för att stödja personalen i det krävande arbete som de utför. Där kan nämnas kontinuerlig handledning och konsultation samt regelbundna utbildningar där olika teman lyfts fram och diskuteras. Viktigt inslag enligt deltagarna är de gemensamma träffarna där de ges möjlighet att utbyta erfarenheter och diskutera arbetssätt. Det anordnas också regelbundna träffar med verksamhetschefer där organisationsfrågor och även erfarenhetsutbyte står högt på listan. Genom dessa träffar fattas även vissa beslut angående DAL. Hinder och möjligheter har uppenbarats. Ett flertal förbättringsområden har hittats. Deltagarnas och deras chefers funderingar och åsikter kring förbättringar kommer att ligga till grund för planeringen inför framtiden.

Under projektets gång har ett antal deltagare (både chefer och omsorgspersonal) bytts ut på grund av olika anledningar. Det har tidvis inneburit "nystart" för ett par av DAL. Detta har medfört vissa svårigheter för projektledaren att hålla en jämn nivå på utbildningsinsatser och komma vidare med hjälp av handledning, eftersom nya deltagare inte alltid har relevant utbildningsbakgrund eller är bekanta med handledning när de börjar. När det handlar om byte av chefer för Dal har det medfört en nystart i vissa fall, då nya scheman har införts och förutsättningar har ändras för deltagarna. Det tar tid att komma in i DAL:S arbetssätt.

En positiv process har startat under den tid projektet har varit i gång. Både för de deltagare som tillhör Dal och de vårdtagare som får sin hjälp från DAL samt deras närstående. Förändringar tar tid, det talas om tre år eller mer innan förändringar sätter sig.

Samarbetet med olika aktörer inom demensområdet i Linköpings kommun börjar finna former. Numera är det en självklarhet för DAL att lyfta på luren och ta kontakt med det kommunala demenssteamet samt söka hjälp från mobila teamet om det känns aktuellt. För att få en så sammanhängande vårdkedja som möjligt för personer med demenssjukdom och deras närstående känns det angeläget att utveckla samarbete med vårdcentraler och biståndshandläggare. Det får bli tyngdpunkten det närmaste året. I december 2012 beslutade kommunen i Linköping att projektet ska bli permanent och ingå i befintlig verksamhet med samma förutsättningar som under projekttiden

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	5
Syfte/Mål	6
Tillvägagångssätt	7
Resultat	19
Ekonomi	19
Diskussion	20
Slutsatser	Fel! Bokmärket är inte definierat. 23
Plan för uppföljning	Fel! Bokmärket är inte definierat. 24

Inledning

Personer med demenssjukdom uppskattas till 148 000. Totalt räknar man med att det är mellan 50 000 – 60 000 av dessa som finns i det egna hemmet enligt skattningar som gjorts utifrån data från bland annat Kungsholmprojektet. Cirka en fjärdedel av dem (16 000) har en måttlig eller svår demens. Det finns varierande sätt att beskriva demenssjukdomens olika skeden. Socialstyrelsen har valt att dela in demenssjukdomens olika stadier i mild, måttlig och svår. Mild demenssjukdom innebär ett tidigt skede då personen kan klara sig utan så stora insatser från samhället. Måttlig demenssjukdom innebär det skede i demenssjukdomen då personen behöver hjälp för att klara vardagliga sysslor. Svår demenssjukdom innebär det skede då personen behöver hjälp med det mesta (Socialstyrelsen 2010, Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom). Vad beträffar personer med demenssjukdom som har insatser från kommunal/privat hemtjänst finns inga uppgifter på nationell nivå att tillgå eftersom man i kommunernas registrering och dokumentation inte kan sammanställa uppgifter som är diagnosrelaterade. Många förutspår att efterfrågan ökar kring hälso- och sjukvårdstjänster i framtiden då människor blir allt mer medvetna om sitt hälsotillstånd, mer kunniga och ställer högre krav än tidigare (Kinsella & Velkoff 2001).

Att ge äldre personer möjlighet att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt är en viktig princip i Sveriges äldrepolitik. Omfattande forskning tyder på att äldre människor vid en given ålder är friskare idag än förr. Det står klart att den demografiska utvecklingen kommer att innebära stora förändringar i efterfrågan på vård och omsorgstjänster. När det gäller personer med demenssjukdom är det välkänt att känslan av identitet och integritet underlättas i det egna hemmet (Solem mfl, 1996). Miljön är välbekant och möjligheten att klara sig i vardagen är större på hemmaplan (Wijk, H. 2006). Om demenssjuka personer är sammanboende med make, maka är möjligheten att bo kvar hemma avsevärt större än för de som bor ensamma (Basun mfl, 2004).

I Linköpings kommun tillämpas "Eget val", där den enskilde har möjlighet att välja vem som skall utföra hemtjänst i form av personlig omvårdnad, städ, tvätt och inköp, trygghetslarm och matkorg. Information har gått ut till de personer som är i behov av hemtjänst om att de kan välja mellan flera utförare, såväl privata som kommunala. Flera hemtjänstutförare har profilerat sig genom att ha specialkompetens inom ett eller flera områden.

Diskussioner har förts under en tid inom Linköpings kommun huruvida det behövs särskilda demensarbetslag inom hemtjänsten, detta för att få till stånd en bättre omsorg och vård för de personer som bor hemma och har fått demenssjukdom eller uttalade minnesstörningar.

Bakgrund

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela ca 1,3 miljarder kronor till kommuner och landsting för att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer. Linköpings kommun beviljades i juni 2007, 12 895 tkr för år 2007. Dessa medel får användas även under 2008. År 2008 beviljades kommunen ytterligare medel, 12 895 tkr, som kan användas under 2009, 2010, 2011 och eller 2012.

I Linköpings kommun har vård och omsorg om personer med demenssjukdom och deras anhöriga varit ett prioriterat område. Vårdkedjan med stödresurser fungerar rätt så bra för dessa personer men det finns förstås förbättringsområden. Där kan nämnas hjälpsatser från hemtjänst till personer med någon form av demenssjukdom. Flera kommuner i Sverige har tillskapat särskilda ”demensteam” inom hemtjänsten som specialiserar sig på vård och omsorg för just personer med demenssjukdom. Deras erfarenhet är att det sker en stor förbättring för de personer som tillhör teamen.

Genom stimulansmedel har det beslutats att skjuta till medel för att pröva om riktade demensarbetslag i hemtjänst kan bidra till att de personer som har demenssjukdom kan få bättre vård och omsorg på hemmaplan. Ett antal servicehus får genom detta projekt möjlighet att starta upp och utveckla demensarbetslag.

För att kunna arbeta professionellt med riktade insatser till personer med demenssjukdom och deras närstående är det viktigt att vissa kriterier finns att tillgå. Det mest önskvärda är om det finns en basal demensutredning som fastställer om det föreligger en demensdiagnos och vilka funktionsnedsättningar som demenssjukdomen medför och vad som kan göras för att minimera eller kompensera dessa. Värdet av en fastställd diagnos uppmärksammas också i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen 2010).

Långt ifrån alla vårdtagare som tillhör demensarbetslagen har dock en fastställd demensdiagnos, men för att få hjälp av demensarbetslaget skall personerna ha en demensdiagnos, eller uttalade minnessvårigheter eller vara under utredning.

Inom ramen för stimulansmedel fick Linköpings Kommunala Äldreomsorg som uppdrag att anställa en projektledare (50 % tjänst) som har till uppgift att stimulera till utveckling av demensarbetslag i hemtjänst hos kommunens äldreomsorgsutförare. Uppdraget gick till Bertha Ragnarsdóttir (anställd inom Linköpings Kommunala Äldreomsorg) .

Målgruppen för insatserna är personer som har fått beviljad hemtjänst och har någon form av demensproblematik eller uttalade minnesstörningar.

Erfarenheter från andra "hemtjänst-demensteam" i Sverige

Flera demensteam inom hemtjänst har startat i ett stort antal kommuner i Sverige. Det har skrivits ett antal rapporter kring dessa team och verksamhetschefer och deltagare har beskrivit och introducerat sitt arbets sätt på konferenser. När man tar del av de olika rapporterna, märks det att de dessa demensteam har helt olika förutsättningar för sitt arbete. . Det är spännande att ta reda på vilka faktorer som ligger till grund för ett lyckat resultat. De senaste åren har det instiftats ett årligt pris för de som anses vara det bästa hemtjänstteamet i Sverige. Priset är grundat av Demensförbundet och svenskt demenscentrum. Det är av intresse för DAL att ta del av vilka arbetsmetoder dessa team arbetar efter.

Som exempel på framgång för ett lyckat resultat nämns gång på gång följande faktorer:

- Att det finns en spindel i nätet, en samordnare, chef eller vad denna person kallas, som håller i det hela, har helhetssyn och ser till att teamet utvecklas.
- Hälften så många vårdtagare som inom vanlig hemtjänst
- Schemat ger mer tid till vårdtagare och anhöriga.
- Grundutbildning för personal inom demensområdet. De flesta talar om gemensam grundutbildning för hela teamet inför starten. Återkommande utbildningar inom området.
- Fortlöpande handledning och dessutom tid för reflektion.
- Särskilt avsatt tid för nya vårdtagare (inskrivningsgrupp).
- Möjlighet att själva planera sitt arbetschema. Schemat är oftast det största samtalsämnet. I de demensteam där det fungerar bäst har personalen antingen rullande schema som innebär att de arbetar 7:45–16:00 varje dag (heltid) och det arbetas var tredje helg samma tid som övriga dagar. Då finns det en speciell kvällspersonal som arbetar på "demens-rad". Eller så läggs schemana från 7:00–21:00, som innebär att personalen är i tjänst under största delen av vårdtagarnas vakna tid.
- Kontinuitet är det allra viktigaste. Hur kontinuitet definieras är lite olika. Vissa team minimerar antal personer som vårdtagaren träffar till max 5-6 personer under veckan och då är helger och kvällar inräknade. Kontaktmannen går alltid i första hand till den som han/hon är kontaktman för.
- Nära samarbete med biståndshandläggare och vårdcentral. I flera team är biståndshandläggare med i teamet och har regelbundna träffar med personalen.
- (Dessa faktorer är tagna från olika rapporter som har skrivits om demensteam samt det som har framkommit på olika föreläsningar se litteraturlista)

Syfte/mål

Syftet med projektet är tvåfaldigt. Det övergripande syftet är att stimulera till utveckling av demensarbetslag i hemtjänst hos kommunens äldreomsorgsutförare.

