

PROJEKTET AKTIVERANDE OCH REHABILITERANDE VÅRDMETODER INOM ÄLDREOMSORGEN



SLUTRAPPORT

Mary Andrén-Pada, red. Siv Nyberg



Korsholms kommun
Socialcentralen
September 2005

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND OCH SYFTE.....	s. 2
2. METOD	s. 3
3.1. Genombrottsmetoden	s. 3
3.2. Tillämpning av genombrottsmetoden	s. 4
3.3. Genombrottsmetoden inom projektet aktiverande och rehabiliterande vårdmetoder inom äldreomsorgen	s. 4
3. ASPGÅRDEN	s. 7
4. SOLGÅRD	s. 10
5. SMEDSBY HEMSERVICE	s. 13
6. AVSLUTNING	s. 16
6.1. Resultatet	s. 16
6.2. Hinder och problem för förändringsarbetet	s. 18
6.3. Försättningen för förändringsarbetet	s. 18
6.4. Spridning av de gjorda erfarenheterna	s. 19
6.5. Slutord	s. 19

KÄLLFÖRTECKNING

BILAGOR

1. BAKGRUND OCH SYFTE

I anslutning till att Finlandssvenska kompetenscentret inledde sin verksamhet gjordes en kartläggning av aktuella utvecklingsområden inom det sociala området i Österbotten. Av kartläggningen framgick att äldreomsorgen var ett område i behov av utveckling. Korsholm sände, i samarbete med några andra svensk- och tvåspråkiga kommuner i Österbotten, in en ansökan om projektmedel till länsstyrelsen år 2002. Denna ansökan godkändes inte och därför omformulerades den och sändes in på nytt, den här gången till Social- och hälsovårdsministeriet. Efter ännu en revidering där projektet ytterligare komprimerades beviljades slutligen Korsholms kommun bidrag för projektet *Aktiverande och rehabiliterande vårdmetoder inom äldreomsorgen*.

Målsättningen med projektet var att utveckla och ta i bruk nya arbetsmetoder med avsikt att vinna kunskap om hur aktivering och rehabilitering av de äldre kan höja deras livskvalitet samt även vårdkvaliteten. Målet var att vården skall stå på en etiskt motiverad grund och att den skall respektera individens medbestämmande och individualitet. En annan målsättning med projektet var att utvecklandet av de nya arbetsmetoderna skulle motivera personalen och ge dem arbetstillfredsställelse.

Utgående från målsättningarna blev projektets syfte att:

- Öka välbefinnandet hos klienterna genom att utveckla grundvården och bruka aktiverande och rehabiliterande vårdmetoder som tar hänsyn till individuella behov.
- Öka personalens arbetstillfredsställelse och kompetens.
- Vinna kunskap om hur förändringsåtgärderna kan höja de äldres livskvalitet och personalens arbetstillfredsställelse.

Projektet har pågått från 1 mars 2004 – 31 augusti 2005 och det har förverkligats i samarbete med Svenska Yrkehögskolan. Även Samfundet Folkhälsan har fungerat som en samarbetspartner. Det Finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området har ansvarat för koordineringen av projektet och spridningen av resultaten.

För projektet tillsattes en ledningsgrupp och en styrgrupp. I ledningsgruppen ingick: Alice Backström (ordförande) och Gunilla Bertell från Korsholms kommuns socialcentral; Mary Andrén-Pada (projektledare) och Barbro Staffans från åldringshemmet Solgård; Kati Norrgrann och Lis-Britt Toppar från Smedsby hemservice, Johanna Lindqvist och Anne-Maj Isaksson från demensboendet Aspgården; Sofia Svartsjö från hälsovårdscentralen, Britt-Marie Hautanen från Folkhälsans gruppboende i Smedsby, Maria Kaivonen som sedan ersattes med Eliisa Uusihaka, båda från Folkhälsans rehabiliteringscenter Norrvalla, samt Mona Granholm eller Lillemor Nylund från Svenska Yrkehögskolan.

Styrgruppen har bestått av Mary Andrén-Pada, Barbro Staffans och Camilla Tallskog från Solgård; Kati Norrgrann och Lis-Britt Toppar från Smedsby hemservice; Johanna Lindqvist och Anne-Maj Isaksson från Aspgården samt av Sofia Svartsjö från hälsovårdscentralen och Eliisa Uusihaka från Folkhälsans rehabiliteringscenter Norrvalla.

Som övervakare för projektet har Viveca Arrhenius från Social- och hälsovårdsministeriet fungerat.

2. METOD

2.1. Genombrottsmetoden

Ledningsgruppen för projektet beslöt, på förslag av projektledaren Mary Andrén-Pada, att använda en utvecklingsmetod som tidigare inte använts i Finland, nämligen Genombrottsmetoden. Denna metod valdes för att den fokuserar på aktiviteter och lärande hos de människor som hanterar de direkta processerna i vården, vilket också medför ett stort ansvar för de deltagande teamen att göra saker själva. Metoden bygger på att lära genom att göra – inte genom att lyssna. Deltagarna ska själva ställa upp mål och med stöd av kunskap ändra sina arbetsrutiner för att uppnå målen.

Genombrottsmetoden är, trots att den är ny i Finland, inte en obeprövad metod. Den har tidigare t.ex. använts vid: diabetesvård, sedering och respiratorbehandling, vård i livets slutskede, demensvård samt för att förkorta köer och väntetider.

Genombrottsmetoden introducerades i Sverige av Landstingsförbundet 1996 och i samarbete med Svenska kommunförbundet startade man år 2001 projektet ”Genombrottet – bättre vård vid livets slut”. Detta projekt har även fungerat som inspiration vid val av metod för projektet ”Aktiverande och rehabiliterande vårdmetoder inom äldreomsorgen”.

Som särskild inspiration har användandet av metoden vid Uggledals äldreboende SDF Askim i Göteborg varit. De deltog i projektet ”Genombrottet – bättre vård vid livets slut” med syfte att förbättra välbefinnandet och livskvaliteten för de dementa, genom att hindra smärta, oro och ångest vid livets slut. De mål man hade var att minska smärta, att minska användandet av laxermedel, att de boendes BMI (Body Mass Index) ska befinna sig över den nedre gränsen, att nattfastan inte ska överstiga 11 timmar, att livskvaliteten ska öka och att de anhöriga ska känna sig nöjda och trygga med vården.

Genombrottsmetoden (The Breakthrough Series) har utvecklats vid Institute for Health Care Improvement (IHI), i Boston, av Paul Batalden och Don Berwick. Dessa två har länge sökt sätt att förbättra kvaliteten inom hälsovården, utan att använda sig av traditionella utbildningsmetoder. Den första modellen för genombrottsmetoden skissades upp 1994 av Batalden och tanken bakom metoden är att det finns gott om kunskap om hur man skall uppnå god vård på ett ekonomiskt sätt men att dessa kunskaper inte används i praktiken. Det finns med andra ord en klyfta mellan vad man vet och vad som görs. Dessutom sprids kunskap om nya och bättre sätt att arbeta på alldeles för långsamt. (IHI, 2003)

Fördelarna med Genombrottsmetoden är att man kan testa olika idéer snabbt och i liten skala vilket också ger snabba resultat. Små förändringar kan ge märkbara förbättringar och olika idéer kan testas samtidigt. Problem kan upptäckas i ett tidigt skede innan någon större skada är skedd, vilket också ger utrymme för misslyckanden, som i sin tur leder till nya kunskaper och erfarenheter. (Hunter College School of Social Work, 2004)

De grundläggande värderingarna för Genombrottsmetoden är:

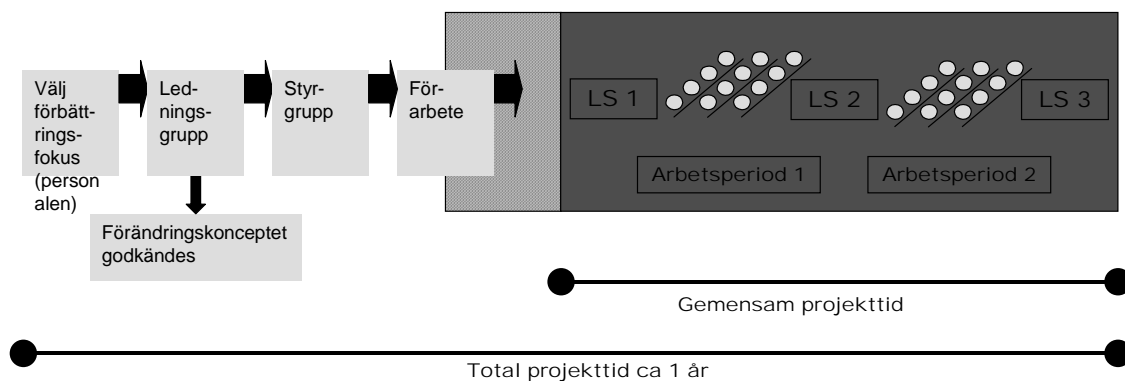
- Allas delaktighet
- Klientnyttan i fokus – ”Vi finns till för klienterna/patienterna”
- Ständig kompetensutveckling för personalen
- Ständiga förbättringar
- Processorientering

2.2. Tillämpning av genombrottsmetoden

Ett genombrottsprojekt inleds alltid med att ett förändringsområde identifieras. Därefter sammanställer experter inom området aktuell kunskap. De team som skall delta i projektet inbjuds därpå till lärandeseminarier. Inför det första lärandeseminarieret skall teamen ha fastställt klientrelaterade och mätbara syften med sitt deltagande. Under lärandeseminarierna diskuteras syften, målformuleringar och förändringsidéer, och deltagarna tar del av hur det går för de övriga teamen samt hur man skall handskas med eventuellt förändringsmotstånd hos medarbetarna.

Efter varje Lärandeseminarium följer en arbetsperiod på "hemmaplan". Det är då som alla tester skall genomföras och dokumenteras. Dessa perioder kallades av IHI för Plan-Do-Study-Act, med andra ord så planeras en förändring, förändringen genomförs, resultaten studeras och slutligen handlar man utgående från de resultat som fåtts. (Landhage, 2002) Figur 1 visar hur genombrottsmetoden kan tillämpas.

Figur 1. Modell för Genombrottsmetoden



2.3. Genombrottsmetoden inom projektet aktiverande och rehabiliterande vårdmetoder inom äldreomsorgen

Inom äldreomsorgen i Korsholm valdes tre enheter ut som skulle delta i projektet. Dessa var flygel III vid åldringshemmet Solgård, demensboendet Aspgården samt Smedsby hemservice. Flygel III har 10 klienter och den personal som deltog i projektet var 8 till antalet. Aspgården har 10 klienter och en personal bestående av 9 personer. Vid Smedsby hemservice tillfrågades klienterna om de ville delta i projektet och 8 klienter tackade "ja" till medverkan. Personalgruppen som deltog bestod av 11 personer.

För att få fram vilka problemområden som skulle kunna vara aktuella att utveckla gjordes vid Solgård en kartläggning angående hur stor del av klienterna som visar oro och/eller ångest; hur många som får lugnande medicin, sömnmedicin och/eller antidepressionsmedicin; hur många som får laxermedel och hur ofta de får dem; hur lång nattfasta klienterna har; vilka begränsande säkerhetsåtgärder man använder sig av¹; vilket BMI klienterna har; samt hur klienternas livskvalitet ser ut.

Utgående från den här kartläggningen togs förslag på åtta utvecklingsområden fram. Personalen vid Solgård och Aspgården fick sedan bland dessa åtta välja ut de områden som de ansåg sig vilja utveckla, eller komma med helt nya förslag. Man valde ut fem områden vardera.

På Solgård valdes följande problem/utvecklingsområden:

- läkemedelsanvändningen
- användningen av laxerande medel
- nattfastans längd
- förflyttning av klienter
- oron på avdelningen samt aggressivitet, irritation och samarbetsproblem

På Aspgården valdes följande problem/utvecklingsområden:

- blöjanvändningen
- användningen av laxerande medel
- nattfastans längd
- förflyttning av klienter
- oron på avdelningen samt aggressivitet, irritation och samarbetsproblem

Vid hemservicen diskuterade personalen först igenom vilka områden som skulle behöva utvecklas. Sedan intervjuade man de klienter som tackat ”ja” till att medverka i projektet för att på så sätt få fram vilka områden klienterna ansåg att behövde utvecklas. Utgående från klienternas och personalens önskemål valdes följande problem/utvecklingsområden ut för hemservicen:

- balans och rörlighet
- finmotoriken vid ADL-funktionerna
- inaktivitet, initiativlöshet, sömnproblem och ensamhet

Vid lärandeseminarierna deltog de resurspersoner/experterna man tillfrågat och man diskuterade målformuleringar samt vilka förändringar som skulle vidtas för att målen skulle kunna uppnås och man bestämde tidtabell för förändringarna.

Kapitel 3,4 och 5 är sammanfattningar av de förändringar som genomförts under projekttiden. De deltagande enheternas egna rapporter finns som bilagor 1 – 3.

Under projektets gång har även personalens arbetstillfredsställelse dokumenterats. Personalen har vid tre olika tillfällen fyllt i en enkät med frågor angående sina upplevelser och åsikter om

¹ I Norge definieras begränsningsåtgärder som ”Förhållanden som hindrar privatliv, personlig frihet och rätt att bestämma över dagliga aktiviteter”, detta kan i praktiken innebära t.ex. att inte få ta emot besök när man vill; att inte få gå upp eller lägga sig när man vill; att inte få gå till toaletten när man vill; att inte få ta den tid man behöver vid olika sysslor; att inte ges möjlighet att utföra det man själv klarar av samt att inte få tillgång till olika sociala aktiviteter om man så önskar. (Socialdepartementet, 2003)

arbetsituationen. Samma frågeformulär har använts vid alla tre tillfällen. Skalan som användes var från 1 – 5. Genomsnittet för svaren låg i de flesta fall på 3 – 4.

Överlag kan man konstatera att variationerna mellan de olika mättillfällena varit små, oftast rör det sig om 0,1 – 0,2 enheter. Dessa förändringar är så marginella att man utgående från dem inte kan dra några egentliga slutsatser. Därför kommer heller inte resultaten från dessa mätningar att presenteras.

3. ASPGÅRDEN

På Aspgården identifierades fem olika problemområden.

1. 8 av 10 boende använder 2 – 5 blöjor/dygn. Blöjanvändningen påverkar det fysiska och psykiska välbefinnandet negativt samt höjer vårdkostnaderna.
2. 6 av 10 boende har problem med trög mage och använder tarmreglerande preparat, vilket påverkar deras fysiska och psykiska välmående negativt. Användandet av tarmreglerande medel innebär även höga kostnader för den boende.
3. 7 av 10 har en nattfasta som överstiger 10 – 11 timmar, vilket gör att blodssockret kan sjunka för lågt och det påverkar både humöret och vakenhetsgraden.
4. Många av de boende är svåra att hjälpa upp ur sängen p.g.a. stelhet. Många av dem samarbetar inte vid förflyttning, vilket kan förorsaka smärta hos den boende. Detta bidrar även till onda nackar, ryggar och axlar hos personalen. Flera av de boende har även dålig balans och därmed stor fallrisk.
5. Det är oro på avdelningen. De boende visar irritation, aggressivitet och samarbetsproblem i omvårdnadssituationer.

Det första utvecklingsområdet (7 veckor) för Aspgården var att minska blöjanvändningen. Som mål hade man att halvera blöjförbrukningen och att öka antalet toalettbesök Syftet var att öka välbefinnandet för de boende genom att höja känslan av integritet och självbestämmande.

Som *första förändring (3 veckor)* införde man tätare WC-besök för de boende, man såg över blöjanvändningen och anpassade modellerna efter behovet. Som *andra förändring* ville man skapa enskildhet vid toalettsituationen samt ge de boende lugn och ro när de besökte toaletten. Detta skedde genom att man på toaletterna placerade bl.a. en docka, tidningar och gratulationskort som sysselsättning och avledning så att klienterna inte skulle stiga upp från toaletten innan de var klara.

Som *tredje förändring (1 vecka)* gjorde man nya skyltar till toalettdörrarna så att de boende lättare skall kunna se var toaletterna finns. Skyltarna gjordes som 15 cm höga röda hjärtan med WC skrivet i självlysande gult.

Den fjärde förändringen (1 vecka) var att de boende skall få uppsöka toaletten genast då de har behov och *den femte (1 vecka)* var att personalen skall lära sig att se de signaler som betyder att klienterna behöver uppsöka toalett.

Genom att anpassa blöjorna till behoven och genom de tätare toalettbesöken har hudirritationerna minskat avsevärt för de boende och därmed har även välbefinnandet ökat. Integriteten och självbestämmandet har också förbättrats genom att klienterna har möjlighet att uppsöka toalett när de har behov samt genom att de får vara i lugn och ro på toaletten.

Målet att halvera blöjförbrukningen lyckades inte, utan den minskade med ca 21 %. Kostnaderna för blöjor sänktes däremot med ca 39 % som en följd av att man anpassat blöjmodellerna till de individuella behoven. Användningen av hudvårdande salvor och kostnaderna för dessa minskade också som en följd av att klienterna hade mindre hudirritationer.

Det andra utvecklingsområdet (9 veckor) var de tarmreglerande medlen och avsikten var att minska användningen av dessa för att öka klienternas välbefinnande och för att minska på vårdkostnaderna. Man ställde målet på att 80 % av klienterna skall ha spontana avföringar och att kostnaderna skall minskas med 80 %.

Den första förändringen (3 veckor) blev att öka fiberintaget genom att blanda kli i maten, att välja fiberrikare alternativ av bröd och att servera mera bär och frukt. Samtidigt minskades mängden tarmreglerande medel kontinuerligt. *Den andra förändringen (2 veckor)* blev att öka vätskeintaget samt att försöka få in mera rörelse i klienternas vardag. För att öka vätskeintaget gavs extra vätska vid frukost och vid eftermiddagskaffet. För att öka klienternas fysiska aktivitet tog personalen en extra promenadrunda med dem vid varje toalettbesök. Som *tredje förändring (1 vecka)* började man ge klienterna ett glas plommonnektar före frukost och som *fjärde förändring (3 veckor)* började man blanda rypsolja i morgongröten.

Resultatet av förändringarna blev att man först och främst kunde konstatera att de tarmreglerande medlen minskats för snabbt och därför blev man tvungen att öka på mängden igen. Rypsoljan verkade vara det som gav bäst effekt men, som man skrev i rapporten, så var införandet av rypsolja den sista förändringen och därmed är det svårt att avgöra hur mycket de tidigare förändringarna påverkat resultatet.

När tiden för det andra utvecklingsområdet var slut hade tre av tio klienter spontana avföringar. Kostnaderna för tarmreglerande medel hade sänkts med ca 63 %, men maten hade istället fördyrats eftersom kostnaderna för bär, frukt, fibrer, rypsolja och plommonnektar tillkommit. Huruvida klienternas välbefinnande förbättrats under perioden har personalen inte kunnat ta ställning till eftersom ”...klienterna själva är så dementa att de inte kan säga hur de mår och vad de känner.”

Det tredje utvecklingsområdet (3 veckor) var att minska på nattfastans längd, och syftet med det var att öka vakenhetsgraden och välbefinnandet hos klienterna. Under det här utvecklingsområdet kontrollerades klienternas blodsocker före och efter varje förändring. *Den första förändringen (4 dagar)* var att ge klienterna något att äta vid sänggåendet. *Den andra förändringen (5 dagar)* var att erbjuda de som vaknade på natten något att äta och *den tredje förändringen (12 dagar)* blev att ge klienterna något att dricka på morgonen innan de gick upp.

Resultatet av det här utvecklingsområdet blev inte vad personalen hade väntat sig. Blodsockervärdena var ungefär de samma i början som i slutet av perioden och nattfastans längd hade heller inte minskat nämnvärt. Hela förändringsperioden genomfördes på tre veckor och enligt personalen var det en för kort tid för att man skulle kunna se om förändringarna hade några verkliga positiva effekter.

Det fjärde utvecklingsområdet (16 veckor) var förflyttning och balans. Syftet med utvecklingsområdet var att öka antalet boende som samarbetar vid förflyttning, att öka de boendes balans och därmed minska fallrisken samt att minska belastningen på personalen. Förändringarna genomfördes samtidigt och därför var tidsperioden för samtliga förändringar 16 veckor.

Som första förändring inledde man med att utbilda personalen i Kinaestheticsmetoden², vilket innebär att de lärde sig att använda rörelsemönster och beröring för att underlätta förflyttning av klienter. Personalen fick även lära sig ergonomi samt att använda olika hjälpmedel. *Som andra förändring* skulle personalen tillämpa metoden vid all förflyttning och vid all uppstigning. *Som tredje förändring* skulle man träna de boendes balans genom individuellt anpassade övningar.

Det fjärde utvecklingsområdet pågick i sexton veckor och under den här tiden dokumenterades klienternas grad av oro med hjälp av VAS-skalan. VAS är ett mätinstrument med vilket personalen ser till klienternas grad av motorisk oro, som t.ex. trummande med fingrar, tandgnissel, hoprynkad ansikte eller annat som kan tyda på oro. Klienternas orograd förändrades inte märkbart under de sexton veckor som dokumentationen pågick.

Personalen däremot upplevde att arbetet kändes lättare när man använde sig av den nya tekniken. Man menade att förflyttning och uppstigning blivit lättare både för personal och klienter och att man blivit bättre på att be varandra om hjälp. Personalen tyckte även att deras medvetenhet om hur man tar i och berör klienterna har ökat samt att deras kunskap om hjälpmedel har förbättrats.

Projektets fortsättning

Ett halvt år efter att projektet inleddes använder man sig fortfarande av individuellt anpassade toalettbesök samt av individuellt anpassade blöjmodeller. Även de individuellt anpassade distraktionshjälpmedlen (kort, tidningar och dockor m.m.) används fortsättningsvis vid toalettbesöken.

Minskningen av tarmreglerande medel har också varit framgångsrik. Vid slutet av utvecklingsområde ett hade endast tre av tio klienter spontana avföringar, men ett halvt år senare klarar sig åtta av tio utan tarmreglerande medel. Man har fortsatt att ge klienterna mycket vätska och fibrer samt försökt få dem att röra på sig extra mycket. Bäst anser man att den kallpressade rypsoljan fungerar och den ges individuellt till dem som har problem med trög mage. Personalen upplevde utvecklingsområde två som mycket stressigt när det pågick men de nya rutinerna har nu blivit vardag och man känner sig nöjd med de förändringar som har gjorts och de resultat som uppnåtts.

Att minska nattfastans längd lyckades inte speciellt bra under projekttiden, dels för att klienterna sover bra om nätterna men också för att tiden var för kort för de olika förändringarna. Personalen anser dock att förkortningen av nattfastan fungerar bättre idag och att man mera än tidigare ser till de individuella behoven.

Problemområde fyra har nyligen avslutats och därför kan man ännu inte avgöra vilka effekter de nya arbetsmetoderna får men vid slutet av perioden upplevde personalen att förflyttning och uppstigning börjat gå lättare och därmed är man även motiverade att fortsätta använda de nya metoderna.

² Kinaestheticsmetoden är ett tankesätt inom vilket man tar tillvara klientens resurser. Inom metoden lär man sig förstå människans funktionsförmåga, rörelsens betydelse och beröringens betydelse. Man får även kunskap om kroppens självstyrning, motorisk inlärning och hälsa. Via Kinaesthetics kan man lära klienten rätt rörelsemönster och man kan lära personalen att använda rörelser som underlättar vid förflyttning.

