



Uppdrag Kunskap

Seniorer utvecklar vård och omsorg

UPPDRAK KUNSKAP

Seniorer utvecklar vård och omsorg

Kontakt:
Vårdalinstitutet
Institutionen för hälsovetenskaper
Lunds universitet
Box 157
221 00 Lund
Epost: rigmor.fransson@vardalinstitutet.se

© Vårdalinstitutet, Lund 2014
Bild på framsidan: Anna Bengtsson
Sättning och korrektur: Rigmor Fransson
Tryck: Media-Tryck i Lund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund	5
2. Projektöversikt	9
3. Deltagarperspektiv	11
Projektdeltagare	11
Bakgrunder och ambitioner	14
Utsagor efteråt	34
4. Ledningsperspektiv	43
Det från början givna	43
Uppdrag Kunskap-deltagarna och den ursprungliga förebilden: "seniordoktoranderna"	44
Ledningsperspektiv i efterhand på de individuella bidragen och examinationen	45
De individuella handledarnas efteråtsperspektiv	47
Relationer till den nära omvärlden under pågående projekt	48
Internationella relationer under pågående projekt	52
5. Samtliga individuella FoU-bidrag	55
Forskningsbidrag:	
Äldre och fysisk aktivitet utomhus - <i>Katri Helena Alaja</i>	57
Åtta kontinuiteter i seniorers kontakter med vården - <i>Siv Bäck-Pettersson & Margareta Jansson</i>	71
Äldres användning av tekniska landvinningar - <i>Lena Ekmark</i>	83
Det ingen frågar efter, blir inte gjort! - <i>Irene Hedfors</i>	95
Vigs Ängar - boende och liv - <i>Lillemor Husberg</i>	109
Organisering för framgångsrik rehabilitering - <i>Göran Maathz</i>	121
När cancer inte är botbar - <i>Britta Stenstam</i>	137
Problemlösning vid suicidalitet hos äldre - <i>Malgorzata Szmidt</i>	147
Dialog som modell för verksamhetsuppföljning - <i>Ann-Marie Thordeman</i>	159

Utvecklingsarbeten:	
Om vardagssamtalen med de mest sjuka äldre inom äldreomsorgen - <i>Karin Andersson</i>	173
Att involvera seniorer i hälsoarbetet via egentest på webben - <i>Ann-Christine Baar</i>	185
Implementering av en arbetsmodell som bidrar till en varaktig och god individuell inkontinensvård för äldre och sköra äldre - <i>Gunilla Ehrlinder</i>	193
En idé från medarbetare till värde för medborgarna - <i>Kristina Ekstrand</i>	205
Det existentiella samtalets betydelse för äldre - <i>Sven-Erik Henriksson</i>	219
Kan det patogena och salutogena synsättet samordnas i hälsoprevention till äldre? - <i>Britt Mari Ligne Carlsson</i>	227
Högläsning för personer med demens - <i>Bodil Lindeberg</i>	241
Samskapande hemsjukvård - <i>Gerd Silk</i>	251
Vilken relevans har användandet av validerade vertyg i samtalet med den äldre patienten? - <i>Sonja Strandell</i>	263

6. Informationsspridning 275

7. Övergripande reflektioner framåt och bakåt 277

Bilageförteckning I

Bil 1: Rekryteringsbroschyr	III
Bil 2: Litteraturlista	VII
Bil 3: Litteraturseminarier	IX
Bil 4: Studieguide	XXI
Bil 5: Kursplan	XXV
Bil 6: Vykort (svenska och engelska, pappersbaserade och digitala)	XXVII
Bil 7a: Kan äldre förnya kunskapssamhället? - <i>Bodil Jönsson</i>	XXIX
Bil 7b: Can elderly people contribute to the renewal of the knowledge-based society? - <i>Bodil Jönsson</i>	XXXIV
Bil 8: Skärmdumpar, hemsida och forum	XXXIX
Bil 9: Konvivialitet – att leva tillsammans med glädje - <i>Jan Beskow</i>	XLI

1. Bakgrund

Den förändrade ålderdomen har beskrivits av många, bl a Gene D Cohen, "Det mogna sinnet", och Bodil Jönsson, "När horisonten flyttar sig" och "Tid för det meningsfulla". Det handlar om drastiska förändringar. Den biologiska är nog så viktig – en 75-åring idag är medicinskt som en 65-åring var i förra generationen – men den är inte den enda. Eftersom ingen blir gammal i ett vakuum är förändringarna i den teknologiska, medicinska och sociala omvärlden nog så viktiga som den biologiska förskjutningen. Vad betyder det att man under sin ålderdom (som kan uppgå till en tredjedel av livet) kommer att kunna se bättre, höra bättre, röra sig bättre, ha mindre ont, ... än tidigare generationer i samma ålder? Och vad kommer denna stora och nya grupp äldre att vilja göra utifrån sådana förutsättningar som gamla människor aldrig tidigare haft?

1900-talet tillförde många vetenskapliga insikter om vad som försämras i en åldrande hjärna. Under 2000-talet har uppmärksamheten allt mer inkluderat sökandet efter hjärnans *livslånga utveckling* "lifelong development", inte bara dess uppgång och fall, "peak and decline". De senaste femton åren har resulterat i stora genombrott: man vet exempelvis nu att även gamla människor får nya hjärnceller, att hjärnan fortsatt är plastisk och att balansen mellan vänster och höger hjärnhalva blir *bättre*, inte sämre, ju äldre vi blir. Man ställer helt enkelt andra frågor som gammal än som ung, blir mer teleologisk, dvs inriktad på sammanhang i bemärkelsen mål och mening och mindre intresserad av mekanistiska orsaker till skeenden. Och man kan fortsatt vara synnerligen kreativ – men på andra sätt och med andra yttringar än vad som gäller för barn och unga. Ju äldre man blir, desto sämre blir man på att lära sig nya detaljer och desto snabbare glömmar man dem. Men förmågan till att hantera sammanhang och samband, både att komma ihåg de tidigare och att komma på nya, är oförändrad eller kan t o m ha förbättrats.

Kairos Future sammanfattade en undersökning år 2012 med att människor under 80 år "är som folk är mest". I en undersökning benämnd "Ungdomlingar" år 2010 (utförd av Demoskop på uppdrag av Centrum för Samtidsanalys) framgick det med all önskvärd tydlighet att gruppen aktiva äldre som med erfarenhet, energi och förmåga vill medverka till kvalificerat arbete är på väg att bli större. 25 % av människor i åldern 65-89 år hörde till denna grupp - detta trots att ålderssegregeringen fortfarande är påtaglig och att samhällets förhållningssätt till äldre som vill arbeta längre ännu inte konsoliderats. Pensionsåldersutredningens (<http://www.sou.gov.se/sb/d/17425>) många delrapporter och slutbetänkandet våren 2013 visar att stora förändringar är på gång. Vi är med andra ord inne i en omställningsperiod, och det kommer att ta ytterligare några år innan vi börjat frigöra oss från de rådande normerna för hur man "ska" vara exempelvis som 75-åring, vad man får göra och vad man kan tänkas kunna och vilja. Men det förefaller lite fantasilöst att låta de fascinerande nu pågående livsloppsförändringarna utmynna enbart i förändringar i arbetsliv och pensionsålder. Det kan finnas andra sätt än lönearbetets för årsrika människor att bidra till samtiden och framtiden. Ett av dem kan vara att genom fördjupande analyser och struktureringar göra sina kunskaper bättre tillgängliga på de områden där man tidigare verkat.

Ju äldre en människa blir, desto mer tenderar hon att söka efter sammanhang, mål och mening samtidigt som hon gärna vill stötta yngre. Det är alltså inte bara välbärgade mecenater som på

äldre dagar kan få upplevelsen att befinna sig i en pay back-time – andra vill också bidra men på andra sätt. Inte så få är beredda på stora insatser för att möjliggöra just en kunskapsöverföring.

Början: en idé om "seniordoktorander"

År 2011 lade Bodil Jönsson fram en idé om att skapa möjligheter för särskilt intresserade att bli *seniordoktorander*. Två år senare kom den tanken att utvecklas till en av de många engagemangstrådarna i den stora fleråriga nationella satsningen på Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) *Bättre liv för sjuka äldre*, se hemsidan för SKL. Tankarna bakom att involvera friska seniorer handlar dels om att de kan ha mycket att bidra med själva, dels om att det kan göra stor skillnad om de känner sig trygga i att sjukvårdssystemet fungerar väl den dag de själva behöver det. Vilka skulle bättre kunna medverka till detta än de som arbetat inom äldreomsorg och äldreomsorg i kanske 40 år och nu själva är i pensionsåldern? Om de fick chansen att vidareutveckla sina erfarenhetskunskaper så att dessa kunde bäras vidare i andras händer – skulle de vilja, vad skulle de välja för inriktningar, vad skulle ett försöksprojekt involverande en mindre skara av dem kunna leda till?

Resultatet blev ett ettårsprojekt, *Uppdrag Kunskap*, omfattande 20 seniorer. Planering och genomförande skedde i samarbete med Vårdalinstitutet i Lund, som har långvarig erfarenhet av att nyttiggöra forskning och yrkeskunskaper inom vård och omsorg i en nära samverkan med externa huvudmän/arbetsplatser och av att arbeta med dithörande kunskapsteoretiska, kunskapsfilosofiska och kunskapssociologiska frågor. Projektet leddes av Bodil Jönsson, professor emerita, och Vårdalinstitutets chef, professor Gerd Ahlström. Vårdalinstitutet är delfinansierat medan huvudfinansiering sker genom SKL:s satsning *Bättre liv för sjuka äldre* som också hela tiden följde projektet på nära håll, bl a genom aktivt deltagande av dess projektledare Maj Rom i samtliga fyra workshops under året.

Kan äldre bidra med något i kunskapssamhället?

Uppdrag Kunskap hade som en av sina utgångspunkter att äldre inte bara har en plats i kunskapssamhället utan också kan bidra till att förnya det. Det börjar bli länge sedan begreppen "informationssamhället" och "kunskapssamhället" myntades. Teknologiskt har oerhört mycket hunnit hända de senaste decennierna, men mycket av gamla normer i kultur och samhälle skymmer fortfarande sikten.

Till de föreställningar som stannat kvar och snarast förstärkts hör att det endast är unga människor och i begränsad utsträckning medelålders som kan medverka till att ny kunskap kommer fram. En förnyelse genom äldres deltagande är nästan en förbjuden tanke. Men faktum är att det är den första välutbildade generationen som nu går in i sin pensionsålder. Inuti den är det inte så få som brinner för att få vidareutveckla sina yrkeslivskunskaper, främst för att med dem bidra till framtida verksamhet och samhälle.

Det paradoxala är att det finns få hinder för äldres kunskapsutveckling så länge som den enbart handlar om en breddning: studieförbund, pensionärsförbund, senioruniversitet och internet gör det lättare att förkovra sig i dag än någonsin tidigare. Också universiteten ser då och då bland sina studenter specialintresserade äldre som följer utbildning upp till kanske mastersnivå. Men de äldres möjligheter att utgå från sina kunskaper från ett långt yrkesliv och att förädla just dessa är synnerligen begränsade. Att sent i livet få vidareutveckla sig på en akademisk kun-

skapsutvecklingsnivå (utifrån en tidigare grundutbildning och ett långt kvalificerat yrkesliv) är en väg som hittills varit så gott som helt stängd.

Några jämförelser: Unga forskare har framför sig långa arbetsliv (utanför eller inuti universiteten) i vilka de själva kan nyttiggöra sin forskartid, dess process och resultat. De redan medelålders doktoranderna, de som hunnit längre i livet innan de gick in i forskarstudier, har inte så många yrkesverksamma år kvar efter disputation. I gengäld kan deras kunskapsbidrag och avhandlingar redan från början ha ett annat djup just genom dessa tidigare erfarenheter. Efter disputationen blir det i större utsträckning andra inom kunskapsområdet eller verksamheten som får bära deras resultat vidare. Men att människor som uppnått pensionsåldern kanske vill engagera sig i något liknande *Uppdrag Kunskap* (och kanske därefter använda ytterligare 5-10 år till att vidareutveckla sin kunskap så att den når en hållbar forskningsnivå och därmed blir än mer värdefull och tillgänglig också för andra framöver) har hitintills varit på gränsen till otänkbart. Ändå står idén inte i någon som helst motsättning till de klassiska kunskapsidealerna: att kunskap ska kunna bära över tid och rum, oberoende av person. Från den ena till den andra. Kunskapens immateriella karaktär gör faktiskt den oberoende av hur länge upphovsmannen själv, den enskilda människan bakom kunskapen, kan tänkas vara verksam.



Ett äkta generationsmöte under ömsesidig respekt.

Foto: Michael Bergström.

Kunskapsöverföring mellan generationer har alltid hämmats av yngre människors självständighetsönskan. Nu gör internet att man kan förpacka "färdig" kunskap till information på ett sådant sätt att det blir de unga själva som hittar den och därmed inte stöter bort den för att den kommer från äldre människor. Men det finns så mycket kunskap som inte är så färdig att den kan förpackas till information och leda vidare. Många äldre har inte under sina intensiva yrkesliv hunnit med att bearbeta sina insikter till något mer långsiktigt hållbart utanför det egna huvudet. Kunskaperna fungerar ändå för dem själva och kanske för de närmaste arbetskamraterna men inte för dem som inte varit med i samma utveckling. Det kan därför behövas mycket bearbetning och hjälp, kritik och inspiration från andra för att strukturera, utmana, vidareutveckla och rensa upp i de egna erfarenheterna och kunskaperna. *Uppdrag Kunskap* är till för att möjliggöra just den processen så att den vidareutvecklade kunskapen kan bli till nytta för andra människor och verksamheter.

De inledande nyckelfrågorna handlade om huruvida människor i pensionsåldern alls skulle vara beredda att under ett år satsa blod, svett och tårar på detta och om universitetet i så fall skulle ha något att erbjuda denna grupp som var studenter för 40 år sedan? Om detta vet vi betydligt mer nu än före september 2013 då projektet startade.

2. Projektöversikt

Att genomföra ett *Uppdrag Kunskap* kan göras på så många olika sätt. Nästa gång blir det kanske en enskild arbetsplats som headhuntar medarbetare att före eller efter sin pensionering gå in i ett *Uppdrag Kunskap*. Eller en grupp seniorer som sluter sig samman till ett *Uppdrag Kunskap* utifrån ett gemensamt specialintresse och till sig knyter handledare och forskare. (Det var förresten så som universiteten söder om Alperna tillkom: studenter samlades och knöt till sig lärare. Norr om Alperna var det tvärtom: akademiker drog till sig studenter...).

Att vi ändå här översiktligt redogör för vårt upplägg handlar främst om att vi vill sprida insikten att det här går att göra. Dessutom förbluffande framgångsrikt: samtliga deltagare fullföljde med stor entusiasm, presterade synnerligen väl vad gällde de egna bidragen och fick också vara med om en stark egen utveckling.

Rekrytering

Vi spred efter bästa förmåga (i Vårdalinstitutets och SKL:s nätverk samt i facktidsskrifter) information om möjligheten att ansöka till *Uppdrag Kunskap*. Tjugoåtta personer ansökte och vi antog tjugo utifrån deras presentationer av vad de tidigare hade gjort och vad de nu brann för att få fullfölja. Vi var tre personer (Bodil Jönsson, Gerd Ahlström och Magnus Persson) som först läste ansökningarna och gjorde egna prioriteringar innan en gemensam prioritering genomfördes vid ett antagningsmöte.

Rekryteringsbroschyr: se bilaga 1.

Upplägg

Uppdrag Kunskap hade två spår. Det ena var individuellt och utgick från var och ens kompetens- och intresseområde och bedrevs med individuell akademisk handledning. Det spåret kräver ingen motivering – det var det direkt resultatgivande bidraget till gagn för framtiden som utgjorde *Uppdrag Kunskaps* hörnsten.

Det andra spåret var gemensamt för alla och syftade till att medvetandegöra deltagarna om vilka de möjligheter är som ligger i en kunskapsgenererande process med seniorer som huvudaktörer. *Uppdrag Kunskaps* utveckling stod och föll med att deltagarna själva omfattade projektidén på ett ständigt fördjupat plan. Om inte deltagarna själva påverkade processen, var risken stor att många av de innovativa möjligheterna skulle missas. Men just därför var det viktigt med en gemensam bakgrundssyn både vad gäller det nya åldrandet, kunskap och lärande.



Mellan våra två huvudspår fanns det också många stickspår.

Workshops

Projektet fick sin struktur genom fyra tvådagarsworkshops enligt nedan, spridda över projektåret, var och en med sitt tema. Vid varje tillfälle fanns det också rikligt med tid för samtal kring de framväxande individuella arbetena.

1. Vad är *Uppdrag Kunskap* och vad är det nya åldrandet? Tjugo pionjärer påbörjar ett unikt projekt. Plats: Vårdalinstitutet i Lund (med utflykt till Köpenhamn).

Föreläsare: Bodil Jönsson och Gerd Ahlström.

2. Vad är kunskap, vad är lärande? Kunskapens immateriella väsen – om kunskap som bär över tid och rum. Plats: Margretetorps Gästgifvaregård (med gåsmiddag).

Föreläsare: Bodil Jönsson och Gerd Ahlström.

3. Dagens insatser i sitt historiska och utvecklingsmässiga sammanhang. Vården och tidsandan, om hur det varit och om hur det kan bli. Plats: Högberga Gård på Lidingö med Finlandsbåtarna utanför fönstren.

Föreläsare: Bodil Jönsson, Gerd Ahlström, Gerdt Sundström, professor emeritus, Hälsohögskolan i Jönköping, sakkunnig för Sveriges Pensionärsförbund (SPF), och Jan Beskow, professor emeritus, Sektionen för psykiatri och neurokemi, Sahlgrenska Akademin, Göteborg, samt Suicidprevention i Väst, SPIV.

4. Magnolia, klang- och jubeltid. Presentation och examination – här kom det inte bara fram de renodlade egna idéerna och det egna arbetet utan också starka influenser från 1-3 vilket samtidigt gav en fördjupad community-upplevelse. Plats: Biskopshuset i Lund.

Föreläsare om konvivialitet: Bodil Jönsson, Jan Beskow.

Vid examinationen höll Staffan Werme, ordförande i SKL:s beredning för primärvård och äldreomsorg och riksdagsledamoten Barbro Westerholm högtidstal.

Seminarieledare och examinatore för deltagarnas arbeten: Bodil Jönsson, Gerd Ahlström.

I workshop 3 och 4 deltog även Hans Hallberg, med dr Falun, tidigare också Forskningsrådet Dalarna, med långvarig erfarenhet som bl a allmänläkare. Här var han fristående observatör och återkopplade sina reflektioner till deltagarna och i samtal med Bodil Jönsson.

Litteraturlista

Se bilaga 2.

Litteraturseminarier

Vi hade seminarier kring all gemensam litteratur. Detta var en självklar del av upplägget redan från början – vad vi inte fullt ut var beredda på var deltagarnas starka uppslutning just kring den lästa litteraturen och samtalen kring denna (jämför deras citerade utsagor under deltagarperspektiv nedan). För att ge en inblick både i det innehållsliga och på vilken nivå seminarierna kunde hållas återger vi i bilaga 3 en sammanställning av resonemangsfrågor kring de olika böckerna.

3. Deltagarperspektiv

Kontaktuppgifter till deltagarna i projektet *Uppdrag Kunskap* 2013/2014.



Katri Helena Alaja
Järnvägsplan 2C
632 20 Eskilstuna
katrilasse@hotmail.com
0709-649767



Karin Andersson
Muraregatan 2
371 38 Karlskrona
karinkaja52@gmail.com
0731-819760



Ann-Christine Baar
Dalahems gångväg
433 30 Partille
ac@baar.se
0703-298324



Siv Bäck-Pettersson
Citronfärlvägen 1
444 46 Stenungsund
siv.back-pettersson@vgregion.se
0706-465192



Gunilla Ehrlander
Vikingsbergsvägen 22B
217 74 Malmö
gunilla.ehrlander@gmail.com
0725-255151



Lena Ekmark
Ransbysätter 62
686 97 Lysvik
lenaekmark@live.se
0730-621062



Kristina Ekstrand
Barksätersgatan 10
641 50 Katrineholm
kristina.ekstrand1@gmail.com
0733-185509



Irene Hedfors
Kungsgatan 4 A
341 30 Ljungby
hedfors@ljungby.nu
0705-872680



Sven-Erik Henriksson
Domkyrkoesplanaden 8
722 11 Västerås
sven-erik.henriksson@comhem.se
0723-032665



Lillemor Husberg
Laurusgatan 3
272 38 Brantevik
lillemor@husberg-arkab.se
0705-430490



Margareta Jansson
Kaserngården 12
703 65 Örebro
maggan.i.jansson@gmail.com
0738-175220



Ann-Christine Johansson
Viltstigen 5
341 91 Ljungby
ann-christine@johansson4.lby.se
0736-627168



BrittMari Ligne Carlsson
Kila Muren 100
733 94 Sala
bmlignecarlsson@gmail.com
0705-155703



Bodil Lindeberg
Ångslupsvägen 7B
371 42 Karlskrona
bodil.lindeberg@telia.com
0708-627211



Göran Maathz
Spinnakergatan 16
611 64 Nyköping
goran.maathz@blixtnet.se
0706-445696



Gerd Silk
Katrinelundsgatan 6
621 40 Visby
sidengerd@gmail.com
070-2424458



Britta Stenstam
Gyllenkroks allé 27
222 24 Lund
britta@stenstam.se
0709-224244



Sonja Strandell
Hallsvägen 5
828 94 Edsbyn
sonja.strandell@lg.se
0702-859099



Malgorzata Szmidt
Luthagesplanaden 26 A
752 24 Uppsala
malgorzata.szmidt@gmail.com
0706-110143



Ann-Marie Thordeman
Smedby 21
741 91 Knivsta
annmarie_thordeman@hotmail.com
0727-357357

Bakgrunder och ambitioner

Här följer en sammanställning över de individuella ”positioneringspapper” som de deltagande gjorde i februari 2014, fem månader efter projektstart.

Katri Helena Alaja: *Äldre och fysisk aktivitet utomhus.*

Min bakgrund inom området

Efter kurser i träningslära, massör-utbildning, humanistiska studier samt humanitärt arbete hemma och utomlands så hittade jag till sjukgymnastyrket och kunde då förena intresset för människor och lusten till rörelse. Det har framför allt varit områden vuxenhabilitering och äldreomsorg som har fått mig att njuta av arbetet och växa i rollen som fysioterapeut.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Mycket har hänt sedan jag tog sjukgymnastexamen. Medicinska framgångar och tekniska uppfinningar har avlöst varandra och ställt nya krav på fysioterapin. Även attityder och synen på brukaren har ändrats. Brukaren har fått en tydligare roll och medverkar mer aktivt – ofta tillsammans med närstående – i sin egen förändringsprocess. Sjukgymnasten i sin tur har flyttat fokus från att vara behandlande till att agera mer som en vägledande coach eller konsult. Från och med årsskiftet 2014 håller vi sjukgymnaster på att på ett tydligare sätt synliggöra bredden i vårt yrke i och med namnbytet till fysioterapeut.

Varför jag väljer att fördjupa mig i just detta område

Jag har alltid fascinerats av människans kapacitet att förflytta sig till fots och jag har ägnat tid till att studera människor och folkgrupper som fortfarande är i rörelse. Gemensamt för många jag träffat i centraleuropeiska alpbyar, på savannen i södra Afrika, på den nordafrikanska högplatån, i palestinska bosättningar och i Mellan-Amerikas tropiker är att ta sig fram till fots upplevs av dem lika naturligt som det är funktionellt. De liknar kanske barn som drivs av rörelseglädje och nya upptäckter. De pratar inte om träning, dock hämtar de kraft från rörelsen och vistelsen i naturen och de håller sig så i fysisk form.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

I våra svenska samhällen, speciellt i städer tycks vi ha byggt bort behovet att röra oss naturligt i närmiljön. Fortfarande skulle vår kropp och knopp må bra av fysisk aktivitet. Det verkar som att det är först när det krisar och inaktiviteten påverkar vår hälsa och våra funktioner för mycket på ett negativt sätt, som vi tar tag i detta och letar oss till en fysisk aktivitet, kanhända genom recept från doktorn och under bevakning av en specialist.

Idag är en del äldre i Sverige fysiskt understimulerade. Går det att återväcka och fånga den inneboende lusten till rörelse, som jag antar att de flesta av dem haft som barn, och att hitta rörelseglädjen genom något så enkelt och lätt genomförbart som en promenad? Jag vill kunna bidra med att stimulera dagens och framtidens äldre till att mobilisera sig. Jag vill locka dem till fysisk aktivitet i form av utevistelse och promenad just för det som en promenad utomhus kan ge: rörelseglädje och kraft till vardagen.

Karin Andersson: *Om vardagssamtalen med de mest sjuka äldre inom äldreomsorgen.*

Min bakgrund inom området

Jag har arbetat inom vård och omsorg i 37 år. Jag började som utbildat vårdbiträde att arbeta inom äldreomsorgen, därefter läste jag till undersköterska och jobbade inom primärvården och sedan högskola i tre år, för att kunna få arbeta som chef inom äldreomsorgen. Jag har utbildning i processhandledning och därför arbetat med personalgrupper inom äldreomsorgen. De senaste tre åren, har jag varit med och startat upp projektet *Att införa äldrelotsar i Blekinge*. Ett projekt som syftar till att förbättra vård och omsorg för mest sjuka äldre. På alla dessa tjänster och med tillhörande arbetsuppgifter, har samtalet haft en central plats, i mötet med alla människor.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Idag inom vården har samtalet som ett redskap, in i mötet med äldre, många olika benämningar, där innehåll och syfte har utvecklats och tydliggjorts och många delar blivit professionella, särskilt inom slutenvården. Samtal vi benämner som MI-samtal, existentiella samtal, stödjande samtal och brytpunktsamtal erbjuds idag i olika vårdssituationer. Men, inom äldreomsorgen, där man ger omsorg över tid, har inte medvetenheten om samtalets betydelse, samma klang.

Varför jag väljer att fördjupa mig i just detta område

Genom äldrelotsprojektet har jag i mina möten med mest sjuka äldre upplevt och fått bekräftat, att det finns ett stort behov av att få samtala om sin situation och att bli lyssnad till. Samtalet är också en stödinsats för anhöriga, som oftast är hårt pressade. Under alla mina yrkesverksamma år har samtalet för mig, varit en väg till att få komma nära den äldres berättelse, och att få en möjlighet till att lyssna och försöka förstå. Samtalet ger också mest sjuka äldre möjlighet till delaktighet och inflytande i sin vardag. Jag vill hjälpa till att synliggöra samtalets betydelse inom äldreomsorgen, och på så vis stärka äldres olikheter och rätten till att få vara just olika.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

I Karlskrona kommuns framtidsprogram står det, att den gemensamma värdegrunden ska präglas av att;

”Varje möte är unikt. Att mötet och samspelet mellan människor ska präglas av respekt, värme och lyhördhet. Att äldreomsorg, ska i alla delar ta sin utgångspunkt i den enskilde, individens behov.”

Mitt bidrag till framtidens äldreomsorg blir att visa på samtalets betydelse, att synliggöra samtalet som en möjlig väg, att nå fram till den värdegrund som är tydligt uttalad inom äldreomsorgen och som ska prägla verksamheten.

Ann-Christine Baar: Att involvera seniorer i hälsoarbetet via egentest på webben. Utveckling av ett webbaserat verktyg för egentest av hälsa och vägledning till en hälsosam livsstil.

Min bakgrund inom området

I så gott som hela mitt arbetsliv har jag funnits i primärvården som distriktssköterska, vårdutvecklare, planerare och de sista femton åren som primärvårdschef. Hälsa har varit och är ett kärnområde inom primärvård och mitt stora intresseområde. Under alla dessa år har jag haft tillfälle att vara med om att initiera, utveckla och införa många olika hälsosatsningar.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Hälso- och sjukvårdslagen på 80-talet visade tydligt på primärvårdens roll i hälsoarbetet men inte specifikt riktat mot äldre. Då var ÄDEL i början av 90-talet en mer genomgripande reform. Synen på äldre förändrades och man började mer se till det friska. Med stöd av statliga stimulansmedel genomfördes hälsofrämjande uppsökande verksamhet till äldre. Brukarmedverkan och anhörigstöd uppmärksammades. Nästa genomgripande reform var införande av LOV, Lagen om Valfrihet. Nu handlade det om valfrihet för och konkurrens om de äldre. Tillgänglighet på vårdcentralerna var A och O. De äldre trängdes ibland undan. I detta skede kom SENIORHÄLSAN till, en funktion på vårdcentralerna som syftade till att skapa trygghet, kontakt, vägledning och stöd för 65+ att själva hålla koll på sin hälsa över tid. Endast cirka 20 procent tackade ja till erbjudandet om hälsosamtal på vårdcentral. Orsakerna till det svaga intresset kan vara brist på tid, ointresse eller att budskapet inte gått fram. Med tanke på nya kunskaper om betydelsen av livsstil för ett hälsosamt och aktivt åldrande, demografin och tillgängligheten i sjukvården har Seniorhälsan en viktig uppgift att fylla.

Varför jag väljer att fördjupa mig i just detta område

När den nationella satsningen *Bättre liv för sjuka äldre* kom 2011 var det dags för mig att gå i pension. Då fick jag frågan om jag kunde hålla ihop arbetet med att ta fram en regional handlingsplan för vård och omsorg om de äldre. Planen skulle omfatta hela Västra Götalands län med 214 vårdcentraler, 18 sjukhus och 49 kommuner. Ett hästjobb kan man tycka. Men med all den erfarenhet som jag samlat på mig under åren, kändes det som en utmaning, särskilt att få föra in ett tydligt hälsoperspektiv i planen. Detta tillsammans med att få kratta i den egna kommande manegen gjorde det svårt att tacka nej.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Viktiga förändringar och förbättringar som sker i sjukvården är dels ny syn på hälsovård och dels ny teknik som gör det möjligt att hitta risker hos individer och grupper och inspirera dessa personer att leva ett sundare liv. Istället för att vårdcentralen blir individens första kontakt med sjukvården (Seniorhälsans grundkoncept) gör 65+personen själv en test på sitt hälsotillstånd och får ett svar via sin dator, surfplatta eller mobiltelefon. Om testet visar på risk är nästa steg att ta kontakt med sin vårdcentral. Det är detta som SENIORHÄLSAN 2.0 handlar om.

Min avsikt är således att skapa ett digitalt verktyg som passar 65+ personer att ha koll på sin hälsa över tid och medverka till att detta verktyg sprids och implementeras i hela Västragötalandsregionen. För framtiden kan det innebära en tidsbesparing för både den enskilde individen och för vården, som kan få mer tid för de som faktiskt är sjuka.

*Siv Bäck-Pettersson: Åtta kontinuiteter i seniorers kontakter med vården.
(Tillsammans med Margareta Jansson)*

Min bakgrund inom området

Under mitt yrkesliv i närmare 50 år har jag varit verksam inom hälso- och sjukvården. Genom att kombinera arbete och utbildning har jag haft möjlighet att fördjupa min kunskap inom några intresseområden; omvårdnad, etik, människosyn, prioriteringar, tillgänglighet, valfrihet och på senare år också genom forskning om omsorgens betydelse i vårdens möten. Vikten av att skapa kontinuitet i vårdrelationen är central inom alla uppräknade områden.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Begreppet nämns i de flesta reformer som implementerats de senaste 20 åren, men mer som ett positivt mantra än som förslag på viktigt utvecklingsområde. Det förefaller finnas en inneboende konflikt mellan medborgarnas behov av kontinuitet i kontakten med vården och förenklade uttryck för kontinuitetens innebörd för äldre med stort och långvarigt vårdbehov. Aktuell forskning visar vägen för nödvändiga framtida utvecklingsområden och åtgärder.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Eftersom jag har varit med ett tag på den offentliga arenan, känns det som en förmån att få chansen att bidra till ett synliggörande av detta, i någon mening eftersatta och mindre beforskade område. Det är uppenbart att kontinuitetens alla dimensioner och betydelse i medborgarnas kontakter med vården ännu inte är upptäckta och därmed heller inte inbegripna i beslutfattarnas underlag och vardag. Det kan vi bidra med genom vårt projekt.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Min förhoppning är att vi genom vår studie kan bidra med och stimulera till diskussion och ett nytänkande kring kontinuitetens betydelse för äldre i ett longitudinellt perspektiv. Vi vill, utan att göra anspråk på att kunna vederlägga kontinuitetens alla dimensioner vetenskapligt, men däremot att spegla väsentliga områden som beslutskapabla seniorer anger är nödvändiga för att bevara deras livskontinuitet när de drabbas av kronisk sjukdom.

Gunilla Ehrlinder: Implementering av en arbetsmodell som bidrar till en varaktig och god individuell inkontinensvård för äldre och sköra äldre.

Min bakgrund inom området

I min profession som utbildningskonsulent/sjuksköterska, har jag under lång tid arbetat med kompetensutveckling i individuell inkontinensvård inom kommun, landsting och privat verksamhet. Jag har initierat och varit delaktig i flera inkontinensprojekt tillsammans med medicinskt ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer och vårdpersonal. Min erfarenhet är att individuell utredning och behandling, utbildning av medarbetare såväl natt som dag och implementera enkla vådrutiner resulterar i bättre inkontinensvård för vårdtagare, personal och verksamhet. En utmaning för mig har varit och är fortfarande att skapa ett enhetligt syn och arbetssätt kring individuell inkontinensvård hos all berörd personal och vårdtagare.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Forskning och utveckling av inkontinensvård och dess betydelse för livskvalitet hos äldre, har fått större utrymme i dag. Annelie Hollo, sjuksköterska och vårdlärare var tidig förespråkare för en kateterfri omvårdnad och Inger Hahn, sjukgymnast skrev redan på tidigt åttiotal en bok om bäckenbottenträning. 1994 disputerade Ann Lindström, sjuksköterska i Lund på en avhandling med titeln Urininkontinens bland äldre-aspekter på kunskap och hjälpmedel. Det är lätt att förstå hennes budskap, och den borde kanske läsas flera gånger. Det senaste bidraget är SBU rapporten "Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre", oktober 2013 som redan väckt stort intresse bland engagerade inom äldreomsorg och inkontinensvård. En möjlighet och hjälp att omsätta kunskapen i praktiken är att ta del av Nikolas rekommendationer, (Nätverk Inkontinens Kommuner och Landsting), vars uppgift är att förankra och implementera gemensamma rekommendationer. Syftet med Nikola är att nationellt driva på utvecklingen inom inkontinensvård. Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg, Senior alert har nu ett femte område, Blåsdysfunktion/inkontinens, vilket med all säkerhet kommer att bidra till en förbättrad kvalitet av inkontinensvård.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Min långa erfarenhet, kompetens och väletablerade kontaktnät inom vård och omsorg, kombinerat med alla nya verktyg för en bättre individuell inkontinensvård vill jag förvalta på bästa sätt. Jag ser stora möjligheter i implementering av aktuell kunskap om inkontinensvård och utveckling av densamma inom äldreomsorg.

Områdets betydelse för såväl politiker, myndigheter, verksamhetsansvariga, personal och inte minst vårdtagare inom äldreomsorgen är viktig.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Inom snar framtid hoppas jag på ett reportage från ett äldreboende eller hemvård med rubriken "Om du flyttar till oss, kommer du att klara dina inkontinensproblem mycket bättre genom att..."

Lena Ekmark: Äldres användning av tekniska landvinningar. Ömsesidig påverkan mellan personalen och den äldre människan.

Min bakgrund inom området

Jag är en pensionerad distriktssköterska som under åren hunnit arbeta med lite av varje. Jag trodde först att målet med yrket för mig var att ute i världen hjälpa mindre lyckligt lottade. Erfarenheterna från Läkare utan Gränser berikade mig men det var inte det jag ville göra. Akutmottagningen var mitt nästa mål – att stödja och hjälpa människor i akuta situationer. Erfarenhetsrik lämnade jag också detta för att så småningom ägna mig åt äldre människor – deras hälsa, välbefinnande, liv och död.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Mitt intresse har, vartefter åren gått alltmer inriktat sig på utbildning av personal inom äldreområdet. Baspersonal dvs undersköterskor och vårdbiträden är en stor och viktig del av äldre människors livsvärld. Personalen kommer nära och är kanske de personer som vet allra mest om den äldre människan som individ. Jag tycker att deras reaktioner, tankar och synpunkter inte alltid vägs in som viktiga delar i en äldre människas omvårdnadssituation.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Det som nu händer inom äldreomsorgen, med ständigt tal om krympande resurser och ökande antal äldre, i kombination med att digital teknik utvecklas i snabbt tempo och med nästan oöverskådliga användningsområden är så oändligt intresseväckande och spännande. Vad kan man egentligen åstadkomma?

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Teknik i form av datorer, internet, smartphones, digitalkameror har på senare år blivit var mans egendom och inom äldreomsorgen använder både de äldre och personalen den digitala tekniken för personligt bruk eller som arbetsredskap. Jag tillhör själv den äldregrupp som gärna beskylls för avighet gentemot den nya tekniken och jag är verkligen okunnig inom området men jag förstår att något måste hända med vår samtid när tekniken används överallt av alla. Vad händer? Hur kommunicerar vi? Hur påverkas språk och umgängesformer? Vad händer inom äldreomsorgen och hur kommer tekniken att användas där? Kommer interaktionen mellan äldre och deras personal att förändras/påverkas? Gagnar det de äldre? Gagnar det personalen? Gagnar det ett bättre liv för sjuka äldre i ett längre perspektiv? Jag hoppas med mitt arbete kunna bidra med ny kunskap kring detta.

Kristina Ekstrand: En idé från medarbetare till värde för medborgarna. Personalens erfarenheter av att införa och utveckla Katrineholms Innovationsmodell på Furulidens vårdboende.

Min bakgrund inom området

Jag har verkat inom primärvård, äldreomsorg och folkhälsoverksamhet, som sjuksköterska, utredare och chef. I en tioårsperiod som primärvårdschef och projektledare för Katrineholms kommunala primärvårdsprojekt och därefter som förvaltningschef för vård- och omsorg. Mina intresseområden är distribuerad vård med fokus på samhälls- och folkhälsofrågor, verksamhetsutveckling och ledarskap. Nu efter pensioneringen arbetar jag som konsult inom medicinteknikområdet i EU-projektet NovaMedTech (NMT), Linköpings universitet.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Effektiviseringen inom hälso- och sjukvården den senaste tio- femtonårsperioden har handlat om minskning av slutenvårdsplatser till förmån för mer öppna vårdformer, ökad primärvård, distribuerad vård, olika former av vårdboenden samt kommunal omsorg. Denna omstrukturering, som fortfarande pågår ställer ökande krav på flexibilitet, samverkan, teamarbete, struktur, förnyelse och ledarskap. Nya verksamhetsformer har utvecklas och intresset för medicinteknik och teknikutvecklingen har ökat och är kommande. En möjlighet till utveckling är att stimulera människors kreativitet, engagemang och nytänkande.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Som ledare har jag under flera år utbildat mig och arbetat med samt varit intresserad av förbättrings- och kvalitetsarbete samt ledar- och medarbetarskapsfrågor. I mitt arbete inom NMT har jag tagit fram en modell för kreativt arbetssätt, som fångar upp nya idéer, ger stöd till den som har en idé och främjar nytänkande - Katrineholms Innovationsmodell. Modellen har vidareutvecklats tillsammans med ledning och personal på Furulidens vårdboende. En handbok, som stöd för införande av modellen är utgiven i november 2013. Modellen sprids och prövas nu på fem enheter i Sörmland. Fyra av enheterna följs upp via följeforskning.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Ett positivt klimat skapar arbetsglädje, öppnar upp och ger ledare och medarbetare möjlighet att vara kreativa och innovativa, vilket jag tror är en viktig väg till utveckling av morgondagens vård och omsorg. Mitt arbete med att utveckla och förbättra Katrineholms Innovationsmodell ökar möjligheterna till bra möten med kvalitet i människor emellan och detta gagnar de äldre, vården och samhället.

Irene Hedfors: Det ingen frågar efter, blir inte gjort! En uppföljning av ett ledarutvecklingsprogram vid Linnéuniversitetet för chefer inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Kronobergs län.

Min bakgrund inom området

I början av 2010-talet arbetade jag några år på Regionförbundet södra Småland med uppdraget att bygga hållbara strukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänst och angränsande områden inom hälso- och sjukvård i landstinget. Enligt en överenskommelse 2010 mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet finansierade staten detta arbete, som bedrevs i hela landet. När arbetet påbörjades var fokus på äldreområdet och ett bättre liv för sjuka äldre. Området vidgades efter hand.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Överenskommelsen träffades utifrån betänkandet SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukarna*. I betänkandet lyftes behovet av mer forskning och kvalificerade utvärderingar av det sociala arbetets resultat, kvalitet och effekt. Likaså betonades behovet av bättre förutsättningar för professionen att kunna utveckla en evidensbaserad praktik, behovet av bättre struktur för verksamhetsuppföljning och ett förtydligat brukarperspektiv i relation till socialtjänstens arbete. Det långsiktiga målet för den statliga satsningen är en mer evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

En del av den struktur för kunskapsutveckling som skapades i Kronobergs län blev en akademisk uppdragsutbildning för chefer inom socialtjänst och hälso- och sjukvård med privata såväl som kommunala arbetsgivare.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Med erfarenheter från ett långt yrkesliv har jag inga problem med att känna igen mig i betänkandets slutsatser och de behov som identifieras. Mitt yrkesliv startade på 70-talet på socialförvaltning. Inom det verksamhetsområdet har jag verkat under halva mitt yrkesliv. Om jag sorterar mina erfarenheter efter funktion har jag varit förvaltningschef i 20 år, på 80-talet inom socialtjänsten, på 90-talet inom utbildning – och kultur och på 00-talet var jag kommunchef. Kring millennieskiftet arbetade jag några år på regional nivå i Kronoberg med utbildningsfrågor. Detta innebär att jag i många år har arbetet nära politikerna och haft som uppdrag att medverka i att verkställa politiska beslut. Jag har varit en ”demokratins väktare” för att använda statsvetaren professor Lundquists ord.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Att arbeta med att bygga strukturer för kunskapsutveckling med målsättningen att få en mera evidensbaserad praktik inom socialtjänst och hälso- och sjukvård var att omsätta politiska beslut i praktisk handling. Men hur gör man? Hur blir nationella politiska ambitioner om ett bättre liv för sjuka äldre faktisk handling på lokal nivå? Är politiker och chefer inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården redo att arbeta evidensbaserat? Och vad är det? Gör en akademisk utbildning för chefer skillnad för de äldre?

Sven-Erik Henriksson: *Det existentiella samtalets betydelse för äldre.*

Min bakgrund inom området

I min profession som sjuksköterska, lärare och chef inom geriatrik/äldreomsorg, kirurgi- och onkologivård har jag under 40 år mött patienter och anhöriga som funnits i utsatta och kritiska situationer där livets självklarhet bleknar när livet ställs på sin spets. Min erfarenhet präglas i stor utsträckning av att jag har förstått att åldrandet är en del av livet på samma sätt som barn-dom är början till detsamma och där närhet och omtanke är en förutsättning för liv.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Värdet av att lyfta det existentiella samtalets betydelse i vården har fått ett större utrymme under det sista decenniet. Existentiella hälsans betydelse för människan är ett exempel. Behovet av att närma sig kärnfrågor om liv och död beskrivs som viktiga. För att kunna möta den enskildes frågor i det existentiella samtalet erfordras tid, kompetens och kunskap om åldrandet i vården och den saknas, i stor utsträckning, idag.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Frågan om liv och död, kärleken, tiden och meningen med allt har vuxit i takt med mitt eget åldrande. Intresset och närheten till ämnesområdet är sprunget ur min yrkeserfarenhet och mötet med patienter som har funnits i gränslandet. Hälsans betydelse i livet och åldrandet, KASAM, har varit en av många vägar in i ett växande intresse för ämnesområdet. Kunskapen om gerotranscendens är en annan väg in i växandet för att förstå åldrandet.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Min förhoppning är att jag kan medverka till att beskriva betydelsen av att vi måste förstå att närma oss de viktiga kärnfrågorna som hör livet till. Vi mäter många parametrar i äldreomsorgen, men ingenstans kan jag finna något som beskriver att de existentiella frågorna får ett naturligt utrymme i äldreomsorgen. Vårdpersonal beskriver sin brist på tid o kunskap och den måste vi skapa och bygga för att möta förhoppningen hos människan att få "leva tills hon dör".

Lillemor Husberg: *Vigs Ängar - boende och liv. Samspel arkitektur, ledarskap och engagerade medarbetare.*

Min bakgrund inom området

Jag är utbildad arkitekt från Chalmers tekniska högskola samt är en produkt av 1968. Arkitektens roll förändrades då i vissa avseenden till en mer social, åtminstone gällde detta för mig. Man fick knappast nämna ordet vackert. Men eftersom jag hade vuxit upp i ett möbelhem och var mycket intresserad av människor och miljö och flyttade till Skåne som en representant för "Gröna vågen" ville jag något annat.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Har arbetat med Länssjukhuset Ryhov i Jönköping 1976-86 och hållit i utformning och gestaltning tillsammans med 20-talet arkitekter och ingenjörer. Även Visby lasarett och Simrishamn (akut psykiatri) har varit viktiga erfarenheter. Jag studerade också 6 Danska Pleilehjem för Byggeforskningen. När jag ritade Jönköping hade vi långvård och jag fick ofta ta patientens roll. I den danska erfarenheten så hade man en helt annan atmosfär som tilltalade mig. När min pappa kom in på Vasa sjukhus i Göteborg 1990 tänkte jag att så här vill inte jag ha det när jag blir gammal. Så när ÅDEL-reformen kom 1992 där vi skulle stötta individen att fortsätta ett eget liv i hemliknande former nappade jag på det.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Jag har hållit på med äldreboendet Vigs Ängar i 24 år. Sedan maj 1995 har jag varit ytterst ansvarig för verksamheten, deltagit i många projekt inom äldreomsorgen, bl a Äldreboendedelegationen inom Socialdepartementet, tagit emot många studiebesök och fått många utmärkelser. Det är uppenbart att alla människor oavsett ålder, kön grupptillhörighet trivs där och det har inte kostat mer att bygga än andra äldreboenden. Det kom till som ett försöksobjekt till samma driftkostnad som Ystads kommuns egna boenden. Medarbetarna är friska och går med glädje och stolthet till arbetet och vill bo där när de blir gamla. Vi förbrukar mycket lite mediciner.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Jag tror att vi alla skulle bli en närande och inte belastande grupp äldre om vi fick ha det som på Vigs Ängar. Så jag önskar att jag ska kunna beskriva det så att det går att upprepa.

Margareta Jansson: *Åtta kontinuiteter i seniorers kontakter med vården.*
(Tillsammans med Siv Bäck-Pettersson)

Min bakgrund inom området

Som vårdlärare på 70-talet arbetade jag med att utveckla sjuksköterskeutbildningen som skulle forskningsanknytas samt att utveckla ämnet omvårdnad. Därefter har jag haft olika ledande funktioner, där vårdsamverkan såväl inom landsting som med andra organisationer varit viktiga för att skapa trygghet i vårdkedjan. I mitt arbete har följande ämnesområden varit viktiga: ledarskap, etik, palliativ vård, dokumentation och informationsöverföring.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Den tekniska utvecklingen av informationsöverföring har bidragit till bl a säkrare vård. I den palliativa vården har det gemensamma etiska förhållningssättet genomsyrat verksamheten i hela vårdteamet. Kontinuiteten för patienter och närstående i vården behöver utvecklas där man kan ta lärdom från den palliativa vården. Framförallt har man inte tillräckligt tagit reda på och funderat över hur patienterna, uppfattar och ser på kontinuitet i vården över tid.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Patienternas och närståendes upplevelser av kontinuitet har ofta utgått ifrån hur vårdpersonalen uppfattar god kontinuitet, och då haft tolkningsföreträde. Detta har jag erfarit i kontakt med svårt sjuka som inte vågat vara kritiska, för att de senare i sina vårdkontakter ska drabbas av att inte få god vård. Deras beroendeställning blir avgörande. Vården i dag är komplex, där den svårt sjuka äldre har svårt att veta vart man ska vända sig.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Min önskan är att vår studie om kontinuitet utifrån patienter och närståendes perspektiv ska skapa intresse och nyfikenhet om hur sjuka äldre upplever sin kontakt med sjukvården över tid. Svårt sjuka äldre är i en beroendesituation som en konsekvens av sjukdom och ohälsa, som påverkar deras behov av kontinuitet i kontakten. Att synliggöra beslutskapabla äldres upplevelser av kontinuitet i vårdkontakterna kan bidra till att utveckla kunskapsområdet.

Ann-Christine Johansson: *Arbetsgivarperspektiv med anknytning till Uppdrag Kunskap.* (Se sidan 49)

Min bakgrund inom området

Efter socionomexamen 1973, ekonomisk och pedagogisk utbildning, har jag arbetat mest som ledare inom varierande områden: verkstadsindustri, utbildning, media och sjukvård. De tre senaste jobben har varit förvaltningschef för kommunala skolor, VD och ansvarig utgivare för en dagstidning och sjukvårdsdirektör (8 år). I mitt arbete och lika ofta i min roll som närstående med en mamma som är 90 och en pappa som är 94 år har jag ofta tänkt: Så mycket bättre det här skulle gå om vi stöttade det människor kan och vill. Det skulle dessutom kosta mycket mindre. Människor vill bidra till samhället och sitt eget och familjens liv så länge som det bara är möjligt. I Värnamo som sjukvårdsdirektör ägnade jag mycket arbete åt att vi i hela vårdkedjan skulle bli bättre på just detta, även utanför sjukhuset i kommunerna. I mitt magisterarbete "Ledarskap för förbättring av hälso- och sjukvården" undersökte jag språkets betydelse (hur vi tänker, talar och hur vi får tala) för hur vi agerar.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Många har uppmärksammat området äldre från olika aspekter. Det kan vara individens självbestämmande med valfrihet av hemtjänst och boende eller ekonomiska aspekter med en allt mer åldrande befolkning och högre krav. Vi har fått en äldreminister och SKL har ett stort landsövergripande arbete *Bättre liv för sjuka äldre* med individen i centrum. Fortfarande utgår mycket av arbetet från organisationens behov. I stället för att vara möjliggörare blir vi i sjukvården och omsorgen gränssättare t ex när man ska sluta arbeta, hur man får arbeta, när och hur man ska få ta kontakt med vården, vilka insatser man ska få, på vilket sätt och på vilken tid.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Det är så befriande att läsa om att våra hjärnor faktiskt utvecklas långt upp i åren och att möta människor som inte bara pratar utan också faktiskt bidrar till samhällsutvecklingen och därmed utvecklas själva. Individens vinster skulle vara stora om någon faktiskt vill ta emot det som de presterar. Likaså skulle samhällsvinsterna vara enorma, även inom vården och omsorgen. Hur ändrar vi vårt sätt att tänka, tala och därmed agera både som arbetsgivare och som vårdgivare? Det gäller chefer men i minst lika hög grad alla som arbetar nära vardagen i vården.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Det kan bidra till att förändra värderingar och arbetssätt inom vården till gagn för både äldre och personal. I varje möte jag har med någon inom vården är dessa frågor uppe, t ex när jag träffar landstingsdirektörer, när jag är med på chefsträffar, story-telling och när jag träffar dem som möter mina föräldrar. Det kan i sin tur leda till en bättre framtid för mig och mina ålderskamrater.

Britt Mari Ligne Carlsson: Kan det patogena och salutogena synsättet samordnas i hälsoprevention till äldre? Äldre personers upplevelser av att genomföra en hälsokontroll med Modifierad Geriatrisk Riskprofil.

Min bakgrund inom området

Redan när jag på 70-talet tjänstgjorde som sjuksköterska i den slutna vården hade jag siktet inställt på den öppna hälso- och sjukvården. Mina uppdrag har skiftat genom åren; vårdlärare, projektledare, distriktssköterska, skolsköterska, chef inom äldreomsorgen och på senare år utredare och kvalitetssamordnare på socialförvaltningen i en mindre kommun. Ämnesområden som tidigt intresserat mig är; socialmedicin, samverkan och folkhälsa.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Både sjukvården och äldreomsorgen har genomgått stora förändringar under mitt yrkesliv. För fyrtio år sedan kunde äldre bo på landstingets avdelningar för långtidssjukvård utan att ha någon annan hemvist. Tjugo år senare har kommunerna övertagit stora delar av vården och omsorgen om äldre och 70-talets långvårdspatienter bor nu i stor utsträckning hemma i sin ordinära bostad. Dagens vård och omsorgssystem med flera huvudmän bidrar inte till helhets-syn, eller till att sätta in äldres problem i ett livssammanhang och inspirera dem till delaktighet i de åtgärder som behövs.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Under flera år på 2000-talet bedrev kommunen och primärvården samarbete med förebyggande hembesök till äldre. Resultatet av det arbetet visade att äldre ofta har bekymmer med att veta vart de ska vända sig för att få stöd och hjälp att samordna sin hälsa och livssituation. Långtifrån alla kommuner prioriterar en bred uppsökande förebyggande verksamhet till äldre. Då återstår för kommunerna att så tidigt som möjligt identifierar vilka äldre som är i störst behov av stöd och hjälp med sin hälsa så att äldres livskvalitet har förutsättningar att bli så god som möjligt under de år som återstår.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Mina förhoppningar är att min studie ska skapa intresse, spridas och visa den potential som ligger i att systematiskt använda samma enkla metod inom vård och omsorgsarbetet med äldre, både i primärvården och i kommunen. Förutom detta önskar jag att min studie kommer att bidra till ett ökat salutogent synsätt i hälsosamtal med äldre.

Bodil Lindeberg: Högläsning för personer med demens. Aspekter på välbefinnande (hos lyssnare och läsare) vid frivilliga insatser på demensboenden.

Min bakgrund inom området

I nästan hela mitt yrkesliv har jag arbetat som sjuksköterska inom psykiatri och äldreboenden, de senaste 18 åren som demenssjuksköterska i Karlskrona kommun.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

När jag tänker tillbaka, inser jag att det har skett en fantastisk utveckling. På sjukhemstiden ansågs de *dementa* mest stöka till det på avdelningen och de enda personliga och identitetsbevarande tillhörigheterna rymdes i ett sängbord och en garderob. Kläderna var t o m stämplade med "Tillhör landstinget". Idag ligger betoningen på *personen med demens*. Delaktighet och medbestämmande är viktiga komponenter i vårdpersonalens värdegrund. Jag skulle kunna fylla en hel bok om hur mitt eget tänkande och beteende successivt har förändrats som t ex när jag började knacka på dörren innan jag gick in på ett "patientrum". Det var inte självklart på 80-talet. Boken får vänta. Jag har istället valt att belysa situationen för personer med demens på dagens omvårdnadsboende och peka på deras möjligheter till identitets- och funktionsbevarande stimulans i vardagen. *Högläsningen* är här ett av flera alternativ.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Att jag intresserade mig för just högläsning beror på att jag fick en förfrågan från *Projekt Läs-kraft* om jag ville utbilda högläsare i demenskunskap. Vid avstämningar och inspirationsdagar har högläsarna därefter förmedlat vilken tillfredsställelse och glädje högläsningen ger för alla parter. Detta har gett mig stark inspiration till att närmare undersöka och utveckla denna aktivitet.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Förhoppningsvis kan denna studie öka kunskaperna hos beslutsfattare, vårdpersonal och intresserad allmänhet och även väcka intresse för att flera vill bli högläsare i framtiden. Därmed skulle ännu fler demenssjuka ges möjlighet att uppleva livet mer begripligt, hanterbart och meningsfullt trots den obotliga sjukdomen.

Göran Maathz: *Organisering för framgångsrik rehabilitering.*

Min bakgrund inom området

Ett starkt samhällsintresse gjorde att jag efter samhällsvetarexamen sökte mig till landstingsvärlden. Under mina 40 år som utredare, sjukvårdsdirektör och konsult har jag särskilt intresserat mig för tre teman: hur användningen av kunskapsbaserade metoder för ledning och styrning kan främjas, hur landstingets/kommunens ledning kan arbeta för att patienters och brukares behov ska tillgodoses samt hur man kan bygga samverkan mellan aktörerna i det alltmer komplexa välfärdssystemet.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Under 70-talet deltog jag i planeringen av en väldig utbyggnad av sjukhem och långvårdskliniker i landstingsregi. Då tillfördes också geriatriker och rehabiliteringskompetens. Under 80- och 90-talen började vi bygga upp hemsjukvård, dagverksamheter etc. för att ge de äldre ökade möjligheter att bo kvar hemma även när hälsan sviktade. I ÄDEL-överenskommelser överfördes sedan landstingets resurser för äldreomsorg till kommunerna, för en process som jag i backspegeln inte är särskilt stolt över. Då inleddes också en utveckling mot krympande geriatrisk specialistkompetens inom många landsting.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Med åren har jag allt oftare slagits av att många personer som drabbats av akut funktionsförlust till följd av en händelse av typ stroke och höftfraktur inte får bra rehabilitering där tillgänglig kunskap används. Konsekvenserna blir en sämre livskvalité än vad den skulle kunna vara. Jag vill studera orsakerna till detta och vilka framgångsfaktorer man kan urskilja där insatserna är mer framgångsrika.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Med mitt arbete hoppas jag kunna bidra till en situation där äldre som drabbats av dessa plötsliga händelser inte bara får ett bra akut omhändertagande, vilket ofta är fallet idag, utan också en så bra långtidsrehabilitering som dagens kunskapsläge medger. Konkret skulle mitt arbete kunna påverka beslut om och rutiner för vårdplanering, samverkan, kompetens, organisering etc inom kommuner och landsting.

Gerd Silk: Samskapande hemsjukvård. Den äldres känsla av sammanhang i vård- och omsorgsplanering.

Min bakgrund inom området

Jag växte upp bredvid ett kronikerhem för obotligt sjuka. För femtio år sedan började jag sommarjobba och relaterar ibland till dessa människors liv. Att i decennier bo och leva där det privata var en säng och ett bord och inte ha något val kan synas hopplöst, men även där kunde den enskilde påverka i viss mån. Under hela mitt fortsatta yrkesliv som sjuksköterska, chef och ledare har jag fokuserat på delaktighet för den enskilde. Jag har arbetat på akutmottagning, intensivvård, vårdcentral, hemsjukvård och vårdavdelning i olika landsting och kommuner.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Sjuttioalets hälso- och sjukvård styrdes av att professionen och främst var det läkaren som ansågs veta patientens bästa och därmed behov. 1982 års hälso- och sjukvårdslag skrev in patientens delaktighet som en tydlig viljeinriktning. Om man vid utskrivning från sjukhus inte hade återhämtat sig var några veckor på konvalescenthem inte ovanligt men vilket val hade den enskilde? Hemtjänsten som växte fram under sjuttioalet i sin moderna form ger möjlighet för många fler att trots sjukdom och funktionsnedsättning vistas i sitt eget hem. Idag är förstahandsalternativet för de flesta att vara kvar hemma och erhålla biståndsbedömda servicetjänster och personlig omvårdnad samt vid behov hemsjukvård.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Utvecklingen mot att den enskilde bor kvar hemma borde innebära att möjlighet till att vara medskapare i den egna vård- och omsorgsplaneringen främjas. Min egen erfarenhet är att så inte alltid är fallet och det är svårt att som skör äldre göra sin röst hörd. Personalen har sina givna direktiv att gå efter och tror sig veta bäst, anhöriga är oroliga och blir lätt överbeskyddande.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Faktorer som främjar att patienten blir delaktig i vården är viktig i framtiden. Från att vården har styrt patienten styr patienten nu och frågar efter den vård han/hon själv behöver. För att detta ska vara möjligt måste all vårdpersonal förstå hur liten del de utgör i den enskildes liv. Det är viktigt att synliggöra detta fenomen och det är mitt bidrag till framtiden.

Britta Stenstam: När cancer inte är botbar ... Om konvivialitet och dess betydelse för såväl patientens vägval som för en optimerad vård.

Min bakgrund inom området

40 års erfarenhet som läkare inom området cancer. Utbildad i Lund och har drygt 20 års erfarenhet som verksamhetschef för Onkologen i Sörmland. Sedan 2006 åter i tjänst vid Skånes Onkologiska Klinik samt på Sophiahemmet i Stockholm. Jag har hela tiden arbetat kliniskt även under de perioder då jag varit i chefsposition.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Onkologen har under dessa 40 år utvecklats enormt. Från Gustaf V:s jubileumskliniker som mest sysslade med radioterapier samt ”strålar på burk”, typ Sendoxan, har vi cancerläkare nu en stor arsenal av läkemedel till vårt förfogande. En del av dessa s k cytostatica (”cellgifter”) eller kemoterapi har gett oss stora framgångar. Baksidan är att man därmed kan få alltför stora och orealistiska förhoppningar och tro att allt är botbart. Man glömmer då att fortfarande drygt en tredjedel av alla som drabbas av cancer dör av sin sjukdom.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

ALLT inom onkologi tycker jag är spännande och intressant – från diagnostik och terapi inklusive åtgärder inom det psykosociala fältet över till organisationsfrågor. Men jag väljer här att fördjupa mig i den enskilda patienten och hennes övergång från fokus på tumörsjukdomens behandling till fokus på symtomlindring. För att patienten ska kunna välja hur hon vill använda sin utmätta tid måste hon få rätt information.

Förr eller senare är vi alla patienter. Om inte vi som är så utbildade i medicinska frågor ger patienten rätt information, vem ska då göra det?

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Rätt använd vård till rätt patient kommer att bli än mer nödvändigt i framtiden. Onödig dyr medicinering måste undvikas både för patientens och samhällets skull.

Sonja Strandell: Vilken relevans har användandet av validerade verktyg i samtalet med den äldre patienten?

Min bakgrund inom området

När jag gick mitt sista år i gymnasiet på humanistisk-social linje läsåret 1969/1970 fanns ett ämne som kallades socialkunskap. När jag skulle välja specialarbete inför studentexamen valde jag att inom detta ämne beskriva "Äldrevården i Sverige". Jag som skulle bli lärare i svenska och tyska kom istället efter gymnasiet att börja arbeta inom vård och omsorg. Efter ett par år som vikarie inom psykiatriken utbildade jag mig till sjuksköterska och arbetade därefter inom akutsjukvården under ett antal år. Kanske hade vi på sjukhusavdelningarna mera tid för patienterna då eller var det vårdtiderna som var längre så man hann lära känna patienterna och etablera en kontakt som inte beskrivs möjlig idag av sjuksköterskor inom akutsjukvården? Är tid en faktor av betydelse för hur patienter upplever resultat av vården?