Syftet med demensarbetslagen är att ge personer med demenssjukdom bättre omvårdnad, större trygghet och därmed ökade förutsättningar att bo kvar i det egna hemmet.

Tillvägagångssätt

Planeringsfas

År 2008 gick till förberedelser, planering och information kring projektet. Projektledaren läste in sig på området och tog kontakt med andra i landet som har startat upp liknande demensarbetslag i hemtjänst, bl.a. har hon under hösten 2008 varit i Malmö och träffat demensteam där och haft samtal med utvecklingsledare, chefer och sjuksköterskor som arbetar i olika demensteam. Kontakter med andra liknande demensarbetslag har tagits per mail och telefon.

Informationsträff

Under maj månad 2008 bjöds alla utförare in till ett informationsmöte kring uppstarten av demensarbetslag inom hemtjänst. Till mötet kom representanter från Attendo Care, Carema och Aleris samt Linköpings Kommunala Äldreomsorg. Samtliga var chefer utom en person som har titeln demensvårdsutvecklare. Mötet resulterade i att alla som var närvarande bestämde sig för att delta i projektet med en eller flera hemtjänstenheter. På mötet diskuterades uppdraget och synpunkter samlades in. Intresset var stort och de personer som kom enades om att fundera kring var behovet av demensarbetslag var störst inom deras hemtjänstsområden. Det rådde enighet kring att inventera antal vårdtagare med demensdiagnos och/eller de som hade någon form av demensutveckling på gång eller uttalade minnessvårigheter. Det bestämdes också att skapa en planeringsgrupp bestående av de chefer som "basar" över de olika demensarbetslagen. De chefer som var närvarande på mötet åtog sig att fundera över på vilket sätt personal ska rekryteras till demensarbetslagen. Det bestämdes även att förkorta namnet på demensarbetslagen till DAL.

Rekryteringen av medarbetare till DAL gick till på olika sätt. Vissa deltagare "handplockades" och tillfrågades utifrån sin kompetens. Flera av utförarna informerade sina medarbetare internt om DAL och uppmanade de som var intresserade att skicka en intresseanmälan. På så sätt har förhoppningsvis motiverad personal med intresse för att arbeta med personer med demenssjukdom rekryterats.

En av utförarna bestämde att ett befintligt hemtjänstlag bestående av 6 personer skulle utses till ett av DAL. Detta innebar för det laget att de även utför hemtjänst till alla "övriga" personer som tillhör deras hemtjänstsområde.

Planeringsgrupp (chefsgrupp)

En planeringsgrupp med två deltagare från varje utförare startades och under hösten 2008 träffades gruppen var 6:e vecka. Därefter har gruppen träffats ungefär två gånger per termin. Ett antal deltagare i planeringsgruppen har bytts ut allteftersom nya chefer har anställts. I två av DAL har samma chef varit med från början av projektet. I ett av DAL lagen har fyra olika chefer avlöst varandra på tre år. I övriga DAL har det handlat om två chefer som har basat över DAL under projektiden.

På mötena delar cheferna erfarenheter och får råd och tips från varandra. Kvällsmåltider för vårdtagare har diskuterats där ett av DAL bjuder sina vårdtagare till en gemensam kvällsmat i stället för att personalen går till varje vårdtagare för sig och lagar kvällsmat. På det sättet träffar vårdtagarna andra människor och äter i gemenskap som medför att kvällen inte blir lika lång och ensam. Detta arbetssätt har stimulerat en annan chef i DAL att pröva liknande. På dessa möten

diskuteras även: planering, arbetssätt, ev. problem och andra praktiska frågor. Här nedan följer några av de punkter som har kommit upp till diskussion:

- På vilket sätt bör medarbetarna rekryteras till demensarbetslaget?
- Hur ska informationen kring vad det innebär att vara med i arbetslaget vara utformad?
- Hur ska vi använda tiden och projektledaren på bästa sätt?
- Är egenskaperna hos medarbetaren viktigare än vad personen har för grundutbildning inom demensområdet?
- Vad behöver deltagarna för utbildning för att känna att de gör ett bra arbete?
- På vilket sätt kan ökad kontinuitet uppnås för de vårdtagare som tillhör DAL?

Inventering gjordes på utförarnas enheter kring hur många av deras vårdtagare som hade demensdiagnos eller uttalade minnesproblem och därefter bestämde respektive utförare på vilka enheter det var lämpligast (störst behov av) att starta upp DAL.

Resultatet blev följande:

- Aspens servicehus – utförare Leanlink.
- Ekbackens hemtjänst – utförare Leanlink
- Johannelunds grannskapshus – utförare Aleris
- Tannefors servicehus - utförare Attendo Care
- Räknestickans servicehus – Attendo Care
- Servicehuset Trägårn – Carema.
- Ramstorps gatans servicehus – Carema.

Efter en tid drog dock Carema tillbaka intresseanmälan om att starta upp DAL på Ramstorps gatans servicehus, på grund av olika anledningar.

Då återstod 6 DAL som består av sammanlagt 32 medarbetare. För närvarande får ca 100 vårdtagare hjälp av medarbetare från DAL.

I Linköpings kommun fanns sedan några år tillbaka två befintliga demensteam inom hemtjänsten. Dessa två team är med i detta projekt, där syftet är att utvecklas och byta erfarenheter med andra kollegor (Aspen och Johannelund).

Vårdpersonal som deltar i de 6 demensarbetslagen i hemtjänst

DAL-deltagarna består som tidigare nämnts av 32 medarbetare, varav 30 kvinnor och 2 män. Utbildningsbakgrunden är mycket varierande. Flera av deltagarna har läst 5 (7,5) högskolepoäng på högskolenivå i demensvård och omsorg. Andra har gått olika "spetsutbildningar" (steg 1, 2 och 3 inom Leanlink), 3 personer har gått en längre skräddarsydd utbildning som en av vuxengymnasieskolorna anordnade som uppdragsutbildning inom ramen för Kompetensstegen. En speciell skräddarsydd demensutbildning på två veckor erbjöds till ett flertal personal som arbetar inom demensområdet i Linköpings kommun hösten 2010 och under år 2011. Flera av DAL-deltagarna erbjöds att delta i denna utbildning. Ett fåtal deltagare har ingen särskild demensutbildning, utan en lång erfarenhet och intresse för demensområdet. Boken "Samvaro med dementa - Råd till anhöriga och personal om bemötande" delades ut till alla deltagarna. Meningen är att alla deltagare skall läsa boken och att den blir en uppslagsbok, en bok att luta sig mot när bemötande och arbetssätt

diskuteras. Flera böcker inom demensområde har köps in och delas ut till DAL där syftet är att de kan ha tillgång till

Under tiden som DAL har varit i gång har åtskilliga förändringar skett bland deltagarna. Flera av dem har slutat av olika anledningar (sammanlagt 20 personer). Där kan nämnas föräldraledighet, studier, flytt till andra kommuner eller enheter, sjukskrivning och framförallt "svängningar" i antal demensärenden som medför förändringar i personalgrupperna. Det är svårt, om inte omöjligt, att planera för dessa "svängningar". Det ärende som har tagit mest tid i DAL är en vårdtagare som har fått beviljat 330 timmar i månaden. Detta är extremt men kan förekomma. I princip genererar insatserna i detta ärende två heltidsanställda. När denna vårdtagare flyttar eller avlider rasar antalet timmar för DAL med 330 timmar i månaden. Det är långt ifrån självklart att det har funnits arbetsuppgifter som fyller dessa tider. Det har lett till att någon eller några deltagare i DAL har fått börja i ett "vanligt" hemtjänsteam" i stället. Eller att nya vårdtagare har tagits in i DAL som inte riktigt har uppfyllt kriterierna för demenssjukdom eller minnessvårigheter. Vid rundfrågning till cheferna i DAL ställdes frågan hur många timmar i genomsnitt varje vårdtagare som tillhör DAL kunde tänkas ha i beviljade insatser. Svaren var ganska enhetliga, det rörde sig om ca: 65-75 timmar i månaden. Det innebär att hemtjänstinsatserna i DAL kring varje vårdtagare är rätt så omfattande.

Verksamheten under 2009

År 2009 träffade projektledaren de olika DAL ungefär en gång i månaden för handledning. (Handledningen äger rum på deltagarnas arbetsplatser.) Handledningen bygger på en handledningsmetod som kallas "jagstödande förhållningssätt" (Samvaro med dementa, 2004).

Under året träffades planeringsgruppen 4 gånger. Där var det en deltagare som slutade under året pga. omorganisation.