4. SOLGÅRD

Vid Solgård identifierades följande fem problemområden:

1. 5 av 10 har fler än 9 olika läkemedel, vilket ökar risken för fallolyckor och frakturer. Det kan även leda till trötthet, nedsatt intellektuell förmåga och förvirringstillstånd. Användning av många olika läkemedel höjer även vårdkostnaderna.
2. 6 av 10 har problem med trög mage och använder tarmreglerande preparat, vilket påverkar det fysiska och psykiska välmående negativt, samt höjer vårdkostnaderna.
3. 9 av 10 har längre nattfast än 10 – 11 timmar, vilket gör att blodsockret kan sjunka för lågt och det påverkar humöret och vakenhetsgraden.
4. Många av de boende är svåra att hjälpa upp ur sängen p.g.a. stelhet. Många av dem samarbetar inte vid förflyttning, vilket kan förorsaka smärta hos den boende. Detta bidrar även till onda nackar, ryggar och axlar hos personalen. Flera av de boende har även dålig balans och därmed stor fallrisk.
5. Det är oro på avdelningen. De boende visar irritation och aggressivitet och samarbetsproblem i omvårdnadssituationer.

Det första utvecklingsområdet (7 veckor) var att minska på onödiga läkemedel och syftet med detta var att minska de biverkningar som läkemedlen kan orsaka samt att få ner vårdkostnaderna. Målet var att minst 80 % av klienterna skulle ha högst nio läkemedel/dygn (laxerande medel räknades inte med).

Den första förändringen (2 veckor) var att minska bruket av värkmediciner. Den andra förändringen (2 veckor) var att minska de sedativa (lugnande, sömn) medlen. Den tredje förändringen (2 veckor) var att minska läkemedlen mot högt blodtryck och den fjärde och sista förändringen (1 vecka) var att minska ”övriga läkemedel”.

Före varje förändring gick personalen tillsammans med en läkare igenom klienternas läkemedelslistor samt diskuterade hur mycket det aktuella läkemedlet kunde minskas eller om det kunde avslutas helt.

Vid projekttidens slut hade värkmediciner, sedativa läkemedel samt några ”övriga läkemedel” minskats och avslutats för flera klienter. Blodtryckmedicinerna hade dock inte kunnat minskas. Resultatet efter sju veckor var att 70 % av klienterna hade nio läkemedel eller färre och totalt hade 15 läkemedel avslutats.

Som uppföljningsinstrument användes ESAS-skalan³, vilket innebar att man dagligen på en skala från 0 – 10 följde upp hur klienterna mätte. De skiftningar som mätningarna visade från vecka till vecka var små och några egentliga förändringar i välmåendet kunde inte konstateras.

Det andra utvecklingsområdet (9 veckor) var att minska de tarmreglerande medlen och syftet var att öka klienternas välbefinnande samt att minska vårdkostnaderna. Målet var ställt på att 80 % av klienterna skall ha spontana avföringar samt att kostnaderna för tarmreglerande medel skulle minskas med 80 %.

³ Med ESAS mäts klienternas grad av smärta, illamående, oro/ångest, sömnhet/dåsighet, aptit, välbefinnande och andfåddhet. Personalen gör bedömningarna i samråd med varandra samt genom att fråga klienterna. För att få bästa tillförlitlighet borde samma person alltid utföra mätningen.

Som *första förändring (3 veckor)* ökades fiberintaget för klienterna genom att man blandade kli i morgongröten samt genom att fiberrikt bröd infördes vid måltiderna. Även mera frukt och grönsaker serverades. Som *andra förändring (2 veckor)* ökade man vätskeintaget och personalen försökte även öka rörelsen för klienterna. Som *tredje förändring (2 veckor)* infördes plommondryck och som *fjärde förändring (2 veckor)* började man ge rypsolja till de klienter som hade problem med trög mage.

Som dokumentation har klienternas avföringstillfällen dagligen följts upp och man har fört lista över vätskeintaget, samt över hur mycket klienterna rört sig, och över vilka mängder plommonsajt, rypsolja och tarmreglerande medel de fått.

Av det ökade vätskeintaget, av plommonsajten och av den ökade rörelsen märktes inte någon effekt. Rypsoljan däremot visade sig vara effektiv eftersom man efter införande av rypsolja kunde minska eller avsluta de tarmreglerande medlen hos fem klienter.

Resultat visade att vid utvecklingsområdets slut hade 70 % av klienterna spontana avföringar och kostnaderna för tarmreglerande medel hade sänkts med ca 47 %, men samtidigt har kostnader för fibrer, rypsolja, grönsaker m.m. tillkommit. Kostnaderna för detta har dock inte dokumenterats.

Det tredje utvecklingsområdet (3 veckor) var att minska nattfastans längd med syftet att öka vakenhetsgraden och välbefinnandet. En för lång nattfasta leder till att kroppen börjar ta energi ur cellerna om den inte får sin energi från mat eller dryck. Därför är förkortandet av nattfastan en viktig åtgärd i vården av äldre människor.

Som *första förändring (1 veckor)* började personalen servera frukosten tidigare och som *andra förändring (2 veckor)* började personalen ge något att äta eller dricka till dem som var vakna under natten.

Klienternas första och sista matintag för dagen dokumenterades och man mätte blodsockervärdet före, mellan och efter förändringarna. Resultatet från den här perioden visade att man inte ens kommit i närheten av att alla klienter skall ha en kortare nattfasta än 10 – 11 timmar. Hos de klienter som fick kortare nattfasta som en följd av förändringarna märkte personalen inte någon förändring i vakenhetsgraden och inte heller i välbefinnandet. I blodsockervärdena kunde man inte heller se några större förändringar som kunde härledas till de gjorda förändringarna.

Det fjärde utvecklingsområdet (16 veckor) för Solgård var förflyttning, balans och sång och syftet var att öka antalet boende som samarbetar vid förflyttning, att öka deras balans, att minska deras fallrisk samt att minska belastningen på personalen.

Som *första förändring* fick personalen utbildning i Kinaestheticsmetoden, i ergonomi, i naturliga rörelsemönster samt i att använda olika hjälpmedel och som *andra förändring* skulle personalen tillämpa metoden vid all förflyttning. *Den tredje förändringen* var att träna balansen hos de boende och det gjordes enligt individuellt uppgjorda scheman.

Som *övriga förändringar* i problemområde fyra infördes allsång och vårdarsång. Vårdarsång innebär att de vårdare som känner sig bekväma med att sjunga i samband med morgonsysslorna sjunger tillsammans med klienterna. För personalen infördes även en lätt morgongymnastik i form av solhälsningen, som är ett rörelseschema som härstammar från yoga.

Som uppföljningsmetod under det fjärde utvecklingsområdet fick personalen fylla i ett frågeformulär där de angav hur de upplevde klientförflyttningarna. Även klienternas glädje och välbefinnande dokumenterades på så sätt att personalen två gånger per dag följde upp hur de enskilda klienterna mår. Man dokumenterade även hur ofta sångstunderna, vårdarsången och solhalsningen genomförts.

Några direkta resultat av förändringarna märktes inte genast, men den nya förflyttningsmetoden upplevs med tiden ha börjat fungera allt bättre. Mätningarna av klienternas glädje och välbefinnande visade inte heller på några förändringar. Klienternas glädje och välbefinnande har hela tiden legat på en nivå strax ovanför "neutralläge" (neutralläge innebär att klienterna varken är glada eller ledsna).

Allsången har upplevts positivt av både klienter och personal och därför har personalen beslutat fortsätta med den. Balansövningarna fortsätter också eftersom man inser att det kommer att ta tid innan något resultat visar sig.

Vårdarsången fungerade inte speciellt bra och har fallit bort eftersom personalen upplever att småprat med klienterna i samband med vårdarbetet ter sig naturligare. Även solhalsningen har fallit bort av sig själv.

Projektets fortsättning

När utvecklingsområde I avslutades hade 70 % av klienterna nio läkemedel eller färre och ett halvt år senare ligger man kvar på samma siffra. Kontrollen av läkemedelslistorna har fortsatt och numera ges sömnmedicin senare på kvällen och endast till dem som behöver det.

Minskningen av tarmreglerande medel har också fortsatt på Solgård. Fortsättningsvis erbjuds klienterna mera frukt och grönsaker och mera vätska än tidigare och man försöker från personalens sida att öka rörligheten så mycket som möjligt. Mängden extra fibertillskott i maten har dock minskats eftersom man inte upplevde att tillskottet gav önskad effekt. Rypsoljan används dagligen av eftersom den visade sig vara gynnsam för magfunktionen. Personalen upplever dock att magarna tycks vänja sig vid rypsoljan och att allt större mängder krävs.

När projektperioden avslutades hade sju av tio klienter spontana avföringar. Ett halvt år senare har fyra av tio klienter spontana avföringar. Denna förändring beror delvis på att några av klienterna som deltog i projektet från början har flyttat ut och nya klienter som använder sig av tarmreglerande medel har flyttat in, och man har ännu inte hunnit vänja deras magar av med de tarmreglerande medlen.

Nattfastan har man lyckats korta av något genom att kvällsmålet serveras senare. Detta möjliggjordes genom att kvällspersonalen utökades med en person.

Utvecklingsområde IV har nyligen avslutats och de positiva förändringar som personalen upplever sig ha sett gör att de fortsätter arbete enligt Kinaestheticsmetoden. Även allsången och balansövningarna fortsätter.

5. SMEDSBY HEMSERVICE

Inom hemservicen identifierades tre olika problemområden:

1. Många äldre har problem med balansen och rörligheten. Som en följd av detta ökar fallolyckorna och det i sin tur höjer vårdkostnaderna. Problem med balans och rörlighet gör även att äldre inte klarar inte av att bo hemma.
2. Många äldre har en oförmåga att använda finmotoriken vid ADL-funktioner⁴, som t.ex. knapp-knäppning, duschning, öppna dörrar etc.
3. Inaktivitet och initiativlöshet hos äldre samt känsla av ensamhet och sömnproblem.

Det första utvecklingsområdet (11 veckor) var att inriktat på att öka balansen och rörligheten och syftet var att bevara och stärka de fysiska funktionerna, att göra insatser för en trygg boendemiljö samt att öka förutsättningarna för hemmaboendet.

Som *första förändring (4 veckor)* började man träna i grupp med klienterna. Före förändringen hade en fysioterapeut gjort hembesök hos klienterna och gjort testmätningar på deras axelrörlighet, balans/koordination, handkraft, balans samt uthållighet/styrka. Fysioterapeuten ledde även Balans- och rörelsegruppen de första gångerna, sedan tog hemservicepersonalen över. Klienterna fick också med sig papper hem med övningar som de kunde göra själva eller tillsammans med hemservicepersonalen.

Som *andra förändring (4 veckor)* gick hemsjukvården igenom klienternas läkemedel så att de äldre fick rätt medicinerna i rätt dos. Man informerade även klienterna om vikten av att dricka tillräckligt och man uppmuntrade och hjälpte klienterna så att de skulle få i sig tillräckligt med vätska.

Som *tredje förändring (3 veckor)* såg man över riskfaktorer för fallolyckor och åtgärdade dem vid behov. De riskfaktorer man såg över var bl.a. trösklar, möbler, dörrar, mattor, lösa sladdar, skor och ljusstyrka. Tre veckor efter den första genomgången gjordes en ny genomgång där man kontrollerade att bristerna blivit åtgärdade.

Som uppföljningsmetod har man använt sig av ESAS-skalan. Man har även dokumenterat klienternas fysiska funktionsförmåga och hur den förändrats under perioden. Listor över klienternas vätskeintag, läkemedelsanvändning och hur ofta de gjort gymnastikövningarna hemma har också förts.

Efter den första elvaveckorsperioden hade välbefinnandet enligt ESAS-skalan ökat på samtliga punkter, förutom en. Punkten ”orkeslöshet” hade försämrats något i jämförelse med den första mätningen.

Utvecklingsområde två (12 veckor) riktade in sig på klienternas finmotorik samt ADL-funktionerna. Syftet var att hjälpa klienterna öva upp/bibehålla de finmotoriska funktionerna och personalen skulle arbeta enligt principen hjälp till självhjälp.

Den första förändringen (6 veckor) inleddes med att man mätte klienternas ADL-funktionsförmåga. Man utredde behov av och skaffade hjälpmedel som underlättar självständighet i ADL-funktionerna och man motiverade och stödde klienterna till självständighet vad ADL-funktionerna beträffar.

⁴ ADL = Activities of Daily Living

Klienternas ADL-funktionsförmåga mättes av en ergoterapeut. Genomgången var indelad i områdena skötsel av hygien, WC-funktioner, på/avklädning, förflyttning, tillredning av mat och ätande, uträta ärenden och andra funktioner, klädvård och hushållning. Utgående från mätningarna utarbetades för varje klient en individuell linje för det fortsatta hemvårdsarbetet.

Balans- och rörelsegruppen fortsatte även under den här perioden och nya rörelser som övade upp finmotoriken sattes in.

Den andra förändringen (6 veckor) innebar att personalen konsekvent skulle arbeta efter principen ”hjälp till självhjälp”. Alla klienter skulle själva sköta sina ADL-funktioner så långt de kunde och de som fått hjälpmedel skulle använda dem. De ADL-funktioner som klienterna inte klarade av gjordes i samarbete med personalen. Som stöd hade personalen de individuellt upp gjorda ADL-blanketterna. Vid slutet av den andra förändringen mättes ADL-förmågan igen.

Som uppföljningsmetod fortsatte man att använda sig av ESAS-skalan. Under de tolv veckor som utvecklingsområde två pågick förändrades inte värdena för smärta och orkeslöshet alls. För illamående, nedstämdhet, sömnlighet/dåsighet och andfåddhet gick värdena ner något och för oro/ångest, aptit och välbefinnande gick värdena upp något.

Den fysiska funktionsförmågan mättes också i början och i slutet av utvecklingsområdet. Man kunde då konstatera att samtliga deltagare fick bättre mätvärden på minst två punkter. Hos samtliga deltagare hade uthållighet/styrka förbättrats.

Man har även följt upp utförandet av ADL-funktionerna under perioden samt hur ofta klienterna gjort sina gymnastikövningar hemma och i grupp.

Det tredje utvecklingsområdet (10 veckor) var fokuserat på att öka det sociala välbefinnandet. Man ville höja klienternas intresse för sociala aktiviteter och öka deras möjligheter till sociala kontakter. Förhoppningen var att det skall kunna leda till bättre sömn och att det kan förlänga hemmaboendet.

Man inledde *förändring ett (8 veckor)* med att informera klienterna om vikten av regelbunden utevistelse, och man försökte motivera och stöda klienterna att gå ut minst en gång i veckan. Man startade även reminiscensgrupp och sittdansgrupp.

Både reminiscensen och sittdansen uppskattades av klienterna. Utevistelsen gick trögt i början eftersom klienterna tyckte att vädret var för dåligt, men allt eftersom sommaren närmade sig ökade klienternas intresse av att gå ut.

Den andra förändringen (2 veckor) var att i grupp göra ett besök till något ställe som klienterna själva valt. Under reminiscenstillfällena diskuterades lämpliga mål och man beslöt sig för att åka till saluhallen samt för att dricka kaffe på ett café. I utfärden deltog fem klienter samt fyra personer ur personalen. Utfärden uppskattades mycket av klienterna och de har redan framfört önskemål om nya utfärder.

Efter det sista utvecklingsområdet mättes klienternas välmående igen med ESAS-skalan. Mätningen visade att samtliga punkter på skalan hade förbättrats lite från föregående mätning.

Man betonar dock från hemservicen att det vid de olika mättillfällena varit olika antal klienter som deltagit. Vid det sista mättillfället deltog endast sex klienter eftersom en blivit intagen på HVC:s bäddavdelning och en hade avlidit. Vid det andra mättillfället hade en person nyligen

kommit hem från bäddavdelningen och det kan ha orsakat den nedgång som fanns i resultaten vid andra mättillfället.

Projektets fortsättning

Inom hemservicen fortsätter man med gymnastiken för att öva upp och bibehålla klienternas balans och funktionsförmåga och man fortsätter påminna klienterna om vikten av att dricka mycket och röra på sig. Minskningen av läkemedel visade sig svårt eftersom man vid hemförhållanden inte har samma uppföljning av klienterna som man har t.ex. på ett boende. Personalen har dock fått en ökad uppmärksamhet för olika läkemedels inverkan på varandra och man diskuterar numera läkemedelsbiverkningar oftare.

Att arbeta enligt principen ”hjälp till självhjälp” har inte varit helt lätt för personalen, men med stöd av ADL-mätningarna som gjordes har det allt eftersom börjat gå bättre. I gymnastikgruppen har man också fortsatt att öva finmotoriken.

Utevistelsen har börjat gå allt bättre när vädret blivit varmare och man räknar med mera utevistelse under sommaren. De klienter som deltog i projektet har uppskattat de aktiviteter som ordnades inom projektet och de har upplevt att dessa aktiviteter uppfyllt deras behov av social samvaro.

6. AVSLUTNING

6.1. Resultatet

Syftet med projektet aktiverande och rehabiliterande vårdmetoder inom äldreomsorgen var: Att öka välbefinnandet hos klienterna genom att utveckla grundvården och bruka aktiverande och rehabiliterande vårdmetoder som tar hänsyn till klienternas individuella behov. Att öka personalens arbetstillfredsställelse och kompetens. Att vinna kunskap om hur förändringsåtgärderna kan höja de äldres livskvalitet och personalens arbetstillfredsställelse.

Man valde att använda sig av Genombrottsmetoden, eftersom den tidigare framgångsrikt använts bl.a. vid förändringsarbete inom demensvården i Sverige. De grundläggande värderingarna i Genombrottsmetoden stämde även väl överens med de värderingar som låg till grund för målsättningarna med projektet, nämligen att klientnyttan skall vara i fokus, att alla skall vara delaktiga i förändringarna och att man genom att ständigt förbättra personalens kompetens åstadkommer förbättringar i vården.

Idéen bakom Genombrottsmetoden är att olika förändringar kan testas i liten skala och om förändringen inte fungerar kan man förkasta den och pröva något nytt, detta gör att bakslag inte ses som misslyckanden utan som lärdomar.

När projektet inleddes ställde de deltagande personalgrupperna målen högt och i vissa fall nådde man inte ända fram till målsättningarna, men man åstadkom många förändringar som har förbättrat vården och man lyckades vinna kunskap om hur förändringsåtgärder kan höja de äldres livskvalitet och personalens arbetstillfredsställelse.

Klienternas välbefinnande har visat sig svårt att mäta och de mätinstrument man använde sig av kunde inte peka på att några märkbara förändringar i klienternas välbefinnande har skett under projektets gång. Personalen uppfattar dock en viss förbättring i klienternas välbefinnande, t.ex. på Aspgården har klienterna fått färre hudirritationer och skrapår som en följd av den minskade blöjanvändningen och det i sig borde öka välbefinnandet. Aktiviteten för klienterna har också ökat som en följd av de tätare toalettbesöken.

Speciellt inom hemservicen har projektet bidragit till att klienterna fått ett aktivare liv, eftersom principen ”hjälp till självhjälp” har lyfts fram. Personalen har fått se vad klienterna klarar av att göra och med ADL-mätningarna som stöd har personalen lättare kunnat uppmuntra och motivera klienterna till att själva utföra sysslorna.

”Att göra saker tillsammans ger klienten både social samvaro och träning av kroppen och dess funktioner.” (Hemservicen)

Projektdokumenteringen har gjort att man inom alla de deltagande grupperna blivit mera uppmärksam på hur klienterna mår. T.ex. i rapporterna från Solgård och hemservicen skrev man på följande sätt:

”Att måendet verkligen dokumenteras har gjort att vi oftare frågat klienten själv hur han/hon mår i stället för att dokumentera det vi tror.” (Solgård)

”Klienterna och personalen tar sig tid att fundera över hur klienterna mår.” (Hemservicen)

Klienternas individuella behov har genom projektet blivit tydligare för personalen och man har blivit mera uppmärksam på de enskilda klienternas vårdbehov. Man har genom projektet

individanpassat blöjstorlekar, tarmreglerande medel, mat, dryck, mat om natten, motion, förflyttningsmetoder och givande av sömnmedicin. Följande citat ur projektrapporterna visar tydligt att en mera individuellt anpassad vård har vuxit fram under projektets gång.

"... utgående från dessa värden och också från slutresultatet kan vi framledes ge en mycket mera kvalitativ och individanpassad vård än tidigare." (Aspgården)

"Vi har genom förändringarna lärt oss att se ännu mera till vars och ens individuella behov vad mat, dryck och magens funktions beträffar." (Aspgården)

"...nu är det individuella mål som styr träningen." (Hemservicen)

"...nu ger vi sömnmedicin senare på kvällen och endast till dem som verkligen behöver det. Tidigare gavs sömnmedicinen automatiskt med kvällsmedicinen." (Solgård)

Personalens arbetstillfredsställelse och kompetens har också ökat genom projektet. I samtliga rapporter lyfter man fram att personalen kommit varandra närmare, att man som en följd av projektet kommunicerar bättre, att man nu mera än förr vågar diskutera och framföra sina åsikter och att man fått en bättre atmosfär på arbetsplatsen.

"Vi har lärt oss hitta nya lösningar på problem och att tänka mera kreativt." (Solgård)

Projektet har uppenbarligen satt igång tankeprocesser om hur man kan förändra vården för att den skall bli mera individuellt anpassad, samt om hur man kan höja klienternas livskvalitet och välbefinnande. T.ex. på Aspgården skrev man att projektet har *"...ökat personalens intresse för att åstadkomma något nytt och positivt för verksamheten. Det har ökat personalens arbetstillfredsställelse och kompetens och höjt de boendes livskvalitet."*

Innan projektet startade kände personalen en viss oro, eftersom man inte visste vad projektet innebar, och man upplevde att det kändes tungt med förändringarna. Projektet innebar att man måste sätta sig in i många nya saker och man undrade över hur man skulle hinna och orka med allt nytt och om projektet skulle göra arbetssituationen stressigare. Man funderade även över hur klienterna skulle reagera – skulle de alls vilja vara med?

Den rädsla för förändring som man kände i början av projektet har dock försvunnit under projektets gång. Man är inte längre rädd för att pröva nya saker och ändra gamla rutiner. Man har lärt sig att se mera till klienternas individuella behov samt att reflektera över varför och hur man gör saker.

Arbetet upplevs nu som roligare och mera meningsfullt dels på grund av att man har en klarare helhetsbild av arbetet och dels på grund av att arbetsgemenskapen har förbättrats. Självförtroendet bland personalen har även ökat eftersom alla tagit ett större ansvar och samtidigt sett att det går att bryta gamla rutiner och skapa förändring bara viljan finns.

6.2. Hinder och problem för förändringsprocessen

Innan projektet började hade personalen både förväntningar och farhågor angående projektet. Dels tyckte de att det skulle bli intressant och roligt och de hade förhoppningar om att få lära sig någonting nytt. Personalen hade även höga förväntningar på förändringarna och de ställde höga krav på sig själva. De ville nå målsättningarna som blivit uppställda.

De problem man stött på har varierat mellan de deltagande grupperna men "tidsbrist" är något som alla upplevt som ett problem vid förändringsprocessen. Det har funnits för lite tid för varje förändring och i vissa fall för många problemområden. Som ett resultat av detta blev man tvungen att helt lämna bort problemområde V vid Aspgården och vid Solgård togs endast "införande av sång" med som en förändring i problemområde IV.