Efter distriktssköterskeutbildning i slutet av sjuttioalet påbörjades mitt snart trettiofemåriga arbetsliv inom primärvården och distriktssköterskearbetet är det som fått mest utrymme och intresse. Att få möjlighet att möta patienter och närstående på mottagning och i deras egna hem har berikat mig som människa och sjuksköterska och varje dag har fyllts på med ny kunskap. Eftersom den äldre personen varit mest representerad i mina patientmöten är det utifrån erfarenheter från samtal i dessa möten som jag många gånger reflekterat över hur viktigt det är hur ett samtal utvecklas för att resultatet ska kännas tillfredsställande för alla parter. I handledarsituationer med studenter har detta varit en viktig fråga för mig, både som feedback på mina egna patientsamtal men även min vilja till att varje sjuksköterskestudent ska förstå betydelsen av kunskap om samtal och att detta kan vara avgörande för samtalets och därmed vårdens resultat.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Under de senaste fyra åren som utvecklingsledare inom hälso- och sjukvården i satsningen på mest sjuka äldre har jag följt resultat från mätningar om äldre patienters upplevelser av information om och delaktighet i sin vård. Resultaten är nedslående.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Det är just de nedslående resultaten som har fått mig att fundera över orsaker och hur vi ska göra inom vården för att komma tillrätta med problemen.

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Vi som i framtiden kommer att vara den äldre patienten kommer inte att acceptera att vi får information som vi inte förstår eller att vi inte är delaktiga i den planering som rör oss. Vi kommer att kräva att den som ger information har kunskap om hur ett professionellt och empatiskt samtal utförs.

Malgorzata Szmidt: Problemlösning vid suicidalitet hos äldre. Ett sätt att vända den negativa trenden.

Min bakgrund inom området

Efter fil.kand i språk och sociologi följde medicinstudier, jag utbildade mig till specialist i geriatrik och senare i psykiatri. Femton års arbete inom allmänpsykiatri i Gävle, nu sedan 15 år (varav nio som verksamhetschef) överläkare inom äldrepsykiatri, Akademiska sjukhuset. Jag är nyfiken på andra människors liv och erfarenheter, äldre har mest att berätta och är oftast lätta att få kontakt med. Det finns mycket oupptäckt psykisk ohälsa bland äldre, vilket sporrar mig till bl a denna insats, att överlämna en del av mina kunskaper på området till yngre kollegor.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Socialstyrelsen har i sin rapport om psykisk ohälsa hos äldre (feb-13) belyst allvarliga brister i bl a psykiatrins tillgänglighet för den äldre befolkningen. En rad studier pekar på otillräcklig diagnostik och behandling av depressioner i denna grupp. Självordsfrekvensen är högre än hos den yngre populationen och ökar till följd av den demografiska utvecklingen. Problemet kvarstår fortfarande och kräver riktade insatser.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Såsom äldrepsykiater blir jag dagligen varse hur äldre personer bemöts och "hanteras" inom vårdapparaten. Inte minst inom psykiatrin är de inte alltid välkomna såsom varandes "besvärliga" patienter med ofta komplicerad sjukdomsbild. Detta kan utgöra grund för utveckling av hopplöshet och därefter självordsbenägenhet i denna grupp. Jag vill bidra till att skapa ett annat sätt att bemöta den äldre, sköra personen inom psykiatrin.

Vad tror jag att framtiden kan ha för nytta av det jag gör nu i detta projekt

Det vet jag inte, men min vision är att det filminspelade samtalet med en självordsbenägen äldre person kan spridas inom psykiatrin och den kommunala psykiatriska omvårdnaden. Förhoppningsvis kan det bli en startpunkt för ett mera engagerat sätt att närma sig självordsproblematiken och därmed på sikt bidra till minskat antal självord i denna grupp.

Ann-Marie Thordeman: Dialog som modell för verksamhetsuppföljning. Att följa upp det som inte går att mäta med statistik.

Min bakgrund inom området

När jag arbetade som verksamhetschef inom äldreomsorg och psykiatri kom olika verksamhetsuppföljningar och egenkontroller att bli viktiga instrument för att följa upp hur verksamheten levde upp till de uppsatta krav som fanns. Dessa resultat var, tillsammans med resultaten från olika kundenkäter, viktiga underlag bl a vid formulering av verksamhetens mål. När jag slutade min anställning som chef var det för att arbeta som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) där en viktig arbetsuppgift var att göra tillsyner, kontroller och verksamhetsuppföljningar.

Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad

Medias avslöjanden om missförhållanden inom äldreomsorgen de senaste åren kom att väcka ett antal frågor kring olika typer av verksamhetsuppföljningar. Krav på ökade kontroller liksom krav på åtgärder ökade och tilltron till mätbara resultat, såsom mätningar av aktiviteter och prestationer, kom att dominera debatten. Mätningar och registreringar har kommit att bli ett allt viktigare inslag inom äldreomsorgen. Det handlar om att mäta för att kunna styra verksamheter mot uppsatta mål men det handlar också om att redovisa för andra vad som görs.

Varför jag nu väljer att fördjupa mig i just detta område

Det vi mäter genom olika kvalitetsregister och egenkontroller är uppföljningar av de basfunktioner som ska vara en självklarhet i varje verksamhet, tex att ingen ska bli undernärdd, få trycksår, få vårdrelaterade infektioner, få beviljad tillsyn, få komma ut osv.

Synen på den äldre människan får dock aldrig skymmas av metoder och rutiner. Kvaliteten skapas i mötet mellan kontaktpersonen och den enskilde. Frågan för mig har därför blivit att fundera kring hur vi kan mäta den kvalitet som inte går att mäta med statistik. Går det att göra verksamhetsuppföljningar som bygger på dialog och tillit i stället för kontroll?

Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

När den erfarenhetskunskap som finns hos omvårdnadspersonalen lyfts fram minimeras risken för att verksamheten ska reduceras till en funktionsvård där beviljade, utförda och uppföljda beslut blir enda måttet på kvalitet.

När omvårdnadspersonalens erfarenheter och kunskaper ses som en likvärdig och erkänd metod i verksamhetsuppföljningar skapas tillit och ansvarstagande.

Utsagor efteråt



Deltagare och kursledning i samband med kursavlutningen i maj 2014.

Så här skrev deltagarna efter projektslut och examination:

Om vad litteraturen och litteraturseminarierna betydde

Ett axplock:

”Fantastiskt bra cocktail av kunskap, lärande, teknik, forskning, medicinsk historia och tidsanvända och olika aspekter på ’äldrevärlden’ i de böcker vi blev erbjudna att läsa under kursens gång. Så mycket nytt och massor att fortsätta att tänka på. I början var det mest nya för mig den nya hjärnforskningen och alla nya möjligheter som målades fram genom Bodils och Cohens böcker. Det blev en viktig grund och startpunkt för vår projektresa. Vid det fjärde seminariet har jag inspirerats framför allt av Birgitta Odén. Hennes påverkan på oss alla märktes även under genomgångarna av våra projektarbeten: vi tycktes hitta massor av beröringspunkter med det hon skriver, flera gånger nämndes hon ju och refererades till under det avslutande workshop.”

”Intressant att få finnas med i ett sammanhang där kunskapen flödar och länkar ihop sig som ett pärlband. Deltagare och föreläsare har delat med sig av sina erfarenheter som har ökat insikten om hur fantastiskt det är att vara människa och vilka möjligheter som finns om man tar till vara på det som bjuds. Men om det går fel, hur svårt det kan vara att läkas. Allt detta följer med in i ålderdomen och påverkar livet.”

”Egentligen är tankarna kvar mer i böckerna än i seminariet. Till exempel kände jag mig ömsint över hur man ändå ansträngt sig för att organisera en anständig omsorg genom tiderna, utifrån varje tids förutsättningar, när jag läste böckerna. Läsandet ledde också till ständiga reflektioner över hur vi gör i våra dagar. Jag fick samma känsla av utifrånperspektiv som när man gör ingående studiebesök i andra länder.”

”Frågorna vi fick inför litteraturseminariet är oerhört intressanta och ger ett spännande perspektiv på det vi håller på med. Vi har fått många bra tips på god litteratur som berikat och som jag kommer att återgå till och hämta glädje och engagemang från.”

”Litteraturen har varit mycket bra. Jag har läst det vi ålagts och jag har läst många av de tips vi fått. Jag har vid letandet av litteratur också sprungit på sådant som varit av intresse. Många aha-upplevelser och faktiskt en bekräftelse på att jag ändå är bra på att betrakta den äldre som en tänkande och handlande varelse och att jag har varit bra på det från min första arbetsdag.”

Om det egna kunskapsbidraget och handledningen

Ett axplock:

”För att få fram något som verkligen är ett kunskapsbidrag krävs verkligen både tankearbete och i mitt fall hands-on arbete. Resultatet av mitt arbete har inneburit mycket hands-on. Jag är nöjd med vad jag åstadkommit men vet att mer hade kunnat göras. Vad gäller handledning så har Elsa varit otroligt uppmuntrande och stödjande under processen. Vi har varit överens om att det har varit ett praktiskt utvecklingsarbete och i detta har jag fått allt stöd jag önskat.”

”Detta arbete har varit riktigt jobbigt för mig men jag har lärt mycket. Håkan har som handledare gett oss nya infallsvinklar och perspektiv på våra intervjuer samt att han bidragit till hur vi tagit till oss metoden. Att få samtala med svårt sjuka samt deras närstående har ökat förståelsen för deras hela livssituation och har ökat min kunskap. Att få läsa så många artiklar har tagit kraft, men gett ny kunskap och väckt en del gammal kunskap. Det har varit klart intressant med Sivs och mina diskussioner där vi har olika erfarenheter som berikat oss båda.”

”Mycket mer arbete än jag kunnat föreställa mig. Ju mer jag läste och letade ju mer insåg jag att jag inte kunde och att det fattades mycket. Att jag haft PeO som handledare tror jag räddade mig helt och hållet. Han höll mitt mod uppe och peppade mig hela tiden. Han insåg nog ganska snart att det var bäst att ha kontakt ofta så vi tog oss en bit i taget (så att jag inte skulle tappa sugen). Jag har också haft så svårt, och har än, för att se det värdefulla i mitt arbete som jag ju fått så mycket beröm för. Jag har ingen vidare tillit till min egen förmåga och har lätt att tro att ”man bara säger så” för att jag ska hålla modet uppe. PeO och jag diskuterade detta många gånger och han uppmanade mig flerfaldiga gånger att sluta slå mig själv i huvudet och det tränar jag riktigt mycket på. Samtidigt med att jag inte ser värdet i mitt arbete så är jag oerhört entusiastisk när det gäller äldre människors omvårdnad både fysiskt och psykiskt. Jag ser så många möjligheter och jag ser så mycket som med ett enkelt grepp kunde bli så mycket bättre.”

”Mina meddeltagare i *Uppdrag kunskap* har varit härliga människor att få träffa. Först blev jag skräckslagen över alla med titlar som jag ansåg var så mycket klokare än jag. Vad i hela världen skulle jag bidra med? Det riktigt roliga har ju varit att så småningom förstå deltagarnas olika kompetensers betydelse för sjukvård och äldreomsorg. Det blev så tydligt att det inte handlar om sjuksköterskor eller läkare - det handlar om massor av olika komponenter för att få till en värdig och klok äldreomsorg.”

”Själva kunskapsbidraget har varit tydligt för mig hela tiden, men om det skulle hålla för granskning var jag osäker på.”

”Under yrkeslivet har jag studerat väldigt många litteraturgenomgångar. Nu har jag för första gången försökt själv. Det har tagit mig en ytterligare bit på vägen vad gäller förståelse för vilken mångfald av studier som finns att ta del av, vad gäller hur man ska värdera källornas värde i relation till mina frågor etc. En intellektuellt stimulerande erfarenhet. Jag valde att studera något jag verkligen ville veta mer om. Jag tycker att jag lyckades ganska bra, åtminstone utifrån min egen känsla och min handledares, kursledningens och kurskamraternas utsagor. Nu återstår att pröva bärkraften i mötet med dem som har att göra något åt saken. Där har jag inte några illusioner. Bland annat tror jag att många avfärdar seniorers analyser, inte minst gamla gubbars.”

”Jag tycker om att ha en helhetsbild över vad jag förväntas göra. Det hade jag inte i *Uppdrag Kunskap*. Jag antogs på premisserna att jag skulle göra en uppföljning och utvärdering. På första träffen i Lund fick jag klart för mig att jag inte skulle samla in något material. Tankemässigt gick inte detta ihop för mig. På andra träffen mötte jag min handledare. En kort sammanfattning av det mötet är: Taffligt. På tredje träffen bedömde jag att jag inte skulle kunna färdigställa mitt arbete till i maj. Men, så bestämde jag hur jag skulle göra, efter eget huvud, kontaktade handledaren och kom igång. Jag har haft god kontakt med handledaren bara jag satt igång att arbeta! Efter sista träffen i Lund hör och ser jag att jag har haft en kompetent handledare som har brytt sig.”

”Det har varit ett år jag inte skulle vilja vara utan. Arbetet har ständigt varit i mitt medvetande. Det har inneburit att det tagit mer tid än jag trott. Litteraturstudierna och forskningsrapporterna har tagit sin tid, speciellt de på engelska där jag har fått slå upp mycket i lexikon. Samtidigt har jag ju uppdaterat mina språkliga kunskaper. När jag väl fått struktur på rubrikerna och fick till en röd tråd, lossnade arbetet. Utmaningen blev då att begränsa sig för att hålla sidantalet.”

Om att vara opponenter på andras arbeten

Ett axplock:

”Intressant upplevelse! Fast det var något svårt att veta på vilken nivå vi skulle lägga oss som opponenter. I och med att alla arbeten inte var lika korrekt skrivna ur vetenskaplig synpunkt blev det lite klurigt att fundera på hur jag skulle opponera på ett bra sätt.”

”Mycket spännande. Att läsa en annan deltagares arbete med kritiskt granskande blick och delge henne det var intressant. Men också glädjande att få visa sitt intresse och även hitta något att själv få mer kunskaper om, och att visa på de delar i arbetet som höjde det.”

”Eftersom jag var en av de första att opponera visste jag inte var ribban skulle ligga så jag erkänner att jag tyckte det var svårt vara kritisk. Jag gav faktiskt mer beröm (tröst) än vad jag professionellt skulle ha gjort. Jag imponerades av de allra sista opponentererna som dels var två stycken och dels vågade ge mycket mera konstruktiv kritik.”

”Det är en förmån att få ta del av andras idoga arbete. Samtidigt är det förknippat med en viss ansträngning att bedöma andras texter och arbetenas röda tråd. Om arbetet inte innehåller en tydlig avgränsning mellan redovisning av underlag, det man refererar till och egna kommentarer är det svårt att bedöma dess användbarhet. Det är lätt att lyfta fram förtjänsterna och svårare att påpeka bristerna på ett sådant sätt att respondenten inser värdet av kritiken. Jag hoppas att jag lyckades i det avseendet i mitt opponentskap.”

”Det mest intressanta var att temat för den uppsats jag skulle opponera på intresserade mig föga när vi träffades första gången i Lund. Opponentskapet fick mig att se det med andra ögon.”

Om att presentera sitt eget arbete och få återkoppling på det

Ett axplock:

”Jag tycker kvaliteten på arbetena och även opponentskapet varierade. Jag hade nog förväntat mig jämnare arbeten då vi alla fick förmånen att ha vetenskapliga handledare.”

”Att presentera Ann-Christines arbete var roligt för jag tyckte så mycket om det. Hela idén var så jättebra och hon var ju på gång med alltihop på riktigt också. Stor var min förvåning när alla läkare gick i taket. Jag såg så många möjligheter med hennes app, möjligen tack vare mina erfarenheter av mitt eget sökande. I mitt arbete med uppsökande verksamhet fanns många erfarenheter som sade mig att hon är på rätt spår. Hennes formalia var förskräcklig och kändes lite snabbt ihopkommen men det överskuggades av innehållet som var så i tiden.”

”Det var nervöst och i stunden kunde man känna sig osäker, trots att man känner sig säker. Det var också spännande, men svårt då man upplevde sitt arbete som sitt skötebarn. Det var inte alldeles lätt att få frågorna från gruppen, det är ju så tydligt att man läser utifrån sin erfarenhet och att man då också kan se andra saker som man själv inte tänkt. Jag skulle aldrig vilja vara utan upplevelsen.”

”Jag upplevde min roll som bekväm i mötet med min opponent. Jag upplevde efteråt att min opponent valde att agera på ett sakligt plan och med mitt arbete för ögonen. Hon kanske kände för mitt budskap, vad vet jag?”

”Jag var lite nervös de första 7 minuterna men sedan kändes det mycket bra. Tiden gick nästan för fort. Jag märkte ett intresse hos opponenten och i gruppen som sporrade mig. Jag kunde nog ha talat lite högre eller haft en mikrofon så de längst bak hade hört bättre, förstod jag efteråt.”

”Irene Hedfors initierade genomgång av vårt arbete gjorde mig mycket glad. Hennes presentation, frågor, reflektion och respons värmdes oerhört. Jag är också glad över responsen från gruppen inklusive Gerd & Bodils muntliga och skriftliga respons. Mitt varma tack till er alla.”

”Detta tyckte jag var mycket bra och jag upplevde det mera positivt vara respondent än att vara opponent. Min opponent hade gjort ett bra jobb och vi fortsatte även att diskutera efteråt.”

”Mitt arbete väckte många heta känslor vilket för mig var svårt att förstå men det var mycket intressant att det blev så kraftiga reaktioner. Däremot var situationen i sig inte jobbig – tvärtom.”

Vad tycker du ditt arbete kan tillföra ”Bättre liv för sjuka äldre”?

Ett axplock:

”Mitt bidrag avser att avlasta sjukvården en del av det förebyggande arbetet riktat till friska äldre och äldre med eventuell risk. På det sättet bidrar mitt arbete (om det används) till att skapa större utrymme för de mest sjuka och sköra äldre.”

”Jag tror att Sivs och mitt arbete om kontinuitet har lyft fram nya dimensioner som ger kunskap om svårt sjuka äldres hela livssituation på ett nytt och vidare sätt. Jag har hittills använt det i PRO-s program för svårt sjuka äldre. Här har jag kunnat lyfta de drabbade individerna på ett sätt som många var ovana vid att se utifrån. Jag hoppas verkligen att man såväl i undervisningen inom vården, samt alla som arbetar i vården kan lära av att se ur de drabbades hela livssituation.”

”Jag ser överhuvudtaget inte hur det skulle kunna förverkligas men OM det skedde så skulle äldre människor få ett självbestämmande och en egenmakt som hittills inte förunnats dem.”

”Jag tror att väldigt många äldre skulle få en långt bättre livskvalitet av en rehabiliteringsorienterad äldrevård. Dessutom tyder resultatet på att det inte skulle bli dyrare för samhället, snarare tvärtom. Tänk om jag kunde påverka i den riktningen! Enligt Maj Rom arbetar man med det spåret, men jag undrar jag... Jag gissar att det blir politiskt majoritetsskifte i höst, och att den nya majoriteten vill prägla det fortsatta arbetet. Detta område vore väl något nytt att komma med! Konkret har jag inte så mycket att bidra med när det gäller stimulansbidrag kopplade till fådimensionella målparametrar. Däremot kanske jag kan bidra med att visa på strategier för att nå sådana mål.”

”Nu blir det pretentiöst! Kanske ligger svaret i titeln på mitt arbete *Det ingen frågar efter, blir inte gjort!* Ska livet bli bättre för sjuka äldre måste någon fråga efter att det ska bli så och följa upp. Det hjälper inte att professionen inom socialtjänst och hälso- och sjukvård arbetar för att det ska bli bättre. Om det ska ske någon förbättring måste det också finnas ett yttre tryck från samhället i stort, från politiker och organisation. Också från brukare/patienter, men hur ska man orka?”

”Bättre livskvalitet med fokus på hela individen, inte på själva tumörsjukdomen när denna inte längre går att kurerat. Det skulle ge cancersjuka äldre bättre livskvalitet samtidigt som resurserna skulle omfördelas: nya framgångsrika läkemedel och behandlingar kan ges till dem som behöver och resurser till god palliativ vård och behandling kan tillföras när onödiga och kostsamma behandlingar avslutas.”

”Mycket. Jag kommer redan den 18 juni att påbörja min spridningsresa i Västmanland. Ämnet är tilltalande och jag vet att det finns ett intresse ute på fältet att sprida frågorna om det existentiella samtalets behov i mötet med äldre.”

Upplevde du något annat arbete som särskilt värdefullt?

Ett axplock:

”Samtliga arbeten hänger ihop på ett eller flera sätt. Vore roligt att framöver titta på samtliga bidrag i ett helhetsperspektiv. Kan kanske leda till ett nytt sätt att se på vård och omsorg där den det gäller har/får en större del i både ansvar och förverkligande.”

”Så otroligt många intressanta arbeten som engagerar och leder till eftertanke. Varför organiserar vi rehabiliteringen av personer med stroke och höftfrakturer på det sätt vi gör när vi vet att det ger både ekonomiska och personella vinster att göra detta på ett annat sätt? Varför görs inte resultatutvärderingar i dialog på medarbetarnivå? Hur påverkas livskvaliten hos äldre av rörelse och av aktivitet som högläsning hos dementa? Och så detta aktuella området ’samtal’.”

”Det om suicid har gett mig ny kunskap vilket jag uppskattar. Brittias arbete om att ge rätt behandling på rätt nivå tycker jag är viktig och att då kunna ha så kallade brytsamtal med patient och närstående är angeläget. Konsten är bara hur det sker. Samtalets betydelse har varit spännande. Det är inte nytt för mig, men det är väl värt att lyftas hela tiden.”

”Irene Hedfors arbete tilltalade mig riktigt mycket. För det första var hennes sätt att skriva det så genomtänkt och strukturerat. Hon beskriver utbildningsinsatsernas utfall i fyra begrepp som hon sedan återvänder till i resultatet och diskussionen. Så överskådligt och begripligt. Snyggt arbete också innehållsligt. Så intressant och vilket ovanligt område att titta på. Så användbart, Jag tyckte också mycket om Katris arbete. Kanske inte så mycket för innehållet som för den oerhörda glädje, entusiasm och engagemang som varje ord spred. Man blev så glad av att läsa det. Även Bodils om högläsning för personer med demens var så inspirerande och glädjefyllt. Det ger verkligen avtryck i ett arbete om man beskriver något man är riktigt engagerad i. Dessutom var det intressant med den inblicken för jag kan inte mycket om det.”

”Varje arbete har betydelse i sitt sammanhang. Jag har redan beställning på sex arbeten från den socialt ansvarige samordnaren i min hemkommun. Hon har beställt arbetena av mig utifrån deras titlar som finns på *Uppdrag Kunskaps* hemsida. Jag ska med glädje skicka över dem till henne efter den 30 maj, då jag tror att jag har tillgång till de reviderade upplagorna.”

”Jag tycker allas arbeten är värdefulla men ska jag nämna några så beundrar jag Irene Hedfors mod att sätta fingret på frågan om ledares lärande leder till mer evidensbaserad praktik. Lillemor Husbergs arbete om Vigs ängar hoppas jag ska bära frukt på många ställen (massage i stället för sömntablett eller lugnande läkemedel). Problemlösning vid suicidalitet hos äldre är nog viktigare än vi anar. Att följa upp det som inte går att mäta blir nog också en väckarklocka för många.”

”Samtliga arbeten speglar viktiga aspekter av vården, tidsandan och hur innehållet i morgondagens vård för åsrika medborgare behöver utvecklas. Om jag ändå ska lyfta något projekt så förtjänar Lillemor Husbergs livsverk all uppmärksamhet och förhoppningsvis kommer det att påverka utformningen och driften av morgondagens äldreboenden.”

”Alla tar upp intressanta aspekter. Jag ser fram emot sammanställningen. Vi är fyra som har valt det viktiga samtalet på ett eller annat sätt. Jag är mycket intresserad av Seniorhälsans arbete i Västra Götaland och även av att involvera seniorer i hälsoarbetet via webben och så förstås av teknikens landvinningar egenregistrering i kvalitetsregister och bokningssystem av hemtjänstinsatser. Det behövs metoder som rör om i den annars så stela strukturen för äldres möjliga insatser. För att nämna ännu en, är fysisk aktivitet utomhus för äldre en av mina hjärtefrågor.”

Något annat om hela året med Uppdrag Kunskap?

Ett axplock:

”Det har varit ett fantastiskt år som gett en annan dimension av begreppet äldre. Så mycket kunskap och erfarenhet som mötts i detta. I arbetet har en stor svårighet varit att begränsa sig. Det har tagit mycket tid och varit svårt att kombinera med ordinarie arbete. När man upplever något som är så intressant och hittat ett ämne som engagerar har svårigheten att begränsa sig varit en källa till frustration. Ju mer man tar del av litteratur och lyssnar på medarbetare och möter äldre desto mer vill man åstadkomma och förändra. Inför ansökan till *Uppdrag Kunskap* kan jag inte tycka att det framgick riktigt hur stor den egna arbetsinsatsen skulle bli. Så här vid målgången förstår jag inte riktigt hur det gick till att vi blev klara.”

”Tycker det varit ett väldigt spännande år som gett ny kunskap genom litteraturen men inte minst de föreläsningar vi fått ta del av. Det har varit många trevliga deltagare som jag har fått lärt känna och diskutera med. Året har varit bra och gett mig en ny utgångspunkt i mitt fortsatta liv. Kul att fått förmånen att delta.”

”Det borde vara allas rätt - och allas plikt! – att innan man lämnar sin arbetsplats summera sina arbetslivserfarenheter och formulera dem till förbättrings- och utvecklingsbidrag. Det skulle även kunna innebära att arbetslivet och högskolorna tätar till kontakterna med varandra så att högskolestudenter och forskare får tillgång till och kan fånga idéer från ’avgående’ personalens erfarenhetskunskaper och skissa vidare på några av dem och omvandla dem till forskningsansatser. Vi som fått vara med *Uppdrag Kunskap* har haft det lyxigt värre och jag förstår att projektet kanske inte kan upprepas i denna form. Jag hoppas dock på fortsättning, för nya deltagare och även för oss som varit med denna gång. Ty vi har ju inte avslutat något än, det känns mera att vi har kommit och är i gång och kommer att fortsätta med våra ’projekt’ länge...”

”*Uppdrag Kunskap* har varit en fantastisk möjlighet för mig. Vi har haft världens bästa ledare och otroliga arrangemang med fantastiskt innehåll. Projektet har krävt mer arbete än jag någonsin hade kunnat ana - så här mot slutet kan jag dock konstatera att det var värt det. Hjärtligt tack!”

”För min del har det varit en riktig ’guldkant’ att vara med även om jag har upplevt frustration kring mitt eget arbete. Jag har gjort nya upptäckter om hur saker och ting kan förhålla sig. Nu hoppas jag att våra arbeten kan vara till nytta inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vilka trevliga människor jag har haft förmånen att träffa genom *Uppdrag Kunskap*!”

”Det har varit en stor bonus och vidgat mina vyer att få vara en av pionjärerna i *Uppdrag Kunskap* och jag hoppas att det blir en fortsättning för seniorers kunskaper måste tas till vara. Jag har lärt mig massor, läst böcker som jag inte skulle finna själv och lyssnat på kloka erfarna människor. Forumet har varit bra även om jag inte varit så aktiv själv där. Att sedan ha fått lära känna människor som blivit ens vänner och som också ”vill” någonting känns mycket bra. Jag förstår att det fordrats en stor arbetsinsats att driva ett sådant projekt som blivit så lyckat. Det tackar jag för. Det har varit en utmaning, svårt men ROLIGT!”

”Själva projektiden är briljant, metoden är användbar för kunskapsutveckling inom vilket område det vara må. Viktigt att *Uppdrag Kunskap* ger avtryck i vården av svårt sjuka äldre genom att resultaten fördjupas och sprids i vårdorganisationen. Andra seniorer borde också få möjligheten att vara med om en liknande resa. Tusen tack för en oförglömlig tid, för mycket intressanta och viktiga seminarier och för möjligheten att genomföra ett meningsfullt projektarbete.”

”Enormt utvecklande år där jag framförallt läst och reflekterat över många böcker. Internaten och den kreativa miljön med öppna människor bidrog till helhetsintrycket. TACK!”

”Utöver mitt eget arbete - litteraturstudierna! Bodils föreläsningar, diskussionerna, det härliga, glada gänget – vilket kamratskap och det positiva initiativet att dra igång *Uppdrag Kunskap*. Fantastiskt att någon vill ta tillvara all denna kunskap som man genom ett helt liv skaffat sig.”



Deltagarna Ann-Marie Thordeman, Lena Ekmark och Karin Andersson i samspråk vid kaffepaus.

”HELA ÅRET har varit stimulerande och ger ’mersmak’, dvs jag hade definitivt bett att få ’gå om kursen’ om det hade varit möjligt. Egentligen har det också blivit bara roligare och mer stimulerande för varje gång vi träffats. Gruppen har lärt känna varandra och diskuterar mera öppet. Hela ert upplägg med omväxlande internat och hemarbete bedömer jag vara ett mycket framgångsrikt koncept. Gerds roll ska inte förminskas men... för mig har det varit ett privilegium att få ösa ur källan Bodil Jönsson och dricka mig otörstig, men det värsta är att man efter ett tag vill dricka mera.”

”En fantastisk möjlighet att ta del av mångas erfarenheter och tankar och utvecklingsområden. Trots mitt eget intresse för dialogen så ser jag vilka enorma möjligheter det finns för äldres delaktighet i vardagslivet, i kontakt med vården, etcetera tack vare teknikutvecklingen. Detta hade jag nog inte sett utan *Uppdrag Kunskap*. Ett mycket givande år. Roligt att vi inte haft samma fokus i våra ämnesval.”

4. Ledningsperspektiv

Många av ledningsperspektiven på *Uppdrag Kunskap* ingick medvetet redan när vi planerade upplägget ("vi" nedan står för Bodil Jönsson och Gerd Ahlström). Det viktigaste var att vi ville vara så öppna som möjligt, motverka vår egen och andras rigiditet i givna föreställningar om hur det "måste" vara på ett universitet och våga och vilja stå för att det viktigaste var att projektet skulle få utvecklas utifrån den innovativa kraft det tveklöst i sin kärna bar på från första stund.

Också i backspegeln vill vi stå för det förhållningssättet, trots att nu en och annan negativ bi-effekt är synlig. Delar av vår efterhand nödvändiga uppstyrning på vissa områden kom exempelvis onödigt sent. Vän av ordning kan därför med visst berättigande säga: "varför sa ni inte detta från början?!". Det ärligaste av alla svar är: "För att vi inte ville ta ställning till allt från början. För att det var viktigt också för oss att få vara nyfikna på vart detta initiativ skulle kunna leda." Det betyder givetvis inte att vi frånerkänner oss ett ledaransvar. Tvärtom – detta har varit ovanligt stort, men vi har inte velat förväxla det med det ordinära ansvaret som universitet har för de ungdomsstuderande (studenter och doktorander). I ett sådant ingår exempelvis alltid ett visst delansvar för de studerandes framtider. Här fick vi i stället möta en redan åsrikt grupp, helt kapabel att ta ett totalansvar för den egna framtiden. Bara som ett kuriosum: det är ytterligt osannolikt att någon i denna grupp kommer att vilja använda oss som referenser för framtida engagemang. Den deltagare som närmar sig nya uppdragsgivare kommer att lösa detta på egen hand.

Det vi hade att leva upp till under projektåret var att deltagarna (och därmed projektet) skulle nå så långt som alls var möjligt. Att den enskilde deltagaren inte hade någon ersättning (lön eller studiemedel) utan satsade sin kompetens och tid ideellt utifrån sin pay-back-vilja gav förstås en extra drivkraft. I ledningsansvaret ingick att se till att projektmedel för workshops och handledning, resor, uppehåll och litteratur utnyttjades så väl som möjligt. Men det största ansvaret låg i att medverka till att vinsten för den berörda deltagaren (utöver den sanna glädjen i att få bidra) skulle bli så stor som möjligt – den vinst som låg i gemenskapen med övriga deltagare, handledaren och oss i ledningen och i att få syn på sig själv och det egna kunnandet i ett framtidsinriktat projekt.

Det från början givna



Det fanns från början några givna hörnspelare som vi vare sig ifrågasatte under projektet eller vill rucka på nu:

- En vördnad inför mötet med 20x40 års erfarenhet från deltagarnas arbete inom äldreomsorg och äldreomsorg och en nyfikenhet på vad de skulle välja att göra, varför och hur, när de fick denna unika chans att under ett läsår genom närkontakt med olika forskningsperspektiv vidareutveckla sin kunskap och sina erfarenheter.
- En ambition att genom föreläsningar och litteratur spänna upp de tre grunddimensionerna i *Uppdrag Kunskap*s projektrymd: 1) pågående kvalitativa förändringarna i åldrandet-i-vår-tid jämfört med motsvarande för bara en generation sedan, 2) perspektiv på hur äldre genom fördjupad kunskap och dito lärande nu kan ha unika möjligheter att bidra till framtiden och 3) tidsandans betydelse för vård och omsorg av äldre.
- Ett upplägg med en individuell akademisk handledning som skulle göra det möjligt för deltagarna att var och en ge sitt optimala bidrag av betydelse för livet för framtidens sjuka äldre.
- En önskan att förnya universitetens föreställningsvärld genom en exemplifiering av äldres möjligheter att delta i samtida kunskapsutveckling.

Uppdrag Kunskap-deltagarna och den ursprungliga förebilden: "seniordoktorander"

Inledningsvis gjorde vi en skarp åtskillnad mellan den vision om seniordoktorander som kom flera år före *Uppdrag Kunskap* och det projekt vi nu var i färd med att genomföra. Det handlade bland annat om att vårt projekt var ett-årigt (till skillnad mot forskarutbildningens fyra – fem år) och att det inte baserade sig på sådana akademiska formaliteter vid exempelvis antagning, studieplan och kursplan som är en förutsättning i forskarutbildningen.

När det blev uppenbart hur kvalificerat projektet var på väg att bli, presenterade vi förslag på en formell Kursplan med tillhörande Studieguiden för *Uppdrag Kunskap* vilka antogs av Vårdalinstitutets styrelse efter projektstart (bilagor 4 och 5). Deltagarna informerades i samband med workshop 2 om att de skulle kunna tillgodoräkna sig *Uppdrag Kunskap-projektet* som en forskarutbildningskurs på 7,5 högskolepoäng förutsatt att de passerade nålsögat att vara behöriga att antas till kurs på forskarnivå. Så här säger reglerna om detta:

"För att bli antagen till kurs på forskarnivå krävs grundläggande behörighet genom avlagd examen på avancerad nivå, eller slutförda kursfordringar om minst 240 högskolepoäng (hp) varav minst 60 hp på avancerad nivå, eller att du på annat sätt skaffat dig motsvarande kunskaper, till exempel genom en utländsk utbildning.

Övergångsregler

Den som före den 1 juli 2007 uppfyller tidigare krav på grundläggande behörighet, det vill säga minst 120 poäng högskoleutbildning eller motsvarande, har grundläggande behörighet fram till och med den 30 juli 2015."

Vi blev överraskade av att så många ville veta om de var formellt behöriga eller ej och därför lämnade in sina CV:n och examen- och kursbevis. Efter omfattande valideringsarbete kom

sedan 12 av deltagarna att antas på forskarnivå (bilaga 5). Eftersom många hade relativt gamla akademiska meriter var det från början uppenbart att det för de flesta skulle bli övergångsreglerna som var de avgörande (7 deltagare av 12).

Efterhand som de individuella arbetena växte fram blev det uppenbart att olika deltagare kom att forma sina arbeten på olika nivåer. Vissa satsade fullt ut på att nå upp till en forskningsnivå innehållsligt och metodiskt, medan andra siktade in sig på att göra ett gott utvecklingsarbete. Skillnaden mellan vilket inflytande de olika arbetena kommer att få i praktiken avgörs givetvis inte av var man ligger i förhållande till gränsen mellan forskning och utvecklingsarbete. – Det visade sig att 9 arbeten (av 10 deltagare eftersom ett av arbetena var ett tvåmansarbete) kom att godkännas på forskarnivå.

Hade det då varit bättre om vi gjort en differentierad antagning från början? Ja, troligen. Men detta blev dessbättre aldrig till en stor sak inom gruppen.

Ledningsperspektiv i efterhand på de individuella bidragen och examinationen

Det finns många sätt att dela in vetenskapliga kontexter. Ett av dem är att göra skillnad mellan upptäckternas kontext å ena sidan och å den andra den verifierandets kontext som ligger i att göra en vetenskaplig förankring och åstadkomma en vetenskaplig trovärdighet. Det går inte på ett läsår att öva upp det vetenskapliga hantverket till några högre höjder, och det är inte heller där som styrkan i bidragen finns. Däremot kom det fram mycket intressant inom upptäckternas kontext. Vad säger det oss exempelvis om dagens äldrevård och äldreomsorg vilka frågor denna grupp valde att arbeta med?

En viktig del låg i att deltagarna hade kroppslig erfarenhet av det de arbetade med och skrev om – ett direkt inifrånperspektiv. De hade alla ett "embodied mind". Ingen hade något behov av att försöka agera enligt Descartes "Jag tänker, alltså finns jag". Deras utgångspunkt var snarare den motsatta: "Jag finns, alltså tänker jag." Detta gemensamma omvända perspektiv utgjorde ett värdefullt hinder mot akademiskt tuppfäkteri.

Det blev så tydligt i de enskilda arbetena, ämnesvalen och sätten att skriva. Det hade också en slående inverkan på den avslutande examinationen, framför allt på diskussionen mellan de tre parterna: den deltagare som var opponent, den som var respondent (dvs försvarade sitt arbete) och de övriga deltagarna i auditoriet. Alla hade läst, alla var uppriktigt intresserade och det fanns ett större djup i samtalet än vid traditionella akademiska examinationer (kandidat-, magister- och masteruppsatser, licentiat- och doktorsavhandlingar). Dessa är givetvis också djupa men på sitt sätt och snarare utifrån "Jag tänker, alltså finns jag". Ett auditorium som vill, vågar och kan utgå från att "vi finns, vi har också varit där, hela vi, alltså tänker vi så här" kommer med helt andra synpunkter och skapar ett speciellt samtal.

Först det övergripande:

- Alla fullföljde – ett ytterligt anmärkningsvärt resultat eftersom så mycket kunde komma emellan och eftersom påfrestningarna och ansträngningarna blev nog så stora.

- 5 arbeten handlade om betydelsen av olika sorters samtal – och hur dessa i stor utsträckning saknas inom äldreomsorg och äldreomsorg.
- 5 arbeten handlade om andra företeelser som man uppmärksammade just utifrån deras frånvaro.
- 2 arbeten handlade om döden, 2 om teknik, 2 inkluderade egen produkt.

Så några exempel – vi hoppas att du själv vill läsa alla de bidrag som finns med i fulltext i den här publikationen och samtidigt själv fundera över vad i detta som du tror faktiskt krävde detta sammanhang för att alls komma fram. Eller annorlunda formulerat: vad är det för ny kunskap som kommit fram genom *Uppdrag Kunskap*, inte genom en slump utan just som en följd av upplägget?

Siv Bäck-Pettersson och *Margareta Jansson* identifierade och rådbårade ÅTTA kontinuiteter av vikt när man är gammal och sjuk. Vem skulle utan arbetslivslång erfarenhet av vård av äldre kunna komma på att just dela upp kontinuitet (kontinuitet som ju alltid ska vara just en) och identifiera de viktigaste:

- Identitetskontinuitet
- Sjukdomskontinuitet
- Närståendekontinuitet
- Rumslik kontinuitet
- Behandlingskontinuitet
- Behandlarkontinuitet
- Samordnarkontinuitet
- Kunskapskontinuitet

Det är ett arbete som skärper blicken och väcker många nya frågor: om man måste ge upp någon av kontinuiteterna – hur kan man handla i det enskilda fallet för att utröna vilken/vilka som är viktigast? Och kan det finnas fler kontinuiteter att leta efter, exempelvis hälsokontinuitet och handlingskontinuitet?

Katri Alaja gjorde ett arbete med utgångspunkt i hur rörelseglädje skulle kunna uppmuntras och uppkomma hos äldre och få effekter som kanske inte rörelsenyttan förmår skapa.

Göran Maathz nagelför rehabiliteringen efter stroke och höftledsfraktur – vart tar det evidensbaserade vägen, detta som numera är så framträdande i det akuta omhändertagandet men är som bortflugit när det kommer till den långvariga rehabiliteringen?

Irene Hedfors vågade utvärdera chefsatsningar inom äldreomsorg och äldreomsorg genom att titta på om de alls får några effekter för de mest sjuka äldre. Hennes huvudresultat: det ingen frågar efter blir inte heller gjort.

Lena Ekmark som själv aldrig hållit på med teknik i äldresammanhang vågade problematisera hur relationen mellan berörda äldre och personal kommer att ändras när de äldre framöver själva använder mer teknik.

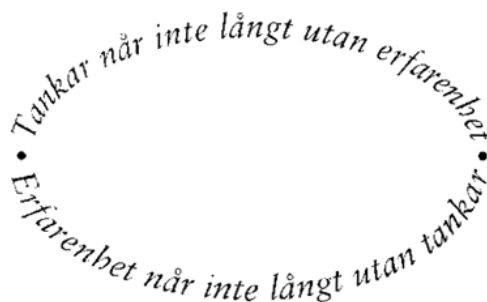
Britta Stenstam botaniserade i övergången mellan det tumörbekämpande och det palliativa: båda dessa fungerar väl var för sig, men övergången dem emellan är eftersatt och godtycklig.

Malgorzata Szmidt djupdök i äldre och suicid, inte bara genom att prestera en uppsats utan också genom att göra en utmärkt film som synliggörare och undervisningsmaterial.

Dessa exempel är inte utvalda för att vara ”bäst” utan för att belysa vad det är för karaktär på sådana nya inslag av kunskap som kan komma fram från människor som först har gjort och sedan får chansen till systematisk reflexion jämfört med den kunskap som kan komma från ungdomsstuderande som ännu inte haft chansen att utveckla något ”embodied mind” som bakgrund till den kunskap de försöker utveckla för framtiden.

De individuella handledarnas efteråtsperspektiv

När *Uppdrag Kunskap* påbörjades, hade vi inte vidtalat några individuella handledare – vi ville först bättre förstå oss på vart de enskilda deltagarna syftade. Därigenom blev det efterhand ett grannliga arbete att åstadkomma fungerande matchningar mellan deltagare och handledare. I de allra flesta fallen blev det bra, i vissa fall var det lysande. Detta var tveklöst en process som krävde mycket arbete, både av oss i ledningen och av de enskilda handledarna.



Det var kvalificerade svårigheter som deltagarna skulle förmås att ta sig igenom på relativt kort tid. Barriären kan vara hög mot att lämna något skrivet ifrån sig till en handledare och möta reflektioner och förslag som man aldrig tidigare haft en tanke på under hela sitt arbetsliv. Också handledarna fick ibland rejäla problem med sin roll och en hel del efterfrågade mer av den styrning som vi helst inte ville ge. Ur handledarnas utvärderingssvar efteråt:

”Tydligare riktlinjer som stöd för att hitta en balans mellan adeptens egna erfarenheter, tankar och tidigare forskning i ämnet.”

”Kändes inte riktigt som att vi nådde varandra.”

”Svår uppgift för många deltagare då forskningens förhållningssätt skiljer sig mycket från vardagstänk. Tydligare information behövdes om vad handledarrollen bestod i och att i tidigt skede få ta del av deltagarnas mål.”

”Mer fokus på skrivprocessen då deltagarna inte har tidigare erfarenhet av att uttrycka sig i vetenskaplig form. Merparten av deltagarna saknade erfarenhet av att formulera sammanhängande och tydliga resonemang kring en aspekt.”

Samtidigt uttrycker man sin glädje över det annorlunda i uppdraget och över att få agera väl så mycket mentor som handledare. Också att själv utvecklas på ett lite annorlunda sätt:

”Spännande att få dela livserfarenhet kring kunskap. Kanske kunde äldre kollegor dela med sig av sin kunskap mycket mer inom grundutbildningar. Den akademiska världen är homogen och ett projekt som Uppdrag Kunskap kan stödja breddade perspektiv.”

”Ett nöje att handleda en person som brinner för sitt arbete och verkligen vill bidra till en förbättring av vården av äldre.”

”Mer fråga om mentorskap och fokus på person till skillnad från tidigare handledningsuppdrag.”

”Projektet har gett upphov till reflektioner kring värdet av att försöka återföra den ”seniora” kunskapen.”

”Välgrundade tankar och reflektioner kring vården av äldre kombinerat med forskningsresultat ger tyngd och trovärdighet åt arbetet.”

”Projektet genomsyrades av ett levande förhållningssätt till kunskapsproduktionens funktion i vårt samhälle som gärna kan spridas till annan forskning.”

Hade vi kunnat styra upp handledningen mer från början? Kanske inte – men nu skulle vi kunna det. Somliga svårigheter är ofrånkomliga och inbyggda i situationen att väl grundade erfarenheter möter väl grundad forskning och ska tillsammans bli till något mer än 1+1, medan andra går att informera om och bättre systematisera från början så att man därmed undviker onödigt arbete.

Relationer till den nära omvärlden under pågående projekt

Under hela projektet fanns det ett intresse från pensionärsorganisationer och från arbetsgivare. Den frågeställning som efterhand utkristalliserade sig var: har vi verkligen råd med den miss-miss-situation som ligger i att människor på pensionsdagen går ut genom dörren till arbetsplatsen och tar stora delar av sin kunskap med sig? Den skulle ju så lätt kunna omvandlas till en vinn-vinn-situation – då inte bara genom att fler år läggs till arbetslivet utan genom att den sista perioden medvetet inkluderar en överlämnandeprocess.

Intresset hos både SPF och Pensionärernas riksorganisation (PRO), har varit (och är) stort, trots att ett projekt av typ *Uppdrag Kunskap* ligger lite vid sidan om deras mer traditionella uppgifter (intressebevakning, gemenskap och aktiviteter). Karl Erik Olsson, SPF, har deltagit i många samtal om *Uppdrag Kunskap* och dess förgreningar under året och Sten Boström, PRO, har varit aktiv deltagare på flera av *Uppdrag Kunskaps* workshops.

Arbetsgivaraspekterna på *Uppdrag Kunskap* är uppenbara och har kommit upp i flera sammanhang. Efterhand som samtalen gått vidare, har en vanlig kommentar varit: ”Det mesta av all denna kunskap har de ju förvärvat på arbetstid. Då kan vi ju inte låta den bara gå ut genom dörren...”

Under projekttiden ägnades två specifika tillfällen åt arbetsgivarperspektiv: ett i Växjö, 9 januari 2014, med (utöver Bodil Jönsson och Ann-Christine Johansson) Ragnhild Holmberg, Hälso- och sjukvårdsdirektör Kalmar, Martin Myrskog, Landstingsdirektör Kronoberg och Per-Henrik Nilsson, Chef för medicinentrum Kronoberg, och ett i Jönköping, 15 maj 2014, med dess landstingsdirektör Agneta Jansmyr och sjukvårdsdirektör Ann-Marie Schaffrath.

Så här skriver Ann-Christine Johansson, tidigare sjukvårdsdirektör, som deltog i *Uppdrag Kunskap* för att speciellt medvetandegöra arbetsgivarperspektiv, om arbetsgivarperspektiven:

Arbetsgivare har inte sällan motstridiga perspektiv på medarbetare som går i pension. Ibland kan det vara skönt när någon slutar och chefen därigenom inte behöver ta ett ärligt samtal eller göra en uppsplitande organisationsförändring. Dessutom tappar äldre ibland lite i engagemang och glömmer saker gör de ju också, eller? Då är det enkelt att tänka att de äldre förtjänar att njuta av ledigheten och så kan man ta in de unga, flexibla och pigga 25-åringarna...

Samtidigt vet både politiker och arbetsgivare att vårt nuvarande pensionssystem inte är hållbart när människor lever allt längre och därmed ska försörjas och sörjas för allt längre tid. Arbetskraften räcker helt enkelt inte till att både tjäna in till allas pension och att utföra allt arbete.

Här är några citat från arbetsgivarrepresentanter inom huvudsakligen vården som träffades i Växjö i januari 2014.

"Vi vet ju att något måste göras. Därför behövs det inget särskilt mod för att prova nya vägar – vi är helt enkelt tvungna att göra det."

"Det nuvarande kunskapsslöseriet är inte hållbart. Arbetsplatsen har bidragit med en investering i medarbetarnas kunskaper. Då kan den ju inte bara få försvinna."

"Vi måste hitta former för att idka kunskapsvård, kunskapsöverföring och kunskapsavtanking kontinuerligt."

Som chef är du alltid fullt upptagen med att få till bemanning, ekonomi och god verksamhet. Det finns många upparbetade stigar som gör livet enklare och mer förutsägbart för både chefer och medarbetare. Att mitt i vardagens arbete röja nya stigar och stigar som länge har ansetts omöjliga kräver stor ansträngning. Detta särskilt som det är osäkert vart stigarna för och om marken är stadig under.

En enskild chef, i en stor organisation som t ex landsting eller kommun är, varken kan eller får röja nya stigar inom personalområdet på egen hand. Det kommer att krävas stort mod av landstings-/kommundirektörer och politiker att våga öppna upp för otraditionella lösningar, kanske till och med lösningar som är avpassade för en enskild person. Dessutom behöver de generella regelsystemen ses över och anpassas utifrån samtidens nya förutsättningar. Nya lösningar behövs som kanske kostar pengar på kort sikt men som lönar sig på längre.

Men sådana lösningar kräver att hela organisationen tror på att 65+are verkligen kan och vill. I *Uppdrag Kunskap* har vi bl a haft Gene D. Cohens bok "The mature mind" som kurslitteratur. Det är oerhört befriande att läsa att forskningen numera visar att hjärnan behåller sin kapacitet och t o m skapar nya hjärnceller hos äldre så länge vi använder den. Dessutom kan äldre i högre grad än yngre använda både vänster och höger hjärnhalva samtidigt, vilket innebär att analys, sammanhang och nyanserade slutledningar underlättas.

Ett Cohen-citat:

"It takes time, experience, and effort to develop more flexible and subtle thinking. Some of life's most precious gifts can only be acquired with age: wisdom, for example...."

I *Uppdrag Kunskap* träffade jag nitton visa, kunniga, vetgiriga och flexibla människor. Det var en ynnest att möta människor som inte bara pratar utan faktiskt också bidrar till samhällsutvecklingen och därmed utvecklas själva. Är dessa människor unika? Nej, som Bodil Jönsson brukar säga så är det dessa som kommer att vara de vanliga om några år. Redan ser vi allt från seniorpooler till senior advisers.

Olika yrken är mer eller mindre efterfrågade efter 65. Delvis beroende på brist/överskott, men också på hur man betraktar dem. Till exempel är det lätt för en läkare att vara välkommen att stanna kvar i olika anställningsformer eller sälja sina tjänster, med olika sysselsättningsgrad, arbetstider, egenvalda arbetsuppgifter mm. Det är inte självklart lika lätt för en sjuksköterska som förväntas fylla schemarader med alla förekommande arbetsuppgifter. Då är det ändå brist på båda yrkeskategorierna.

Som arbetsgivare är det enklast om 65+arna fyller på i befintliga luckor. Men får vi ut mesta/bästa möjliga då? Och är det vad de vill? Nja, de jag träffat vill mycket gärna bidra. Men de flesta vill kunna bestämma mer över sin tid än vad de kunnat göra under sin anställning. De vill kunna använda sin erfarenhet och kunskap. De vill göra skillnad och se resultat. De vill vara efterfrågade. Gärna betalt, men är det roligt så behövs det inte lika mycket. *Uppdrag Kunskap* är ett gott exempel på det sistnämnda. Helst vill de inte göra exakt detsamma som de gjort tidigare.

Det finns många sällan ifrågasatta sanningar i vårt samhälle. En handlar om att äldre bör lämna plats så att yngre slipper vara arbetslösa. I böckerna "När horisonten flyttar sig" och "Tid för det meningsfulla" visar Bodil Jönsson på ett antal exempel där äldre människor igenom sina jobb i stället har skapat arbete för unga.

En del myter står de äldre själva för. På 80-talet var det status bland högre chefer att ha anställningsavtal, där de kunde gå i pension vid 55 år. Många upptäckte att det inte var så kul och gav sig in i nya verksamheter. Jag har också träffat människor som vid företagsneddragningar blivit erbjudna att gå i pension i förtid. Ganska många, även de som pratat om att de velat sluta, blir djupt kränkta av att inte behövas mer.

"Yngre är flexiblarare än äldre" – är det sant? Ska man tro på tidigare nämnd forskning så stämmer det inte. Men visst tror jag att många som närmar sig 65 år äntligen vågar säga vad man tror och tänker. Erfarenheten ger trygghet och försörjningen är säker på grund av

pensionen. Så äldre är kanske lite bångstyrigare att leda, men rätt bemötta är de kanske en större tillgång? Lojalare människor får man i alla fall leta efter.

Här är ytterligare några citat från gruppen i Växjö, när de spånar över varför det vore bra med 65+are:

”En senior läkare och/eller sjuksköterska klarar ofta utifrån sin helhetssyn och vana nästan dubbelt så många patienter som yngre. De gör mer kvalificerade helhetsbedömningar, är snabbare och därmed också billigare.”

”En senior kan, vill och vågar berätta vad han gjorde för fel i förra veckan och vad han lärde sig av det.”

”Det är inte rimligt att nyexaminerade och 53-åringar ska åläggas att utföra sina uppgifter på samma sätt. Människor är inte utbytbara - och ska inte behöva känna sig som det.”

Vad är det så som talar för att jag som arbetsgivare ska välja +65-are?

Det finns ett antal faktorer som rent ekonomiskt och personellt talar för:

- Lägre sociala avgifter
- Lösare anställningsformer – vid behov
- Möjlighet att ge avgränsade uppdrag
- Det är brist på ett antal yrkesgrupper t ex läkare, sjuksköterskor, psykologer

Men framförallt är det deras kunskaper, erfarenheter och plikttrohet som det är svårt att vara utan. Dessutom kan det vara så för äldre människor som vill och kan arbeta att arbetet i sig befordrar hälsa och välbefinnande.

Några fler exempel på tankar från Växjö:

”Det behövs handledning, handledning, handledning, både av dem som har detta som sin huvuduppgift och av dem som finns på plats i övrigt och till hands. Varför anställer vi inte en senior senior-alert-sjuksköterska, som sköter senior-alert men dessutom finns på plats för råd och dåd?”

”Det går inte längre att rekrytera specialistläkare per annons. Skulle det kanske gå att rekrytera en senior läkare till handledare via annonser?”

”Vi har ett dramatiskt kvalitetsunderskott. I Sverige uppgår de undvikbara vårdskadorna till 6-8 miljarder. Insatser för att tillvarata seniorers kompetens skulle kunna medverka till att minska kvalitetsunderskottet. Tex skulle seniorer kunna göra ronder för att hitta patientsäkerhets- och kvalitetsbrister.”

”Varför ställer vi inte frågan till människor vad krävs för att du ska vilja vara kvar ett par år till? Vad brinner du för?”

"Vården är en kunskapsorganisation och finansieras i allt väsentligt via samhället. Rimligt att man också är en förebild för andra verksamheter i att tillvarata sina seniorer."

"Vilket reklamvärde kan det ha för en enhet att de har många seniora medarbetare? Visst är det de som inger oss mest tillit?"

Individens vinster skulle vara stora om någon faktiskt vill ta emot det de presterar. Likaså skulle samhällsvinsterna vara enorma, och vi kunde gå före inom vården och omsorgen. Det kräver att vi ändrar våra sätt att tänka, tala och handla både som arbetsgivare och som vårdgivare. Detta gäller både för chefer och för dem som arbetar nära de berörda.

Internationella relationer under pågående projekt

Vi har tagit ansvar för att göra *Uppdrag Kunskap* känt i internationella sammanhang även om detta inte ingick i projektplaneringen från starten. Hittills har detta begränsats till en hemsida på nätet, Mission Knowledge, och till medverkan vid den 22:a nordiska forskningskonferensen Age Well som hölls i Göteborg 25-28 maj 2014. Under dessa dagar hade vi två personer som arbetade vid utställningsbordet på mässan. Det som inspirerat till *Uppdrag Kunskap* i Sverige har sina direkta motsvarigheter i andra länder i västvärlden. Ändå har det inte varit så lätt att hitta fram till samma andas barn i andra länder - konsekvenserna av det nya åldrandet har inte hunnit sätta sig så att stringenta sökord hunnit utvecklas för sökning på sökmotorerna. Vad vi var intresserade av som motsvarigheter till *Uppdrag Kunskap* var inte förekomsten av "senior universities" i största allmänhet utan av utvecklingsansatser för lifelong contribution, lifelong development, lifelong learning.

De mer djupgående samtal vi haft har varit med Maureen Bisognano, VD på IHI (Institute for Healthcare Improvement) per telefon 29 januari 2014 och öga-mot-öga i Jönköping 15 maj 2014 samt i Stockholm 26 juni 2014 med Sarah Fraser, internationell coach till *Bättre liv för sjuka äldre* inriktad på storskalig spridning av "how good practice spreads, how improvements can be made at practitioner level and how organisations and teams can best work together."

Här bara tre nedslag bland det vi fått hjälp att hitta:

1. *Harvard Business School, ALI, Advanced Leadership Initiative*, <http://advancedleadership.harvard.edu/program-overview/> The Advanced Leadership Fellowship is designed to enhance and leverage the skills of highly accomplished, experienced leaders who want to apply their talents to solve significant social problems, including those affecting health and welfare, children and the environment, and focus on community and public service in the next phase of their careers.

In January of 2009, a select group of Harvard Advanced Leadership Fellows embarked on a flexible, enriching, pioneering year of preparation to jump-start their next career. Our sixth cohort began this January and we are now accepting expressions of interest for the next group of global leaders who will join us in January, 2015. Här handlar det alltså om att systematiskt öppna nya möjligheter för en grupp som tidigare varit ledare och som vill förbli ledare men med en annan inriktning, nu på samhället och det gemensamma, barnen och vården.

2. *The Carola Eisenberg exemplar* as discussed by Maureen Bisognano at <http://app.ihl.org/tv/#video=01901cc9-3530-4f8b-b47e-36aa11001794> in the interval 26.30-33.00. She discusses how it is the embedded (augmented) Carola in her human environment and in her artifactual environment that is the one who should meet the doctor/nurse/care system, not Carola stand alone at a clinic. Both for the benefit of her health-eases and for the handling of her diseases.

Carola Eisenberg, en bit över de 90, är ett fascinerande exempel på en människa som brinner för att få bidra till sin omvärld. Hon ser att hon fortfarande behövs och hon är irriterad på det som förhindrar henne att bidra så mycket som hon annars skulle kunna. Ett exempel på hinder är hennes sjukvård som genom sin opraktiska organisation tar alldeles för mycket tid från henne...

3. *The senior fellows at IHI*, <http://www.ihl.org/about/Pages/IHISeniorFellows.aspx> Institute for Healthcare Improvement lever som de lär och har inuti sin gemenskap just "senior fellows". De utgör inte bara ett Senior Advisory Board utan är aktiva medarbetare med eller utan formell anställning, på alla olika nivåer och med stora variationer i tidsinsatserna.

5. Samtliga individuella FoU-bidrag

Här följer nu de enskilda arbetena, först de 9 på forskningsnivå, så de 9 på utvecklingsarbetsnivå. Till vilken kategori ett arbete förts har bestämts av huruvida författaren varit formellt behörig att antas på forskarnivå (bestäms av tidigare utbildningar och fastställt tillgodoräkningsförfarande) samt vilken ambition hon/han haft att metodiskt och teoretiskt relatera sitt arbete till existerande forskning. Nedan presenteras arbetena ett efter ett.



Konstverk av Anna Sjö Dahl.

Forskningsbidrag

Äldre och fysisk aktivitet utomhus

Katri Helena Alaja

katrilasse@hotmail.com

Handledare Mari Lundberg

Äldre och fysisk aktivitet utomhus

Inledning

Efter kurser i träningslära, massörutbildning, humanistiska studier samt humanitärt arbete hemma och utomlands så hittade jag till sjukgymnastyrket och kunde då förena intresset för människor och lusten till rörelse. Det har framför allt varit området vuxenhabilitering och äldreomsorg som har fått mig att njuta av arbetet och växa i rollen som fysioterapeut.

Mycket har hänt sedan jag tog sjukgymnastexamen. Medicinska framgångar och tekniska uppfinningar har avlöst varandra och ställer nya krav på fysioterapin. Även attityder och synen på brukaren har ändrats. Brukaren har fått en tydligare roll och medverkar mer aktivt, kanske tillsammans med närstående, i sin egen förändringsprocess. Sjukgymnasten i sin tur har flyttat fokus från att vara behandlande till att agera mer som en vägledande coach eller konsult. Från och med årsskiftet 2014 håller vi sjukgymnaster på att på ett tydligare sätt synliggöra bredden i vårt yrke i och med namnbytet till fysioterapeut!

Jag har alltid fascinerats av människans kapacitet att förflytta sig till fots och jag har ägnat tid till att studera människor och folkgrupper som fortfarande är i rörelse. Gemensamt för många jag träffat i centraleuropeiska alpbyar, på savannen i södra Afrika, på den nordafrikanska högplatån, i palestinska bosättningar och i Mellan-Amerikas tropiker är att ta sig fram till fots, vilket av dem upplevs lika naturligt som funktionellt. De liknar kanske barn som drivs av rörelseglädje och nya upptäckter. De pratar inte om träning, dock hämtar de kraft från rörelsen och vistelsen i naturen och de håller sig så i fysisk form.

I våra svenska samhällen, speciellt i städer tycks vi ha byggt bort behovet att röra oss naturligt i närmiljön. Fortfarande skulle vår kropp och knopp må bra av fysisk aktivitet. Det verkar som att det är först när det krisar och inaktiviteten påverkar vår hälsa och våra funktioner för mycket på ett negativt sätt, som vi tar tag i detta och letar oss till en fysisk aktivitet, kanhända genom recept från doktorn och under bevakning av en specialist.

Idag är en del äldre i Sverige fysiskt understimulerade. Går det att återväcka och fånga den inneboende lusten till rörelse, som jag antar att de flesta av dem haft som barn, och att hitta rörelseglädjen genom något så enkelt och lätt genomförbart som en promenad? Jag vill kunna bidra med att stimulera dagens och framtidens äldre till att mobilisera sig. Jag vill locka dem till fysisk aktivitet i form av utevistelse och promenad just för det som en promenad utomhus kan ge: rörelseglädje och kraft till vardagen.

Problemområde

Många äldre är fysiskt aktiva eller tränar regelbundet. Andra gör det inte, möjligtvis för att de genom olika erfarenheter under livets gång tappat lusten och glädjen i att röra sig. Eller kanhända har de bött på landsbygden och varit sysselsatta i fysiskt arbete och då varit nöjda med vardagsmotionen i samband med dagliga sysslor. När de blivit äldre, ensamma eller har flyttat

till en lägenhet i stadsmiljön har de kanske blivit mindre aktiva fysiskt i och med att behovet av att röra sig i vardagliga sammanhang ej längre är så stort. Om t ex utepromenad eller att träna på gym inte tidigare ingått i dessa personers kultur eller vardagsrutiner är det inte heller självklart för dem att börja med den typen av aktiviteter på äldre då. Sedan kan det givetvis bero på smärta eller funktionshinder av olika slag som gjort det svårt att promenera på egen hand.

I mitt arbete som sjukgymnast inom kommunen har jag kommit i kontakt med äldre som lider av konsekvenserna av inaktivitet. När vi samtalat om fysisk aktivitet har en del av dem inte visat större intresse, de har inte heller kommit med förslag på hur de skulle kunna röra sig mer. Andra däremot har uttryckt att de längtar efter att gå ut på promenad men inte kan eller vill gå ut ensamma. En del har berättat att även om de har fått beslut på bistånd i form av promenad blir den inte alltid av.