I maj månad inbjöds alla deltagare i DAL och deras chefer till en gemensam utbildningsdag där olika personer som arbetar inom demensomsorgen i Linköpings kommun informerade om sina verksamheter. Föreläsningar kring medicinska aspekter hölls av sjuksköterska och arbetsterapeut i det mobila demensteamet.

För att kunna komma vidare med planering samt att ta del av deltagarnas åsikter skriftligt ombads de i slutet av utbildningsdagen att svara på följande frågor:

- Vad behöver du för att kunna känna dig trygg i din yrkesroll när du hjälper personer med demenssjukdom och deras anhöriga?
- Om du föreslår utbildning – viken utbildning i så fall?
- Hur skulle du vilja ha formerna för våra träffar framöver?

Här nedan följer en sammanfattning av svaren:

- Information om vart vi kan vända oss när det uppstår problem. Kontaktnät med telefonnummer för att kunna hämta hjälp och stöd när problem uppstår. "Backup" från personal som är proffs inom olika områden i Linköping.
- Bättre samarbete med kringresurser, framförallt vårdcentralernas distriktssköterskor.
- Att vi får träffa anhöriga på anhörigträffar där de får information.
- Att utveckla kontaktmannaskapet och få tid att gå till "mina egna".

- Att få möjlighet att jobba med kontinuitet.
- Att det ska vara en självklarhet att arbetet i hemtjänsten planeras så att vi i DAL tar hand om de som är demenssjuka i första hand.
- Väldigt viktigt med handledning.
- Att få stöd från chefer.
- Att få tid för anhörigsamtal och att få igång levnadsberättelsen.
- Att vi får gå på föreläsningar alt. utbildningar med jämna mellanrum.
- Att vi får träffa anhöriga på anhörigträffar där de får information om DAL och vi får möjlighet att diskutera vårt arbetssätt.
- Mera tid för arbetslaget att prata igenom svåra problem för att vi ska ha samma förhållningssätt. Reflektera och diskutera.

Deltagarnas svar blev sedan stommen för fortsatt planeringsarbete och togs upp på internaten som anordnades på höstkanten.

Några övriga möten ägde rum under år 2009 med bl.a. det kommunala stödteamet, anhörigcenter, mobila demensteamet och ett möte med medarbetare från Kungsgatans vårdcentral där syftet var att presentera DAL och diskutera samarbetsformer.

Internat

Under hösten 2009 anordnades internat för deltagarna. Eftersom det skulle ha blivit för stor grupp om alla deltagarna hade varit med samtidigt blev lösningen internat vid två tillfällen med cirka 15 personer i varje grupp (Ragnarsdóttir, 2005). Projektledaren höll i internaten och stod själv för föreläsningarna. Vi började med presentation där varje DAL berättade om sin verksamhet. Frågor kring hur samarbetet fungerar med de resurser som vi har att tillgå i Linköping togs upp.

Sammanfattningen av svaren som deltagarna hade skrivit på utbildningsdagen i maj presenterades och diskuterades. Deltagarna fick ta del av föreläsning kring "kontaktmannaskap" (Falk & Richt, 2001), (Rönnerfält, Norman, Wernberg, 2008), samt "Levnadsberättelsen som ett verktyg" (Ragnarsdóttir, 2007). Även samarbete med anhöriga diskuterades. Grupperna arbetade med fall från verkligheten och presenterade hur eventuella lösningar kunde se ut. Deltagarna arbetade även med frågeställningar utifrån en film de fick ta del av som handlar om Agneta Ingeberg som har Alzheimerssjukdom (Andersson, 2005). I filmen berättar hon om hur hon upplever sitt liv och hur hon vill ha det i framtiden. Till sist fick deltagarna som uppgift att fundera och tänka kring vilka faktorer de såg som hinder och/eller möjligheter i sitt arbete för att kunna göra ett så bra arbete som möjligt. Deltagarna ombads att utvärdera dagarna och samtliga var mycket positiva och tyckte att det hade varit givande dagar och önskade flera sådana dagar, där de kunde reflektera kring sitt arbetssätt, få kunskap och dela erfarenheter med sina kollegor från andra hemtjänstområden.

Tyvärr var det så att ett antal personer inte kom till internatet på grund av olika hinder de fick i sista minuten.

Här nedan följer sammanfattning kring diskussionerna från internaten kring möjligheter och hinder.

Vilka möjligheter ser ni med DAL?

- Vi håller på att bygga upp spetskompetens och vi bör saluföra oss själva på alla sätt och vis (hemsida, vårdcentraler, anhöriga m m, med folder eller broschyrer).
- Vi ser möjligheter till att utveckla överrapportering mellan DAL, servicehus, dagverksamhet, växelvård och särskilda boenden.
- Möjligheter till att ha egna vikarier så långt det går (som har kunskap om demensvård och omsorg).
- Väldigt positivt att tillhöra ett DAL och kunna ha gemensamma träffar och utbyta erfarenheter på det här sättet.
- Att få ha en sådan kunnig ledare (samordnare) och få handledning och tips, råd och utbildning.
- Vi tycker att det är bra med anhörigkontakt och vill gärna utveckla anhörigkontakterna ännu mer, framförallt få mera tid att ägna oss åt anhöriga och starta anhöriggrupper.
- Att vi får social samvaro med våra vårdtagare uppskattar vi. Vi vill utveckla mera individanpassad tid med våra vårdtagare och använda oss av deras levnadsberättelse för att göra den stunden så bra som möjligt .
- Vi har arbetat mycket mot kontinuitet och vi hoppas att genom DAL kunna ändra på scheman och utveckla kontinuiteten fullt ut.
- Vi tycker att det är trevligt och mycket bra med de utbildningar vi har fått genom att vara med i DAL och önskar mera utbyte från de andra DAL och att vi ska kunna byta erfarenheter och att det ska ske utbyte över gränserna och att det blir regelbunden uppföljning av det vi gör.
- Vi som tillhör DAL är motiverad personal, vi skulle vilja utvecklas mer genom olika temautbildningar, mer anpassat schema. Rätt personal på rätt plats. Se människan.

Vilka hinder är i vägen för att ni ska kunna göra ett bra jobb i DAL?

- För lite fortbildning.
- Alla vårdtagare som tillhör teamet har ej demensutredning.
- För många olika vikarier, ibland med språksvårigheter.
- Dålig kontakt med distriktssköterskor på vårdcentralen.
- Aldrig arbetsro, ständiga förändringar, t.ex. nya scheman.
- Tungrott system när vårdtagare behöver mer tid.
- Ej tillräcklig tid att sköta kontaktmannaskapsuppgifter (telefonsamtal m. m.)
- Ej tid att ”bolla” saker med varandra.
- Mer delaktig chef som har tid.
- Laps-systemet. Man vet inget om arbetsuppgifter förrän samma dag, ej alltid bra planerat. Vi vill kunna avstå från Laps-systemet som hindrar oss i att gå till våra vårdtagare som vi är kontaktpersoner för, samt att vi vill inte vara så styrda av tiden eftersom det är mycket varierande dagsform på våra demenssjuka vårdtagare.
- Medicinansvarig ger medicin, sedan kommer nästa personal och gör resten (mycket spring av olika personer).
- För lite kunskap om den demenssjuke . Saknar ofta levnadsberättelse för att kunna förstå och svara på rätt sätt (medicinskt, historiskt).

- Ej kontinuitet. Vi vill jobba lättvecka.
- För lite planeringstid eftersom det är så viktigt med rutiner för de demenssjuka.
- Bättre kontakt med handläggare, vi skulle vilja kunna kontakta dem själva vid behov.
- Anhöriga har inte alltid insikt och förståelse för situationen, ofta handlar det om förnekelse. Det förekommer brist på samarbete också.
- Det saknas förståelse från arbetskamrater.
- Trygghetslarmet. Vi kan uppleva det som hinder när man tror att demenssjuka personer får trygghetslarm och folk runt omkring tror att det är trygghetsfaktor, men de demenssjuka förstår oftast inte hur man gör för att larma.
- Vi saknar rätta förutsättningar.
- Vi är utsedda i DAL, det var ej självvalt. (En kommentar från det DAL där ledningen bestämde att ett demensarbetslag skulle finnas i just detta aktuella område.)
- Våra andra pensionärer. (Vi måste ju ta hänsyn till alla våra pensionärer. Det är svårt att få upp känslan för att vi är ett DAL-lag när vi också ska gå till alla andra som har hemtjänst i vårt område.)

Dessa synpunkter kommer att ligga som underlag för planering inför framtiden.

På första planeringsmötet efter internatet (med cheferna) delades ut en lista över de hinder och de möjligheter som deltagarna i DAL hade identifierat och diskuterat. Upplevelsen kring brist på **Tid** hos DAL-deltagarna och brist på **Kontinuitet** är ett återkommande samtalsämne som genomsyrar diskussionerna. En hel del förbättringsområden har identifierats och på internatet föreslog deltagarna olika lösningar som de tror är tänkbara. Där kan nämnas: en annorlunda schemaläggning för att kunna uppnå bättre kontinuitet. Det uppmärksammades också att informationsmaterial om DAL saknas och eftersom de olika utförarna har olika mallar och olika design bestämdes det att varje utförare står för sin egen folder där DAL presenteras. Tanken är att foldern kan ges till anhöriga och vårdtagare och vara en marknadsföring för utförarna när det gäller eget val. Samarbete med vårdcentralerna diskuterades och det framkom att det ser olika ut. Här finns det klara förbättringsområden.