Inom Aspgården upplevde man att det varit svårt att samla hela personalgruppen samtidigt för diskussioner kring projektet och man har även känt det som stressigt att hela tiden behöva tänka på hur man utför olika saker. Att kommunikationen och samarbetet med de dementa är svårt har också upplevts som ett problem.

På Solgård har man upplevt det som ett problem att man som ensam flygel genomfört förändringarna medan övriga flyglar har fortsatt som förr. Särskilt när det kommit personal från andra flyglar har det varit svårt.

Inom hemservicen upplevdes klienternas ålder samt deras attityd som ett hinder. Man upplevde att klienterna anser att när de har hemservice så bör de också få "full service" och därmed skall de inte behöva utföra sysslorna själva trots att de kan. Personalen var också rädd för att stämpas som lata om de bad klienterna göra sysslorna. Även väderleken ställde till problem eftersom klienterna inte ville gå ut när det var regnigt, kallt och halt.

Inom alla problemområden har personalen ibland upplevt att de varit på väg att falla tillbaka in i gamla rutiner. Speciellt den nya förflyttningstekniken har varit svårt att börja använda. Det har inte heller alltid varit så lätt för personalen att komma ihåg att de ska låta klienten göra själv, att personalen skall fungera som en hjälpande hand men att klienterna ska tillåtas utföra det de kan själva.

6.3. Fortsättningen för förändringsarbetet

Målsättningen "att utveckla nya metoder med avsikt att vinna kunskap om hur aktivering och rehabilitering av de äldre kan höja deras livskvalitet samt även vårdkvaliteten" har genom projektet lyckats. Även personalens medvetenhet om vikten av att ta hänsyn till klienternas individuella behov och önskemål har lyckats. *Men*, hur skall man göra för att upprätthålla förändringarna samt hur skall personalen motiveras fortsätta med nya förändringar nu när själva projektet är avslutat? Den frågan ställdes till projektdeltagarna vid det avslutande seminariet.

För att upprätthålla förändringarna och även fortsätta med nya förändringar tror personalen att de behöver få idéer och uppmuntran utifrån. Någon som påminner om de redan gjorda förändringarna samt någon som ger inspiration till nya förändringar. Man vill gärna även få hjälp utifrån med aktiviteter för klienterna.

Under slutseminariet betonade deltagarna vikten av att gemenskapen och sammanhållningen i personalgrupperna bibehålls och man sa även att det är en förutsättning för att förändringarna skall vara bestående. I slutrapporterna kom det gång på gång fram hur gemenskapen och

sammanhållningen i personalgrupperna ökat och att det i sin tur gett en bättre atmosfär på vårdplatsen. Personalen bör fortsätta diskutera, motivera och stödja varandra. De bör även lära sig att ge och ta både positiv och negativ feedback inom gruppen.

En tillräckligt stor personalstyrka är även en förutsättning för att personalen ska orka och hinna med förändringsarbetet.

6.4. Spridning av de gjorda erfarenheterna

Inom Korsholms kommun kommer förändringsarbetet med hjälp av Genombrottsmetoden att fortsätta. De enheter inom äldreomsorgen som inte deltog i projektet kommer att få ta del av de gjorda erfarenheterna och de kommer själva att få påbörja sina egna förändringsprocesser.

Att sprida erfarenheterna från projektet även utanför kommunen ingick som en del av uppdraget från Social- och hälsovårdsministeriet. Detta kommer att ske i form av två regionala seminarier ordnade av Finlandssvenska kompetenscentret och material med anknytning till projektet kommer att finnas tillgängligt på kompetenscentrets hemsidor.

6.5. Slutord

Av Mary Andrén-Pada

Förändringsarbete tar tid och måste få ta tid, eller som man skrev i en av rapporterna ”... *det bästa inlärnings sättet när det gäller nya arbetsmetoder är tid...*”

Det är helt naturligt att tappa farten ibland, det erfor vi några gånger under projektiden. Och vi lärde oss att detta inte är något som behöver vara ångestskapande, utan man kan vänta in ny inspiration och under tiden få lite distans. Sedan tar man igen tag i förändringarna och går vidare, med nya insikter.

Eftersom all förändring innehåller dynamik kan det ibland gnissla till i någon relation, det blev också vår erfarenhet. Men också det är helt naturligt i en verksamhet där det mesta baseras på möten och relationer mellan många olika individer, där alla har sina specifika tankar, önskemål och intressen.

Det är också bra att vara realist beträffande ”återfall” till tidigare arbetssätt, utan att för den skull bli orolig. Det är mänskligt att under perioder falla tillbaka till tidigare rutiner och arbetssätt, speciellt för den som har många års kunskap i sin ryggsäck. Det handlar ju inte enbart om att lära nytt utan om att lära bort gamla arbetssätt och det är minst lika krävande. Man måste således vara beredd på att om och om igen ta nya tag och fortsätta på den inslagna vägen.

När man gör något första gången är det svårt att hamna rätt vad både mål och tidsåtgång beträffar. Vi var optimister och satte för höga mål i relation till vilken tid vi hade till förfogande och vi insåg efter hand, att ett problem/utvecklingsområde vid Solgård och ett vid Aspgården inte skulle hinnas med. Det femte problemområdet för båda ställena skulle ha varit att minska oro och aggressivitet.

Vi nådde inte våra högt ställda mål, men vi kom flera mål rätt nära och de övriga ska vi fortsätta att arbeta med. Att vi inte nådde målen ser vi inte som något misslyckande, vi har lärt oss någonting av allt vi gjort och även av att vi inte nådde målen.

Tanken med att välja många utvecklingsområden var att få en bredare erfarenhet och grunden lagd för fortsatt utvecklingsarbete efter projektiden. Det är alltså viktigt att förändringsarbetet bedrivs i ett tillåtande klimat, där förväntningarna och kraven är realistiskt anpassade till de resurser man har.

Viktigt är att vi utgår från att vi alltid kan bli bättre. Inom omsorgen är vi själva det främsta verktyget och därför måste vi vara måna om oss själva och ständigt försöka förfinas som verktyg. Alla bör vara medvetna om att det är inte enbart *vad* vi gör som skapar kvalitet utan i ännu högre grad *hur* vi gör. Det är i varje enskilt möte i vårdtagarens vardag som kvalitet skapas.

KÄLLFÖRTECKNING

Hunter College School of Social Work. (2004). *The Breakthrough Series Collaborative Methodology*. New York: National Resource Center for Foster Care & Permanency Planning. [Online] Tillgänglig: <http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/bsc-webcast-handout.pdf>

Institute for Healthcare Improvement. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Boston: IHI. [Online] Tillgänglig: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/3F1925B7-6C47-48ED-AA83-C85DBABB664D/0/TheBreakthroughSeriespaper.pdf>

Landhage, S. (2002). Förbättringsarbete inom äldreomsorgen med Genombrottsmetoden. Göteborg. [Online] Tillgänglig: <http://www.kvalitetsmassan.se/prod/sk/kvalitetsmassan/dalis2anpassningar.nsf/0/CD25E81CD2510144C1256DC9002BFD9F?OpenDocument>

Socialdepartementet. (2003). *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*. Ds 2003:47. Stockholm: Socialdepartementet.

ASPGÅRDEN

Sammanfattning problemområde 1, ”minska blöjanvändningen” (7 veckor).

Av Anne-Maj Isaksson

8 av 10 använder 2 – 5 blöjor per dygn, vilket påverkar det fysiska och psykiska välbefinnandet negativt. Det höjer även vårdkostnaderna samt ökar risken för urinvägsinfektion.

Syfte:

- Att öka välbefinnandet för de boende genom att höja känslan av integritet och självbestämmande.
- Att sänka blöjkostnaderna.

Mål:

- Ökat antal toalettbesök.
- Halverad blöjförbrukning

Efter en första information av projektledaren om genombrottsmetoden och syftet med projektet skulle arbetsteamet besluta om vilka problemområden vi skulle utveckla, inalles 5 stycken. Som första problemområde ville vi ha något konkret, som går att mäta direkt och som visar på skillnaden före och efter förändringarna. Det blev blöjanvändningen. Frågan var: Använder vi ibland blöjor ”för säkerhets skull” och använder vi blöjor som är onödigt tjocka samt av fel modell?

På det första lärandeseminarieret var vår expert, distriktschef Anne Back, samt projektledaren med och stödde våra diskussioner om hur vi kunde förändra vår användning av blöjor. Det beslöts att Anne Back skulle ha ett informationstillfälle på vår arbetsplats före projektets början. En noggrann genomgång av blöjornas uppsagningsförmåga, pris samt olika alternativ var nödvändigt. Vi gick igenom blöjanvändningen för alla boende och beslöt sedan att börja med minsta möjliga skydd för att sedan öka på om det visar sig att mindre blöjstorlekar inte räcker till

I samarbete med projektledaren gjordes en testplanering där de olika förändringarna fastslogs.

Förändring 1: Tätare WC-besök, även nattetid. Minskad blöjanvändning och blöjor av rätt modell. (3 veckor)

Konkreta åtgärder: Extra WC-besök före lunch, före kaffe och även på natten för 4 boende. Lista utplacerades i alla toaletter där tidpunkt samt vilken blöja som man använt märktes i. Även noteringar om ”övrigt” t.ex. om blöjan inte hade hållit torrt, om eventuell diarré eller annat avvikande skrevs ner.

Förutsättningen för att följa upp behovet var en noggrann dokumentering av alla WC besök och alla avvikelser. Efter en vecka kunde vi konstatera att vi varit litet för optimistiska och måste då sätta till en liten dagblöja och en Pants till natten annars hade vi våta kläder och

linnekläder som gav en större tvättbörda. Dessutom visade det sig att för 2 boende var dagblöjan för tunn trots de tätare WC-besöken. Ändå var blöjorna två storlekar mindre än de som vi använde före projektets början. Den nya modellen på nattblöjor visade sig hålla bra, endast en behövde ändras till en med större omkrets.

Irritationen på huden försvann med de nya nattblöjorna som var luftigare. Likaså blev huden i ljumskar och stjärtveck i bättre skick för de som slutade med dagblöjan. Detta innebar en klar förbättring för välbefinnandet. Därmed var den första förändringen förverkligad.

Förändring 2: Skapa enskildhet vid toaletsituationen (1 vecka)

Konkreta åtgärder: Att ge sysselsättning åt klienterna när de sitter på toaletten för att avleda uppstigning innan "något hänt". T.ex. en tidning att bläddra i, gamla gratulationskort att läsa och studera bilderna på, en handduk att vika, en docka eller något annat mjukisdjur att sköta. WC-stöd används för de som ändå stiger upp och som trygghet för de som riskerar falla. Tillsyn var femte minut. Lugn och ro är viktigt och därför får ingen stå bredvid och vänta att något skall hända.

Att skapa enskildhet visade sig fungera i de flesta fall. Dockorna gav en bra avledning och likaså korten. Stödbälten använde vi åt en boende som har stor fallrisk om hon stiger upp. Visst hade vi uppstigningar med "olycka som följd" men inte så ofta som vi hade väntat. Den egna tiden i lugn och ro visade sig vara viktig.

Förändring 3: Röda hjärtan, ca 15 cm höga med texten VC i självlysande, ljusgula bokstäver (1 vecka)

Konkreta åtgärder: Att beställa och limma upp hjärtan på dörrarna.

Vi fick positiv respons på den tydliga skyltningen från en av en boende som själv kan stiga upp på natten. Hon hade tidigare ofta kommit ut i dagsalen, och sökt toaletten, och utträttat sina behov i bl.a. papperskorgen. Med den nya skyltningen hittar hon nu bättre till toaletten. Boende i bättre skick kommenterade också skyltarna med: "Nu ser man ju bra vart man skall".

Förändring 4: De boende skall få uppsöka toaletten genast när de har behov (1 vecka)

Konkreta åtgärder: Att så fort som möjligt hjälpa de boende till toaletten när de har behov.

Vi har varit aktiva och verkligen hjälpt alla genast till toaletten. Inget som: "Du har ju just varit" har förekommit.

Förändring 5: Personalen ska lära sig se signaler som tyder på att den boende behöver uppsöka toaletten (1 vecka)

Konkreta åtgärder: Att vara observant på vandring och oro och genast hjälpa till toaletten.

Oro och vandring har tydligt visat på toalettbehov. Ett förtroendeingivande förhållningssätt och ett gott bemötande är en förutsättning för att få den boende med till toaletten. Vår observationsförmåga har visat sig vara bra eftersom få "olyckor" har hänt under projektiden. Dock har vi konstaterat att det går åt mycket tid till alla extra WC-besök.

Resultat

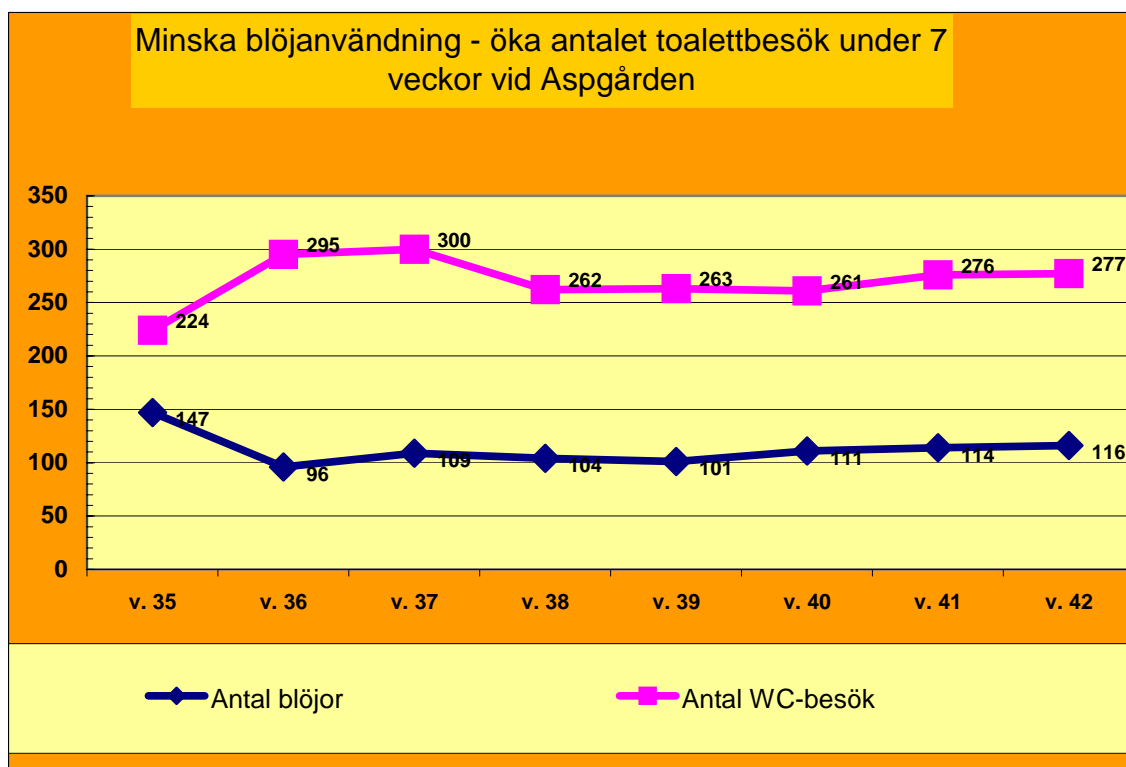
Efter 7 veckors utprovning av olika blöjmodeller har vi nu individuellt anpassade modeller åt alla. Tidpunkten för WC-besöken är också anpassade efter behoven. Före projektets början

gjorde vi 224 antal WC-besök per vecka och under projektets sista vecka 277 stycken. Eftersom våra boende är svårt dementa är det inte alltid en enkel process att få dem att förstå vart vi är på väg och varför, så tid går åt till alla besök. Antalet WC-besök per dag rörde sig mellan 35 och 42 stycken eller ca 5 per boende/dag. Den tid som åtgår till dessa besök borde uträknas.

Målet att minska blöjanvändningen med hälften var för optimistiskt. Detta visar dock att vi inte använt så mycket "för säkerhets skull" tidigare, utan att behovet av skydd har varit berättigat. Blöjanvändningen minskades med 21,1 % om man räknar i antal blöjor. I kostnadsavseende har vi ändå fått ett gott resultat i och med införande av rätt och individuellt anpassade blöjmodeller. En sänkning av blöjkostnaderna med 38,72 % är betydelsefull. Figur 1 visar hur antalet toalettbesök har ökat under sjuveckorsperioden samt hur blöjanvändningen minskat under samma period.

Våra boendes välbefinnande har också ökat eftersom de har mindre hudirritationer som kliar och därmed färre skrapsår. Användningen av salvor för hudvård har därför minskat betydligt.

Figur 1. Diagrammet visar hur antalet toalettbesök har ökat under sjuveckorsperioden samt hur blöjanvändningen minskat under samma period.



Detta lärde vi oss:

Trots en viss skepsis hos personalen innan vi kom igång med projektet, så har det visat sig vara bra för sammanhållningen och ökat intresset för att åstadkomma något nytt och positivt för verksamheten. Det har ökat personalens arbetstillfredsställelse och kompetens och höjt de boendes livskvalitet. Det har visat att man lätt faller in i en rutin och inte ifrågasätter om det

man dagligen använder och gör är det rätta. Genom projektet har vi också smidigare haft möjlighet att prova olika typer av blöjor. Anne Backs blöjinformation och stöd under projektets gång har varit av stor betydelse. Därför kan vi konstatera att en kontinuerlig kontakt med blöjtillverkare samt information om blöjnyheter är viktigt.

Positivt för våra boende, förutom bättre hud, är att också aktiviteten ökat med de tätare toalettbesöken. Så förutom ekonomiska inbesparningar har livskvaliteten förbättrats för våra boende.

Det negativa för personalen är att de tätare toalettbesöken tar tid och vi upplever därför att vi har mindre tid för andra aktiviteter. Under projektet blev det också extra kläd- och linnenvätt innan vi hittade det optimala användandet av blöjor och de rätta tiderna för WC-besöken.

Som helhet kan vi konstatera att det var en givande erfarenhet för både personal och boende. Nu gäller det att fortsätta med det vi uppnått och inte falla tillbaka till det gamla. Dock måste det beaktas att våra boendes sjukdomsbild hela tiden försämras och därmed förändras också vårdbehovet. En kontinuerlig uppföljning behövs därför.

Sammanfattning problemområde II, ”minskning av tarmreglerande medel” (9 veckor)

Av Lisen Backman

Som andra problemområde valde vi att arbeta med att minska användningen av tarmreglerande medel. På vårt boende använde fem av tio laxerande medel. Detta innebär att fem klienter redan innan denna projektperiods början hade spontana avföringar och vi koncentrerade oss därmed på de fem klienter som inte hade spontana avföringar.

Problem med trög mage och användning av tarmreglerande medel inverkar negativt på det psykiska och fysiska välbefinnandet samt höjer kostnaderna för de boende. Vårt syfte blev således att öka välbefinnandet och sänka vårdkostnaderna för de boende. Målet ställdes på att 80 % av klienterna skall ha spontana avföringar samt att kostnaderna för tarmreglerande medel skall minskas med 80 %.

Innan vi tog itu med problemet hade vi ett lärandeseminarium för hela personalen. Vid seminariet deltog även våra resurspersoner: näringsterapeut Susanna Strandback samt Ulla-Britt Sandström, kokerska på Replot pensionärshem, som levererar mat till boendet. Under seminariet planerade och diskuterade vi de kommande förändringarna.

Förändring 1: Ökat fiberintag (3 veckor)

Vi började med att kontrollera vikten på de boende. Kosten ändrades och i lunchmaten, som tas från pensionärshemmets kök, byttes alla ljusa gryn ut mot mörka. Kli blandades i såser, grytor och krämer. Mera bär och grönsaker infördes också på matsedeln

Övriga måltider görs på Aspgården och här började vi göra mera fiberrika grötar kvällstid samt ge frukt dagligen. Vardagsbullat ersattes av fiberrikt bröd eller fiberkex. I morgongröten blandades 1 msk kli den första veckan, 1½ msk andra veckan och 2 msk den tredje veckan.

Levolac minskades kontinuerligt från 15 ml x 2 till 10 ml x 2 den första veckan och till 5 ml x 2 den andra veckan. Agiolax minskades i samma omfattning. Vi följde noggrant med vars och

ens individuella behov och gjorde noggrann dokumentering av matintag, vätskeintag, tarmreglerande preparat och avföringstillfällen, samt om avföringarna var spontana eller inte.

Efter första veckan kunde vi konstatera att vi varit för optimistiska. Vi hade minskat de tarmreglerande medlen för snabbt och i för stor mängd och måste nu öka mängden på nytt hos somliga.

Kli tillsatt i färdig gröt orsakade också problem, en boende började hosta och vägrade äta gröten. Det resulterade i att hon även åt sämre under dagens övriga måltider. Vi övergick därför till att koka en egen gröt till henne.

Förändring 2: Ökat vätskeintag samt ökad rörelse (2 veckor)

Vi inledde även förändring två med att kontrollera de boendes vikt. Vi införde vätskelista och gav de boende något att dricka före frukost och före eftermiddagskaffet.

I samband med WC-besöken gick vi en extra promenadrunda med de boende för att få in mera rörelse i deras vardag och om det fanns tid hade vi kvällsgymnastik i grupp.

Vi övergick från att ge kli i färdig gröt till att koka morgongröten i en "långkok el-kastrull" där kliet kokade med (2 msk kli/portion). Andra veckan ökade vi klimängden till 4 msk/portion. Tarmreglerande preparat minskades individuellt.

Eftersom våra boende är dementa, några till och med gravt dementa, tog det lång tid och upplevdes svårt av personalen att få de boende att dricka mera och röra sig mera. Ibland vägrade de helt trots upprepade försök från personalens sida.

Det största bekymret vållades dock av frågan i vilken takt och i vilken grad vi skulle minska de tarmreglerande medlen. Att varje dag ta ställning till om vi skulle ge eller inte ge och hur mycket vi skulle ge om vi beslutade oss för att ge blev beslut som skapade osäkerhet och ibland till och med rädsla. Vi var rädda för att någon skulle få förstoppning eftersom vi inte kunde förutse om vars och ens mage skulle fungera inom den närmsta tiden eller inte.

Att koka gröt i el-kastrullen kändes till en början ovant och det tog tid att komma underfund med kokaren. Fördelen med att koka kli länge är att det går lättare att äta och det känns inte längre så grovt. Problemet var dock att de boende inte tyckte att gröten var god och därför byttes el-kastrullen ut till en vanlig kastrull och gröten äts nu med större aptit.

Förändring 3: Införa plommondryck (1 vecka)

Vi började ge de boende ett glas plommonnektar före frukost. Det fungerade bra på så sätt att de boende tyckte om plommonnektarn men det gav inget utslag på avföringsfrekvensen och är inget som vi fortsätter med, eftersom det är rätt dyrt. Istället börjar vi sätta plommon i blöt och ge de boende plommonvatten.

Förändring 4: Införa rypsolja (3 veckor)

Vi inledde även denna förändring med att kontrollera allas vikt. Vi började med att blanda 2 msk kallpressad rypsolja i morgongröten den första veckan och ökade sedan till 3 msk/portion de två följande veckorna. Att rypsolja har en gynnsam inverkan på magens funktion såg vi ganska snabbt. En boende behövde inte längre tarmreglerande medel sedan rypsolja infördes och fler kommer troligtvis att kunna upphöra med tarmreglerande medel så småningom, men

tiden för detta problemområde räckte inte till för att ett så positivt resultat som vi hade hoppats på skulle uppnås.