När vi rekommenderar äldre att vara fysiskt aktiva är det vanligt att vi riktar in oss på att lyfta fram fakta omkring människans behov av rörelse och hur viktigt det är att träna för att förebygga olyckor, funktionsnedsättningar och sjukdomar. Vi tar reda på och målar fram risk-situationer och betonar träningens effekt och värderar sedan aktiviteten utifrån dess möjliga förebyggande verkan. Kan det vara så att vi då skapar förväntningar som har negativ klang?

Jag slås av tanken: tänk om det går att göra på något annat sätt eller till och med tvärtom? Kan det finnas andra aspekter av värde som gör att äldre lockas till att börja eller fortsätta med en fysisk aktivitet? Skulle det kunna vara viktigare att i stället veta vad det är som väcker lusten att röra sig och att bibehålla denna lust till rörelse även som äldre? Skulle de äldres egna beskrivningar på aktiviteten kunna fungera som inspiration för andra mindre aktiva äldre till att exempelvis gå ut på promenad? För att bättre förstå vad som inspirerar äldre personer till fysisk aktivitet i form av promenad utomhus vill jag låta de äldre själva komma till tals och få dem att sjunga utomhuspromenadens lov till glädje för andra årsrika kamrater.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka innebörden för äldre människor av att delta i en promenad utomhus.

Frågeställningar: Vad gör utepromenaden med de äldre och vad gör att de vidmakthåller aktiviteten?

Bakgrund

Begreppet aktivt åldrande har kommit att präglade vår tid. Det har lyfts fram även genom temaåret med samma namn, genomfört av Europarådet år 2012. Målet var att skapa en kultur för aktivt åldrande i Europa och man syftade till att öka möjligheterna till hälsa, deltagande och trygghet under hela livet för att så kunna främja just ett aktivt åldrande (Svenska ESF-rådet, 2012).

Frågor kring livskvalitet genom fysisk aktivitet ingår som viktiga ingredienser i aktivt åldrande och tar idag ett allt större utrymme i media och på olika plan i samhället. Vi nås av forskningsresultat som alarmerande beskriver riskerna med inaktivitet och intygar vinsterna med fysisk

aktivitet (Hellenius, Ekblom-Bak & Ekblom, 2010; Social- och hälsovårdsministeriet, 2013). Olika informationskanaler och sociala medier överöser oss med upplysningar om effekten av fysisk aktivitet och råd och tips om träning. Det tycks finnas mycket att välja emellan vad gäller former av fysisk aktivitet, vilket gör att det inte borde vara svårt för den som vill hitta lämpliga tillfällen att utöva fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet handlar om ”*all kropps rörelse utförd av skelettmuskulaturen som resulterar i en ökad energiförbrukning*” (WHO Health Topics, 2014). Alla aktiviteter som innebär att man rör på sig, såsom gång, cykling, städning, bollspel, lek och hobbyverksamhet räknas alltså som fysisk aktivitet, oavsett hur mycket man tar i. Att vara fysiskt aktiv har konstaterats kunna påverka så väl den fysiska som den psykiska hälsan och den kognitiva förmågan. Enligt en del studier kan fysisk aktivitet såsom promenad medverka till att minska risken för eller lindra flera typer av hälsoproblem och sjukdomar (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Fysisk aktivitet kan till och med betraktas som medicin (Fiuza-Luces, Garatachea, Berger & Lucia, 2013) och förskrivas på recept (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

De äldre som är fysiskt inaktiva kommer vanligen i kontakt med fysisk aktivitet då de är i behov av rehabilitering efter sjukdom, funktionsnedsättning eller operation. De kan också bli rekommenderade fysisk aktivitet i förebyggande syfte.

Ett enkelt sätt att vara fysiskt aktiv och att röra sig är att gå, att promenera (Ekkekakis, Backhouse, Gray & Lind, 2008). Gång anses vara en av de viktigaste färdigheterna för ett aktivt och självständigt liv. Promenad rekommenderas ofta som en lämplig form av fysisk aktivitet för äldre. Enligt en japansk studie har en promenad i veckan goda effekter på sköra äldre vad gäller att kunna bibehålla funktionsförmågan (Shimada, Ishizaki, Kato, Morimoto, Tamate, Uchiyama & Yasumura, 2010). Alla med gångfunktion kan delta i promenad, allt efter sina egna förutsättningar och med steg som är anpassade till personens egen förmåga och den omgivande miljön. Att promenera utomhus kostar inte heller något, vilket är en fördel i ett socioekonomiskt perspektiv. Att förflytta sig till fots kan fungera som ett miljövänligt alternativ till att färdas med motorfordon. Utöver att promenaden innebär att man förflyttar sig från punkt A till B erbjuds den som promenerar frisk luft, sinnesstimulering och nya upplevelser. Gång i rask takt i utemiljön har visat sig vara effektiv träning med effekt på balans, styrka och kondition (Shin, 1999; Morris & Hardman, 1997; Rydwik, 2012; Grimby, 2008). Promenaden anses även kunna medföra positiva konsekvenser på det sociala planet förutsatt att man går tillsammans med andra eller träffar andra under promenaden. Promenad kan också genomföras sittande i rullstol då man antingen kör rullstol själv eller har en ledsagare till hjälp. Detta arbete riktar sig till dem som med eller utan gånghjälpmedel kan ta sig fram gående.

Att ha positiva upplevelser av rörelse och friluftsliv under uppväxtåren har visat sig ha stor betydelse för om vi blir fysiskt aktiva senare i livet (Skolverket, 2011). Rörelseglädje, glädje och lust till att få röra på sig handlar om en må-bra-känsla som är förknippad med fysisk aktivitet under vilken både hjärtat (blodcirkulation) och hjärnan med nervsystemet aktiveras och endorfiner sprider livsenergi i hela människan (kropp, själ, ande). Rörelseglädje används brukligen i sammanhang där man talar om barn. I studien *Barns uppfattningar av rörelseglädje* beskriver Bodil Klingvall hur viljan till rörelse är nära kopplad till att aktiviteterna upplevs roliga, detta bidrar till eget engagemang som i sin tur medför mening och glädje (Klingvall, 2013).

Forskning om skolbarns fysiska intressen visar även att det är viktigt att tona ner prestation för att uppnå rörelseglädje (Hellman & Sandstedt, 2006). Enligt Klingvall skulle rörelseglädje kanske kunna definieras som en upplevd "känsla av sammanhang" som skapar motivation för att vara fysiskt aktiv (Klingvall, 2013).

Det finns belägg för att det aldrig är för sent att börja med hälsofrämjande insatser med syfte att höja eller vidmakthålla fysisk och psykisk funktionsnivå (Lindwall, 2008). När det handlar om äldre skiljer sig hälsofrämjande insatser inte särskilt mycket från vad som gäller den övriga befolkningen. Att leva i en social och tillgänglig miljö, att göra sådant som intresserar en, att umgås med vänner och familj och att röra på sig fysiskt och ha en allmänt hälsosam livsstil är grundläggande för människans välbefinnande och är hälsofrämjande för alla grupper (Palm, 2010).

Teoretiska utgångspunkter och definitioner

Det är min uppfattning att rörelse och fysisk aktivitet är hälsobefrämjande. Jag avser här att redogöra för vilka teoretiska utgångspunkter och definitioner jag baserar mitt resonemang på.

Det finns olika sätt att definiera hälsa, beroende på sammanhang, människosyn, tidsanda samt kulturella, geografiska och socioekonomiska aspekter. I antikens Grekland där kropp och själ ansågs höra ihop och forma en helhet handlade hälsan om ett jämviktstillstånd där kroppens organ fungerar i balans med varandra och gentemot omvärlden. Senare, i takt med naturvetenskapernas frammarsch kom föreställningarna om hälsan under lång tid att bli mer sjukdomsinriktade. Vid mitten av 1950-talet föreslog WHO (FN:s Världshälsoorganisation) att "*hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp*" (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Denna definition som kombinerar ett biomedicinskt och humanistiskt synsätt och tar hänsyn till både fysiska, psykiska och sociala faktorer blev banbrytande och används fortfarande. Den kompletterades 1986 av WHO med ett tillägg: "*hälsan ses som en resurs för människan i det dagliga livet och inte som målet med livet*" (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006).

År 1979 deltog den amerikansk-israeliske medicinske sociologen Aaron Antonovsky i diskussionen om hälsa med sin teori om KASAM. Denna känsla av sammanhang, KASAM, innebär enligt Antonovsky att människan har förmågan att betrakta tillvaron såsom begriplig, hanterbar och meningsfull. Antonovskys intresse för dessa frågor hade väckts efter det att han gjort iakttagelser på israeler som överlevt koncentrationsläger och vilka trots detta kunde berätta om sina erfarenheter i positiva termer. Han började då leta efter hälsofrämjande faktorer (salutogenes) i stället för det som orsakar sjukdom (patogenes) och han kom fram till att "*hälsa uppkommer då individen har en känsla av sammanhang och mening*" (Antonovsky, 1991). Om graden av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är hög har man enligt Antonovsky ett högt KASAM vilket kan göra personen mer motståndskraftig för motgångar under livet (Antonovsky, 1991).

1993 beskrev den tyske filosofen Hans Georg Gadamer (1900-2002) hälsa som "en balans där kropp och själ hör ihop". "*Hälsa är ett tillstånd man inte upplever inom sig introspektivt. Det är snarare ett slags närvaro, ett vara i världen, en samvaro med andra människor, ett aktivt och fruktbart engagemang med det som är viktigt i livet*" (Gadamer & Jakobsson, 2003). Gadamer målar

fram hälsan som något som inte kan mätas. Denna salutogena definition stämmer väl överens med hur jag ser på hälsa.

I sin bok *Public Health and Aging* använder folkhälsoforskaren Steven M Albert begreppet "prehabilitation" (Albert, 2004) som har sitt ursprung inom idrottsmedicin där det introducerades av Jack Spain 1985 (Spain, 1985). Att prehabilitera sig kan översättas med "*att göra sig skicklig i förväg och att fortsätta med att vara det genom att skaffa potential*". Enligt Spain handlar prehabilitering om att förekomma behovet av rehabilitering redan innan behovet uppstår genom att utöka potentialen och resurserna, även i funktionsbevarande syfte (Spain, 1985). Den som prehabiliterar sig förstärker sina förmågor och färdigheter genom att satsa på resurser i motsats till prevention som mera talar om att förebygga risker och svagheter. Prehabilitering (förebygga till) framstår alltså såsom prevention (förebygga från) fast tvärtom, mera som en omvänd prevention. Inom ortopedi, kirurgi och speciellt idrottsmedicin används prehabilitering i sammanhang där det handlar om preoperativa åtgärder. Nu under 2000-talet verkar begreppet ha fått ett uppsving och figurerar på många områden och i olika sammanhang. Skulle man kunna ha nytta av detta begrepp även när det gäller att motivera äldre till att vara fysiskt aktiva? I prehabilitering poängterar man ett hälsobringande, salutogent synsätt på fysisk aktivitet. Prehabilitering förutsätter att man är medveten om sina möjligheter och vill bygga på sina resurser. Man utgår eller agerar inte utifrån en akut situation eller fokuserar på eventuella framtida hälsoproblem, ej heller behöver man vänta tills behov av prevention eller rehabilitering uppkommer. Personen som vill prehabilitera sig kan i lugn och ro själv välja den mest lustfyllda aktiviteten han eller hon känner för. Och man kan sätta igång närsom med syftet att må bra och bli starkare. Att uppleva och odla rörelseglädje är enligt min mening redan det att prehabilitera sig.

De som rör sig i naturen talar om naturupplevelsens hälsofrämjande verkan. Vad är det som gör oss gott under utomhusvistelsen? Edward O Wilson, biologiprofessor på Harvard, lanserade 1984 en förklaringsmodell med hjälp av biophilia-hypotesen (Wilson & Kellert, 1993; Leger, 2003). Begreppet biofili, som redan på 1960-talet hade använts av den tyske filosofen och psykoanalytikern Erich Fromm (Fromm, 1964), kommer från grekiskan och betyder kärlek till livet och det levande, dvs till naturen med vilken man menar både växt- och djurriket och även väderlek och väderfenomen. Denna hypotes beskriver människans medfödda och inneboende känsla för natur och de band som finns mellan människan och andra levande system. Enligt denna teori mår människan bra av kontakten med naturen. Omvänt tror man att brist på kontakt med naturen kan påverka känslan av välbefinnande eller få konsekvenser i olika former av psykiskt lidande. Biofili har kommit att användas för att lyfta fram och förklara hälsofrämjande fördelar av närhet till naturen och naturens effekt på människan vad gäller hennes fysiska och psykiska välbefinnande. Naturen som kraftkälla har intresserat många forskare och forskningsresultaten bekräftar hälsoeffekter efter naturvistelse (Ottosson & Ottosson, 2006; Lisberg Jensen, 2008). Förslag finns även att förskriva natur på recept (Ottosson & Ottosson, 2006).

Sammantaget så anser jag att rörelse och fysisk aktivitet är en förutsättning för god hälsa. Jag anser också att man bör arbeta salutogent med att prehabilitera äldre människor till att uppleva och odla rörelseglädje. Enligt min uppfattning så förstärker naturen de positiva effekterna av rörelse.

Metod

Den aktuella studien baseras på erfarenhetskunskap, litteraturstudier samt iakttagelser från en promenadgrupp.

Förståelsen för ett fenomen är av stor betydelse i själva tolkningen av det man avser att studera. Jag har mångårig erfarenhet som sjukgymnast, de senaste 20 åren från kommunal äldreomsorg både i Sverige och i Danmark. I mitten av 90-talet arbetade jag under några år som rehabiliteringskoordinator i Namibia med modellen närbaserad rehabilitering som är utarbetad av WHO och har sin ideologiska grund i Paolo Freires pedagogik (Sharma, 2006). Bland nyckelbegreppen finns medvetandegörandet och den empowerment som handlar om att man inspirerar, stöttar och stärker personen med nedsatt funktion att ha och uppnå kontroll över sin hälsa och att formulera egna mål och fatta egna beslut och på så sätt bli mer självständig. När jag summerar mina egna erfarenheter från arbetslivet förstår jag att en stor del av de brukare jag mött under alla dessa år har sökt hjälp just med målet att kunna vara så aktiva och självständiga som det går. Det har ofta handlat om att bibehålla eller förbättra gångfunktion för att i första hand klara förflyttningar i bostaden för att sedan med eller utan hjälpmedel eller tillsyn kunna ta sig ut på promenad, sköta ärenden, handla och träffa andra. Jag har fått vara med om att ledsaga brukare i denna process att få kontroll över sitt liv och jag har ofta fått uppleva lyckan det medför för personen ifråga att uppnå sitt mål.

I höstas kom jag i kontakt med en framgångsrik finsk kampanj *Gå ut med en äldre* (Ikäinstituutti, 2014a). Den ingår i projektet *Kraft i åren* som är ett hälsomotionsprogram för äldre och koordineras av Äldreinstitutet i Finland. *Gå ut med en äldre* betonar värdet av en regelbunden utomhuspromenad för äldre året om och erbjuder äldre personer sällskap vid utomhusmotion under organiserade former. Utöver kampanjen arrangerar man årligen även en nationell friluftsdag för äldre (Ikäinstituutti, 2014b). *Gå ut med en äldre* genomfördes för första gången år 2011 med mycket bra resultat och projektet är nu inne på sitt fjärde år. Under förra årets kampanj, vilken pågick i tre månader, registrerades 20 450 utevistelser och promenader av äldre på olika håll i Finland. I år kommer kampanjen att genomföras under vinterhalvåret med start i december 2014. Genom valet av kampanjperioden just till vintertid vill man markera de äldres behov och rätt att få komma ut på promenad året runt, även då det kanske finns snö och är kallt ute. Målet är fortfarande att så många äldre som möjligt om de vill ska få komma ut även under vintermånaderna.

Inspirerad av kampanjen *Gå ut med en äldre* och för att hitta infallsvinklar och stöd till min forskningsansats har jag under ett halvårs tid följt en grupp äldre som promenerar regelbundet utomhus i en medelstor svensk stad. Denna promenadaktivitet startades av några deltagare för två år sedan efter en hälsodag för seniorer. Ca 15 deltagare, män och kvinnor, i åldrar 76-93 år, alla boende i eget boende, deltar i gruppen. Gruppen träffas på ett givet klockslag vid en stadens öppna verksamheter för äldre. Gruppen är öppen, dvs deltagarna leder själva aktiviteten, och ingen föransmälning behövs. De flesta idkar stavgång. Rutten går i stads- och parkmiljö och kan variera alltefter årstiderna. Under promenaden håller var och en sin egen takt som kanske sammanfaller med någon annans med vilken man kan föra dialog under gång. En liten del av gruppen går en längre runda, resten (ca 10 deltagare) en sträcka på ca 3,5 km i ca 45 min. Jag har haft möjlighet att iaktta dessa personer och jag har även samtalat med dem under gång.

Utöver kurslitteratur har jag sökt litteratur som berör ämnet äldre och fysisk aktivitet utomhus. En hel del finns skrivet om fysisk aktivitet för äldre utomhus dock ofta med fokus på fallprevention eller på utemiljön. Jag har valt att i denna studie betrakta enbart artiklar som direkt anknyter till mitt tema.

Kunskapsbidrag

Promenadgruppens medlemmar har berättat hur de upplever promenaden i första hand som en aktivitet som man mår bra av och under vilken man får frisk luft och kan uppleva olika naturfenomen och njuta av sällskap. *"Jag mår så bra av att komma ut!" "Jag tar med mig denna naturupplevelse!"*

Att syftet skulle vara träning nämns ej under promenadsamtalen, dock tycks de som promenerar vara medvetna om att aktiviteten är hälsofrämjande och att den även gör fysisk nytta. *"Jag får bättre balans efter att ha gått denna runda." "Jag känner mig nu starkare."* För många i promenadgruppen kommer höjdpunkten efter den genomförda aktiviteten i form av en blandning av känslan av välbehag och tillfredsställelse kryddad med färska minnen av de aktuella naturupplevelserna. *"Det känns skönt i kroppen!" "Jag får en kick!" "Jag känner mig stolt och jätteglad att jag kom iväg!"* Denna goda känsla tycks kvarstå hela dagen.



Illustration: Jesper Ankjaer

Att åter få uppleva den friska luften och naturen och känna belåtenhet och glädje i kroppen driver många av dem som promenerar till att vilja gå ut igen. Deltagarna beskriver på olika sätt betydelsen av att promenera. En deltagare uttryckte glädjen: *"Jag blir så glad av att röra mig!"* Den fasta tidpunkten, den avtalade mötesplatsen och det sociala trycket från medvandrare underlättar för deltagare att komma ut även då det känns motigt. Flera av deltagarna berättar att gruppstillhörigheten spelar viktig roll vid vidmakthållandet. *"Jag känner press från promenadkamrater, det får mig att kliva upp ur sängen och sticka i väg." "Är jag borta någon gång så frågar de andra senare efter mig."* Gruppens betydelse tycks öka med tiden: *"Vi lär känna varandra bättre under promenaden och bryr oss om varandra även efteråt."* *"Vi hjälps åt och peppar varandra!"* Må-bra-känslan efter promenaden gör att flera i gruppen har tagit till vana att gå ut på en kortare tur så ofta de kan även under andra dagar av veckan: *"Jag försöker röra mig lite och gå*

ut på ärenden varje dag.” Många uttrycker att de blivit beroende av promenaden och har därför redan planerat alternativa fysiska aktiviteter som de tänker ta till ifall de – t ex på grund av snö eller halka – inte skulle våga ut med gruppen. Det kan handla om att gångträna på balkongen, att ta en kortare promenad runt huset eller att delta i någon gymnastikgrupp inomhus.

Iakttagelserna från promenadgruppen förefaller mig intressanta. Deltagarna kommenterar promenaden utomhus i termer som beskriver vad de sett och hur de upplever naturen och hur känslan av välbegagn och belåtenhet växer fram i takt med rörelsen. Promenaden blir för dem något som förstärker både kropp och själ. Glädjen att röra sig, rörelseglädjen, finns sannolikt bakom denna upplevelse även om deltagarna i promenadgruppen inte använder just detta uttryck. En annan förklaring kommer med hjälp av biofil-hypotesen i form av naturens välgörande verkan (Wilson & Kellert, 1993). I en litteraturstudie som handlade om yngre vuxna har man funnit belägg för att fysisk aktivitet utomhus kan ha större effekt för det fysiska och mentala välbefinnandet än motsvarande aktivitet inomhus, då man konstaterat att den upplevda känslan av välbefinnande är stor omedelbart efter övningen utomhus (Thompson-Coon, Boddy, Stein, Whear, Barton & Depledge, 2011). Bristande metod och underlag i studien gör att man inte kan hitta evidens för att utomhusaktiviteten skulle ha större effekt på välbefinnandet än fysisk aktivitet inomhus. En annan studie har jämfört utom- och inomhusmiljöns påverkan på äldre vuxna som idkar fysisk aktivitet (Kerr, Sallis, Saelens, Kelli, Conway, Lawrence & King, 2012). Resultaten indikerar att de som var fysiskt aktiva utomhus tenderade att vara aktiva i sin fysiska aktivitet under en längre tid än de som deltog i en aktivitet inomhus. Den självskattade hälsan kunde relateras till tiden man varit fysiskt aktiv men i vilken miljö aktiviteten genomfördes tycks enligt denna studie inte ha någon större betydelse för den självskattade hälsan. Det vore intressant att genomföra en studie om utomhusmiljöns betydelse för äldre vid fysisk aktivitet utomhus och i studien inkludera faktorer som handlar om olika aspekter av den fysiska miljön såsom infrastruktur och även luftkvaliteten och dess påverkan på äldres val av aktivitet utomhus.

I en FoU-rapport som beskriver interventioner i form av fysisk aktivitet inomhus framkommer hur de äldre deltagarna lägger stor vikt vid betydelsen av psykologiskt och socialt stöd vid genomförandet av aktiviteten (Hörder & Frändin, 2012). I promenadgruppen där fysisk aktivitet sker utomhus tycker jag mig i stället kunna skönja en tendens att framhäva mera naturupplevelsen än den roll gruppen har. Gruppen och grupp-medlemmarnas stöd till varandra beskrivs av en del promenaddeltagare i första hand som medel för att man ska kunna komma igång och genomföra aktiviteten. Några av mina informanter berättar även att efter det att man promenerat en längre tid tillsammans blir gruppen allt viktigare: att kunna lära känna varandra på ett lättisamt sätt och att på det sättet underhållas och skapa ny gemenskap under promenaden upplevs som värdefullt. Min erfarenhet från arbetslivet är att gruppen har en stor betydelse vid vidmakthållandet av en aktivitet. Det vore mycket viktigt att undersöka gruppdynamikens betydelse för gruppdeltagande äldre när det gäller att vidmakthålla fysisk aktivitet utomhus.

Åsa Alftberg har i sin avhandling studerat den hälsofrämjande promenaden och äldre människors förhållningssätt till den (Alftberg, 2012). Hon konstaterar att de intervjuade såg promenaden mera som ett medel för att uppnå sina egna mål vilka inte behöver betraktas av dem som hälsorelaterade (Alftberg, 2011). Iakttagelser från medverkande i promenadgruppen visar en liknande tendens. Gruppdeltagare tycks promenera för sin egen skull och på sina egna villkor

med syfte att må bra och att bli starkare och på så sätt känna sig föreberedda inför vardagliga aktiviteter. De talar inte om promenaden som förebyggande av sjukdomar eller skavanker, ändå lär de vara medvetna om risker och problem som kan drabba dem. Vad de gör är att de bygger upp potential för att gå dagens och morgondagens utmaningar till mötes. Samtidigt upplever de rörelseglädje. Jag får lust att dra en parallell mellan privatekonomisk planering och fysisk aktivitet. Vi har ju fått lära oss att det är bra att ha en buffert, ett litet eller stort sparkapital för oförutsedda utgifter. Sparar man något brukar det lilla sparkapitalet växa något och bli till en liten eller stor extra resurs som hjälper spararen att känna sig både psykologiskt och ekonomiskt utrustad utan att man för den skull behöver tänka på eventuella kommande ekonomiska problem. Sparkapitalet finns och kanske växer och kan användas enligt behov närhelst man vill det. Fysisk aktivitet sedd ur ett salutogent (hälsobringande) och prehabiliterande perspektiv skulle kanske kunna fungera på samma sätt. Lika viktigt som det kan vara att skaffa sig en ekonomisk buffert borde det kunna vara att genom fysisk aktivitet skaffa potential och öka sina resurser i form av kraft och välbehag i kropp och själ. Även om fysisk aktivitet i sig är färskvara är dess effekter ackumulerbara. Detta reservkapital finns tillgängligt just nu och kan komma till användning även vid eventuella oförutsedda situationer framöver.

I ett examensarbete studerades hur man kan få de äldre motiverade till att delta i olika fritidsaktiviteter för att upprätthålla och främja den fysiska, psykiska och sociala funktionsförmågan och hälsan. Det framkom att motivationen ökar när de äldre själva får vara med och påverka och bestämma (Karlsson, 2011). En annan studie om motivationsfaktorer hos äldre visar att utöver att kunna bibehålla både det fysiska och psykiska välbefinnandet upplever de äldre även känslan av nöje och utmaning som betydelsefulla när de ska delta i fritidsaktivitet (Johansson & Holgersson, 2009). Jag kan se en stor utmaning i hälsokampanjer som riktas till de äldre som lever fysiskt inaktiva. Hur kan man medvetandegöra de äldre, hur främja empowerment? Hur undvika att kampanjen och råden uppfattas av de äldre som ett måste utifrån uppsatta folkhälsopolitiska mål? De äldre bör själva bli huvudpersoner och bli inspirerade kanske av andra äldre som talar samma språk. Kan man utan pekpinnar och med stöd från redan rörelsefrälsta och rörelseglada andra äldre sprida budskapet om rörelseglädje, hur man hittar den åter och vad den kan göra med oss? Vilka är de utmaningar de äldre önskar? Vad behöver vi veta mera eller bättre för att kunna nå dessa äldre?

En utmaning blir även att lyfta fram just aktiviteten utomhuspromenad vilken i sin enkelhet kanhända har fått en underskattad roll. Kombinationen frisk luft, naturupplevelser, fysisk aktivitet och sällskap borde vara oslagbar. Frisk luft och naturupplevelserna väntar redan runt hörnet. Däremot att hitta sällskap eller lämpliga arrangemang i närmiljön - viktigt för att ta sig över tröskeln för att komma ut och röra sig! - kan kräva påhittiga insatser och initiativ från samhälls- och frivilligorganisationer och framför allt från de äldre själva och deras egna organisationer. Tänk om det här och var i allas vår närmiljö, vare sig vi bor i eget eller särskilt boende, skulle finnas grupper som bjuder oss till att idka fysisk aktivitet och uppleva konvivialitet under gång ute i det fria!

Det tycks mig uppenbart att även de äldre kan drabbas av och känna rörelseglädje. De förtjänar att bli stöttade i att uppleva denna glädje i rörelse, kanske under en aktivitet utomhus, för att de på så sätt kan prehabilitera sig innan behovet av prevention uppstår.

Konklusion

Denna text har framställts som ett underlag till en forskningsansats där erfarenhetskunskap har fått en framträdande roll. Mitt intresse och mina erfarenheter har väglett mig och mina tankar har fått fart genom litteraturstudier och efter att jag tagit del av berättelser från de äldre människor jag lyssnat på. Jag tycker mig kunna konstatera att det finns belägg för att man bör lyfta fram och sprida den fysiska aktiviteten i form av promenad utomhus som en lustfylld, hälsofrämjande (för hela människan) och en rekommenderad aktivitet framför allt för fysiskt inaktiva äldre.

Jag finner behov av en studie som på ett systematiskt och vetenskapligt sätt tar vara på de äldres berättelser och belyser de äldres upplevelser om fysisk aktivitet utomhus samt vilken roll utemiljön, rörelseglädjen och gruppen har vid vidmakthållandet av den fysiska aktiviteten.

Ett första steg skulle enligt min uppfattning vara en intervjustudie där man djupintervjuar de äldre människorna och tar reda på innebörden av att känna rörelseglädje och att röra sig utomhus. I nästa steg tänker jag mig att vi behöver veta mer om de äldres önskemål och behov av stöd både vad gäller deras behov av stödpersoner eller stödgrupp eller deras önskemål och behov vad gäller miljön för att de ska kunna vara fysiskt aktiva utomhus. Slutligen skulle vi kunna ha nytta av att veta om vi genom att idka prehabilitering bättre kan stödja de inaktiva äldre till att bli fysiskt aktiva utomhus.

En sådan studie kan motiveras utifrån den nytta den kommer att kunna bringa genom att låta oss bättre förstå vad det är som kan driva äldre till att vara fysiskt aktiva och hur de vill bli stöttade i sin strävan efter att kunna fortsätta med att ha kontroll över sin hälsa och vara engagerade med "det som är viktigt för dem i livet" (Gadamer & Jakobsson, 2003). Jag tänker mig att resultaten från den planerade studien skulle kunna få betydelse även för framtida bostads- och stadsplanering vad gäller utformning och tillgänglighetsaspekter på närmiljön inom- och utomhus. Fynden från den planerade forskningen kommer också att ställa krav på samhället: hur skapa strukturer och arrangemang som främjar ett salutogent och prehabiliterande synsätt gentemot såväl friska som sköra äldre både i eget och särskilt boende. Jag hoppas att studien kommer att medföra att man prioriterar fysisk aktivitet och erbjuder tillfällen till lustfylld fysisk aktivitet och utevistelse för alla äldre. Min förhoppning är att denna kunskap kan komma till nytta även genom att göra oss alla mera pro-aktiva (förutseende) innan vi behöver bli re-aktiva (efterkloka) och hitta andra lösningar. Kanske är det dags även för en ny disciplin inom gerontologi: prehabiliteringsmedicin.

Sammanfattningsvis tänker jag att mitt bidrag till dagens och morgondagens både friska, sköra och sjuka äldre blir att, genom att lyfta fram vinsterna med fysisk aktivitet utomhus, inspirera och inbjuda de äldre till att så ofta som möjligt hämta kraft och glädje från en rörelseaktivitet under utevistelse i närnatur.

Plan för förverkligande

Tidsplan: maj 2014 - december 2014

Kontakt planeras att tas med:

- stadsbyggnadsförvaltningen i Eskilstuna med erbjudan att bistå med kunskap om äldre och fysisk aktivitet utomhus i samband med planering av ombyggnad i stadsparken
- personal inom primärvården och på öppna verksamheter samt inom hemtjänst och vid äldreboenden i Eskilstuna kommun för att diskutera värdet med utomhuspromenad för äldre
- åsrika personer via pensionärsorganisationer och öppna verksamheter för att höra deras åsikter, väcka tankar hos dem och förstärka dem i strävan efter att få till stånd och hålla igång lämpliga fysiska aktiviteter i utemiljön
- universitet och högskolor för att ge förslag på forskning utifrån detta ämne (Äldre och fysisk aktivitet utomhus) och med stöd av denna forskningsansats.

“Go to the people.

Live with them.

Learn from them.

Love them.

Start with what they know.

Build with what they have.

But with the best leaders,

when the work is done,

the task accomplished,

the people will say:

We have done this ourselves.”

(Lao Tzu)

Referenser

- Albert, S.M. (2004). *Public health and aging. An introduction to maximizing function and well-being*. New York NY: Springer.
- Alftberg, Å. (2012). *Vad är det att åldras? En etnologisk studie av åldrande, kropp och materialitet* (avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet, 2012).
- Alftberg, Å. (2011). Den hälsofrämjande promenaden. Äldre människors promenerande som nytta, nöje och norm. *Socialmedicinsk tidskrift*, 88, (3), 233-239.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ekkekakis, P., Backhouse, S. H., Gray, C. & Lind, E. (2008). Walking is popular among adults but is it pleasant? A framework for clarifying the link between walking and affect as illustrated in two studies. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, (3), 246-264.
- Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N.A. & Lucia, A. (2013). Exercise is the Real Polypill. *Physiology*, 28, (9), 330-358.
- Fromm, E. (1964). *The heart of man. Its genius for good and evil*. New York: Harper & Row.

- Gadamer, H-G. & Jakobsson, J. (2003). *Den gåtfulla hälsan. Essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis.
- Grimby, G. (2008). *Aspekter på fysisk aktivitet och träning för äldre*. Vårdalinstitutets Tematiska rum, Äldres hälsa. Hämtad december 15, 2013 från <http://www.vardalinstitutet.se/sv/node/2089>
- Hellenius, M-L., Elblom-Bak, E. & Ekblom, B. (2010). Minskat stillasittande lika viktigt som ökad fysisk aktivitet. *Läkartidningen*, 107, (9), 587-588.
- Hellman, D. & Sandstedt, H. (2006). *Aktivera mera. Aktivitetsövningar utarbetade utifrån undersökningar om elevers fysiska intressen*. (Examensarbete inom lärarprogrammet). Göteborg: Göteborgs universitet.
- Hörder, H. & Frändin, K. (2012). *Betydelsen av en intervention med fysisk träning för inaktiva äldre*. Delrapport från projektet Formkontroll för äldre. Borås: FoU Sjuhärad Valfärd, Högskolan i Borås.
- Ikäinstituutti. (2014a). *Kraft i åren. Hälsomotionsprogram för äldre*. Hämtad mars 24, 2014 från <http://www.voimaavanhuuteen.fi/se/framsida/>
- Ikäinstituutti. (2014b). *Kraft i åren. Hälsomotionsprogram för äldre. Nationell friluftsdag för äldre*. Hämtad mars 24, 2014 från <http://www.voimaavanhuuteen.fi/se/motion+utomhus/nationell+friluftsdag+for+aldre/>
- Johansson, A. & Holgersson, H. (2009). *Vad motiverar äldre till fritidsaktiviteter? En kvalitativ intervjustudie om motivationsfaktorer*. (Kandidatexamensarbete i arbetsterapi). Stockholm: Karolinska Institutet.
- Karlsson, J. (2011). *Motivera de äldre att delta i fritidsaktiviteter på Folkhälsanhuset i Pargas*. (Examensarbete för sjukskötarexamen). Åbo:Yrkeshögskolan Novia.
- Kerr, J., Sallis, J. F., Saelens, B.E., Kelli, C.L., Conway, T.L., Lawrence, F.D. & King, A.C. (2012). Outdoor physical activity and self rated health in older adults living in two regions of the U.S. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 8.
- Klingvall, B. (2013). *Barns uppfattningar av rörelseglädje*. (Examensarbete inom pedagogik). Jönköping: Högskolan i Jönköping.
- Leger, L.S. (2003). Health and nature. New challenges for health promotion. *Health Promotion International*, 18, (3), 173-175.
- Lindwall, M. (2008). Aldrig för sent att börja och alltid för sent att sluta. *Svensk Idrottsforskning*, 17, (3), 34-37.
- Lisberg Jensen, E. (2008). *Gå ut min själ. Forskningsöversikt om hälsoeffekter av utevistelser i närmatur*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Morris, J.N. & Hardman, A. E. (1997). Walking to health. *Sports Medicine*, 23, (5), 306-332.
- Ottosson, M. & Ottosson, Å. (2006). *Naturen som kraftkälla: Om hur och varför naturen påverkar hälsan*. Stockholm: Naturvårdsverket.
- Palm, V. (2010). *Hälsofrämjande äldreomsorg*. Motion till riksdagen 2010/11:So567 Hämtad december 15, 2013 från <http://data.riksdagen.se/dokument/GY02So567>
- Rydwick, E. (2012). *Fysisk aktivitet och träning för sköra äldre*. Vårdalinstitutets Tematiska rum, Äldres hälsa. Hämtad mars 15, 2014 från <http://www.vardalinstitutet.se/sv/node/3058>
- Schäfer Elinder, L. & Faskunger, J.(Red.). (2006). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Sharma, M. (2006). Applying Freirian model for development and evaluation of community-based rehabilitation programmes. *Asian Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 17, (1), 42-49.

- Shimada, H., Ishizaki, T., Kato, M., Morimoto, A., Tamate, A., Uchiyama, Y. & Yasumura, S. (2010). How often and how far do frail elderly people need to go outdoors to maintain functional capacity? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, (2), 140-146.
- Shin, Y. (1999). The effects of a walking exercise program on physical function and emotional state of elderly Korean women. *Public Health Nursing*, 16, (2), 146-154.
- Skolverket. (2011). Idrott och hälsa. I *Läroplanen för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011* (s. 51-61). Stockholm: Författaren.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2013). *Förändring i rörelse! Nationell strategi för motion som främjar hälsan och välbefinnandet*. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2013:13. Helsingfors: Författaren, Undervisnings- och kulturministeriet.
- Spain, J. (1985). Prehabilitation. *Clinics in Sports Medicine*, 4, (3), 575-585.
- Statens folkhälsoinstitut. (2008). *FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm, 2008. Stockholm: Författaren.
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). *FaR. Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Östersund: Författaren.
- Svenska ESF rådet. EU:s temaår 2012. Hämtad mars 15, 2014 från <http://www.esf.se/sv/vara-program/alldrearet2012/>
- Thompson-Coon, J., Boddy, K., Stein, K., Whear, R., Barton, J. & Depledge, M.H. (2011). Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. *Environmental Science & Technology*, 45, (5), 1761-1772.
- Wilson, E.O. & Kellert, S.R. (Eds.). (1993). *The Biophilia hypothesis*. Washington DC: Island Press.
- World Health Organization. *Health Topics. Physical activity*. Retrieved March 24, 2014 from http://www.who.int/topics/physical_activity/en/

Forskningsbidrag

Åtta kontinuiteter i seniorers kontakter med vården

Siv Bäck-Pettersson & Margareta Jansson

siv.back-pettersson@vgregion.se

maggan.i.jansson@gmail.com

Handledare Håkan Thorsén

Åtta kontinuiteter i seniorers kontakter med vården

Inledning

Normalt mänskligt åldrande betraktas som en dynamisk process där både inre och yttre variationer av kontinuitet innefattas. De allra flesta människor som upplever balans mellan inre och yttre kontinuitet kan anpassa sig till de förändringar som uppkommer under det normala åldrandet. I den meningen utgör kontinuitet, som en abstrakt kognitiv social konstruktion, en dynamisk del av livet som är av betydelse för upplevelse av stabilitet vid förändringar som människan upplever under livet (Atchley, 1989).

En människas identitet formas i samspel mellan individen och den omgivande kontexten och personligheten utvecklas i relation till individens livshistoria, nuvarande situation och förväntningar på framtiden. Med identitetskontinuitet avses den inre kontinuitet som upplevs i relation till personligheten och utgör en inre struktur av idéer, temperament, känslor, erfarenheter, preferenser, anlag och färdigheter (Oliverstam, Thorsén, Giannini & Olivenstam Torold, 2001). Människan strävar efter kontinuitet genom att behålla sin personlighet, beteenden, aktiviteter och relationer genom hela livet. Individens identitet byggs upp genom upplevelse av inre kontinuitet. En människa utvecklas också som person i relationer till andra över tid. Denna yttre kontinuitet upplevs när individen är i en känd miljö och kan leva sitt liv, utöva aktiviteter som hon klarar av och interagerar med personer hon känner och litar på (Atchley, 1989).

Bakgrund

Obotlig sjukdom eller mångsjuklighet rubbar balansen mellan inre och yttre kontinuitet för individen och kan vara en källa till lidande både för individen själv och för närstående (Atchley, 1989). Den som drabbas av flera sjukdomar samtidigt upplever inte varje sjukdom för sig utan som en helhet som flätas in i individens historia, nutid och framtid (Jönsson, 2011). Men dagens evidensbaserade sjukvård bygger på kunskap om varje sjukdom för sig och vården är organiserad utifrån ett specialiseringstänkande, där en specialist behandlar en sjukdom i taget. Specialiseringen försvårar för vården att upptäcka, erkänna och möta den enskilda individens behov av kontinuerlig vård och behandling. En annan försvårande omständighet är att individen jämförs med andra individer som har samma sjukdomar, inte med sig själv i ett longitudinellt perspektiv (Jönsson, 2012).

En annan variation av kontinuitet är relaterad till själva sjukdomstillståndet. Det handlar om individens sätt att förhålla sig till, uppleva och reagera på sjukdom och behandling, en form av sjukdomskontinuitet. Denna variation av kontinuitet framträder särskilt hos den som under sitt liv drabbas av en eller flera allvarliga sjukdomstillstånd. Mångsjukligheten i sig kan skapa otrygghet och diskontinuitet för den enskilda individens förståelse av vad som är tecken på försämring av befintliga sjukdomar eller vad som är tecken på ny sjukdom (Sumer Meranius, 2010). Jönsson (Jönsson, 2012) påtalar nödvändigheten av att undersöka vad som är evidensbaserad kunskap för hela individen och inte bara för respektive åkomma.

Kontinuitet i vårdrelationen handlar såväl om den relation individen har till enskilda vårdgivare som relationen mellan olika vårdgivare. Den enskilda individen behöver i en sådan situation uppleva integration och samordning av vård ur ett longitudinellt perspektiv, oavsett var vården äger rum. Gott samarbete i vårdrelationen, tillgång till god vårdmiljö och skräddarsydd vård för varje individs behandling främjar upplevelsen av kontinuitet (Cornwell, Levenson, Sonola & Poteliakhoff, 2012; Goodwin, Sonola, Thiel & Kodner, 2013; Haggerty at al, 2003).

Haggerty (Haggerty at al, 2003) beskriver tre typer av kontinuitet som existerar inom alla vårdverksamheter; kontinuitet i relationer, kontinuitet i information och kontinuitet vid behandling. Studier inom primärvården lyfter fram betydelsen av en förtroendefull kontakt mellan läkare och patient. Denna form av personlig kontinuitet anses främja kommunikation, tillit och ansvarstagande i vårdrelationen (Haggerty at al, 2003). Inom psykiatrisk vård betonas värdet av kontinuitet över tid för att skapa en terapeutisk vårdrelation (Kai & Crosland, 2001). Patienter upplever interpersonell eller mellanmänsklig kontinuitet i vårdrelationen med en eller flera personer som de har lärt känna personligen och litar på oavsett vårdform och vårdkontext (Hautala-Jylha, Nikkonen & Jylha, 2005; Tarrant, Dixon-Woods, Colman & Stokes, 2010). Utveckling av mellanmänsklig kontinuitet kräver en stor känslomässig investering från patientens sida (Tahan, 2007) och anses vara en förutsättning för att skapa ett positivt känslomässigt klimat och för utveckling av en social interaktion där båda parter lär av varandra (Denhov & Topor, 2012). För att säkra och samordna rätt vård, på rätt sätt, till rätt patient vid byte av vårdgivare krävs att det finns en kontinuitet i informationsöverföringen när en individ byter vårdgivare oavsett om överflyttningen sker inom sjukhus, mellan sjukhus, primärvård och kommunal hemsjukvård (Hellesø & Lorensen, 2005; Payne, Kerr, Hawker, Hardey & Powell, 2002; Tahan, 2007). Kontinuiteten främjas av att vårdkedjans olika delar överbryggas, oavsett om det gäller olika vårdepisoder, interventioner hos olika vårdgivare, eller förändringar i sjukdomstillståndet (Haggerty at al, 2003). Denna form av interpersonell kontinuitet främjas av att vårdinsatserna planeras och samordnas i samförstånd över vårdgivargränser (Bull & Roberts, 2001).

Litteraturgenomgången visar att de flesta empiriska studier som lyfter fram kontinuitetens betydelse i individens kontakter med vården handlar om kontinuitet i vårdrelationen, informationskontinuitet och behandlingskontinuitet. I föreliggande arbete avser vi att belysa kontinuitet som äldre personer med mångsjuklighet framställer som betydelsefull och problematisk när man behöver livslång kontakt med vården antingen som patient eller som närstående.

Syfte

Syftet är att identifiera, analysera och beskriva seniorers levda erfarenheter av kontinuitet i kontakter med vården över tid.

Metod

Studien har en fenomenologisk- hermeneutisk ansats, vilket innebär att den berättade levda erfarenheten formuleras i en text och tolkas mot bakgrund av författarnas förståelse av fenomenet (Lindseth & Norberg, 2004). Metoden kan placeras mellan konst och vetenskap. Den konstnärliga talangen används när den naiva läsningen genomförs, den vetenskapliga skickligheten används vid genomförandet av den strukturella analysen och kritiska talanger när den

tolkande helheten formuleras. Själva tolkningsförfarandet går till så att man följer den tanke-riktning som framträder genom texten. Förklaring och tolkning betraktas som delar av själva förståelseprocessen (Ricoeur, 1976). Förståelseprocessen innefattar att anamma tolkningens olika delar och genom utveckling, reflektion och distansering skapa en ny förståelse för helheten. Den teoretiska referensramen utgår från en teori om kontinuitet vid normalt åldrande och om kontinuitetens betydelse för utvecklingen av den personliga identiteten i ett longitudinellt perspektiv (Atchley, 1989).

Informella samtal fördes med sex individer (63-72 år), som på grund av allvarlig sjukdom och mångsjuklighet är beroende av livslång kontakt med flera vårdgivare. Fyra intervjuades som patienter och två som närstående. Samtalen utgick ifrån en övergripande frågeställning om kontinuitetens betydelse i relation till individernas liv och vårdkontakter. Samtalen varade ungefär en timme, ägde rum per telefon eller på överenskommen plats, spelades in på band och skrevs ut ordagrant. De allmänna forskningsetiska huvudkraven inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning har beaktats (Vetenskapsrådet, 2002).

Dataanalys

Analysen genomfördes med en fenomenologisk hermeneutisk metod för texttolkning (Lindseth & Norberg, 2004). Analysen av texten från respektive intervju genomfördes i tre steg; naiv läsning med naiv tolkning, strukturanalys och tolkning av helheten i relation till frågeställning och sammanhang. Varje steg har sitt särskilda fokus. Under den naiva läsningen var det viktigt att bli bekant med texten och få en känsla för innebörden (riktning och budskap). Här fokuserades texten som helhet. Under strukturanalysen granskades olika variationer av kontinuitet systematiskt och textens innebörd validerades författarna emellan. I det sista steget ska betydelsen av kontinuitet i deltagarnas vårdkontakter tolkas i ett helhetsperspektiv (Lindseth & Norberg, 2004).

Resultat

Åtta Kontinuiteter

Genom att följa de metodologiska stegen i analysen identifierades följande åtta variationer av kontinuitet som påverkar livet och som är av betydelse för individers och närståendes kontakter med vården över tid: identitetskontinuitet, sjukdomskontinuitet, närståendekontinuitet, rumslig kontinuitet, behandlingskontinuitet, samordnarkontinuitet, behandlarkontinuitet och kunskapskontinuitet. Variationerna, som växt under strukturanalysen, innehåller kontinuitetsbevarande och kontinuitetsinskränkande dimensioner, från upplevelse av total kontinuitet till total diskontinuitet i individernas berättelser. Nedan presenteras variationerna var för sig med de teman som framkommer i analysen, förstärkt med belysande citat hämtade ur individernas berättelser.

Identitetskontinuitet

Livet förändras för den som drabbas av allvarlig sjukdom och mångsjuklighet, vilket påverkar både individen och den närståendes identitet och roll i relationen. Denna form av sjuklighet gör sig påmind varje dag och individens liv fylls av en rad förändringar som ytterst hotar själva existensen. Att leva med ständig rädsla för att dö och oro för hur vardagen ska gestalta sig, påverkar självbilden negativt. Identiteten förändras också när individens livsvillkor ändras från

att leva ett aktivt liv i social gemenskap till ett liv fyllt av fysiska, psykiska och sociala begränsningar. I den nya livssituationen förändras också relationen mellan individ och närstående vilket framkallar ett behov av att skapa en ny rollidentitet för den närstående. Att uppleva identitetskontinuitet handlar om att klara av att leva med flexibel identitet när sjukdom hotar existensen. När kroppsjaget förändras och livssituationen så kräver är det viktigt att kunna skapa en ny rollidentitet i relationen.

”När man blir sjuk så hänger livet inte ihop, det rasar ju totalt och livet förändras väldigt påtagligt. Någonstans i huvudet är jag som förut, i tanken. När jag tänker på mig själv så är jag precis som jag var innan jag fick diagnosen, men kroppen är ju inte där och den kanske aldrig kommer dit, där jag var förut.”

Sjukdomskontinuitet

Allvarlig sjukdom och mångsjuklighet dominerar individens totala livssituation och lång väntan på diagnos och behandling skapar känsla av vanmakt hos individen.

”Jag fick vänta 8 veckor från det jag fick min diagnos till det att jag blev opererad och det är de värsta veckorna i mitt liv. Det var fruktansvärt. Varenda rörelse i magen gjorde att jag tänkte nu har cancern spridit sig till tarmarna. Vanmakten att inte kunna göra någonting att dom inte fattade att det var igår jag ville bli opererad och det blev fel på remisser som var skickade men inte kommit fram. Det var ju tur att jag ringde för jag var ju uppstressad och ville veta.”

Ständiga smärtor har en negativ inverkan på individens livsglädje och livskvalitet. Den som behandlas för flera allvarliga sjukdomstillstånd samtidigt upplever att tillvaron begränsas och att ständiga läkarbesök får ett alltför dominerade inflytande på livssituationen.

”Alla dessa sjukdomar har påverkat mig i allra högsta grad. Livskvaliteten har sjunkit otroligt långt ner, mår man dåligt är det ingenting som blir roligt, har man konstant värk så kan man inte göra någonting. Det påverkar ju hela livssituationen. Men mitt tillstånd fluktuerar så ena dagen är jag väldigt lågt ner och vissa dagar känns det väldigt bra. När jag hade det som värst med förmaksflimret så vågade jag inte besöka vänner för att jag var rädd att hjärtat skulle sätta fart och den rädslan hänger i.”

När läkare bedömer individen som arbetsoförmögen och försäkringskassan gör en motsatt bedömning skapas en konflikt som kränker självkompetensen och som får allvarliga konsekvenser för individens hela livssituation.

”Jag var 62 när jag fick diagnosen, sen blev jag sjukskriven och opererad på hösten och när det hade gått ett år så började försäkringskassan säga att nu måste du komma igång och jobba. De ansåg att jag inte var sjuk när jag inte hade någon cancer kvar, trots att jag aldrig varit så sjuk någon gång som efter behandlingarna, men det lyssnade inte dom på. Jag blev väldigt besviken, ledsen och kränkt. Jag har aldrig varit långtidssjukskriven i hela mitt liv. När läkaren gör en bedömning och det gör ju han utifrån sin professionella kunskap och så sitter FK och underkänner hans bedömning. Dom har aldrig sett mig, inte haft ett enda samtal med mig öga mot öga på hela tiden. Det är fruktansvärt kränkande, så känner jag det.”

Närståendekontinuitet

När någon i familjen drabbas av mångsjuklighet och allvarlig sjukdom förändras livsvillkoren för hela familjen. För att uppleva kontinuitet i den förändrade relationen önskar den närstående skapa egen tid, ha någon att prata med och fortsätta ingå i ett socialt sammanhang för att orka vara ett stöd för individen. Den närstående måste acceptera att överta ett ensamansvar för familjens nya livssituation. När individen drabbas och blir beroende av kontinuerligt stöd, kan den närståendes kärlek som byggts upp genom livet överbrygga problemen och motivera den närstående till att skapa ett nytt gemensamt gott liv utifrån den situation man hamnat i.

”Något vanligt liv har vi inte, detta knäcker också barnen. Jag saknar mina tidigare kontakter och har ingen att prata med längre. Jag vet inte hur jag ska orka. Tur att mina barn hjälper mig och förstår vilket dilemma jag är i.”

Rumslig kontinuitet

När vården genomförs i hemmet påverkas den närståendes integritet. Risker för kränkning av revirgränser är uppenbar dels för att den närstående tvingas blotta sig inför andra än familjen och dels för att rätten till inflytande över individens vård begränsas. Närstående upplever sig väldigt utsatta när revirgränsen kränks, när vårdpersonalen uppträder okänsligt och inte har förståelse för och respekterar att hemmet utgör ett gemensamt revir. Privatlivet inskränks när vården flyttar in. Den närstående hanterar strävan efter kontinuitet genom att ta kontroll över situationen och skapa sig ett nytt livsrum genom att både markera och acceptera revirgränserna.

”Jag reagerade oerhört starkt på alla som kom in i vårt hus, på hur de agerade när de tvättade och städade, när de gick i mina skåp och lådor. Mitt hem blir som en arbetsplats. Jag hade ingen aning om att det skulle kännas så jobbigt. Där är kontinuitet viktigt i förhållande till hur de beter sig. Det som händer är att ens egen integritet går förlorad. Jag har ju mitt egna rum och jag kan ju stänga in mig där men man känner sig som om ens hem är allmän egendom.”

”När så känner jag ju de som kommer och vi har tala igenom hur jag vill ha det. Jag bor ju faktiskt här jag också. Det går bättre nu när jag själv styr upp det. Men även om jag vet vilka de är och har kontroll över det så är det ändå alltid andra människor här hemma, som gör det jag brukar göra här. Det är ju inte som att ha gäster. Jag hanterar det på det sättet att när jag är hemma så vill jag inte ha någon hjälp, eller så går jag ut när de kommer, eller så stänger jag in mig på mitt rum.”

Behandlingskontinuitet

Att drabbas av allvarlig sjukdom och mångsjuklighet innebär att individen har behov av långvarig kontakt och livslång behandling. Med allvarlig sjukdom följer ofta upplevd skörhet och bristande livsgnista. I denna situation är det viktigt att vårdgivaren tar ansvar för att kalla individen i god tid och att överenskomna besök kommer till stånd. När individen rapporterar om svåra och atypiska biverkningar är det nödvändigt att läkaren visar tilltro och lyhördhet för individens upplevelser och individualiserar ordination och behandling.

”Strålningen knäckte mig helt och hållet. När det var som värst under den första veckan av behandlingen, så ville jag faktiskt inte leva. Jag har aldrig känt så förut i hela mitt liv

och inte någon gång under sjukdomstiden för övrigt heller, varken före eller efter. Dom trodde inte på mig när jag berättade att jag kräktes och mådde illa efter den andra behandlingen, för det gör man inte förrän efter 6:e 7:e behandlingen. Jag trodde jag skulle bli tokig.”

För den som bedöms färdigbehandlad inom den traditionella sjukvården upphör all vårdkontakt och patienten upplevs bli lämnad åt sitt öde. I denna situation hjälper kontakten med komplementärmedicinsk expertis, individen att hämta sig själv åter.

”Det tycker jag var det värsta av alltihop att när man är färdigbehandlad, så släpps man bara rätt ut, ingen säger vad man ska göra, inte någonting. Nej, dom har inget att säga, dom vet inte vad dom ska göra med människorna i den situation känns det som. Tack vare komplementärmedicin har jag sakta men säkert återhämta mig. Om jag inte hade tagit tag i det själv så hade jag inte varit där jag är idag, det är jag helt övertygad om. Det är viktigt att komma igång med det som man känner ger en själv mycket.”

Behandlarkontinuitet

En långvarig, regelbunden välfungerande kontakt med en läkare gör individen allt för att behålla. När läkaren är intresserad, bryr sig om, har förmåga att knyta an till och möta individen som person skapas en naturlig dialog om behandling, rehabilitering och livssituation. Denna form av behandlarkontinuitet hjälper individen att få livet att hänga samman trots livssituationen.

”Hon påverkade mig som människa. Jag är glad om jag får henne i min fortsatta kontakt även om jag går där mer sällan nu. Hon ger mycket mer, det ger hela mig någonting. I min situation har detta varit och är väldigt viktigt. Kontinuiteten i detta ligger i att hon knyter an till mig som person, hon bryr sig och tar in mig som person, vi för en naturlig dialog och den kommer av sig själv för hon är intresserad själv av att fråga mig om allt jag har runt om mig.”

För individen är det inte lätt att bryta en ickefungerande behandlingskontakt med en läkare. Rädsla för auktoriteter och känslan av att vara i under läge hindrar individen att begära och genomföra ett byte av behandlare. Önskan om att möta en och samma läkare i primärvården uppfylls inte på grund av att det saknas fast anställda distriktsläkare. När närstående ber behandlande läkare om hjälp med sin partners vård och behandling men blir arrogant och oförsämligt bemött raderas både förtroendet för läkaren och den närståendes tilltro den egna förmågan att ta fullt ansvar.

”När jag tog upp hans gedigna läkemedelslista med läkaren på vårdcentralen vill denne inte gå in i specialistläkarens ordinationer utan säger att det får ni tala med dem om. När jag då säger att han inte förväntas få någon mer tid där så säger läkaren jag kan sätta ut all medicin om du vill. Men han kan då få ett Grand mal anfall säger jag. Då säger läkaren arrogant att det kan väl du ta hand om. Därför tar jag inte upp läkemedelsfrågan igen. Det är ju alltid så att patienten är i underläge. Egentligen skulle jag säga upp bekantskapen med den läkaren och ta någon annan. Men det är svårt att bara bryta en sådan kontakt.”

Samordnarkontinuitet

När individen går hos flera specialister och behandling sker vid olika sjukhus och i primärvården finns en stark önskan om att få någon som samordnar vård- och behandlingsinsatserna. I praktiken fungerar detta inte alls i nuläget, vilket medför en ökad belastning på individen både att uthärda sin sjuklighet, själv hålla reda på och rapportera symtom, biverkningar och resultat av behandling mellan läkarna.

”Det är ett bekymmer när man går på fyra olika ställen och veta vart ska jag vända mig när jag får problem. Ofta är det ju så att man känner sig som ett fån och vet inte vem man ska vända sig till och vet inte vad man ska göra. Samordningen som man förväntar sig mellan dessa fyra olika vårdgivare existerar inte. De är ju specialister inom var sitt område och kör så att säga sitt eget spår och bryr sig bara om exakt det man är remitterad dit för. De går ju inte in på något annat som blodsocker och absolut inte själen heller. Det är ju fruktansvärt att det inte finns någon samordning, för man måste ju hela tiden relatera till vad den andra läkaren säger, vad han tycker och vad den medicinen är bra för.”

Även närstående uttrycker en önskan om att det finns någon som samordnar vård-, behandlings- och rehabiliteringsinsatserna. När vården sker i hemmet önskar den närstående att det ska finnas en kontaktperson att vända sig till med funderingar och frågor av olika slag både i samband rehabiliteringsinsatser och också i den dagliga vården av individen.

Kunskapskontinuitet

Både individen och den närstående önskar ha ett kunskapsutbyte med dem som ansvarar för vård och behandling. De uttrycker behov av att bli bekräftade i sin självkompetens och att vårdgivaren kan kommunicera sitt yrkeskunnande på ett sådant sätt att båda parter kompetens tillvaratas. För den som måste ha kontinuerlig kontakt med vården är det särskilt viktigt att vårdgivaren kan möta individen som person och respekterar dennas kunskap. Om dialogen dessutom förs på ett existentiellt plan utvecklas en kunskapsgemenskap som förefaller nödvändig för både individen och närstående.

”Hon var sjuksköterska och skulle sätta dropp på mig och vara hos mig och kolla så att allting var bra. Hon var väldigt intresserad av mig och hur jag kunde klara av de problem som behandlingen innebär. Man blir ju exempelvis alltid förstoppad av behandlingen och då ville hon veta hur jag kunde klara av att inte ta laxermedel under hela behandlingstiden. Då berättade jag att jag dricker mitt vatten på morgonen och klarar mig med det så. Då blev hon så intresserad så hon började också dricka vatten och berättade för mig sen hur bra hon mådde av det. Det tycker jag var så fantastiskt att hon själv kunde använda sig av det jag gjorde och kunde använda det i kontakten med andra patienter.”

”Jag får hela tiden ställa frågor och tjata på dem att göra de insatser som min man behöver. Jag känner att jag inte törs ta upp saker som inte hänger ihop eller som inte fungerar. Jag är rädd att han ska drabbas av att jag är kritisk och ställer frågor. Jag tycker inte att personalen har kunskaper om stroke och hur han behöver rehabiliteras.”

Samtidigt hindras denna form av kunskapsutbyte av att vårdgivaren inte kan kommunicera på individens villkor och brister i respekten för individens och den närståendes kunskaper i sammanhanget.

”En ung duktig men oerfaren läkare på intaget sa att min man måste läggas in för vi måste ta en CT skae. Varför måste ni det sa jag. Jo, vi måste se om det är någon pågående blödning. Varför måste du veta det. Jo, så vi får veta orsaken till det här. Men jag vet att det inget finns att göra. För vem görs undersökningen, och varför, frågade jag då. Jag ville att den läkaren skulle lita på att jag hade fattat rätt beslut här. Min man ville ju absolut inte in och de kan ingenting göra.”

I vissa fall motverkas ett kunskapsutbyte av bristande respekt för närståendes kunskap och erfarenhet om vård och av den närståendes rädsla för att individen ska drabbas av repressalier från vårdgivarens sida. Individen efterlyser ett kunskapsutbyte mellan vårdgivare och drabbas både som person och i behandlingen av att vårdgivarna inte samarbetar över vårdgivargränser. Kunskapsöverföringen visar sig även falla i de fall när individens vård, behandling och rehabilitering inte överförs till annan vårdgivare.

”När jag behandlades på universitetssjukhuset så fanns ett stroketeam kring mig med olika kompetenser det var bra, men när de sedan förde över mig till länssjukhuset försvann allt. När vi flyttade överfördes ingen information. De förväntade att min hustru skulle sköta det. Jag ringde flera gånger och undrade hur jag skulle vårdas men fick inga konkreta svar.”

Individer som tvingas ha långvarig kontakt med vården över tid påtalar vikten av att skapa kontinuitetsbevarande strategier såväl i privatlivet som i vårdsammanhang. I hemmet krävs en anpassning till förändrade rollidentiteter och i relationen till vårdkollektivet krävs utveckling av en kunskapsgemenskap som är till gagn både för individen och den närstående.

Diskussion

Metoddiskussion

För att få en ökad kunskap om individer med mångsjuklighet och deras levda erfarenhet av kontinuitet i vården analyserades berättelserna med stöd av en hermeneutisk fenomenologisk metod (Lindseth & Norberg, 2004). Tanken var att utveckla kunskap användbar för vårdkollektivet som möter dessa personer i praktisk vårdverksamhet. Individerna valdes utifrån sin långa erfarenhet av kontakter med vården. De hade kunskap om kontinuitetens betydelse såväl som patient och närstående som vårdpersonal. Alla hade en vilja och förmåga att artikulera sina levda erfarenheter om fenomenet (Kvale & Brinkman, 2010). Vi valde metoden därför att vi hade en ambition att synliggöra kunskap om kontinuitet ur flera olika perspektiv. Med denna metod är det viktigt att analysen genomförs transparent så att det är möjligt att granska analysprocessen och att resultatet som presenteras utgör den mest troliga tolkningen (Lindseth & Norberg, 2004). Berättelserna utvecklades under intervjun och relaterades efteråt till studiens syfte och frågeställningar. Inom ramen för uppsatsarbetet fanns det ingen möjlighet att intervjua fler individer (Kvale & Brinkman, 2010). Med så få deltagare var det viktigt att validera den röda tråden i och mellan varje steg i analysprocessen. För att stärka resultatens trovärdighet

var författarna och handledaren aktiva i analysprocessens olika steg tills konsensus av tolkningen uppnåddes (Lindseth & Norberg, 2004). Vi har valt att låta resultatdelen få ett relativt stort utrymme då vi anser det vara det viktigaste bidraget i den kontext som studien ingår i. Den tolkande helheten som utgör metodens sista steg är inte utvecklad inom ramen för denna uppsats.