I slutet av år 2009 investerade projektledaren i "minneslådor" med föremål och saker som deltagarna i DAL själva har föreslagit skulle kunna vara till nytta för vårdtagarna. Tanken med dessa lådor är att när vårdtagarna har fått "social samvaro" beviljad ska innehållet kunna stimulera till trevliga stunder och att skapa samtal kring gamla och kända händelser. Även "gåstavar" inhandlades för att göra utevistelser ännu mera attraktiva.

Verksamheten för DAL under 2010

År 2010 fortsatte enligt planering. Projektledaren träffade de olika DAL ungefär en gång i månaden för handledning. Under året träffades planeringsgruppen (chefsgruppen) 4 gånger.

En heldags utbildning

I mars månad inbjöds samtliga deltagare i DAL till en utbildningsdag där dagen huvudsakligen ägnades åt "Jagstödjande förhållningssätt". Projektledaren föreläste om detta arbetssätt. Dessutom ombads varje DAL att ta med sig ett fall från verkligheten med efterföljande frågeställning. Redovisningen kompletterades med aktuell litteratur (Skog, 2009. Burman, 2001. Kilander, Landahl, Ingelsson, 2009. Cars & Zander, 2008). Vi tittade gemensamt på en film om frontallobsdemens "Ja så kan det va". I filmen får vi träffa två personer som båda har denna sjukdom. Deras närstående träder fram samt personal som hjälper dem i deras vardag.

Det blev många diskussioner kring arbetssätt och etiska frågor. DAL-medlemmarna tillfrågades vilka förväntningar de har på höstterminen 2010. Svaren stämde till största delen med det som tidigare har önskats. Att fortsätta med regelbunden handledning, utan den sa de sig inte kunna göra ett bra arbete. Att nå ut med information om DAL till flera demenssjuka personer som befinner sig i början av sin sjukdom med hjälp av DAL-broschyren. Att förbättra samarbetet med vårdcentralerna.

Utveckla arbetssätt med tyngdpunkt på kontinuitet för vårdtagarna. Lägga tyngdpunkt på samarbete, att kunna arbeta i professionella team. Fortsätta med utbildning med inriktning på olika teman inom demensområdet. Att få ta del av de andra DAL-fallen ansåg de vara mycket värdefullt och läroriktigt. Studiebesök till dagverksamheter, växelvård, anhörigcenter stod också på önskelistan, samt att få ta del av hur andra demensteam i landet arbetar.

En av frågorna handlade om vad projektledaren skulle ta med sig till DAL-cheferna på nästa chefsmöte. Svaren varierade men högst upp på önskelistan var som vanligt det skulle ges möjlighet att arbeta för mera kontinuitet i verksamheten, detta för att vårdtagarna skall kunna känna sig trygga med sina kontaktmän och känna tilltro till att samma personer kommer så långt det är möjligt. Flera av de som arbetar med Laps Care systemet lyfter regelbundet upp de hinder de upplever av att arbeta enligt detta system. De känner sig som tidigare sagts styrda och kan inte tillämpa den flexibilitet som är så eftersträvt i arbetet med personer med demenssjukdom, eftersom de anser sig jobba mot klockan hela tiden.

Gemensamma möten med DAL och kommunala demensteamet

Under höstterminen ombads det kommunala demensteamet att följa med projektledaren till servicehusen där DAL verkar. I det kommunala demensteamet arbetar tre personer som har ansvar för stöd till personer med demenssjukdom som fortfarande bor hemma, och deras anhöriga. De har delat de olika stadsdelarna i Linköping mellan sig. Syftet med mötena var att skapa samsamarbetsarenor kring gemensamma vårdtagare som får stöd och hjälp av båda partner. Mötena blev väldigt givande med många beröringspunkter. Det som var ganska överraskande när vi samtalade om demenssjuka vårdtagare var att det dök upp många namn som vi trodde var gemensamma men som visade sig vara okända för DAL-medlemmarna och omvänt. På det sättet kan flera personer med demenssjukdom som inte var kända innan kopplas till DAL. Vår förhoppning är att samarbetet ska öka och vårdkedjan skall kännas heltäckande för vårdtagarna och deras närstående.

Samarbete med Mobila teamet

Mobila teamet har under året varit inblandat i två ärenden som har fallit under DAL. Där har personalen i DAL och mobila teamet samarbetat kring vårdtagarna och bemötandeplan har gjorts kring de aktuella personerna.

Samarbete med vårdcentraler

Kontakt har tagits med ett flertal vårdcentraler där DAL presenterats. Det har visat sig vara ganska varierande vilket samarbete de olika DAL har med vårdcentralerna. Vissa DAL har utvecklat ett långvarigt och bra samarbete med den vårdcentral som deras vårdtagare tillhör. Ett av DAL träffar representanter från vårdcentralen varannan vecka under en timme, där gemensamma vårdtagare diskuteras och arbetssätt bestäms. Andra DAL träffar distriktssköterskor i så kallade kvalitetsråd en gång i månaden. Några DAL har ganska begränsat samarbete med vårdcentralerna och menar att det inte finns någon speciellt ansvarig demenssköterska vilket de anser vara en stor nackdel. I ett av DAL är det enbart ett ärende av 25 som tillhör vårdcentralen, de andra vårdtagarna bor på servicehuset och har en ansvarig sjuksköterska från servicehuset. Här har vi en hel del att göra med att utveckla ett bra samarbete mellan DAL och vårdcentralerna.

Utbildning för vikarier i DAL

Ett av önskemålen som har framförts under projektets gång har varit att erbjuda vikarier utbildningstillfällen och information om vad DAL står för samt tips och råd vid bemötande. Två utbildningstillfällen på vardera en halv dag har ägt rum under år 2010 för vikarier som är knutna till DAL med syfte att öka kunskapen kring personer med demens och minnesproblematik. Till första tillfället kom 18 personer och till det andra kom 21 personer. Föreläsare var projektledaren. Föreläsningen handlade om praktiska råd vid bemötande. Utvärdering visade att vikarierna var mycket nöjda med insatsen och tyckte sig ha fått ökad förståelse för personer med demenssjukdomar. Utbildningen gavs i repris på vårterminen 2011 en gång med 22 deltagare.

Aktivitetsmaterial

Aktivitetsmaterial för DAL fylls på kontinuerligt. Materialet är tänkt som hjälp för deltagarna i DAL när de träffar vårdtagarna, speciellt under den tid som kallas för "social samvaro". Social samvaro kan handla om alltifrån en halvtimme till flera timmar i veckan. Innan aktivitetsmaterialet tillkom beklagade sig DAL-personalen över att de ofta hade svårt att hitta samtalsämnen med vårdtagarna, speciellt om de inte kände till deras levnadsberättelse. Projektledaren använde delar av projektpengarna till att inhandla material till alla DAL. Materialet består av olika saker, exempelvis har nya böcker inhandlats om hur Linköping såg ut förr i tiden, böcker med olika teman, spel, pussel, apparat för att spela musik, olika CD-skivor som vårdtagarna känner igen från sin ungdom. Aktivitetsförkläde köptes in för att prova om det kunde lindra oro och ångest hos en vårdtagare, en katt med värmeflaska m.m. Tips kommer regelbundet från DAL-deltagarna kring tänkbart innehåll. I utvärderingen som gjordes framhåller deltagarna i DAL att det har blivit avsevärt roligare att gå till vårdtagarna som har beviljad social samvaro. Många samtalsämnen har skapats utifrån dessa aktivitetsföremål. De tycker också att de har lärt känna vårdtagarna bättre genom samtalen.

En dagverksamhet finns numera i ett av servicehusen som är knutet till ett av DAL. Personal som arbetar i DAL på detta servicehus arbetar även i denna dagverksamhet, kallad för Blåa rummet. Den är till för vårdtagare som är för dåliga för att tillgodogöra sig en vanlig dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Dessa personer behöver mera lugn och ro och mera omsorg än vad kan erbjudas på de övriga dagverksamheterna. Deltagarna som i dagsläget går till Blåa rummet tillhör alla DAL på detta servicehus. Aktivitetsmaterialet används med bra resultat på denna dagverksamhet. På ett av de servicehus där DAL finns, har det startats s.k. torsdagsträff för de vårdtagare som tillhör DAL. Där används också aktivitetsmaterialet flitigt.

Nytt för i år är att böcker har köpts in till personal, faktaböcker inom demensområdet med nya råd och rön. Tanken är att även vikarier inom DAL ska kunna låna dessa böcker och ta del av kunskapen.

Digitala kameror med minneskort har köpts in till varje DAL-lag med syfte att fotografera trevliga gemensamma stunder som sedan kan bli utmärkta samtalsämnen när minnet tryter.

Innan årsslutet delades den nya broschyren ut (se bilaga) Målsättningen är att den ska finnas på vårdcentraler, Minnesmottagningen på US, hos biståndshandläggare och hos de som kan tänkas komma i kontakt med personer med demenssjukdom som fortfarande bor "hemma" och deras närstående.