Resultat

Vätskeintag: Vi har redan tidigare vinnlagt oss om att de boende skall få tillräckligt med vätska så vätskeintaget under projekttiden har därför inte ökat med mer än ca 1 dl/dygn/boende. Att ha med ”ökat vätskeintag” som en förändring har i alla fall gett oss en ännu större medvetenhet om vikten av att ge de boende vätska samt att se till att vätskan dricks upp och inte slås ut.

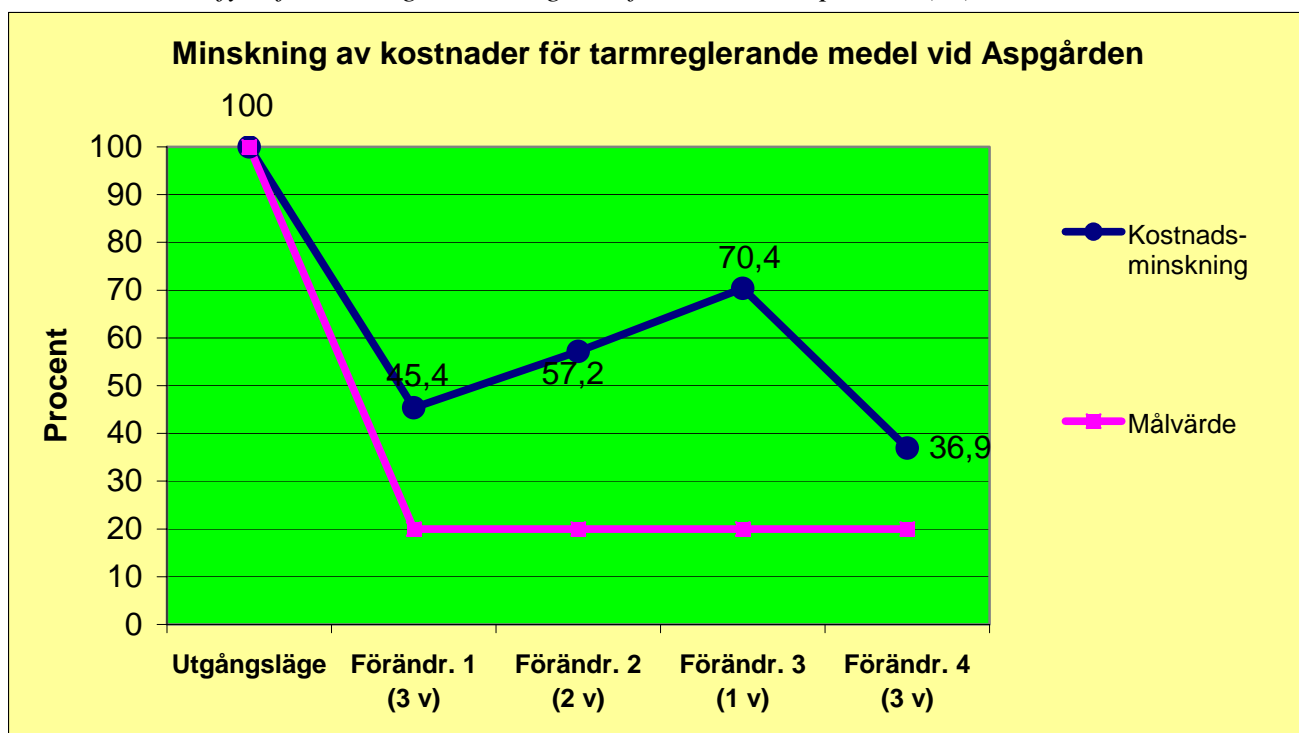
Tarmreglerande medel: Kostnaderna för tarmreglerande medel sänktes med 63,1 % eller från 18 €/vecka till 6,65 €/vecka. Maten blev dock dyrare p.g.a. bl.a. bär, frukt, grönsaker, fibrer, rypsolja och plommonnektar.

Viktförändringarna: Inga större viktförändringar har skett.

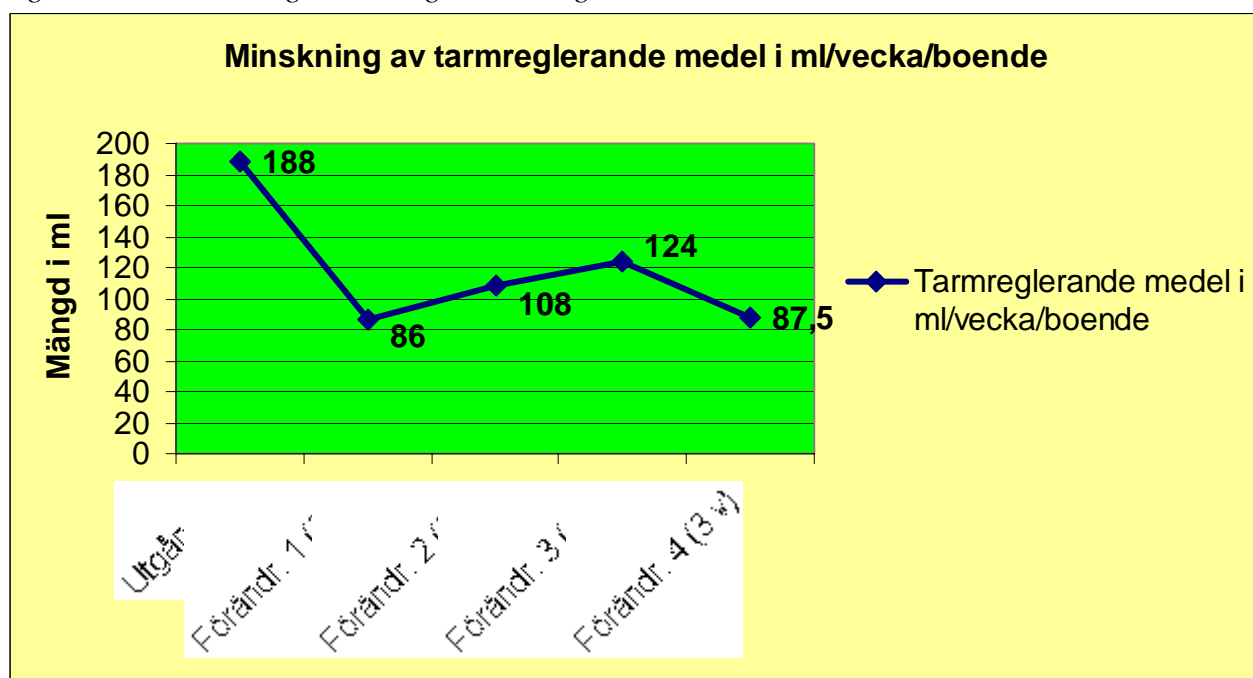
Antal spontana avföringar: Tre stycken.

Figureerna 2 och 3 visar minskningen av tarmreglerande medel samt kostnadsminskningen.

Figur 2. Diagrammet visar hur mycket kostnaderna för tarmreglerande medel minskat i samband med de fyra förändringarna som genomfördes. Enhet: procent (%)



Figur 3. Genomsnittlig minskning av tarmreglerande medel



Detta lärde vi oss

Vi upplevde förändringarna i detta problemområde vara betydligt svårare än vad vi hade föreställt oss dem på förhand. Detta beror på att våra boende är så dementa att de inte kan säga hur de mår och vad de känner. De förstår inte heller alltid sitt eget bästa och det kan vara mycket svårt och tidskrävande att övertala eller att motivera dem till något som de inte vill. De regelbundna viktkontrollerna var ett kapitel för sig; att få en person med demens att stå stilla på en personvåg kan vara mycket svårt och göra utföraren både svettig och uppgiven.

Att försöka få de boende att äta en gröt som de inte var vana med, att få dem att dricka mera och att få dem att röra sig trots att de många gånger var motsträviga krävde också stort tålamod och det tog på personalens krafter.

Den fiberrika maten samt större volym av mat och dryck gör att måltiderna tar längre tid i anspråk. Även promenaderna tog extra tid i anspråk. Denna tid togs från andra aktiviteter så som sångstunder, läsning, utevistelse, enskild samvaro etc. Vi kunde konstatera att personalen inte räckte till både för att ge "guldkant" och för att delta i projektförändringarna.

Tiden var, som tidigare nämnts, för kort för ett problemområde med så pass omfattande och många förändringar. Förutom att förväntade resultat uteblev, blev det också för intensivt och stressande för oss personal. Men vi fortsätter på samma kostlinje och har nu utöver rypsolja, och kli infört linfrökross i morgongröten (1 tsk/portion). Vi har genom förändringarna lärt oss att se ännu mer till vars och ens individuella behov vad mat, dryck och magens funktion beträffar.

En av de fem boende som var med vid projektstarten har flyttat till hälsovårdscentralens bäddavdelning, och av de fyra som återstår är det en som inte har spontana avföringar idag.

Sammanfattning problem/utvecklingsområde III, ”minskning av nattfastans längd” (3veckor)

Av Charlotta Westerback

Som tredje problem har vi på Aspgården valt att se över nattfastan. På Aspgården har 7 av 10 klienter längre nattfasta än 10 – 11 timmar.

Vid inledningen av utvecklingsområde III hade vi på Aspgården endast nio klienter under de två första veckorna. Den sista veckan i perioden fick vi en ny klient som var diabetiker och som därför naturligt fick mellanmål nattetid.

Innan projektet inleddes hade vi redan två klienter som var uppe nattetid och som vanligtvis åt eller drack någonting då. Båda har så pass lindrig demens att de kan ta mat åt sig själva under nattens gång om man fört in något åt dem vid sänggåendet. Den nya klienten, som kom sista veckan, kunde också själv ta mat åt sig om något förts in i rummet.

Vi har på Aspgården valt att koncentrera oss på de sju klienterna som inte i vanliga fall äter något nattetid. Problemet med lång nattfasta är att blodsockret kan sjunka för lågt och därmed påverka humöret och vakenhetsgraden. Vårt syfte var således att öka vakenhetsgraden och välbefinnandet hos våra klienter.

Målet för nattfasteprojektet på Aspgården var att 100 % av våra klienter skulle ha en nattfasta som är mindre än 10 – 11 timmar och att vakenhetsgraden och välbefinnandet därigenom skulle ökas.

Förändring 1: Något att äta vid sänggåendet (4 dagar)

Den första förändringen pågick i fyra dagar. Vi började förändringen genom att kontrollera blodsockernivån på samtliga klienter d.v.s. ett fastebloodsockervärde. Blodsockret varierade mellan 5,1 och 7,3 hos våra klienter.

Innan projektet inleddes serverade vi kvällsmål vid halv sju- sjutiden på kvällen och för en del av våra klienter var det sista matintaget innan frukost följande morgon. I och med förändring 1 införde vi någon form av mellanmål vid sänggåendet, t.ex. yoghurt, pro viva eller någon kräm. Detta resulterade i att våra klienter fick något att äta cirka 20 minuter – 3 timmar efter kvällsmålet. De flesta, förutom två som fick senare, fick inom en timme efter kvällsmålet. De som först gick i säng fick naturligtvis tidigare mellanmål än de som gick senare.

Vid periodens slut d.v.s. efter fyra dagar kontrollerade vi igen blodsockernivån och värdet för samtliga varierade mellan 4,6 och 8,2. Nattfastans längd varierade mellan 9 timmar och 15 timmar. Innan projektstarten hade nattfastans längd varit ungefär den samma.

Förändring 2: Något att äta till de som är vakna på natten (5 dagar)

Den andra förändringen pågick i fem dagar. Förändringen gick ut på att vi skulle ge våra boende något att äta om de vaknade nattetid. På Aspgården sover nästan alla om natten och de som är vakna får för det mesta något att äta för att de ska kunna somna om.

Två av de sju klienterna som vi koncentrerade oss på brukar vara vakna nattetid, men det är inte alltid som man lyckas få dem att äta eller dricka något p.g.a. deras svåra demens. De övriga fem sover för det mesta.

Under dessa dagar som förändringen och mätningen pågick råkade det sig så att samtliga sov. Tre av de sju hade en gång under fem dagar fått mellanmål nattetid.

Vid förändringens slut kontrollerade vi igen blodsockervärdet och resultatet bland de sju varierade mellan 4,6 och 6,6. Vid inledningen av förändring 2 hade blodsockervärdet varit mellan 4,6 och 8,2.

Nattfastans längd under förändringens gång varierade mellan 10 timmar och 14,5 timmar. De flesta hade en nattfasta på 10 – 12 timmar.

Under perioden diskuterade vi mycket i personalgruppen om nattfastan och vi kom fram till att vi inte väcker de klienter som sover för att ge dem mellanmål.

Förändring 3: Något att dricka på sängkanten på morgonen (12 dagar)

Vår tredje förändring var att vi skulle ge något att dricka på sängkanten på morgonen åt våra klienter innan morgonsysslorna inleddes. De flesta fick saft innan de steg upp om inte nattsköterskan redan hade gett något mellanmål åt dem som varit vakna mellan vid 5:00 – 6:30-tiden.

Våra klienter har druckit bra genast på morgonen. Nästan alla har varit törstiga, vilket vi också lade märke till vid projektet om minskning av tarmreglerande medel där förändring två var bl.a. ökat vätskeintag. I samband med det infördes också att vätska skulle ges före frukosten och det visade sig att våra klienter gärna drack något före frukostgröten. Denna förändring gjorde nu att en stor del fick något att dricka eller äta mellan klockan 5 och 9 på morgonen fastän de kanske sov längre än så.

I slutet av förändring tre kontrollerades ännu en gång blodsockervärdet och resultatet denna gång blev värden mellan 5,3 och 7,3. Vi fick, som tidigare nämnts, under den här tiden en ny klient till Aspgården som var diabetiker och dennes värde var 8,8 vid projektets slut. (klienten var bara med en vecka i projektet)

Nattfastans längd varierade under förändringens gång mellan 3 och 15 timmar, men för det mesta var nattfastans längd mellan 6,5 – 12 timmar.

Resultat

Vi har dagligen under tre veckor fyllt i och dokumenterat dagens sista intag av mat och dryck (före midnatt) och dagens första intag av mat och dryck (efter midnatt). Innan projektets början togs ett fastblodsockervärde av samtliga klienter som deltog i projektet och efter varje avslutad förändring har ett nytt blodsockervärde tagits och dokumenterats.

Resultatet av nattfasteprojektet visade att det inte skett så stora förändringar i gruppen som helhet under de tre veckorna som projektet pågick. Blodsockervärdena bland samtliga klienter vid inledningen av projektet varierade mellan 5,1 och 7,3. Efter den första periodens slut där vi hade infört något att äta vid sänggåendet varierade värdena mellan 4,6 och 8,2. Den andra förändringen blev att ge något att äta åt klienterna nattetid om de var vakna (endast tre var vakna en gång vardera under perioden) och efter denna period varierade blodsockervärdena mellan 4,6 och 6,6. Den sista och längsta förändringen bestod av att ge något åt klienterna att dricka på sängkanten på morgonen och efter den förändringen var blodsockervärdena mellan 5,3 och 7,3.

Om man däremot går till de enskilda klienterna framkommer mera varierande resultat. För fyra av de sju klienterna höjdes blodsockervärdet under projektet. Hos två av klienterna var värdet samma som det var vid inledningen av projektet och för en klient hade blodsockervärdet dessvärre sjunkit så att det var lägre vid projektets slut än vid projektets början.

Ser man vidare på nattfastans längd så hade klienterna vid projektets början en nattfasta på 9 – 15 timmar. Efter den första förändringen (att ge något att äta vid sänggåendet) framkom egentligen inte några förändringar, utan nattfastans längd var ungefär den samma som tidigare. Efter den andra förändringen sjönk nattfastans längd lite och efter den tredje och sista förändringen började resultat synas. Efter den sista förändringen sjönk nattfastans längd till att variera från 3 – 15 timmar, men för det mesta var den mellan 6,5 och 12 timmar.

Detta lärde vi oss

Resultatet av projektet med nattfasteperioden blev kanske inte riktigt som vi hade tänkt oss. Att genomföra projektet på tre veckor var för det första alldeles för kort tid för att vi skulle se tydliga resultat och att dessutom dela in projektet med flera förändringar där två förändringar gjordes på fyra respektive fem dagar gav inte det resultat som vi förväntade oss.

Under de fem dygn som förändring två pågick d.v.s. att vi skulle ge något att äta om klienten var vaken nattetid, sov nästan alla. Under fem dygn var det endast tre av klienterna som fick något i sig nattetid.

Fortfarande sover klienterna på Aspgården bra om natten och ingen väckning görs nattetid för att ge mellanmål. Därför är det också svårt att få ett 100 procentigt resultat. Däremot serveras numera ett tidigt mellanmål som kan intas på sängkanten. Klienterna får sedan om de så önskar sova en stund till innan det är dags för frukost.

Sammanfattning problem/utvecklingsområde IV, ”förflyttning, balans” (16 veckor)

Av Siv Strandback

Som fjärde problemområde har vi på Aspgården velat höja det psykiska och sociala välbefinnandet genom att skapa en trivsam atmosfär samt finna sätt som underlättar i omvårdnadssituationerna. Många av de boende är svåra att hjälpa ur sängen på grund av stelhet. Några samarbetar inte vid förflyttning, vilket kan förorsaka smärta hos den boende och bidrar till onda nackar, axlar och ryggar hos personalen. Flera av de boende har dålig balans och fallrisken är därför stor.

Syftet med det fjärde utvecklingsområdet är alltså att de boende skall börja samarbeta, bli rörligare och aktivare, få en bättre balans och därmed minskas risken för fall. Även belastning på personalen minskar.

Förändring 1: Personalen får utbildning och skall lära sig Kinaestheticsmetoden, ergonomi, naturliga rörelsemönster och att använda olika hjälpmedel (16 veckor)

Personalen fick utbildning och lärde sig naturliga rörelsemönster, ergonomi samt att använda olika hjälpmedel. Vi inledde med att delta i en föreläsning av fysioterapeut Karin Krogell. Solgårds konditionsskötare Helena Loo och Lisbeth Lågas har gjort ett flertal besök på Aspgården och gett individuell handledning till var och en i arbetsgruppen. Man har under handledningarna tillsammans funderat ut det bästa sättet att hjälpa varje enskild boende.

Vi har fått information om olika hjälpmedel av ett hjälpmedelsföretag samt även praktiskt fått träna användningen av hjälpmedlen. Vi gjorde också ett studiebesök till Social- och hälsovårdsministeriets arbetsmiljöavdelning i Tammerfors.

Förändring 2: Personalen skall tillämpa metoden vid all förflyttning, och uppstigning (16 veckor)

Efter att personalen hade fått undervisning i grundmotorik, naturliga rörelsemönster och förflyttningsteknik skulle vi börja använda det vi lärt oss i praktiken. Vi skulle göra det på ett sätt som passar både den enskilda klienten och den enskilda hjälparen bäst. Vi har även kommit överens om att personalen ska hjälpas åt vid svårare vårdssituationer.

Vi upptäckte sanningen i hur viktigt det är att ta ögonkontakt med klienterna, att tala tydligt, att förklara och ge tid så att den boende hinner få klart för sig vad man menar. Att sätta sig bredvid den boende och resa sig på samma gång fungerar också ibland. En ny upptäckt är att en av de boende, som tidigare motarbetat oss vid uppstigning, nu går lätt att samarbeta med när vi sätter oss på huk framför henne och viskar ”kom nu med mej”. Detta ger antagligen en känsla av att just hon är utvald och att vi har en hemlighet ihop.

Att arbeta nära den boende märker vi att underlättar alla förflyttningar. Vi använder oss av behagliga, lugna och harmoniska rörelser i alla hjälpsituationer och arbetar med större inlevelse än tidigare. Vi använder sängarnas alla möjligheter som t.ex. att höja ryggstödet för att underlätta de boendes uppstigning och för att underlätta bäddningen för oss själva.

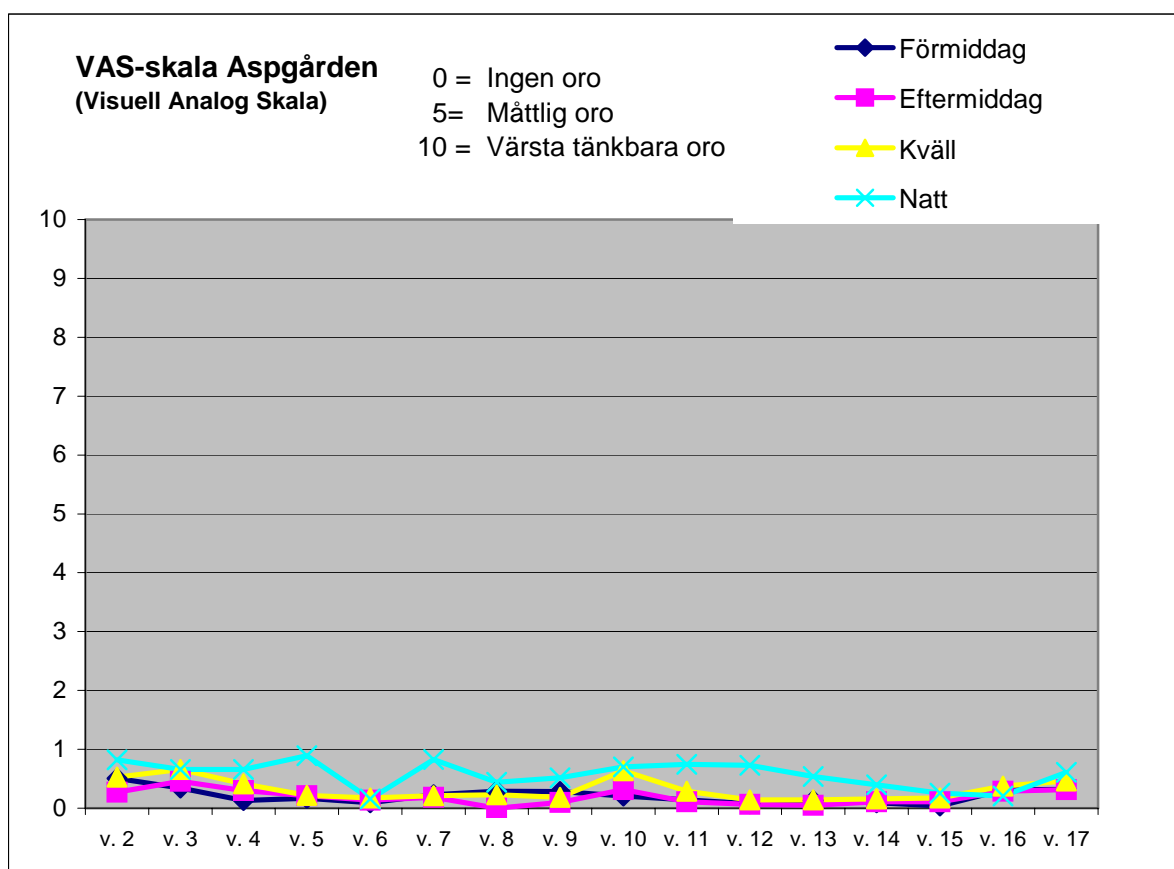
Förändring 3: Balansträning

Konditionsskötarna har satt upp trevliga, individuellt anpassade ”kom ihåg lappar” vid allas sängar med olika idéer på vad vi ska göra för att träna de boendes balans och underlätta uppstigningen från sängen. Alla i personalgruppen ska göra på samma sätt varje morgon för att skapa trygghet och kontinuitet i vården. Exempel på hur vi arbetar är att vi väcker de boende mjukt och långsamt via lågmält tal och med lugn beröring.