Resultatdiskussion

Studiens huvudresultat beskriver vad det innebär att erfara longitudinell kontinuitet i kontakterna med vården och tolkas i olika dimensioner från anpassning av roller i privatlivet, att skapa goda relationer och utveckla en kunskapsgemenskap med vårdkollektivet till att få livet och vården att hänga samman. I dimensionen "Att anpassa rollerna i privatlivet" finns en strävan hos individen att anpassa sig till den förändrade livssituationen genom att tillämpa interna och externa kontinuitetsbevarande strategier i det dagliga livet (Atchley, 1989). Individen har en önskan om att klara av vardagen och vardagsbeslut som tidigare genom att återupprätta sin jag-identitet (Thorsen, 2010). Individen stävar efter att bevara den interna kontinuiteten genom att bibehålla sina grundläggande värderingar och den upplevda personligheten. När sjukdom påtagligt hotar existensen använder individen egna strategier för att bevara sin integritet och självkänsla. Den närstående önskar också att återupprätta sin jag-identitet (Jönsson, 2012). Kärleken makarna emellan utgör här en grundförutsättning för att bibehålla den externa kontinuiteten i relationen. En strategi är att acceptera att den förändrade livssituationen är permanent. Genom att skapa en ny rollidentitet utvecklas en ny rollgemenskap som gör att makarna kan gå vidare tillsammans i livet (Thorsen, 2010). För att hantera den nya livssituationen behöver närstående praktisk hjälp i vardagen, egen tid och andra vuxna att tala med och ett eget socialt sammanhang. Sjukdom och den situation som individen upplever på grund av sin mångsjuklighet medför svårigheter att bevara den externa kontinuiteten. Upplevelser av ökad sårbarhet, förlust, rädsla och sorg över hur den sociala identiteten förändrats inverkar negativt på identitetskontinuiteten. Att gå från ett liv i social gemenskap, vara bekräftad av andra, ha förmåga att hantera kroppsliga och mentala förändringar till ett liv fyllt av begränsningar påverkar upplevelsen av integritet och kontinuitet. När det sociala stödet minskar och förmågan att gemensamt planera för framtiden, förändras interaktionen makarna emellan radikalt, vilket stöds av Atchley's teori om hur den externa kontinuiteten bevaras under åldrandet (Atchley, 1989). I dimensionen att skapa goda relationer och utveckla en kunskapsgemenskap med vårdkollektivet finns en önskan hos individen att bli bekräftad i sin självkompetens och att vårdgivaren kan kommunicera sitt yrkeskunnande på ett sådant sätt att båda parter kompetens tillvaratas. För den som måste ha kontinuerlig kontakt med vården är det särskilt viktigt att vårdgivaren kan möta individen som person och respektera dennas kompetens. Om dialogen dessutom förs på ett existentiellt plan utvecklas en kunskapsgemenskap som är nödvändig för både individen och den närstående. Denna kunskapskontinuitet konstrueras om vårdgivarna är intresserade av, bryr sig om, har förmågan att knyta an till och kan möta individen som person, vilket också identifierats av andra som väsentligt för att skapa en naturlig dialog och ett kunskapsutbyte om behandling, rehabilitering och livssituation (Denhov & Topor, 2012; Freeman, Olesen & Hjortdahl, 2003; Haggerty et al, 2003; Tahan, 2007). I dimensionen att få livet och vården att hänga samman har både individ och närstående en önskan om att vården integreras i livet. Vid hemsjukvård förlorar individen en plats som tidigare hörde till hemmet men som nu hör till sjukdomen och dess vård. Detta kan innebära en stor förändring av den rumsliga kontinuiteten. En strategi som framkommer är att den närstående markerar revirgränser och klargör för vårdkollektivet betydelsen av privatlivets okränkbarhet. En annan

strategi är att få till stånd en samverkan på person-, professions- och organisationsnivå där allas vårdinsatser samordnas utifrån individens behov och önskemål. Denna önskan om samordning har en essentiell inverkan på individens livssituation. Andra studier lyfter också fram betydelsen av samordning av vården för upplevelse av livskontinuitet (Cornwell et al, 2012; Goodwin et al, 2013; Haggerty et al, 2003). I föreliggande studie beskriver informanterna att denna samordning inte fungerar.

Av vår studie framgår att individer med allvarlig sjukdom och mångsjuklighet behöver olika former av kontinuerligt stöd av vården för att bevara och/eller återupprätta sin livskontinuitet. Men behovet av kontinuitet verkar variera med person och situation. En viktig fråga som vi inte har diskuterat här är hur individen tänker i valsituationer. Kanske kan man ibland behöva bortse från den ena kontinuiteten till förmån för den andra. Det finns också en skenbar paradox i att dela upp kontinuitet som till sin natur inte ska gå att dela upp.

En närstående definierar kontinuitet enligt följande:

”Kontinuitet är som en livslinje. För mig som anhörig handlar kontinuitet om goda relationer till personer man är beroende av, att man kan systemen som kan backa upp en och att alla som jobbar utgår och agerar från en gemensam värderingsgrund och att få uppleva det personliga förtroendefulla mötet med personal som kan sin sak.”

Referenser

- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, (2), 183-190. doi: 10.1093/geront/29.2.183
- Bull, M. J. & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35,(4), 571-581.
- Cornwell, J., Levenson, R., Sonola, L. & Poteliakhoff, E. (2012). *Continuity of care for older hospital patients. A call for action*. London: King Fund.
- Denhov, A. & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58,(4), 417-424.
- Freeman, G. K., Olesen, F. & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Family Practice*, 20, (6), 623-627. doi: 10.1093/fampra/cmz601
- Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V. & Kodner, D. L. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success*. London: King Fund.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327, (7425), 1219-1221.
- Hautala-Jylha, P. L., Nikkonen, M. & Jylha, J. (2005). Continuity of care in psychiatric post-ward outpatient services--conceptions of patients and personnel concerning factors contributing to the continuity of care. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 12, (1), 38-50.
- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42, (7), 807-822.
- Jönsson, B. (2011). *När horisonten flyttar sig. Att bli gammal i en ny tid*. Stockholm: Bromberg.
- Jönsson, B. (2012). *Tid för det meningsfulla*. Stockholm: Bromberg.

- Kai, J. & Crosland, A. (2001). Perspectives of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative study. *British Journal of General Practice*, 51, (470), 730-736.
- Kvale, E. & Brinkman, S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18,(2), 145-153.
- Oliverstam, C. E., Thorsén, H., Giannini, A. & Olivenstam Torold, H. (2001). *Religionskunskap A om livsfrågor, religion och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Payne, S., Kerr, C., Hawker, S., Hardey, M. & Powell, J. (2002). The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and Ageing*, 31, (2), 107-117.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory. Discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Texas: Texas Christian University Press.
- Summer Meranius, M. (2010). "Era delar är min helhet". *En studie om att vara äldre och multisjuk* (avhandling för doktorsexamen, Linnéuniversitetet, 2005).
- Tahan, H. A. (2007). One patient, numerous healthcare providers, and multiple care settings: addressing the concerns of care transitions through case management. *Professional Case Management*, 12, (1), 37-46.
- Tarrant, C., Dixon-Woods, M., Colman, A. M. & Stokes, T. (2010). Continuity and trust in primary care: a qualitative study informed by game theory. *Annals of Family Medicine*, 8, (5), 440-446.
- Thorsen, H. (2010). *Människosyn och etik* (2 uppl.). Stockholm: Remus.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Författaren.

Forskningsbidrag

Äldres användning av tekniska landvinningar

Ömsesidig påverkan mellan personalen och
den äldre människan

Lena Ekmark

lenaekmark@live.se

Handledare PeO Hedvall

Äldres användning av tekniska landvinningar

Ömsesidig påverkan mellan personalen och den äldre människan

Syfte

Syftet med mitt arbete är att inom området hemtjänst i äldreomsorgen, ringa in och föreslå tre väl utvalda forskningsstudier som kan ge ny kunskap kring samspelet mellan den äldre människan, hemtjänstpersonal och modern teknologi.

Övergripande frågeställning

Äldre människor med hemtjänst använder mer teknik än någonsin förr. Datorer, internet och andra tekniska landvinningar är idag en naturlig del i många äldres liv. All denna teknologi har också kommit att utgöra en del av hemtjänstpersonalens vardag. Hur påverkas personal av äldres användning av modern teknologi och hur påverkas den äldre människan själv?

Delfrågor

Den övergripande frågeställningen är alltför vid för att vara forskningsmässigt hanterbar. Jag föreslår därför att man inledningsvis börjar med tre separata delstudier, var och en med sin frågeställning:

Delstudie 1:

Hur påverkas personalen och den äldre själv när den äldre använder internet-baserade bedömningsformulär?

Delstudie 2:

Hur påverkas personalen och den äldre själv när den äldre bokar sina beviljade insatser via internet?

Delstudie 3:

Hur påverkas personalen och den äldre själv när den äldre dokumenterar personalens arbete med digitalkamera?

Problemområde

Genom mina år inom äldreomsorgsarbete har det tydligt framgått att personal och äldre ömsesidigt betyder mycket för varandra, både praktiskt och emotionellt. De äldre är naturligtvis mest beroende av den praktiska hjälpen men personalen är ofta deras källa till information från yttrevärlden och det finns också stort intresse för hur personal har det i sina liv. Personalen är ofta delaktiga i de äldres privatliv och via släktfoton på spiselkransarna delar personalen den äldres privata liv på ett sätt som inte tillkommer andra professioner inom äldreomsorgen. På senare år har jag observerat hur personal använder sina smarta telefoner för att visa bilder från sina egna privatliv för de äldre. En dimension där de äldre och personalen kan dela varandras världar på ett nytt sätt. En teknologisk värld som kanske kan öppna dörrar till nya världar och gemensamma samtalsämnen. En brygga? När jag ser mig omkring och ser alla människor med

sina smarta telefoner så måste jag fråga mig vad den teknologiska utvecklingen kan betyda inom äldreomsorgen och hur personalens och de äldres världar påverkas.

Bakgrund

En förutsättning som är ny för både personal och äldre inom äldreomsorgen är den revolution som den digitala tekniken utgör. Idag använder äldre människor digitala media och annan modern teknik i ökande omfattning (Findahl 2013). Äldre vars livsrum av både fysiska och psykiska skäl begränsats har tack vare internet kunnat vara delaktiga i sociala sammanhang. Samma teknik har också kunnat vidmakthålla den äldres behov av trygghet och hjälp (Östlund, 1995). Även Winstead et al (2011) visar att ICT (informations-och kommunikationsteknologi) kan underlätta för den här gruppen att hålla kontakten med yttrevärlden och bibehålla ett socialt liv. "Nattfrid" kallas ett projekt där äldre får nattillsyn via en webbkamera, vilket av många äldre upplevts positivt och ett bra alternativ till besök av nattpatrullen (Abrahamsson & Larsson, 2012).

I sitt arbete med äldre är hemtjänstpersonalen bekanta med nyare teknik sedan längre tid tillbaka. Tekniska hjälpmedel för att undvika arbetsskador t ex lyftar är i bruk sedan länge. Teknik används också för att förebygga olyckshändelser exempelvis sänglarm och dörrlarm. Phoniros automatiska nyckelhantering används i ökande utsträckning för att skydda både personal och de äldre (Lundberg, 2010). Man använder sig av digital fototeknik för att hjälpa personer med minnesproblematik (Gong et al, 2012). Både personalens upplevelser av hur den äldre stöds av olika hjälpmedel och hur personalen själva upplever att arbeta med de olika hjälpmedlen finns också beskrivet (Engström, 2006).

Det är däremot mindre studerat hur båda parter ömsesidigt påverkas av teknikanvändningen. När den äldre börjar använda teknik påverkar det både personalen och den äldre själv. Därför är det rimligt att studera dem båda, inte var och en för sig utan tillsammans. För att kunna fånga samspelet i olika aktiviteter mellan den äldre, personalen och tekniken kommer jag att utgå från det teoretiska ramverk som finns i kulturhistorisk aktivitetsteori (Engeström, 2001; Hedvall, 2009).

Kulturhistorisk aktivitetsteori visar att en människas handlande inte kan förstås utanför sitt sociala, kulturella och artefaktuella sammanhang (Engeström 2001). Aktivitetsdiamanten (Hedvall, 2009) förfinar ytterligare möjligheterna till ny kunskap i så motto att vi kan förstå den specifika handlingens utfall i den unika människans specifika situation.

Aktivitetsdiamanten

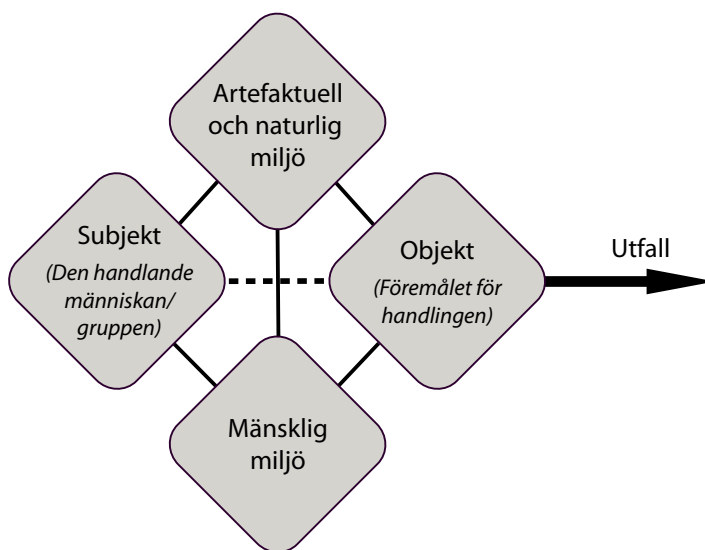
Aktivitetsdiamanten (figur 1) beskriver ett mänskligt aktivitetssystem där ingen handling sker utan påverkan av den artefaktuella (artefakt = människoskapade yttre omständigheter) och naturliga omgivningen eller den mänskliga omgivningen eller bådadera. Modellen bygger på fyra uppsättningar av faktorer och bygger på samspelet dem emellan. De fyra uppsättningarna faktorer utgör de fyra hörnbitarna i aktivitetsdiamanten.

Subjektet är ofta en handlande individ men kan också vara en grupp, exempelvis en hemtjänstgrupp.

Objektet utgör själva föremålet för handlingen och hänger samman med avsikten hos den handlande exempelvis att bli mer självständig eller förbättra sin hälsa.

Den artefaktuella och naturliga omgivningen består av både materiella och imateriella artefakter och deras förmågor att möjliggöra eller hindra exempelvis lagstiftning, arbetsschema och datorer.

Den mänskliga omgivningen består av de människor och grupper som påverkar handlingen – inte bara familj, arbetskamrater och vänner utan också de större grupper som genom attityder, värderingar och förväntningar påverkar handlingen.



Figur 1. Aktivitetsdiamanten (Hedvall, 2009).

Modellen beskriver aktiviteterna här och nu. Olika aktörer med olika aktivitetssystem kan vara inblandade. Det som håller ihop aktivitetsdiamantsystemet är de linjer som beskriver sambanden mellan hörnbitarna. När något ändras i någon av dem, exempelvis att ny teknik börjar användas, uppstår spänningar som i sin tur leder till att systemet utvecklas över tid. Vi kan följa linjerna mellan de olika hörnbitarna för att studera spänningar mellan människa och artefakt, mellan människa och människa och också mellan människa, den mänskliga omvärlden och den artefaktuella omvärlden.

Metod

Jag har sökt litteratur i olika databaser och på internet, i aktuell press och i böcker för att utröna vad som tidigare beforskats. Då jag valde presumtiva situationer för eventuell vidare forskning fick jag i första hand fundera utifrån min yrkeserfarenhet vilken teknik och vilka tillfällen som kunde vara verklighetsanknutna och realiserbara. Mitt val föll på internetbaserade tjänster samt användning av digitalkamera.

I vart och ett av mina valda exempel har jag använt mig av Aktivitetsdiamanten. Den gör det möjligt att, i de olika aktivitetssystem som mina exempel ger upphov till, åskådliggöra de olika delar som ingår och som bildar helheten.

Alla tre delstudierna skulle kunna påbörjas omedelbart, förutsatt att det finns forskare som vill ta sig an dem och att det finns berörda äldre och hemtjänstorganisationer som vill vara med.

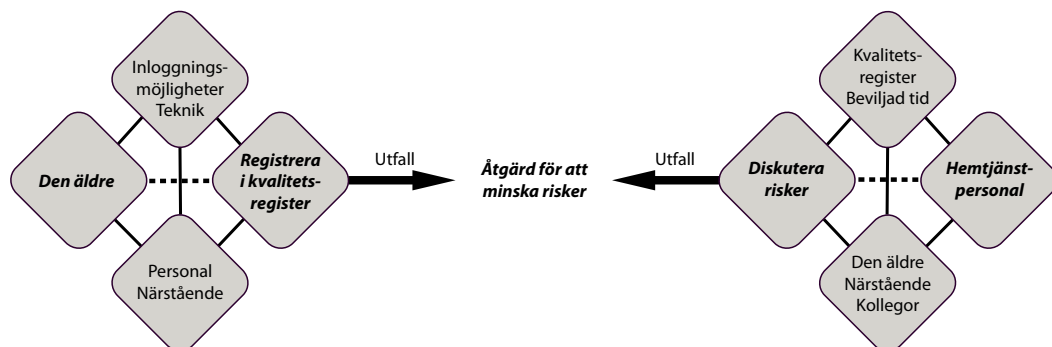
Kunskapsbidrag

Mitt eget kunskapsbidrag är att:

- rikta uppmärksamheten mot hur äldres egen teknikanvändning påverkar både hemtjänstpersonalens bild av dem och den egna självbilden
- rikta uppmärksamheten mot hur förskjutningar i initiativ- och bedömningsföreträden kan studeras utifrån en aktivitetsdiamant med sin bakgrund i kulturhistorisk aktivitetsteori
- föreslå tre väl utvalda delstudier för forskningsstudier på området. Tillsammans kan de ge en helhetsbild av det förändrade samspelet med personalen och den äldre själv när den äldre använder mer modern teknik
- peka på möjligheten att äldres egen teknikanvändning kan stimulera hemtjänstpersonal att lyssna ännu mer på den berörda och att därigenom kunna föra uppåt i hierarkin det som äldre människor själva för fram.

Delstudie 1. Egenregistrering i kvalitetsregister

Syftet med studien är att studera hur äldres egen bedömning och registrering av riskbeteende påverkar personalen och vilken betydelse detta får för den äldre människan själv.



Figur 2. Aktivitetssystem för den äldre människan med hemtjänst och dennes hemtjänstgrupp som arbetar förebyggande med att identifiera risker.

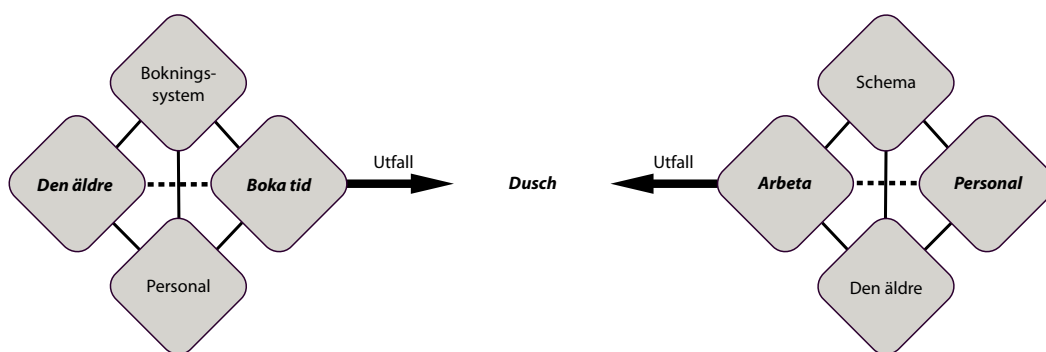
Ett antal nationella kvalitetsregister används inom äldreomsorgen som verktyg för att ringa in riskfaktorer för försämrad hälsa. Ett exempel är Senior Alert (SKL, 2010) - ett kvalitetsinstrument som med hjälp av checklistor bedömer risker för undernäring, fall, inkontinens, munhälsa och trycksår. Idag görs bedömningen av personalen, i bästa fall genom att sitta ner och ställa frågor och diskutera med den äldre och i förekommande fall dennes närstående. Mer vanligt är att personalen gör bedömningen och sjuksköterskan sedan för in i registret. OM den äldre själv sitter vid datorn och sköter registret tillsammans med personal och närstående – vad skulle det betyda?

Idén till exemplet fick jag då jag insåg att de äldre ofta har andra egna lösningar än de traditionella på hur de vill förebygga ohälsa. När de själva klargör för sig vilka risker de har, har de kanske också den egna lösningen till hur riskerna ska undanröjas. I Aktivitetsdiamanten kan vi i linjerna mellan hörnbitarna förstå de motsägelser som uppstår när närstående, personal och den äldre ska bedöma risker (figur 2). Enligt min erfarenhet går ofta åsikter isär i de här diskussionerna och vi får spänningar mellan subjekt och mänsklig omgivning i bådas (alla tre:s) aktivitetssystem. Över tid kan de här spänningarna förändra det förebyggande arbetet.

Exemplet är viktigt då det ställer större krav på den äldre att ta ansvar för den egna hälsan vilket kan påverka och förhoppningsvis motivera till förändrat beteende. Hälsofrämjande arbete som bygger på delaktighet och inflytande har positiv inverkan på hälsan (Folkhälsoinstitutet, 2008). Exemplet är också viktigt då det involverar närstående vilka ofta känner sig patroniserade av äldreomsorgspersonal.

Delstudie 2. Bokningssystem för hemtjänstinsatser

Syftet med studien är att studera hur personalen påverkas av att äldre får ökat inflytande över sin egen tid genom att boka sina beviljade insatser via internet och hur det påverkar den äldre själv.



Figur 3. Aktivitetssystem för den äldre människan med hemtjänst som ska duscha på bokad tid och hemtjänstgruppen som ska utföra arbetet.

När den äldre blivit beviljad exempelvis dusch två gånger per vecka och städ en gång var fjortonde dag ska det finnas en webbsida där man kan boka sin duschtid och städtid. Systemet utformas så att den äldre också kan se vilken person som är kopplad till de bokningsbara tiderna. Dels för att man kanske önskar ha hjälp av sin kontaktperson (vilket också är organisationens önskan), dels kanske man faktiskt vill välja vem som ska hjälpa till.

Idén till exemplet fick jag då jag själv på nätet bokade tid för en behandling. Äldre som beviljas dusch får ofta finna sig i att viss dag varje vecka är duschdag. Varför skulle inte de också kunna boka sin beviljade tid och bestämma när de önskar duscha?

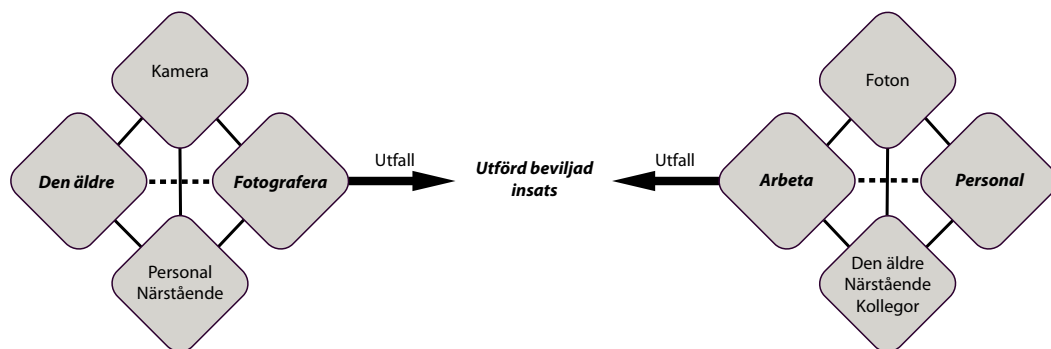
Förutsatt att tekniken fungerar bör det för den äldre inte innebära några större motsägelser medan det däremot för personalen innebär förändrade rutiner när det gäller schemaläggning, både innehållsmässigt och tidsmässigt (figur 3). I arbetsgruppen kan det skapa oro och konflikt men också generera smarta nya lösningar för hur arbetet ska bedrivas inom ramarna för beviljat bistånd och lagen.

Exemplet är viktigt då bokningsförfarandet påverkar den äldre människans möjlighet att fortsätta vara den självbestämmande person hon var innan hon blev beroende av hemtjänst. I rådande vård- och omsorgskultur är inte det det vanliga. I personalgruppens aktivitetssystem kan vi ana hur framför allt den påkallade förändringen av arbetets organisation kan komma att påverkas över tid.

Delstudie 3. Äldre och/eller närstående med digitalkamera

Syftet med delstudien är att studera hur personalen påverkas av att äldre och/eller deras närstående fotograferar hur beviljade insatser utförs och hur den äldre själv påverkas. Den äldre eller dennes närstående använder digitalkamera för att dokumentera utfört arbete. I det här exemplet tar den äldre människan kontroll över sin situation genom att själv se till att beviljade insatser utförs på ett för henne önskvärt sätt – kan kanske kallas kvalitetssäkring ur den äldres perspektiv.

Bilden/fotot av utförda insatser kommer högst påtagligt att påverka personalens arbete. Här är naturligtvis målet med exempelvis städningen detsamma för båda parter – det ska vara rent och snyggt – men här spelar olika erfarenheter och kulturer stor roll för vad som menas med det. Motsägelsen är inbyggd i aktiviteten – någon granskar och ifrågasätter mitt arbete. Men motsägelsen utgör också, förutom arena för konflikt, grogrund för kreativa samtal och lösningar. Här kan det vara ytterligare intressant att studera den närstående och hur dennes aktivitetssystem kommer att påverka utfallet. Den närstående kan komma att vara mer aktiv, kanske mot den äldres önskan, och viss motsättning kan uppkomma mellan den äldre och dennes närstående. I personalgruppen kommer spänningar att uppstå mellan de artefaktuella och de mänskliga faktorerna (figur 4). De motsättningar som uppstår kan över tid komma att generera märkbara förändringar i både organisation och utförande av beviljade bistånd – ja, kanske också i synen på vad som är skälig levnadsnivå.



Figur 4. Aktivitetssystem för den äldre människan med hemtjänst som kvalitetssäkrar sin beviljade insats och hemtjänstgruppen som utför arbetet.

Ett av skälen till att jag anser detta vara ett viktigt exempel är att situationen redan förekommit i verkligheten då anhöriga fotograferat undermålig städning eller då den äldre själv fotograferat hur personal stulit läkemedel. Rent generellt intressant att se hur den här typen av situationer kommer att påverka äldre och personal på längre sikt.

Gemensamt för delstudierna

Gemensamt för de tre studierna är att när tekniken handhas av den äldre frångår man en tidigare

känd och inarbetad rutin. Cirklarna rubbas, spänningar och motsägelser uppstår och man står inför nya tankeutmaningar. Det är i de här motsägelserna utveckling kan ske (Engeström, 2001). De tre situationerna skiljs åt av det innehållsliga som behandlar tre helt väsensskilda områden nämligen 1) hur ska förebyggande arbete bland äldre bedrivas framgent 2) när ska beviljade insatser utföras och 3) hur ska utförda insatser bedömas. Vart och ett av mina exempel har sin egen idé men hänger ändå ihop.

Gemensamt är också att två aktörer strävar mot ett gemensamt mål/utfall men motiven och faktorerna som kantar vägen dit är olika ur de olika aktörernas perspektiv. De här tre exemplen kommer alla att påverka personalens arbetssituation. Idag bestämmer biståndsbedömare vilken insats som beviljas, hur ofta och på vilket sätt den ska utföras (SOL, kap 4, §1). Sjuksköterska och hemtjänstpersonal bedömer utifrån bestämda checklistor de äldres risker och också hur de ska åtgärdas (SKL, 2010). I mina valda situationer ser vi att den äldre människan själv tar initiativet genom att via dator och kamera formulera sin vilja hur den egna tiden ska användas, hur och när bistånd ska utföras och hur de uppfattar sitt riskbeteende. Det blir således andra faktorer än tidigare som kommer att styra personalens arbetssituation.

Den äldre människan kommer också att påverkas. Erfarenheter av aktiviteter leder till förändrade förmågor, lärdomar, förväntningar och attityder, både på individ- och samhällsnivå (Hedvall 2009, s.6). Empowerment står för egenmakt och delaktighet och är en process snarare än ett tillstånd (Stockholms läns landsting, 2005). Det bygger bl a på tanken att alla människor har kapacitet att definiera sina egna problem och utveckla handlingsstrategier för att lösa dem. Efterhand som man upplever hur man ansvarar för sina val och lyckas i det man föresatt sig utvecklas känslan av egenmakt och man försöker igen – något vi kan kalla ”förvärvat framgångsvana” (B. Jönsson, personlig kommunikation, 11 februari, 2014).

Min erfarenhet från mitt arbete bland våra mest sjuka äldre är att för att orka vara gammal och sjuk måste man ha krafter och/eller ha friska starka närstående. Bara att ta steget över tröskeln in i hemtjänst har gjort det nästan helt legitimt att anpassa den äldre människan till äldreomsorgens organisation och resurser. Helt plötsligt anses man inte ha en egen vilja, något att samtala om, drömmar eller visioner. Sedan omvårdnadsforskningen blev akademisk på 1980-talet har mycket forskning skett för att äldre ska få god omvårdnad och en värdig ålderdom. Forskningen har frågat efter patientens upplevelser men resultaten, som oftast har byggts på gruppen äldres upplevelser har använts till att stärka professionerna snarare än patienten själv (Jönsson, 2007).

Delstudierna låter den äldre människan i samverkan med personalen och tekniken, stå i fokus och stödjas i att behålla den kompetens och den egenmakt hon har och har haft innan hon blev beroende av hemtjänst.

När det gäller personalen som står den äldre nära sipprar mycket av beslut och organisationsförändringar ner till dem färdigförpackat och de har inte kunnat säga sitt. I de här exemplen kommer de i hög grad att bli tvungna att lyssna nedåt, dvs till den äldre, och ta ställning till dem i första hand. Propåer om förändringar och reflektioner kring de äldres värld förs uppåt i hierarkin istället för nedåt som tidigare.

Hur utfallet av de här situationerna blir är endast spekulationer eftersom själva interventionerna tar tid att genomföra och måste genomföras tillsammans med personer med forskarstatus, men det finns klara förutsättningar för att den äldre i ökande omfattning får behålla sin status som tänkande självständig varelse in i äldreomsorgen. Jag vet också, med lång erfarenhet av personal, att de är mycket måna om de människor de är satta att ta hand om och det inte är ovanligt att de går utanför sina befogenheter för att hjälpa till med sysslor som inte är beviljade. De ser ofta den äldre som en mycket hjälpbehövande person. I en samverkan där den äldre håller i takt pinnen finns förutsättningar för att med tiden en annan bild av den äldre människan växer fram och med den även en vidareutvecklad praktik. I en rapport från Regeringskansliet poängteras att vi måste arbeta med att öka produktiviteten inom hälso-och äldreomsorg och att det arbetet måste ske på alla nivåer. Framför allt måste mötet mellan den äldre och professionen förändras, annars kommer tjänsten att produceras på traditionellt sätt (Ekholm, 2012). Jag kan se hur den äldre människan och hennes personal tillsammans kan komma att utgöra ett starkt team för ett bättre liv för sjuka äldre.

Att perspektiven utgår från den äldres aktivitet kommer oundgängligen att påverka inte bara den äldre själv utan också personal och närstående och kanske i ett längre perspektiv även politiker och beslutsfattare att bygga en äldreomsorg av och med äldre för äldre – en äldreomsorg vi alla skulle vilja ta del av som gamla, helt i linje med intentionerna för *Bättre liv för sjuka äldre*. Ömsesidig påverkan med utgångspunkten i den äldres värld är relativt obeforskat. Att undersöka bådas perspektiv i gemensamma aktiviteter där den moderna teknologin används kommer att skapa förutsättningar för att nå ny kunskap – helt i linje med intentionerna i *Uppdrag Kunskap*.

Etiska aspekter och problematisering

Alla tre föreslagna studier utmanar vedertagna arbetssätt inom hemtjänsten. Delstudie ett är den minst utmanande delen då registrering i kvalitetsregister redan sker men studien kommer att kräva att personal lär sig att arbeta med ”händerna på ryggen” och ändå stödjande och vägledande. Erfarenheter från rehabiliteringsarbete stöder uppfattningen att det är tålamodskrävande att inte ”hjälpa till”.

I delstudie två kan man hysa farhågor att viss personal blir mer ”populär” att välja. I dagens äldreomsorg finns en grundtanke att varje äldre människa som beviljas hemtjänst eller ett särskilt boende får sig tilldelad en kontaktperson. En kontaktperson är den person i personalgruppen som ska ta särskilt ansvar för en eller flera äldre, sköta kontakter med anhöriga och över huvud taget vara lite extra kunnig om ”sin” pensionär. I en välskött organisation vet varje kontaktperson vad arbetet innebär, hälsar den nya pensionären välkommen, har välkomstsamtal och informerar om sin uppgift som kontaktperson. Här är meningen att en god kontakt och en kravlös relation ska etableras och att den äldre människan ska kunna känna ett förtroende för just sin kontaktperson. Det kommer alltid att uppstå situationer där kontaktperson och den äldre människan inte fungerar tillsammans och då finns möjligheten att byta. Så ser ju livet ut. Vi umgås inte med människor som vi inte fungerar bra tillsammans med om vi inte oundgängligen måste. För studiens genomförande behövs en tydlighet angående kontaktpersonens betydelse och uppgift både gentemot kontaktpersonen själv och gentemot den äldre människan.

Delstudie tre är den mest kontroversiella och är vald just på grund av att den här typen av situationer redan uppstått. Med tanke på dagens teknikanvändning ute i samhället där de flesta situationer numera filmas eller fotograferas av en allmänhet vore det verklighetsfrämmande att tro att det inte skulle ske inom äldreomsorgen. En utmanande ledningsfråga kommer att bli hur man kan ska hantera de kontroverser som kan komma att uppstå då personal känner sig ifrågasatt, men bilder kan också användas som underlag för goda diskussioner. Ett sätt vore att börja med att låta den äldre fotografera exempelvis sina måltider och låta de bilderna ligga till grund för en gemensam diskussion med personalen om måltider – hur ska de se ut, vad är bra, vad är dåligt, varför blir det bra - ja vad är en vacker bild? Om bilden används i ett mer positivt syfte så kan det hotfulla tonas ner och kvalitetshöjande impulser vartefter stimuleras.

Av äldreomsorgspersonal har jag för mina studier valt hemtjänstpersonal då de äldre människor de är satta att hjälpa ofta har kvar mycket av både kognitiva och fysiska förmågor, vilket delvis är en förutsättning för att studierna ska kunna genomföras. I dagens äldreomsorg blir det mer och mer vanligt att nedsatt kognitiv funktion inte hindrar att människor bor kvar hemma länge med stöd av hemtjänst. Även personer med psykiska funktionshinder och förståndshandikapp bor idag i ordinära boenden eller gruppboende med stöd. Hur kan de involveras i mina föreslagna studier? Här blir det utan tvekan så att personalen i varierande utsträckning måste hjälpa till, men jag sätter också stor tilltro till att utveckling av anpassade tekniska hjälpmedel fortsätter i rask takt. Det finns vilja, intresse och en ökande kunskap om och för utveckling av den sortens hjälpmedel, bl a på Certec i Lund (www.certec.lth.se). Det krävs också ständig kunskapsuppdatering och reflektion hos personalen för att undvika att man fortsätter ha "övertaget" på ett oetiskt sätt och för att ständigt fundera över hur man bäst löser situationer på ett för den äldre med eller utan funktionshinder värdigt sätt.

Brist på pengar kan också vara en anledning till att studierna inte kan genomföras då den äldre inte har råd att ha dator med tillhörande uppkopplingar. För att kunna delta i studierna måste vi kanske initialt ansöka om medel för att bistå med den tekniska sidan. På längre sikt tror jag att äldre människor kommer att ha dator och uppkoppling. Det fanns en tid då ingen hade telefon men med tiden fanns det knappt någon som inte hade telefon och min tro är att samma utveckling kommer att ske gällande datorer och smartphones.

Efterord

När jag började det här arbetet var jag övertygad om att äldre människor i mycket liten utsträckning använder den nya moderna digitala och datoriserade tekniken. I sökandet av litteratur kring ämnet framgår det att många äldre människor (65+) inte bara använder sig av tekniken utan också att de naturligtvis kommer att fortsätta använda sig av den, eftersom de förstås har kommit i kontakt med den under sina yrkesverksamma liv. Helt plötsligt ser och hör jag överallt om äldre människor som bloggar, surfar och mejlar. Jag hör i min umgängeskrets hur det diskuteras vilken iPad som ska inköpas och börjar undra. Gruppen äldre – vad är det för några? Hör jag dit numer? Vilka talar vi om? Det blir tydligt att även jag bär med mig en traditionell och stundtals riktigt ålderistisk bild av gruppen äldre, men framför allt är det just detta, att även jag ser dem (oss) som grupp.

Mitt arbete har kommit att utgå från den unika äldre människan i dennes specifika situation. Var det en slump att jag valde så? Jag törs säga att jag under årens lopp i själva mötet, sett varje

äldre patient som en unik individ och i möjligaste mån eftersträvat en ”unik” behandling, men jag ser också hur låst jag ansett mig vara av regelverk och rutiner som jag inte haft vare sig insikt eller mod att ifrågasätta.

Genomgående har mitt arbete för mig personligen belyst det trista faktum att äldre ses och behandlas som en homogen grupp istället för en samling individer. Vi pratar mycket om vikten av att se individen men kommer vi någon vart?

Slutligen kan sägas att det känns som om mitt arbete skulle ha behövts göras för länge sedan. Jag tror att de föreslagna situationerna snart är realiteter. Det vore kanske klokare att se över hur, i vilka sammanhang och inom vilka användningsområden den äldre människan kan använda den digitala och internetbaserade tekniken i en äldrevård med större egenmakt. Man kan kanske börja med att designa teknik som passar den äldre människan och inte som nu anpassa den äldre människan till tekniken.

Referenser

- Abrahamsson Löfström, C. & Larsson, N. (2012). *Nattfrid. Om tillsyn på natten av äldre personer med hemtjänst*. Sundbyberg: Hjälpmedelsinstitutet.
- Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work. Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14(1), 133-156.
- Engström, M. (2006). *A caregiver perspective on incorporating IT Support into dementia care* (avhandling för doktorsexamen, Uppsala universitet, 2006).
- Findahl, O. (2013). *Svenskarna och internet 2013*. Hämtad mars, 30, 2014 från <https://www.iis.se/docs/SOI2013.pdf>
- Gong, F., Castaneda, D., Zhang, X., Stock, L., Ayala, L. & Baron, S. (2012). Using the associative imagery technique in qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1414-1424.
- Hedvall, P-O. (2009). *Aktivitetsdiamanten. Modellering av en vidareutvecklad tillgänglighet*. Lund: Certec – Institutionen för designvetenskaper, LTH, Lunds universitet.
- Jönsson, B. (2007). Kvalitet i den mänskliga sektorn. I L. Strannegård, (Red.), *Den omätbara kvaliteten*. Stockholm: Norstedts.
- Lundberg, S. (2010). *Digitala läs. En studie av elektroniska läs med avseende på vård och omsorg i hemmet*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.
- Melander Wikman, A. (2008). *Ageing well. Mobile ICT as a tool for empowerment of elderly people in home health care and rehabilitation* (avhandling för doktorsexamen, Luleå tekniska universitet, 2008).
- SFS (2001:453). *Socialtjänstlag*.
- SKL. *Senior alert*. Hämtad mars, 30, 2014 från <http://www.lj.se/senioralert>
- Socialdepartementet. (2012). *Empati och high tech. Delresultat från LEV-projektet*. Stockholm: Författaren.
- Statens folkhälsoinstitut. (2008). *Var med och bestäm. Delaktighet och inflytande – en förutsättning för hälsosamt åldrande*. Östersund: Författaren.
- Stockholms läns landsting. *Folkhälsoguiden*. Hämtad april, 14, 2014 från <http://www.folkhalsoguiden.se>

- Winstead, V., Anderson W.A., Yost, E.A., Cotton, S.R., Warr, A. & Berkowsky, R.W. (2013). You can teach an old dog new tricks. A qualitative analysis of how residents of senior living communities may use the web to overcome spatial and social barriers. *Journal of Applied Gerontology*, August, 32, 540-560.
- Östlund, B. (1995). *Gammal är äldst. En studie om teknik i äldre människors liv* (avhandling för doktorsexamen, Linköpings universitet, 1995).

Forskningsbidrag

Det ingen frågar efter, blir inte gjort!

En uppföljning och utvärdering av ett ledarutvecklingsprogram vid
Linnéuniversitetet för chefer inom socialtjänsten och hälso-
och sjukvården i Kronobergs län

Irene Hedfors

hedfors@ljungby.nu

Handledare Per Nilsen

Det ingen frågar efter, blir inte gjort!

En uppföljning och utvärdering av ett ledarutvecklingsprogram vid Linnéuniversitetet för chefer inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Kronobergs län

Inledning

I början av 2010-talet arbetade jag några år på Regionförbundet södra Småland med uppdraget att bygga hållbara strukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten och angränsande områden inom hälso- och sjukvård i landstinget. Enligt en överenskommelse år 2010 mellan Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialdepartementet, finansierade staten detta arbete, som bedrevs i hela landet. Arbetets fokus var inledningsvis äldreområdet och ett bättre liv för sjuka äldre men utvidgades efter hand.

Överenskommelsen träffades utifrån betänkandet SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Här lyftes behovet av mer forskning och kvalificerade utvärderingar av det sociala arbetets resultat, kvalitet och effekt. Likaså betonades behovet av bättre förutsättningar för professionen att kunna utveckla en evidensbaserad praktik, behovet av bättre struktur för verksamhetsuppföljning och ett förtydligat brukarperspektiv i relation till socialtjänstens arbete. Det långsiktiga målet för den statliga satsningen är en mer evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

En del av strukturen för kunskapsutveckling som skapades i Kronobergs län blev en akademisk uppdragsutbildning för chefer inom socialtjänst och hälso- och sjukvård med kommun, landsting eller privat företag som arbetsgivare. Denna utbildning är i fokus för min uppsats.

Med erfarenheter från ett långt yrkesliv har jag inga problem med att känna igen mig i betänkandets slutsatser och de behov som identifieras. Mitt yrkesliv startade på 1970-talet på socialförvaltning. Inom det verksamhetsområdet har jag verkat halva mitt yrkesliv. Om jag sorterar mina erfarenheter efter funktion har jag varit förvaltningschef i ca 20 år, på 1980-talet inom socialtjänsten, på 1990-talet inom utbildning och kultur och på 2000-talet var jag kommunchef. Kring millennieskiftet arbetade jag några år på regional nivå i Kronoberg med utbildningsfrågor. Detta innebär att jag i många år har arbetat nära politikerna och haft uppdraget att medverka i att verkställa politiska beslut. Jag har med andra ord varit en ”demokratins väktare”, för att citera Lundquist (1998).

Att arbeta med att bygga strukturer för kunskapsutveckling med målsättningen att åstadkomma en mera evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård var att omsätta politiska beslut i praktisk handling. Men hur gör man? Hur går man från ord till handling? Hur blir nationella politiska ambitioner om ett bättre liv för sjuka äldre faktisk handling på lokal nivå? Är politiker och chefer inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården redo att arbeta evidensbaserat? Gör en akademisk utbildning för chefer skillnad för de äldre? Frågorna är många och jag ska försöka besvara några av dem.

En del av strukturen för kunskapsutveckling blev en akademisk uppdragsutbildning på 7,5 högskolepoäng för chefer inom socialtjänst och hälso- och sjukvård med privata såväl som kommunala arbetsgivare. Utbildningen med kursplan IPE51U *Ledarskapets betydelse för utvecklandet av en evidensbaserad verksamhet inom socialtjänst samt hälso- och sjukvård* genomfördes av Linnéuniversitet. Den omfattar föreläsningar, seminarier och ett enskilt utvecklingsarbete. Omfattningen för cheferna är sju hela utbildningsdagar plus utvecklingsarbetet. Två utbildningar med tillsammans 35 chefer genomförs under åren 2012 och 2013 och en ny utbildning startade i februari 2014. Totalt har 22 utvecklingsarbeten presenterats. Jag har lyssnat på muntliga presentationer av de allra flesta och läst alla utom ett. Av de 22 utvecklingsarbetena berör tio i huvudsak ledarskap, sju brukar/patientinflytande, fyra organisation och ett evidens.

Ansökan/anmälan om deltagande i utbildningen görs av den enskilde men anmälan ska vara undertecknad av närmsta chef. Vid anmälningstillfället finns möjlighet att teckna ner idéer om vad utvecklingsarbetet ska handla om. Det innebär att det är uppenbart för båda den blivande kursdeltagaren och chefen att det finns möjlighet för dem att föra en dialog om kommande utvecklingsarbete.

Ingen organisation deltar med mindre än två deltagare. Tanken bakom detta är att det kan underlätta och utveckla att vara två, när man ska driva utvecklingsarbete på hemmaplan. I samband med kursavslutningarna i maj 2012 och maj 2013 bjöds alla deltagares chefer in för att kunna ta del av resultatet av utvecklingsarbetena. Vad har då utbildningen resulterat i ute i kommunerna och i landstinget? Uppsatsen tar avstamp i denna frågeställning.

Syfte, frågeställningar och metod

Syftet med mitt projekt är att reflektera över utbildningen *Ledarskapets betydelse för utvecklandet av en evidensbaserad verksamhet*. Är utbildningen en hållbar struktur för kunskapsutveckling i länet? Gör utbildningen skillnad och ger ett bättre liv för äldre?

I min analys och diskussion om vad utbildningen kan ha fått för effekter i verksamheten använder jag mig av Kirkpatrick's modell för utvärdering av lärande (Kirkpatrick, 1994). Modellen utgår från att utbildning har effekt på olika nivåer.

Nivå 1: Reaktionen

Detta motsvarar traditionell kursutvärdering som brukar göras efter avslutade kurser. Vad tycker deltagarna om kursinnehåll och föreläsare?

Nivå 2: Lärande

Här efterfrågas vilka kunskaper, förmågor och attityder som utbildningen har påverkat.

Nivå 3: Beteende

I vilken omfattning omsätts kunskaperna i faktisk handling i den egna verksamheten?

Nivå 4: Resultat

I vilken omfattning har utbildningen påverkat verksamheten och gett resultat, i det här fallet lett till ett bättre liv för sjuka äldre?

Ett långt yrkesliv i ett litet län medför att jag har ett stort nätverk bland politiker och tjänstemän i kommunerna och i landstinget. Av kursdeltagarna har jag träffat de allra flesta, varför det föll sig naturligt att ta kontakt för dialog, antingen i lunchsamtal eller i samtal per telefon. Jag var nyfiken på vad som har hänt efter utbildningen.

Jag har under våren 2014 träffat sju personer som skrivit fyra utvecklingsarbeten. Tre av arbetena har två författare vardera. Jag har samtalat med tre personer via telefon som skrivit var sitt utvecklingsarbete. Dessa personer kommer från fyra olika kommuner och från landstinget. En av dem är man och resten kvinnor. Fyra av utvecklingsarbetena skrevs på utbildningen 2012 och tre på utbildningen 2013. De första jag samtalade med hade utvecklingsarbeten som berör lagstiftning eller rekommendationer från Socialstyrelsen. Min förväntan var att dessa skulle vara genomförda. Därefter valde jag att samtala med chefer som hade formuleringar, reflektioner eller antaganden i sina utvecklingsarbeten, som jag fann intressanta utifrån min analysmodell. Mina frågor i samtalen berörde valet av ämne för utvecklingsarbetet, hur detta hade genomförts, lärdomar från utbildningen och brukar/patientperspektivet.

Teoretisk referensram

Jag använder några begrepp som behöver definieras och förklaras för bästa möjliga förståelse av undersökningen: evidensbaserad praktik, implementering, ledarskap och lärande.

Evidensbaserad praktik

Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren, rubriken på den statliga utredningen SOU 2008:18, sätter fokus på begreppen evidensbaserad praktik, nytta och brukare. Orden nytta och brukare är positivt värdeladdade ord i samhällsdebatten och används ofta av politiker. Staten och kommunen ska ha ordning och reda i finanserna och skattepengar ska användas så att de gör nytta. Valfrihetsdebatten sätter strålkastaren på brukaren. Det finns kring dessa påståenden inga stora partiskiljande åsikter.

Vad är då evidensbaserad praktik? Begreppet är abstrakt och min erfarenhet från samtal med såväl socialnämndspolitiker som tjänstemän inom socialtjänsten i Kronoberg är att det är svårt att konkretisera begreppet och att det tolkas olika av olika personer. Vad ställer evidensbaserad praktik för krav på dem? Vad måste göras i socialnämnden för att få till den evidensbaserade praktiken? Vilken är politikernas roll i den processen? Vad krävs av professionen och brukarna? Begreppet ger upphov till många frågor.

Begreppet evidensbaserad praktik härrör från det medicinska fältet och beskrevs ursprungligen som evidensbaserad medicin vid McMaster University Medical School i Kanada på 1960-talet (Oscarson, 2009). Det var dock först 1992 som begreppet beskrevs i en vetenskaplig tidskrift, *Journal of the American Medical Association*: ”Ett nytt paradigm för medicinsk praxis växer fram. Evidensbaserad medicin tonar ned betydelsen av intuition, osystematisk klinisk erfarenhet och patofysiologiska förklaringar som tillräcklig grund för kliniskt beslutsfattande och betonar granskning av evidens från klinisk forskning. Evidensbaserad medicin kräver nya förmågor hos läkare, inklusive effektiv litteratursökning och applicering av formella regler för utvärdering av evidens i klinisk litteratur” (Evidence Based Medicine Working Group, 1992, p. 2420).

Evidensbaserad medicin har sedan 1990-talets början utvecklats och spridits som evidensbaserad praktik, både till områden som är relativt närliggande medicinens, som t ex omvårdnad, fysioterapi och arbetsterapi, men även till områden längre från det medicinska ursprunget, bl a folkhälsa, socialt arbete, kriminalvård, undervisning och ledarskap (Nilsen, 2014). Idag har "evidensbaserad" blivit något av ett modeord som appliceras på en mängd verksamheter.

Det finns en klassisk definition av evidensbaserad medicin: "En noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om åtgärder (insatser, metoder) till enskilda personer, kompletterade med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål" (Sackett et al, 1996).

Oscarsson (2009) menar att evidensbaserad praktik är en möjlighet till ökat klient- och brukarinflytande i socialtjänsten, precis vad som lyfts fram som behov i SOU 2008:18 och som poängteras av Sveriges Kommuner och Landsting. I ett positionspapper från SKL beskrivs hur den gamla strukturen och maktrelationen mellan profession och patient förändras i riktning mot att patienten/brukaren blir medskapare. Patientens upplevelser och önskemål ska ses som en kunskapskälla och vara en del av den evidensbaserade praktiken. I ett annat positionspapper beskrivs evidensbaserad praktik så här: "En evidensbaserad praktik är en följd av ständigt, systematiskt lärande där kunskap från brukaren/patienten, praktiker och från forskningen vägs samman och används" (SKL, 2012). Socialstyrelsens skrift *Om evidensbaserad praktik* inleds med att slå fast att "evidensbaserad praktik handlar om en medveten och systematisk strävan att bygga vård och omsorg på bästa möjliga vetenskaplig grund (evidens)" (Socialstyrelsen, 2012). Här finns inte patienten/brukaren med i texten. Finns det en skillnad i synen på patienten/brukaren mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst?

Evidensbaserad praktik hade sin vagga i Kanada men begreppet har vuxit sig starkt i Sverige och i hela västvärlden. Men varje försök som görs att omsätta den allmänna idén i konkreta procedurer och organisationsformer ger upphov till en serie frågor. Bolin & Sager (2011 s.13) menar att "Idén har drag av tulipanmaros: att förverkliga den har visat sig vara mycket komplicerat".

Implementering

Forskning om implementering av evidensbaserad praktik har utvecklats i kölvattnet av den evidensbaserade rörelsen då det har visat sig svårt att uppnå evidensmodellens ideal om självständigt, kritiskt värderande praktiker som systematiskt använder forskning i sin dagliga verksamhet. Begreppet implementering används ibland synonymt med förverkligande eller verkställande. Men det finns i implementering ytterligare en dimension som blir tydlig i följande definition: "Implementering avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används som avsetts och med varaktighet" (Sundell & Soydan, 2008). Det centrala är att det handlar om en process, att säkerställa användning och hållbarhet. Samma författare poängterar att om det inte finns krav på förändring från omgivningen, från politiker, chefer, profession och brukare/patienter så är risken stor att förändringsförsöket misslyckas. Det ingen frågar efter blir inte gjort! Att bryta vanor och rutiner sker inte av sig självt.

Har resultatet av en implementeringsprocess samband med vem som har krav på förändring? Om flera agerande parter är överens om behovet av förändring, underlättas implementeringsprocessen då? Är det inte självklart att förändringar i lagstiftning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten implementeras? Implementeringsforskningen visar att det finns många hinder ("barriers") som försvårar att omsätta beslut och rekommendationer i praktisk handling.

Den offentliga debatten i media har svårt att erkänna att implementering av politiska beslut inte är smärtfri eller bara "teknisk" (Löfgren, 2012). I realiteten är det inte så enkelt att de politiska besluten automatiskt följs av implementering och uppföljning. Löfgren är kritisk till detta linjära tänkande och höjer också ett varningens finger för processtänkandet. Det är tankekonstruktioner som inte finns i verkligheten. De är till för att underlätta vår förståelse. Men politiska beslut följer inte vissa faser utifrån rationella mönster, mönster som bortser från betydelsen av idéer i politik. Ett par generella svagheter lyfts fram: Implementeringsforskningen domineras av enskilda fallstudier utan att man jämför med liknande fall och forskningen fokuserar på om implementeringen är succé eller fiasko. Det finns dock mellanlägen.

Ledarskap

Ledarskap lyfts fram alltmer i implementeringsforskningen som en nyckelfaktor för att lyckas genomföra olika förändringar. Socialstyrelsen (2012) ger uttryck för samma uppfattning och betonar att ledarskap tillsammans med kompetens och organisation krävs för framgångsrik implementering. Begreppet ledarskap är komplext. Det har definierats och tolkats på många olika sätt. Enligt Yukl (2006) har många definitioner egentligen mycket litet gemensamt, men en minsta gemensam nämnare är att ledarskap handlar om någon form av påverkansprocess, dvs en ledare som utövar inflytande över sina underordnade i syfte att uppnå vissa mål.

Ledarskapet kan ses som en fråga om att frigöra, stödja och samordna de professionella krafterna i handlingar som leder mot myndigheternas uppdrag och övergripande strategier (Söderström, 2005). För att underlätta förståelsen för ledarskapet i den multiprofessionella organisationen har Söderström ett par perspektiv, det pedagogiska och det socialkonstruktivistiska. Ur det pedagogiska perspektivet är ledarskapet en process som inrymmer samspel mellan människor som skapar förutsättningar för ett lärande, kunskapsbildning och individuell utveckling inom ramen för organisationens uppdrag och verksamhet. Ledarskapet handlar om att på ett insiktsfullt sätt samordna och skapa mening för alla i verksamheten. I det socialkonstruktivistiska perspektivet kan man se ledarskapet som en social konstruktionsprocess, där ledaren skapar sin verksamhet i samverkan med olika aktörer. Och aktörerna är inte bara medarbetare utan också klienter/brukare, enskilda och grupper. Ledarens agerande får en särskild, ofta symbolisk mening i processen. "Vi skapar världen och verksamheten tillsammans" (Söderström, 2005).

Öquist (2010) talar om att ledarens roll är att hantera verksamhetens gränsvillkor, sätta gränser. En avgörande regel för en ledare i alla organisationer är att strikt hålla isär organisationens/systemets nivåer. Inom varje nivå måste medarbetarna ha sin frihet. Den styrning som ledningen behöver utöva för att rikta in verksamheten mot de uppsatta målen bör endast ske utifrån gränsvillkoren. "Leadership by walking around" eller på svengelska "management by fika" (Öquist, 2010 s. 39). Genom att vara uppdaterad på vad det "skaver" i organisationen kan åtgärder sättas in snabbt och enkelt. Detta är det synliga ledarskapet. Uppgiften är att kommunicera en övertygande bild av det sammanhang inom vilket medarbetarna agerar, inte att styra eller leda enskilda handlingar.

Lärande

För att implementera och uppnå en mer evidensbaserad praktik krävs ett lärande. Begreppet lärande innebär att en förändring sker, av allt från attityder, kunskap och förmågor till beteenden. När du har "lärt dig" något, är du i någon mån en annan än du var innan du "lärd dig". Då denna förändring sker inom givna ramar, vid så kallat anpassningsinriktat lärande, är fokus förbättringar och effektivisering. Om förändringen sker genom ifrågasättande av det förgivettagna och utanför rådande ramar vid så kallat utvecklingsinriktat lärande, skapas förutsättningar för innovation och förnyelse av en verksamhet (Nilsen, 2014).

Tre olika perspektiv på lärande brukar beskrivas. Behaviorismen är inriktad på yttre observerbara och mätbara beteenden. Lärande "är" beteendeförändring. Kognitivismen har fokus på individens förmåga att förstå, inse, minnas och välja det handlingsätt som leder till det bästa resultatet. Det kontextuella synsättet på lärandet lyfter fram lärandet relaterat till sociala - och kulturella sammanhang. Lärande sker i interaktion med andra och det kontextuella synsättet har en kollektiv aspekt. Kunskap är kontextbundet och omöjlig att frigöra från sitt sammanhang. Lärande beskrivs ofta på individnivå. Men lärande kan även ske på gruppnivå t ex vid teamsamverkan och i nätverk. Det finns också ett lärande på organisationsnivå, vilket inte är summan av alla medarbetares kunskap. Medarbetare kommer och går men organisationens kunskap består och visar sig i arbetsrutiner, regelverk, normer och värderingar. Det finns många svårigheter att "omvandla" individers lärande till organisationens lärande (Nilsen & Roback, 2010).

Förhållande mellan individens lärande och organisationens har olika innebörd beroende på vilket teoretiskt perspektiv man har på lärande. Behavioristerna förutsätter att ett organisatoriskt lärande sätter spår i nya riktlinjer, regler och policys. Kognitivismen menar att organisatoriskt lärande är en process som beror på förändringar i individernas uppfattning om sina uppgifter och funktioner i organisationen. I ett socialkulturellt perspektiv är organisatoriskt lärande kvalitativt annorlunda än individuellt lärande. Det organisatoriska lärandet avspeglas i själva organisationen, dess visioner, riktlinjer, ledarskapsprinciper, personaladministration och kommunikation.

Resultat och analys

Jag återvänder nu till Kirkpatrick's modell för att med hjälp av den bedöma olika effekter av utbildningen *Ledarskapets betydelse för utveckling i en evidensbaserad verksamhet* åren 2012 och 2013. Tanken bakom Kirkpatrick's modell är att uppdragsgivaren i upphandlingen ska redovisa vilka resultat utbildningen ska uppnå och vilka beteenden som ska uppmuntras i utbildningen för måluppfyllelse. Därefter beslutas hur utbildningen ska genomföras för att få bästa förutsättningar för upplevelser och lärande, som kan bidra till goda resultat. Enligt modellen utvärderas nivå 1 och 2 i samband med utbildningen, medan nivå 3 och 4 först kan bedömas efter 4-6 månader.

I mitt arbete använder jag universitetets utvärderingar från 2012 och 2013 för att bedöma nivå 1 och 2. Under nivå 2 redovisar jag också vad deltagare nu, våren 2014, säger att de lärd sig på utbildningen. Därefter redovisar jag på nivå 3 hur jag uppfattar att deltagare beskriver att de har förändrat sitt ledarskap till följd av utbildningen och under nivå 4 redovisas resultat utifrån deltagares respektive utvecklingsarbeten.

Nivå 1: Reaktionen

Universitetets kursutvärderingar presenterades i maj respektive år och skriftlig redovisning översändes till regionförbundet. Kursdeltagarna angav 2012 under rubriken "...det mest intressanta..." följande: att få insikt i varandras verksamheter, utbildningens föreläsningar, seminarier och utvecklingsarbetena. År 2013 var föreläsningarna och att träffa dialogpartners i de andra deltagarna, det evidensbaserade tänket, seminarierna och gruppdiskussionerna det mest intressanta. Men också skönlitteraturens koppling till ledarskapet nämndes. Detta år namngavs några uppskattade föreläsare, varav en ansvarade för området evidensbaserad praktik.

Sammantaget förefaller det alltså som om reaktionerna på kursen har varit positiva. I båda utvärderingarna framhölls föreläsningarna och seminarierna som intressanta. Inte minst möjligheten till samtal med kolleger från andra verksamheter ansågs vara värdefull.

Nivå 2: Lärande

Som "...bestående lärdomar..." redovisades 2012 nyttan av reflektion och självinsikt samt behovet av att ha olika perspektiv för ett framgångsrikt ledarskap. År 2013 redovisades input, inspiration och erfarenhetsutbyte, som kolleger från andra kommuner, landstinget och privat verksamhet bidrog med som lärorika aspekter. Andra lärdomar som redovisades var praktiska exempel som kan användas i vardagen, det evidensbaserade tänket, förmågan att analysera teorin till "verkligheten" och arenan (vilket jag tolkar som möjligheten att få presentera sitt arbete för publik på Tylösands Havsbad).

När jag nu upprepar frågan om bestående lärdomar var det inte så lätt för deltagarna jag samtalande med att konkretisera vad de lärde sig i utbildningen och vad de har tagit till sig och omsatt i sitt ledarskap. Så här kunde det låta:

"Jag förstår bättre nu, varför saker kan bli som de blir. Man fick teoretiska resonemang på utbildningen. Det fick jag på grundutbildningen också, men då hade jag ingen erfarenhet."

Och så här:

"Jag talar mer om utveckling och förbättring nu, än jag gjorde innan."

Tre andra röster:

"Man fick tänja sitt tänkande."

"En sådan utbildning är alltid bra, kanske inget nytt men den ger tid för reflektion och man lär känna andra. Det underlättar framtida samarbete."

"Tips från andra."

Eller:

"Att se likheter i ledarskapet mellan olika verksamheter var bra."

Och till sist ytterligare ett par kommentarer:

"Det var bra att få perspektiv på den egna tillvaron och den egna verksamheten."

"Jag har inget med mig från utbildningen. Inget jag är medveten om."

Totalt sett är det svårt att få grepp om vilket lärande som faktiskt har skett i termer av förändrade attityder, förmågor och kunskaper. Delvis beror det på hur utvärderingen gjordes, alltså vilka frågor som ställdes, men också på att det kan vara svårt att beskriva och se det egna beteendet och den egna kunskapsutvecklingen. En förmåga som nämndes både då och nu är förmågan att få perspektiv på den egna verksamheten genom dialog med kolleger.