Verksamheten för DAL under 2011

Verksamheten flöt på som tidigare. Aktivitetsmaterial fylldes på efter önskemål från deltagare. Handledning ägde rum ca 1 gång i månaden. Vid ett tillfälle under året fick vikarier tillfälle att komma på en föreläsning kring DAL:S arbetssätt och fick samtidigt tips och råd kring bemötande (projektledaren höll i utbildningen). Verksamhetschefer träffades 2 gånger per termin. I början av mars anordnades det internat för medlemmarna i DAL på Stiftgården Vårdnäs (2 heldagar). Det blev som tidigare två internat eftersom medlemmarna i DAL är så pass många. Varje DAL-lag ombads att ta med sig ett fall från verkligheten med kortfattad information där den sociala situationen framkom, diagnos om den fanns och hemtjänstinsatser som vårdtagaren hade. Därefter presenterades frågeställningar där olika lösningar diskuterades. Enligt utvärdering är detta inslag det som värdesätts mest under de gemensamma träffarna. Vi tittade även på två aktuella filmer om personer med demens och deras anhöriga, med efterföljande reflektion och frågeställningar. Diskussioner fördes kring hur samarbetet mellan olika aktörer inom demensområdet skulle kunna utvecklas och stärkas. Olika förslag kom. Alla var rörande överens om att om det fanns en kontaktperson (särskild demenssköterska) att vända sig till på varje vårdcentral skulle det underlätta betydligt. Det framkom också önskemål från alla i DAL om att det skulle kännas väldigt bra om det fanns ett par biståndshandläggare som hade "inriktning mot personer med demenssjukdom, och som deras närstående och DAL, kunde vända sig till. Något att arbeta för inför framtiden. På ett av internaten var chefer med en halv dag för att diskutera samarbete mellan två av teamen som tillhör samma organisation.

Under våren följde projektledaren med vissa av DAL under en dag i "verkligheten" och fick på det sättet träffa vårdtagare samt ta del av hur personalens arbetssituation ser ut. Efteråt gavs respons och synpunkter till personalen kring arbetssätt och bemötande. Ett uppskattat inslag tyckte DAL.

Under hösten startades en plattform för demensfrågor i Linköpings kommun under ledning av Lärcenter för god demensomsorg. Där erbjuds alla som arbetar inom demensområdet att under ett antal gånger reflektera och diskutera kring hur de kan samarbeta på ett bättre sätt så att vårdtagaren kommer i fokus. Olika aktörer deltog vid dessa sammankomster. Det framkom att det var långt ifrån självklart vilka resurser som finns i Linköping för de personer som är demenssjuka och deras närstående. Mötena resulterade bl.a. i en kartläggning av de resurser som finns i kommunen kring stöd för personer med demenssjukdom och deras närstående.

Genom kartläggningen framkom det att DAL har en stor och viktig uppgift under sjukdomstiden. Det kan handla om många år där vårdtagaren är hemma trots sin demenssjukdom med hjälp av

hemtjänst. Då förefaller det vara avgörande för att skapa trygghet och bra kvalitet för vårdtagarna och deras anhöriga att det inom hemtjänsten finns demensteam med speciellt utbildad personal.

Parallellt med denna kartläggning gjordes en kartläggning kring de aktörer som just DAL möter i sitt arbete. Det är av största vikt att samarbetet mellan dessa aktörer fungerar och utan tvekan behöver det utvecklas ännu mer för att kunna erbjuda personcentrerad vård och omsorg som är skraddarsydd för just "Elsa".

Verksamheten för DAL under 2012

Verksamheten flöt på som tidigare, dock med bekymmer över att risken var stor att projektet inte skulle beviljas fortsatta medel längre än året ut. Aktivitetsmaterial fylldes på efter önskemål från deltagare.Handledning ägde rum ca 1 gång i månaden.

Carema har länge haft önskemål att starta ett nytt DAL, eftersom de enbart har ett DAL. När DAL-projektet startade år 2008 fick Carema erbjudande om två DAL men hade då inte möjlighet att starta mer än ett. Våren 2012 fanns det utrymme att utöka med ett lag och då startades DAL på Stolplyckans servicehus som drivs av Carema. DAL sammanstår av 6 medarbetare varav en arbetar som samordnare. Det innebär att det nu finns 7 DAL i Linköping.

Sedvanliga aktiviteter har pågått under året, som att vikarier har erbjudits en kortare utbildning inför sommaren. Verksamhetschefer i DAL, träffades två gånger under året.

I slutet av maj och i början av september anordnades det tvådagarsinternat på Storgården i Rimforsa för medlemmarna i DAL. Det blev som tidigare två internat eftersom så många personer är inblandade. Varje DAL-lag ombads att ta med sig ett fall från verkligheten med kortfattad information där den sociala situationen framkom, diagnos om den fanns och hemtjänstinsatser som vårdtagaren hade. Därefter presenterades frågeställningar där olika lösningar diskuterades. Enligt utvärdering är just detta inslag det som värdesätts mest under de gemensamma träffarna. Olika artiklar som handlar om demensområdet lästes och diskuterades. Det nya formuläret för "Levnadsberättelsen" presenterades och deltagarna fick möjlighet att pröva på att fylla i sin egen levnadsberättelse, detta för att öka förståelsen för hur svårt det kan vara för anhöriga att fylla i. Det blev också en presentation av BPSD-kvalitetsregistret mm. Under dessa dagar fördes ständiga diskussioner kring hur samarbetet med kringgående resurser inom demensområdet skulle kunna utvecklas och stärkas.

Under internatdagarna ombads personalen att svara på frågan: Vad krävs enligt din mening för att DAL ska utvecklas och växa i framtiden. Svaren är mycket viktiga för planering inför framtiden. Sammanfattning av svaren presenteras här nedan:

- Gemensam åsikt, som fördes fram från all personal, var att för att kunna arbeta i ett DAL-lag är en samordnare ett måste. En person som håller ihop alla DALARE och som för deras talan, handleder och ser till att de får påfyllning när det gäller utbildning. Utan en sådan person blir det inte möjligt att utvecklas och arbeta på ett professionellt sätt, tyckte alla.
- Samtlig personal tog upp att det behövs större förståelse från cheferna kring det arbetsätt/metoder som ska gälla i DAL eftersom DAL inte kan jämföras med vanlig hemtjänst.

- De flesta poängterade att det också krävs bättre förståelse från samordnarna som planerar för insatserna.
- Alla skrev ”**Mer tid**” och med det menar de att i många fall är tiden som de får hos de demenssjuka personerna de går till, för snäv. Ett flertal menar att personer med demenssjukdom, inte ska beviljas insatser på mindre än 30 minuter, vilket bör undvika och minska stress hos alla inblandade.
- Många menade att det är viktigt med mer personal i DAL om man ska kunna leva upp till syftet som är att skapa bättre omvårdnad och större trygghet till de personer som får hjälp av DAL. Viktigt att täcka tiden från 7 på morgonen till 21 på kvällen med kvalificerad personal som ingår i DAL.
- Att fortsätta att utveckla samarbete biståndshandläggare, kommunala demensteamet samt mot vårdcentralerna, med tyngdpunkt på demenssköterskorna, menade många skulle lyfta upp kvalitén i DAL.
- Speciellt avsatt tid för anhörigkontakt.
- Lämpliga vikarier som har demenskunskap och vet hur de ska bemöta personer med demenssjukdom.
- Att arbeta aktivt med kontaktmannaskap där det ska vara en självklarhet att man går regelbundet till den person som man är kontaktman för.
- Att det ska finnas grundutbildning i demens (sjukdomar, symtom, bemötande, anhörigstöd) som alla som får arbete i DAL ska ha genomgått eller få möjlighet att delta i.
- Det ska finnas klara kriterier för vilka personer som ska erbjudas att vara med i DAL. Det ska inte råda någon tvekan om att de personer som har insatser har en demensdiagnos. Självklart ska också vara att personalen i DAL får tillgång till vilka dessa diagnoser är.
- Att arbeta för att göra DAL mera kända, som förhoppningsvis resulterar i att medlemmarna tillfrågas i större utsträckning än nu kring råd och att de ska vara en resurs att räkna med på vårdplaneringar mm när behov uppstår.

Här nedan lyfter jag upp ett citat från internatet skrivit av en undersköterska i DAL. Citatet innefattar egentligen alla punkter som har lyfts upp.

”Handledning och kompetensutveckling är ett måste. Mer tid och resurser. Ett annat ”tänk” och stöd och förståelse från speciellt chefer och även samordnare samt arbetskamrater. Att alla vi som arbetar i DAL samt våra chefer återkommer regelbundet till syftet med DAL och att vi utvärderar om vi kan stå för det som står i DAL-broschyren som delas ut. En grundutbildning inom demensområdet för de som arbetar i DAL. Vikarier som har kunskap om bemötande och vad demenssjukdomen innebär. Ordentliga rutiner, schemaläggning, att personal i DAL får vara med och planera sina rader och arbeten.”

Under året följde projektledaren vid ett par tillfällen med personalen i deras vardagliga arbete för att få ökad förståelse för hur dagen kan se ut. Efteråt gavs respons och synpunkter till personalen kring arbetssätt och bemötande. Ett uppskattat inslag tyckte DAL.

Projektledaren var även med på ett par vårdplaneringar för att stödja och hjälpa personal i DAL.