Resultat

Vi mätte de boendes grad av oro med hjälp av VAS-skalan varje förmiddag, eftermiddag, kväll och natt. Vi tittade då på graden av motorisk oro, trummar med fingrarna, tandgnissel, hoprynkad ansikte eller annat beteende som visade på oro. Graden av oro är låg och har inte förändrats under projektets gång, varken åt det ena eller andra hållet. Nätterna är den tid på dygnet när graden av oro är högst. Även kvällarna är något mer oroliga än förmiddagarna och eftermiddagarna. (Figur 4)

Figur 4. Grad av oro på Aspgården mätt med VAS-skalan



Detta lärde vi oss

När projektperioden på 16 veckor var slut, upplevde vi att arbetet kändes betydligt lättare på många sätt. Förflyttningar och uppstigningar har blivit lättare både för de boende och för personalen. Vi har blivit bättre på att begära hjälp av varandra och vara två vid förflyttningar när det finns behov av det. Vi har börjat använda hjälpmedel, som t.ex. förflyttningsbälten, oftare än tidigare. Vi har börjat tänka på hur vi hjälper, tar i och berör samt vilka hjälpmedel vi kan använda oss av. Vi har också börjat tänka på vikten av att arbeta ergonomiskt för att spara på våra egna kroppar

Slutsammanfattning: Aspgården (maj 2005)

Av Anne-Maj Isaksson, Lisen Backman, Charlotta Westerback och Siv Strandback

Problem/utvecklingsområde I. Minska blöjanvändningen

När detta skrivs har det gått ett halvt år sedan vi tog itu med det första problem/utvecklingsområdet och vi kan konstatera att det vi kom fram till då har fungerat. De individuellt anpassade tiderna för toalettbesök håller ännu idag och inga stora förändringar i blöjmodeller och storlekar har behövts. Endast en liten dagblöja har satts in, annars har vi bara använt extra blöja vid behov. Det var också vad vi räknade med eftersom demenssjukdomarna hela tiden fortskrider.

Avskildhet, lugn och ro fungerar ännu med vackra kort, fotografier, dockor o.s.v. som distraktion. Endast åt en boende använder vi alltid stödbälte på toaletten p.g.a. risk för fall om hon stiger upp. I undantagsfall används stöd när det är nödvändigt att sitta lite längre i lugn och ro.

Våra boendes välbefinnande, som är svårt att mäta då de inte kan uttrycka sig, borde ha förbättrats då vi alltid reagerar på oro och hjälper dem till toaletten. Mindre hudirritation är också ett resultat av rätt blöjanvändning.

Från personalens sida kan vi konstatera att en noga genomförd planering, kommunikation och ett gott samarbete där alla deltar är viktig för att få tillstånd en varaktig förändring. Eftersom vårdbehoven ständigt förändras och ny kunskap och nya produkter ständigt skapas är det viktigt med regelbunden och kontinuerlig uppföljning av behov och uppdatering av kunskap. Information om nyheter och genomgång av behoven före varje blöjbeställning t.ex. på månadsmöten vore en möjlighet. Alla bör också hela tiden reflektera och ge förslag om någon förändring behövs vad blöjanvändningen beträffar.

Problemområde II. Minskning av tarmreglerande medel

Av våra tio boende är det endast två som inte har spontana avföringar idag. Anhöriga har motsatt sig borttagandet av tarmreglerande medel i ett fall och den andra tål inte den ökade fibermängden i grötarna och slutade därför äta.

En boende har, efter att det dagliga tarmreglerande medlet togs bort i december 2004, fått Metalax suppositorer vid fyra olika tillfällen. Alla andra har enbart haft spontana avföringar. Personalen upplever det inte längre stressigt och arbetsamt att följa de nya förändringarna med fibrer, ökat vätskeintag och mera rörelse utan de har vävts in i de dagliga göromålen.

Det som påverkat magfunktionerna mest positivt är den kallpressade rypsoljan som numera ges individuellt. De som får mest ges 2 – 3 matskedar, två gånger per dag, om magen är trög trots alla andra insatser som ovan nämnts. En intressant undersökning skulle ha varit att följa med rypsoljans eventuella inverkan på blodfetterna.

Personalen upplevde detta problem/utvecklingsområde som mycket stressigt när det aktivt pågick, men under den tid som sedan har förflutit har det börjat gå bättre och bättre att individuellt följa med och anpassa mängden olja och fiber till var och en. Sammanfattningsvis kan vi säga att vi är nöjda med de resultat som vi uppnått. Inte minst insikten om att det går att ändra invanda rutiner och finna nya och bättre, om än det krävs energi och kan upplevas jobbigt till en början.

Problem/utvecklingsområde III. Att minska nattfastans längd

Efter problemområdets avslutning slutade vi med dokumenteringen, men överlag fungerar nog nattfastan bättre nu än den gjorde under projektetiden. Då var allt nytt och oerfaret, nu har alla vårdare fått lite perspektiv och man kan planera arbetstiden bättre och se till den enskilde individen utgående från dennes behov. En mera individcentrerad vård ges nog därför idag.

Problemområde IV. Förflyttning av klienten, att öka balans

Detta problemområde har precis nått sitt slut och jag hänvisar därmed till sammanfattningen av detta problemområde.

Projektets verkningar

På Aspgården har projektet bidragit till att personalens självförtroende har ökat. Personalen har sett att ”vi kan om vi vill”, och man har blivit medvetna om att gamla rutiner kan brytas. Bara viljan och samarbetet finns så kan man åstadkomma positiva förändringar i vården.

Personalen har även lärt sig mycket om sig själva och om varandra. Alla i personalen har börjat ta mera ansvar och numera diskuterar och kommunicerar man bättre inom personalgruppen. ”Vi-andan” har med andra ord stärkts.

Man tänker även mera på hur man utför arbetet och varför man gör olika saker. Genom projektet har personalen blivit mera uppmärksam på klienternas individuella behov och på de signaler som klienterna ger och därför upplever personalen att vården har förbättrats och klienternas välbefinnande har ökat tack vare projektet.

SOLGÅRD

Av Camilla Tallskog

Sammanfattning problemområde I: Minskning av onödiga läkemedel (7 veckor)

Projektet startade 30.8.2004 och vi på Solgård valde att börja med problemet att många äldre människor tar läkemedel ”i onödan”. På Solgård görs projektet på flygel 3 och där bor tio klienter. Av dessa har fem stycken (50 %) nio läkemedel eller fler. Detta ökar riskerna för fallolyckor samt kan orsaka trötthet, nedsatt intellektuell förmåga och förvirringstillstånd, dessutom höjer det vårdkostnaderna. Vårt syfte blev således att minska dessa risker och biverkningar samt att få ner vårdkostnaderna. Målet ställde vi på att minst 80 % skulle ha högst nio olika läkemedel per dygn (laxerande medel är inte medräknade).

Förändring 1: Att minska på läkemedel mot värk (2 veckor)

Tillsammans med vår läkare, Sofia Svartsjö, diskuterades klienternas värkmediciner och deras behov av dessa. Vi kom fram till att fem klienter hade värkmedicin som kunde minskas eller helt tas bort. Förändringen gjordes, läkemedlen mot värk avslutades, en del genast, en del trappades först ned och avslutades sedan. Förändringen pågick under två veckors tid och resultatet efter två veckor blev att läkemedel mot värk hos fem klienter hade avslutats eller minskats. Hos en av klienterna där läkemedel mot värk avslutats, sattes läkemedlet in igen, men i lägre dos.

Två klienter fick nu vardera två läkemedel mindre per dag, hos en klient blev det ett läkemedel mindre per dag och hos de övriga två en minskning av läkemedel. Totalt blev det en minskning med 18 tabletter per dag. Eftersom läkemedel mot värk avslutats/minskats så har klienterna fått mera ”vid behov läkemedel” än tidigare. Vi har även mer än vanligt använt oss av salvor mot värk samt värmebehandlingar. ”Vid behov läkemedlen” har dock blivit färre och färre med tiden. Efter förändring 1 har 60 % av klienterna nio läkemedel eller färre. (Hos en klient blev under denna tid ett annat läkemedel avslutat av andra orsaker än projektet.)

Förändring 2: Att minska sedativa (lugnande, sömn) läkemedel (2 veckor)

Vi diskuterade igen med vår läkare och kom fram till att fem klienter hade sedativa läkemedel som kunde minskas eller avslutas helt. Hos tre klienter avslutades ett sedativt läkemedel var, hos två gjordes en minskning. Inga av dessa läkemedel har man behövt sätta in igen vid denna projektperiods slut. I tabletter räknat blev det en minskning med tre och en halv tabletter. Efter förändring 2 har 60 % av klienterna nio läkemedel eller färre.

Förändring 3: Minskning av läkemedel mot högt blodtryck (2 veckor)

Vi kontrollerade dock blodtrycken redan veckan före förändringen och vi kontrollerade blodtrycket tre dagar i följd hos samtliga klienter. I samråd med vår läkare kontrollerade vi även ortostatiska blodtrycket hos en del av klienterna. Vi kom fram till att vi kunde pröva att minska läkemedel mot högt blodtryck hos en klient. Inom dessa två veckor konstaterade vi dock att klienten i fråga behöver detta läkemedel och det påbörjades igen. Resultatet blev alltså att inga förändringar gjordes vad det gäller läkemedel mot högt blodtryck. (Nämnas kan att hos en klient togs ett blodtrycksläkemedel bort av andra orsaker senare i projektet.) Efter förändring 3 har 60 % nio läkemedel eller färre.

Förändring 4: Att minska "övriga läkemedel" (1 vecka)

Vi hade reserverat endast en vecka för minskning av övriga läkemedel, men eftersom inga direkta förändringar gjordes veckorna före så påbörjade vi förändringen av övriga läkemedel lite tidigare (7.10 istället för som planerat 11.10). "Övriga läkemedel" diskuterades med vår läkare och vi avslutade sammanlagt sju läkemedel hos tre klienter. Dessa "övriga läkemedel" var mediciner för magen (ej laxerande), hormontabletter eller läkemedel som används som förebyggande mot urinvägsinfektion. Eftersom vi i nästa projektperiod (problem II) kommer att försöka minska laxerande medel så bortsåg vi helt från dessa under den här perioden

Förändring 4 ledde till en minskning med fjorton tabletter, och efter förändringen har 70 % av klienterna nio läkemedel eller färre.

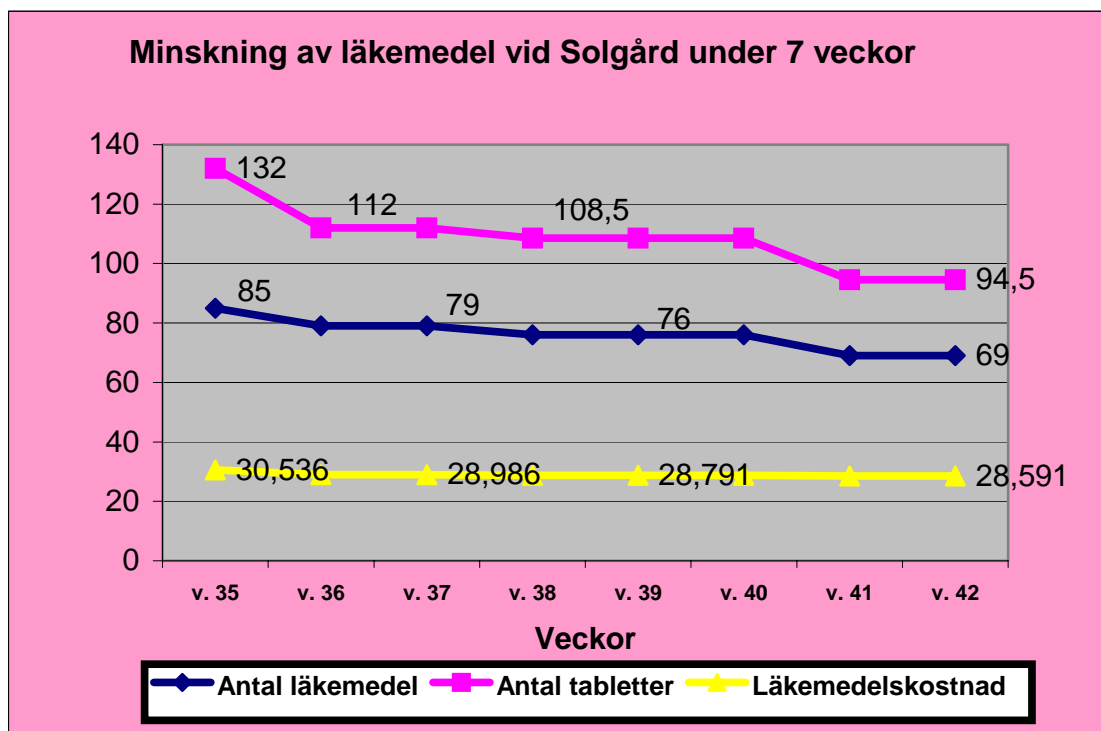
Resultat

Resultatet när projekttiden är slut är således att 70 % av klienterna har nio läkemedel eller färre. Totalt har 15 läkemedel blivit avslutade och tablettmängden på flygel III har minskat med 35,5 tabletter (tablettantalet kan variera beroende på styrka, men jag har nu utgått från de styrkor vi använder och vill ta med det för att det berättar lite mera bildligt vad som hänt under dessa sju veckor). En klients läkemedel har minskat från 15 till nio läkemedel.

Vårt mål var att 80 % skulle ha nio läkemedel eller färre, resultatet blev 70 %. Tre klienter har ännu nio mediciner eller fler. Nämnas bör att dessa tre är nära "niogränsen" (de har 10, 11, respektive 11 st. läkemedel var) och att flera läkemedel blivit minskade, vilket inte syns i "antalet läkemedel". Fem klienter (50 %) har fem läkemedel eller färre (laxerande medel inte medräknade).

Tiden borde ha varit längre, speciellt för "övriga läkemedel", eftersom vi nu t.ex. inte hann få alla blodprovssvar som behövdes före eventuell läkemedelsminskning. Figur 1 visar minskningen av antal läkemedel, antal tabletter samt minskningen av läkemedelskostnaderna.

Figur 1. Minskning av läkemedel i antal, tabletter i antal samt läkemedelskostnaderna i euro.

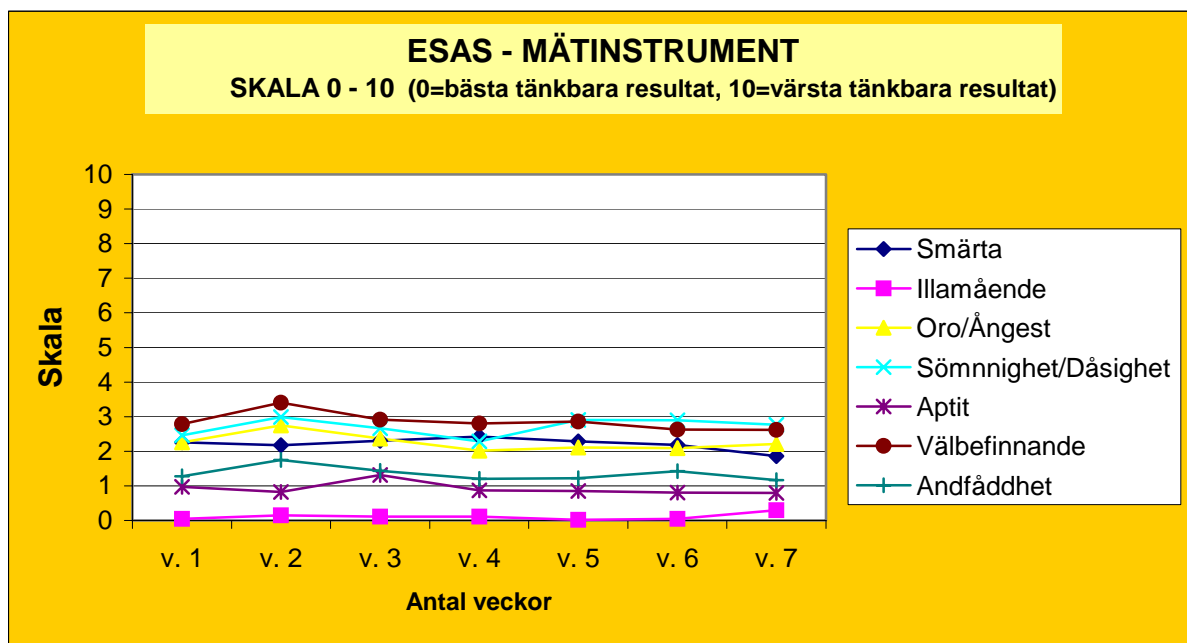


Som uppföljningsmetod har vi använt oss av ESAS modellen, vilket innebär att vi dagligen, på en skala mellan 0 och 10, följt upp hur klienterna mår (smärta, illamående, oro/ångest, sömnhet/dåsighet, aptit, välbefinnande och andfåddhet.) Resultaten visas i figur 2.

Denna metod har haft för- och nackdelar. Fördelarna är att vi dagligen för varje klient verkligen funderat "djupare" på hur de mår. När man dokumenterar måendet på detta sätt så reflekterar och funderar man i personalgruppen mera över eventuella problem och lösningar. Man får en daglig uppföljning och man kan följa med skiftningar från dag till dag. Att måendet verkligen dokumenteras har gjort att vi oftare frågat klienten själv hur han/hon mår istället för att dokumentera det vi tror.

Nackdelen med ESAS-uppföljningen är att man inte ser orsaken till varför t.ex. smärtan eller sömnheten är högre den dagen. Det behöver ju inte bero på läkemedelsminskningen. Uppföljningen skulle också bli mera tillförlitlig om det var möjligt att samma person alltid var med vid dokumenteringen. Personalen kan ha olika syn på exempelvis vad som är normalt och vad som är oro. Resultaten från ESAS-uppföljningen presenteras skilt, men överlag har inte skiftningarna varit stora på grund av läkemedelsminskningen. Dessutom har vi haft två andra uppföljningsinstrument där vi dag för dag eller per förändring noterat bl.a. blodtryck, läkemedelsändringar, samt vilka "vid behov läkemedel" som givits.

Figur 2. Resultaten av mätningarna gjorda med ESAS på Solgård.



Detta lärde vi oss

För personalen har denna inledande tid varit bra och vi har kommit varandra närmare. Vi strävar alla mot samma mål. I gruppen finns stor samarbetsvilja och tillsammans får vi det att fungera. Nya tankesätt, arbetsmetoder och tidsprioriteringar är aldrig något som går att ändra helt smärtfritt. Under denna första projektperiod tror jag att vi alla lärt oss att vara ännu mer observanta på hur klienterna mår.

Vi har lärt oss att mera än förr "kritiskt granska" och reagera på långa läkemedelslistor. Läkemedel mot värk påbörjas av någon orsak, t.ex. efter ett fall och då bör man efter en tid utvärdera om klienten fortfarande behöver läkemedlet. Sedativa läkemedel och då kanske speciellt läkemedel för sömn är sådana som många gånger ges "för säkerhets skull". Det är dessutom lätt att kontrollera om dessa läkemedel behövs.

Denna inledning på vårt projekt har varit intressant på många sätt. Det kändes, speciellt i slutet av projektperioden, som att tiden gick för fort. Övriga läkemedel skulle ha behövt mera tid, eftersom den förändringen egentligen var den största och enligt mig den intressantaste.

Sammanfattning problemområde II, "minskning av tarmreglerande medel" (9 veckor)

Som andra problemområde har vi på Solgård valt att arbeta med att minska användningen av tarmreglerande medel. Problem med trög mage och användning av tarmreglerande medel inverkar negativt på det psykiska och fysiska välbefinnandet samt höjer vårdkostnaderna och vårt syfte är således att öka välbefinnandet och sänka vårdkostnaderna. Målet är ställt på att 80 % av klienterna skall ha spontana avföringar samt att kostnaderna för tarmreglerande medel skall minskas med 80 %.

På vår flygel använder sex av tio klienter laxerande medel. Detta innebär att fyra klienter redan innan denna projektperiods början hade spontana avföringar och vi har därmed ”koncentrerat” oss på de sex klienter som inte hade spontana avföringar. Nämnas bör att av dessa sex klienter så hade tre fler än ett sorts tarmreglerande medel (Metalax tabletter, Movicol pulver, Laxoberon droppar, Levolac oral lösning och samt vid behov används Tolax lavermang) därför kommer vi inte att redovisa minskningen i mängd endast i kostnader. Under projektperioden har vi även följt med klienternas vikt eftersom vi bl.a. ändrat kosten och infört mera vätska. Kostnaderna för tarmreglerande medel var vid projektperiodens början totalt 13,13 euro/vecka.

Förändring 1: Ökat fiberintag (3 veckor)

Den första förändringen som vi gjorde var att öka klienternas fiberintag. Köket sköter om att gröten är mera fiberrik och dessutom blandas 1 – 2 msk extra kli i gröten åt dem som har problem med magen. Köket har även bakat fiberrikt bröd som klienterna fått vid måltiderna, och vi har gett bröd även till dem som tidigare inte alltid fått bröd p.g.a. ”lätta linjen”. Mera grönsaker har serveras med maten samt även mera frukt.

Efter att tre veckor gått så hade vi avslutat endast ett tarmreglerande medel hos en klient, som hade flera laxerande medel. Under dessa första tre veckor gick en klient upp 1,4 kg och en annan klient gick ned 2,3 kg. Kostnaderna sjönk med 0,23 euro/vecka.

Förändring 2: Ökat vätskeintag samt ökad rörelse (2 veckor)

Vår andra förändring blev att öka vätskeintaget samt att försöka öka rörelsen hos våra klienter. Vi började föra vätskelista för samtliga som har problem med magen samt började ge saft/vatten i samband med kaffe och vid andra lämpliga tillfällen. Målet var minst en liter/dag. Vi märkte att de klienter som drack lite redan före denna förändring var de som det också var svårast att öka vätskeintaget hos. Utgående från vår dokumentation över vätskemängderna så har inte några stora förändringar skett med siffrorna före förändring 2 och siffrorna sex veckor senare vid projektperiodens slut, däremot så ökade vi nog klienternas vätskeintag under de två första veckorna. Att vätskeintaget senare gick till mera ”vanliga nivå” beror säkert mycket på tidsbrist, men även på att vi inte märkte några direkta förändringar med magfunktionerna.

Att öka klienternas fysiska aktivitet var en mera tidskrävande förändring. Vi promenerade mera med klienterna men försökte framför allt uppmana till rörelse hos dem som kan röra sig självständigt. Vi märkte dock ingen större effekt av den ökning av rörelse som vi kunde bidra med. Kanske hade det varit effektivare om det varit sommar, eller bättre väder utomhus och det hade funnits möjlighet till längre promenader för de klienter som kan.

Under denna förändring avslutades ett tarmreglerande medel och ett minskades. Kostnaderna minskade med 0,85 euro/vecka. Under denna förändring har tre klienter gått upp i vikt; 1,8 kg, 3,2 kg (samma klient som gick ned 2,3 kg under förändring 1) respektive 0,7 kg. En klient har gått ner i vikt 0,4 kg.