Nivå 3: Beteende

Universitetets utvärdering sker i samband med att kursen avslutas och omfattar nivå 1 och 2 enligt Kirkpatrick's modell. Regionförbundet södra Småland har som beställare av utbildningen inte initierat någon uppföljning. Grundförutsättningen är att deltagarnas chefer ska ta tillvara deltagarnas nyvunna kunskaper och använda dem i respektive organisation. Det är därför deltagarnas chefer är involverade i samband med ansökan och därför de bjuds in på resultatredovisningen, till "examen". Det är chefernas ansvar att följa upp.

Är det då någon av dem jag har samtalet med, som beskriver hur de har förändrat sitt ledarskap och omsatt kunskaper i praktisk handling? Ja, hör här:

"När socialnämnden nu har satt mål, åkte jag med 18 medarbetare till Osby. Vi gick igenom målen och diskuterade vilka aktiviteter vi ska genomföra för att bidra till att målen nås. På nästa personalmöte ska vi skriva samman, vad vi ska göra."

Höjdes statusen, frågar jag författaren till utvecklingsarbetet om samverkansmöten.

"Ja, mitt och allas beteende har förändrats. Dessa möten prioriteras nu. Alla kommer, och samarbetet runt Linnéa har möjlighet att förbättras".

(I Småland är namnet på den mest sjuka äldre Linnéa, min anmärkning.)

En annan röst:

"Jo, utbildningen har satt spår i organisationen. Jag har nytt jobb nu och ska implementera "relationsinriktad vårdnad". Nu har jag nytta av och använder mina kunskaper från utbildningen. Jag vet vad jag som ledare har att tänka på och hur jag ska göra, när jag ska implementera. Dessutom går jag nu en nationell ledarskapsutbildning och har nytta av den gamla vad gäller begreppen värdegrund, roller och evidens."

Tre av cheferna upplever att de har ändrat sitt beteende utifrån kunskaper från utbildningen.

Nivå 4: Resultat

I vilken mån har utbildningen påverkat verksamheten och gett resultat? Jag avser här om deltagarnas utvecklingsarbeten har genomförts, har gett resultat och ytterst medfört ett bättre liv för sjuka äldre. Har fler av de mest sjuka äldre fått fast vårdkontakt? Har arbetet med genomförandeplaner utvecklats med större delaktighet för de äldre, bättre dokumentation och bättre uppföljning? Har teamarbetet runt Linnéa lett till bättre förebyggande arbete? Har organisationen utvecklat sin förmåga att hantera hög personalomsättning? Har organisationen rutiner för hur utvecklingsarbeten ska få genomslag i hela organisationen? Detta är vad några av deltagarnas utvecklingsarbeten handlar om. Frågorna är många. Här kommer ett par resultat som jag har funnit i mina samtal med deltagare.

”Ja, det finns rutiner för dokumentation på sökordet ”fast vårdkontakt” i Cambio Cosmic (Landstingets datasystem, min anmärkning). Vi håller på att implementera. Det tar tid. Jag informerar och informerar. Vi har tagit fram statistiska rapporter. Men jag har inte följt upp rutinen. Det skulle göras efter ett år. Det är svårt att mäta vilket målet ska vara utan att göra journalgranskningar.”

”Patientsäkerheten har påverkats på vårdavdelning av kvalitetsförbättringar på akut-mottagningen. (Detta är ett konkret resultat av utvecklingsarbetet, min anmärkning). Min chef har engagerat sig i mitt utvecklingsarbete och även andra chefer. Men någon praktisk konsekvens har det inte lett till. Man har sagt att man ska tänka på det.”

Antydan till resultat? Eller förhoppningar om resultat?

”Vi hade föreställningen att hela förvaltningen skulle arbeta med genomförandeplaner, ta med våra förslag i utvecklingsarbetet och arbeta med dem. Så blev det inte och luften gick ur oss. Vi har så smått arbetat vidare på våra egna enheter. Men det blir kanske ändring. Nu när du hörde av dig, har vår chef bett oss redovisa vårt utvecklingsarbete på ett chefsmöte igen. Så kanske det blir något av våra förslag ändå.”

Så här kan det också vara:

”Vi erbjöd våra kolleger att hjälpa till med implementeringen av SIP:en (Samordnad individuell plan, min anmärkning). Av 12 enhetschefer efterfrågades vi av en och medverkade på ett personalmöte. I utvecklingsarbetet bestämde vi att vi skulle utvärdera implementeringen efter 1 år, men det har vi inte gjort.”

”Ja, teammötenas status har höjts. Men i utvecklingsarbetet var ambitionen också att vården och omsorgens ledningsgrupp skulle ta fram riktlinjer för teammötena. Det är inte gjort, men nu när du har påmint blir jag taggad. Jag ska ta tag i det.”

Resultaten är begränsade på Kirkpatrick's nivå 4, dvs i vilken omfattning utbildningen har påverkat verksamheten och lett till ett bättre liv för sjuka äldre. Inte ens den införda rutinen för dokumentation av fast vårdkontakt, som är det enda verifierade resultatet jag har funnit i mina samtal med deltagare, kan sägas leda till ett bättre liv för sjuka äldre. Om det ska bli bättre, måste rutinen användas. Det finns statistik på tillämpningen men denna ger inget entydigt svar. Sammanfattningsvis är resultatet således magert. Kunde det varit annorlunda? Jag återkommer till detta.

Diskussion

I detta projekt har jag reflekterat över resultatet av utbildningen *Ledarskapets betydelse för utvecklande av en evidensbaserad verksamhet*. Min analys visar att utbildningen har haft positiva effekter på nivå 1 och även på nivå 2 enligt Kirkpatrick's modell som beskriver lärande på fyra nivåer. Enligt modellen ska nivå 2 utvärderas i samband med att utbildningen genomförs. I mina samtal upprepade jag nu våren 2014 frågan om bestående lärdomar. Deltagarnas svar talar om reflektion, samarbete, perspektiv på den egna verksamheten samt begrepp och teorier. På nivå 3 redovisas några förändrade beteenden som resultat av utbildningen. Däremot ger analysen inga resultat som visar att utbildningen har bidragit till ett bättre liv för sjuka äldre. Inga utvecklingsarbeten är genomförda till fullo.

Jag fortsätter nu diskussionen utifrån den teoretiska referensramen med begreppen evidensbaserad praktik, implementering, ledarskap och lärande.

Evidensbaserad praktik

Syftet med den statliga satsningen på att bygga upp hållbara, regionala strukturer för kunskapsutveckling är att uppnå en mera evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Ett av skälen till detta är politikernas vilja att stärka brukarens och patientens ställning inom vård- och omsorg. De ska vara medskapare och evidensbaserad praktik är en möjlighet att stärka deras inflytande (Oscarsson, 2009). Ingen av de kursdeltagare jag har mött nu talar om att stärka brukarnas eller patienternas ställning. Däremot talar några spontant om vikten av att förbättra för brukarna och göra dem mera delaktiga. Jag bedömer dock inte att utbildningen påverkat dessa uttalanden. Å andra sidan nämns föreläsaren med ansvar för området evidensbaserad praktik i universitetets utvärdering 2013 som särskilt uppskattad. Kanske tolkar jag Kirkpatrick's modell alltför snävt? Tre chefer uppger att de har ändrat beteende. Blir det inte bättre för Linnéa om samverkansmötena kring henne får en högre prioritet? Troligen. Vad innebär det för Linnéa att chefer uppger att de reflekterar mer över sin verksamhet? Om det vet jag inget. Men är det inte ett första steg mot en mer evidensbaserad praktik?

Implementering

En kursdeltagare menar att hon genom sitt utvecklingsarbete lärde sig vad som fordras av ledaren för att implementera nya rutiner. Hon tillämpar nu sina kunskaper i en förändringsprocess föranledd av ett par Lex Sarah anmälningar på kort tid (anmälan om missförhållande inom äldreomsorgen enligt Socialtjänstlagen, min anmärkning). Andra konstaterar att det är svårt att implementera. Ja, det är svårt. Sundell & Soydan (2008) poängterar att implementering handlar om en process som vanligen förutsätter krav på förändring från omgivningen. Om det inte finns, misslyckas oftast implementeringen. Är det kanske precis så, att omgivningens krav på förändring inte är tillräckligt starka vad gäller ett par av utvecklingsarbetena? Därför genomförs de inte även om arbetena omfattar områden som är lagstadgade eller rekommenderade av Socialstyrelsen. Gäller detsamma för evidensbaserad praktik? Vem efterfrågar det? Staten gör det på nationell nivå. Men på regional och lokal nivå - vem gör det där?

Kan bristande implementering också hänga samman med att det finns olika uppfattningar och föreställningar bland politiker, professionella och brukare/patienter om hur den går till? Några har bilden av att det är organisationen med delegationsordning och ansvarsfördelning som styr implementeringen. Det finns en linjär process. Några har bilden av att det är kulturen i organisationen som är den styrande faktorn (Löfgren, 2012). Och då är det annat än regelverk som styr och gör att implementeringsprocessen kan bete sig som en argentinsk tango, ett par steg hit och ett annat dit. Men någon måste alltid föra, om det ska bli resultat.

Ledarskap

Flera av utvecklingsarbetena berör arbetsledarens/enhetschefens roll. Hur ska ledaren göra för att påverka sina medarbetare att arbeta mot gemensamma mål? På nivå 3 finns ett exempel på hur en enhetschef engagerar sina medarbetare i arbetet med att uppnå politiska mål. Det gäller att stödja och samordna och skapa mening för alla i verksamheten (Söderström, 2005). På nivå 4 har jag tagit upp ”antydning till eller förhoppningar om resultat”, eftersom jag tycker deltagarnas berättelser är intressanta. Det finns engagemang och ambition, men man når ändå

inte fram. Vad beror det på? Varför går luften ur? Har förväntningarna på vad som är möjligt att förändra varit för stora? Har man bortsett från vad Öqvist (2010) talar om, ledarens roll att hantera verksamhetens gränsvillkor? Det gäller att se organisationens olika nivåer och ha klart för sig vad man utifrån sin roll styr över och vilka beslut som ligger på annan nivå. Vad kan deltagarna själva besluta om och genomföra och vilket ansvar har deras chefer?

Lärande

Ett par av dem jag har talat med var ganska missnöjda med sitt utvecklingsarbete. Eller nöjda? De konstaterade i sitt arbete att det fanns engagerade medarbetare i organisationen. Deras förväntan var en annan, eftersom de menar att utvecklingsarbete inte får fäste i deras organisation. Varför har utvecklingsarbete svårt att få genomslag? Beror det på organisationens strukturer och planering, undrar de. Jag påminner här om Nilsen & Roback (2010). I ett socialkulturellt perspektiv är organisatoriskt lärande kvalitativt annorlunda än ett individuellt lärande. Det organisatoriska lärandet avspeglas i själva organisationen, dess visioner, riktlinjer, ledarskapsprinciper, personaladministration och kommunikation. I organisationens lärande menar jag att såväl politiker som personal är involverade och ett organisatoriskt lärande hanterar personalomsättning genom bl a sättet att administrera och kommunicera.

Mitt förslag till utveckling

Min uppföljning och utvärdering av ledarutvecklingsprogrammet för chefer inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i Kronobergs län visar att Linnéuniversitetet har genomfört en utbildning med föreläsningar, seminarier och möjlighet till insikt i kollegers verksamheter som har uppskattats av deltagarna. Alla deltagare har också genomfört ett utvecklingsarbete utifrån eget val av ämne. Ämnet är oftast något "som ligger på skrivbordet", något som ska göras eller som upplevs som problem. Deltagarna redovisade i universitetets utvärdering flera bestående lärdomar och flera av dem återkommer som exempel i mina samtal med deltagare ett respektive två år efter utbildningen.

Kan då utbildningen ses som en del i en struktur för kunskapsutveckling mot en mer evidensbaserad praktik i Kronoberg? Knappast i sin nuvarande form. Och livet för de äldre Kronobergarna blir inte bättre för att cheferna har lärt sig "hur man ska göra". Det kan bli bättre först "när man gör" och går från ord till handling. Det cheferna har lärt sig, vad de vet, måste omsättas i praktiken. Först då skapas och byggs kunskap som gynnar patienten/brukaren. "Kunskapen är resultatet av en målmedveten verksamhet – ett slags skapande, om man så vill" (Liedman, 2001, s. 63). Tanken är naturligtvis att deltagarnas utvecklingsarbete ska genomföras i respektive verksamhet, om nu inte utvecklingsarbetet visar att det är bättre att behålla dagens arbetssätt, för så kan det också vara.

Rubriken på min uppsats är: *Det ingen frågar efter, blir inte gjort!* Ja, så förefaller det vara. Det hjälper inte med kunskap och ambitioner hos cheferna om inte deras chefer, politiker och/eller brukare/patienter efterfrågar förändring och utveckling. Jag vill åter igen lyfta fram vad Sundell & Soydan (2008) säger: Det måste finnas krav på förändring från omgivningen, om förändringar i verksamheten ska komma till stånd.

Hur skulle då deltagarna i utbildningen kunna stöttas i genomförandet av sina utvecklingsarbeten? Kan utbildningen bli en hållbar struktur för kunskapsutveckling? Här är några tankar kring vad som kan utvecklas:

- **Välj ämne för utvecklingsarbete i dialog med chefen**
Undanröj på så sätt orealistiska förväntningar på vad som är möjligt och bli medveten om vilka nivåer i organisationen som behöver involveras. Du väcker chefens intresse.
- **Håll chefen fortlöpande informerad om utbildningen**
Det ger chefen möjlighet att planera in spridning av utvecklingsarbetet i organisationen. Organisationens blir medveten om utvecklingsarbetet.
- **Sök stöd i implementeringsfasen**
Kom överens med chefen om vem som ska stötta i implementeringsfasen.
Det är svårt att implementera! Hindren är många.
- **Använd Kirkpatrick's modell vid utbildningsupphandling**
Var tydlig med vad beställaren förväntar sig för resultat av utbildningen. Var tydlig med vilka beteenden som ska stimuleras t ex utvecklingsarbeten som berör både kommun och landsting.
- **Acceptera bara utvecklingsarbeten som har ett klart fokus på den verksamheten är till för, brukarna och patienterna**
- **Arbeta systematiskt för att skapa det organisatoriska lärandet i företaget, kommunen eller landstinget**

Detta är mitt bidrag till utveckling och till *Uppdrag Kunskap*. Dessutom kan jag med glädje bidra med att berätta om mitt arbete för den eller de som är intresserade. Och jag gör det ju i egenintresse. Jag är en äldre Kronobergare!

Referenser

- Bolin, I. & Sager, M. (Red). (2011). *Evidensens många ansikten*. Lund: Arkiv förlag.
- Evidence Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. New approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, Nov 4, 268, (17), 2420-2425.
- Kirkpatrick, D. L. (1994). *Evaluating training programs*. The four levels. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Liedman, S-E. (2001). *Ett oändligt äventyr. Om människans kunskaper*. Stockholm: Bonnier.
- Lundqvist, L. (1998). *Demokratins väktare. Ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren, K. (2012). *Implementeringsforskning. En kunskapsöversikt*. Malmö: Malmö stad.
- Nilsen, P. (2014). Implementering av evidensbaserad praktik. Teori och tillämpning. I P. Nilsen (Red.), *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups.

- Nilsen, P. & Roback, K. (2010). Implementering, kunskap och lärande. En begreppsmässig plattform. I P. Nilsen (Red.), *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård* (s.51-69). Lund: Studentlitteratur.
- Nilsen, P. (Red.) (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik. Teori och tillämpning*. Malmö: Gleerups.
- Socialstyrelsen. (2012). *Om evidensbaserad praktik*. Stockholm: Författaren.
- Oscarsson, L. (2009). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter*. Stockholm: SKL Kommentus.
- Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (Eds.). (2000). *Evidence - based medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- SKL. (utan år). *Patient- och brukarmedverkan*. Positionspapper – för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Författaren.
- SKL. (2012). *Evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso- och sjukvård*. Positionspapper. Stockholm: Författaren.
- SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Till nytta för brukaren*. Betänkande av ”Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst”. Stockholm: Fritze.
- Sundell, K. & Soydan, H. (2008). Från kunskap till praktik. I M. Roselius & K. Sundell (Red.). *Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering* (s.14). Stockholm: Gothia.
- Söderström, M. (2005). *Ledning och ledarskap i multiprofessionella organisationer (MPO)*. Stockholm: Statens kvalitets- och kompetensråd.
- Yukl, G. (2006). *Leadership in organizations* (6. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Öquist, O. (2010). *Framgångsrikt ledarskap med systemteori. Mönster, sammanhang och nya möjligheter*. Stockholm: Gothia.

Forskningsbidrag

Vigs Ängar – boende och liv

Samspel arkitektur, ledarskap och engagerade medarbetare

Lillemor Husberg

lillemor@husberg-arkab.se

Handledare Gustav Almenberg & Jonas E. Andersson

Vigs Ängar – boende och liv

Samspel arkitektur, ledarskap och engagerade medarbetare

Förord

Denna uppsats berättar om tillblivelsen och framgångsfaktorerna som ligger bakom driften av äldreboendet Vigs Ängar. Uppsatsen är en fallstudie av uppbyggnaden av Vigs Ängar och till vad det är idag. Innan jag började arbeta med äldreboendet Vigs Ängar för 24 år sedan, hade jag arbetat som arkitekt med erfarenhet av att driva större projekt inom byggnadssektorn. Ansvaret för verksamheten på Vigs Ängar har inneburit att min arkitektkompetens utökats med en ny erfarenhet av praktiskt vård- och omsorgsarbete. I den egenskapen har jag deltagit i många projekt som handlat om äldreomsorg, t ex som sakkunnig ledamot av Äldreboendedelegationen inom Socialdepartementet åren 2006-2008.

Upptakten till Vigs Ängar finns i ett personligt möte: efter att ha uttryckt mitt intresse för boendeformer för äldre där jag själv skulle kunna tänka mig att bo, kom jag i kontakt med en grupp antroposofintresserade personer på Österlen. I detta tidiga skede var avsikten inte mer än att jag skulle vara arkitekt till ett byggnadsförslag, men som van arkitekt samlade jag intressegruppens fragmentariska bilder om åldrande inspirerat av antroposofi till en gemensam vision om ett gott åldrande i samspel med arkitektur, ledarskap och medarbetare. Visionen var, och är fortfarande att ge näring till kropp, själ och ande: att allt som en person gör, ser och upplever är till för dennes välbefinnande. Visionen handlar lika mycket om detaljer i byggnadens arkitektur som om bemötande inom vården och omsorgen.

Inledning

Äldreboendet Vigs Ängar är ett vård- och omsorgsboende som drivs på entreprenad på uppdrag av Ystads kommun. Boendet kom till som en försöksverksamhet för samma kostnader som Ystads kommuns övriga äldreboenden, alltså samma årliga driftskostnad för vård- och omsorgsboenden. Vigs Ängar öppnades den 2 maj 1995. Idag bor här 33 äldre personer med individuella vård- och omsorgsbehov, men det finns plats för upp till 36 personer. De flesta lägenheter är ett rum och köksenheter, men det finns 4 lägenheter som har 2 rum med köksenheter avsedda för par. Personalen räknar ca 36 personer som arbetar med vården och omsorgen. Tolv av medarbetarna har arbetat här sedan verksamheten startade.

Verksamheten utgår från den enskilde boendes perspektiv, önskemål och behov. Medarbetarna har ett brett spektrum av yrkeskompetenser. Förutom undersköterskor, sjuksköterskor och administrativ personal har medarbetarna utbildning som t ex musiklärare, fysioterapeut, socialterapeut, tandsköterska, fotvårdare eller psykiatriskötare samt arkitekt. I vårt kravmärkta kök finns det 3 kockar som dagligen arbetar med att sätta samman en dietistisk och välbalanserad kost från grunden. Detta innebär inga halvfabrikat utan ekologiska råvaror och så biodynamiskt som möjligt. Det serveras både vegetariska rätter och svensk husmanskost.

Vigs Ängar framhävs ofta som ett riktigt gott exempel på en boendeform för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov (Jonsson, 2014; Rikshem & PRO, 2013). De positiva omdömena lyfter fram den annorlunda arkitekturen och stämningen av ett generöst välkomnande som präglar hela huset. Här finns en atmosfär av lugn och ro som ger glädje och liv i huset. Detta har betydelse för både de boende och deras anhöriga samt förstås våra medarbetare (Jonsson, 2014; Rikshem & PRO, 2013).

Bakgrund

Visionen som jag var med och formulera i början av 1990-talet innebär att var och en i personalen ska uppmuntras att ta ett större eget ansvar inom vård- och omsorgsarbetet. Jag använder en tanke om en arbetsorganisation med en hög grad av eget ansvar för att främja engagemang. Visionen fungerar som stöd och inspiration för medarbetarna i deras arbete inom vård- och omsorgsverksamheten. Personalen är viktiga delar för att utveckla en personcentrerad vård- och omsorg från den äldre personens perspektiv. Mediciner kompletteras med bad och massage, terapeutiska övningar, och aktiviteter för att locka till närvaro och betona det friska (Antonovsky, 1991). Medarbetarna som rekryterades 1995 hade erfarenhet av vård- och omsorgsarbete från sedvanliga boendeformer för äldre (Johannisson, 1990; Josefson, 1991) och de var vana vid en hierarkisk organisation för hälso- och sjukvård (Jonsson, 2014; Rikshem & PRO, 2013). På Vigs Ängar uppmuntrades de att använda sin egen klokskap i kombination med teoretiska och praktiska kunskaper om god vård och omsorg för att bidra till den gemensamma visionen för vården och omsorgen här. Innan verksamheten öppnades på Vigs Ängar i maj 1995, genomfördes en 14 dagars internutbildning med sjuksköterskan Märta Arman, eldsjelen bakom Vidarkliniken i Järna utanför Södertälje, samt läkaren Maarten Reder, också han verksam i Järna. Utbildningen hade en holistisk utgångspunkt för god vård och omsorg av sjuka (Arman, 2007). Dessutom kombinerades utbildningen med att iordningställa och inreda lokalerna.

Vigs Ängar har genom åren fått mycket uppmärksamhet, många studiebesök och utmärkelser för sin verksamhet, se www.vigsangar.se. I mötet med besökarna, oavsett ålder, kön, eller grupptillhörighet framkommer att verksamheten som bedrivs på Vigs Ängar ger inspiration. Vigs Ängar har blivit en plats för fina möten över generationsgränser och bortom åldrande och skröplighet. Medarbetarna går med glädje och stolthet till arbetet. De flesta av dem säger att de själva vill bo här när de behöver stöd och hjälp. Vår förbrukning av mediciner är låg, speciellt gäller det sömnmedel, lugnande och smärtstillande preparat. De alternativa behandlingsmetoderna med bad och massage, beröring och konstnärliga aktiviteter som musik och sång kan vara en förklaring. De utförs av engagerade och kunniga medarbetare. Vigs Ängar försöker följa ÅDEL-reformens centrala idé om ett hemlikt boende med en individualiserad vård och omsorg och aktiviteter och närvaro i nuet. Det är ett dynamiskt samspel mellan en grundläggande estetisk och etisk värdegrund om människa, åldrande, vård- och omsorgsmiljö samt en byggnad som berikar livet för de boende och det dagliga vård- och omsorgsarbetet.

Fallstudie och metod

Arbetet har bedrivits som en fallstudie med ett tillbakablickande och nutidsbeskrivande perspektiv (Yin, 2003). Det är den noggranna beskrivningen av skeendet som bidrar till förståelsen av framgångsfaktorer i fallet (Johansson, 2002; Flyvbjerg, 2004). En konstnärlig forskningsmetod (Vetenskapsrådet) har använts för att belysa skedena från första idé i arki-

tektarbetet till pågående verksamhet idag som ett boende för sköra äldre. Jag reflekterar över arkitektuppgiften att omsätta en vision till praktik och verksamhet. Fokus för min forskning har varit äldreboendet Vigs Ängar som det fungerar idag, och kopplingen till utgångspunkter och visioner för arkitektarbetet. Jag har även använt närläsning av beslutsdokument och ritningsunderlag för att förklara processen att skapa Vigs Ängar. Till stöd för mitt arbete har jag involverat medarbetarna. Jag skickade en enkät till de 33 tillsvidareanställda och 11 valde att besvara enkäten, dvs en svarsfrekvens på ca 33 %. De har besvarat frågor kring miljön och vad de uppfattar som särskilt viktigt i deras arbete och gärning på Vigs Ängar (se sidan 117).

Vigs Ängar, då, nu och i framtiden

ÄDEL-reformen 1992 förde över ansvaret för samtliga boendeformer för äldre från landstingen till kommunerna. Kommunerna fick dessutom ansvar för vård och omsorg i den enskildes eget hem genom hemtjänst och sjukvård i hemmet. Den äldre personen skulle stödjas genom en individualiserad vård och omsorg. Vigs Ängar uppstår genom det intresse som en lokal grupp av antroposofier hade väckt hos Socialnämndens dåvarande ordförande Per Roth i Ystad kommun. Kommunen hade också en utvecklingschef, Per Scholtz, som prioriterade innovativa idéer, samt socialchefen Eri Thorén som var en drivande och kunnig person inom vård- och omsorgssektorn. År 1992 tog Socialnämnden beslut om att skapa ett annorlunda äldreboende som kommunen varken ville äga eller driva. Antroposofin skulle vara en utgångspunkt både för byggnaden och för verksamheten (Socialnämnden, 1992).

Beställarkompetens och entreprenörskap

Arbetet med att förverkliga visionen för Vigs Ängar visade på vikten av att ha en representant på beställarsidan som delade visionen för arkitekturen, huset och verksamheten. Projektet drevs med ett ömsesidigt förtroende i syfte att förverkliga en långsiktigt användbar och hållbar byggnad och verksamhet. Socialchef Eri Thorén var eldsjelen på beställarsidan. Utan henne hade jag som arkitekt inte vågat ta på mig rollen som samordnare av arkitektur samt vård och omsorgsarbete fram till byggstart 1993 och därefter som byggherrens ombud under byggskedet.

Genomförandet av Vigs Ängar pekar på behovet av en bred kunskap och erfarenhet hos den arkitekt som driver liknande projekt, dvs att kunna hålla i en komplex helhet som handlar om både rena frågor för byggnation och framtida verksamhet inom äldreomsorgen. I detta skede av projektet Vigs Ängar blev den gemensamma visionen central för att styra arbetet, både med huset och bemanningen av vård- och omsorgspersonal (Lawson, 2005). Här blev mina tidigare erfarenheter från Byggnadsstyrelsen till stor nytta för att leda projekteringen. I detta skede började insikten både hos mig och hos beställaren växa fram att jag även skulle leda verksamheten i det påföljande skedet när huset gick över i drift.

Program för byggnaden

Arkitekter är utbildade i att informera och samordna olika behov, krav och önskemål från grupper av konsulter, myndigheter, beställare, brukare, byggare utifrån olika krav, standarder och behov, så också jag. Förhållandet mellan kostnader och ytor fokuserade jag medvetet på under hela processen.

Jag utvecklade några strategier för planeringen av Vigs Ängar:

1. Noggranna analyser av ytor i andra boendeformer för äldre som fungerade som jämförelser
2. Optimera användning av rumsyta för att sänka byggkostnaden
3. Maximera rumsfunktionen genom att kunna dubbelanvända ytor
4. Kontrollera korridor- och passageytor

Med utgångspunkt från kommunens äldreboendeplan 1990 skattade behov för orterna Köpingsbro och Nybrostrand gjorde jag ett program för ett äldreboende med 32 platser. Programmet utgick från 4 boendegrupper med 8 lägenheter i varje. Genomsnittlig yta per boende sammanlänkades med allt som arbetet med Vigs Ängar kommit fram till: lägenheter, gemensamhetsytor, mat- och vardagsrum, samlingssal, café/restaurang, bibliotek/terapi, bad och massage samt reception, expedition och personalrum. En viktig fråga var hur stor anläggningen skulle vara för att ekonomiskt klara restaurang samt bad och massage som inte fick fördyra driften. Analysen pekade på att 32-36 platser skulle vara en optimal lösning.

Jag bildade ett fastighetsbolag och ett driftbolag för Vigs Ängar samt skrev avtal med Ystads kommun om hyresgarantiavtal och framtida drift. Nu började jag komma in i rollen att hantera både ansvaret för uppförandet av byggnaden och driva verksamheten.

Ekonomi och byggkris

Vigs Ängar kom till under den ekonomiska krisen och fastighetskrisen på 90-talet. Visionen och strategier för visionens genomförande blev därför ännu viktigare. När bygghandlingarna var ritade och byggkostnaderna framräknade gick Ystads kommun in som ägare i fastighetsbolaget. Kommunen stod som garant för lånen när räntorna gick upp 500 % under krisens värsta tid. Byggkostnaden blev inte högre än för liknande projekt efter att prutningar tvingats fram för att behålla helheten och kostnadsramen.

Allt byggande handlar om ett givande och tagande. Trots alla goda intentioner blev det ett komplicerat bygge (Husberg & Ovesen, 2007). Konjunktursvackan i byggbranschen medförde att den första byggaren gick i konkurs. Under ett år stod grundplattan övergiven, öppen för vind och väta. Den unika situationen gjorde mig till en nyckelfigur i projektet. Det behövdes någon som fanns på plats och stod upp för visionen på byggarbetsplatsen och det blev jag. När huset väl stod färdigt, ett år försenat, var det naturligt för mig att ta steget och även leda verksamheten. Jag uppfattade det som en del av mitt ansvar som arkitekt och projektledare mot Ystads kommun, men framför allt gentemot medarbetarna och de presumtiva boende i och med att visionen nu vuxit sig stark.

En av mina slutsatser från projektet är att en ambition om god vård och omsorg för äldre personer med komplexa behov och som utgår från en vision som jämkas mot prioriteringar i verksamheten, driften och underhållet inte kostar mer att bygga, driva eller utföra. Det kan relateras till låg personalomsättning (0), låg sjukfrånvaro (1,2 %), låg medicinförbrukning och liten användning av sjukhusvård. Det s k GÅS-projektet i Skåne (Thorsson, 2002; Rahm Hallberg, 2006), där man jämför hur olika särskilda boenden och hemtjänst i eget boende belastar landstinget, stödjer också denna slutsats.

Vigs Ängar, en dynamisk miljö för boende och personal

Visionen för Vigs Ängar är en gemensam utgångspunkt för både hus och vård och omsorg. Medarbetarna arbetar utifrån de boendes förutsättningar, personlighet och önskningar. När personal utgår från de boendes behov får de äldre också ett inflytande. Vigs Ängar bygger på dynamiken mellan följande fyra dimensioner: *speciell arkitektur* - upplevelse, *speciellt motiverade medarbetare* - egenansvar och utveckling, *speciell ledning* - stöttning, *speciell värdegrund* - vård- och omsorgsarbete (figur 1).



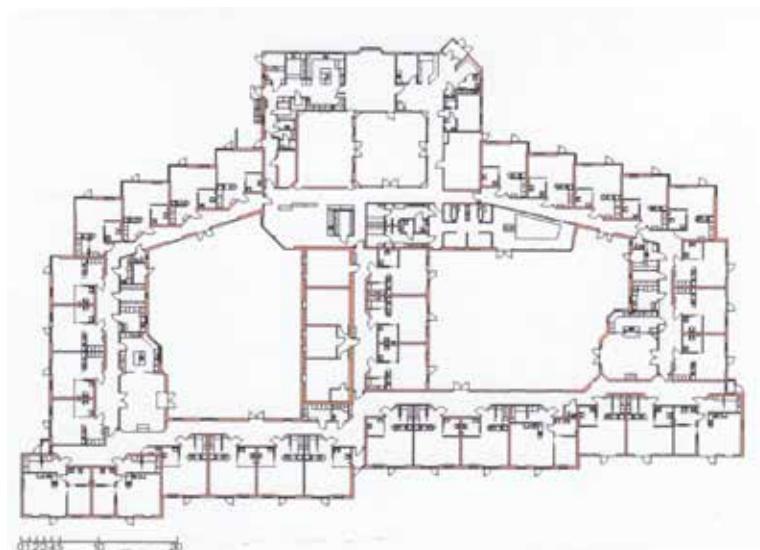
Figur 1. Vigs Ängars "dynamik" mellan de fyra områdena: *speciell arkitektur* - upplevelse, *speciellt motiverade medarbetare* - egenansvar och utveckling, *speciell ledning* - stöttning, *speciell värdegrund* - vård- och omsorgsarbete. (Figur av Husberg, 2014).

Speciell arkitektur: rörelse, funktion, och orienterbarhet skapar upplevelser

Vigs Ängar är en ekologisk byggnad med naturliga material. Arkitekturen på Vigs Ängar utgår från en persons upplevelse och användning av rummet. Utformningen av rummen ska göra det möjligt att använda och möblera rummen på olika sätt som följer människans behov. Tillsammans med naturliga material och den större luftvolymen genom olika takhöjd skapas ett gott inomhusklimat för både boende och personal. På Vigs Ängar finns en särskilt god luftkvalitet, varken för torr eller fuktig (Nordström, 1999). Det gör det möjligt att ha katter och hundar på boendet utan problem för boende och personal.

Vigs Ängar kan uppfattas som en stor anläggning, men placeringen av de olika delarna är ett försök att få ner skalan. De 32 bostäderna ligger som små radhus runt två gårdar medan allmänna utrymmen är placerade runt en tredje mindre gård. Man rör sig i oändlighetsåttor i ett flöde, där man alltid kan välja på två riktningar. Detta är bra för personer som är oroliga, t ex vid demens (Andersson, 2011). De äldre kan bara fortsätta att gå och upptäcka platser inom huset eller se ut på omgivningen, vilket skapar mindre oro. Dessutom sparar medarbetarna steg i och med att korridorer ligger i innervarvet. Detta ger ett flöde i verksamheten.

Ett tillgänglighetstänkande har funnits med från första början. På så vis kan rummet anpassas för individers skilda behov över tid. Allt på Vigs Ångar är tillgängligt och man kan klara sig själv överallt i hela huset samt utifrån och in. Detta gäller för verksamheten också, man kan lätt flytta gränsen mellan grupper efter olika vårdtyngder, vilket ger flexibilitet.



Figur 2. Planlösning för Vigs Ångar med tre gårdar som är väsentliga för hela miljön.

Gårdarna, korridorerna, små signaler

De tre gårdarna är väsentliga för miljön på Vigs Ångar men även för att underlätta de äldres orientering (figur 2). De har olika färg och utformning, det är lätt att komma ut och in, och de är tillräckligt stora (totalt 625 m²) för att man ska kunna känna sig fri och inte iakttagen. Olika takhöjder varierar rumsupplevelsen. Lägenheterna vetter ut från anläggningen och har utsikt mot omgivningen. Radhusen är förskjutna sinsemellan, så att de lägenheter som ligger åt norr även ska få direkt solljus. Kommunikationsytorna ligger närmast gårdarna, vilket också ger fint ljus i korridorerna. Det gör att de känns kortare och upplevelserika. Korridorer ska vara innehållsrika med olika bredder beroende på var man befinner sig. Då skapas mötesplatser där man kan slå sig ner ensam eller några stycken tillsammans. Vid lägenheterna är korridorerna bredare. Det ger en hemvist med egen färg. Dörrarna slår upp i nischen men inte ut i korridoren. Dörrar har olika detaljering beroende på vart de leder. Lägenhetsdörrarna skiljer sig från dem till gemensamma utrymmen med små detaljer och dörrar till gårdarna har annan färg än dem som leder ut ur anläggningen. Tanken har varit att hålla nere skalan på hela anläggningen.

Färg, form och miljö

Arkitekturen är skapad för att ge en dimension utöver funktionen och göra så att nya saker upptäcks efterhand i miljön. Ljus, färg och form är väsentliga ur flera aspekter, dels i upplevelsen av rummet och dels i att skapa bättre orienteringsförmåga. Det är viktigt för helheten, och ur tillgänglighetssynpunkt särskilt viktigt för personer med synproblem och/eller andra funktionshinder. Kontraster i färgsättningen förstärks genom dagsljusinfallet och skapar en miljö som känns inspirerande och harmonisk. Det är viktigt att det finns en helhet.

Lekfullhet och variation i rummens form och detaljer ger omväxling, som syftar till att locka till att vara ”här och nu.” När vi blir absorberade och fångas i nuet, blir vi åldersfria, känner delaktighet och glömmar tid och rum. Här har färgerna och ljuset en viktig betydelse. Goethes färglära (Sällström, 1976) om optiska effekter och olika färgers betydelse har spelat en roll för mig som arkitekt under 35 år. Naturlig färg med äkta pigment ger ett annat djup och bryter ljuset annorlunda. Både dagsljus och artificiellt ljus som inte bländar men som kommer från olika håll ger spännande rum. Rumslighet med hela rum i stället för uppbrutna rum och konsekvent färgsättning ger trygghet till sköra personer och därmed till alla andra.

Speciell värdegrund: stöd för vård och omsorg

Gemensam värdegrund – en vision om människans existentiella situation, vad det är att vara en människa, och inte minst att åldras – är oerhört viktigt för god vård och omsorg. På Vigs Ängar är antroposofin en värdegrund för att främja en känsla av sammanhang (Antonovsky, 1991). Livet behöver näring till kropp, själ och ande. Även om det till synes nödvändiga är omsorg om kroppen, så är näring till själ och ande, våra känslor, det som reser oss och gör oss levande. På Vigs Ängar är antroposofin integrerad med ett salutogent förhållningssätt för att betona det friska i åldrandet framför det sjuka, det patogena (Antonovsky, 1991; Westlund & Sjöberg, 2005). Det innebär att se till det friska och ge näring till det på olika sätt. Människor är olika och blir ofta mer olika ju äldre personerna är (Jönsson, 2011; Jönsson 2012), och det är att betrakta som en rikedom.

Speciellt ledarskap: lyssnande, inkännande och tjänande

De medarbetare som har varit med från starten har betytt mycket för utvecklingen av Vigs Ängar. Det är viktigt att inse att det inte finns någon quickfix att skapa engagerade och kunniga medarbetare (Enkät till medarbetarna; Birgersson, 1996). Det handlar om ett kontinuerligt arbete och fortbildning i delaktighet. Det måste få ta tid att utvecklas tillsammans för att alla ska använda *Hjärta, Hjärna och Händer*. Det har med den djupa förståelsen att göra, att gå från vision till verklighet, från teori till praktik (Heslet, 2010). Alla gör eller kan göra allt i det dagliga arbetet. Det finns t ex ingen städpersonal. Det har varit ett sätt att visa att vi hjälps åt som vänner utan att skapa hierarkier. Det är den ledningsmodell som tillämpas på Vigs Ängar. Alla kan grundarbetet: att ge god vård och omsorg till äldre personer med respekt och hänsyn till den enskildes behov. På Vigs Ängar kallas det en platt organisation med ett tjänande, coachande ledarskap.

I vård- och omsorgsverksamheten får ledare och personal aldrig glömma vem vi är till för – våra boende. Det gäller att bryta det institutionella och repetitiva, som ingen vill ha (Enkät till medarbetarna). Det görs för att främja spontanitet och direkthet i vård- och omsorgsarbetet (bild 1). Boende och medarbetare äter, fikar, och samtalar tillsammans. Målet är att försöka vara öppna för förändring, fånga stunden, undvika standardisering, utifrån vetskapen om livets skiftningar. Personers olikheter i olika generationer under samma tak uppmuntras. Ledarens roll är att vara visionär och medlare. Legitimiteten och makten ska komma av kunskap och det mandat som ledaren får av de boende och medarbetarna. Denna tjänande, coachande attityd kan samsas med ledarskapet när det inte finns en atmosfär av hierarki, utan alla tar sitt ansvar och hjälper och stöttar varandra som vänner. Personalen arbetar som ett team och alla är lika delaktiga.

Alla ska uppmuntras att säga sin mening, men även ta ansvar för vad man uttrycker. För att vara trygg och våga säga vad man tycker, måste man prata med varandra och inte om varandra. Det handlar om att kunna arbeta ihop som vänner, dvs kunna stötta varandra. Hinner vi inte det som är tänkt hjälps vi åt. När problem identifieras och konflikter tas upp tidigt, blir processen meningsfull och ökar delaktigheten kring en lösning. Erfarenheterna har visat att det är betydelsefullt att arbeta nära facken. Genom en gemensam vision kan alla ta ansvar och arbeta mot målet. När något inte riktigt stämmer har en organisationskonsult utanför verksamheten engagerats för att lyssna på samtliga. När problemen lösts tillsammans har hela huset lyft sig. Detta har gjort alla delaktiga och varit väsentligt.



Bild 1. Som auktoritet finns risken att man motar bort istället för att bjuda in.

Teckning av Gösta Lindqvist, 2014

Ledarskapet som tillämpas på Vigs Ängar liknar arbetet att vara arkitekt med ansvar för utformning och gestaltning av sjukhus eller andra miljöer. Det är viktigt att ha detaljseende och överblick för att kunna hålla ihop motstridiga krav till en gemensam vision. Det är en likhet med arbete inom vård och omsorg: i båda yrkesgrupperna används en teoretisk kunskap som först blir användbar i en praktisk situation (Heslet, 2010). En teoretisk och tyst kunskap (tacit knowledge), som omsätts till att bli en praktisk och tillämpad kunskap. Överföringen till en praktisk kunskap (Schön, 1983) kretsar kring frågeställningen:

- Hur vill jag själv arbeta; hur vill jag själv bli bemött i en vård- och omsorgssituation.

Professionalism och medarbetares arbetsmiljö

I en platt organisation tar alla ansvar och det egna ansvaret utgår från den gemensamma visionen. Detta motsäger inte behovet av att det finns specialansvar inom gruppen, t ex sjuksköterskor, grupp utvecklare, koordinator, verksamhetschef, ekonomiansvarig och fysioterapeut.

Elva tillsvidareanställda besvarade min enkät om vad som är viktigt för dem som medarbetare. Resultatet visar att de allra viktigaste aspekterna för medarbetarna är:

- trygghet, värdegrund och människosyn, arkitekturen, ledarskapet och glädjen som finns i huset
- näst viktigast är delaktighet, maten samt aktiviteter som musik och kultur, bad och massage
- övriga viktiga aspekter medarbetarna lyfter fram är processen, kartläggningar, ekonomi och engagemang

Att värdegrunden rankas högt är inte överraskande då visionen presenteras tidigt i varje anställningsprocess. Att personalen uppfattar organisationen som platt, utan hierarkier, kan förhoppningsvis spegla att personalen vågar ta upp problem och säga sin mening utan att vara rädda för att mista sitt jobb. Att arbetsmiljön uppfattas som bra av personalen stöds av en tidigare forskningsstudie som visar att alla som arbetar på Vigs Ängar vill vara där (100 %), vilket kan jämföras med ett annat boenden i Ystads kommun (70 %) (Bauer Alfredsson, 2001).

Slutsatser om framgångsfaktorer för äldreboenden liknande Vigs Ängar

De sammanfattade framgångsfaktorerna bakom Vigs Ängar är följande:

- En stark vision om samspelet människa, åldrande, byggnad, vård och omsorg för alla skeden i livet
- Arkitektur med ett sinnligt brukarperspektiv
- Platt arbetsorganisation för individuellt ansvarstagande och utveckling
- Kontinuerlig uppföljning och återkoppling till visionen
- ”Högt i tak”, både bildligt och bokstavligt för hälsa och gott samarbetsklimat

Vigs Ängar som en modell för framtidens boendeformer för äldre

Om individen känner trygghet, vågar hon ta ut svängarna och visa sin potential. Gemenskap, glädje, natur, djur: ett så naturligt och lustfyllt liv som möjligt, som man väljer själv. Arkitektur, miljö och mat är framtidens medicin, men vi måste se byggnaden som ett stöd för verksamheten, och verksamheten som en utgångspunkt för utformning och förvaltning. Kombinationen mat, vård och omsorg och arkitektur/miljö är en viktig del för framtiden genom att den betonar ett salutogent perspektiv framför ett patogent tänkande om åldrandet. Ingen vill bo i en institution.

Vigs Ängar har hela tiden drivits som ett ”Not for profit”-företag. Ledarens ambitioner ska först och främst vara att stå för sina ideal, sin organisation, sitt arbete – inte för sig själv – en paradoxal blandning av personlig ödmjukhet och professionell viljestyrka. Medarbetarna skapar ett oerhört engagemang.

Vigs Ängar har en vänförening som är en fortsättning på den första gruppen antroposofier. De arbetar ideellt och bidrar på allehanda sätt: bekostar pianon, TV-apparater, underhållning, utflykter och anhörigas kaffe.

Vigs Ängar kan vara en modell på god äldreomsorg och omsorg med sin värdegrund, sitt innehåll som skapar samarbete, arkitektur och rumsupplevelser inne som ute, miljömedvetenheten, empati över generationsgränserna, lusten och meningsfullheten i livet (Pink, 2009).

Något som är bra blir enastående om vinst inte är målet. Mästarklass är inte resultatet av lyckliga omständigheter.
(Collins, 2006).

Avslutande ord

Här vill jag tacka för möjligheten att få bidra till Uppdrag Kunskap; professor emerita Bodil Jönsson, Lunds universitet, som hjälpt mig att se Vigs Ängar med nya ögon; professor Gerd Ahlström, Vårdalinstitutet, Lunds universitet, för trevligt samarbete. Jag vill också tacka mina handledare Jonas E. Andersson och Gustaf Almenberg för deras stora inspiration till att börja skriva och många uppmuntrande kommentarer på mina utkast. Jag vill dessutom tacka mina kurskamrater för härliga möten. Men, framför allt mina medarbetare på Vigs Ängar, tack för att ni finns!

Referenser

- Andersson, J. (2011). *Architecture and ageing. On the interaction between the frail older person and the built environment* (avhandling för doktorsexamen, Kungliga Tekniska högskolan, 2011).
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Arman, M. (2007). *Syster Märtas husapotek. Med läkemedelslista för husapoteket* (9 omarbetade upplagan). Järna: Föreningen för antroposofisk läkekonst.
- Bauer Alfredsson, B. (2001). *Brukarens och personalens syn på kvalitet på särskilda boenden för äldre i Ystads kommun*. Lund: Gerontologiskt centrum.
- Birgersson, L. (1996). *Att bygga mening och rum. Om processer för utveckling av verksamhetsmiljöer* (avhandling för doktorsexamen, Chalmers tekniska högskola, 1996).
- Collins, J. (2006). *Good to Great. När vinst inte är målet. Varför företagstänkande inte är lösningen. En monografi som kompletterar Good to great*. Stockholm: Bookhouse Publishing.
- Enkät till medarbetarna på Vigs Ängar, 26 februari 2014.
- Flyvbjerg, B. (2004). Five misunderstandings about case-study research. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium & D. Silverman, (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 420-434). London: Thousand Oaks, CA: Sage
- Heslet, L. (2010). *Fra det yderste. Lægen mellem Faust og empati*. Kbh: Bogværket.
- Husberg, L. & Ovesen, L. (2007). *Gammal och fri. Om Vigs ängar*. Simrishamn: Ängsblomman.
- Johannisson, K. (1990). *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle*. Stockholm: Norstedt.
- Johansson, R. (2002). Ett explikativt angreppssätt. Fallstudiemetodikens utveckling, logiska grund och betydelse i arkitekturforskningen. [An explicative approach. The evolution of case study methodology, logical ground and importance for architectural research], "Nordisk Arkitekturforskning, 15, (2), 19-29.
- Jonsson, J. (2014). Vigs ängar. "Så här borde fler få bo". *Veteranen*. (Elektronisk version) Hämtad april, 21, 2014 från <http://www.veteranen.se/bostad/sa-har-borde-fler-fa-bo/>
- Josefson, J. (1991). *Kunskapens former. Det reflekterande yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlsson.
- Jönsson, B. (2011). *När horisonten flyttar sig. Att bli gammal i en ny tid*. Stockholm: Bromberg.
- Jönsson, B. (2012). *Tid för det meningsfulla*. Stockholm: Bromberg.
- Lawson, B. (2005). *How designers think*. Burlington MA: Architectural Press.
- Nordström, K. (1999). *Indoor environment and air quality in hospital units. Symptoms and signs* (avhandling för doktorsexamen, Uppsala universitet, 1999).
- Pink, D.H. (2009). *En helt ny värld eller varför framtiden tillhör van Gogh, Goethe och Sokrates*. Malmö: Litteraturhuset.
- Rahm Hallberg, I. (2006). Filosofin som styr äldreården. *Äldre i centrum*, nr 3.

- Rikshem & PRO. (2013). *Vigs Ångar vinner 50 000 kr i Rikshem och PROs tävling om bästa äldres boende*. Pressmeddelande juli, 3, 2013.
- Ryhl, C. & Duelund Mortensen, P. (2003). *Sansernes bolig* (avhandling för doktorsexamen, København, Kunstakademiets Arkitektskole, 2003).
- Rylander, S. (2012). *Nelson Mandela. Tolerans och ledarskap*. Lund: Historiska media.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic books cop.
- Socialnämnden, Ystad kommun. (1992). *Beslutsprotokoll*, september, 1, 1992.
- Sällström, P. (1976). *Goethes färglära*. Järna: Kosmos.
- Thorsson, J. (2002). Kunskap om gott åldrande. *Forskning & Medicin*, nr 3.
- Vang, K., Husberg, L. & Gripenlöf, M. (1984). *Äldreomsorg, en vårdform eller en boendeform. En studie av miljön vid 6 danska plejehjem*. Stockholm: Statens råd för byggnadsforskning.
- Westlund, P. & Sjöberg, A. (2005). *Antonovsky inte Maslow. För en salutogen omsorg och vård*. Solna: Fortbildningsförlaget.
- Vetenskapsrådet. *Konstnärlig forskning*. Hämtad april, 21, 2014 från <http://www.vr.se/amnesomraden/konstnarligforskning.4.5adac704126af4b4be280008981.html>
- Yin, R.K. (2003). *Case study research. Design and methods* (3 ed.) Thousands Oaks: Sage Publications.

Forskningsbidrag

Organisering för framgångsrik rehabilitering

Göran Maathz

goran.maathz@blixtnail.se

Handledare Sten Landahl

Organisering för framgångsrik rehabilitering

Inledning

Ett starkt samhällsintresse gjorde att jag efter samhällsvetarexamen sökte mig till landstingsvärlden. Under mina 40 år som utredare, sjukvårdsdirektör och konsult har jag särskilt intresserat mig för tre teman: hur användningen av kunskapsbaserade metoder för ledning och styrning kan främjas, hur landstingets/kommunens ledning kan arbeta för att patienters och brukares behov ska tillgodoses samt hur man kan bygga samverkan mellan aktörerna i det alltmer komplexa välfärdssystemet.

Under 70-talet deltog jag i planeringen av en väldig utbyggnad av sjukhem och långvårds-kliniker i landstingsregi. Då tillfördes också geriatriker och rehabiliteringskompetens. Under 80- och 90-talen började vi bygga upp hemsjukvård, dagverksamheter etc. för att ge de äldre ökade möjligheter att bo kvar hemma även när hälsan sviktade. I ÄDEL-överenskommelser överfördes sedan landstingets resurser för äldreomsorg till kommunerna, för en process som jag i backspeglarna inte är särskilt stolt över. Anledningen till det är att organisationernas, landstingets och kommunernas egenintresse dominerade framför invånarnas bästa. Vid denna tid inleddes också en utveckling mot krympande geriatrisk specialistkompetens inom många landsting.

Med åren har jag allt oftare slagits av att många personer som drabbats av akut funktionsförlust till följd av en händelse av typ stroke och höftfraktur inte får bra rehabilitering där tillgänglig kunskap används. Konsekvenserna blir en sämre livskvalité än vad den skulle kunna vara. Jag vill studera orsakerna till detta och vilka framgångsfaktorer man kan urskilja där insatserna är mer framgångsrika.

Med mitt arbete hoppas jag kunna bidra till en situation där äldre som drabbats av dessa plötsliga händelser, "life-breaking events", inte bara får ett bra akut omhändertagande, vilket ofta är fallet idag, utan också en så bra långtidsrehabilitering som dagens kunskapsläge medger. Konkret skulle mitt arbete kunna påverka beslut om och rutiner för vårdplanering, samverkan, kompetens, organisering etc. inom kommuner och landsting.

Introduktion

Antalet äldre som är både fysiskt och psykiskt vitala, och som därigenom kan förverkliga sina livsmål, blir allt fler. Samtidigt blir det också fler som drabbas av sjukdomar och skador som påverkar möjligheterna att klara sig själv. Höftfraktur, en av våra vanligaste åldersrelaterade frakturer, är en skada som genom försämrad rörelseförmåga dramatiskt kan påverka individens autonomi. Detsamma gäller stroke på grund av försämrat minne, talsvårigheter, depression och flera andra vanligt förekommande symtom (Olsson, Karlsson & Waern, 2010; Caplan & Sparre, 2007).

Båda dessa händelser är vanliga bland äldre. Omkring 18 000 svenska kvinnor och män drabbas årligen av höftfraktur (Rikshöft). Medelåldern bland dem som drabbas är 82 år, och

68 % av dem är kvinnor. Fyra månader efter utskrivning bor 55 % i eget hem, medan 17 % bor i särskilt boende. 17 % hade avlidit. (Rikshöft, Årsrapport 2012) Stroke drabbar årligen cirka 30 000 personer i Sverige. De flesta är över 65 år och medelåldern var 75,6 år 2012. 48 % var kvinnor. Tre månader efter utskrivning bodde 22 % av männen i åldern över 75 år i särskilt boende. 23 % bodde hemma med stöd av hemtjänst. Motsvarande siffror för kvinnor över 75 år var 37 % och 22 % (Riks-Stroke, Årsrapport 2012).

Höftfraktur och stroke har valts därför att de utgör tydliga exempel på allvarliga händelser som drabbar många äldre och som kan leda till allvarliga funktionsförluster och försämrade möjligheter att förverkliga sina livsmål. De har också valts därför att den akuta vården efter dessa händelser har varit föremål för omfattande utvecklingsarbete med förfinad handläggning och ambitiös uppföljning i nationella kvalitetsregister medan fortsatt omhändertagande och rehabilitering sannolikt inte hållit jämna steg.

Syfte och frågeställning

Syftet med detta arbete är att belysa i vilken omfattning det finns brister i den rehabilitering som erbjuds utifrån exemplen höftfraktur och stroke liksom orsakerna till dessa brister. Vidare diskuteras vilka framgångsfaktorer som kan urskiljas efter granskning av organisationer som efter utvärdering kunnat visa goda resultat.

Arbetet granskar inte specifika medicinska eller rehabiliterande metoder. Det riktas istället mot rehabiliteringsarbetets organisering – processen där handlingar, strukturer och människor blir kopplade till varandra för att nå ett gemensamt resultat (Lindberg, 2013). Jag berör i detta sammanhang också frågor om personalens kompetens och förhållningssätt. I sökandet efter generaliserbara mönster för framgång vid sådan organisering har jag valt att ta både höftfraktur och stroke som exempel. Dessa ofta förekommande och allvarliga händelser bör vara belysande för frågor om organisering av långtidrehabilitering av äldre bl a därför att båda måste kunna hanteras i en miljö som inte är specialiserad utifrån diagnos.

Metod

Arbetet har genomförts i form av litteraturstudier, främst utifrån svenska forsknings- och utvärderingsrapporter. Jag har också hämtat material från Danmark, England och Kanada, vars hälso- och sjukvårdssystem i huvudsak vilar på samma värdemässiga grund som det svenska. Urvalet har påverkats av tips från handledare, kontakter med personer som är engagerade i forskning inom detta område, översiktsartiklar samt litteratursökning i forskningsdatabaser men är inte att betrakta som en systematisk litteraturgenomgång. I den avslutna diskussionen sätter jag in resultatet av litteraturstudierna i min egen förståelse av vård och omsorg.

Resultat

Brister i rehabilitering av höftfraktur

I Rikshöft, ett kvalitetsregister för uppgifter om vård och behandling vid olika typer av höftfrakturer, redovisas resultatet 2012 för de äldres gångförmåga fyra månader efter en höftfraktur. 50 % av dem som fått rehabilitering i Västerbottens län har samma eller förbättrad gångförmåga vid uppföljningstillfället. I samtliga andra län var resultatet sämre. Medeltalet i riket

var 28 %. Noteras bör att andelen uppföljningar som registrerats endast var 28 % i Stockholms län och helt saknades i Västernorrlands län (Socialstyrelsen, 2013). Av siffrorna bör man kunna dra slutsatsen att en bra rehabilitering bör kunna ge minst samma resultat som i Västerbotten och att förbättringar är möjliga i övriga landet.

Medan kunskapen om det kirurgiska handläggandet av de olika höftfrakturerna utvecklats och förfinats har intresset och kunskapsutvecklingen vad gäller omhändertagandet och rehabiliteringen av höftfrakturpatienterna inte hållit jämna steg och i varje fall inte systematiserats (Olsson et al, 2010; McGilton, Davis, Naglie, Mahomed, Flannery, Jaglal, Cott, & Stewart, 2013). Konsekvenserna av höftfrakturer bland äldre är väl beskrivna (Eastwood, Magaziner, Wang, Silberzweig, Hannan, Strauss & Siu, 2002; Magaziner, Fredman, Hawkes, Hebel, Zimmerman, Orwig, & Wehren, 2003). De angivna studierna är gjorda på data från 1990-talet. Resultaten står sig väl vilket visar att framstegen vad gäller rehabilitering är små (L. Zidén, personlig kommunikation, 23 januari, 2014).

Brister i rehabilitering av stroke

I en 1-årsuppföljning som gjorts av Riks-stroke konstateras att de är mycket vanligt att personer som haft stroke tycker att de behöver mer rehabilitering än de faktiskt får. Detta gäller särskilt äldre personer. I landsting/län med särskilt låga andelar tillgodosedda behov finns all anledning att se över rehabiliteringsinsatserna efter stroke. Den andel som ansåg att deras behov av rehabilitering var tillgodosedda är klart lägre än för frågor om andra tillgodosedda behov. Personer äldre än 75 år fick behoven tillgodosedda i lägre grad än personer yngre än 75 år. Uppföljningsresultatet var oförändrat jämfört med de fyra föregående åren (Riks-Stroke, Ett år efter stroke, 2012). Generellt kan också sägas att följsamheten till rekommendationerna om rehabilitering i *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokevård* är mycket låg – endast cirka 10 % (A. Ehrenberg, personlig kommunikation, 4 januari, 2014).

I en nationell utvärdering påpekar Socialstyrelsen att flera kommuner inte erbjuder rehabilitering efter stroke trots att de har ansvaret att tillhandahålla detta. Kommunerna tillhandahåller i mycket liten grad insatser för hjälp vid nedstämdhet. De flesta kommuner och stadsdelar har inte något vårdprogram inom området. Också samverkan mellan kommuner och landsting är otillfredsställande (Socialstyrelsen, 2011).

I en enkätundersökning bland medlemmar i Hjärnskadeförbundet anser knappt 3 av 10 att rehabiliteringen motsvarar deras behov. Det är huvudsakligen rehabiliteringen av kognitiva problem som respondenterna saknar (Soukka, 2012).

"I can't understand how they think, first they must rescue a person...I mean we might well have died...but then they sit there in the care system and save them, and then they tell you you must live; but you don't get any help for living."

(Marklund, Klässbo & Hedelin, 2010).

Orsaker till brister i rehabilitering

Orsakerna till de redovisade bristerna i rehabiliteringen kan grupperas under tre rubriker: otillräckliga insatser, kompetens samt samverkan och organisering.

1. Otillräckliga insatser

Eftersom den kommunala äldreomsorgen i Sverige regleras av socialtjänstlagen, domineras verksamheten i hög grad av ett socialt perspektiv. Inte minst de insatser som avser rehabilitering är otillräckliga, men denna typ av brister har inte uppmärksammats eller resulterat i någon förändring av den kommunala vårdens inriktning (Borell & Iwarsson, 2013). Man har t ex konstaterat att äldre som fått insatser beviljade enligt biståndsbeslut i alltför liten utsträckning fått insatser som minskar behovet av vård vid vårdavdelningar och sjukvårdsmottagningar (Condelius, Hallberg & Jakobsson, 2011). Av *Socialstyrelsens nationella utvärdering av strokevården* framgår också att kommunerna i mycket liten grad tillhandahåller kuratorer och psykologer, vilket är en av orsakerna till att nedstämdheten ökar över tid (Socialstyrelsen, 2011).

Också inom landstingens hälso- och sjukvård finns brister. Rehabiliteringsmedicin är ett eftersatt och underdimensionerat område. Inom området neurologisk rehabilitering gäller detta i ännu högre grad då behoven är mycket omfattande och utsträckta i tiden (Nilsson, 2012). Ytterligare ett exempel på otillräckliga insatser är att de anhörigas behov av information ofta inte tillgodoses. De vill veta mer om konsekvenserna av skadan, hur de kan hjälpa den drabbade och vad det finns för tillgänglig hjälp. Men det allra största informationsbehovet handlar om grundläggande information om själva skadan. Hur allvarlig är den, var sitter den, vad innebär den? (Institutet för kvalitetsindikatorer, 2013)

De drabbades behov är i princip desamma under årets alla 365 dagar. De flesta kommuner minskar emellertid sin rehabiliteringsverksamhet under delar av året, t ex under sommaren (Socialstyrelsen, 2011).

2. Kompetens

Rehabiliteringsprocessen efter händelser av typ höftfraktur och stroke är komplex och kräver hög kompetens. De drabbade kan ha fått nedsatt rörelseförmåga, balans, talförmåga, sinnesstämning, minnesfunktion etc. För att hjälpa behövs kompetens av olika slag, från olika yrkesföreträdare och aktörer. Gemensamt för alla är vikten av ett rehabiliterande förhållningssätt där den drabbade är subjekt i sin egen rehabilitering, där processen utgår från en helhetssyn (holism) och där processen har fokus på det friska (salutogenes) och konkreta problem samt är framtidsinriktad (Socialstyrelsen, 2009).

Rehabiliteringsprocessen börjar på sjukhus och fortsätter i det egna hemmet eller på korttidsboenden eller särskilda boenden under kommunalt huvudmannaskap. Därför är det inte minst viktigt att kompetens erbjuds av kommunerna eller de aktörer som har uppdrag av kommunerna. I sin nationella utvärdering anger Socialstyrelsen att kommunerna behöver större tillgång till läkare och sjuksköterskor under kvällar, helger och nätter. Man menar också att det är oroväckande att många verkar sakna tillgång till viktiga rehabiliteringsresurser som logopeder, kuratorer och psykologer. Dessutom verkar många kommuner sakna tillräckligt med central rehabiliteringspersonal som arbetsterapeuter och sjukgymnaster (Socialstyrelsen, 2011).

Ny kunskap inom rehabilitering tillkommer ständigt varför personalens kunskaper kontinuerligt behöver förnyas och utvecklas. Här är utbildning, fortbildning och handledning viktiga instrument. Ungefär hälften av kommunerna erbjuder personalen någon utbildning eller fortbildning om rehabilitering efter stroke. En fjärdedel erbjuder utbildning eller fortbildning till

både socialtjänstpersonal (biståndshandläggare, enhetschefer, undersköterskor, vårdbiträden, etc.) och hälso- och sjukvårdspersonalen. En femtedel utbildar endast hälso- och sjukvårdspersonalen och 5 procent endast socialtjänstpersonalen. Det innebär att socialtjänstpersonalen i mindre utsträckning får någon utbildning eller fortbildning i rehabilitering efter stroke (Socialstyrelsen, 2011).