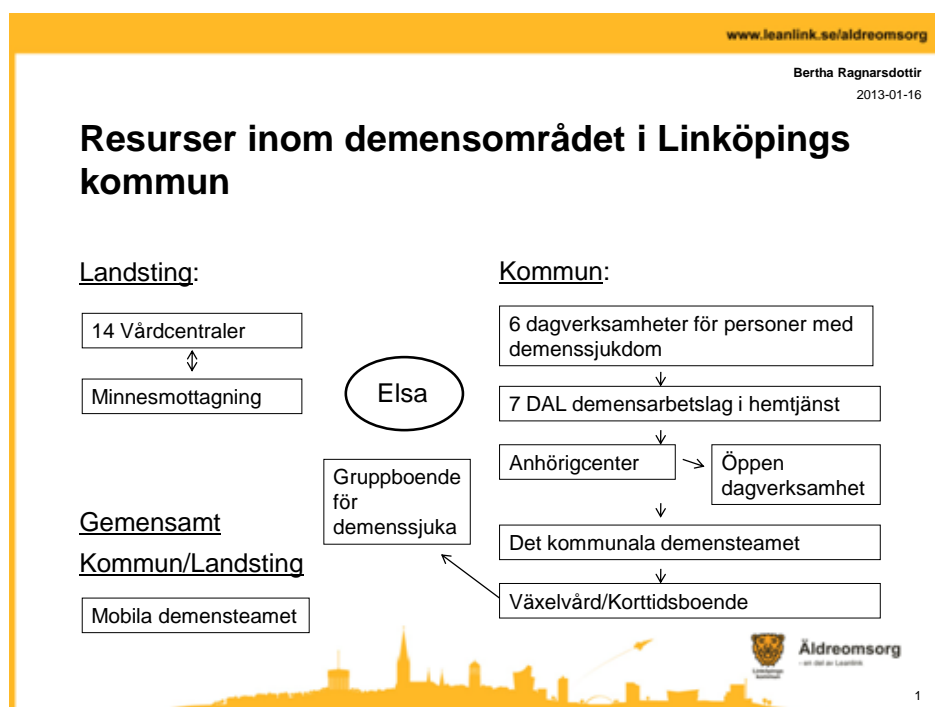
Demenssköterskor i det kommunala demensteamet bjöds in på handledning för att diskutera samarbete kring gemensamma vårdtagare som tillhör DAL.

Ett par anhörigträffar anordnades för anhöriga till de personer som tillhör DAL. Dessa träffar hölls på kvällstid och flera anhöriga var intresserade av att få ta del av arbets sättet i DAL.

Plattformen för demensfrågor i Linköpings kommun under ledning av Lärcenter för god demensomsorg fortsatte. Några av personalen som tillhör DAL har varit med i arbetet att utforma och implementera levnadsberättelsen som ett verktyg i äldreomsorgen.

Under året har DAL arbetat med rutiner kring "utflytt", dvs. när en vårdtagare flyttar och slutar att tillhöra DAL. Samma sak med "inflytt", dvs när en vårdtagare kommer in i DAL. Fortfarande kan arbetet ses som arbetsmaterial men ambitionen är att göra materialet färdigt under våren 2013.

Projektledaren har deltagit i en arbetsgrupp med landsting/kommun kring att få till en checklista för årlig uppföljning av personer med demenssjukdom som bor kvar hemma. Checklistan är nu klar och ska användas av det kommunala demensteamet. Det kan bli aktuellt att kontaktmän i DAL ombeds att hjälpa till vid de årliga uppföljningarna där det inte finns närstående som kan hjälpa till. En annan uppgift i denna arbetsgrupp, var att få till en checklista för årliga uppföljningar för distriktssköterskor med demensansvar. Denna uppföljning kommer att äga rum på vårdcentralerna och förhoppningsvis kopplas personal från DAL in om behov uppstår.



Under året träffade projektledaren det kommunala demensteamet ett par gånger för att diskutera samverkan med DAL. Sjuksköterskorna i det kommunala demensteamet följde med projektledaren när denna handledde DAL för att informera om sin verksamhet och träffa personalen för att diskutera hur de gemensamt på bästa sätt hjälpa kan de vårdtagare de träffar.

På senhösten blev frågan kring projektledarens fortsättning mer och mer aktuell. Det bjöds in till ett stormöte med högsta chefer för de utförare som driver DAL. Frågan kring framtidens DAL

diskuterades. Alla var eniga om att de ville fortsätta att driva DAL i samma form som tidigare. Utförarna bestämde sig för att vänta med beslut kring hur finansieringen skulle lösas tills de fick besked från Äldrenämnden.

Resultat

Frågan kring vad som räknas som resultat kan ställas. Det finns många frågor att fundera över. Men det finns inga självklara svar. Kan det vara så att de vårdtagare som får hjälp från DAL bor kvar längre i sitt eget hem? Är det så att vårdtagarna har fått mera kvalitet på sina hemtjänstinsatser? Om svaret är ja, hur mäter man kvaliteten? Kan resultatet vara att de närstående mår bättre och känner sig tryggare om de vet att det är professionell personal som utför hjälpen till deras närstående? Har personalen i DAL bättre kontinuitet nu, i sitt kontaktmannskap, än innan projektet startades? Blir omsorgen bättre tack vare utbildad personal?

Majoriteten av deltagarna i DAL framhäver själva i de utvärderingar de har skrivit, att de i hög grad, tycker att deras yrkesroll har stärkts under projekttiden. De känner sig säkrare i sitt bemötande av de personer de hjälper som lider av demensproblematik. De lyfter också upp anhörigkontakten och menar att den har blivit bättre och att de har större förståelse för de anhörigas situation samt kan svara på deras frågor och ge dem råd på ett annat sätt än tidigare. Flera har sagt att de känner sig mera delaktiga och kan numera, med ökad kunskap, argumentera med andra yrkesgrupper som är inblandade i olika beslut kring vårdtagaren och hans/hennes problem.

Kringgående resurser har uttalat sig om att DAL gör skillnad i demensvård och omsorg i Linköping. Där kan nämnas det **kommunala demensteamet** som har uttalat sig om att det är som "dag och natt" att överlämna demensärenden på servicehus där det finns DAL lag kontra där det inte finns. Ett par **Vårdcentraler** har också uttalat sig om samma sak och det har förekommit att läkare och distriktssköterskor har rekommenderat hemtjänst från servicehus där det finns DAL trots att vårdtagaren bor närmare ett servicehus som annars kanske skulle ha varit första hands valet. **Mobila demensteamet** är redo att skriva under att samarbetet med DAL har varit avgörande för en positiv utgång i vissa fall. Det bör dock påpekas att mycket återstår att göra kring att utveckla samarbete med vårdcentralerna. I Linköping finns det 14 vårdcentraler som har kommit olika långt i sitt arbete med personer med demenssjukdom. Samma så med biståndshandläggarna. Det skulle bli mycket spännande att se ett nära samarbete mellan DAL och de resultera i bättre beslut för den enskilde.

Jag vill gärna tro att DAL gör skillnad och jag vet att genom ökade erfarenheter lär sig deltagarna hela tiden mer om demenssjukdomarna och därmed också hur de ska möta de vårdtagare som tillhör DAL. Kvalitetsmätning i detta avseende är svår. Vissa av demensteamet har använt sig av olika skattningsskalor och intervjuer. Kanske något att tänka inför framtiden

Ekonomi

Erhållna stimulansmedel	400 000:-
Löner till projektledare med "overhead"kostnader	-300 000:-
Kostnad för overhead, utbildningsdag samt material	-100 000:-

Diskussion

Vi vet genom forskning att personer med demenssjukdom behöver trygghet, kontinuitet och är mer beroende än andra av att få hjälp av ett mindre antal personer som de känner igen. Med en god kontinuitet lär vårdtagarna känna personalen i hemtjänsten och förhoppningsvis få förtroende för dem, något som är avgörande för att de tar emot den hjälp de behöver. Genom handledning och utbildningsdagar med deltagarna i DAL har många frågeställningar diskuterats. Kontinuitet är ett ständigt diskussionsämne. Alla deltagarna i DAL samt deras chefer är eniga om att det fortfarande förekommer brister i kontinuiteten. Samtidigt är de väl medvetna om att just kontinuitet är en avgörande framgångsfaktor i att skapa trygghet för vårdtagarna. Varför det brister i kontinuiteten är en stor fråga. Svaret är inte enkelt, utan det förefaller som det beror på ett flertal olika faktorer. Utformningen av schemana nämns som grundorsaken till att kontinuiteten delvis brister. De olika DAL har inte lika schemasystem. Två av lagen arbetar efter så kallade Laps care data system. Andra har handskrivna kort som finns på plats på morgonen och ett lag har s.k. tvättstugeschema. De som lyckas bäst med kontinuiteten är det DAL som arbetar "lättvecka" (dagtid alla dagar utom helger och röda dagar). Gemensamt för alla schemana är att det finns "samordnare" som arbetar med att få ihop dem med hänsyn till arbetsuppgifterna. Kritiken hos deltagarna ligger i att de tycker sig vara för styrda i sitt arbete och anser sig behöva arbeta "slaviskt" efter klockan. En annan sak som nämns av ett flertal deltagare är att det inte alltid tas hänsyn till kontaktmannskapet, dvs. att de med automatik "får" gå till de vårdtagare de är kontaktmän för. När samma diskussion tas upp med cheferna menar de att personalen kan, i mycket större utsträckning än de nu gör, lyfta upp sina egna bedömningar kring tidsåtgången hos varje vårdtagare de går till. Det skulle leda till utökad tid. Detta är något deltagarna på senare tid har diskuterat, speciellt under handledningstillfällena där vi har gått igenom vårdtagarnas behov, och det har blivit en markant förbättring. Det har resulterat i att flera av vårdtagarna har fått mera tid beviljad kring olika insatser. I samband med att deltagarna har fått utökad utbildning har de blivit mer uppmärksamma på olika symtom hos de vårdtagare de hjälper och tänkt mera kring arbetssätt och informerat dem som vikarierar i teamet om vilket bemötande de bör ha. En annan orsak till att kontinuiteten kan fallera är när hemtjänststimmarna ökar eller minskar drastisk, på kort tid. Det kan innebära att man står utan kompetent personal när behov av DAL personal ökar eftersom de har fått andra uppgifter.