Förändring 3: Införa plummondryck (2 veckor)

Som tredje förändring började vi ge plommonsajt och plommonsylt till de klienter som använder tarmreglerande medel. I samband med frukosten får de ett glas plommonsajt och oftast används plommonsylt som sylt på gröten. Under denna förändring minskades eller avslutades inga tarmreglerande medel. Under dessa två veckor har två klienter gått upp i vikt och en klient har minskat i vikt.

Förändring 4: Införa rypsolja (2 veckor)

Som fjärde och sista förändring började vi ge rypsolja till de klienter som hade problem med magen. Rypsoljan blandades för det mesta i gröten och vi använde oss av den kallpressade oljan, eftersom den har en neutralare lukt. Första veckan gav vi 10 ml. rypsolja och andra veckan ökade vi till 15 ml.

Under dessa två veckor hände mycket med magfunktionerna. Hos fem av sex klienter fick vi minska eller avsluta de tarmreglerande medlen helt. Tre av klienterna har nu inte längre några tarmreglerande medel alls. För två klienter har de laxerande medlen kunnat minskas. Noteras bör att under dessa två veckor har vikten gått upp hos fem av sex klienter, hos fyra klienter mellan 0,3 kg och 1 kg. En klient har ökat 4,3 kg i vikt. Kostnaderna för tarmreglerande medel minskade nu med 4,66 euro/vecka.

Resultat

Vi har dagligen följt upp avföringstillfällena, både spontana och icke spontana, samt avföringskonsistens. Vi har dokumenterat klienternas matintag d.v.s. om klienterna ätit normalt, mycket, litet eller inte alls. Under sex veckors tid har vi även fört vätskelista på samtliga sex klienter som vid periodens början använde tarmreglerande medel. Vi har under den här tiden även följt med om klienten rört sig utöver det normala. Vi har också dokumenterat vilken mängd plommonsajt och rypsolja som klienten fått, samt tarmreglerande medel som getts vid behov eller avslutats.

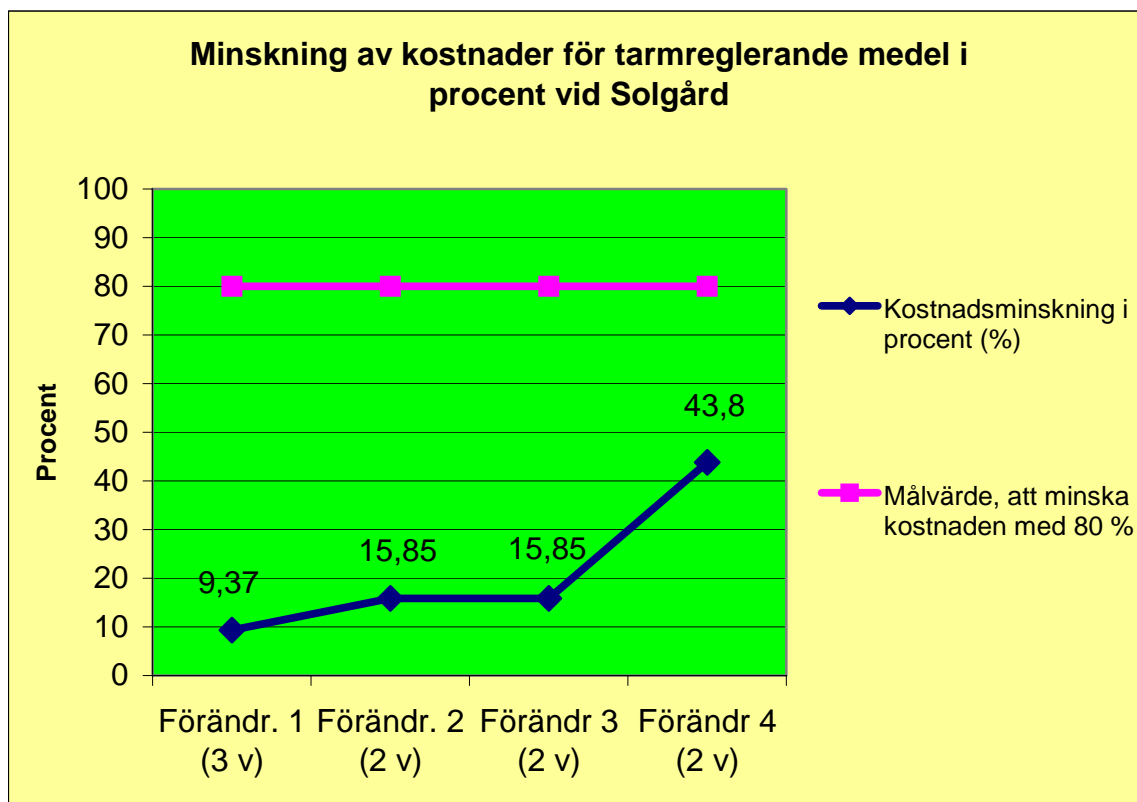
När en förändring börjat eller slutat har vi dokumenterat den enskilda klientens avföringstillfällena/vecka, kostnader för tarmreglerande medel/vecka, vikt samt vätskeintag.

Resultatet när projekttiden var slut var således att sju klienter av tio har spontana avföringar, d.v.s. 70 %. Tre klienter har ännu tarmreglerande medel på sin medicinlista, men ingen av dessa tre har fler än ett medel regelbundet. Kostnaderna för tarmreglerande medel var när vi började 12,13 euro/vecka och har nu minskat till 6,39 euro/vecka. Läkemedelskostnaderna har alltså minskat med 47,32 %, men samtidigt har kostnader för fibrer och rypsolja kommit till. Kostnadsminskningen för tarmreglerande medel visas i figur 3.

Fyra av sex klienter har ett aningen större vätskeintag vid projekttidens slut jämfört med vid projektperiodens början. Fyra av sex klienter har under dessa nio veckor ökat i vikt; 0,5 kg, 3,0 kg, 1,5 kg samt 4,7 kg, en klient står på samma vikt och en klient har gått ned 2,0 kg. Viktminskningen beror högst sannolikt på andra orsaker än projektet.

Vi kan klart konstatera att rypsoljan gett bästa resultat, men samtidigt så hade vi den förändringen sist och vet inte säkert hur mycket de tidigare förändringarna inverkar på slutresultatet.

Figur 3. Kostnadsminskning för tarmreglerande medel i procent (%) vid Solgård



Detta lärde vi oss

De här nio veckorna, som vi koncentrerat oss på magfunktionen, har innehållit många konkreta förändringar på flygeln. Vi har ändrat klienternas kost och det har speciellt märkts på frukosten som nu innehåller mycket mera fibrer samt rypsolja. Vi trappade i början upp fiberintaget men märkte då att en klients mage fungerar bättre med lite mindre fibrer.

Rypsoljan blandade vi först i gröten, men märkte att en del klienter då inte ville ha gröten. Vi började därför ge den i medicinglas åt vissa klienter och det fungerade mycket bättre. Först såg vi oss blinda på att oljan skulle tas på morgonen, men även det har vi slutat med.

Tarmreglerande medel som vi gett ”vid behov” har minskat under denna period, även om det tog ett tag innan vi började ge rypsolja som ”vid behov medicin”.

Extra rypsolja har haft god effekt. Plommonsaften märkte vi ingen större effekt av och som tidigare nämnts såg vi inte heller någon större effekt av ett ökat vätskeintag, eftersom det var svårt att öka intaget hos dem som bäst behöver det. (Någon minskning av urinvägsinfektioner har inte noterats under denna tid.) Ökad rörelse i den mån vi kunde bidra med gav inte heller några direkta förändringar i magfunktionen.

De flesta av klienterna gick upp i vikt och orsakerna är säkert flera: Ett ökat matintag (alla har t.ex. fått smörgås, mera frukt och saft), ett ökat vätskeintag och kanske framför allt rypsoljan har bidragit till viktökningarna.

Vi har sett goda resultat och kommer därför att fortsätta på samma linje tills vidare. Att äta mera fiber, att i mån av möjlighet dricka mera och att röra sig mera är nyttigt. Att göra förändringar gällande magfunktionen tar tid och det var främst de sista veckorna i projektperioden som vi kunde avsluta tarmreglerande medel. För att se hur det utvecklas behöver vi ett större tidsperspektiv.

Klienterna har i det stora hela ätit den fiberrikare kosten med god aptit. När vi ökade vätskeintaget hände det sig att någon suckade eller log åt alla glas och koppar som nu fanns med på frukostbrickan. Rypsoljan har också överlag gått bra, när vi provat oss fram till hur det är bäst att ge den.

För personalen har den här projektperioden många gånger upplevts som tidskrävande. Att servera frukost har börjat ta mera tid och att ge mera vätska, uppmana/hjälpa klienterna att röra på sig, servera mera frukt samt att dokumentera (speciellt att föra vätskelista) är sådant som tagit tid. Dessutom har arbetstyngden, även utöver projektet, ökat på vår flygel under denna tid.

Vi har fått uppleva frustration över att inte räkna till och att inte alltid hinna göra vårt absolut bästa. Kanske hade resultatet varit annorlunda om vi hunnit, men det vet vi inte. Vi har även upplevt att dessa förändringar som vi gjort skulle ha varit lättare att genomföra om vi hade varit samma personal hela tiden. Detta är dock inte möjligt eftersom Solgård är indelat i flera flyglar och därmed är det inte alltid möjligt med bara personal från den egna flygeln.

Under den här tiden har vi även lärt oss att hitta nya lösningar på problem och att tänka mera kreativt. Vi har också på ett nytt sätt fått fundera över alternativ till tarmreglerande medel. Vi har fått se resultat och känt tillfredsställelse över det vi ändrat och vi kommer som sagt att fortsätta med våra förändringar.

Sammanfattning problemområde III, ”minskning av nattfastans längd” (3 veckor)

Som tredje problemområde har vi valt att se över längden på klienternas nattfasta, d.v.s. den längsta tiden på dygnet som klienterna inte äter eller dricker något. Vi har även följt med blodsockret eftersom ett lågt blodsocker kan leda till oro och allmänt påverka humöret och vakenhetsgraden. En nattfasta som är längre än 10 – 11 timmar rekommenderas därför inte.

Målet ställs på att 100 % av klienterna skall ha en nattfasta som är mindre än 10 – 11 timmar, och på så sätt ska vakenhetsgraden och välbefinnandet för klienterna ökas. När projektperioden inleds har åtta klienter av nio en nattfasta som är längre än 10 – 11 timmar men samtliga har ett blodsockervärde som ligger mellan 4,7 och 6,6.

Förändring 1: Att servera frukosten tidigare (1 vecka)

Första förändringen blev att vi började servera frukosten tidigare. Vi hämtade frukostkärran genast när morgonarbetet inleddes. Tidsmässigt betyder det en halv till en timme tidigare än förut. Vi serverade också frukost på sängkanten i större utsträckning än tidigare, d.v.s. före morgontoaletten. Vi försökte även ge dagens sista mat/dryck något senare än annars.

Efter denna förändring varierade blodsockervärdena mellan 5,2 och 6,9. Ett värde var även 8,7 men den klienten hade redan före projektperiodens start en kortare nattfasta än 10 – 11 timmar. Två klienters blodsocker var lite lägre än vid tidigare mätning. De övrigas blodsocker

hade stigit en aning. Efter denna förändring har de flesta ännu en nattfasta som är längre än 10 – 11 timmar. Två klienter har en nattfasta kortare än 10 timmar, men det beror på matintag på natten, inte på tidigare frukost eller senare kvällsmål.

Förändring 2: Att ge något att dricka/äta på natten åt dem som är vakna och vill ha (2 veckor)

Andra förändringen blev att nattpersonalen i högre utsträckning än tidigare ger ”nattmål”, d.v.s. något att äta eller dricka som påverkar blodsockret, till dem som är vakna och som vill ha. Den första veckan minskade nattfastans längd under flera nätter hos några klienter, men den andra veckan ökade igen nattfastans längd ungefär till det den varit tidigare. Nattfastans längd varierar också mycket från natt till natt hos klienterna. Den ena natten kan nattfastan vara fem timmar och nästa natt kan den vara 12 timmar hos samma klient. Detta är naturligt eftersom vi inte väcker någon för nattmål, och det är svårt att veta när någon klient ”råkar” vara vakna så att man då kan erbjuda mat. Flera klienter ville heller inte ha nattmål trots att de var vakna och blev erbjudna.

Överlag kan man säga att nattfastans längd blivit kortare än 10 – 11 timmar ungefär hälften av nätterna hos fyra av nio klienter. Blodsockervärdena varierade mellan 5,1 och 8,1 efter projektperiodens slut. Hos fem klienter har blodsockret gått ner och hos fyra klienter har blodsockret gått upp under denna förändring.

Resultat

Vi har dagligen dokumenterat klienternas för dagen första och sista matintag, samt även deras matintag på natten. Problem med hur man skulle tolka uppföljningsinstrumentet uppstod dock och uppföljningsinstrumentet ändrades under projekttiden. Nattfastans längd och blodsockervärdena före och efter förändring 1 och förändring 2 dokumenterades i ett annat uppföljningsinstrument.

Resultatet vid projektperiodens slut var att nattfastan generellt har förkortats om än inte alls till det uppställda målet. Sista kvällsmålet har senarelagts och kvälls/nattmedicinen ges med lite soppa. (Det finns även de som bara vill ha vatten med medicinen). Nattfastans längd varierade från natt till natt beroende på om klienten har varit vakna under natten och om nattskötaren just då har råkat vara på plats. Blodsockret var vid projektperiodens slut, jämfört med vid periodens början, högre hos sex av nio klienter. Detta behöver trots allt inte ha något med nattfastans längd att göra utan det kan även bero på t.ex. matintaget dagen före.

Detta lärde vi oss

Vi kom inte i närheten av att alla klienter (100 %) skulle ha en kortare nattfasta än 10 – 11 timmar. Klienterna sover överlag bra på natten och de som var vakna ville inte alltid ha något att äta trots att de var vakna. Hos de klienter där nattfastan blev kortare en tid så märkte vi ingen förändring i vakenhetsgraden och inte heller, utgående från personalen, någon förändring i välbefinnandekänslan.

Även denna projektperiod har medfört förändringar i de ”vardagliga rutinerna”. Vi har provat att ge frukost på sängkanten i en högre utsträckning än tidigare. Det medförde att en personal ”var fast” vid frukostkärran redan från morgonen och en del klienters morgontoalett blev lite senare.

Nattpersonalen har nyckelpositionen när det gäller att korta nattfastan och att ge mat/dryck till dem som vill ha på natten. Personalen upplevde även här att förändringarna krävde tid och

därmed upplevde man många gånger tidsbrist. Förändringarna skall både genomföras och dokumenteras.

Denna projekttid har dock inte varit ”onödig” för den har gjort att nattmål erbjuds till den som vill ha, i högre utsträckning än tidigare. Den har även påmint alla i personalen om att lång nattfasta kan vara en orsak till att klienterna upplever t.ex. oro och trötthet.

Noteras bör att när vi inledde denna projektperiod så var målet ganska ”blint” inställt på blodsockervärdena. En för lång nattfasta leder till att kroppen börjar ta sin energi ur cellerna när den inte får energi från mat/dryck. Så att korta av nattfastan är en viktig tanke i vården av äldre människor. Dock har vi konstaterat att det inte alltid är så lätt att göra den kortare.

Sammanfattning problem/utvecklingsområde IV, ”förflyttning, balans, sång” (16 veckor)

Inom det fjärde problemområdet valde vi att se över hur vi lyfter och förflyttar våra boende. Kinaestheticsmetoden infördes som arbetssätt. Balansen övades hos de boende och sång användes som en del av vårdarbetet. Att se om personalen upplevde det positivt att börja arbetsdagen med lätt ”morgongymnastik” ingick också.

Flera klienter är svåra att hjälpa upp t.ex. från sängen på grund av stelhet och någon klient samarbetar inte. Detta kan förorsaka smärta hos dem själva och bidrar till onda axlar, nackar och ryggar hos personalen. Det är mycket vanligt att äldre har dålig balans och därmed ökad fallrisk.

Syftet med detta problemområde var att klienterna skulle börja samarbeta samt blir rörligare och aktivare. Att deras balans förbättras och att därmed fallrisken minskas. Syftet är naturligtvis även att minska belastningen på personalen samt att öka det fysiska och psykiska välbefinnandet hos klienterna. Syftet är också att använda sång som en naturlig del i det vardagliga livet på vår flygel.

När det gäller förflyttningar och lyftteknik så fanns vid problemområdets början fyra klienter på vår flygel som behövde hjälp med detta. Eftersom en av dessa klienter flyttades till annan vårdplats så blev antalet, i ett ganska tidigt skede av problemområdet, tre klienter som behöver hjälp med förflyttningar.

Förändring 1: Personalen får utbildning och skall lära sig Kinaestheticsmetoden, ergonomi, naturliga rörelsemönster och att använda olika hjälpmedel (16 veckor)

Redan i november 2004 deltog personalen i en föreläsning som handlade om upprätthållande av grundrörlighet och god hållning. Våra konditionsskötare Lisbeth Lågas och Helena Loo har fått undervisning i kinaestheticsmetoden av en specialfysioterapeut och de lärde i sin tur ut metoden till personalen på flygeln. Undervisningen var individuell och handledning gavs under resans gång. Personalen fick även undervisning och förevisning om olika befintliga hjälpmedel. Personalen har också gjort ett studiebesök till Social- och hälsovårdsministeriets arbetsmiljöavdelning i Tammerfors.

Denna förändring upplevdes som intressant och lärorik. Människan är ett vanedjur och arbetet genomförs för det mesta enligt vana. För att bryta denna vana så behövs undervisning; skolning i nya arbetssätt och kunskap. Lika viktig som kunskapen, är viljan. Övningar där

personalen övar på varandra är ett måste för att hitta den rätta tekniken, för att sedan kunna ge klienten en känsla av trygghet och säkerhet i den nya arbetsmetoden.

Förändring 2: Personalen skall tillämpa metoden vid all förflyttning (16 veckor)

Förändring 1 och 2 infördes samtidigt, och allt eftersom personalen fick undervisning så började de ”öva” sig på att använda de nya arbetssätten i praktiken. För att införa nya förflyttningsmetoder krävdes mycket samarbete mellan personalen och klienterna samt även inom personalen.

Att börja arbeta på ett nytt sätt kräver tid. Eftersom morgonarbetet började ta längre tid så försökte vi även förlänga förmiddagen genom att skjuta fram lunchen och middagen med en halvtimme. Detta prövade vi i några veckors tid, men konstaterade sedan att våra eftermiddagar istället blev lidande och återgick till de vanliga tiderna. Detta även för att resten av Solgård fortfarande hade mat på de ursprungliga tiderna.

Att börja arbeta enligt kinaestheticsmetoden, att aktivt tänka på ergonomi, rörelsemönster och vilka hjälpmedel som kunde komma på fråga är ingen lätt sak, även om mycket redan fanns där naturligt. Personalen upplevde inledningsfasen som krävande och konfliktsituationer uppstod både inom personalen och inom en själv. Vi visste hur vi skulle göra teoretiskt men det betydde inte att det var lätt att genomföra i praktiken. Vi möblerade om i rum, prövade olika hjälpmedel och förflyttningsmetoder av många olika varianter, men att hitta den ”bästa” metoden var svårt. I och med detta så dalade även motivationen.

Även klienterna reagerade när en sådan fokus lades på varje förflyttning och det var fler personer än vanligt med vid t.ex. morgonbestyren. En bit in på problemområdet så flyttade en klient, p.g.a. fysiska orsaker till en annan vårdplats och det innebar att vi nu hade endast tre klienter som behövde hjälp med förflyttningar. En av dessa klienter går inte alls att samarbeta med och vi måste använda de metoder som för ”humörssituationen” är bäst. Detta innebär att två klienter får mycket uppmärksamhet, vilket inte alltid upplevdes som positivt av dem.

På grund av detta så koncentrerade vi oss på andra saker en tid. Vårt nya arbetssätt innehåller ju mycket annat än själva förflyttningarna. Vi lät det nya som vi lärt oss angående själva förflyttningarna bero, både för klienternas och för personalens skull. Detta visade sig vara mycket klokt. När både klienterna och personalen fick öva de nya teknikerna i lugn och ro innan ännu något nytt infördes, så började även samarbetet mellan alla att fungera igen och framstegen sågs som sporrar till vidare utveckling. När vi hittade balansen och insåg att det bästa inlärnings sättet när det gäller nya arbetsmetoder är tid, så kan vi även gå vidare, en erfarenhet klokare.

Att arbeta enligt kinaestheticsmetoden innebär att man tänker enligt metoden, att man har förståelse för människans funktionsförmåga, rörelsens betydelse, beröringens betydelse och kunskap om kroppens självstyrning, motorisk inläring och hälsa. Man rusar t.ex. inte in till en klient på morgonen, tänder taklampan och drar bort täcket och börjar försöka lyfta. Det viktiga är att man väcker klienten ”på hans/hennes sätt”, på ett mjukt och harmoniskt sätt. Man väcker även klienten fysiskt d.v.s. hos t.ex. en hemiplegiklient så ”väcker” man även den förlamade sidan med beröring och rörelser. Att börja arbeta på detta sätt har varit mycket positivt både enligt klienter och för personal. Nämnas bör att ingen i personalen heller tidigare har rusat in till en klient, men att aktivt tänka på att väcka klienten fysiskt var nytt för många. Kinaestetiken innehåller mycket som har funnits med naturligt redan före projektperioden. Att arbeta ergonomiskt kan många i teorin, men ändå arbetas det många gånger oergonomiskt. Att

repetera dessa kunskaper är av stor betydelse och de borde repeteras med jämna mellanrum. Alla framsteg är en vinst både för personalen själv och klienten, men även för organisationen.

Förändring 3: Träna balansen hos de boende (5 veckor)

De sista fem veckorna av denna projektperiod tränade vi även balansen hos klienterna. Tillsammans med våra konditionsskötare har vi gjort upp ett individuellt schema för varje klient där det framkommer vilka ”övningar” vi kan göra med klienten för att öka hans/hennes balans. Detta kan vara att hos en självständigt uppegående klient öva rätt uppstigningsmetod, att uppmana till rörelse o.s.v. Hos en klient med hemiplegi kan vi öva att stiga upp från sängen flera gånger, att stå, att eventuellt gå en bit m.m.

Balansövningarna ingår på många sätt i den nya förflyttningstekniken och det gäller att öva och öva samt att aktivt tänka på att öva balansen, tills det börjar gå av sig självt. När vi först tänkte på att vi skulle öva balansen så tänkte vi det som något mera invecklat än vad det är. Det krävs inte några svåra övningar, utan sådant som en del av oss redan till en viss del gör, utan att tänka på det. Att promenera en extra sväng, att stiga upp och sätta sig några gånger extra, att stå på tå m.m. Denna förändring har bara pågått från april så den är ganska ”färsk”. Även här krävs tid innan det börjar löpa naturligt och resultaten visar sig. Förändringen upplevs dock positiv både av personal och klienter och vi tror på framsteg allt eftersom vi fortsätter.