Också efter höftfraktur behövs multiprofessionell kompetens för att hjälpa den drabbade att hämta sig själv åter (Zidén, Wenestam & Hansson-Scherman, 2008). Med stor sannolikhet finns samma kompetensproblem också inom detta område.

3. Samverkan och organisering

Då specialiseringen ökar, liksom förekomsten av samsjuklighet, är de drabbade i ökad utsträckning beroende av att olika professioner och verksamheter samarbetar. Dessutom behövs ett effektivt samarbete mellan de drabbade och vårdgivarna, vilket också innefattar familj och vänner (Övretveit, 2013).

Behovet av samverkan förstärks genom utvecklingen mot en ökad decentralisering, privatisering och marknadsorientering, vilket inneburit ett ökat antal organisationer som producerar och levererar välfärdstjänster av olika slag (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). I samband med händelser av typ höftfraktur och stroke är många avdelningar, personalkategorier och vårdteam inblandade redan i den inledande vården och rehabiliteringen på sjukhus. Sedan vidtar de kommunala insatserna som kan ske vid korttidsboenden, i det egna hemmet med stöd av hemsjukvård och hemtjänst eller vid särskilda boenden. Dessa insatser kan utföras av kommunen i egen regi eller genom privata utförare. Också landstingets primärvård bidrar med viktiga insatser.

Dagens ekonomiska styrsystem medför en risk för att förstärka ett stuprörstänkande, vilket innebär att man gör bara det som man får betalt för. Vården blir fraktionerad och uppsplittrad och ingen tänker på helheten. Detta slår särskilt hårt mot att få till stånd en sammanhållen vård av de äldre som kräver helhetssyn. Brister i samverkan för äldre personer med samtidiga behov av olika former av vård och omsorg kan bli ödesdigra för den enskilde men kan också i vissa fall bestå av onödigt dubbelarbete och därmed ineffektivt resursutnyttjande (Johansson & Thorslund, 2013).

Dagens lagstiftning med en äldreomsorg och äldreomsorg som regleras dels av Socialtjänstlagen, dels av Hälso- och sjukvårdslagen, leder till komplexa beslutsmonster och svårigheter i samverkan. Eftersom den förra är rättighetslagstiftning i motsats till den senare, måste lagstiftningens krav hela tiden beaktas, även om de övergripande målen är likartade. Inte minst har landstingets personal, som endast har att följa hälso- och sjukvårdslagen, svårt att leva sig in i kommunernas förutsättningar (Månsson, 2007).

Dessa principiella problem återspeglar sig också i *Socialstyrelsens nationella utvärdering av strokevården*. Man bedömer samverkan mellan kommuner och landsting som otillfredsställande. Endast 58 % av kommunerna anger att de, trots föreskrifter inom området, har rutiner tillsammans med landstinget för att samordna rehabilitering för personer som drabbats av stroke. För personer i ordinärt boende verkar kommunernas och landstingens ansvar vara ottydligt. Det

kan vara svårt för personer som insjuknat i stroke och deras anhöriga att veta vem som ansvarar för de olika insatserna. Även personalen kan sakna kännedom om vilka personer de ansvarar för. Vårdprogram i vilka en av funktionerna är att skapa ett strukturerat samarbete, saknas i de flesta kommunerna (Socialstyrelsen, 2011). I Hjärnskadeförbundets undersökning finns två spår i de öppna kommentarerna: svårigheterna att få kommunen och landstinget att prata med varandra och svårigheter att få vårderna att samordna sig (Institutet för kvalitetsindikatorer, 2013).

Samverkan i vårdssystemet har också utvecklats i negativ riktning för dem som drabbats av höftfraktur. Kontinuiteten har minskat vilket gör det svårare att förstå den äldres ibland subtila antydningar. Den nuvarande fragmentariska och hierarkiska vårdorganisationen har en negativ effekt på vårdarnas möjlighet att skaffa kunskap om behoven (Olsson, 2010).

”Samarbetet mellan landsting och kommun fungerar inte heller. Båda skyller på varandra och ingen vill ta ansvar. (...) Hade jag inte haft mina anhöriga hade jag inte klarat mig första året.”

(Institutet för kvalitetsindikatorer, 2013).

Rehabilitering med goda resultat

I de granskade källorna finns positiva resultat av såväl avgränsade interventioner som av mer sammansatta program och organisatoriska innovationer.

Tidig utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmet

I en studie från Göteborg visas att goda resultat kan uppnås för äldre som drabbats av höftfraktur genom hemrehabilitering med stöd av fysioterapeut och arbetsterapeut. Fler gick ensam utomhus, rörligheten var högre, oberoendet vid aktiviteter inomhus och utomhus var högre, oron för fall var lägre och behovet av institutionsplatser som korttidsvård var lägre. Terapeuternas organisatoriska hemvist var en rehabiliteringsavdelning på sjukhuset. Sammantaget gjorde de ca 5 besök under en period av 2-3 veckor. Insatsen inleddes med en noggrann diskussion om mål och motivation med den äldre. Nära kontakt med hemtjänst och anhöriga var också en viktig del (Zidén, Frändin & Kreuter, 2008).

I en 1-årsuppföljning menar man att flera faktorer kan ha påverkat resultatet: att insatserna påbörjades snabbt efter utskrivning, att de äldre uppmuntrades att klara sig hemma samt att individuellt stöd och uppmuntran att sätta igång med aktiviteter gavs i kontrast till att den äldre skulle ordna med sin rehabilitering själv (Zidén, Kreuter & Frändin, 2010).

Två artiklar beskriver också resultat av djupintervjuer med äldre som deltagit i försöket. Slutsatser i dessa är att rehabiliteringen behöver stödjas med multiprofessionell kompetens för att främja allsidig återhämtning. Studierna talar också för behovet av en sammanhållen vård/rehabiliteringskedja över organisationsgränser. Dessa resultat har jämförts med arbeten som gjort om äldre som drabbats av stroke och befunnits vara likartade. Vidare poängteras att de är viktigt att involvera de drabbade på riktigt i utskrivningsplaneringen, att självförtroende och återhämtning är viktigt att beakta, att fysioterapeuten ska öka uppmärksamheten på att övervinna oro och risk för nya fall samt att rehabiliteringen inte bara fokuserar på fysiska aspekter (Zidén, Wenestam & Hansson-Scherman, 2008; Zidén, Scherman & Wenestam, 2010).

I liknande försök med tidig utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmet efter stroke visas att hemmiljön ger de drabbade möjlighet att ta ansvar för och påverka rehabiliteringen. De tog i högre grad initiativ och uttryckte önskemål, vilket resulterar i ett individualiserat program. Också terapeuterna, (fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped) intog en annan roll än då arbetet utfördes på sjukhus (von Koch, Wottrich & Holmqvist, 1998; von Koch, Holmqvist, Wottrich, Tham & de Pedro-Cuesta, 2000). I en 5-årsuppföljning visas fortsatta goda resultat (Thorsén, Holmqvist, de Pedro-Cuesta & von Koch, 2005).

Att vårdplaneringen sker i hemmet ökar också kvaliteten på diskussionerna mellan dem som ingår i vårdteamet. Fler deltog i diskussionerna om behoven och interaktionen i gruppen ökade (Dunér, 2013).

En kunskapsöversikt genomförd inom Cochrane Collaboration visar att "Early Supported Discharge Services" gör det möjligt med tidigare utskrivning och mer rehabilitering i hemmet för de som drabbats av stroke. Genomgången visar att de kom hem fortare, oftare kunde bo kvar i hemmet och nådde större oberoende i ADL-förmåga. De bästa resultaten uppnåddes med välorganiserade team och patienter med mindre allvarlig skada (Fearon & Langhorne, 2012). Också hur informationsöverföring genomförs har betydelse för de drabbades återhämtning. I en studie i British Columbia, Canada, visar det sig att utförare definierar framgång i patientöverföring mellan enheter på två sätt: dels som framgångsrik informationsinsamlings- och kommunikationsprocess, dels som resultatmässigt framgångsrik i form av uppnådd autonomi hos de drabbade och uppnådda nyckeltal enligt vårdprogram. Ett problem för akutvården är att man inte får feedback om hur det går och att man har liten kunskap om vad som görs i senare led (Sims-Gould, Byrne, Hicks, Khan & Stolee, 2012).

I "Mölnålsprojektet" används flera av de komponenter som tidigare berörts: tidig geriatrisk bedömning, case manager knuten till kommunen, insatser av multiprofessionellt team i hemmet samt medverkan av patient och anhöriga i vårdplaneringen. Detta integrerade program förbättrade ADL-oberoende upp till ett år och senarelade beroende upp till sex månader. Interventionen visade på metoder att stödja sköra äldre att åldras hemma. Även om målgruppen inte är helt överensstämmande talar resultaten för att denna typ av insatser har betydelse också för dem som fokuseras i min studie (Wilhelmson, Duner, Eklund, Gosman-Hedström, Blomberg, Hasson, Gustafsson, Landahl & Dahlin-Ivanoff, 2011; Eklund, Wilhelmson, Gustafsson, Landahl & Dahlin-Ivanoff, 2013).

I olika studier har man belyst under hur lång tid aktiva rehabiliteringsinsatser ger effekt. I vart fall har insatser under ett år visat sig vara till nytta oavsett om det är höftfraktur eller stroke som studerats (Olsson et al, 2010; Langhammer & Lindmark, 2012).

Intensivträning

Väl genomförd rehabilitering i hemmet har alltså positiva effekter på de drabbades återhämtning. Efter stroke har också intensivträning utanför hemmet visat sig värdefull. Av studier i Värmland framgår att intensivbehandling, constraint-induced movement therapy (CIMT-CI-terapi) av nedre extremiteterna resulterat i god effekt upp till 6 månader på motorisk funktion, dynamisk balans, förflyttnings- och gångförmåga samt tyngdfördelning i stående. Andra studier uppges ha visat goda resultat på övre extremiteter. Programmet gav deltagarna kunskap om sin

kropp och förutsättningarna att leva livet lättare. Intensivträningen ingav hopp då funktionsförbättringarna visade på möjligheterna till förändring och/eller förbättring som i sin tur ökade deras självständighet och självkänsla. Trots att träningen var jobbig upplevdes den som helt nödvändig (Marklund & Klässbo, 2006; Marklund, 2009; Marklund et al, 2010).

Avsikten med att lyfta fram denna typ av intensivbehandling, som ännu är föremål för vetenskaplig diskussion, är inte att förespråka metoden som sådan. Genom exemplet visas istället att rehabilitering i hemmet i lämpliga situationer kan kombineras med särskilda träningsinsatser vid anpassade institutioner.

Stödjande teknologi

Rapporter har också kommit om försök med mer avancerad teknik som stöd till personer som drabbats. Ett exempel är HAL, Hybrid Assisted Limb, ett slags stödjande skelett som fästs vid utsidan av benet. På så sätt kan gångträning efter stroke påbörjas tidigare (Hedlund, 2014). Ett annat är datorbaserad stödjande teknologi när kognitiva problem har uppstått efter stroke. Beroende på individens behov byggs lösningar som stödjer önskade rutiner och aktiviteter (Lindqvist & Borell, 2012).

I en snabb teknisk utveckling kan man finna åtskilliga exempel på hur stödjande teknologi kan vara till hjälp vid rehabilitering och öka möjligheterna att förverkliga personens önsknings. De som tagits med i denna rapport syftar till att påminna om vikten av att ta tillvara denna utveckling.

”Hemvårdsteam” med rehabiliteringskompetens

I Östersund, Kalmar, Lidköping och Fredericia i Danmark har satsningar gjorts på hemrehabilitering (Månsson, 2007; C. Erlandsson, personlig kommunikation, 18 februari, 2014; Ekberg, 2011; Kjellberg Kürstein, Ibsen & Kjellberg, 2011). Insatserna görs i kommunal regi i brukarens hem och närmiljö med målet att hen ska kunna utveckla, återvinna, behålla sina förmågor eller förebygga försämring av dem.” Hemvårdens” (hemtjänstens och hemsjukvårdens) personal är basen, fysio- och arbetsterapeuter är motorer och sjuksköterskor, biståndshandläggare liksom ”hemvårdens” ledning i övrigt är samarbetspartners.

Verksamheten i Fredericia har utvärderats (Kjellberg Kürstein et al, 2011). Under två år har insatserna för 45 % av brukarna avslutats då hjälpbehovet upphört. 40 % av brukarna behövde mindre hjälp än de normalt skulle ha fått och 15 % fick samma hjälp som de skulle ha fått i konventionell hemvård. Kommunens besparing till följd av minskade hemvårdsinsatser beräknades till 13,9 %. Också en utvärdering av en likartad organisering i Lidköping visar minskade kostnader för hemtjänsten. En förklaring skulle kunna vara att de ökade rehabiliteringsinsatserna i hemmet leder till att delar av brukarnas aktivitets- och funktionsförmåga har förbättrats, vilket stöds av det minskade antalet biståndsinsatser (Ekberg, 2011).

Att på detta sätt ändra hemvårdens inriktning kräver en genomgripande förändring. Framför allt består den i en ändring av fokus: att gå från att lösa olika uppgifter åt brukaren till att hjälpa brukarna att få förmågan att lösa uppgifterna själv, från kompenserande hjälp till rehabilitering. Det övergripande målet ändrades från ”Så länge som möjligt i eget hem” till ”Så länge som möjligt i eget liv”. Inte minst för hemvårdens biträden och undersköterskor kräver detta

ett annat förhållnings- och arbetssätt, liksom för biståndshandläggare, sjuksköterskor m fl. För fysio- och arbetsterapeuterna består förändringen framför allt i ett större inslag i "att träna genom andra" och att de i lägre grad har direktkontakt med brukarna. En utvärdering från Östersund av denna handledarroll visar att den kräver skicklighet, ostörd miljö och en aktiv och intresserad personalgrupp (Zingmark, 2006).

Rehabilitering av personer med demens

Att den som drabbats av höftfraktur eller stroke också lider av demens är en vanlig situation. Det gäller t ex upp emot hälften av äldre med höftfraktur. I dessa fall har tveksamheter funnits om nyttan av rehabiliteringsinsatser. Rapporter visar att så inte är fallet. En studie i Umeå visar att multidisciplinär geriatrisk bedömning och rehabilitering är till nytta (Stenvall, Berggren, Lundström, Gustafson & Olofsson, 2012). En kanadensisk studie visar att fler kunde återvända till eget boende om insatser från fysio- och arbetsterapeuter kombinerades med mer ingående utredning av demens- och förvirringstillstånd, preventiva insatser mot förvirring samt utbildning av vårdpersonal och anhöriga som ska bistå i det fortsatta livet (McGilton et al, 2013).

Implementering av ändamålsenlig långtidsrehabilitering

NICE, National Institute for Health and Care Excellence, har i sina riktlinjer för rehabilitering efter stroke ägnat särskild uppmärksamhet åt stödinsatser som krävs för en framgångsrik implementering. Särskilt stöd är ofta motiverat när implementeringen innebär förändring av innehållet i det som erbjuds de drabbade. När olika yrkeskategorier behöver lära om, utveckla nya förmågor och ny kompetens behövs också stöd, liksom när förändringen ska göras över organisatoriska gränser (National Institute for Health and Care Excellence, 2013). Vidare har Fredrik Lindencrona formulerat ett ramverk för implementering där samverkan är central (Lindencrona, 2013). Här har politikerna och tjänstemäns roller och ansvar givits en tydlig struktur.

Diskussion

Det insamlade materialet bekräftar de brister i långtidsrehabilitering som jag sett. Det innebär att äldre som drabbas av dramatiska händelser, "life-breaking events", i många fall inte får det stöd att hämta sig själv åter till förmågan att förverkliga sina livsmål som skulle vara möjligt med den kunskap som finns. Det är viktigt att en förbättring sker inom det samlade hälso- och sjukvårdssystemet med kommuner och landsting som ansvariga. Min förhoppning är att arbetet ska bidra till att bristerna synliggörs.

Men materialet visar också på att det är möjligt att arrangera rehabilitering så att livskvaliteten blir bättre för många drabbade och att det dessutom kan ske med oförändrade eller lägre kostnader för kommuner och landsting. Det är ofta inte möjligt att ur forskningsrapporterna särskilja vilka enskilda insatser som lett till vilka resultat, men jag vill ändå peka på ett antal framgångsfaktorer som bör kunna urskiljas.

En första förutsättning är att organisationerna får en adekvat bemanning. Eftersom rehabiliteringsinsatserna ska påbörjas tidigt under sjukhusvården är kompetensfrågan viktig redan från början. Vid sjukhusen har vård på strokeenheter blivit en gyllene standard för de strokedrabbade. För höftfrakturpatienter är det eftersträvanvärt att undvika omvägen via akutmottagning och att geriatrisk kompetens finns tillgänglig. Under den fortsatta rehabiliteringen i eget eller särskilt boende måste fysioterapeuter, arbetsterapeuter och logopedier ingå i tillräcklig omfatt-

ning i organisationen. Då nedstämdhet och kognitiv nedsättning är ett vanligt problem behövs tillgång till kuratorer och psykologer. Om vistelse på korttidsboende är nödvändig däremellan krävs också tillgång till rehabiliteringsinsatser.

En andra förutsättning är uthållighet. Materialet visar att förbättringar sker gradvis under åtminstone ett år. Det innebär att rehabiliteringsinsatserna för den enskilde måste erbjudas i en arbetsprocess som börjar på sjukhuset och sedan fortsätter obrutet vid eventuellt korttidsboende och i eget hem, eller om sådant boende inte är möjligt, i särskilt boende. För att processen ska bli obruten och på de drabbades villkor krävs omsorgsfull informationsöverföring mellan olika arbetslag. Vårdplanering bör genomföras i hemmet och inledas med en noggrann diskussion om mål och motivation med den äldre. Ett idag sällsynt inslag i vården är att de som arbetat med de inledande insatserna vid sjukhuset får återkoppling om hur det utvecklar sig för den enskilde drabbade, dvs inte bara som eventuellt statistiskt underlag via kvalitetsregister.

Flera vetenskapliga rapporter visar att rehabiliteringsinsatser som utförs i de drabbades hem av fysioterapeuter, arbetsterapeuter och logopeder knutna till sjukhuset ger goda resultat. De exempel på stödjande teknologi som tagits med antyder att möjligheterna till träning i hemmet ökar i framtiden. Eftersom allt mer av hälso- och sjukvårdsansvaret förs över till kommunerna bör emellertid en naturlig organisering för framtiden vara multidisciplinär hemrehabilitering i kommunal regi. 2015 har hemsjukvårdsansvaret i alla län (utom Stockholm) överförs till kommunerna även för eget boende. Det bör underlätta det nödvändiga samarbetet mellan biståndshandläggare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logopeder och hemsjukvårdens ledning om alla arbetar under samma huvudman. Noteras att de organisatoriska förutsättningarna för samarbetet ändå är komplicerat nog, t ex till följd av flera utförare enligt LOV liksom av det förhållandet av man i vissa län undantagit rehabilitering från överföring av ansvaret från landstinget till kommunerna. Noteras bör också att hemrehabilitering inte utesluter avgränsade träningsinsatser, såsom intensivträning, vid särskilda institutioner. Inte heller bör personer med kognitiv nedsättning undantas från rehabiliteringsinsatser.

En förutsättning för att denna hemrehabilitering ska lyckas är att kommunerna vågar sig på den investering som det innebär att först anställa fysioterapeuter, arbetsterapeuter och logopeder för att senare få mänskliga och ekonomiska vinster i form av att den enskilda har ett mindre behov av hjälp och att insatserna i form av hemtjänst och platser för särskilt boende minskar. Denna minskning kan vara direkt avläsbar men det blir sannolikt mera vanligt att den till följd av den demografiska utvecklingen kan registreras som ett minskat tryck på utbyggnad. Att i kommunala budgetprocesser, präglade av ansträngd ekonomi och ettåriga perspektiv, göra sådana satsningar av investeringskaraktär, kräver kunskap, mod och beslutsamhet.

En framgångsrik hemrehabilitering av detta slag kräver inte bara resurser i form av terapeuttjänster. Bestämmande för framgången är att få en organisation präglad av ett rehabiliterande förhållningssätt. Redan på sjukhuset bör målet att klara sig hemma vara centralt. Senare i vårdprocessen är det helt avgörande att biståndshandläggare, sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden ändrar fokus från att hjälpa genom att utföra olika saker till att hjälpa brukaren att klara dessa saker själv, kanske med hjälp av stödjande teknologi. Starka krafter verkar mot en sådan förändring. En sådan är att belöningen i att få uppskattning för att man hjälper

till, t ex med att knyta skorna, kan utebli och att det initialt kan vara mindre uppskattat att motivera egna försök och ansträngningar. En annan motkraft är att det ofta tar längre tid att träna genom egna försök än att hjälpa till. Det vanligt förekommande ”effektivitetskraven”, vilka i själva verket är produktivitetskrav, med många insatser hos många brukare på kort tid, underlättar inte. Ytterligare en svårighet är nödvändigheten av att fysio- och arbetsterapeuter liksom logopeder i stor utsträckning övergår till att ”träna genom andra”. Också här bortfaller en viktig belöning: att få den direkta uppskattningen från den äldre. Istället ska stort arbete läggas på att inpränta och vidmakthålla det rehabiliterande förhållningssättet. Det är inte heller alltid så lätt att få anhörigas förståelse för förhållningssättet.

Allt detta innebär dels en förändring av innehållet i vad som erbjuds de drabbade, dels att olika yrkeskategorier behöver lära om, utveckla nya förmågor och ny kompetens. För ett förverkligande krävs ett genomtänkt implementeringsarbete. ”I genomförandet koras mästaren.”

Centrala komponenter för att nå resultat är:

- engagemang för att insatser ska vara evidensbaserade, baserade på i varje situation bästa tillgängliga kunskap
- utbildning och fortbildning
- handledning
- konsekvent och stödjande ledarskap
- tydliga och gemensamma mål som uppdragsgivaren står bakom och har kommunicerat till både omgivning och organisation
- lärande uppföljning av resultat som är relaterade till dessa mål
- att motsvarande krav ställs på privata utförare när sådana utför insatser i egna och särskilda boenden

Noteras bör att satsningar på rehabilitering saknas i den överenskommelsen om vård och omsorg om de mest sjuka äldre som träffades i december 2013 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Eftersom det utvecklingsarbete som tas upp i denna överenskommelse är starkt prioriterat ute i kommuner och landsting finns risk för undanträngning av frågor om rehabilitering.

Referenser

- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2013). Samverkan som samhällsfenomen. Några centrala frågeställningar. I R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan. För utveckling av hälsa och välfärd* (s.17-38). Lund: Studentlitteratur.
- Borell, L. & Iwarsson, S. (2013). Aktiviteter och rehabilitering kan ge hälsosamt åldrande. *Läkartidningen*, 110, (45), 1990-1992.
- Condelius, A., Hallberg, I.R. & Jakobsson, U. (2011). Hospital and outpatient clinic utilization among older people in the 3 – 5 years following the initiation of continuing care. A longitudinal cohort study. *BMC Health Services Research*, May 31, (11), 136.
- Duner, A. (2013). Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care. A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, May 27, (3), 246-253.

- Eastwood, E.A., Magaziner, J., Wang, J., Silberzweig, S.B., Hannan, E.L., Strauss, E. & Siu, A.L. (2002). Patients with hip fracture. Subgroups and their outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, (7), 1240-1249.
- Ekberg, C-H. (2011). *Kostnadsutvecklingen inom hemtjänsten vid hemrehabilitering av äldre. En uppföljning av ekonomiska faktorer samt funktions och aktivitetsförmåga hos de äldre.* (Examensarbete 15 högskolepoäng). Göteborgs universitet, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi.
- Eklund, K., Wilhelmson, K., Gustafsson, H., Landahl, S. & Dahlin-Ivanoff, S. (2013). One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomized controlled trial. "Continuum of care for frail older people". *BMC Geriatrics*, Jul 22, 13, (1), 76.
- Fearon, P. & Langhorne, P. (2012). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Sep 12, (9).
- Hedlund, F. (2014). Stroke. A race against the clock, *Medical Science at Karolinska institutet*, 2014, 27-31.
- Institutet för kvalitetsindikatorer. (2013). *Det här vill jag berätta. Analys av öppna kommentarer till Hjärnskadeförbundets undersökning av hjärnskaderehabiliteringen.* Göteborg: Författaren.
- Johansson, L. & Thorslund, M. (2013). Samverkan i vården och omsorgen om äldre. En evig fråga. I R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan. För utveckling av hälsa och välfärd* (s.57-75). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellberg Kürstein, P., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune.* København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Langhammer, B. & Lindmark, B. (2012). Functional exercise and physical fitness post stroke. The importance of exercise maintenance for motor control and physical fitness after stroke. *Stroke Research and Treatment*, 2012.
- Lindberg, K. (2003). *Organisering mellan organisationer. Vårdkedja som handlingskedja.* Göteborg: Gothenburg Research Institute, Göteborgs universitet.
- Lindencrona, F. (2013). Gemensam ledning och styrning. En viktig pusselbit i samverkan. I R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan. För utveckling av hälsa och välfärd* (s.255-271). Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, E. & Borell, L. Computer-based assistive technology and changes in daily living after stroke. *Disability and Rehabilitation. Assistive Technology*, 7, (5), 364-371.
- McGilton, K.S., Davis, A.M., Naglie, G., Mahomed, N., Flannery, J., Jaglal, S., Cott, C. & Stewart, S. (2013). Evaluation of patient-centered rehabilitation model targeting older persons with a hip fracture, including those with cognitive impairment. *BMC Geriatrics*, Dec 13, (13), 136.
- Magaziner, J., Fredman, L., Hawkes, W., Hebel, J.R., Zimmerman, S., Orwig, D.L. & Wehren, L. (2003). Changes in functional status attributable to hip fracture. A comparison of hip fracture patients to community-dwelling aged. *American Journal of Epidemiology*, 157, (11), 1023-1031.
- Marklund, I. & Klässbo, M. (2006). Effects of lower limb mass practice in poststroke patients. Single-subject experimental design with long-term follow-up. *Clinical Rehabilitation*, 20, (7), 568-576.
- Marklund, I. (2009). *Intensivträning av nedre extremitet för personer med stroke. Effekter och upplevelser* (avhandling för licentiatsexamen, Umeå universitet, 2009).

- Marklund, I., Klässbo, M. & Hedelin, B. (2010). "I got knowledge of myself and my prospects for leading an easier life". Stroke patients' experience of training with lower-limb CIMT. *Advances in Physiotherapy*, 12, (3), 134-141.
- Månsson, M. (2007). *Hemrehabilitering. Vad, hur och för vem?* Solna: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Stroke Rehabilitation. Long term rehabilitation after stroke*. Clinical guideline 162. Retrieved May 20, 2014 from <http://www.nice.org.uk/CG162>
- Nilsson, M. (2012). I M. Edner, *Är du full? Nej jag har haft stroke*. Om vikten av fullgod rehabilitering. Stockholm: Sivart.
- Olsson, L-E., Karlsson, J. & Waern, E. (Red.). (2010). *Höftfraktur hos äldre. Att bevara patientens förmåga*. Stockholm: Liber.
- Olsson, L-E. (2010). Vårdorganisation. I L-E. Olsson, J. Karlsson & E. Waern (Red.), *Höftfraktur hos äldre. Att bevara patientens förmåga*. (s.43-56). Stockholm: Liber.
- Rikshöft. *Epidemiologi*. Hämtad maj 20, 2014 från <http://rikshoft.se/hoftfraktur/epidemiologi>
- Rikshöft. *Årsrapport 2012*. Hämtad maj 20, 2014 från <http://rikshoft.se/wp-content/uploads/2013/07/Årsrapport-RIKSHÖFT-2012-.pdf>
- Riks-Stroke. *Ett år efter stroke. Rapport från Riks-Stroke. 1-årsuppföljning 2012. Livssituation, tillgodosedda behov och resultat av vårdens och omsorgens insatser*. Umeå: Författaren.
- Riks-Stroke. *Årsrapport 2012*. Hämtad maj 20, 2014 från http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2014/02/Riks-Stroke_Arsrapport-2012.pdf
- Sims-Gould, J., Byrne, K., Hicks, E., Khan, K. & Stolee, P. (2012). Examining "success" in post-hip fracture transitions. A strengths-based approach. *Journal of Interprofessional Care*, May 26, (3), 205-211.
- Socialstyrelsen. (2009). *Samverkan i rehabilitering*. En vägledning (DAISY). Stockholm: Författaren.
- Socialstyrelsen. (2011). *Strokevård. Nationell utvärdering 2011. Delrapport: Kommunernas insatser*. Stockholm: Författaren.
- Socialstyrelsen. (2014). *Öppna jämförelser 2013. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Författaren, Sveriges Kommuner och Landsting.
- Soukka, A. (2012). *Teknisk rapport. Hjärnskaderehabilitering*. Göteborg: Institutet för kvalitetsindikatorer.
- Sparre, H. & Caplan, S. (2007). *Rehabilitering & habilitering*. Stockholm: Sanoma Utbildning.
- Stenvall, M., Berggren, M., Lundström, M., Gustafson, Y. & Olofsson, B. (2012). A multidisciplinary intervention program improved the outcome after hip fracture for people with dementia. Subgroup analyses of a randomized trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, (3), e284-289.
- Thorsén, A-M., Holmqvist, L.W., de Pedro-Cuesta, J. & von Koch, L. (2005). A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke. Five-year follow-up of patient outcome. *Stroke. A Journal of Cerebral Circulation*, 36, (2), 297-303.
- Wilhelmson, K., Duner, A., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Blomberg, S., Hasson, H., Gustafsson, H., Landahl, S. & Dahlin-Ivanoff, S. (2011). Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. *BMC Geriatrics*, May 14, (11), 24.

- von Koch, L., Wottrich, A.W. & Holmqvist, L.W. (1998). Rehabilitation in the home versus the hospital. The importance of context. *Disability and Rehabilitation*, 20, (10), 367-372.
- von Koch, L., Holmqvist, L.W., Wottrich, A.W., Tham, K. & de Pedro-Cuesta, J. (2000). Rehabilitation at home after stroke. A descriptive study of an individualized intervention. *Clinical Rehabilitation*, Dec 14, (6), 574-583.
- Zidén, L., Wenestam, C.G. & Hansson-Scherman, M. (2008). A life-breaking event. Early experiences of the consequences of a hip fracture for elderly people. *Clinical Rehabilitation*, Sep 22, (9), 801-811.
- Zidén, L., Frändin, K. & Kreuter, M. (2008). Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clinical Rehabilitation*, Dec 22, (12), 1019-1033.
- Zidén, L., Kreuter, M. & Frändin, K. (2010). Long term effects of home rehabilitation after hip fracture. 1-year follow up for functioning, balance confidence, and quality of life in elderly people. *Disability and Rehabilitation*, 32, (1), 18-32.
- Zidén, L., Scherman, M.H. & Wenestam, C.G. (2010). The break remains. Elderly people's experiences of a hip fracture 1 year after discharge. *Disability and Rehabilitation*, 32, (2), 103-113.
- Zingmark, M. (2006). *Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering*. Rapport från FoU-Jämt, 2006:2, Östersund: FoU-Jämt, Mittuniversitetet.
- Övretveit, J. (2013). Samarbete, klinisk samordning och integrerad vård. Evidens och praktiska förbättringar. I R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan. För utveckling av hälsa och välfärd* (s.77-90). Lund: Studentlitteratur.

Personliga kontakter

- Professor *Anna Ehrenberg*, Akademin Hälsa och samhälle, Högskolan Dalarna, 4 januari, 2014.
- Verksamhetschef *Christina Erlandsson*, Hälso- och sjukvårdsenheten, Kalmar kommun, 18 februari, 2014.
- MD *Lena Zidén*, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet, 23 januari, 2014.

Forskningsbidrag

När cancer inte är botbar...

Om konvivialitet och dess betydelse för såväl patienters vägval
som för en optimerad vård

Britta Stenstam

britta@stenstam.se

Handledare CarlJohan Fürst

När cancer inte är botbar...

Om konvivialitet och dess betydelse för såväl patienters vägval
som för en optimerad vård

Problemområde

Cancerbehandlingens framgångssaga vilar på läkemedel, kirurgi och strålbehandling. I dag botas cirka 60 % av alla som insjuknar i cancer. Samtidigt dör dessvärre minst en tredjedel av sin cancersjukdom. En patient ska – när cancer visar sig vara icke botbar - erbjudas en palliativ behandling (lindrande av besvärande symtom utan en förväntad tumörminskning) i stället för ett kurativt inriktat tumörbekämpande. Patienter ska slippa behandlingar som varken säkert minskar tumörbördan eller är fria från biverkningar – ”boten får inte vara värre än soten”. Under det kurativa skedet kan det vara oundvikligt att patienten ibland upplever många mer eller mindre svåra biverkningar. Vid en palliativ behandling ska man i princip slippa sådana.

Övergången mellan det kurativt inriktade tumörbekämpandet och det palliativa synsättet behöver studeras vetenskapligt så att det kommer fram ett forskningsbaserat underlag till gagn för framtida patienter. Den kunskap vi redan nu har kan dock användas för att reducera uppenbara hinder för en lyckosam övergång mellan inte bara den kurativa och den palliativa behandlingen utan än mer när tumörbehandlingen ska avslutas och patienten ska erbjudas hela den palliativa vårdens koncept med helhetssyn på patienten och dess närstående. Både patienten, vårdpersonalen och sjukvårdssystemet har alla mycket att vinna här.

Syfte

- Att rätt patient ska få rätt behandling på rätt vårdnivå, också när cancer visar sig inte vara botbar.
- Att cancerpatienter ska kunna göra sina vägval under konviviala förutsättningar.

Denna artikel handlar om möjligheter och svårigheter vid övergången från en tumörinriktad behandling av ett organ och från sjukdomsperspektiv till en för patienten palliativ helhetssyn. Den medicinska frågenivån ”Vad kan jag som vårdare göra?” (= maximalt) övergår till den etiska frågenivån : ”Vad bör jag som vårdare göra av det jag kan göra?” (= optimalt).

Bakgrund

Det hör till läkekonstens domän att avgöra när en antitumoral behandling på professionella grunder bör upphöra, dvs när den inte längre har någon sådan inverkan på tumörbilden att den påverkar cancerutvecklingen. Samtidigt är det patienten själv som med ledning av all den information hon får ska kunna göra sitt medvetna och konstruktiva val – ett val som sedan ska leda över i en period där vi i vården kan optimera förutsättningarna för god livskvalitet.

Det här är ingen tvåstegsprocess i bemärkelsen att läkaren först kan informera och patienten sedan fatta sitt beslut. I stället krävs det en process som är konvivial (com= tillsammans, vivere = leva), (Palm Beskow, Beskow & Miro, 2001) en process som är öppen, baserad på en tillitsfull gemenskap och har en varaktighet över tid.

Ett problem är att det alltid kan finnas ytterligare något nytt medicinskt som man skulle kunna prova. En kirurg kan säga: "Nej, det går inte att operera, det skulle göra dig mer skada än nytta". Detta accepteras alltid av både patienten och den patientansvarige läkaren. Den medicinska behandlingen är emellertid inte lika definitiv och enstegs utan kan lättare baseras på kompromisser (exempelvis kan man sätta ut medicinen om biverkningarna blir för stora). Det kan därför ta emot mer att definitivt avstå från cytostatika än från kirurgi och brytpunkten kan bli svårare att ringa in. Särskilt som det kan vara mänskligt lättare att fortsatt prova halmstrån än att ta ett svårt och långvarigt samtal som kräver sin konvivialitet. Också farmaka kan emellertid utgöra basen för en tragedi – så som David Healy, psykofarmakolog, vetenskapsman och författare, skriver i en av sina tankeväckande böcker (Healy, 2012).

Ibland kan det vara svårt att uppnå konsensus mellan olika läkare för en och samma patient i en och samma situation. Det kan då vara användbart att utnyttja modellen med "the surprise question: "Would you be surprised if this patient died in the next year (or six months or three months...)? (Moroni et al, 2014). Som Moss et al (2010) påtalar i sin artikel: "Physicians consistently overestimate survival for patients with cancer."

Idealt är det den patientansvarige läkaren, PAL, som har en långvarig relation till patienten och därför kanske också bättre förutsättningar att gå in i en dialog kring hur vården inte längre kan påverka själva cancersjukdomen men likväl har mycket att erbjuda för en god livskvalitet. Dessvärre råder det en så svår kontinuitetsbrist inom dagens sjukvård att det kan vara berättigat att undra om bristen på det longitudinella och kontinuerliga nu blivit så allvarlig att den i sig underminerar förutsättningarna för en konvivialitet i ett s k brytpunktssamtal.

(ref: Definition av brytpunktssamtal finns att hämta i *Nationella vårdprogrammet för palliativ vård* och *Svenska palliativregistret*).

Patienten har det givetvis ännu svårare – det är hennes liv, hennes och hennes närståendes väl och ve, som det gäller. Ingen vill tacka nej till livet. Hur ska man kunna välja att lämna en tumörbehandlande inriktning och övergå till en symtomlindrande (palliativ) om man därmed också måste lämna de fåtaliga professionella kontakter man haft över tid och övergå till nya? Det kräver en grannliga närhet för att patienten ska slippa uppleva sig bara överförd till de hopplösa skara, och i stället överförd till den palliativa vård som tillför något nytt, något som kan ge nya möjligheter. Det krävs alltså en någon som kan hjälpa till att synliggöra exempelvis hur man kan få palliativ vård hemma, oberoende av sjukdom och ålder, konkretisera vad det kan betyda att slippa onödiga provtagningar och behandlingar och peka på hur mycket tid och kraft man kan få till annat som man vill göra. Också i detta sammanhang finns det anledning att återknyta till Gadamer's definition av hälsa. Den lyder att "i arbete och glädje vara uppfylld av det egna livets uppgifter" (Gadamer, 2003). Om all uppmärksamhet inriktas på det sjuka, blir det ingen tid över till det friska och därmed till hälsan, något som uppmärksamhets också inom SKL-projektet *Bättre liv för sjuka äldre*.

Den vård och omsorg som finns idag beror inte bara på de vetenskapliga framstegen utan också på tidsandan (Johannisson, 2013). Den palliativa medicinen har utvecklats mycket de senaste åren med förebilder från framförallt England och föregångare som exempelvis Dame Cicely Saunders.

Palliativ vård definierades av WHO 2002:

"Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt, som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer, som drabbas av problem, som kan uppstå vid livshotande sjukdom.

När sjukdomen ej går att kurerabota koncentreras vården till att förebygga och lindra lidande genom behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem.

Den palliativa vården bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process och syftar inte till att varken fördröja eller påskynda döden.

Den palliativa vården erbjuder organiserat stöd till hjälp för patienten att leva så aktivt som möjligt fram till döden samt organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens sjukdom och även efter dödsfallet."

År 1997 bildades *Svensk Förening för Palliativ Medicin*. Med denna specialitet och genom bildandet av palliativa kunskapscentrum kan det växa fram ett bättre omhändertagande av patienter som lider av obotliga sjukdomar. Utvecklingen av ASIH (Avancerad Sjukvård i Hemmet) ger också patienter valmöjligheten att med sjukvårdens resurser få vara i sitt hem och inte på sjukhus. Den palliativa vården är relativt ny vad gäller vetenskapliga studier, och det är därför inte konstigt att dess förutsättning, själva övergången kurativt – palliativt, ännu inte finns beforskad i någon större utsträckning. Det var först år 2010 som den första randomiserade studien publicerades som visade att "Early integration of palliative care for patients with metastatic, non-small-cell lung cancer is a clinically meaningful and feasible care model, that has effects on survival and quality of life that are similar to the effects of first-line chemotherapy in such patients" (Temel et al, 2010). Först i föl hade *The Cancer Journal* flera artiklar om samspelet mellan det kurativa och det palliativa, t ex "Integrating Palliative Care in Oncology" (Rangachari & Smith, 2013).

Min egen erfarenhet som onkolog och ansvarig läkare för den onkologiska verksamheten i Sörmland under 1980- och 90-talet rymde inga övergångsproblem eftersom man som kontinuerlig läkare hade hand om patienten från början till slut. Efter början med diagnostiken och den hoppfulla kurativt inriktade behandlingen kunde ungefär hälften av patienterna gå tillbaka till det friska livet medan de andra blev kvar i samma läkares och sjuksköterskors händer. Kontinuiteten var inbyggd, och tilliten och det konviviala kunde växa till sig utan att de behövde medvetandegöras som något speciellt. Efter en kortare eller längre tid med fokus på det palliativa vårdades sedan patienten i enlighet med de kriterier som nu är gällande för den palliativa vården fram till döden. Dagens utmaning är en annan eftersom den behandlande läkaren (och patienten) kan uppleva det som ett svek att remittera (flytta över) patienten till en annan vårdform. I dag skulle både remitterande och mottagande läkare behöva möta patienten samtidigt, ibland upprepade gånger, för att säkerställa och bekräfta den ömsesidiga tilliten.

Metod

Mitt metodval för att på mindre än ett år åstadkomma ett kunskapsbidrag på detta område har medvetet begränsats till det möjligas konst. Jag lutar mig mot

- Min 40-åriga erfarenhet som onkolog. Det är mot bakgrund av den som jag kan se att samma specialisering av cancervården som varit så framgångsrik kurativt också har en baksida: den försvårar det konviviala samspel som skulle behövas för att en kurativ insats vid rätt tidpunkt ska övergå till en palliativ.
- Mitt nuvarande uppdrag som seniorspecialist på onkologiska kliniken Skåne. Där deltar jag och går rond på vårdavdelningen med "palliativa glasögon" och under försök att skapa en konvivial miljö för ett svårt samtal.
- Mina litteraturstudier, allmänt inom *Uppdrag Kunskap* och speciellt inom det Medicinska/Onkologiska och Palliativa.

Intervention

Parallellt med *Uppdrag Kunskap* har jag ett uppdrag av verksamhetschefen på SOK (Skånes Onkologiska Klinik) att med "palliativa glasögon" delta i rond (genomgång av samtliga inneliggande patienter på en vårdavdelning inom SOK), vara mentor och lärare för läkare under utbildning samt vårdpersonal på den vårdavdelning där svårt sjuka patienter vårdas. Det konviviala samtalet tränas och är för vissa helt naturligt medan andra behöver tränas medvetet.

Till övervägandena hör att även om en patient begär en viss behandling har ingen patient rätt att erhålla eller få en behandling som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Gemensamma resurser måste användas på rätt sätt och en av läkarens uppgift är "att inte skada".

Stödpunkter för brytpunktssamtal finns beskrivet bl a via *Nationella palliativa vårdprogrammet* med checklistor av typ:

1. Planera samtalet så att det finns möjlighet för patienten att välja om en anhörig ska vara med och gärna även patientansvarig sjuksköterska eller undersköterska.
2. Ta reda på vad patienten vet om sin sjukdom och situation.
3. Var lyhörd och inlyssnande kring vad patienten vill veta och hur mycket information patienten vill eller orkar ta in.
4. Ge patienten information på ett enkelt begripligt sätt och invänta patientens reaktion.
5. Sammanfatta och tydliggör vad som vården i detta läge kan erbjuda. Palliativ medicin är en egen specialitet med annat att erbjuda än den tumörinriktade behandlingen.

Det konviviala samtalet är dock mer än just dessa punkter som utgör ett nödvändigt men inte tillräckligt villkor. En konvivialitet karakteriseras av tillit och kommunikativ öppenhet och små behov av försvar eller hemlighetsmakeri. Förutom trygghet finns även känslor av närhet och värme, samstämmighet och tillgivenhet som både känns och kan kommuniceras.

Första steget i uppdraget från klinikchefen var att kartlägga patienterna som vårdas inneliggande på vårdavdelning. SOK har 5 vårdavdelningar med vårdplatser för totalt ca 80 patienter/vecka. Det saknas ständigt vårdplatser på sjukhuset och en tydlig fråga är ”ligger rätt patient i rätt säng?”. Under tre konsekutiva veckor våren och hösten 2013 bedömdes samtliga inneliggande patienter (totalt således drygt 400 patienter). Patienterna bedömdes utifrån huruvida de vårdades på avdelningen pga något av följande kriterier:

1. Botande intention
2. Nyligen påbörjad för patienten ny behandling som ännu inte utvärderats
3. Ny behandlingsmetod som ska utvärderas (oftast inom ramen för ett studieprotokoll)
4. Akut biverkan av nyligen given behandling på SOK
5. Patient från annat landsting
6. Extern patient, dvs med patientansvarig läkare på annan klinik (t ex medicinklinik eller ortopedi)

Alla patienter, som inte tillhörde någon av grupperna 1-6 bedömde jag skulle behöva samtal i en konvivial miljö för att därvid erbjudas valet att avsluta tumörfokuserad behandling och istället möjlighet välja remiss till palliativ enhet och erbjudas hela den palliativa vårdens koncept med symtomlindring utan specifik tumörbehandling och helhetssyn på patienten och dess närstående.

Som stöd för det ovanstående vill jag referera till att det vid min genomgång av samtliga patienter inneliggande på en vårdavdelning inom SOK 2013 visade sig att nästan hälften av dem var avlidna inom tre månader och att flertalet av dem under denna tid hade pågående olika onkologiska behandlingar. Vårdtiden inom palliativ enhet var i gengäld för dessa patienter anmärkningsvärt kort eftersom patienten remitterades över till den palliativa enheten i ett sent skede.

Detta stämmer även med erfarenheterna från USA där ”analysis of current patterns of care suggest that despite the widespread availability of palliative care services and hospice, patients are increasingly receiving chemotherapy within the last two weeks of life, requiring more frequent visits to the hospital and emergency department in the last month of life and are often referred to hospice care in the last days of life as a means of managing death rather than a tool for palliation of symptoms in the later months of advanced disease” (Earle, 2008).

Min intervention handlar alltså inte om den palliativa vården utan om övergången från anti-tumör-behandling till vård och behandling av hela patienten och om att ringa in den tidpunkt eller det skede då patienten övergår till att leva med en icke-botbar eller kronisk sjukdom. Tiden är därmed utmätt på ett mera tydligt sätt.

Kunskapsbidrag

Jag menar mig både teoretiskt (via litteraturstudier) och med hjälp av egen beprövad erfarenhet under en onkologisk praktik med högst varierande förutsättningar ha ett underlag för att peka på en av achilleshämlarna i dagens cancervård: att många alldeles för sent och i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet remitteras till palliativ vård. I denna artikel har jag försökt peka ut var insatser behöver sättas in: på att skapa konviviala förutsättningar för det nödvändiga samtalet och ge patienten möjlighet påverka innehållet i den sista tiden i livet. Detta ger en påverkan av mycket i vårdorganisationen också utanför själva samtalen.

Plan för förverkligande

- Med ledning av denna artikel tänker jag söka gehör och igenkänning från kollegor och medarbetare och uppmuntra till deltagande i de kurser om "Det nödvändiga samtalet" som finns bl a i regi från Palliativt Utvecklingscentrum i Lund under ledning av professor Carl Johan Fürst.
- Tillsammans med klinikchefen på SOK ha seminarier för läkarna där för att lyfta hur satsningar på det konviviala samtalet också kan medverka till bättre användning av gemensamma resurser, dvs en förbättrad hälsoekonomi.
- Vidareutveckla denna artikel för publicering i nationella och internationella läkartidskrifter.
- Ringa in de etiska frågeställningar som ligger i detta och kontakta Nils-Erik Sahlin på Filosofiska Institutionen vid Lunds universitet om en föreläsning/ett seminarium/en dialog.
- Hålla föredrag i olika sammanhang, t ex Zonta och Rotary-möten samt olika patientföreningar.
- Föreläsningar, seminarier och dialoger med läkarkandidater.

Litteratur

Här förtecknar jag både det som jag refererat till i min artikel och den övriga litteratur som varit viktig i mitt arbete.

Om konvivialitet

Illich, I. (1973). *Tools for Conviviality*. London: Marion Boyars.

Palm Beskow, A., Beskow, J. & och Miro, M.T. (2001). *Kognitiv psykoterapi och medvetenhetsutveckling. Om att leva i konvivialitet*. Kungälv: Center för kognitiv psykoterapi och utbildning.

Om cancer och cancerbehandling

Back, A., Arnold, R. & Tulsky, J. (2009). *Mastering Communication with seriously ill Patients. Balancing Honesty with Empathy and Hope*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bakitas, M. (2014). *The ENABLE III randomized controlled trial of concurrent palliative oncology care*. Abstract presented at the 2014 ASCO Annual Meeting.

- The Cancer Journal*. The Journal of Principles & Practice of Oncology. (2013). 19, 5.
- Earle, C.C., Landrum, M.B., Souza, J.M., Neville, B.A., Weeks, J.C. & Ayanian, J.Z. (2008). Aggressiveness of cancer care near the end of life. Is it a quality-of-care issue? *Journal of Clinical Oncology*, Aug 10, 26, (23), 3860-3866.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists. A randomized controlled trial. *Lancet*, Feb 23, 359, 650-656.
- Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Johansson, J. (Red.). (2013). *Cancer i siffror 2013. Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Stockholm: Cancerfonden.
- Järhult, J. (2014). Mirakelmannen från Hult. *Sälblad*. Medlemstidning för Sveriges äldre läkare, nr 1-2, 17-18.
- Jönsson, B. & Wilking, N. (2013). *Värdering och implementering av nya läkemedel - med exempel från cancerområdet*. Rapport från SNS forskningsprogram maj 2013. Stockholm: Studieförbundet Näringsliv och samhälle.
- Lichter, L. (1987). *Communication in cancer care*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- McCormack, J. *Viva la Evidence*. Retrieved May 20, 2014 from <http://www.youtube.com/watch?v=QUW0Q8tXVUc>
- Mack, J.W., Weeks, J.C., Wright, A.A., Block, S.D. & Prigerson, H.G. (2010). End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life. Predictors and outcome of receipt of care with preferences. *Journal of Clinical Oncology*, Mar 1, 28, (7), 1203-1208.
- Moroni, M., Zocchi, D., Bolognesi, D., Abernethy, A., Rondelli, R., Savorani, G., Salera, M., Dall'Olio, F.G., Galli, G. & Biasco, G. (2014). The surprise' question in advanced cancer patients. A prospective study among general practitioners. *Palliative Medicine*, Mar 24, 28, (7), 959-964.
- Moss, A.H., Lunney, J.R., Culp, S., Auber, M., Kurian, S., Rogers, J., Dower, J. & Abraham, J. (2010). Prognostic significance of the "surprise" question in cancer patients. *Journal of Palliative Medicine*, Jul 13, 7, 837-840.
- Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*. (2012). Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan.
- Non-Small Cell Lung Cancer Collaboration Group. (2010). Chemotherapy and supportive care versus supportive care alone for advanced non-small lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. doi: 10.1002/14651858.CD007309.pub2
- Peppercorn, J.M., Smith, T.J., Helft, P.R., Debono, D.J., Berry, S.R., Wollins, D.S., Hayes, D.M., Von Roenn, J.H. & Schnipper, L.E. (2011). American society of clinical oncology statement. Toward individualized care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, Feb 20, 29, (6), 755-760.
- Rangachari, D. & Smith, T.J. (2013). Integrating palliative care in oncology. The oncologists as a primary palliative care provider. *The Cancer Journal*, Sep-Oct, 19, (5), 373-380.
- Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, C.D., Jacobsen, J., Pirl, W.F., Billings, J.A. & Lynch, T.J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, Aug 19, 363, (8), 733-742.
- Wilking, N. (2010). Onkologiska läkemedel. *Läkartidningen*, 16, (107), 1064-1085.
- Von Roenn, J.H. (2013). Advance care planning. Ensuring that the patient's voice is heard. Editorial in *Journal of Clinical Oncology*, Feb 20, 31, (6), 663-664.

Wright, A.A., Mack, J.W., Kritek, P.A., Balboni, T.A., Massaro, A.F., Matulonis, U.A., Block, S.D. & Prigerson, H.G. (2010). Influence of patients' preferences and treatment site on cancer patients' end-of-life care. *Cancer*, Oct 1, 116, (19), 4656-4663.

Böcker med anknytning till *Uppdrag Kunskap*, samtliga med relevans för mitt arbete

Bjursell, C. & och Hultman, S. (Red.). (2012). *Leva hela livet*. Hestra: Isaberg.

Cohen, G.D. (2005). *The mature mind. The positive power of the aging brain*. New York: Basic Books.

Gadamer, H-G. (2003). *Den gåtfulla hälsan. Essäer och föredrag*. Ludvika: Dualis.

Johannisson, K. (2013). *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle - historiska erfarenheter*. Stockholm: Norstedts.

Jönsson, B. (2008). *Vi lär som vi lever*. Malmö: Gleerups utbildning.

Jönsson, B. (2011). *När horisonten flyttar sig. Att bli gammal i en ny tid*. Stockholm: Bromberg.

Jönsson, B. (2012). *Tid för det meningsfulla*. Stockholm: Bromberg.

Liedman, S-E. (2001). *Ett oändligt äventyr. Om människans kunskaper*. Stockholm: Bonnier.

Odén, B. (2012). *Äldre genom tiderna. Åldrande och äldrepolitik som en historiker ser det*. Stockholm: Carlsson.

Rolf, B. (1991). *Profession tradition och tyst kunskap. En studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Nora: Nya Doxa.

Forskningsbidrag

Problemlösning vid suicidalitet hos äldre

Ett sätt att vända den negativa trenden

Malgorzata Szmidt

malgorzata.szmidt@akademiska.se

Handledare Jan Beskow

Problemlösning vid suicidalitet hos äldre

Ett sätt att vända den negativa trenden

Sammanfattning

400 äldre tar livet av sig årligen i Sverige. De flesta av dessa personer lider av egentlig depression eller depression UNS, oftast i kombination med ångest. Själva den suicidala handlingen (fullbordat suicid eller suicidförsök) sker vanligtvis tämligen plötsligt, i ett tillstånd då personen övermannas av sin ångest och inte kan tänka klart. Depression hos äldre kommer i majoriteten av fallen som en reaktion på olika trauman, såsom förluster eller somatisk sjukdom, inte sällan med kroniska smärtor. Äldres depression är fortfarande ett förbisett och underdiagnostiserat tillstånd då den ofta inte uppfyller diagnostiska kriterier för en egentlig depression. Patienter, som efter ett självmordsförsök kommer till en psykiatrisk akutmottagning möts av personal, vars huvudsakliga uppgift är riskbedömning i det akuta skedet.

Man inriktar sig på diagnostik och standardiserade bedömningsformulär, helt i samklang med Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av ångest och depression. Patienten möts av ett standardiserat förfarande, som inte lämnar utrymme för en förtroendefull kontakt. I detta skede blir den äldres reaktion negativ till både kontakt och samtycke till erbjuden vård. Tvångsvård tillgrips i många fall som en nödlösning. En del studier på yngre patienter (Welu, 1977; van Heeringen, 1995) visar vikten av ett gott, personligt bemötande för att skapa en fungerande behandlingsallians. Trots att detta låter självklart upplevs självmordsnära personer som besvärliga i sjukvårdssammanhang, då varken de eller professionen äger ett suicidalitetens språk att kommunicera med. Det är fortfarande tabubelagt och skamfyllt att penetrera ett självmordsförsök, inte minst hos de äldre.

Nedanstående projektarbete utgår från den av Beskow (2007) presenterade modellen för bemötande vid akut bedömning av suicidrisk.

Denna består av fyra delmoment, vilka testas under ett filmat samtal med en suicidal äldre man. I den efterföljande diskussionen jämförs det faktiska samtalet med den teoretiska modellen för att på detta sätt bidra till utvecklingen av en användbar samtalsmetod med suicidnära äldre personer.

Metoden kan fungera väl i klinisk praxis, även om det inte är självklart för den äldre patienten att aktivt samarbeta i ett psykoterapeutiskt sammanhang.

Inledning

Detta projekt är ett led i Beskows och Suicidprevention i Västs utvecklingsarbete för att skapa ett bättre bemötande för personer med suicidalitet. Det bygger på uppfattningen att tankar på suicid kan ha funnits länge, men att själva suicidhandlingen ofta är ångestutlöst, kommer snabbt och överrumplar patienten, ett psykiskt olycksfall. Denne måste mötas i sina aktuella svårigheter, vilket leder till ett problemorienterat perspektiv (Beskow et al, 2013). I samband med skapandet av tre filmer åren 2012-13 har Beskow utarbetat en speciell problemlösningsmodell med fyra olika delar (Beskow, 2013; 2014).

Forskningsidén här är att med detta problemperspektiv i bakgrunden spela in ett samtal (rollspel) mellan en äldre man med depression och risk för suicid och en tränad geropsykiater (psykiater för äldre) för att sedan jämföra den nya modellen med detta samtal och på det sättet få en kritisk analys av modellen och förhoppningsvis förslag till förbättringar. Modellen är enkel och tillämpas säkert redan av många inom psykiatrin. En teoretisk modell som tillåter kritisk analys och förbättringar har dock saknats hittills.

Bakgrund

Depression hos äldre är vanligare än hos yngre och uppfyller ofta inte kriterier för egentlig depression (MDD – Major Depressive Disorder) enligt den diagnostiska manualen DSM (Diagnostic System Manual)IV (Karlsson, 2013). Inte heller ångestsyndromen gör det, delvis pga frekvent komorbiditet, där det ofta inte är möjligt att särskilja de olika syndromen. Själv-mordsfrekvensen hos äldre är högre än hos allmänheten i stort (Waern, 2013), främst till följd av ökat antal individer i dessa åldrar (Karlsson, 2013). Till 2030 förväntas antalet självmord bland äldre fördubblas.

I en prospektiv studie av självmordstankar och självmordsförsök hos 4008 kvinnor med genomsnittsålder på 44,5 år fann Cogle et al att förekomst av PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) och MDD i komorbiditet var starka prediktorer för självmordstankar, liksom PTSD ensamt (Cogle, Resnick & Kilpatrick, 2009). I samma studie visade sig enbart PTSD vara en stark prediktor för framtida självmordsförsök samtidigt som 16 % av kvinnorna i gruppen hade varken MDD eller PTSD. Depressionens påverkan på självmordsbenägenhet är känd sedan tidigare (Cogle et al, 2009), faktorer som hopplöshet och brist på socialt nätverk är vanliga. Samband mellan PTSD och suicid är däremot mindre känt. Panikattacker, svår ångest, agitation och svår sömnstörning ses nu som oberoende prediktorer för suicid (Fawcett, 2006). Joiner föreslår (2005) att symtom såsom emotionell likgiltighet, misstänksamhet och alienation leder till mindre känsla av samhörighet, vilket är en etablerad riskfaktor i interpersonella självmordsmodeller. Då hela 84 % av kvinnorna i Cogles studie hade anamnes på PTSD eller MDD ger det en fingervisning om vikten av tidig diagnostik av dessa störningar för att därigenom reducera självmordsrisken.

Resultat från en studie på krigsveteraner från Irak och Afganistan (Jakupcak, Cook, Imel, Fontana, Rosenheck & McFall, 2009) bekräftar att PTSD med 2 eller fler komorbida diagnoser var mer associerat med självmordstankar än enbart PTSD. Szanto, Gildengers, Mulsant, Brown, Alexopoulos & Reynolds (2002) noterar att män över 75 års ålder har högst suicidfrekvens bland alla åldrar, planerar sina suicid och använder högriskmetoder vid deras genomförande. Här är komorbiditet med missbruk och personlighetsstörningar mindre frekvent, däremot

spelar en somatisk sjukdom tillsammans med traumatisk sorg, hopplöshet och ångest samt anamnes på tidigare självmordsförsök, en viktig roll vid suicidalt beteende. Szanto konstaterar vidare att äldre dör oftare vid ett suicidförsök och att anamnes på suicidförsök tyder på "misslyckat suicid", dvs att det inte är frågan om "rop på hjälp", vilket ofta är fallet hos yngre. Äldre har i regel fler problem med sin somatiska hälsa, lever ofta ensamma och är inte benägna att kommunicera sina självmordsavsikter till omgivningen. De planerar självmord i större utsträckning och ser till att inte bli upptäckta för att undvika en intervention. Enligt Conwell et al, (Conwell, Duberstein, Cox, Herrmann, Forbes & Caine, 1998) är det svårare att upptäcka självmordsrisk hos en äldre man än hos en kvinna i motsvarande ålder.

Många äldre, särskilt de boende på institution, utvecklar ett indirekt självdestruktivt beteende (ISDB – Indirect Self-Destructive Behaviour), som kan bestå av mat- och dryckesvägran, vägran att samarbeta vid hygienskötning och medicinvägran, vilket beskrevs av Farberow 1980.

Osgood et al, (Osgood, Brant & Lipman, 1991) mätte självmordsfrekvensen hos äldre i "nursing homes" och fann en kvot på 16 per 100 000 jämfört med 19 per 100 000 hos äldre i egna bostäder. De har också undersökt kvoten mellan antalet ISDB i "nursing homes", vilka ledde till död respektive inte död: man fann död i ISDB hos 80 per 100 000, samt ISDB, som inte ledde till död hos 227/100 000.

Kastenbaum et Michara (1971) föreslog att ISDB i vissa fall inte handlar om en delvis avsedd självmordsbenägenhet eller kognitiv svikt, utan utgör bara ett försök hos patienten att återfå kontroll över sin situation, i vilken han eller hon känner sig hjälplös och hopplös.

Tilläggas bör att hopplöshet inte tillhör ett normalt åldrande, inte ens hos terminalt sjuka personer. Därför bör depression och hopplöshet hos äldre bli varningssignaler för kommande suicidalt beteende. Den suicidala motivationen hos äldre är komplex – å ena sidan ambivalent önskan att aktivt avsluta sitt liv, å den andra önskan att återfå kontroll, testa närståendes eller personalens tillgivenhet. För en lyckad behandling är det nödvändigt att förstå patientens motivation, lyssna på dennes klagomål, behandla med värdighet samtidigt som man behandlar dennes depression.

Margda Waern (Rubenowitz, Waern, Wilhelmson & Allebeck, 2001) fann att belastande livshändelser såsom familjekonflikt, separation, förlust, somatisk sjukdom samt ekonomiska problem var vanliga förelöpare till suicid bland äldre. Särskilt somatisk sjukdom, familjekonflikt samt dålig ekonomi utgjorde riskfaktorer för suicid. Suicidrisken är högst under det första året efter en närståendeförlust och förblir förhöjd ända till fem år efter den traumatiska händelsen (MacMahon & Pugh, 1985).

Conwell et al, (Conwell, Duberstein, Cox, Herrmann, Forbes & Caine, 1996) visade i en studie av äldre, vilka begick självmord, att 76 % hade diagnosticerbar psykopatologi, varav 54 % hade MDD och 11 % hade minor depression. MDD är den i särklass vanligaste diagnosen bland äldre som suiciderar (Conwell et al, 1996).