I två av DAL lagen har man bestämt att samordnare ska ingå, även under handledningstillfällena. Detta har visat sig ge väldigt bra resultat när det gäller kontinuerlighet, eftersom samordnaren är med i att lägga schema och kan påverka planeringen och genom att vara med på handledningen får denna ökad förståelse för hur viktigt det är att planera på rätt sätt.

Det har lyfts upp i olika utvärderingar att deltagarna i DAL känner stor skillnad nu mot innan projektets start när det gäller deras kunskap och säkerhet ute på fältet. När det handlar om social samvaro, tycker de att den har blivit mera meningsfull för vårdtagarna och att de nu tänker i helt andra banor än tidigare kring lämpliga aktiviteter med tyngdpunkt på personcentrerad omsorg. Materialet med olika föremål, böcker, det att kunna spela lämplig musik har enligt de, utan tvekan hjälpt till att hitta meningsfulla samtal med vårdtagarna.

Det som också har skett sakta men säkert är att deltagarna i DAL i allt större utsträckning har börjat diskutera med samordnarna som planerar hembesöken om de "fel" de upptäcker. Det kan handla om när tre personer eller fler skickas till samma vårdtagare under dagen, istället för att samordna insatserna och tänka på att kontaktmannen i allra möjligaste mån ska ta alla hembesöken hos

vårdtagaren när han/hon är i tjänst. Samordnarna har säkert också blivit mera medvetna om arbetssättet och vikten av att planera kring kontaktmannaskapet.

Vid utvärdering tar deltagarna i DAL ofta upp behov av kontinuerlig utbildning. Det är svårt att hålla en jämn kunskapsnivå eftersom deltagarnas kunskap är mycket varierande. För mig som projektledare har det varit en utmaning att planera för utbildningar eftersom deltagarna har bytts ut i stor utsträckning. Kunskaperna tunnas ut i takt med att folk slutar. Under dessa år som projektet har pågått har cirka hälften slutat av olika anledningar. Där kan nämnas att folk har flyttat, gått på föräldraledighet, fått andra tjänster, blivit långtidssjukskrivna. De har även fått flytta på sig pga. att hemtjänstärendena har minskat i området och verksamhetscheferna har fått ta hänsyn till turordningsreglerna vid omorganisationer. Med det system vi har i Linköping kring olika utförare och olika avtal är omorganisationer och ökad rörlighet bland vårdpersonalen, både i hemtjänst samt övrig äldreomsorg, något vi får "lära oss att leva med". Alla inblandade är dock eniga om att enheterna tappar fart före och under den tid som byte av utförare sker och det dröjer också innan den nya utföraren blir varm i kläderna och börjar tänka framåt. En fråga som har lyfts är om DAL ska finnas med i upphandlingsunderlaget i framtiden. Att det framkommer att på denna enhet finns ett DAL lag som kräver ett visst arbetssätt osv.

Det är också angeläget att tänka ut hur nya deltagare på bästa sätt kan komma in i DAL. Exempelvis gå ut med intresseanmälan när det blir en ledig plats där de sökande ska uppfylla vissa givna kriterier. Min fundering är om det skulle kunna göras en pärm med utbildningsmaterial som de ska ta del av. Eventuellt ett krav på att de skall läsa vissa grundböcker samt ta del av vissa filmer som har visats på de utbildningsdagar som har arrangerats inom DAL. En skräddarsydd upprepad grundutbildning en gång om året, för de som börjar i DAL är också något som kan tänkas vara en lösning. Inom omvårdnadslyftet finns idag en grundutbildning inom demensområdet på 100 poäng som skulle vara en mycket bra lösning. Det är också nödvändigt att erbjuda deltagarna i DAL regelbunden kompetensutveckling inom demensområdet. Tack vare internaten som har kunnat erbjudas en gång om året har det varit möjligt.

Andra mål som har dykt upp under resans gång gäller att utveckla bättre stöd till anhöriga och närstående och framförallt förbättrad samverkan med olika aktörer inom demensområdet i Linköping. Samarbetet med det kommunala demensteamet, mobila teamet och DAL har förbättrats och utvecklats det gångna året. Förbättringsområden som är angelägna är att utöka samarbete med vårdcentraler och biståndshandläggare. I detta sammanhang har projektledaren i DAL ingått i ett vårdprocessprogram som startade hösten 2011, som är ett samarbete mellan landsting och kommun för att säkra en struktur för vårdens innehåll och samspelet med omsorgen under hela förloppet av demenssjukdomen. Särskilt fokus bör ligga på att säkerställa diagnostik och årlig uppföljning av personer som har fått demensdiagnos. Att medverka i detta vårdprocessprogram har gett DAL en "skjuts" i rätt riktning när det gäller samarbetet med vårdcentralerna. Vårdcentralerna har fått information om DAL och förhoppningsvis kommer det att leda till ökat samarbete mellan vårdcentralerna och DAL. Det har nu utarbetats checklistor för årlig uppföljning av personer som har demenssjukdom, både när det gäller distriktssköterskor med demensansvar samt checklista som ska användas av kommunala demensteamet. Min förhoppning är att den årliga uppföljningen kommer att leda till kvalitetshöjning för våra vårdtagare. Det är viktigt att informera DAL personalen (kontaktman) om det uppstår några förändringar, genom uppföljningen som kan innebära, att ett nytt genomförandeplan bör göras.

Det råder ingen tvekan om att det är mycket angeläget för personer med demenssjukdom och deras närstående att hela vårdkedjan fungerar. Ett annat arbete som har gjorts i Linköpings kommun och som Lärcenter för god demensvård har stått för är en kartläggning av de resurser som finns i Linköpingskommun för personer med demenssjukdom och deras närstående ser ut. Gemensamt informationsmaterial som beskriver hur stödinsatserna för dessa människor ser ut i Linköpings kommun känns angeläget. Ett gemensamt formulär för alla utförare har gjorts, kring levnadsberättelsen. På så sätt erbjuds alla vårdtagare samma formulär, som ska följa med de från hemtjänst och genom hela vård och omsorgs -processen.

Förändring tar tid, det vet vi genom olika undersökningar. Motivationen eller förändringsviljan är en central faktor i ett förändringsarbete. Deltagarna i DAL har motivation och vill inget hellre än att arbeta med det arbetsätt som de har lärt sig. Förutsättningar och stöd måste finnas. Här är verksamhetscheferna mycket viktiga. Förändringsvilja handlar om delaktighet, tilltro, trygghet, självförtroende och information, tillsammans bildar dessa faktorer en helhet för förändringsarbetet. Det är viktigt att personalen känner att det finns tillgång till förändringsberedskap. Det sägs också att förändringsarbetet underlättas om personalen känner att det finns behov av förändring. Det råder ingen tvekan om att det finns behov av förändring i hemtjänsten när det gäller vård och omsorg av personer med demenssjukdom. DAL är ett steg i rätt riktning.

Samarbete mellan aktörer inom demensvård och omsorg i Linköpings kommun håller på att ta form. Där har den så kallade demensplattformen bidragit till ökad kunskap om vilka resurser/insatser som finns tillgängliga för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Medvetenheten om hur vi kan samarbeta på bästa sätt har ökat markant under det sista året. Mycket arbete kvarstår dock. Biståndshandläggarna är en mycket viktig yrkesgrupp som DAL-personalen saknar mer dialog med. Erfarenheter från andra kommuner som har byggt upp demensteam i hemtjänst har visat att ett bra och nära samarbete med biståndshandläggarna är avgörande för ett gott resultat.

Det går inte att jämföra DAL i Linköping med andra demensteam i Sverige. Det samarbete som vi har fått till stånd här i Linköping mellan DAL som tillhör olika vårdföretag är så vitt jag vet, unikt i Sverige. Olika vårdföretag arbetar sida vid sida, trots konkurrens, och delar erfarenheter och hjälps åt över gränserna. Forskare som har undersökt hur det kommer sig att olika projekt blir framgångsrika och andra inte menar att det är viktigt, rent av avgörande med bra förankring hos förvaltning och politisk ledning i kommunen. Projektet måste vara förankrat högst upp och längst ner (Haraldsson, U & Wånell S-E 2009:9).

Under de två sista åren har DAL tappat fart på höstkanten, mestadels på grund av att det var oklart hur fortsättningen skulle ske. Båda åren har beskedet kommit dagarna innan jul, att DAL-projektet skulle få fortsatt projektstöd med samma resurser som tidigare. Detta har varit påfrestande för oss alla som arbetar i och med DAL. I slutet av 2012 kom äntligen det efterlängtrade glädjande beskedet att DAL- projektet kommer att bli permanent.

Slutsatser

Projektet startade år 2008 med förberedelsefas för att igångsättas år 2009. Projektet har pågått under drygt 4 år. I december 2012 beslutade kommunen i Linköping att projektet ska bli permanent och ingå i befintlig verksamhet med samma förutsättningar som under projektiden. Syftet med projektet var tvåfaldigt. Det övergripande syftet var att stimulera till utveckling av demensarbetslag i hemtjänst hos kommunens äldreomsorgsutförare. Syftet med demensarbetslagen var att ge personer med demenssjukdom bättre omvårdnad, större trygghet och därmed ökade förutsättningar att bo kvar i det egna hemmet. Det förstnämnda syftet har utan tvekan uppnåtts. Under projektiden har sju DAL-lag startas och är i gång med sin verksamhet. Det sistnämnda syftet (projekt målet) är däremot något som hela tiden måste utvärderas och diskuteras. Min förhoppning är att de personer med demenssjukdom som tillhör DAL får bättre omvårdnad än innan starten, av utbildad personal som får regelbunden handledning och utbildning. Min önskan är också att dessa personer känner större trygghet och har fått ökade förutsättningar att bo kvar längre hemma än de skulle ha gjort utan hjälp från DAL. Detta är dock som tidigare skrivits svårt att mäta.