Övriga förändringar (9 veckor)

Från och med mars så började vi sjunga i grupp med klienterna två gånger i veckan. Två veckor senare försökte vi oss även på vårdarsång, d.v.s. de personer i personalen som känner sig bekväma med att sjunga sjunger med klienten under morgonssysslorna. Att sjunga allsång med klienterna upplevdes positivt både av klienterna och av personalen. Vi hade samlat kända sånger i mappar så att alla skulle kunna följa med i texten och sjunga med. En klient som är mycket på rummet lockades ut till dagsalen på detta sätt. Om mapparna lämnats fram efter sångstunderna så har det även hänt att klienterna själva fortsatt att sjunga.

Vårdarsången har däremot inte lyckats lika bra. Alla i personalen känner sig inte bekväma med att sjunga. För dem som provat har det känts ”onaturligt”. Eftersom vi använder ett habiliterande arbetssätt på morgonen och uppmanar klienten att göra själv det han/hon kan så går det inte att sjunga samtidigt. Eftersom ingen av våra klienter är svårt dement, och de samarbetar utan att vi behöver avleda dem, så upplever vi det naturligare att diskutera med dem på morgonen, att berätta om vädret, hur natten varit, dagens händelser o.s.v.

Från och med april började personalen inleda sin arbetsdag med lätt ”morgongymnastik” enligt ett schema som kallas solhälsningen, en yogaövning som räcker 3 – 4 minuter och som görs till lugn musik. *Solhälsningen* har vi provat på under april månad. I början försökte vi ordna det så att vi kunde ha yogaövningen tillsammans på morgonen men det blev svårt när vi börjar morgonarbetet i ”olika etapper”. Så vi var aktivast med denna övning i början av månaden, sedan var det någon morgon nu och då som den gjordes. Kanske hade det varit lämpligare att pröva en annan tid på dygnet. T ex efter maten, för att få mera energi till eftermiddagen. En del i personalen har upplevt det skönt att sträcka på musklerna, andra har inte upplevt någon mening med övningen. Kanske har det varit bra för gruppen att göra det här tillsammans.

Resultat

Under den här projektperioden har vi inte fokuserat på lika mätbara områden som tidigare i projektet. Före denna periods början så fyllde vi i ett frågeformulär där vi antecknade hur vi upplevde förflyttningar, samarbete och motarbete med varje klient. Alla i personalen fyllde i ett eget papper. Nu när perioden är slut så fyller vi i samma papper och de förändringar som skett fås på detta sätt fram.

Sångstunderna, vårdarsången och solhälsningen har följts upp genom att vi kryssat i när vi gjort respektive sak. Från och med 17.1 så har vi också två gånger per dag följt upp klienternas glädje och välbefinnande. Vi har på en skala mellan ett och fem bedömt hur den enskilda klienten mår, 1 betyder väldigt olycklig och illa till mods, 5 betyder väldigt glad och på gott humör. Mätningen har gjorts vid 12-tiden på dagen och 18-tiden på kvällen.

Detta lärde vi oss

Denna projektperiod har utan tvekan varit mycket nyttig och lärorik. Vi har arbetat med mer omätbara saker än i tidigare projektperioder, att se resultat räckete länge. Detta var säkert också en orsak till att motivationen sjönk i början. I övriga projektperioder har vi sett resultat mycket fortare och det är oftast resultaten som motiverar. Det har krävts mycket engagemang, tålmod, kreativitet, samarbetsförmåga och framför allt vilja. Att det uppstått konflikter är också ett tecken på att det berört mera på djupet, personalen har fått omvärdera arbetsätt som rätt i många år. Men konfliktsituationer är också ett tecken på att det skett en utveckling.

Att ta till sig ett nytt tänkesätt är inget som genomförs över en natt, inte heller på 16 veckor. Man får antagligen räkna med att det tar några år innan man "naturligt kan tänka annorlunda". Däremot så kan man öva hela tiden och ta det till sig så småningom, lite i taget. Som det är idag, så måste vi *tänka* när vi t.ex. förflyttar någon och många gånger blir det på "fel" sätt, d.v.s. det gamla sättet. Men vi *reagerar* när vi gör fel och det måste ses som ett steg i rätt riktning. Det gäller att lära sig att tänka annorlunda och det kan vara mycket tungt att märka att nu gjorde jag fel igen, men samtidigt är det också roligt och stimulerande att lära sig tänka på ett nytt sätt.

När de sexton veckor gått sedan vi började med projektperiod så började vi se resultat. Det började kännas bra med den nya metoden, både för personal och för klienter. Jag tror inte att någon helt skulle vilja återgå till "det gamla sättet". Jag tror inte heller att det skulle vara lätt att återgå till det gamla sättet, nu när vi börjat ta till oss "det nya sättet". Vi har märkt att den nya metoden fungerar, att den gör det lättare både för personal och för klient. Med övning, tålmod, försök och misstag kan man småningom hitta det som känns bra. Något "universalsätt" finns inte utan allt skall arbetas fram och är helt beroende av personerna det berör.

Att sjunga allsång med klienterna gav gott resultat och det kommer vi att fortsätta med. Det är också sådant som förekommit på flygeln redan före projekttiden men som vi nu mera aktivt och mer regelbundet har provat på, och sett att det upplevs som positivt. Vårdarsången anser vi inte att vi har behov av nu, men kanske i framtiden när klientelet och situationerna förändras. Solhälsningen föll ur programmet redan före avslutningsdatumet, men inget hindrar att vi återupptar den på en lämpligare tid om behov finns.

Balansövningarna ingår i "vårt nya tankesätt" och kommer att fortsätta. Vi har så nyligen börjat med dessa övningar så några direkta resultat har vi inte ännu märkt, men förändringen upplevs positiv och vi får ge oss till tåls med resultaten

Slutsammanfattning: Solgård (maj 2005)

Det har gått åtta månader sedan projektet startade. Under den här tiden har tre klienter flyttat från flygeln och tre andra har flyttat in.

Problem/utvecklingsområde I. Minskning av onödiga läkemedel

Vi håller fast vid att nu som då fundera över medicinlistan, d.v.s. om läkemedlen på listan verkligen behövs. Vårt mål när vi genomförde förändringarna i höstas var att minst 80 % av klienterna skulle ha högst nio läkemedel per dygn, men vi nådde till 70 %. Nu, i maj 2005 så ligger vi på samma procent, alltså 70 % av klienterna har högst nio läkemedel per dygn. De övriga tre klienterna har ett eller två läkemedel fler än nio. Noteras bör att vi nu ger sömnmedicin senare på kvällen och endast till dem som verkligen behöver det. Tidigare gavs sömnmedicinen automatiskt med kvällsmedicinen.

Problem/utvecklingsområde II. Minskning av tarmreglerande medel

Den ökning av fibrer som vi gjorde när projektet startade har minskat igen under tiden som gått. Vi ger dock mera fibrer nu än vad vi gjorde före projektet. Minskningen beror på att klienterna inte alltid vill ha mat med fibrer tillsatta, men även på att vi inte märkte så stor positiv effekt av den ökade fibermängden. Om klienterna inte vill dricka tillräckligt har fibrerna inte heller alltid önskad effekt. De fibrer vi hållit ”mest fast vid” är frukt och grönsaker.

Extra vätska erbjuds till dem som vill ha och vi försöker öka rörligheten hos klienterna så gott det går. Rörelsen kommer också in under problem/utvecklingsområde IV. Plommondryck och plommonsylt ges dagligen till dem som har problem med magen. Rypsoljan som visade sig ge den bästa effekten använder vi oss dagligen av. Men vi tycker oss se en tillvänjning på så sätt att mängden måste ökas för att önskad effekt ska uppnås.

När vi avslutade denna projektperiod i december 2004 hade sju av tio klienter spontana avföringar, nu i maj 2005 har fyra av tio klienter spontana avföringar. Två personer med spontana avföringar har flyttat och två med tarmreglerande medel har flyttat in. Det tar tid innan tarmarna vänjer sig vid fibrer och olja och börjar fungera spontant, så något resultat har vi inte nått ännu hos dessa personer. En person har så trög mage att vi varit tvungna att sätta in tarmreglerande medel igen.

Eftersom vi inte uppnått önskat resultat så har vi även provat andra förändringar än dem som ingick i projektet. Vi bytte ut kli mot krossade linfrön och detta medförde att vi kunde minska lite på tarmreglerande medel. Vi har även övergått från potatismos till hela potatisar vid lunchen. Dessutom har vi provat att ge gefiluskapslar två gånger per dag i cirka två månaders tid, men någon större effekt av dessa har vi inte märkt. Noteras kan att fyra klienter har ökat i vikt sedan projektperioden började.

Vi ser det som mycket värdefullt att vår inställning till tarmreglerande medel har förändrats. Vi tar inte till dessa medel i första hand utan vi provar ”naturligare sätt” först. Numera har ingen av klienterna fler än ett sorts tarmreglerande medel regelbundet. Före projektet var det vanligt med kombinationer av flera olika preparat.

Problem/utvecklingsområde III. Att minska nattfastans längd

Frukosten serveras vi vanlig tid, d.v.s. samma tid som före projektet, däremot så erbjuds klienterna mat eller dryck när de är vakna på natten, i större utsträckning än tidigare. Ett

problem är att de många gånger inte vill ha. Eftersom vi även börjat ge sömnmedicinerna senare på kvällen, och en del klienter tar sin sömnmedicin med kräm så har vi även kortat av nattfastan genom den förändringen.

Den bästa förändringen vi gjort är att vi börjat servera kvällsmålet senare. Tidigare fick klienterna kaffe, fil, smörgås eller liknande klockan 17.30 och efter det bara kräm med sin kvällsmedicin. Nu ger vi kaffet i samband med middagen och vi serverar kvällsmål från klockan 18.30. Detta möjliggjordes efter att kvällspersonalen utökades med en person. Alla får äta i lugn och ro.

Problem/utvecklingsområde IV. Förflyttning av klienten, att öka balans, sång

Detta problemområde har precis nått sitt slut och jag hänvisar därmed till sammanfattningen av detta problemområde.

Projektets verkningar

Solgård har utvecklats och kommer helt klart att utvecklas mera tack vare projektet. Projektet har pågått på en flygel, men kommer nu att spridas i hela huset. Projektet leder inte bara till att dessa förändringar som nu prövats etableras, utan projektet har lett till att attityderna gentemot förändringar blivit öppnare. Det är endast genom att pröva som man ser om något fungerar som man önskat. Att förändra är en förutsättning för att utvecklas.

Verkningar som vi inte kunde förutse, är att atmosfären i personalgruppen och på avdelningen som helhet har förbättrats. Det har tillkommit en känsla av lugn, ro, säkerhet och trygghet hos personalen och vår trygghet återspeglar sig även hos de boende. Vi tror mera på oss själva idag, eftersom vår självkänsla har stärkts genom att vi klarat av alla utmaningar, lärt oss mycket och blivit betydligt mera medvetna om vad vi gör och varför vi gör olika saker. Dessutom har samarbetet ökat inom personalgruppen och med de boende. En starkare ”vi-anda” har vuxit fram, och det har blivit naturligt att föra dialog och reflektera.

För personalen har det här varit en intressant resa på många sätt och jag är helt övertygad om att det stärkt personalandan. Det har varit uppförsbackar och nedförsbackar, krokiga vägar och rakare vägar. Vi har hamnat på villovägar och kanske på olika vägar. Vi har lärt oss att den rakaste och kortaste vägen inte behöver vara den bästa men fram för allt har vi lärt oss att hitta nya vägar. Oberoende av vilka vägar vi tar så är vårt mål alltid att hitta det bästa sättet att ge våra boende ett så värdigt liv som möjligt.

En stor bidragande orsak till att projektet kunnat genomföras på ett så positivt sätt är att kvällspersonalen utökades med en person i slutet av år 2004. Innan var vi tre vårdare på kvällarna som skulle hjälpa 28 boende. En person till i kvällsarbetet har haft mycket stor betydelse både för de boendes och för personalens välmående. Vi upptäckte sanningen i hur stor betydelse personaltätheten har för vårdkvaliteten och därmed allas välbefinnande. Vi har kunnat ge klienterna ett mycket värdigare slut på dagen vilket gjort att de boende, såväl som personalen och anhöriga känt sig nöjda.

De konkreta fördelarna med en utökad kvällspersonal har varit många:

- Vi har inte behövt medicinera bort oro och ta till lugnande läkemedel i samma utsträckning som tidigare. Vi har istället kunnat sätta oss ner och lyssna på och samtala med klienten. Det har funnits tid till att ge trygghet och hjälpa på ett

habiliterande sätt i lagom lugnt tempo. Att vi inte har behövt ha samma brådska som tidigare, har lett till att klienterna också känt sig lugnare och tryggare.

- Vi har delat upp personalen så att det har funnits en person på varje flygel medan den fjärde personen gått runt och hjälpt till i vårdsituationer där det krävs två. Eftersom en personal finns på flygeln så minskas fallrisken och risksituationer har kunnat elimineras i högre grad än tidigare.
- Ingen klient har behövt gå och lägga sig redan vid fyra-femtiden, vilket minskat behovet av sömnmedicin.
- Ingen klient har behövt vara rädd för att inte få hjälp med att uträtta sina behov.
- Kvällsmålet ges senare och klienten kan äta i lugn och ro vid bordet.
- Kanske har vi också sparat in på läkemedel, på kostnader för sjukhusvistelse på grund av fall och på sjukskrivningar för personalen.

SMEDSBY HEMSERVICE

Av Kati Norrgrann

Vid Smedsby hemservice startade projektet, "Aktiverande och rehabiliterande vårdmetoder inom äldreomsorgen" den 20.9.2004. Inom hemservicen är projektet uppdelat i tre olika problemområden; grovmotorik, finmotorik och det sociala välbefinnandet.

Inom hemservicen har åtta klienter frivilligt valt att delta i projektet. Av dessa är fyra män och fyra kvinnor. Åldern varierar mellan 71 och 90 år. Vid projektets start använder samtliga åtta klienter sig av regelbunden hemservice. Under problemområde I flyttade en av personerna till en annan boendeform inom den öppna vården.

Problem/utvecklingsområde I. Problem med balansen och rörligheten. En ökning av fallolyckor är vanligare i högre ålder. Höjer vårdkostnaderna. Klarar inte av att bo hemma. (11 veckor)

Syfte

- Bevara och stärka de fysiska funktionerna.
- Öka förutsättningarna för självständighet och hemmaboende så länge som möjligt.
- Göra insatser för en trygg boendemiljö.

Mål

- Öka den fysiska funktionen och styrkan samt förbättra rörligheten och balansen med inriktning på grovmotorik.
- Förbättra samtliga ADL-funktioner¹.

Förändring 1. Träning i grupp med inriktning på att öka balans och rörlighet. Kontroll av vikt var fjärde månad. (4 veckor)

En fysioterapeut har gjort hembesök hos klienterna. Hon gjorde testmätningar inom fem olika områden; axelrörlighet, balans/koordination, handkraft, balans samt uthållighet/styrka. En balans- och rörelsegrupp startades. Fysioterapeuten ledde gruppen de första fyra gångerna och sen tog hemservicepersonalen över gruppen. Balans- och rörelsegruppen ordnades en gång i veckan vid Seniorhuset och varje tillfälle varade ca 45 minuter. Klienterna fick även hem papper med övningar som hemservicepersonalen gjort/gör tillsammans med klienterna om de så önskar. Efter 11 veckor gjordes nya testmätningar för att se eventuella förändringar.

De testvärden som fysioterapeuten fick fram har visat på både förbättringar och försämringar. Orsaken till att värdena blivit sämre vid andra mättillfället är bl.a. förkylningar samt att en del av klienterna varit intagna på baddavdelningen/sjukhuset. Hur flitigt klienterna har gjort övningar i hemmet har varierat från person till person. Det har klart framkommit under dessa 11 veckor att majoriteten av klienterna skulle ha "hoppat över" gymnastikövningarna om personalen inte skulle ha fungerat som ett motiverande stöd. Att en gång i veckan träffas som

¹ ADL = Activities of Daily Living

grupp har klienterna sett som positivt. De har även visat uppskattning när de fått hjälp av personalen med att komma till och från balans- och rörelsegruppen.

Förändring 2. Se över läkemedel, så att den äldre får rätt medicin i rätt dos. Kontroll av Hb för att kontrollera eventuell uttorkning. Informera klienterna om vätskans betydelse. Uppmuntra och hjälpa klienterna till ett ökat vätskeintag. (4 veckor)

Från hemsjukvården (HSV) har man gjort hembesök. Under hembesöket har HSV gått igenom läkemedelslistorna och gjort ändringar där det har funnits behov. De har mätt hemoglobinvärde, blodsocker, blodtryck, puls samt bokat in behövliga läkarbesök. Infopapper om vätskans betydelse har också delats ut till klienterna. Hemservicepersonalen har uppmuntrat klienterna till ett ökat vätskeintag.

Hos samtliga klienter har vätskeintaget ökat. I medeltal har vätskeintaget ökat från 8 dl till 11 dl per dygn. Utgående från klienternas individuella vätskebehov är det tre personer som uppmanas att ännu öka sitt vätskeintag per dygn (dessa personers vätskekonsumtion är i medeltal 6, 7 respektive 12 dl/dygn och borde ändras till 10, 10 respektive 15 dl/dygn). En av personerna hade för högt vätskeintag per dygn och uppmanas minska på vätskeintaget (vätskeintag i nuläge är 13 dl/dygn och borde trappas ned till ca 10 dl/dygn). En person uppmuntrades till att upprätthålla en balans i vätskeintaget, ca 10 dl/dygn. De övriga tre personerna hade ett tillfredställande vätskeintag med beaktande av hälsotillstånd (10, 13 och 13 dl/dygn).

När det gäller hemservice bör man vara försiktig med att göra eventuella förändringar i läkemedelsordinationen. Detta med tanke på att klienten befinner sig i sitt eget hem och därför har man inte heller samma möjlighet till uppföljning som man har under en sjukhusvistelse.

Om klienterna har upplevt sig vara i bra balans och överlag haft ett gott välmående har det inte gjorts några justeringar i läkemedelslistan. I ett fall har värkmedicin tagits bort, i ett annat fall har värkmedicin bytts ut mot annan värkmedicin med mindre biverkningar. För fyra klienter bokades det in läkartider för fortsatta kontroller och provtagningar. En av dessa klienter saknade B-intyg och en ansökan om vårdbidrag påbörjades. Klienter med avvikande mätvärden följs i fortsättningen upp med jämna mellanrum. Som en följd av fortsatta läkarbesök har en av klienterna fått vätskedrivande medicin samt börjat använda sig av stödstrumpor.

Förändring 3. Se över riskfaktorer för fallolyckor som trösklar, möbler, dörrar, mattor, lösa sladdar, skor och ljusstyrkan. Åtgärda eventuella brister. (3 veckor)

Det gjordes en genomgång av riskfaktorer i hemmen. Om brister eller problem framkom diskuterades olika lösningar med klienterna och därefter åtgärdades problemet. Efter tre veckors tid gjordes en ny genomgång för att se om bristerna blivit åtgärdade. Under förändring 3 var en person intagen på bäddavdelningen och är inte med i resultatet, vilket innebär att sju personer deltog under förändring 3.

Utgående från checklistorna som blev gjorda i hemmen kan man se att det överlag var ett rätt bra utgångsläge vi hade. Det krävdes endast små justeringar. Det man dock bör komma ihåg när man arbetar med förändringar i hemmen att man ska ta klientens åsikter i beaktande. Som personal kan vi inte storma in i en klients hem och göra ändringar utan att få ett godkännande först. Det är i samråd som förändringen ska ske.

Ett ofta förekommande problem i hemmen är mattorna och den halkrisk de utgör. Det är svårt att minska på mängden mattor om man tidigare varit van att ha ett visst antal. Samtidigt förstår den äldre inte alltid att en matta kan vara hal; ”Jag har ju klarat mig så här långt så det går nog nu också”. Vid första mätningen var det fyra personer som inte använde halkskydd när mattorna var hala och vid andra mätningen var det två. Här kan vi ännu, genom vidare diskussioner, försöka få dessa två personer att vidta åtgärder för att undvika halkolyckor p.g.a. mattor.

Vid första mätningen var det endast en av sju som hade nödnumret 112 och polisens nummer 10022 invid telefonen. Därför gjordes röd-vita nummerlappar till alla. Lapparna tejpades fast vid telefonerna.

När checklistan hade gjorts en andra gång fanns det ännu saker kvar som vi inom personalgruppen kan arbeta vidare med, t.ex. kan släckningsberedskapen i form av brandfilter förbättras.

Resultat

Som uppföljningsmetod har vi använt oss av ESAS skalan. Vi har före förändring 1 inom problemområde I följt upp hur klienterna mår. Därefter har vi efter varje förändring åter mätt klienternas tillstånd. ESAS utgörs av värden på en skala mellan 0 (bästa möjliga) och 10 (värsta tänkbara). Här tar man fasta på smärta, orkeslöshet, illamående, nedstämdhet, oro/ångest, sömnlighet/dåsighet, aptit, välbefinnande och andfåddhet. Genom att använda ESAS kan man följa upp och se om allmäntillståndet ändras i samband med att projektet framskrider och nya förändringar genomförs. Under dessa 11 veckor som projektet pågått har endast orkeslöshet blivit en aning sämre (2,8 → 2,9). Övriga punkter har förbättrats mer eller mindre, smärta (2,1 → 1,6), illamående (1 → 0), nedstämdhet (2,6 → 1,7), oro/ångest (1,8 → 1,6), sömnlighet/dåsighet (2,8 → 2,3), aptit (1,5 → 1), välbefinnande (3,1 → 2,4) och andfåddhet (1,8 → 0,7).

En fördel som ESAS ger är att klienterna och personalen tar sig tid att fundera över hur klienterna mår. Man tar sig tid att diskutera och utbyta tankar. Det gör att personal och klient kommer närmare varandra. I bästa fall kan klienterna berätta känsliga saker som tryckt dem under en längre tid och som känts betungande. En annan fördel med ESAS är att man med hjälp av följdfrågor kan komma fram till varför personen i fråga svarar med just den siffran de uppger. Att samma person varje gång kunnat göra/gör ESAS-uppföljningen bidrar till att den är mera tillförlitlig än om olika personer gjort uppföljningen.

Utöver ESAS har vi använt oss av test för att mäta den fysiska funktionsförmågan. Här har bl.a. axelrörlighet, balans/koordination, handkraft, balans (stående på ett ben) och uthållighet/styrka mätts. Under hela 11-veckorsperioden har vi följt upp hur ofta klienterna har gjort gymnastikövningar i hemmet och i grupp. Utöver detta har vi även dokumenterat vätskeintaget med hjälp av vätskelistor.

Att arbeta med ett projekt på detta sätt har varit intressant och lärorikt. Inom personalgruppen har man fått ta individuellt ansvar för att förändringarna ska äga rum. Man har kunnat ta fasta på personalens olika starka sidor och ge ansvar som var och en känt sig motiverade att ta.

Dessvärre blev tiden för kort vad beträffar förändring 2, genomgång av läkemedel. Tidsfristen överskreds, delvis p.g.a. sjukskrivningar och semester. Från klienterna har det kommit respons i form av neutrala svar och mycket positiv feedback. Negativ kritik har vi fått bl.a. för

att närvårdarpraktikanterna från fysikalen hade för bråttom när de ledde balans- och rörelsegruppen.

Detta sätt att arbeta i projekt har aktiverat både klienter och personal. Det har gett klienterna ett mera socialt aktivt liv och personalen har fått se vad klienterna klarar av själva. Som personal har man lärt sig att tänka på ett annat sätt i arbetet och man ifrågasätter om man skall utföra en syssla eller om klienten själv klarar av den.