Man har sett i studier (Conwell, 1994) att de flesta personer, vilka fullbordat suicid varken hade beroendeproblematik eller personlighetsstörningar. Heikkinen et al, (Heikkinen, Aro,

Henriksson, Isometsä, Sarna, Kuoppasalmi & Lönnqvist, 1994) jämförde individer med depression utan alkoholberoende med alkoholberoende personer, vilka hade begått självmord. I motsats till de med depression hade alkoholberoende nyligt genomgångna personliga förluster, arbetslöshet och ekonomiska problem. Dryckesvanor visade sig ha lett till dessa parallella stressorer. Slutsatsen blev att ökning i alkoholkonsumtion kan signalera försämring i depressiva symtom och eller ångest. Det finns dock ej så många studier över eventuella samband mellan ångeststörningar och suicidalitet i en geriatrisk population (!). Vid en sökning på "geriatric population anxiety suicide" erhöll jag 19 svar, varav endast några få motsvarade den sökta triaden.

Riskind påpekar (Riskind, Long, Williams & White, 2000) att det inte bara är själva ångesten i samband med tragiska livshändelser utan först och främst rädslan inför kommande snabba förändringar, som orsakar den snabbt uppdykande sårbarheten, vilken leder till kontrollförlust och suicidala handlingar.

Suicidtankar har i några studier funnits hos 2,3 % (Jorm, Henderson, Scott, Korten, Christensen & Mackinnon, 1995), 13,3 % (Forsell, Jorm & Winblad, 1997) samt 15,9% (Skoog, Aevansson, Beskow, Larsson, Palsson, Waern, Landahl & Ostling, 1996) av äldre kommuninvånare. Tvärtemot en utbredd uppfattning suggererar dessa fynd att självmordstankar och suicidalt beteende (både försök och fullbordat) är relativt sällsynt i en äldre frisk population. (Conwell, 1995; 1996; Chan, Draper & Banerjee, 2007; Forsell at al, 1995; Henriksson, Isometsä, Hietanen, Aroo & Lönnqvist, 1995; Skoog at al, 1996).

Gallo at al, (Gallo, Morales, Bogner, Raue, Zee, Bruce & Reynolds, 2013) vidhöll att äldre presenterar sig oftare med dödstankar, dödsönskan samt sömnsvårigheter och är i motsats till yngre, mindre anhedona än dysforiska. Szanto at al (2002) såg i en grupp om 180 äldre med unipolär depression att de med suicidtankar hade mycket högre ångestnivå än de icke-suicidala deprimerade patienter. Efter behandling av båda grupperna med antidepressiva hade ångestgruppen sämre utfall än den icke suicidala gruppen.

Vid behandling av depression hos äldre är det viktigt med långtidsuppföljning, då endast farmakologisk behandling ger effekt hos 60-70% (Schneider, 1996). Trots det har man sett i en öppen studie av Isaksson (2000) att 3,5 gånger större användning av antidepressiva i Sverige mellan 1991-1996 resulterade i 19 % minskning av självmord i befolkningen, alltså inte enbart hos äldre. Däremot tolererar deprimerade äldre ECT bättre än yngre, med likartad eller bättre respons i akut skedet, oaktat större börda av somatisk samsjuklighet (Tew, 1999). Redan 1994 konstaterade Niederehe att både interpersonel psykoterapi, KBT, problemlösningsterapi och möjligen psykodynamiskt inriktad psykoterapi är lika effektiva som antidepressiva vid behandling av äldre öppenvårdspatienter med mild – medelsvår depression. Dock – den suicidala krisen kan inte lösas utan att engagera patientens omgivning. Tillgång till professionell hjälp, antingen direkt vid ett fysiskt möte eller indirekt via telefon rådgivning och tillgänglighet dygnet runt har visat sig kunna reducera antalet självmord (American Association of Suicidology, 2000). Här har det skett en förändring i suicidforskningen; från att vara individcentrerad till en processorienterad, där man involverar den suicidala personen i upprättandet av en, för henne genomförbar, suicidpreventiv plan.

Både The Hampshire Depression Project (Henkel, Althaus & Hegerl, 2000) och Gotlandsstudien (Rutz, von Knorring & Wålinder, 1992), vilka inriktade sig på utbildning av primärvårdsläkare i diagnostik och behandling av depression visade sig hålla endast under tiden för respektive projekt. I Gotlands studien såg man redan 2 år efter projektets avslutande att självmordsfrekvensen åter ökade. Här ser man igen vikten av både långvarig uppföljning och multimodal behandling, där särskilt deprimerade män ofta förblir oupptäckta och missas. Inte minst depression hos äldre män behöver upptäckas och bemötas med fokus på deras trauman, ensamhet och maktlöshet.

Litteraturgenomgången visar sammanfattningsvis att suicidalitet hos äldre kan visa sig som depression med starkt ångestinslag och då leder till självmordshandlingar med färre självmordsförsök och mera våldsamma metoder än yngre. En stor grupp äldre utvecklar ett Indirekt Självdestruktivt Beteende – ISDB, som i förlängningen kan leda till medvetet/omedvetet dödsfall.

Den aktuella problemlösningsmetoden

Det är vanligt att läkarens/bedömarens respektive den självmordsnära patientens mål i samtalet skiljer sig åt; medan läkaren koncentrerar sig på diagnostik samt bedömning av suicidrisk befinner sig den äldre patienten i ett emotionellt och kognitivt kaos med behov av omedelbar trygghet, omvårdnad och förtroendefull relation. Psykiaterns första uppgift är att möta patientens omedelbara behov och samtidigt försöka lösa sitt eget mest angelägna problem, vilket ofta innebär att bedöma vilken akut behandling patienten måste få för att överleva de närmaste dygnet.

Metoden fokuserar således på bemötandet av den självmordsnära patienten och följer den av Beskow 2014 föreslagna modellen med fyra moment:

1. Tvåforskarmetoden, som innebär en respektfull gemensam genomgång av patientens mest påträngande problem, där denne bidrar med sin "självkunskap", medan läkaren/bedömaren använder sig av sin erfarenhet och teoretiska bakgrund. På så sätt lyckas man förskjuta fokus från de mest ångestladdade tankarna hos patienten till en känsla av samförstånd och en delad börda.
2. Normal problemlösning, där man prioriterar vad som är viktigast just nu, skapar kreativa lösningar kring problemet, rangordnar åtgärder, går igenom tänkbara hinder, genomför problemlösningen och utvärderar den sedan.
3. Bristande problemlösning måste förstås av både patienten och behandlaren och innebär ett behov av upprepad kontakt, där det inte räcker med ett akut samtal. Beskow indelar denna i analys samt intervention i fyra faser vardera. Utgångspunkten är att själva suicidaliteten reducerar människans intellektuella och känslomässiga register. Problemlösningsmetoden bör kunna ta fram den friska delen av patienten (Beskow, 2013). Det centrala är de fyra perspektiven: a) ständiga problemlösningsförsök som misslyckas och ger b) trötthet med vanmakt och ökad känslighet, c) ökad ångest och psykisk smärta och till sist d) oförmåga att upprätthålla sina vanliga sociala relationer, vilket resulterar i tankar på suicid som enda möjliga lösning.

4. Håll koll på avståndet - här är det frågan om våra kroppsrevir samt psykologiska och sociala revir; för att uppfatta samtalspartners minspel, kroppsspråk och få ett ”inifrån perspektiv” bör man befinna sig nära patienten – upp till ca en meter.

Modellen kompletteras med en introduktion, (Beskow 2013) filmade samtal samt studiematerial till var och en av filmerna (Beskow, 2008).

Syfte

- Att skapa ett utbildningsmaterial/användbart verktyg för bemötande av självmordsbenägna äldre. Detta med utgångspunkt i föreställningen att självmordsbenägenhet hos en äldre person handlar om både emotionell och kognitiv svikt, där samtalskontakten bör kunna återupprätta personens självbild, ge tröst och trygghet (Beskow, 2013; Beskow, Salkovskis & Palm Beskow, 2009). Verktöget ska kunna användas av professionella medarbetare inom psykiatri, men kan även stå modell för olika yrkeskategorier inom den kommunala omsorgen.
- Att kritiskt granska det framtagna materialet i ljuset av den aktuella modellen och undersöka om de faktorer som skildras i modellen faktiskt återfinns i materialet.
- Att göra en sammanfattande bedömning av modellens värde för äldre suicidnära personer och föreslå förbättringar.

Metod

Steg 1: Under projektets gång kommer jag att spela in ett samtal med en äldre självmordsbenägen person (fiktiv sådan), där tyngdpunkten kommer att ligga på skapande av allians med patienten. Inspelningen inkluderar också en kort reflexion efteråt hur såväl den intervjuade som intervjuaren upplevde samtalet.

Steg 2: Att jämföra problemlösningssmodellen och samtalet för att kritiskt kunna belysa modellen och ge förslag till förbättringar.

Resultat

Steg 1: Var god se filmen ” Samtal med en äldre man efter ett suicidförsök”, del 1 och 2.

Hans, 73, vankar av och an i rummet när psykiatern kommer in. Läkaren presenterar sig och försöker få ögonkontakt med patienten, men det visar sig svårt. Hans har ingen ro i kroppen, sätter sig först efter upprepade förslag, sitter rastlöst, vänder sig bort från läkaren, svarar enstavigt på frågorna.

Under samtalets inledande minuter markerar han viss misstänksamhet och undrar vad det hela ska vara bra för. Han uttrycker även förvåning över doktors intresse för hans person. Av och till får man höra en viss beklagan över det misslyckade självmordsförsöket, så småningom kommer det fram att en granne, som samtidigt är en vän, har svikit Hans genom att inte dyka upp på ett avtalat möte. ”Det går inte att lita på någon”, säger Hans och avslöjar under de följande minuterna att han har mått dåligt ända sedan skilsmässan för åtta år sedan. Han har

även ett tidigare självmordsförsök i ungdomen efter det att hans far dött i suicid. Han har inte pratat om detta med någon.

Hans har känt sig obotligt ensam, men vänskapen med grannen har blivit en ljuspunkt i tillvaron. Patienten har vant sig vid deras möten och gemensamma aktiviteter. Under tiden har han medicinerat med antidepressiva medel, känt sig allmänt trött och skör. Nu räckte det med att grannen inte kom till avtalat möte för att Hans negativa tankar om sig själv och ”det stora sveket” gjorde sig gällande inom loppet av några timmar. Hans tidigare latent dödsönskan och känslan av övergivenhet blev plötsligt svåra att motstå, han tog ”gröna piller” (sömnmedel) och whisky ”för att somna”. Sedan minns han inte så mycket, han vaknade på intensivvården, övervakades där och skjutsades slutligen till psykiatriska akuten, där mötet med läkaren äger rum.

Den allomfattande känslan av svek smittar även av sig på patientens uppfattning om sjukvården och dess möjligheter att hjälpa honom, enda önskemålet han uttrycker under samtalet är att få hjälp med sina ryggsmärtor, vilka bidrar till hans oroliga kroppsspråk. Det är också först då han blir lovad hjälp med sina somatiska besvär, som han accepterar en inläggning inom psykiatri.

Steg 2: Jämförelse mellan problemlösningsmodellen och samtalet

Den akuta suicidala processen

Den beskrivna situationen är inte alls unik när det gäller äldre, självmordsbenägna personer; dels är den äldre hjärnan mera sårbar för påfrestningar (Beskow, 2007), dels innebär en tidigare diagnosticerad depressionssjukdom förhöjd mortalitetsrisk, även om den inte uppfyller DSM kriterier (Karlsson, 2013). Äldre gör färre självmordsförsök (Waern, 2013) och använder ofta mera drastiska metoder att ta livet av sig med (Cougle et al, 2009). Patienten vi mötte på akuten uppvisar en närmast klassisk bild av en person, så hårt prövad genom tidigare traumata att hans uthållighet är mycket liten och även små förändringar i hans dagliga rutiner kan framkalla ett återupplivande av tidigare svåra händelser i hans liv. Det faktum att grannen uteblir från ett avtalat möte triggar genast patientens negativa scheman och leder till en mental kortslutning (Fawcett, 2009) – ytterligare ett svek blir ett bevis på att han inte kan lita på någon.

Livet är ingenting värt och då är det befogat att förkorta det på egen hand. Utom grannen finns det ingen i hans omedelbara omgivning som han hyser förtroende för. När början av tidigare trauman gör sig gällande, har patienten inga medel att trygga sig själv med och inga mentala verktyg att trösta sig med. Det som återstår blir då en känsla av hopplöshet, en fullständig vanda och en förvirring – ju starkare ångest desto svårare att samla tankarna och tänka klart (Michel, Maltzberger, Jobes, Leenaars, Orbach, Stadler, Dey, Young, & Valach, 2002). I den panik som infinner sig greppar patienten ett halmstrå – att begå självmord och därigenom få slut på pinan blir då den enda utvägen, man vet att allt lidande upphör då.

Patientens perspektiv

Patienten kommer in efter nyligen genomgången självmordshandling. Hela hans bräckliga tillvaro tycks ha rasat, det finns inget att bygga en framtid på. Han har kvar sin dödsönskan, eftersom han inte vet hur han kan få hjälp, egentligen vill han ju inte dö, men bristen på tydligt stöd från omgivningen och hans oförmåga att agera konstruktivt lämnar inga andra alternativ.

Under tiden som fränskild och deprimerad drar han sig undan omgivningen, ju mer han drar sig undan desto svårare är det att vidmakthålla befintliga sociala kontakter eller skaffa nya. Att plötsligt befinna sig på sjukhus och därtill på en psykiatrisk akutmottagning, blir ett ovälkommet scenario för denne enstöring. Han vill snabbast möjligt återvända till den bekanta miljön i sin bostad, slippa upprepa sin sjukhistoria för andra, tredje eller fjärde gången och få åtminstone lite trygghet i sin omgivning.

Helst vill han inte prata om självmordsförsöket, det är både jobbigt och skamligt. Under samtalet blir han påmind om sina ryggsmärtor, det blir den tunna tråd av samförstånd mellan honom och läkaren, som lovar hjälp med dessa. Ett löfte om hjälp väcker en vag känsla av trygghet hos patienten.

Läkarens perspektiv

Läkaren å sin sida måste under de 15-20 minuter som samtalet varar lyckas med att inge så pass mycket förtroende hos patienten att denne accepterar att ta emot vård. Det gäller att hitta en minsta gemensamma nämnare, som kan skapa början till en allians mellan de två. Här blir det ett löfte om somatisk utredning och fortsatta samtal (med samma doktor!) på avdelningen. Man kan fundera om detta är ett oärligt sätt att närma sig patienten, där läkarens mål är ett annat än patientens, men, när alliansen väl är etablerad, blir det lättare att komma åt patientens huvudtrauma och prata om dess följder genom åren. Dessutom är det vanligt med somatisk sjuklighet hos deprimerade äldre (Szanto et al, 2002), varför en intervention borde innehålla olika komponenter, såväl psykoterapeutiska som medicinska.

Under samtalet framgår också viss paranoid beredskap hos patienten (han undrar om någon vittjar hans brevlåda) samt antydning till kognitiv svikt (svårt med tidsorienteringen bl a). Det är oklart om detta är en etablerad företeelse som progredierar eller om det är frågan om temporär konfusion till följd av händelseförloppet under de senaste dagarna.

Själva suicidaliteten innehåller viss kognitiv svikt enligt Beskow (2013). Den terapeutiska strategin i ett fall som detta borde inriktas på kognitiv omstrukturering av patientens tankemönster, att reducera den negativa selektiva perceptionen, att minska på skuldbördan och underlätta kontakten med verkligheten. Dessutom innebär det kognitiva angreppssättet att skifta perspektiv och se det upplevda traumat som en erfarenhet att lära av (Osorno, Swanström & Beskow, 2010).

Överväganden

Samtalet inriktar sig på att skapa en allians med patienten, att hitta en minsta gemensam nämnare, som skulle få patienten att samtycka till fortsatt kontakt. Därför är följsamheten till Beskows modell inte fullständig; det är svårt att få en äldre, auktoritetsbunden patient (OBS! Jag duar patienten medan denne kallar mig för "doktor") att våga sig på en problemlösning på lika villkor med en läkare ("två forskare"), den nya generationen äldre kommer snart förbi denna spärr.

I det här fallet gick det något sänär med den normala problemlösningen, åtminstone för stunden, även om patientens hereditet och tidigare sjukhistoria antyder risk för fortsatt bristande problemlösning i akuta situationer, varför uppföljningen här blir extra viktig. Det som lyckades

skapa lite energi i samtalet var en avledande manöver där patienten kunde dra sig till minnes några positiva upplevelser och kunde faktiskt tillstå kvalitetsstunder i sitt annars ofrivilligt ensamma liv.

Det är för tidigt att uttala sig om det inspelade samtalet kan tjäna som utbildningsmaterial/praktiskt verktyg i ett professionellt arbete med suicidnära patienter. Kommande workshop med äldrepsykiatrisk personal kan ge fingervisning om det. Som hjälp till egen reflektion över innehållet i filmen kommer vi att tillhandahålla instuderingsfrågor. Alla som så önskar kan dessutom få litteratursökningen som jag har inriktat på att finna en medicinsk bakgrund till den stora suicidaliteten bland äldre, något olik den övriga vuxenbefolkningens.

Med facit i hand kan man sakna en psykologisk/psykoterapeutisk litteraturgenomgång, men arbetsmodellen utgår från Beskows väl underbyggda teoriansats, som här bara har kompletterats med ett äldreperspektiv.

Slutsatser

Mötet med den suicidnära äldre patienten borde bygga på skapande av allians, genom ett bemötande där både beröring av patientens trauma och genomlysning av själva det suicidala beteendet tillåts och uppmuntras. Behandlarens fokus på sin egen roll mår bra av att skifta till fokus på patientens lidande och dennes akuta behov av stöd, trygghet och omvårdnad.

Förkortningar

MDD – Major Depressive Disorder
PTSD – Post Traumatic Stress Disorder
MD – Minor Depression
DSM – Diagnostic System Manual
ISDB - Indirect Self Destructive Behaviour

Referenslista

- American Association of Suicidology. (2000). Is there a connection between state suicide rates and the availability of mental health professionals (abstract)? *News Link*, 26, 1.
- Beskow, J., Ehnvall, A. & Palm Beskow, A. (2013). *Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma*. Lund: Studentlitteratur.
- Beskow, J. (2013). *Vägen bort. Suicidalitet som problemlösning*. (Introduktionsmaterial till utbildningsfilmer om suicidriskbedömning). Göteborg: Suicidprevention i Väst.
- Beskow, J. (2008). Suicid som psykiskt olycksfall. Ett systemperspektiv. *Suicidologi*, 13, (3), 14-18.
- Beskow, J., Salkovskis, P. & Palm Beskow, A. (2009). Cognitive treatment of suicidal adults. In D. Wasserman & C. Wasserman, (Eds). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Beskow, J. (2007). *När himlen är nära. Samtal med svårt sjuka och äldre samt deras närstående, vårdare och efterlevande*. Stockholm: Riksorganisationen SPES.
- Chan, J., Draper, B. & Banerjee, S. (2007). Deliberate self-harm in older adults. A review of the literature from 1995-2004. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 720-732.

- Conwell, Y. (1994). Suicide in elderly patients. In L.S. Schneider, C.F. Reynolds & B.D. Lebowitz, (Eds.). *Diagnosis and treatment of depression in late life*, (pp. 397-418). Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J.H., Forbes, N.T. & Caine, E.D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide. A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153, (8), 1001-1018.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N. & Caine, E.D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, (2), 122-126.
- Cougle, J.R., Resnick, H. & Kilpatrick, D.G. (2009). PTSD, depression, and their comorbidity in relation to suicidality. Cross-sectional probability sample of women. *Depression and Anxiety*, 26, 12, 1151-1157.
- Farberow, N.L. (1980). Indirect self-destructive behavior: classification and characteristics. In N.L. Farberow, (Ed.). *The many faces of suicide. Indirect self-destructive behavior*, (pp. 15-27). New York: McGraw Hill.
- Fawcett, J. (2009). Severe anxiety and agitation as treatment modifiable risk factors for suicide. In D. Wasserman & C. Wasserman, (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective*, (Ch 56). Oxford: Oxford University Press.
- Forsell, Y., Jorm, A.F. & Winblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 108-111.
- Gallo, J.J., Morales, K.H., Bogner, H.R., Raue, P.J., Zee, J., Bruce, M.L. & Reynolds, C.F. (2013). Long term effect of depression care management mortality in older adults. Follow-up of cluster randomized clinical trial i primary care. *British Medical Journal*, Jun 5, 346, f2570. doi: 10.1136/bmj.f2570
- Heikkinen, M.E., Aro, H.M., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., Sarna, S.J., Kuoppasalmi, K.I. & Lönnqvist, J.K. (1994). Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 18, (5), 1143-1149.
- Henkel, V., Althaus, D. & Hegerl, U. (2000). Lessons from the Hampshire Depression Project. *Lancet*, May 6, 355, (9215), 1641; author reply 1642.
- Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., Hietanen, P.S., Aroo, H.M. & Lönnqvist, J.K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *Journal of Affective Disorders*, Dec: 36, (1-2), 11-20.
- Isacsson, G. (2000). Suicide prevention. A medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, (2), 113-117.
- Jakupcak, M., Cook, J., Imel, Z., Fontana, A., Rosenheck, R. & McFall, M. (2009). Post-traumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afganistan War veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 303-306.
- Joiner Jr, T. E., Brown, J.S. & Wingate, L.R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287- 314.
- Jorm, A.F., Henderson, A.S., Scott, R., Korten, A.E., Christensen, H. & Mackinnon, A.J. (1995). Factors associated with the wish to die in elderly people. *Age and Ageing*, Sep; 24, (5), 389-392.
- Karlsson, I. (2013). Depressiv sjukdom vid åldrandet. I K. Sparring Björkstén (Red.). *Äldrepsykiatri. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen.

- Kastenbaum, R. & Mishara, B.L. (1971). Premature death and self-injurious behavior in old age. *American Geriatrics Society*, 26, (7), 71-81.
- MacMahon, B. & Pugh, T.F. (1985). Suicide in the widowed. *American Journal of Epidemiology*, 81, 23-31.
- Michel, K., Maltsberger, J.T., Jobes, D.A., Leenaars, A.A., Orbach, I., Stadler, K., Dey, P., Young, R.A. & Valach, L. (2002). Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 56, (3), 424-437. (Portalartikel för en modern suicidprevention som i första hand lyssnar till patientens behov som hon själv upplever dem).
- Niederehe, G. (1994). Psychosocial therapies with depressed old adults. In L.S. Schneider, C.F. Reynolds & B.D. Lebowitz, (Eds.). *Diagnosis and treatment of depression in late life. Results of the NIH Consensus Development Conference*, (pp. 293-331). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Osgood, N.J., Brant, B.A. & Lipman, A. (1991). *Suicide among the elderly in long-term care facilities*. New York: Greenwood Press.
- Osorno, J., Swanström, L. & Beskow, J. (2010). *Community suicide prevention*. Stockholm: Karolinska institutet. (I kapitel 2 en teoretisk bakgrund till olycksfallsperspektivet på suicidhandlingar. I övrigt talrika exempel på befolkningsinriktad suicidprevention. Publicerad av rörelsen Säker och trygg kommun. Kan laddas ner gratis från <http://www.phs.ki.se/csp>)
- Riskind, J. H., Long, D. G., Williams, N. L. & White, J. C. (2000). Desperate acts for desperate times. Looming vulnerability and suicide. In T. Joiner, & M.D. Rudd, (Eds.). *Suicide science. Expanding the boundaries*, (pp.105-115). New York: Plenum Press.
- Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K. & Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides. A case-control study. *Psychological Medicine*, Oct; 31, (7), 1193-1202.
- Rutz, W., von Knorring, L. & Wälinder, J. (1992). Long-term effects of an education program for general practitioners given by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85 (1), 83-88.
- Schneider, L.S. (1996). Pharmacologic considerations in the treatment of late life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4 (4 Suppl. 1), S51-65.
- Skoog, I., Aevansson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M., Landahl, S. & Ostling, S. (1996). Suicidal feelings among a population of non demented 85-year-olds. *The American Journal of Psychiatry*, Aug; 153, (8), 1015-1020.
- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B.H., Brown, G., Alexopoulos, G.S. & Reynolds, C.F. (2002). Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs & Aging*, 19, (1), 11-24.
- Tew, J.D. (1999). Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. *The American Journal of Psychiatry*, Dec;156, (12), 1865-1870.
- Waern, M. (2013). Suicidnära äldre. I K. Sparring Björkstén (Red.). *Äldrepsykiatri. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen.

Forskningsbidrag

Dialog som modell för verksamhetsuppföljning

Att följa upp det som inte går att mäta med statistik

Ann-Marie Thordeman

annmarie_thordeman@hotmail.com

Handledare Sten Landahl

Dialog som modell för verksamhetsuppföljning

Att följa upp det som inte går att mäta med statistik

Sammanfattning

Tillsyn och kontroll har allt mer kommit att bli svar på debatten om brister och vanvård inom äldreomsorgen. Med ökade krav på kvalitetssäkring finns en risk att våra ambitioner att kvalitetssäkra äldreomsorgen gör att vi reducerar den till en "funktionsvård" där beviljade, utförda och dokumenterade insatser blir måttet för kvalitet. Grundläggande för en bra vård är att man lyckats skapa trygghet i mötet mellan personalen, de äldre och deras anhöriga.

I Enköpings kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, har utveckling av ett verksamhetsnära verktyg tagits fram för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. Syftet har varit att dialogen ska vara ett kvalitetsmått vid verksamhetsuppföljningar. Förvaltningens utvecklare och medicinskt ansvarig sjuksköterska har haft ansvaret för detta.

Metoden vid verksamhetsuppföljningarna är i huvudsak formativ där definitionen av formativ bedömning är: "ett förhållningssätt där dialogen utgör grunden i bedömningen".

Uppföljningarna utgår från ett helhetsperspektiv som inbegriper såväl socialtjänstinsatser som hälso- och sjukvårdsinsatser och bygger på dialog och viljan att skapa tillit och förtroende. Ett frågeformulär skickas ut till såväl verksamheter i egen regi som till upphandlade privata verksamheter. De olika verksamheterna besvarar frågorna och svaren används sedan som underlag i dialog om verksamhetens utvecklingsområden, det vill säga dialog om vad som fungerar bra och vad som behöver vidareutvecklas. Uppföljningarna sammanställs en gång per år och rapporteras till vård och omsorgsnämnden. Brister som uppmärksammas i uppföljningarna tar man tag i direkt.

Arbetet påbörjades 2010 genom att i dialog med verksamhetschefer/resultatenhetschefer identifiera olika utvecklingsområden samt att ge råd och stöd. Modellen har utvecklats ytterligare under hösten 2013 och våren 2014 genom att omvårdnadspersonalens synpunkter fått en självklar roll vid verksamhetsuppföljningarna.

Genom dialog skapas en upplevelse av delaktighet i det som sker och att det finns utvecklingsområden i verksamheten värda att satsa på. Dialogen skapar en förståelse för de sammanhang som styr verksamheten och de förväntningar som finns på de olika rollerna. Verksamhetsuppföljningarna kommer då att stödja verksamheternas utveckling – inte kontrollera för ledningens skull. Förväntade effekter blir att de kvalitetssystem som finns i verksamheterna blir bra redskap för verksamhetsuppföljning. Detta minimerar risken att uppföljningar inriktas på själva systemen, dvs att det är följsamheten till systemen som blir det primära.

Inledning

När jag arbetade som verksamhetschef inom äldreomsorg och psykiatri kom olika verksamhetsuppföljningar och egenkontroller att bli viktiga instrument för att följa upp hur verksamheten levde upp till de uppsatta krav som fanns. Dessa resultat kom att, tillsammans med resultaten från olika kundenkäter, bli viktiga underlag bl a vid formulering av verksamhetens mål. När jag slutade min anställning som chef för att arbeta som Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) så blev tillsyner, kontroller och verksamhetsuppföljningar viktiga arbetsuppgifter.

Medias avslöjanden om missförhållanden inom äldreomsorgen de senaste åren kom att väcka ett antal frågor kring betydelsen av olika typer av verksamhetsuppföljningar. Krav på kontroller ökade liksom krav på ytterligare åtgärder. Tilltron till mätbara resultat, såsom mätningar av aktiviteter och prestationer, kom att dominera debatten. Mätningar och registreringar har kommit att bli ett allt viktigare inslag inom äldreomsorgen. Det handlar om att mäta för att kunna styra verksamheter mot uppsatta mål och det handlar också om att redovisa för andra vad som görs.

Det vi mäter genom olika kvalitetsregister och egenkontroller är bl a förekomsten av undernärmdhet, trycksår och vårdrelaterade infektioner och också att beviljade insatser ges, att man får komma ut osv.

Kvalitet skapas också i mötet. Inom äldreomsorgen är därför mötet mellan kontaktpersonen och den enskilde viktigt. Synen på den äldre människan får aldrig skymmas av metoder och rutiner. Frågan för mig har därför blivit att fundera kring hur vi kan mäta den kvalitet som uppstår i detta möte. Går det att göra verksamhetsuppföljningar som bygger på dialog och tillit i stället för kontroll?

Under en period arbetade jag som yrkesbedömare inom "Kravmärkt yrkesroll". Jag fann då vilken erfarenhetskunskap personalen inom äldreomsorgen hade men jag fann också att den kunskap som mättes var beroende av hur frågorna ställdes.

Exempel: "Kan du beskriva din organisation?" Svar: ??????. Om man vid dessa tillfällen valde att fråga vidare: "Vem är din chef? Vem är hans chef?" osv kunde de flesta redogöra för hela organisationen upp på politikernivå och även redogöra för vilka lagar som styrde verksamheten. Om den erfarenhetskunskap som finns hos omvårdnadspersonalen lyfts fram är jag övertygad om att risken minimeras för att verksamheten ska reduceras till en funktionsvård där beviljade, utförda och uppföljda beslut blir enda måttet på kvalitet.

När omvårdnadspersonalens erfarenheter och kunskaper tas tillvara som en likvärdig och erkänd del i verksamhetsuppföljningar skapas tillit och ansvarstagande.

Syfte och frågeställning

Det övergripande syftet för detta arbete har varit att se hur man i verksamhetsuppföljningar inom äldreomsorgen kan fånga det som inte går att mäta med statistik och se det icke direkt mätbara som en viktig del i verksamhetsuppföljningarna.

- Hur hanterar chefen de uppdrag som ställts i anbud eller kontrakt?
- Hur ser arbetsledare/sjuksköterskor på sin roll som medarbetare inom äldreomsorgen?
- Hur skapar omvårdnadspersonalen en känsla av sammanhang för de vi är till för och hur integrerar vi denna kunskap i våra verksamhetsuppföljningar?

Problemområde

En del av omsorgskvaliteten varken kan eller bör standardiseras eftersom den i hög grad är beroende av den som ger hjälp och den som tar emot hjälp. Grundläggande för en bra vård är att man lyckats skapa trygghet i mötet mellan personalen, kunden och deras anhöriga.

För att en verksamhet ska gå framåt är det viktigt att ibland stanna upp och fundera på vad som utvecklar en verksamhet och ger nöjda kunder.

- Vad är god omvårdnad och i hur stor utsträckning upplever personalen att man ger god omvårdnad?

Erfarenhetskunskap kan ge insikter som blir ett värdefullt komplement till siffror och hårda fakta. Genom att beskriva och tolka blir ett av målen att skapa förståelse. Genom att söka efter en ökad förståelse istället för att söka finna orsaker kan nya hypoteser uppkomma som i sin tur kan prövas med kvantitativa metoder. En bra utgångspunkt i en verksamhet är frågeställningar av typen: Vad är din uppfattning om god omvårdnad och i hur stor utsträckning upplever du att du ger den? Vad vill du göra av din arbetstid? Hur arbetar du för att åstadkomma det bästa för din arbetsplats?

- Vilken roll har chefen som ska tolka uppdragen från beställare/uppdragsgivare och förmedla uppdragen till medarbetarna?

Patientsäkerhetsarbete är också en del inom äldreomsorgen då många äldre är multisjuka. Det innebär bl a att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten i syfte att upprätthålla kraven på god vård. Det är viktigt att fundera över vad en bra vård och omsorg konkret innebär där hela vård- och omsorgen ses som en helhet, dvs där hälso- och sjukvårdsinsatser och insatser enligt socialtjänstlagen inte särskiljs vid verksamhetsuppföljningar.

Medarbetarna behöver stöd och återkoppling från chefen men chefen är också beroende av medarbetarna. I en väl fungerande äldreomsorg finns chefer som sätter upp mål och styr men som också tar tillvara på medarbetarnas kompetens. Utan medarbetarnas kompetens får cheferna svårt att leda på ett bra sätt. När medarbetare känner delaktighet skapas engagemang som bidrar till kvalitetsförbättringar och en ökad patientsäkerhet.

Bakgrund

Exempel 1

”När det stod klart att vår mor inte skulle leva länge, så föreslog det privata vårdhemmet i Uppsala programmet för palliativ vård. Jag fick prata med en sjuksköterska som förklarade hur det fungerade. Frågeformulär skulle fyllas i och hon visade hur deras ISO 9001-certifierade kvalitetssystem skulle garantera att mamma skulle få god vård.

Det tog inte många dagar innan jag insåg att det inte spelar någon roll hur många checklistor man har och hur detaljerat man försöker styra verksamheten om inte den rätta kulturen och inställningen finns. Ofta kom jag in i rummet bara för att finna att persiennerna var neddragna, trots att min mamma alltid ville kunna titta ut. TV:n stod ofta på i ett trots att mamma aldrig sett på tv på det sättet. I många fall stod till på köpet en stol eller annat i vägen så att mamma ändå inte kunde se bilden. Det fördes mycket noggrann logg över hur mycket vätska (ingen!) som hon fick i sig, däremot var det ingen som noterade att hon inte orkade suga på sugröret, utan att man var tvungen att spruta in juicen för att hon skulle få i sig något överhuvudtaget...

"De som utvecklar kvalitetssystemen tar oftast sin utgångspunkt i standarden, men det är en dålig utgångspunkt för att förbättra organisationer. Ett bra förbättringsarbete tar avstamp i hur organisationen fungerar här och nu och inte i hur den borde fungera."
(Gunnar Rundgren, konsult och författare i SvD 2013-01-21)

Exempel 2

Första gången jag själv, i egenskap av verksamhetschef, svarade på enkät för "Öppna jämförelser" upplevde jag följande:

Maten som levererades till det boende jag var chef för kom från ett stort företag. Maten var vid flera tillfällen undermålig och många krismöten hölls med olika representanter för företaget. De boende hade dock en matsedel som gav möjlighet att välja mellan två huvudrätter samt ett vegetariskt alternativ. Detta val skulle göras minst en vecka i förväg. På ett annat boende i samma kommun lagades maten på plats. I samråd med de boende bestämdes matsedeln för veckan som kom och det fanns alltid ett alternativ om någon just för stunden ville ha något annat. Detta boende var känt för att ha kommunens bästa mat.

I "Öppna jämförelser" (Socialstyrelsen) ställdes frågan om det fanns tre rätter att välja mellan. Jag svarade naturligtvis "JA" och chefen för det andra boendet svarade sanningsenligt "NEJ". En annan fråga berörde ledarskapet. Frågan var hur många anställda varje chef hade. Jag hade över 100 medarbetare fördelat på fem enheter. Varje enhet hade sin arbetsledare som dock formellt inte kallades chef eftersom budgetansvaret låg kvar hos mig. Det andra boendet, med den hemlagade maten, var mindre och verksamhetschefen hade ca 30 anställda.

När resultatet presenterades hade jag toppoäng på mat men låga poäng på ledarskap. På det andra nämnda boendet var poängen tvärt om. Tre rätter att välja på och inte fler än 20 anställda var kriterierna för att få bra poäng! Tolkningen i lokalpressen, utifrån "Öppna jämförelser", var inte rolig att läsa.

- Vilka konsekvenser får tolkningar av resultat för den enskilde vårdtagaren?
- Vilken makt har den som mäter för utföraren?
- Vilken makt har metoderna för verksamheterna?

Resultat och tolkningar leder till nya mål, nya aktiviteter och arbetssätt och detta påverkar vår syn på kvalitet. Boende A måste bryta upp en fungerande organisation och bilda mindre chefsområden trots höga poäng på medarbetarenkät och boende B måste se över sin matsedel, se till att det alltid finns tre rätter att välja mellan och ta bort den dagliga flexibiliteten av hemmiljö. Allt för att få bättre poäng.

Värdegrund

Sedan 2011 har socialtjänstlagen utökats med en nationell värdegrund för äldre personer med insatser inom äldreomsorgen (SFS 2001:453, 5 kap. 4§). Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Viktiga begrepp i socialtjänstlagen är självbestämmande, respekt, integritet och god kvalitet. Dessa begrepp är grunden för allt arbete inom äldreomsorgen.

Socialtjänstlagens värdegrund kompletteras genom Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2012:3) som beskriver hur värdegrunden kan praktiseras och betonar ett etiskt förhållningssätt och lyfter begrepp som insatser av god kvalitet. Det innebär bl a att de äldres självbestämmande, delaktighet, trygghet, meningsfullhet och sammanhang ska ha en central roll och kräver respekt för deras privatliv och personliga integritet. Värdegrunden behöver beaktas i allt utförande av tjänster inom äldreomsorgen då den lyfter fram de värderingar som ska genomsyra organisationen. Värdegrunden blir ett viktigt kitt för att ”binda ihop” olika verksamheter inom organisationen.

Kvalitet

Socialstyrelsen har tagit fram modeller för att beskriva vad som är kvalitet inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten men säger också, när det gäller enkätundersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, att enkätundersökningar ger en förenklad bild av en komplex verklighet.

”Genom samtal synliggörs människors värdighet. Härigenom motverkar man också att äldreomsorgen reduceras till en funktionsvård, där de beviljade, utförda och dokumenterade omsorgshandlingarna utgör måttet för kvalitet” (Hoffman, 2011).

Kvaliteten i äldreomsorgen, i den mån den är möjlig att ringa in, bygger i stora delar på kontakten mellan personalen och den enskilde omsorgstagaren.

Uppföljning av kvalitet

Jämförande undersökningar med kontrollgrupper, enkäter etc. är hörnstenar i vård och omsorg. Sådan kunskap är nödvändig men inte alltid tillräcklig för att förstå äldre personers situation och problem. Statistik, siffror och procenttal upplevs vanligtvis som ”sanna” och objektiva. Statistik är inte fri från tolkningar. Ändå bedöms ofta subjektiva resultat som mindre pålitliga. Detta är ett faktum att förhålla sig till, men det upplevda är i högsta grad användbart när det gäller synen på omsorg och omvårdnad. Personliga upplevelser är också viktiga som mätvärden. Många problem som rör äldreomsorg kräver också praktisk erfarenhet för att lösas på bästa sätt.

”Mätning av tjänstekvalitet i praktiken” av Edvardsson, Andersson, Sandén och Waller (1998) är en lättillgänglig bok som ger värdefull information om hur man kan följa upp och mäta kundupplevd kvalitet inom äldreomsorgen.

En internationellt framstående forskare inom redovisning och revision är Michael Power. Han menar att alla mätsystem är beroende av att det i grunden finns en bestämd kvantifierbar bas, exempelvis ekonomi. Inom äldreomsorgen är dock de värden vi diskuterar svåra att knyta till ekonomiska värden, om det ens är möjligt att kvantifiera dem över huvud taget. I boken ”The

Audit Society” av Michael Power (1997) beskrivs ett samhälle där utvärderingsmanin har tagit över. Power menar att revisorerna är nödvändiga men anser att deras tjänster ska användas sparsamt och med omdöme. Revision är inte alltid vad de flesta tror. En revisor kontrollerar i första hand att det finns interna kontrollsystem inte de verkliga bristerna. För mycket revision urholkar värden som tillit och lojalitet, ofta omärkligt i små steg. Men när misstron blir uppenbar ropas det ändå alltid på fler kontroller och mer utvärdering – inte mindre.

Tidsskriften ”Journal of Leadership Studies” från augusti 2007 har också en artikel som tar upp ledarskapets betydelse (Fiedelvey-Van Dijk & Freedman, 2007). Artikeln belyser begreppen ”management” och ”leadership” och författarna skriver bl.a att ”Leadership is about setting a vision or new direction for a group and engaging them in that; management is about directing and controlling according to established principles”. Som chef går det dock att stå upp för de mänskliga värdena. Den amerikanske experten på emotionell intelligens (EQ) Joshua Freedman anser att det är en missuppfattning att allt utom det som mäts är ogreppbart. Freedman säger att ärlig konversation och feedback är konkreta verktyg (Freedman, 2007).

Personliga upplevelser är också viktiga som måtvärden och det behövs ibland praktisk erfarenhet för att problem ska lösas på bästa sätt. Värdet av fallbeskrivningar vid utvärderingar och vid utveckling av en verksamhet finns beskrivet bl a i tidsskriften Health Education Research, Theory & Practice (Labonte, Feather & Hills, 1999).

I ”Leading Health Care nr 1 2012 report – På väg mot en värdefull styrning Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre” (Krohwinkel, Karlsson & Winberg, 2012) beskrivs behovet av fokus på flödeseffektivitet och olika exempel lyfts fram för en mer sammanhållen vård och omsorg. Kapitlet: ”Lean i äldreården” väcker dock tankar att fundera över när det står: ”En uppgift ska alltid utföras enhetligt på bästa sätt för att få samma resultat, oberoende av vem som utför den” Det är viktigt att se att kapitlet beskriver just värden om äldre och inte den kommunala äldreomsorgen. I kapitlet: ”Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård” skriver Karin Ferner: ”Ett annat sätt att försöka styra mot bättre vård för svårt sjuka äldre är att bidra till diskussioner och utbildning som syftar till att stödja utvecklingen av ett professionellt omdöme och erfarenhetskunskap – inte bara inom läkarprofessionen eller andra etablerade vårdprofessioner som sjuksköterskor och sjukgymnaster, utan också bland undersköterskor och personal med begränsad formell utbildning”.

I boken ”Den omätbara kvaliteten”, med Lars Strannegård som redaktör, skriver Kerstin Sandin Bülow i sitt kapitel ”Design = Kvalitet?” att det är svårt att exakt bedöma, beskriva eller bestämma vad som är mätbar eller omätbar kvalitet. I samma bok tar Bodil Jönsson i kapitlet ”Kvalitet i den mänskliga sektorn”, upp olika kvalitetsperspektiv för den mänskliga sektorn och ställer den intressanta frågan: ”Tänk om kvalitetskriterier faktiskt kan utvecklas också för det vackra och för det etiska”.

I en helt ny studie: ”Kvalitetskontroll av äldreboenden” av Karin Bryntse, (2014) PhD Lunds universitet, tar hon i slutkapitlet bl a upp hur förutsättningarna för kontroll av kvalitet i äldreomsorg är problematiska eftersom det är ”en komplex, svårdefinierad och dynamisk verksamhet med brukare som har begränsade möjligheter att utöva påverkan, och där marknadsförutsättningarna är otillräckliga”. Syftet med studien har varit att söka svar inom tre frågeområden:

1. Hur utformas löpande kvalitetskontroll och uppföljning av äldreboenden på entreprenad? Vilka olika aktörer är involverade i definition och uppföljning av kvalitet i verksamheten?
2. Vilka speciella förutsättningar påverkar möjligheterna att kontrollera kvalitet i äldreboenden? Vilka hinder och barriärer finns det för att säkerställa kvalitet?
3. Hur kan kvalitetskontrollen och uppföljningen förbättras och utvecklas?

Karin Bryntse skriver också att:

”Även om kontroll och utveckling kan innebära behov av att mäta och utvärdera aktiviteter är det viktigt att vara medveten om att äldreomsorg är en komplex och dynamisk verksamhet präglad av individuella behov och subjektivt upplevd kvalitet. Nyckeltal och statistik kan vara ett hinder om det är baserat på otillförlitliga uppgifter eller saknar relevans och därmed tar bort fokus från det som är viktigt.”

Metod

Med utgångspunkt från enkätfrågor och vardagsexempel har vi i dialog och samtal med verksamhetsföreträdare och omsorgspersonal arbetat för att få dialogen att bli ett kvalitetsmått vid verksamhetsuppföljningar.

Metoden är i huvudsak formativ där vi valt definitionen av formativ bedömning som ett förhållningssätt där dialogen utgör grunden i bedömningen. En rätt ställd fråga kan öppna upp för ny förståelse, diskussion och reflektion. Vi har velat se om dialog och viljan att skapa tillit och förtroende kan vara en modell för verksamhetsuppföljning.

Vi har valt att göra verksamhetsuppföljningar ur tre olika perspektiv; chefs, sjuksköterskans och omvårdnadspersonalens:

Redan hösten 2010 påbörjade utvecklare och MAS inom Vård- och omsorgsförvaltningen i Enköping utvecklingen av en modell för verksamhetsuppföljning. Denna modell byggde på att i dialog med verksamhetschefer/resultatenhetschefer identifiera olika utvecklingsområden samt att ge råd och stöd i olika frågor.

Utifrån uppdragsbeskrivning, kravspecifikationer vid upphandling samt utifrån lagstiftning och interna riktlinjer utarbetades 88 enkätfrågor där verksamheterna hade möjlighet att svara ja, nej eller delvis på varje fråga. Två veckor efter att enkätfrågorna skickats ut bokades en halv dag in för besök hos respektive verksamhetschef/resultatenhetschef för att samtala framför allt kring de frågor där verksamheten svarat ”nej” eller ”delvis”. Mycket av samtalen byggde då på det chefen beskrev och berättade om verksamheten.

Vi träffade samtliga verksamhetschefer/resultatenhetschefer inom äldreomsorgen: tolv chefer för äldreboenden, en chef för korttidsvistelse och sex chefer för hemtjänst inklusive hemsjukvård. Flera chefer valde att ha en eller två medarbetare med vid dessa tillfällen, vanligtvis arbetsledare/sjuksköterska. Resultaten från dessa verksamhetsuppföljningar sammanfattades i en rapport från varje verksamhet. Enkätsvaren redovisades inte.

En del chefer valde att ha medarbetare med vid uppföljningarna medan andra valde att delta själva. Modellen behövde därför utvecklas ytterligare så att flera medarbetares synpunkter beaktades.

Hösten 2013 fick fyra sjuksköterskor från fyra olika verksamheter, två i kommunal regi och två från verksamhet på entreprenad, var och en muntligen beskriva hur de ser på sin roll inom äldreomsorgen. Vi ville se om det fanns frågeställningar eller synpunkter på verksamheterna som vi inte fångade upp när vi träffade cheferna. Urvalet av sjuksköterskor gjordes utifrån att verksamhetsuppföljning var planerad med deras verksamhetschef/resultatenhetschef.

Hösten 2013 fick också drygt 20 medarbetare från tre olika äldreboenden träffas i grupper om 3 – 4 personer. De träffades vid ett tillfälle vardera och fick beskriva hur en vanlig dag på arbetet ser ut. Urvalet gjordes utifrån att verksamhetsuppföljning var planerad med deras verksamhetschef/resultatenhetschef.

Drygt 40 medarbetare från två olika äldreboenden träffades under hösten 2013 och våren 2014 för att berätta om någon boende som de tycker upplever meningsfullhet och någon boende de tycker inte upplever meningsfullhet. De fick träffas vid två tillfällen i grupper om 2 – 5 personer, totalt fyra timmar per grupp. Urvalet av dessa 40 medarbetare var en del av en uppföljning av ett salutogent arbetssätt som pågått under något år. En av frågeställningarna blev då också att se om resultaten av deras syn på äldreomsorgen skilde sig från de andra grupperna som var kopplade till den verksamhetsuppföljning som skedde under hösten 2013.

Exempel på frågeställningar utifrån omvårdnadspersonalens berättelser:

- Vad är din uppfattning om god omvårdnad och i hur stor utsträckning upplever du att du ger den?
- Hur arbetar du för att åstadkomma det bästa för din arbetsplats?
- Går det att mäta?

Syftet med att träffa omvårdnadspersonalen som enskild grupp var att se hur deras kunskap skulle kunna komplettera de regelbundna uppföljningar som görs i verksamheterna. Vilka frågor är viktiga att ställa för att få en helhetsbild av verksamheten?

Resultat

1. Hur hanterar chefen de uppdrag som ställts i anbud eller kontrakt?

När vi skickade ut 88 frågor två veckor innan verksamhetsuppföljningen fann vi till en början att flera chefer blev stressade inför vårt besök. Frågeställningarna var ibland otydliga för cheferna och "Vad krävdes för att svara ja?". Ganska snart spred sig ryktet att vi kom för att ha frågorna och verksamheternas svar som ett underlag till dialog. Många började då diskutera frågorna på arbetsplatserna innan vi kom och efter uppföljningen användes frågorna och svaren som underlag till planeringsdagar t ex Flera kom att använda frågorna som en hjälp vid den egna verksamhetsplaneringen: "Vad betyder detta för oss i vår vardag?".

Det som framkom i början var svårigheterna att tolka våra frågor. Exempel: En verksamhet hade svarat nej på frågan: "Genomförs regelbundna egna uppföljningar (egenkontroller) av verksamheten?" Vid samtal framkom att det gjordes många regelbundna kontroller men ändå kunde man inte se att det var det som frågan avsågs.

En viktig aspekt vid svaret av frågan var också hur många egenkontroller man gjorde för att kunna svara ja. Vid denna typ av frågor finns det många som väljer att svara delvis där andra svarar ja. Utan efterföljande dialog ger sådana statistiska uppföljningar utrymme för andra tolkningar än vad samtalen ger. Det är viktigt att vara medveten om detta när man jämför och tolkar svar på enkäter.

Vid uppföljningarna framkom beskrivningar av hur verksamheterna arbetade med värdegrund och förhållningssätt för att stärka de äldres känsla av sammanhang i tillvaron.

"Målet är att det salutogena förhållningssättet ska präglar verksamheten och att vi inte gör saker av gammal rutin".

"När jag ser tillbaka tycker jag att respekten för våra äldre har utvecklats. Det är en självklarhet nu att all planering sker hemma hos den äldre i dennes lägenhet."

"Vi arbetar för att de som bor här ska ha ett gott liv varje dag."

Chefernas syn på medarbetarna varierade:

"Allt som syns och går att bedöma görs."

"Det som inte finns med i biståndsbeslutet kan tas som ett skäl att inte göra något utöver biståndsbeslutet." "Många vill men vet inte vad och hur."

"Det är viktigt att lyfta fram de goda exemplen. Guldkorn finns."

2. Hur ser arbetsledare/sjuksköterskor på sin roll som medarbetare inom äldreomsorgen?

De fyra sjuksköterskor vi samtalade med var alla anställda inom respektive verksamhet. De beskrev hälso- och sjukvården som en integrerad del i verksamheten.Handledning av medarbetarna sågs som en naturlig del av arbetet och sjuksköterskan betonade vikten av att arbeta utifrån det friska.

Ingen av de sjuksköterskor vi samtalade med arbetade konsultativt, dvs tillhörde en separat hälso- och sjukvårdsorganisation, vilket med stor sannolikhet påverkade deras syn på sjuksköterskerollen:

"Vi måste fokusera på den boendes självständighet."

"Helheten måste fungera."

"Sjuksköterskan har en roll att hjälpa medarbetarna att förstå hur olika delar samverkar med varandra."

3. Hur skapar omvårdnadspersonalen en känsla av sammanhang för dem de är till för och hur integrerar vi denna kunskap i våra verksamhetsuppföljningar?

Omvårdnadspersonalens berättelser visade på stor erfarenhetskunskap. De kunde beskriva meningsfullhet utifrån äldres situation, sin vardag på arbetet samt svårigheter och möjligheter på ett välbalanserat och nyanserat sätt. De var bra på att beskriva olika vardagssituationer men som en uttryckte det: "Vi behöver få prata om vårt arbete i smågrupper. Jag säger ingenting i större sammanhang"

Exempel från vardagsarbetet:

”Vi har en ganska ung kvinna som bor på X. Hon har biståndsbeslut på mycket som hon egentligen inte vill göra eftersom hon inte orkar men vi tror att det beror på att hon vill orka och inte vill erkänna inför biståndshandläggaren att hon inte kan. Ibland uppfattas detta som om hon lever i en fantasivärld men det handlar om att hon vill kunna mer än hon orkar. En dag sa hon att hon ville gå på solarium. Första tanken var att det var orealistiskt och kanske en del av hennes fantasier men jag satte mig ner och frågade varför hon ville gå på solarium. Då sa hon att hennes barnbarn sa att hon såg så sjuk ut. Då sa jag att det kunde bero på att barnbarnet alltid kom när hon låg och vilade. Jag bad att hon skulle be sin dotter meddela när hon kom och hade barnbarnet med så skulle jag se till att hon satt i sin fåtölj, att hon var sminkad och lyften borta. Hon blev jättenöjd med det svaret.”

Berättelsen är en av de många berättelser som beskriver en situation som bygger på samförstånd mellan den som ger och den som tar emot omsorg.

Fanns det någon samstämmighet i personalens berättelser?

På frågorna: ”Hur vet ni att ni ger god omvårdnad? ”Går detta att mäta?” fanns en samstämmighet i alla grupperns svar:

”Vi ser.”

”Vi känner våra äldre.”

”Det gäller att ha fingertoppskänsla och känna läget idag.”

”Det syns om någon inte är nöjd.”

”När man arbetat länge så lär man känna de äldre – det är viktigt med kontinuitet.”

”En förutsättning är att arbetsgruppen fungerar bra ihop och att vi ser att olika saker befruktar teamet.”

Vid frågan om man kan mäta upplevelse av meningsfullhet och sammanhang blev svaren diffusa. ”Det är inte säkert att de äldre tycker lika idag som igår.”

När det gäller biståndsbeslut på äldreboenden gick åsikterna isär. En del tyckte att biståndsbesluten ”styr”. Andra välkomnade besluten ”för då vet vi vad som förväntas.”

Ur ett organisatoriskt perspektiv framkom synpunkter som:

”Vi ska göra ”det och det” – När ska vi göra det som är bra?”

”Det tar tid att skriva på datorn och då kommer de boende i andra hand.”

”Vi är längst ned – jag vill inte hamna i media och få en prick.”

”Positiv feedback behövs – vi behöver inte pekpinnar.”

”När man känner sig delaktig ställer man upp på chefen och ger det där lilla extra om det kör ihop sig.”

Cheferna fokuserade mera på uppdraget, organisationen, eventuella synpunkter och klagomål etc. dvs hur uppdraget skulle förverkligas på bästa sätt men lyfte också upp vikten av värdegrundarbete. Medarbetarnas berättelser var mer relaterade till konkreta situationer och vardagsbeskrivningar. Händelser och aktiviteter var mer i centrum och där fanns deras tolkning av vad uppdraget var.

Diskussion och slutsatser

En viktig utgångspunkt vid val av metod har varit om fokus för verksamhetsuppföljningarna enbart ska vara insamling av fakta eller om det också ska vara ett bidrag till verksamhetsutveckling.

Genom dialog synliggörs kunskap och erfarenhet som fångar det unika i varje verksamhet. Verksamhetsuppföljningar som försöker synliggöra denna kunskap bidrar till verksamhetens utveckling mer än vad insamling av fakta gör. I dialog utvecklas ett ledningssystem och kvalitetsarbete som drivs i själva verksamheten istället för ovanifrån och utifrån.

Vi måste ställa frågan varför vi ska mäta, hur vi kan mäta det vi inte kan mäta med statistik och hur vi kan fånga och utveckla det icke mätbara. Högre upp i hierarkin används mera abstrakta begrepp som ledningssystem för kvalitet, kvalitetsmanualer etc. medan den personal inom äldreomsorgen som dagligen möter omsorgstagarna hänvisar till konkreta händelser och i mindre grad till abstrakta begrepp.

Fungerande regelverk är en förutsättning vid offentliga upphandlingar och vid tecknande av avtal. I avtal där kvalitet och utfall är lätta att definiera och mäta är det ganska enkelt att skapa delaktighet kring uppsatta mål. I en komplex verksamhet som äldreomsorgen går det inte alltid att på förhand definiera och sätta mål som sedan kan utvärderas.

Vi behöver mäta för att få svar på att vi ”gör” men om man slentrianmässigt låter statistik över instrumentella mätningar dominera kommer inte personalens förståelse för den äldres värdighet att tas tillvara som en viktig kunskapskälla. Denna förståelse är en kunskapskälla som utvecklas genom ett lärande och erfarenhet. Kunskapen inom en verksamhet finns på alla nivåer. Om vi tar tillvara den kunskapen och utvecklar den till ett ledningsverktyg kan verksamhetens utveckling ske inifrån med förändringsprocesser som både blir etablerade och väl förankrade.

Verksamhetsuppföljning som en process skapar ett stöd för kärnverksamheten genom att chefer och medarbetare får beskriva verksamheten och kommunicera uppdraget men också genom att den lyfter fram utvecklingsområden och leder till samtal kring konsekvenser liksom nyttan och effekter med riktlinjer och rutiner.

I en väl fungerande verksamhet finns chefer som sätter upp mål och styr men som också tar tillvara medarbetarnas kompetens. I en sådan verksamhet känner medarbetarna engagemang och bidrar till kvalitetsförbättringar. En förutsättning för att en sådan verksamhet ska utvecklas är tid. Kvalitet kräver engagemang från alla medarbetare och en viktig insikt hos chefer och andra i organisationen är att det är hos medarbetarna som arbetar närmast de äldre som mycket kunskap finns. Tyst kunskap och erfarenhetskunskap är inget okänt begrepp men om medarbetarna som arbetar närmast de äldre beskriver sig själva som ”längst ned” kommer denna kunskap inte att ha samma värde i verksamhetsuppföljningarna som den kunskap som chefer har som utgår från ett teoretiskt resonemang och en högre abstraktionsnivå.

Mediebilden av vanvård och brister inom omsorgen kan leda till att medarbetare inom vård och omsorg inte vågar låta den äldre behålla sina drömmar och bestämma över sig själv. Det finns brister inom äldreomsorgen som vi inte kan blunda för men om vi inte kan kommunicera

på ett sätt som skapar trygghet hos de äldre och medarbetarna blir lösningen gärna att man måste ta kontroll, skapa nya uppföljningssystem, mäta, komma med ytterligare "myndighets-utövning" mm. Med alla uppföljningssystem vi har finns en risk att systemen skapar rädsla att göra fel och medarbetarna blir rädda för avvikelser. Ibland blir vi så fokuserade på att inte göra fel så vi glömmer att göra rätt.

Verksamhetsuppföljningar, som bygger på dialog och samtal som utgår från givna frågor, ger en bra bild av den verksamhet som ska följas upp. Frågor att utgå ifrån vid verksamhetsuppföljningar är nödvändiga. Vi måste vara tydliga med det som ska följas upp men vi måste kommunicera vad det betyder i praktiken.

Det som går att mäta med statistik är bra för planering och identifiering av utvecklingsområden men nyttan ses inte fullt ut av omvårdnadspersonalen. Detta är i sig en pedagogisk utmaning.

Hypotesen om att det vi mäter styr verksamhetens inriktning går varken att bekräfta eller avfärda utifrån de verksamhetsuppföljningar vi gjort eftersom frågan inte kändes relevant för omvårdnadspersonalen. Cheferna däremot hanterade frågan på olika sätt från styrning av verksamheten till: "what's in it for me?".

Verksamhetsuppföljningar som bygger på dialog och samtal är tidskrävande. Det finns en risk att sådana uppföljningar därför väljs bort men dialog med chefer/arbetsledare och berättelser från omvårdnadspersonal måste få en lika stor tyngd vid uppföljningar som vad instrumentella mätningar får om kvalitetsarbete inte enbart ska bli ett självändamål.

Effekt på verksamheten

Hur ska vi mäta effekten av en modell som sätter dialog och tillit före kontroll?

Hur skiljer sig resultatet om frågorna enbart besvarats med "ja", "nej" eller "delvis" från att man i dialog fått beskriva hur man gör i stället för att man gör?

Nyttan av detta måste diskuteras.

Beaktas endast rapportering av mätbara värden är risken stor att delar av verksamhetsmålen inte synliggörs eller följs upp. Om man endast beaktar medarbetarnas berättelser finns risk att legitimiteten fallerar. Siffror och statistik symboliserar trovärdighet, men kan inte beskriva alla värden. Därför behövs både mätbara och icke-mätbara värden.

Min uppfattning är att dialogen skapar en upplevelse av delaktighet i det som sker och att det synliggör utvecklingsområden värda att satsa på. Dialogen ger en förståelse för de sammanhang som styr verksamheten liksom en förståelse för den egna rollen.

De effekter jag väntar mig att se av en modell som bygger på dialog och tillit är att de kvalitetssystem som finns i verksamheterna blir bra redskap för verksamhetsuppföljning. Dialogen minimerar risken att uppföljningar inriktas på själva systemen, dvs att det är följsamheten till systemen som blir det primära. Det ska vara en modell som ska stödja verksamhetens utveckling – inte kontrollera för ledningens skull. Detta kräver regelbunden återkoppling där man inte bara fokuserar på att saker görs.

Går det att vända den samhällstrend som kräver ökad kontroll?

Om en verksamhet inte har fastnat för djupt i ett tvångsmässigt kontrollerande finns alltid förhandlingsutrymme om chefer och medarbetare är motiverade och delar en gemensam målbild.

Det behövs utrymme för olika typer av uppföljningar. En förutsättning i vård och omsorg är att de som ska använda resultatet och ytterst den politiska ledningen accepterar att det är så vilket innebär att de antar ett förhållningssätt som beaktar alla delar av redovisningen.

Syftet bakom hur en verksamhetsuppföljning ska utformas kan variera beroende på vem som formulerar det. För att få en hållbarhet behöver ett strategiskt dokument tas fram i vilket organisationen ger utrymme för de tankar som ligger till grund för utvärderingar/uppföljningar i dialog. Ett sådant dokument måste antas av både politisk ledning och av förvaltningsledning. Tankar och synsätt kring utvärdering av det som inte går att mäta med statistik och tankar kring utvärderingar som avser att leda till verksamhetsutveckling kan därefter förmedlas via media, kurser, seminarier etc.

Referenslitteratur

- Bryntse, K. (2014). *Kvalitetskontroll av äldreboenden på entreprenad*. Lund: Institutet för ekonomisk forskning, Lunds universitet.
- Edvardsson, B., Andersson, T., Sandén, M. & Waller, B. (1998). *Mätning av tjänstekvalitet i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Fiedeldey-Van Dijk, C. & Freedman, J. (2007). Differentiating emotional intelligence in leadership. *Journal of Leadership Studies*, 1, (2), 8–20.
- Freedman, J. (2007.) *At the heart of leadership. How to get results with emotional intelligence*. Freedom, CA: Six Seconds.
- Krohinkel Karlsson, A. & Winberg, H. (Red.). (2012). *På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för vård & omsorg om äldre*. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.
- Labonte, R., Feather, J. & Hills, M. (1999). A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation. *Health Education Research. Theory & Practice*, 14, (1), 39–50.
- Hoffman, D. (2011). Existentiella samtal. Om människosyn i äldreomsorgen. I *Värdegrundsbildning inom äldreomsorgen*. Specialutgåva. Lund: Studentlitteratur.
- Power, M. (1997). *The audit society. Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Power, M. (2000). The audit society. Second thoughts. *International Journal of Auditing*, 4, 111-119.
- SFS (2001:453). *Socialtjänstlag*.
- SOSFS (2012:3). *Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strannegård, S. (Red.). (2013). *Den omätbara kvaliteten*. Lund: Studentlitteratur.