Antalet personer med demenssjukdom som får sin hjälp (hemtjänstinsatser) genom DAL har varit konstant runt 100 personer. Plus, minus 10 personer. Vid årsskiftet 2012 ingick 134 personer i DAL, en klar ökning. Det beror en hel del på att det tillkom ett nytt DAL under året. (DAL på servicehuset Stolplyckan). Ökningen kan också bero på att DAL har blivit mera etablerat och flera anhöriga väljer ett DAL framför vanligt hemtjänst trots att det kanske inte är det hemtjänstområde som ligger närmast deras närstående.

När det gäller de aktiviteter som har pågått i och kring DAL beskrivs de under rubriken: Verksamhet för DAL (år 2008 – år 2012). Sammanfattningsvis har tyngdpunkten hos projektledaren lagts på att utbilda personalen som arbetar i DAL i demensfrågor, handleda dem kontinuerligt i svåra ärenden, finnas tillgänglig för kontakt i viss mån när det uppstår frågor, hålla verksamhetscheferna underrättade om utvecklingen, stötta i planeringen. Arbeta med samarbetsfrågor kring vårdtagare som tillhör DAL och de 14 vårdcentralerna, kommunala demensteamet samt mobila demensteamet. Personalen i DAL får varje år frågan om vad de tyckte att det krävdes för att DAL ska utvecklas och växa i framtiden. Svaren är mycket viktiga för planering inför framtiden. Det är mycket samma saker som återkommer år efter år: Tid att få göra ett bra arbete (planering), jobba för kontinuiteten, chefens stöd och förståelse är också avgörande för ett bra resultat.

Jag är väl medveten om att arbetet med att utveckla DAL aldrig tar slut. Förändringar i verksamheterna innebär att stabiliteten rubbas, där kan nämnas byte av chefer som har varit relativt stort samt att personal byts ut av olika anledningar. Ibland känns det som att allt står stilla och kanske rent av att vi tar ett par steg tillbaka. För att sedan lyfta och ta flera steg framåt. Förändringar tar tid.

Vad har DAL-verksamheten i Linköpings kommun resulterat i utöver syftet, kan man fråga sig. Jag hävdar att DAL-lagen har blivit en viktig del i Äldreomsorgen i Linköping, uppskattad av många samarbetspartners också förutom de vi är till för och med det menar jag personer med demenssjukdom som bor i det egna hemmet och deras närstående.

Plan för uppföljning

Nu går arbetet med att driva DAL vidare. Utvärdering äger kontinuerligt rum och deltagarnas samt verksamhetschefernas svar ligger till grund för framtida planering. Önskemål har kommit från andra hemtjänstområden om möjlighet till deltagande och att få hjälp med uppstart och få delta i DAL. Det får bli en framtida fråga. Här nedan finns tankar kring framtida arbetsuppgifter för demensarbetslagen i hemtjänst.

Tankar kring framtida arbetsuppgifter

- Fortsätta utveckla samarbetet med Linköpings 14 vårdcentraler (detta arbete går hand i hand med arbetet som pågår kring demensutredning och årlig uppföljning). Offensiv marknadsföring mot vårdcentralerna om fördelarna med samarbete med DAL.
- Utveckla samarbetet mellan DAL och de dagverksamheter för personer med demenssjukdom som drivs i Linköping. Gästerna som vistas på dagverksamheterna har det gemensamt att de nästan alla har hemtjänst i någon form. Det är viktigt att få till stånd samarbete och samsyn kring de personer som har hjälp från olika aktörer inom äldreomsorgen för att få en personcentrerad vård och omsorg, undvika missförstånd och underlätta för personalen att arbeta personcentrerat.
- Utveckla samarbetet med personal på växelvård/korttidshem kring samarbete med DAL där samsyn skapas kring vårdtagarna.
- Utveckla samarbetet med biståndshandläggare i Linköpings kommun kring DAL. Förslag att utse biståndshandläggare som riktar sitt arbete mot personer med demensproblematik som bor kvar hemma. Biståndshandläggare och DAL-chef/samordnare skulle exempelvis kunna träffas en gång i månaden för att diskutera fall.
- Utveckla samarbete med närstående till vårdtagare som tillhör DAL.
- Investera mera i vikarier som tillhör de olika DAL. Där finns många förbättringsområden, men först och främst handlar det om utbildningsinsatser och att lämplighet måste finnas i grunden. Samma gäller sjuksköterskor som tillhör de servicehus som har DAL lag. Där har man efterlyst en gemensam utbildning.
- Till sist har vi fått erbjudande om att involvera ett par DAL-lag i BPSD-kvalitetsregister . Man vill från nationellt håll pröva om man genom att vara med i registret kan förbättra livskvaliteten hos dessa personer.
- I början av hösten ombads verksamhetscheferna i DAL helt förutsättningslöst att fundera över om deras ledning var intresserad av att starta upp fler DAL inom sitt företag. Verksamhetscheferna tog med sig frågan till sin ledning och resultatet blev att Attendo skulle vilja utöka med ett DAL-lag i Skäggetorp, Carema vill utöka med två DAL i Skäggetorp och Stolplyckan och Leanlink är intresserad av att utöka med ett DAL på Hjälmåsäters servicehus.

Referenslitteratur:

- Andersson, B. (2005) *I slutet av minnet finns ett annat sätt att leva*. Agneta Ingberg om sitt liv med Alzheimers sjukdom. Libris. Örebro.
- Basum, H., Ekman, S-L., Englund, E., Gustafson, L., Lannfelt, L., Nygård, L., Terzis, B., Wahlund, L-O. m fl. (2004) *Om Demens*. Liber, Stockholm.
- Burman, G. (2001) *Har jag en dotter? En bok om demens*. Alfabeta Anamma. Göteborg
- Carlander, J. (2006) *Starka känslor. Affekter och emotioner i möten med människor*. Gothia Förlag, Stockholm.
- Cars, J. & Zander, B. (2006, 2008) *Samvaro med dementa. Råd till anhöriga och personal om bemötande*. Gothia Förlag, Stockholm.
- Edberg, A-K (red.) (xx2010) *Att möta personer med demens*. Studentlitteratur, Stockholm
- Falk, H., Richt, B. (2001) *Kontaktmannaskap – en väg till*. Liber, Stockholm.
- Haraldson, U & Wånell, S-E (2009) *Demensteam. En nationell Överblick*. Rapporter / Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum 2009:09 ISSN 1401-5129 Stockholm Gerontology Research Center.
- Hjalmarsson, I. (2006) *Demensteam ett steg framåt för hemtjänsten. Utvärdering av ett Kompetensfondsprojekt i Bromma*. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:10, Stockholm.
- Kilander, I., Landahl, P., Ingelsson, M. (2009) *Frontallobsdemens, den förbryllande sjukdomen*. Gothia Förlag, Stockholm.
- Killén, K. (2007) *Professionell utveckling och handledning - ett yrkesövergripande perspektiv*. , Studentlitteratur, Stockholm.
- Kinsella, K., Velkoff, V.A. (2001) *An aging world*. US. Census Bureau, Washington.
- M Sand, A-B (2002) *Anhörigvård – arbete-ansvar-kärlek-försörjning*. Studentlitteratur, Stockholm.
- Ragnarsdóttir, B. (2005) *”Demensnätverket - En kompetensutvecklingsmetod för omsorgspersonal inom demensboenden i Östergötland”*. Äldrecentrum Östergötland.
- Ragnarsdóttir, B. (2010) *Här är ditt liv* Greta Pettersson. Fortbildning AB Stockholm.
- Rönnerfält, M-B, Norman, E., Wernberg, K. (2008) *Kontaktmannaskap i äldreomsorgen*. Gothia Förlag, Stockholm,
- SBU. *Demenssjukdomar*. Rapportnummer: 172 2006:1:
- Skog, M (2009) *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Bonnier Utbildning, Stockholm.
- Solem, P-E, Ingebretsen, R., Lyng, ., Nygård A-M. (red) (1996) *Demens –psykologiska perspektiv*. Studentlitteratur Stockholm.

Socialstyrelsen (2020) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. -stöd för styrning och ledning.*

Wijk, H. Tematiska rum / *Att leva med och vårda personer med demens. / Att Anpassa miljöer för personer med demens särskilda behov.* WWW.vardalinstitutet.net/demens.

Åhsberg, E, Ingvad, B, Elmståhl, S, Ohlsson, A. (*Rapport 2002:5 Särskilda team i hemtjänsten-Bättre än valig hemtjänst?* FoU enheten Malmö,

Övrigt:

Filmen om Agneta Ingberg. *Om att leva med Alzheimer*. Föreläsningen filmades i Cornelisrummet på Mosebacke Etablissement i Stockholm år 2006 (Hollender Film).

Filmen "*Ja så kan det va*". En film om frontallobsdemens. Demensförbundet, Klockargårdsfonden Borgholm, Närsjukvården i Östergötland. 2005

Filmen, . www.landstinget.sormland.se/gipsmossan. Närvård i Sörmland. Kommuner-Landsting i samverkan.

Filmen *Hugarhvarf-Lífid heldur áfram med heilabilun. (2006)* . Reykjavík, Rannsóknastofa LSH í öldrunarfræðum. (svensk text)

Filmen: *En hand att hålla i* –att leva nära en person med demenssjukdom. En film av Sonja Östergren och Alf Carlström. Filmen kan beställas från: Demensföreningen i Stockholms Län.