Sammanfattning problemområde II. Oförmåga att använda finmotoriken vid ADL-funktioner, som t.ex. knapp-knäppning, duschning, öppna dörrar etc. (12 veckor)

Som andra problemområde hade vi valt att arbeta med finmotoriken och ADL-funktionerna. Vi vill hjälpa klienterna att öva upp/bibehålla de finmotoriska funktionerna. Personalen ska konsekvent arbeta efter principen hjälp till självhjälp. ADL-funktionerna mäts.

Innan vi tog itu med problemområde II hade vi ett lärandeseminarium. Före lärandeseminarieriet var en ergoterapeut från VCSH (Vasa centralsjukhus) hem till klienterna och gick igenom ADL-funktionerna. Under lärandeseminarieriet var ergoterapeuten med och förevisade tänkbara hjälpmedel som klienterna kunde komma att behöva under projektets gång. Personalen diskuterade fram en gemensam linje angående hur det fortsatta klientarbetet skulle fortgå. Individuella ADL-blanketter gjordes upp utgående från de behov klienterna hade när ergoterapeuten gjorde hembesök.

Syfte

- Bevara och stärka de fysiska funktionerna.
- Öka förutsättningarna för självständighet och hemmaboende så länge som möjligt.
- Göra insatser för en trygg boendemiljö.

Mål

- Öka den fysiska funktionen och styrkan samt förbättra rörligheten med inriktning på finmotorik.
- Förbättra samtliga ADL-funktioner.

Förändring 1. ADL-funktionsförmågan mäts. Träning individuellt och i grupp för att bibehålla och eventuellt förbättra ADL-funktionerna. Utredda behov av och skaffa individuella hjälpmedel som underlättar självständighet i ADL-funktionerna. Motivera till och stöda självständighet vad ADL-funktionerna beträffar. (6 veckor)

En hemvårdare följde med ergoterapeuten på hembesök till klienterna. Ergoterapeuten gjorde en genomgång av ADL-funktionerna och behovet av hjälpmedel. Genomgången var indelad i åtta huvudpunkter (skötsel av hygien, WC-funktioner, på/avklädning, förflyttning, tillredning av mat och ätande, uträdda ärenden och andra funktioner, klädvård och hushållning). Utgående från denna genomgång utarbetades individuella ADL-blanketter, för att få fram en gemensam linje för personal och klienter i det fortsatta hemvårdsarbetet.

Hemservicepersonalen fortsatte att leda balans- och rörelsegruppen som startades under problemområde I (45 minuter/gång, en gång i veckan). Nya övningar sattes in för att öva finmotoriken. Övningarna gavs även skriftligt till klienterna.

Behövliga hjälpmedel beställdes och delades ut till klienterna. Personalen hjälpte och handledde klienterna vid användning av de nya hjälpmedlen. Personalen hjälpte även till med gymnastikövningarna hemma hos klienterna om de hade behov av det, annars gjorde klienterna övningarna själva.

Förändring 2. Personalen arbetar konsekvent enligt principen hjälp till självhjälp. Alla klienter ska självständigt sköta sina ADL-funktioner upp till sin egen förmåga. ADL-funktionsförmågan mäts. (6 veckor)

Arbetet fortsatte i samma anda som under förändring 1, men nu med inriktning på att klienterna ska kunna använda sina nya hjälpmedel som de fått och övat med. Personalen arbetade enligt principen hjälp till självhjälp och som stöd på vägen användes de individuellt uppgjorda ADL-blanketterna. Klienterna skötte sina ADL-funktioner upp till sin egen förmåga. De ADL-funktioner som klienterna inte klarade av på egen hand gjordes i samarbete med hemservicepersonalen. När förändring 2 var slut gjordes ett nytt hembesök av hemvårdaren och ergoterapeuten. Då gick man igenom ADL-funktionerna igen för att se om några förändringar har skett.

Att bekanta sig med olika småhjälpmedel under lärandeseminarier upplevde personalen som mycket positivt. Det gav en bra start på arbetet under förändring 1. Vid genomgången av ADL-funktionerna framkom behov av olika hjälpmedel, främst småhjälpmedel men även några större, som beställdes hem och delades ut till klienterna. Klienterna prövade på olika hjälpmedel för att finna det som bäst passande just deras behov. Klienterna fick handledning av hemservicen i användningen av hjälpmedlen.

Personalen upplevde det positivt att det gjordes en genomgång av ADL-funktionerna. Genom denna genomgång fick man nerskrivet i klartext vad klienterna klarar av/inte klarar av och man undviker att göra klienten hjälpb beroende. Personalen fick motivera klienterna till att göra sysslor upp till den grad de själva klarade av. Det krävdes en hel del motivering från personalens sida för att få klienter att hjälpa till i arbetet. Att göra saker tillsammans ger klienten både social samvaro och träning av kroppen och dess funktioner.

Resultat

Som uppföljningsmetod har vi fortsatt att använda oss av ESAS skalan. Vi har efter båda förändringarna följt upp hur klienterna mår. Genom att använda ESAS kan man följa med och se om allmäntillståndet ändras i samband med att projektet framskrider och nya förändringar genomförs. På två punkter har värdena hållit sig oförändrade, fyra punkter har en liten nedgång och på tre punkter har det skett en liten uppgång.

Under de 12 veckor som problemområde II har fortskridit har följande ändringar skett i ESAS-värdena. Oförändrade värden är smärta (1,6) och orkeslöshet (2,9). De fyra punkterna där värdena gått ner är; illamående (0 → 0,8), nedstämdhet (1,7 → 1,9), sömnlighet/dåsighet (2,3 → 2,6), andfåddhet (0,7 → 1). De tre områden som haft en liten uppgång är oro/ångest (1,6 → 1), aptit (1 → 0,8) och välbefinnande (2,4 → 2).

När man ser på dessa värden ska man dock ta i beaktande att det första värdet är ett medeltal av sju deltagare och vid det andra mättillfället har alla åtta varit hemma och kunnat delta. Eftersom en klient kommit hem från en vistelseperiod vid bäddavdelningen är det inte så konstigt att en del medelvärden gått ner

Utöver ESAS har vi använt oss av test för att mäta den fysiska funktionsförmågan. Det är samma mätning som användes under problemområde I. Här mättes axelrörlighet, balans/koordination, handkraft, balans (stående på ett ben) och uthållighet/styrka. Samtliga deltagare har gjort framsteg och fått bättre mätvärden på minst två punkter och som mest på sex punkter. Hos samtliga deltagare har uthållighet/styrka förbättrats. Vid första mätningen kunde balansen mätas hos tre deltagare men vid sista mätningen kunde en deltagare till ge ett värde på balansen, d.v.s. fyra deltagare kunde få ett värde på sin balans. Vid första mätningen kunde sju deltagare få ett värde på handstyrka (vänster) och vid sista mätningen har träningen gett resultat och alla fick ett värde. Vi har även följt upp hur ofta klienterna har gjort gymnastikövningar i hemmet och i grupp. I början av problemområde II var det svagt med intresset för gymnastiken men efterhand har tränandet ökat igen.

Utöver detta har vi även följt upp ADL-funktionerna: Hur de har gjorts, av vem och hur ofta. Vi har strävat efter att övergå från att personalen gör saker till att sysslorna görs gemensamt eller att personalen endast ger handledning. Slutmålet är att klienten så långt som möjligt, utgående från de individuella förutsättningarna, ska kunna fungera självständigt. Vi har kommit en bit på vägen och vi kommer att fortsätta arbetet i samma anda. På en del punkter har vi lyckats gå från att personalen tidigare gjort en uppgift till att den nu görs gemensamt med klienten. På en del punkter har vi lyckats nå så långt att klienten själv gör saker på egen hand. Men som vi alla vet är invanda mönster inte de lättaste att ändra på. Till stor hjälp har de individuella uppföljningsblanketterna varit. Tack vare dessa vet personalen och klienterna vilka mål man gemensamt försöker uppnå – det skrivna ordet verkar ha mera kraft än det talade.

Problem/utvecklingsområde III. Inaktivitet och initiativlöshet. Känsla av ensamhet och sömnproblem. (10 veckor)

Inom det tredje problemområdet har vi inom hemservicen valt att arbeta med den sociala biten. Förekomsten av sociala aktiviteter har en stor inverkan hur man upplever hälsan. Genom att uppmuntra och ge deltagarna möjlighet att delta i gruppverksamhet av olika slag ville vi minska på känslan av ensamhet och ge mening i vardagen. Detta kan eventuellt leda till en bättre sömn. Innan vi startade med problemområde III fick vi under lärandeseminarier pröva på sittdans.

Syfte

- Höja intresset för sociala aktiviteter.
- Öka möjligheten till sociala kontakter.
- Minska sömnproblemen.
- Förlänga hemmaboendet.

Mål

- Öka det sociala välbefinnandet.

Förändring 1. Informera klienterna om vikten av regelbunden utevistelse. Motivera, stöda och hjälpa till vid utevistelse minst 1 gång/vecka (minst 15 – 20 min.) ”Trivas tillsammans-grupp” och ”må bra-grupp” varannan vecka; reminiscens och sittdans varannan vecka. Uppmuntra, motivera, stöda och hjälpa till deltagande i de aktiviteter som sker t.ex. vid dagcentralen. (8 veckor).

Ett informationsblad om hur viktigt det är med utevistelse delades ut till klienterna. Hemservicepersonalen uppmuntrade och motiverade klienterna till utevistelse och hjälpte till där det behövdes samt fortsatte att göra rörelser (fin- och grovmotorik) tillsammans med klienterna i hemmet, om de så önskade. Sittdans och reminiscens hölls fem gånger vardera. Dagcenterledaren höll tillsammans med hemservicen en informationseftermiddag där man berättade om aktiveringens betydelse för de äldre.

Resultat

Sittdansen har varit mycket uppskattad. Klienterna har upplevt att det varit mycket lättare att göra rörelser till musik, ”man blir lurad till att röra på sig när det är musik”. Vid sista sittdansen hade deltagarna med sig egna hattar för att ”få pricken över i”.

Flera önskemål om att sittdansen skall fortsätta har framkommit samt även önskemål om att den vanliga gymnastiken skall fortsätta. Önskvärt vore att två från hemservicepersonalen skulle få genomgå en sittdanskurs och efter det få möjlighet att leda sittdansen.

Reminiscensgruppen har också varit uppskattad. Under de fem reminiscensgångerna har vi diskuterat skolan, julen, påsken, gamla föremål och djur. Till de olika tillfällena har undertecknad samlat ihop saker som kan tänkas väcka minnen hos deltagarna. Sista gången när vi diskuterade djur hade vi med en hund och den uppskattades mycket.

Eftermiddagen med dagcenterledaren var ett bra tillfälle för personalen att tillsammans reflektera över aktiveringens betydelse. Utevistelsen har stegvis ökat under de 10 veckorna men alla har inte kommit ut lika flitigt, p.g.a. det kalla vädret. Att motivera till utevistelse är inte det lättaste om klienten inte varit van vid att vistas ute. Det osäkra vädret på västkusten har även orsakat att klienterna inte velat gå ut. Nu vid projektidens slut går vi mot sol och värme och vi får fortsätta att uppmuntra och stöda deltagarna till fortsatt utevistelse.

Förändring 2. I grupp göra besök på t.ex. café, museer, marknader, konstutställningar, torget etc. (2 veckor)

Vid reminiscensstillfällena har man även diskuterat lämpligt mål för en gemensam utfärd. Den slutgiltiga tidpunkten blev 27.4.2005 och målet blev saluhallen samt kaffe vid ett konditori i Rewell center. Vi åkte iväg 13.00 och alla var hemma igen vid 16-tiden. Fem klienter och fyra ur personalen deltog i utfärden. Under utfärden fanns det även tid för klienterna att se sig runt i affärer och göra uppköp. Utfärden var ett uppskattat avbrott i vardagen både för klienter och för personal. Glädjen att komma ut och se vad som ändrats under de senaste åren var påtaglig. Samtliga klienter som var med under dagen var glada och belåtna men trötta av äventyret. Det fanns en viss osäkerhet och ett pirr i magen för en del av klienterna innan vi åkte iväg men det försvann när vi väl var på plats och allt förlöpte väl.

Resultat

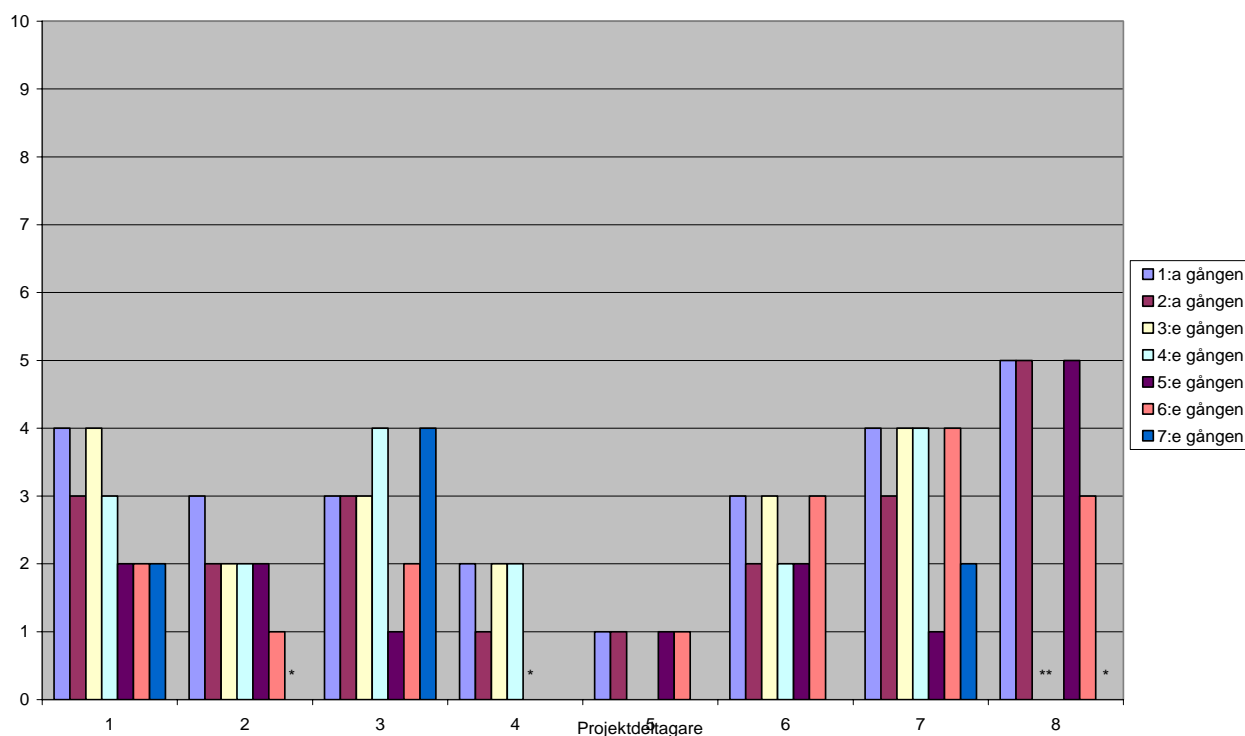
Även under det tredje problemområdet använde vi oss av uppföljningsinstrumentet ESAS, för att kunna se hur klienternas mående förändrades i takt med att projektet framskred.

Under problemområde III har samtliga punkter förbättrats mer eller mindre. Orkeslöshet (2,9 → 2), smärta (1,6 → 1), illamående (0,8 → 0), nedstämdhet (1,9 → 1), oro/ångest (1 → 0,7), sömnhet/dåsighet (2,6 → 1,7), aptit (0,8 → 0,3), välbefinnande (2 → 1,3) och andfåddhet (1 → 0,5). När man ser på detta resultat bör man ta i beaktande att det vid detta tillfälle endast är sex deltagare som bidragit till medeltalet. En av deltagarna är intagen på sjukhus/bädd och en annan har avlidit under projektiden.

Vi har även räknat ut ett individuellt värde utgående från ESAS. Från det första värdet och medeltalet från samtliga mätningar kan man se hur deltagarna har gått framåt under den tidsperiod på 33 veckor som projektet har pågått. Här framkommer det bl.a. att för samtliga deltagare har 2 eller fler punkter förbättrats. En av deltagarna har haft förbättringar på samtliga punkter. Det förekommer även nedgångar under tiden, på allt från en punkt till 6 punkter. Det förekommer även punkter som förblivit oförändrade under dessa 33 veckor.

Orsaken till nedgång har att göra med nedgång i allmäntillståndet och att deltagarna därigenom även vistats på bäddavdelning/sjukhus. Hos samtliga deltagare har välbefinnandet i medeltal ökat, i högre eller lägre grad. Nedstämdheten har minskat hos 6 deltagare, oförändrat hos en och ökat hos en (här var utgångsläget 0 d.v.s. bästa tänkbara och medeltalet landade på 2,4). Illamående står för de flesta (6 deltagare) vid det bästa tänkbara (0). (Se figur 1.)

Figur 1. Välbefinnandets förändring under projekttiden hos deltagarna inom hemservice. Vid mätningen har ESAS, skalan 0–10 (0 = bästa tänkbara 10 = värsta tänkbara). Mätningen har gjort 7 gånger under projekttiden. * = ifrågasvarande klient har inte deltagit vid detta mättillfälle.



Slutsammanfattning: Hemservicen (maj 2005)

För åtta månader sedan startade projektet inom hemservicen. Åtta klienter valde att delta i projektet. Under denna tid har en av dessa åtta deltagare flyttat från det egna hemmet till en annan boendeform inom den öppna vården. Även efter flytten har denna person fortsatt att vara med i projektet. En av deltagarna avled i slutet av projekttiden.

Problem/utvecklingsområde I. Problem med balansen och rörligheten. En ökning av fallolyckor är vanligare i högre ålder. Höjer vårdkostnaderna. Klarar ej av att bo hemma.

Vi startade en balans- och rörelsegruppen för att ge deltagarna möjlighet att öva upp och bibehålla balans och funktionsförmåga. Denna grupp kommer att fortsätta som hittills, 45 minuter/gång, en gång i veckan vid Seniorhuset. Vi har informerat om gymnastikgruppen och en deltagare till har anslutit till gruppen under projektetiden. Gymnastikgruppen håller paus under sommaren men startar igen till hösten. Personalen fortsätter att på ett naturligt sätt följa med och uppmuntra till gymnastik och rörelse samt att påminna klienterna om att dricka under dagen.

Angående läkemedel kunde vi konstatera att det är svårt att göra ändringar i medicinlistan när det rör sig om hemförhållanden. Personalen har dock blivit uppmärksam på olika läkemedels inverkan på varandra och det förekommer mera idag, än innan projektet, att man ifrågasätter och diskuterar biverkningar.

Problem/utvecklingsområde II. Oförmåga att använda finmotoriken vid ADL-funktioner som t.ex. knapp-knäppning, duschning, öppna dörren etc.

Utgående från ADL-mätningen arbetar personalen efter principen hjälp till självhjälp. Har man inte redan detta arbetssätt är det inte så lätt att införa det i en handvändning, men med små steg, både från personalens och från klientens sida, så når man stegvis målet. Det gäller att finna den gyllene medelvägen och inte hjälpa för mycket.

Uppmärksamheten har ökat för behovet av hjälpmedel som stöder självständighet i ADL-funktioner. För att finna individuella lösningar till klienternas behov har både idérikedom och uppfinningsförmåga kommit till användning. I gymnastikgruppen har man tagit med övningar som tränar finmotoriken och de har visat sig ge positiv effekt i form av ökad handstyrka. Samtidigt som balans- och rörelsegruppen stärker fysiken så mår även psyket bra av samvaron och diskussionen som sker i gruppen.

Problem/utvecklingsområde III. Inaktivitet och initiativlöshet. Känsla av ensamhet och sömnproblem.

Vad utevistelse beträffar hade det varit idealiskt om projektperioden skulle ha sträckt sig längre in på våren och sommaren. Utevistelsen ökade överlag i takt med att våren kom närmare och deltagarna hade säkert varit mera motiverade att komma ut om vädret varit varmare och soligare. En av deltagarna kom ut endast en gång under dessa 10 veckor, men av tidigare erfarenhet kommer denna person att själv gå ut när vädret tillåter.

Reminiscenstillfällena har uppskattats och det kunde vara en ide att t.ex. en gång/månad samlas och diskutera kring ett valt tema. Deltagarna visade klara tecken på att gamla minnen väcktes och flera veckor efteråt finns funderingar och diskussioner kvar om det som kom fram under träffarna. Projektdeltagarnas deltagande i andra aktiviteter vid dagcentralen har inte ökat. De som innan projektet deltagit i aktiviteter har fortsatt enligt tidigare rutiner utöver projektet. Deltagarna i projektet har upplevt att den verksamhet som planerats genom projektet har tillfredställt veckans behov av social samvaro och därmed inte sökt mer aktiviteter.

Sittdansen har varit mycket uppskattad och flera önskemål om fortsatt sittdans har framkommit. Rörelserna har upplevts vara lättare att göra när de görs till musik. Önskvärt vore att två från hemservicepersonalen skulle få möjlighet att genomgå en sittdanskurs. På

detta sätt skulle det vara möjligt att byta om mellan vanlig gymnastik och sittdans i fortsättningen.

Utfärden till saluhallen och Rewell center har fallit i god jord och önskemål om en ny utfärdsdag har redan kommit från deltagarna. Damen i kassan, där vi tog kaffepaus, sa att det blivit mera vanligt att man kommer till centrum med en grupp äldre från olika boenden. Hon sa sig tydligt kunna se glädjen hos den grupp äldre vi var ut med denna dag. Det hade hon mycket rätt i för på kvällen kunde denna grupp äldre fundera över dagens intryck, händelser och deras trötta kroppar utstrålade belåtenhet.

Deltagarna intervjuades efter att projektet var slut och här framkom önskemål på att undertecknad skulle ordna drop-in verksamhet vid dagcentralen, d.v.s. äldre som bor på området och äldre utifrån skulle kunna komma in när de själva känner för det. Det skulle vara ett rum som är öppet varje vardag, där man kan träffas, diskutera och göra små saker. ”Det skulle ge oss äldre som känner ensamhet en möjlighet att träffas utan krav... .. vi kunde prata och ha roligt, röra på oss, gå ut på promenad tillsammans eller dylikt. Det skulle jag uppskatta.”

Projektets verkningar

Under projektetiden har personalens arbetssätt ändrats och vi har kommit närmare klienterna på ett positivt sätt. Personalen har vågat pröva på nya utmaningar och deltagarna har känt sig viktiga och uppskattat att vara med i projektet. Deltagarna har insett att de klarar av saker som de inte själva trott från början. Till en början fanns det hos några av deltagarna en känsla att inte kunna komma med i gymnastikgruppen ”för jag är så dålig”, men under projektets gång har detta försvunnit och nu är det individuella mål som styr träningen. Inom personalgruppen har olika ansvars personer växt fram.

Efter att projektetiden är slut kommer erfarenheterna och kunskaperna att spridas vidare till övriga hemservicegrupper i kommunen. Man skall informera om hur projektet har fortskridit inom hemservicen i Smedsby och sedan får man gemensamt i de olika grupperna fundera tillsammans och ta fasta på de utvecklingsområden som känns rätt och som passar just dem och deras klienter. Det finns inget sätt som är det enda rätta utan det är personalen i samarbete med klienterna som finner den bästa lösningen för den specifika situationen som råder.