Utvecklingsarbete

Om vardagssamtalen med de mest sjuka äldre inom äldreomsorgen

Karin Andersson

karinkaja52@gmail.com

Handledare Göran Holst

Om vardagssamtalen med de mest sjuka äldre inom äldreomsorgen

Introduktion

Jag har arbetat inom vård och omsorg i 37 år och började som utbildat vårdbiträde inom äldreomsorgen. Idag år 2014 jobbar jag fortfarande kvar och nu som chef på ett äldreboende. Mitt intresse för vård och omsorg väcktes sommaren 1977 när jag anställdes som semestervikarie inom hemtjänsten. Därefter valde jag att läsa vidare till undersköterska, som sedan ledde till arbete inom primärvården. Efter några år fortsatte jag studera tre år vid högskolan och började därefter arbeta som chef inom äldreomsorgen. Efter att ha gjort det ett antal år fick jag erbjudande om att gå en utbildning i processhandledning. Den utbildningen syftade till att arbeta med arbetsgrupper inom äldreomsorgen för att hjälpa dem till att reflektera över sitt arbete, också att se orsak och verkan i mötena med de äldre och i mötet med varandra. I handledningen fick personalen också insikter om sin egen påverkan in i arbetet och i arbetslaget.

Mellan åren 2010-2013, har jag varit med och startat upp projektet *Att införa äldrelotsar i Blekinge* (Landstinget Blekinge, Äldrelotsprojektet, 2011-2013), ett av 19 projekt som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) satsat på. Projekten har syftat till att förbättra vård och omsorg för mest sjuka äldre. Under mina samtliga tjänster och med tillhörande arbetsuppgifter har vardagssamtalet haft en central roll i mötet med mest sjuka äldre.

Idag inom vård och omsorg och i socialt arbete har samtalet i mötet med människor många olika benämningar, där innehåll och syfte har utvecklats, tydliggjorts och fördjupats. Inom äldreomsorgen, där man ger omsorg över tid, är det flera samtal som ska ske och erbjudas som en av förutsättningarna för att säkerställa vård och omsorg kring mest sjuka äldre.

Under alla mina yrkesverksamma år har samtalet varit en väg till att nå fram till den mest sjuka äldres berättelse och att få en möjlighet till att lyssna och försöka förstå. Genom äldrelotsprojektet, har jag i mina möten med mest sjuka äldre upplevt och fått bekräftat att det finns ett stort behov av att få samtala om sin situation, att bli lyssnad till och att bli förstådd. Samtalet ger också mest sjuka äldre möjlighet till delaktighet och inflytande i sin vardag. Jag vill synliggöra vardagssamtalets betydelse inom äldreomsorgen, och på så vis stärka mest sjuka äldres delaktighet i vård och omsorg, ge personalen i sitt vardagsarbete ett redskap in i mötet med mest sjuka äldre. Samtalen som sker dagligen och vid olika och speciella tillfällen kallar jag här för vardagssamtal.

Jag vill med mitt utvecklingsarbete hitta en väg till att kunna tydliggöra vardagssamtalets betydelse, och en möjlig väg för personal att nå fram till den värdegrund som är tydligt uttalat inom Karlskronas äldreomsorg (se bilaga sid 184), och som ska prägla verksamheten. Äldreomsorgens personal förväntas föra en mängd olika samtal med mest sjuka äldre inom verksamheten i och med att omsorgen ska planeras i samråd med den som är berörd, och hela tiden

utvärderas. Vardagssamtalet som jag vill lyfta fram som betydelsefullt är det samtal som all personal inom äldreomsorgen ska kunna använda sig av i vardagsarbetet. Personalen har ofta korta samtalsstunder för kontakter med mest sjuka äldre och många ger uttryck för att detta ofta skapar stress hos dem själva, vilket i sin tur påverkar den mest sjuka äldre. Personalen behöver ges möjlighet till att fördjupa sig i och öka sina kunskaper i vardagssamtalets betydelse. Med hjälp av ökade kunskaper är det då möjligt att hitta fram till en samtalsstruktur som ger stöd i användandet. Då ökar också chanserna till att vardagssamtalen används och att de blir av. Det viktiga vardagssamtalet ska ske utifrån brukarens villkor, ett vardagssamtal ska inte bli en intervju, även om vi behöver få fram information.

Syfte

Det övergripande syftet med mitt utvecklingsarbete är att synliggöra vardagssamtalets betydelse som ett redskap in i mötet mellan äldreomsorgens personal och mest sjuka äldre. Detta syfte hoppas jag i förlängningen ökar delaktigheten för mest sjuka äldre och ger en mer individanpassad vård och omsorg.

Frageställning

Vilket vetenskapligt stöd finns det i litteraturen, i det jag säger mig upplevt, att vardagssamtalet har betydelse i mötet med äldre, inom vård och omsorg? Vad behöver personalen för att öka sina kunskaper om nyttan av vardagssamtalet? Vad krävs för att personalen ska använda sig av vardagssamtalet i vardagsarbetet i mötet med mest sjuka äldre? När vardagssamtalen genomförs mellan personal och den mest sjuka äldre, vad blir det då för äldreomsorg vi erbjuder idag och in i framtiden?

Begrepp och definitioner

Vardagssamtal inom äldreomsorgen kan definieras på lite olika sätt men utifrån denna definition (Holm Ivarsson & Ortiz, 2013) syftar det till att föra samtal med mest sjuka äldre om dagliga rutiner, deras hjälp med omsorg, genomförandeplaner och med anhöriga om omsorgen om deras närstående. Inom äldreomsorgen har personal i sitt uppdrag att genomföra tre specifika vardagssamtal.

Introduktionssamtal, när den mest sjuka äldre blir beviljad bistånd och första mötet ska ske i ordinärt boende eller på särskilt boende.

Planeringssamtal, att planera beviljade insatser och upprätta en genomförandeplan. En genomförandeplan ska upprättas för alla mest sjuka äldre som har ett bistånd i äldreomsorgen. Genomförandeplanen är den dokumentation som kontaktpersonen gör. Dokumentationen består av två dokument, levnadsberättelsen och genomförandeplanen. Den ska vara tillgänglig för berörd personal. Där dokumenteras det som brukaren tycker är viktigt. Men även delmål som brukaren har satt upp tillsammans med kontaktpersonen samt vilka insatser som ska utföras och hur och när insatserna ska utföras och av vem.

Uppföljningssamtal, att kvalitetssäkra och ändra målen för utförande utifrån genomförandeplanen och när behovet hos den mest sjuka äldre förändras.

Socialstyrelsen definierar begreppet mest sjuka äldre (Socialstyrelsen, Vård och omsorg för de mest sjuka äldre) enligt följande:

”Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet (tre diagnoser senaste tolv månader), fler än 19 vård dagar i slutenvård eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju läkarbesök i öppen specialistvård. Med omfattande omsorg menas de äldre som bor permanent i särskilt boende, de som har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, de som bor i korttidsboende eller har beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). År 2010 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen som var 65 år eller äldre, vilket motsvarar cirka 297 000 personer.”

Metod

För att undersöka vetenskapligt stöd för nyttan med vardagssamtalet har sökning skett via databassökning och med stöd av bibliotekarie på Blekinge Kompetenscentrums medicinbibliotek. Genom litteratur och sökning via databasen har jag kommit i kontakt med teorier och viss forskning i ämnet och även läst om grunderna för samtal i allmänhet. Även kolleger har tipsat mig om tidningar, artiklar och böcker som berört ämnet. Jag har läst tidningar som på olika sätt belyser vård och omsorg och som varit till nytta, då det ofta handlar om just detta ämne, samtal. Den andra frågeställningen, vad behöver personalen för att öka sina kunskaper om nyttan av vardagssamtalet, den frågan har jag sökt svar på genom att jag har samtalat med kolleger. I sin profession använder de samtalet som metod, och jag har lyssnat på deras upplevelser om nyttan med samtalet, möjligheter, men också hindren och fallgroparna om man inte har kunskap, eller tiden det tar, att genomföra samtalen. För att hitta fram till en modell som kan ge stöd i vardagssamtal och som ökar förutsättningarna för att de genomförs har jag sökt på andra kommuner, äldreomsorgens hemsidor, runt om i Sverige. Jag har velat se om och hur de jobbar med samtal som metod i mötet med mest sjuka äldre. Det jag har funnit och upplever mig ha stöd för är att personal behöver arbeta fram en lokal samtalsguide, i stil med vad som äldreomsorgen har utvecklat i Örebro kommun. För att komma fram till en bild av hur äldreomsorgen kan komma att utformas nu och in i framtiden, om vardagssamtalet utvecklas och används, har jag vävt samman min nyfunna kunskap och samtidigt reflekterat över mina egna erfarenheter, speciellt kring de tillfällen då vardagssamtalet varit närvarande. Allt sökande har hjälpt mig till att nå fram till förklaringar för att förstå skillnader och användningsområden med samtal, men också för att komma så nära det som bäst beskriver det jag benämner som vardagssamtalet.

Resultat

Utgångspunkter utifrån mina erfarenheter

Under detta avsnitt lyfter jag fram de delar av min erfarenhet som har betydelse för mina utgångspunkter i utvecklingsarbetet och därefter har jag sökt vidare kring vardagssamtalets betydelse i olika sammanhang genom litteratur.

När jag fick uppmaningen och blev uppmuntrad av min projektledare i äldrelotsprojektet i Blekinge att söka till *Uppdrag Kunskap* fick jag direkt en känsla av att jag ville lyfta fram och uppmärksamma vardagssamtalet i vård och omsorg, och att det skulle bli mitt utvecklingsarbete.

I äldrelotsprojektet har jag haft kontakt med målgruppen mest sjuka äldre, deras anhöriga och även personal som jobbar inom vård och omsorg. Under tre år har jag fått möjlighet att följa mest sjuka äldres väg i vårdkedjan, mellan kommun och landsting.

Jag har varit äldrelots för ett trettiootal personer och haft förmånen att få vara i många vardagssamtal. Vardagssamtalen har haft en stor central roll i funktionen äldrelots. Vardagssamtalen har syftat till meningsfulla möten, som också är titeln på vår bok (Sapic, 2013) som vill ge röst åt mest sjuka äldre. Boken kom till för att öka kunskaperna i och kring frågor om mest sjuka äldres vård och omsorg och visa på de resultat projektet uppnådde.

I äldrelotsarbetet har vardagssamtalet haft en viktig roll. Det har varit viktigt att ge sig tid i mötet med de mest sjuka äldre för att komma åt kärnan i deras behov.

Vardagssamtalen har i äldrelotsprojektet syftat till att uppmuntra delaktigheten, att bry sig om, och vara lyhörd, stödja till att ta beslut och att ge råd, men också att informera om vad man har rätt till och kan få som mest sjuk äldre. Vardagssamtalen hjälper också till att identifiera icke uppmärksammade behov och brister i det utbud som finns. Således en något annorlunda och utvidgad innebörd av vardagssamtal jämfört med vad jag tidigare beskrivit.

I dessa tre år som projektet pågått har arbetet gett mig många insikter om vardagssamtalets betydelse för mest sjuka äldre, anhöriga och personal.

Efter alla mina år inom vård och omsorg, och med erfarenhet av möten och vardagssamtal, gav äldrelotsprojektet en bekräftelse på det som jag alltid upplevt som framgångsrikt, det betydelsefulla vardagssamtalet mellan personal och mest sjuka äldre inom verksamheterna.

Det som visade på betydelsen av vardagssamtalen, var de mest sjuka äldre som jag mötte och som gav uttryck för den upplevda stressen, tidsbristen inom vård och omsorg och anhörigas berättelser, att de inte kände sig delaktiga och sedda. Vardagssamtalet fanns många gånger inte med in i mötena utan det var information och besked som oftast lämnades över, från personal till den mest sjuka äldre och deras anhöriga. De upplevde att personalen ofta pratade till och inte med dem. Personalen bekräftade också denna upplevelse och kände att något saknades, de saknade tiden till vardagssamtalet, men också kunskaper om hur det ska ske. Det vardagssamtalet, där den mest sjuka äldre fick komma till tals, och där de själva fick öka sina egna kunskaper om den mest sjuka äldres behov.

Min upplevelse är, och bekräftas av de enkäter som genomförts under projektet och som ligger till grund för äldrelotsprojektets resultat (Landstinget Blekinge. Äldrelotsprojektet, 2011-2013). Delaktighet har en stor betydelse för mest sjuka äldre, och det stärker den mest sjuka äldres identitet, självkänsla och upplevelse av att bli sedd och att få vara delaktig och ha inflytande över sitt egna liv.

Äldreförvaltningen i Karlskrona kommun har arbetat fram en gemensam värdegrund, se bilaga. I denna gemensamma värdegrund vill jag lyfta fram meningen att; "Man utgår från mötet och samspelet mellan människor och det ska präglas av respekt, värme och lyhördhet".

Vardagssamtalet kan bli det redskap som används för att hjälpa till att sätta ord på avsaknad av insatser och dolda behov. Effekten av att synliggöra och använda sig av vardagssamtalet in i mötet med mest sjuka äldre blir att de kommer att uppnå en mer individanpassad vård och omsorg och att personalen kan komma att uppleva en större och djupare arbetsglädje.

Under ett par år, 2010 och 2013, fick jag ett uppdrag av min chef inom äldreomsorgen, att hjälpa till att utbilda personal i att upprätta genomförandeplanen. Jag har utbildat ungefär 250 personal och fått möjlighet att prata om det viktiga mötet och vardagssamtalet som måste ske för att genomförandeplanen ska komma till och kunna spegla behov och önskningar. Personalens behov av mer kunskap är skiftande, men den finns hos alla och envar på olika sätt. Det finns personal som idag klarar det bra och har känslan för samtalet in i mötet med den mest sjuka äldre och som också kan ställa frågorna och lyssna på ett sådant sätt så att behoven och önskningarna blir tydliggjorda. Men, vid många möten jag haft med personal har jag också upptäckt saknad av kunskaper i och hur man formulerar sig, vilka uttryck man bör använda sig av och vilka svårigheterna är i att fånga upp behoven och önskemålen. Jag har mött och möter personal som ger uttryck för önskan om mer tid för vardagssamtal med mest sjuka äldre men också med varandra, för att genom samförstånd och reflexion kunna nå fram till en mer individanpassad vård och omsorg, och att få möjlighet att utveckla omsorgen kring mest sjuka äldre.

Marianne Winqvist (Winqvist, 2011 s. 38) har skrivit allmänt om vardagssamtalets betydelse.

"Vardagssamtalet är en så alldaglig företeelse att vi i vardagslivet ägnar det lika lite uppmärksamhet som andra märkliga men ständigt pågående processer, såsom fotosyntesen i växternas blad eller vår egen matsmältning för att bara nämna ett par underverk som ständigt pågår i och omkring oss."

Kanske det är så att vi tar för givet att vardagssamtalen sker i mötena med mest sjuka äldre inom vård och omsorg och glömmar att nämna dem som viktiga. Det är lätt gjort, att man i en tidspressad arbetssituation missar frågandet och lyssnandet.

Utgångspunkter utifrån litteraturen

Monica Forsman skriver (2011) i sin artikel i Tidningen Äldreomsorgen:

"Redan de gamla grekerna hade tankar om vardagssamtalsmetodik. Det stämmer än idag in på den humanistiska människosyn som uttrycks i socialtjänstlagen. Med ett sokratiskt¹ förhållningssätt utgår man ifrån att vardagssamtalspartnern är tänkande, självreflekterande och kunskapssökande."

Med den grundtanken vill jag fortsätta mitt sökande efter vardagssamtalets betydelse. Vad betyder texten och hur kopplar man ihop den med mötet, och vardagssamtalet med de mest sjuka äldre, som jag syftar på i detta arbete. Sokrates berättar i Platons² dialog Charmides' "att en läkare hade lärt honom att botemedlet mot huvudvärk inte bara var ett bestämt blad,

¹) Sokrates, grekisk filosof, cirka 469-399 f. Kr. ²) Platon, grekisk filosof, 427-347 f. Kr.

utan att det också behövdes en trollformel som man ska läsa vid användandet av bladet, om det skulle ha någon verkan mot huvudvärken. Det är alltså själen som man först och främst ska behandla om huvudet och den övriga kroppen ska må bra.”

I boken ”Dialogen inom oss” av Inga Olsson (2006) lyfter hon fram KASAM begreppet av Aaron Antonovsky, som är en tankemodell som stärker uppfattningen om vikten av en känsla av sammanhang som en livshållning som hjälper människan och gör det lättare att hantera svårigheter som uppstår och där följande tre komponenter samverkar:

Meningsfullhet fungerar som vår drivkraft, där motivation och engagemang kommer inifrån oss själva.

Begriplighet: vi tolkar information, förstår och kan dra slutsatser om orsak och verkan.

Hanterbarhet: vi ser möjligheter när det gäller att påverka vår situation och omgivning.

Inga Olsson stöttar vikten av vardagssamtalet och ger i sin bok en bra beskrivning på kommunikation med andra (Olsson, 2006). ”Den inre dialogen behöver kompletteras med vardagssamtal med andra. Vi behöver kommunicera våra tankar, känslor och upplevelser utåt, för att förstå oss själva bättre. När våra berättelser möts får vi hjälp att tolka och förstå våra liv. Det öppna tillitsfulla vardagssamtalet är ett oöverträffat hjälpmedel”.

Med stöd av sökning bland litteratur, artiklar, forskning och uppsatser, är det av vikt att uppmärksamma Martin Buber (1878-1965), en av förra seklets stora tänkare och vägvisare. Han påvisade den helt avgörande betydelsen av det mellanmänskliga: det som rent faktiskt, existentiellt, utspelar sig i det personliga mötet mellan människor.

I boken ”Dialogens väsen” (Buber, 1993) som enligt Buber själv ska ses som ett komplement till livsverket, ”Jag och du” (1962) behandlas dialogens väsen och dess förutsättningar. ”Precis som relationerna och i mötena Jag – Du, så har vi inte riktigt koll på vad en dialog är för något” säger han och fortsätter ”att dialogen givetvis är en förutsättning för det äkta mötet”.

För att sätta nivån på argumentationen talar Buber om för oss att pratet inte på något sätt utgör ett vardagssamtal. Här är det större krafter som verkar än bara det verbala ordet. Han fortsätter att samtala kring hur människor har olika sätt att närma sig iakttagaren, betraktaren och att bli delaktig. Att bli delaktig är det egentliga verkliga alternativet om man vill möta människor. Iakttagaren är spänd på den andre. Iakttagaren noterar och genomsöker och letar igenom den andre. Han strävar efter att vinnlägga sig om så många ”drag” som möjligt. Betraktaren intar den attityd som tillåter honom att se den andre i frihet. Han inväntar vad som måste ske. För betraktaren är helheten det viktigaste. Då iakttagaren kör hem gräset som grönfoder, vänder betraktaren det för att det ska kunna ligga i solen.

Att bli delaktig i mötet är det enda sättet att möta den andre på. Gränserna för dialogens möjligheter är desamma som delaktighetens. Buber menar att leva är att bli tilltalad. Det enda vi behöver göra som människor är att svara på livet. Livet finns alltid där men problemet är att vi inte alltid är där, eller att vi inte förstår att vi ska svara helt enkelt. Dock är det inte så konstigt

i vårt samhälle att vi inte svarar, menar Buber. Då vi sätter tillit till vetenskapen sätter vi livets tilltal ur spel. ”Hela vår vetenskap försäkrar oss: Var lugn, allt sker just så som det måste ske. Till dig är ingenting riktat, det är bara världen. Du kan uppleva den som du behagar, vad du än är i och med det som månne påbörja inom dig själv, utgår det från dig allena. Det krävs inget av dig. Du är inte tilltalad, allt är tyst” (Buber, 1993 s. 35). ”Då jag ger mitt svar tar jag mitt ansvar.”

En samtalsmetod som återkommer är motiverande samtal som förkortas till MI samtal. I boken ”MI-samtal. Praktisk handbok för äldreomsorgen” (Holm Ivarsson & Ortiz, 2013) skriver författarna i förordet ”I värdegrundsarbetet poängteras vikten av att utveckla bemötandet mycket starkt. Alla kan nog vara överens om att samtalet är det viktigaste verktyget i det arbetet”. Det står också att läsa att personal upplever att MI samtal hjälper dem på ett bättre och mer effektivt sätt att utföra sitt arbete och att det motverkar stress.

Vetenskapligt stöd för nyttan av motiverande samtal finns i den randomiserade forskningen på effekten av vardagssamtal, (Farbring, 2014) som visar att personalens nivåer av stresskortisol minskat signifikant som en följd av träningen i samtal. Genom litteraturen finns en möjlig väg till att söka kunskap i ämnet vardagssamtal.

MI samtal är en evidensbaserad samtalsmetod som har visat sig effektiv främst vid samtal om livsstil. I äldreomsorgen kan MI vara av stort värde för att etablera kontakt, samarbeta i vardagssituationer och i att kunna utforska den äldres behov. MI-samtal användas för att motivera någon till förändring eller viktiga val och olika beslut i livet. Författarna rekommenderar en utbildning i MI-samtal som ger fördjupade kunskaper förståelse och träning, innan metoden används. Vardagssamtal passar däremot all personal som har kortare samtalskontakter och är utsatt för situationer som kan leda till konflikt och stressupplevelser. Chefer vid verksamhetsställen som genomfört utbildning i vardagssamtal uppger att utbildningen medfört ett bättre arbets- och behandlingsklimat vid verksamhetsstället.

Reflektioner om kunskapsbidraget

Vetenskapligt stöd för vardagssamtal

Vetenskapligt stöd i nyttan av vardagssamtalet pekar på vikten av ökade kunskaper hos personalen, som då ger goda förutsättningar för användandet av vardagssamtalet. Den randomiserade forskningen på effekterna av vardagssamtalet, som skett vid Karolinska Institutet, visar på att personalens nivåer av stresskortisol minskar signifikant som en följd av träning i vardagssamtalet.

Inga Olsson stöttar också vikten av vardagssamtalet, hon säger ”Den inre dialogen behöver kompletteras med vardagssamtal med andra. Vi behöver kommunicera våra tankar, känslor och upplevelser utåt, för att förstå oss själva bättre. När våra berättelser möts får vi hjälp att tolka och förstå våra liv. Det öppna tillitsfulla vardagssamtalet är ett oöverträffat hjälpmedel”.

Vad behöver personalen för att öka sina kunskaper om nyttan av vardagssamtalet?

Genom litteraturstudier har insikten om vikten av att personal behöver mer kunskaper i betydelsen av vardagssamtal blivit tydlig. Genom kompetenshöjning som exempelvis föreläsning i

ämnet av sakkunnig och utbildning i vardagssamtalets betydelse och användandet av det, skulle fler vardagssamtal ske.

Vad krävs för att personalen ska använda sig av vardagssamtalet i vardagsarbetet i mötet med mest sjuka äldre?

Genom databassökning i ämnet har jag funnit och upplever mig ha stöd för att personal behöver arbeta fram en lokal samtalsguide, i stil med vad som gjorts i Örebro (Holmberg & Örnberg, 2012). Dessa samtalsguider kan vara ett bra sätt att underlätta för personal att genomföra bra vardagssamtal. Personal behöver därefter få öva och träna upp sig i att genomföra vardagssamtalen.

När vardagssamtalen genomförs mellan personal och den mest sjuka äldre, vad blir det då för äldreomsorg vi erbjuder idag och in i framtiden?

Utifrån mitt utvecklingsarbete visar resultatet på att om personalen ökar sin kunskap i användandet av vardagssamtalet och använder sig av de i mötena med mest sjuka äldre kommer nyanserna i mest sjuka äldre behov och önskemål att tas tillvara och spegla en mer individanpassad vård och omsorg.

För att uppnå dessa resultat behövs (Forsman, 2011) det och förutsätter det att kommunen fortsätta utveckla det värdegrundsarbete som pågår. Det krävs en medvetenhet om samtalets betydelse för att skapa begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet för såväl enskilda och anhöriga som för medarbetarna

Plan för förverkligande av kunskapsbidraget

Jag kommer att lämna över mitt utvecklingsarbete till äldrenämnden i Karlskrona kommun, vars resultat är det som blir mitt kunskapsbidrag till verksamheten. Genom att presentera utvecklingsarbetet för nämnden kommer jag att inspirera och visa på nyttan med vardagssamtalet. Detta ger äldreomsorgen möjlighet att utforma en mer individanpassad vård och omsorg för de mest sjuka äldre i verksamheten. De vardagssamtal som ska ske i äldreomsorgen syftar till att öka de mest sjuka äldres inflytande och delaktighet i sin vardag. Vardagssamtalet ger även stöd till personal att nå fram till bästa vård och omsorg för den enskilde.

Jag vill uppmärksamma nämnden på att personalen behöver fördjupade kunskaper och stöd i form av kompetenshöjning i ämnet vardagssamtal. Mitt förslag är att även utforma en samtalsguide för de vardagssamtal, som ska genomföras ute i verksamheten.

Jag kommer att boka tid hos utvecklingschefen i Äldreförvaltningen och presentera mitt arbete. Därefter bjuda in mig till Äldrenämnden som är ansvarig för värdegrundsarbetet i Äldreförvaltningen och Kommunala pensionärsrådet (KPR) för att presentera de utvecklingsarbeten som pågår. Samtliga är idag informerade om det arbete som pågår i *Uppdrag Kunskap* och jag har tillsammans med socialt ansvarig samordnare (SAS) i kommunen, haft ett uppdrag vid uppstart av nytt boende i Karlskrona, där jag pratade om betydelsen av det viktiga vardagssamtalet.

Verksamhetschefen för särskilda boenden i äldreomsorgen kommer att få del av mitt utvecklingsarbete. Tillsammans kommer vi att kunna lägga upp en implementeringsplan för att sprida betydelsen och kunskapen av vardagssamtalet i verksamheterna. Mina erfarenheter och kun-

skaper skulle kunna komma till nytta i mötet med värdegrundsombuden ute i verksamheten och i dialog utveckla vardagssamtalet. Min förhoppning är att nyttan med vardagssamtalet blir synlig och att personal kan börja använda det mer medvetet. För att detta ska bli möjligt behöver personal få fördjupade kunskaper i betydelsen av vardagssamtalet och sedan få stöd för användandet av det i sitt omvårdnadsarbete.

Sammanfattning

Jag finner det svårt att vara kritisk gällande nyttan av vardagssamtalet, förresten nyttan med alla sorters samtal. Om samtal används vid rätt tillfälle, i rätt syfte och med en bra struktur eller metod och att samtalsledaren (personal) har kunskaper i användandet, så kommer det att göra skillnad för människan i stunden. Jag har under denna tid som utvecklingsarbetet pågått haft möjlighet att ta del av artiklar, litteratur, forskning, olika metoder och teorier om samtalets betydelse. Som jag skrev inledningsvis finns det många olika sorters samtal, som har olika syften och olika betydelse och kan användas i olika situationer. Det finns anhörigsamtal, samtal med personer med demens, biståndssamtal, handledning, livsstilssamtal, MI-samtal och vardagssamtalet. Många av dessa samtal kan till sitt innehåll vara stödjande, tröstande, rådgivande, motiverande och ibland endast ett samtal som syftar till att informera.

Tiden är en faktor och den är svår att påverka. I alla samtal som jag haft med mest sjuka äldre och personal i äldreomsorgen har min upplevelse stannat vid att personalen saknar struktur för genomförandet av samtalen. Struktur minskar stress och ger en trygghet in i samtalen mellan personal och mest sjuka äldre. Jag har pratat med personer som utbildar i användandet av MI-samtal och de ger uttryck för att det är en metod som tar tid att lära sig och tid att genomföra. De säger sig veta, att det inte är det som personal inom äldreomsorgen i första hand behöver i äldreomsorgen in i sitt vardagsarbete utan de behöver få hjälp att hitta struktur på de vardagsamtal som når fram till värdegrunden inom äldreomsorgen.

Det finns mycket som talar för att vardagssamtalet vilar på goda grunder, och att det är ett redskap som personalen kan använda sig av i mötet med mest sjuka äldre inom äldreomsorgen i sitt vardagsarbete. Vardagssamtal är det samtal där två personer möts för att få kontakt, där frågorna ställs och lyssnandet är viktigt. Att då som personal få öva upp sin sensibilitet in i mötet ökar förutsättningar till förståelse för den människa man möter och där följsamheten i samtalet är avgörande för relationen. När vardagssamtalet genomförs i mötet, ökar personalens fördjupade kunskap om mest sjuka äldres behov, som är en viktig faktor, för att kunna säkerställa kvaliteten i omsorgen. Det är i vardagssamtalet som möjligheten till att skapa delaktighet för den mest sjuka äldre sker, och bidrar till en mer individuellt utformad vård och omsorg. Om vardagssamtalet sker ute i verksamheterna blir den mest sjuka äldres berättelse lyssnad till och behov och önskningar blir synliga.

Det är av stor vikt att ge personal fördjupade kunskaper i vardagssamtalets grunder och förutsättning. Det kan i sin tur öka möjligheten till att utveckla en samtalsstruktur, som i förlängningen kan minska den stress som äldre och personalen gett uttryck för i möten.

Med personalens ökade kunskaper om betydelsen och användandet av vardagssamtalet kommer de mest sjuka äldre få ökade möjligheter till delaktighet och inflytande och personalens yrkeskunskap blir synliggjord. Min förhoppning är att vardagssamtalet ger möjlighet till att

stärka och utforma en mer individuell vård och omsorg genom en ökad delaktighet för de mest sjuka äldre. Äldreomsorgen kommer då att ta ännu ett steg mot en mer individuellt utformad vård och omsorg.

Litteraturförteckning

- Andersen, T. (2011). *Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtalen*. Lund: Studentlitteratur.
- Buber, M. (1962). *Jag och du*. Stockholm: Bonnier.
- Buber, M. (1993). *Dialogens väsen. Traktat om det dialogiska livet*. Ludvika: Dualis.
- Farbring, C-Å. (2014). *Utbildningsmaterial i BSF/beteende- samtal- förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forsman, M. (2011). Samtalet. En förutsättning för en salutogen äldreomsorg. *Tidningen Äldreomsorg*, 6, 6-7.
- Forsman, M. (2008). Lärande och reflektion. *Tidningen Äldreomsorg*, 3, 4-10.
- Holm Ivarsson, B. & Ortiz, L. (2013). *MI - Motiverande samtal. Praktisk handbok för äldreomsorgen*. Vardagssamtal, biståndssamtal, genomförandeplan, livsstilsamtal, samtal med personer med demens, handledning, anhörigsamtal. Stockholm: Gothia fortbildning.
- Holmberg, Å. & Örnberg, I. (2012). *Samtalsguide för omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsboende. Tips och stöd inför samtalet*. Örebro: Örebro kommun.
- Karlskrona kommun. (2014). *Verksamhetsplan. Äldrenämndens plan 2015-2016*. Karlskrona: Författaren.
- Landstinget Blekinge. *Äldrelotsprojektet, 2011-2013*. Hämtad maj, 20, 2014 från <http://ltblekinge.se/aldrelots/>
- Olsson, I. (2006). *Dialogen inom och mellan oss. I huvudet på en insektsamlare*. Stockholm: Trinom.
- Philipson, S. (2011). *Kan en värdegrund skapa framgång?* Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. *Vård och omsorg för de mest sjuka äldre*. Hämtad maj, 20, 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/mestsjukaaldre>
- Sapic, P. (2013). *Meningsfulla möten. En bok om Äldrelotsprojektet*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.
- Winqvist, M. (2011). *Samtalets betydelse som anhörigstöd*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum Anhöriga.

Bilaga

Äldreomsorgens värdegrund är lagstadgad och syftar till att sätta de äldres behov i centrum.

Karlskrona kommuns framtidsprogram (2008)

Vår gemensamma värdegrund för äldreomsorgen i Karlskrona;

”Kommunen utgår ifrån mötet och samspelet mellan människor.

Det handlar om människosyn.

Varje människa är unik.

Alla människor har lika värde utifrån sin egen person och inte utifrån sina funktioner, religion, etnisk tillhörighet, ålder eller kön.

Varje möte är unikt.

Mötet och samspelet mellan människor ska präglas av respekt,

Värme och lyhördhet.

Varje uppdrag är viktigt

Alla uppdrag, utifrån situationen, ska utföras på bästa sätt.

Vi lyckas genom samarbete

Vi delar med oss. Vi lär av varandra. Vi är prestigelösa. Alla har vi enskilt och gemensamt, ansvar hela vägen.”

Utvecklingsarbete

Att involvera seniorer i hälsoarbetet via egentest på webben

Utveckling av ett webbaserat verktyg för egentest
av hälsa och vägledning till en hälsosam livsstil

Ann-Christine Baar

ac@baar.se

Handledare Elsa Ingesson

Att involvera seniorer i hälsoarbetet via egentest på webben

Utveckling av ett webbaserat verktyg för egentest av hälsa och vägledning till en hälsosam livsstil

Inledning

Sedan 60-talet har jag funnits inom vården, först som assistent till provinsialläkaren i Trädet, min födelseort. Doktor Harald Norrand som kom som flykting från Lettland och distriktssköterskan Annie blev mina förebilder. Deras målsättningar om att stödja den enskilde individen till bättre eller bibehållen hälsa har inspirerat mig sedan dess. Det betydde att jag efter utbildning ganska snart sökte mig till primärvården. Där har jag sedan funnits i större delen av mitt yrkesverksamma liv, som distriktssköterska, samordnare, vårdutvecklare, planerare och de sista femton - tjugo åren som primärvårdschef i Göteborg.

Hälsa har varit och är ett kärnområde inom primärvård. Under årens lopp har jag tillsammans med kollegor och medarbetare initierat, utvecklat och infört många olika satsningar inom området hälsa. Samordnad rehabilitering, HälsoDisk, HälsoLyftet på Hisingen, Vårdcentral med fokus på kvinnors hälsa och Seniorhälsan är några exempel. På nationell nivå ledde jag i början av 90-talet projektet PUNK, Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet, ett av Socialstyrelsen finansierat projekt, som i många stycken handlade om förebyggande och preventivt arbetssätt i primärvården.

Under alla år i mitt yrkesliv har många reformer, lagar, riktlinjer och direktiv kommit och gått. Hälso- och sjukvårdslagen på 80-talet visade tydligt på primärvårdens roll i hälsoarbetet men inte specifikt riktat mot äldre. Då var ÄDEL i början av 90-talet säkert en mer genomgripande reform. Synen på äldre förändrades och man började mer se till vikten av det friska. Landstingens långvård lades ned och vården av de äldre flyttades till kommunerna. De äldre skulle få större inflytande. Med stöd av statliga stimulansmedel genomfördes hälsofrämjande uppsökande verksamhet till äldre. Brukarmedverkan och anhörigstöd uppmärksammades. Äldreomsorgens nationella värdegrund infördes i socialtjänstlagen 2011 och satsningar för att stimulera utvecklingen pågår i kommunerna.

LOV – Lagen om Valfrihet – infördes 2009. Nu handlade det om valfrihet för den enskilde vad gällde hemtjänst och senare även vårdcentral. Konkurrens mellan olika vårdgivare skulle leda till bättre kvalitet och större möjligheter för den enskilde att forma sina insatser från det offentliga finansieringssystemet. Tillgänglighet på vårdcentralerna var A och O inom primärvården. De äldre trängdes ibland undan. I detta skede introducerades SENIORHÄLSAN, en funktion på vårdcentralerna som syftade till att skapa trygghet, kontakt, vägledning och stöd för 65+ att själva hålla koll på sin hälsa över tid, få vägledning, stöd och insatser vid behov.

När den nationella satsningen *Bättre liv för sjuka äldre* kom 2011 var det dags för mig att gå i pension. Då fick jag frågan om jag kunde hålla ihop arbetet med att ta fram en regional handlingsplan för vård och omsorg om de äldre. Planen skulle omfatta hela Västra Götalands län med 214 vårdcentraler, 18 sjukhus och 49 kommuner. Ett hästjobb kan man tycka. Men med all den erfarenhet och de stora nätverk, som jag samlat på mig under åren och därtill fortsatt lust, kändes det som en utmaning och chans, som jag inte kunde missa, särskilt som jag fortfarande hade lust att påverka. Eftersom jag också kunde få kratta i den egna kommande manegen var denna förfrågan svår att tacka nej till. Särskilt lockande var att kunna föra in ett tydligt hälso- och soperspektiv i planen. Avsikten med föreliggande arbete är att utveckla ett webbaserat verktyg för eget test av och stöd för att behålla eller att förbättra den egna hälsan.

Problemområde och frågeställningar

Befolkningen åldras och de äldre blir allt fler. Idag är 19 % av den totala befolkningen över 65 år. De närmaste tjugo åren förväntas enligt SCB 80+ öka med 70 %. En av samhällets största utmaningar är att säkra god vård och omsorg. SKL har räknat fram att med nuvarande arbetssätt kommer kostnaderna att öka med 50 %. Kombinationen av demografi och krav på kvalitetsförbättringar är den stora utmaningen. Redan idag går ca 25 % av kommuners och landstings totala kostnader till personer 65+ och kostnaderna förväntas stiga. Om pengarna ska räcka behöver vi säkra att de används på rätt sätt. Under nuvarande mandatperiod satsar regeringen 4,3 miljarder kr på att förbättra kvaliteten inom vård och omsorg för mest sjuka äldre (SKL, *Bättre liv för sjuka äldre*).

En viktig del i det fortsatta arbetet är att också ge stöd åt 65+ att så långt möjligt behålla och leva ett gott liv med hög livskvalitet på äldre dagar. *Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland*, regionens handlingsplan, syftar till att förverkliga målsättningarna i den nationella satsningen *Bättre liv för sjuka äldre* och innehåller därutöver satsningar för friska äldre och äldre med risk för att bli sjuka. Planen beskriver insatser inom tre huvudprocesser FÖRE, UNDER och EFTER. Som ordet FÖRE säger handlar det om att arbeta proaktivt och den viktigaste uppgiften är att stödja 65+ att behålla hälsa, i tid upptäcka risker och förebygga sjukdom. Om och när sjukdom inträffar ska den bästa tänkbara vård erbjudas, vara av hög kvalitet och upplevas som sammanhållen och sömlös. Primärvården har fått en betydande roll och ansvar i arbetet med att förverkliga målen i *Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland. Regional handlingsplan 2014-2015 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre*, där en av insatserna är att skapa en funktion på vårdcentralerna, som stödjer seniorers egenmakt och förmåga till ett hälsosamt åldrande.

Under avsnittet FÖRE riktar sig insatserna till friska äldre och äldre med risk och handlar om att skapa och erbjuda:

- tillgänglig och samordnad information
- stöd till 65+ att ha koll på sin hälsa över tid
- riskidentifiering och vägledning till aktiviteter i egen regi eller i vissa fall under professionell ledning.

Som ett led i förverkligandet av denna del i planen startade Närhälsan, den offentligt drivna primärvården, ett pilotprojekt på 13 vårdcentraler för att utveckla konceptet för funktionen SENIORHÄLSAN som står för:

- hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och riskidentifierande verksamhet
- planering, samordning och samverkan avseende den enskilde individens hälso- och sjukvårds- och omsorgsinsatser.

Den riskidentifierande delen tog utgångspunkt i ett sedan tidigare utvecklat och utvärderat program, *Hälsolyftet*. I utvärdering av Hälsolyftet konstaterades att livsstilsfrågorna fångade in individer som angav mer av negativa livsstilsfaktorer och högre motivation till förändring än de som avstod från programmet. Vid uppföljning sågs förbättringar och samband mellan föreslagna aktiviteter och bättre hälsa och välbefinnande (Blomstrand, Ariai, Baar, Finbom-Forsgren, Thorn & Björkelund, 2012). Hälsolyftkonceptet anpassades och kompletterades för att passa äldregruppen.

Personer 65 år och äldre blir med jämna mellanrum inbjudna till samtal om hälsa och bedömning av risker för ohälsa. Vid sjukdom slussas personen vidare inom sjukvården. För övriga ser man till de individuella behoven och vägleder till olika aktiviteter inom samhället i stort, kommunen och landstingen. Samtalet kompletteras med kontroll av blodtryck, blodsocker, mätning och vägning.

Pilotprojektet följdes och utvärderades under 2012-2013 av FOU i Väst. Registerstudier pågår. Resultaten hittills visar att ca 20 % av de inbjudna tackade ja till att på vårdcentralen samtala om hälsa, upprätta en hälsoplan med vägledning till relevanta aktiviteter och att få en fast namngiven vårdkontakt på sin vårdcentral. De som tackade ja, uppvisade stort intresse, var ofta vid god hälsa och beredda att fortsatt satsa på sin egen hälsa. Med tanke på vilka och det relativt låga antalet personer som tackade ja till samtal fördes ett resonemang i utvärderingen om att människor med en riskfylld livsstil kanske inte vill eller kan göra några förändringar. Ett annat antagande var att konceptet kan upplevas som om samhället kontrollerar sina invånare med avseende på hälsa och livsstil (Trägårdh, 2012).

Den första frågan är: finns det evidens för att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ger resultat i form av bättre hälsa och välbefinnande?

Före beslut om ett breddinförande av seniorhälsokonceptet ställdes en fråga till SBU:s Upplysningstjänst: "Finns det studier som visar att hälsokontroller och hälsosamtal för äldre har en positiv effekt på t ex hälsa eller hur länge man kan bo kvar hemma?" Upplysningstjänsten identifierade fem systematiska översikter publicerade under 2000-talet, och en randomiserad studie publicerad 2012. Författarna drog slutsatsen att aktiviteter i linje med seniorhälsokonceptet har en positiv effekt (SBU, 2013).

Den nationella folkhälsostrategin "En förnyad folkhälsopolitik" (Regeringens proposition 2007/08:110), WHO's *Strategi och handlingsplan för hälsosamt åldrande 2012-2020* och resultaten från *Hälsolyftet* på Hisingen (Blomstrand et al, 2012) ger stöd för vikten av förebyggande hälsoinsatser. Närhälsans ledning såg också konceptet som ett sätt att arbeta strukturerat med Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder för gruppen äldre* (Socialstyrelsen, 2011) och för att uppfylla kriterierna för ett medlemskap i det nationella och europeiska nätverket för *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård*.

I december 2013 presenterade Statens Folkhälsoinstitut, FHI, en nationell vägledning, *Samverkansmodell för hälsosamt åldrande*. En studie av försöksverksamhet i landsting, kommun och ideell sektor. Försöksverksamhet har bedrivits i 17 kommuner. Konceptet i Seniorhälsan ligger helt i linje med denna nationella vägledning.

Kombinationen av kravet på kostnadseffektivitet och den centrala målsättning i den nationella folkhälsopolitiken att ge människor förutsättningar att leva ett gott liv med hög livskvalitet på äldre dagar ställer samhället inför stora utmaningar. Detta bekräftas i Lev-rapport 2, som föreslår satsningar på hälsofrämjande åtgärder och vikten av att använda modern teknik så att de äldre själva kan stå för vissa arbetsinsatser och därmed ge utrymme för mer insatser till mest sjuka och kroniskt sjuka äldre (Socialdepartementet, 2013).

Nästa fråga är: vill och kan äldre medverka till att hålla koll på sin hälsa, få vägledning till hälsosam livsstil och att göra det med hjälp av modern teknik? Hur kan ett sådant verktyg göras tillgängligt och tillräckligt attraktivt för att ersätta eller komplettera standardkonceptet med samtal om hälsa på vårdcentral?

Forskning visar att äldres förmåga, vilja och möjligheter att ständigt utvecklas, lära nytt och se nya sammanhang är oändlig (Cohen, 2005). Bodil Jönsson menar i flera utsagor att potentialen i att ta vara på att äldre människor kan och vill bidra till effektivare vård och omsorg står utom allt tvivel (Jönsson, 2011). Dagens äldre använder idag i stor utsträckning modern teknik. Enligt Sveriges Pensionärsförbunds, (SPF) undersökning har 91 procent av deras medlemmar mobiltelefon och 80 procent har tillgång till och använder dator eller surfplatta.

Konklusion

Kunskaper om betydelsen av livsstil för ett hälsosamt och aktivt åldrande, demografin, tillgängligheten, kostnadseffektivitet i sjukvården och inte minst de äldres förmåga att lära nytt och ta till sig och använda ny teknik tyder på att det finns all anledning att involvera äldre i hälsoarbetet. Med hjälp av ett modernt verktyg skulle 65+ själva kunna bidra med att själva testa sin hälsa, lära mer om hälsa och vid behov göra livsstilsförändringar.

Syfte

Syftet med detta utvecklingsarbete är att utifrån Seniorhälsan utveckla ett webbaserat självtest för seniorer. Testet ska kompletteras med information om och vägledning till en god hälsa och livsstil.

Arbetsätt och tidplan:

Steg 1 var att i januari undersöka om möjligheter fanns att anpassa och överföra Seniorhälsans samtalsverktyg till ett webbaserat "Hälsotest för seniorer" för mobiltelefon, surfplatta och dator i responsiv design. Efter samtal med teknisk högskola stod det klart att detta var fullt möjligt och att det fanns potentialer till långtgående utveckling på sikt. Kontakt togs med regionens E-hälsoenhet som ställde sig positiv till medverkan i utvecklingsarbetet. Därefter säkerställdes finansiering inom Hälso- och sjukvårdsavdelningen i VGR. En arbetsgrupp bestående av rutinerade distriktssköterskor med ett års erfarenhet av Seniorhälsans grundkoncept, utvecklingsledare inom primärvård samt representanter från regionens E-Hälsoenhet utgjorde en arbetsgrupp tillsammans med mig.

Steg 2 var att tekniskt framställa en första version under februari - april. Grundinställningen var att så långt möjligt använda och utveckla sådant som redan fanns tillgängligt. E-hälsoenhetens koppling till 1177 Vårdguiden möjliggjorde tillgång till en redan befintlig databas. Med den som plattform utvecklades ett hälsotest för seniorer. Under arbetets gång visades, diskuterats och justerades hälsotestet med hjälp av distriktssköterskornas kollegor och patienter. 26 april träffades samtliga inblandade för en slutjustering inför ett mer omfattande test.

Steg 3. Test under maj-juni på två vårdcentraler och deras listade invånare, enskilda personer, träffpunkt i kommunen, representanter för pensionärsorganisationer och deltagarna i SKL:s *Uppdrag Kunskap*.

Steg 4. Presentera och överlämna verktyget till regionens Hälso- och sjukvårdsavdelning för analys av testresultatet och efter eventuella justeringar göras tillgängligt på bred front i VG Regionen och eventuellt hos andra intresserade landsting, regioner och kommuner.

Kunskapsbidrag och förväntat resultat

Ny syn på vikten av hälsovård, tillgång till ny teknik och medverkan av 65+ gör det möjligt att på ett kostnadseffektivt sätt hitta risker hos individer och inspirera till en hälsosam livsstil. Istället för att vårdcentralen blir individens första kontakt med sjukvården (Seniorhälsans grundkoncept) gör 65+ personen själv en test på sitt hälsotillstånd med hjälp av ett webbaserat hälsotest och får ett svar via sin dator, surfplatta eller mobiltelefon. Svaret är endast tillgängligt för testpersonen och kan skrivas ut av vederbörande. Om testet visar på risk är nästa steg att ta kontakt med sin vårdcentral. Testet har kompletterats med länkar till information om och vägledning till en hälsosam livsstil inom ramen för 1177 Vårdguiden, Västra Götaland. Verktöget riktar till både dem som ännu inte är i behov av några vårdinsatser och dem som har en eller flera kroniska sjukdomar. Avsikten är att erbjuda stöd till den enskilde att dels bevara hälsa, dels förebygga ohälsa.

Efter pilottest under maj – augusti kommer verktyget att introduceras brett, vara tillgängligt och marknadsföras på vårdcentraler, regionens olika hemsidor, 1177 Vårdguiden och finnas för hänvisning inom 1177-Sjukvårdsrådgivningen i Västra Götaland, lokalpress och för pensionärsorganisationer nationellt, regionalt och lokalt.

Verktöget är en del i det förebyggande arbetet inom ramen för "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götalands län" och kommer att presenteras för aktuella politiska nämnder och styrelser.

Spridningsplan

En organisation för marknadsföring, införande och kontinuerlig utvärdering har etablerats:

- 2 vårdcentraler medverkar i utveckling och test av verktyg.
- Teknikutveckling och webb-design, E-Hälsoenheten.
- Information och marknadsföring inom ramen för *Det goda livet för sjuka äldre*.
- Projektledning, samordnare Regional handlingsplan - *Det goda livet för sjuka äldre*.
- Ekonomiska medel för utvecklingsperioden finns avsatta.
- Ansvar för verktygets kontinuerliga uppdatering och förvaltning kommer att skötas av VG Regionens E-Hälsoenhet.

Förslag till fortsatt utveckling, utvärdering och uppföljning

I förlängningen kan nuvarande koncept utvecklas med teknik som gör det möjligt att skicka resultatet från testet via E-hälsokonto till aktuell vårdcentral, som gör bedömning och återkopplar till vederbörande. Det kan handla om råd, förslag till åtgärder, vägledning till aktivitet i kommun mm eller erbjudande om tid på vårdcentral.

Resultatet av testet av det digitaliserade verktyget under mars-april utgör en liten pilotstudie. Möjligheter till en större uppföljning/studie finns, men får bli en senare fråga för ingående verksamheter eller eventuellt en fortsättning på *Uppdrag Kunskap*. Frågeställningarna skulle kunna vara:

- Kan och vill den enskilde med hjälp av modern teknik genomföra skattning/egenbedömning av sitt hälsotillstånd och över tid hålla koll på sin hälsa?
- Kan förbättrad hälsa påvisas?
- Påverkar egenskattningen den totala kostnaden för hälso- och sjukvården?

Referenser

- Blomstrand, A., Ariai, N., Baar, A-C., Finbom-Forsgren, B-M., Thorn, J. & Björkelund, C. (2012). Implementation of low-budget, lifestyle-improvement method in an ordinary primary healthcare setting. A stepwise intervention study. *BMJ Open*, 2, (4).
- Cohen, G.D. (2005). *The mature mind. The positive power of the aging brain*. New York: Basic Books.
- Folkhälsomyndigheten. *Samverkansmodell för hälsosamt åldrande. En studie av försöksverksamhet i landsting, kommun och ideell sektor*. Hämtad maj 20, 2014 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/halsosamt-aldrande/vagledning/samverkansmodell/>
- Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Nätverk för en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård. <http://www.hfsnatverket.se>
- Jönsson, B. (2011). *När horisonten flyttar sig. Att bli gammal i en ny tid*. Stockholm: Bromberg.
- Regeringen. (2008). *En förnyad folkhälsopolitik. Regeringens proposition 2007/08:110*. Stockholm: Fritze.
- SBU. (2013). *Seniorhälsan. Stöd till äldre kring hälsa och livssituation*. Svar från SBU:s upplysningstjänst den 15 november 2013. Hämtad maj 20, 2014 från http://www.sbu.se/upload/upplysningstjanst/pdf_er/Seniorh%C3%A4lsan%20-%20st%C3%B6d%20till%20%C3%A4ldre%20kring%20h%C3%A4lsa%20och%20livssituation.pdf
- SKL. *Bättre liv för sjuka äldre*. Hämtad maj 20, 2014 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv
- Socialdepartementet. (2013). *Empathy and high tech. Interim results of the LEV project*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Författaren.
- Socialdepartementet. (2013). *Empathy and high tech. Interim results of the LEV project*. Stockholm: Regeringskansliet.

- Trägårdh, B. (2013). *Seniorhälsan i Göteborg*. Analys av organiseringen under pilotperioden 2012 och förslag till utvärdering efter breddinförande i Västra Götalandsregionen. Göteborg: FoU Väst/GR.
- WHO. (2012). *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020*. Regional Committee for Europe Sixty-second session. Malta, 10-13 September 2012.
- Västra Götalandsregionen. *Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland*. Regional handlingsplan 2014-2015 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre. Göteborg: Författaren.

Utvecklingsarbete

Implementering av en arbetsmodell som bidrar till en varaktig och god individuell inkontinensvård för äldre och sköra äldre

Gunilla Ehrlinder

gunilla.ehrlinder@gmail.com

Handledare Christine Wann-Hansson

Implementering av en arbetsmodell som bidrar till en varaktig och god individuell inkontinensvård för äldre och sköra äldre

Introduktion

I min profession som utbildningskonsulent/sjuksköterska har jag i 30 år arbetat med kompetensutveckling för olika personalkategorier i ämnet individuell inkontinensvård för äldre och sköra äldre. Uppdragsgivare finns inom kommun, landsting och privat äldrevård. Jag har initierat, implementerat och varit delaktig i flera inkontinensprojekt tillsammans med medicinskt ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer, sjuksköterskor på vårdcentral och övrig vårdpersonal som arbetar med äldre och sköra äldre. Min erfarenhet är att individuell utredning och behandling, utbildning av medarbetare såväl natt som dag, noggrant implementerade omvårdnadsrutiner och inte minst bra ledning av arbetet, resulterar i en god individuell inkontinensvård. Kontinuerlig uppföljning och återkoppling till medarbetare är viktigt. Det innebär i praktiken att tillsammans med all berörd personal göra en behovsinventering och handlingsplan för individuell inkontinensvård, implementera planen och göra en noggrann uppföljning av inkontinensvården såväl kortsiktigt som långsiktigt. Majoriteten av mina kunder genomförde projektet med utmärkt resultat.

Syfte

Syftet med projektet är att utveckla en arbetsmodell för personal inom vård och omsorg som bidrar till en varaktig och god individuell inkontinensvård för äldre och sköra äldre. Vidare att i äldreomsorgen uppmärksamma betydelsen av att god individuell inkontinensvård bidrar till en bättre livskvalitet för äldre och sköra äldre.

Frågeställning

Hur kan en arbetsmodell för implementering av en varaktig god inkontinensvård för äldre och sköra äldre utformas?

Bakgrund

Sveriges befolkning blir allt äldre, och antalet personer med kroniska sjukdomar och större vårdbehov ökar. Detta innebär ökade krav på tillgång till god och värdig vård och omsorg. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, har tillsammans med Socialstyrelsen fått uppdraget att uppmärksamma behandlingen av urininkontinens hos äldre och sköra äldre.

Urininkontinens kan beskrivas som en folksjukdom med stora mänskliga, sociala och ekonomiska konsekvenser för såväl individen som samhället. Åldersgruppen över 65 år utgörs av cirka 1,8 miljoner människor i Sverige. Här kan man räkna med att mellan 30 och 40 procent har läckage. Det innebär att mer än 534 000 människor över 65 år har besvär med urinläckage (SBU, 2013)

”För många är urininkontinens något som påverkar livskvaliteten och det sociala livet. Rädslan för att läcka, lukta och att läckaget syns är stor. Detta begränsar aktiviteter, umgänge och att överhuvudtaget fungera i vardagen. Många beskriver sin isolering och att inte kunna träffa barnbarn eller övrigt umgänge för rädslan att läckaget märks. Mer än hälften av de som vårdas i hemmet av en anhörig uppges ha inkontinens. Närmiljön har stor betydelse för effekterna av inkontinensproblemet. Svårigheter att ta sig till toaletten, problem att nå en toalett på natten, hinder i inredning, svårighet att hitta eller möjlighet till assistans. Omhändertagande av urininkontinens är fortfarande bristfällig år 213” (SBU, 2013).

Ovanstående citat är hämtat från SBU:s sammanfattning och slutsats, och min långa erfarenhet av att arbeta med inkontinensvård i praktiken visar på samma resultat. Att inte våga delta i gemensamma måltidsstunder, sommarluncher, utflykter eller annan aktivitet på grund av rädslan för läckage är ett stort problem som leder till isolering och ensamhet. Omvårdnad i hemmet av vårdtagare med inkontinensproblem innebär även leverans och förvaring av skrymmande kartonger med inkontinenshjälpmedel. Om du är beroende av inkontinensskydd av större format så blir det även en stor mängd avfall, trots att det i dag finns flera mindre och användarvänliga skydd. Fortfarande är inkontinens inte ett problem man talar öppet om. Det är mer regel än undantag att vårdtagare på äldreboenden är inkontinenta och det finns stora förbättringspotentialer inom inkontinensvården. Eftersom många sköra äldre är multisjuka så kan flertalet av dessa inte behandlas enligt beprövad vetenskap och erfarenhet som läkemedel eller kirurgisk behandling. Dock ska alla ha rätt till utredning kring sin inkontinens, så att möjlighet till någon form av behandling kan ges. Det handlar både om förebyggande åtgärder, läkemedel, hjälp till toalettbesök och rätt individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel. Många äldre har stora urininkontinensproblem som inte utreds och behandlas. Endast 6 procent av vårdtagarna på äldreboenden får en riktig utredning av sin inkontinens. Denna siffra visar att inkontinens är ett lågprioriterat område, som ofta bara ses som en hygienisk detalj som man måste hantera (SBU, 2013). Vid tester och mätning är det bekant att ca 25 procent av personalens arbetstid på ett äldreboende går åt till inkontinensvård. Då räknas tid för toalettbesök, byta skydd på vårdtagare, att bädda rent och att tvätta.

Definition av urininkontinens

Urininkontinens definieras av International Continence Society (ICS), som ofrivilligt läckage av urin, oberoende av orsak. Urininkontinens ska sedan beskrivas utifrån relevanta faktorer som typ, svårighetsgrad, utlösande faktorer, social påverkan, påverkan på hygien och livskvalitet (SBU, 2013).

Olika former av urininkontinens

Trängningsinkontinens: Läckage som uppkommer plötsligt, kan variera från små skvättar till en hel urinportion, ibland flera deciliter.

Ansträngningsinkontinens: Läckaget är i samband med fysisk aktivitet såsom tunga lyft, hopp, nysning, hosta, skratt. Små skvättar avgår utan att föregås av trängning. Denna typ av läckage förekommer mest hos kvinnor, det är inte ovanligt vid graviditet och efter förlossning.

Blandinkontinens: Innebär inslag av både trängnings- och ansträngningsläckage.

Överrinningsinkontinens: Stor mängd urin finns i blåsan. Vanligast hos män och då vid prostataförstoring.

Tillfällig urininkontinens: Hos äldre förekommer urininkontinens av och till och det är inte ovanligt att problemet försämras akut vid nya läkemedel. Likaså är det inte ovanligt vid akut urinvägsinfektion, luftvägsinfektioner och förstoppning.

Nattlig inkontinens: Att läcka urin på natten får stora konsekvenser för hygien och tvätt. Likaså blir det en störd nattsömn om inkontinensskydd måste bytas ofta. Många fallolyckor sker dessutom i samband med toalettbesök. Anhöriga upplever det som ett stort problem med störd nattsömn, oavsett om de behöver hjälp av hemvården eller om anhöriga hjälper till vid toalettbesök eller byte av inkontinensskydd. I takt med att nya larmfunktioner kan kopplas till inkontinensskyddet så kan även hjälp anpassas efter den nya tekniken. Detta har även testats med framgång på demensboende, för att undvika att flera boende störs vid byte av skydd och toalettbesök.

Funktionell eller vårdbetingad inkontinens: Det innebär svårighet att hinna till toaletten eller att hitta dit, speciellt i ny miljö, dålig belysning, ej markerad toalettdörr, svårhanterade kläder som knappar och dragkedja (SBU, 2013).

Inkontinensproblematiken skiljer sig mellan äldre som vistas hemma och sköra äldre som ofta bor på någon form av äldreboende. Likaså resultat av behandlingen av de två grupperna. Majoriteten av vårdtagare som flyttar till ett äldreboende behöver avsevärt flera hjälpinsatser som då även inkluderar personlig hygien och inkontinensvård (SBU, 2013).

Det finns mycket kunskap hos de som arbetar med äldre, men det saknas en strategi för kompetensnivåer och utbildning inom inkontinensområdet. Det finns inga klart angivna krav på vilken kompetens som krävs för att förskriva inkontinenshjälpmedel (SBU, 2013). Mycket av praktisk kunskap om urininkontinens finns hos undersköterskor och vårdbiträden och härstammar ofta från leverantörer av inkontinensskydd, läkemedel och andra hjälpmedel för problemet. Leverantörer bidrar med mycket kunskap i det dagliga omvårdnadsarbetet men ibland saknas alternativ och förslag förutom inkontinensskydd. Det är inte ovanligt att det saknas dokumentation av inkontinensvårdsarbetet i den dagliga omvårdnaden. Jag har initierat och genomfört ett antal utbildningstillfällen för äldreboenden, men oftast är inte all berörd personal som är engagerad i omvårdnadsarbetet närvarande vid utbildningstillfället. Framgång i arbetet bygger på teamarbete, och är inte alla berörda där, så är det svårt att fullfölja överenskommen plan. Implementering av individuell inkontinensplan för vårdtagaren kan då bli bristfällig, och framförallt så blir den inte varaktig.

Det är ganska enkel och grundläggande kunskap som behövs för att de sköra äldre som har urininkontinensproblem ska få en bättre livskvalitet. Ann Catrine Eldh är disputerad sjuksköterska och lektor vid Dalarnas högskola, som i 20 år arbetat med kvalitetsutveckling inom vård och omsorg.

"Allra mest betydde det att ha en engagerad chef och ett lokalt projektarbete - de som arbetade så lyckades implementera riktlinjerna" (Raune, 2014).

Om man ska driva ett framgångsrikt förändringsarbete behöver både ledning och medarbetare vara delaktiga. Det är även viktigt att lyssna och ta tillvara på vårdtagarnas egen erfarenhet och upplevelse av problemet. Fungerar inkontinensvård för äldre och sköra äldre avseende utredning, behandling och vårdplanering så bidrar det till en bättre livskvalitet för äldre och sköra äldre.

Forskning och utveckling av inkontinensvård och dess betydelse för livskvalitet hos äldre har fått större utrymme i dag än för 30 år sedan då jag började arbeta med ämnet. Annelie Hollo, sjuksköterska och vårdlärare var tidig förespråkare för en kateterfri omvårdnad inom geriatriken, och Inger Hahn, sjukgymnast skrev redan på tidigt åttiotal en bok om bäckenbottenträning. Ann Lindström, sjuksköterska och materialkonsulent i Lund disputerade 1994 på en avhandling med titeln "Urininkontinens bland äldre - aspekter på kunskap och hjälpmedel". Hon skrev sedermera en bok om det, "Urin-, faeces-och tarmbesvär", 1999. Det är lätt att förstå hennes budskap och boken känns fortfarande aktuell i omvårdnadsarbete.

Karin Stenzelius, klinisk lektor vid Malmö högskola och Urologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus Malmö, disputerade 2005 på "Urin och avföringsinkontinens hos äldre kvinnor och män i relation till andra hälsoproblem, livskvalitet, beroende och hjälpsökande". Det senaste bidraget är den kunskapssammanställning som är gjord av SBU 2013; "Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre". Den har redan uppmärksammats av aktiva inom vård av äldre och sköra äldre. Ett tips för att omsätta kunskap om urininkontinens hos äldre och sköra äldre i praktiken, är att ta del av www.nikola.nu där det finns bra instruktioner för god inkontinensvård i praktiken. Syftet med Nikola är att nationellt driva på utvecklingen inom inkontinensvård. Inte minst viktigt är att det nu även finns ett nationellt kvalitetsregister för Vård och Omsorg, Senior Alert (www.senioralert.nu). Där registreras sedan en kort tid tillbaka uppgifter om Blåsdysfunktion/inkontinens, vilket förhoppningsvis kan bidra till en förbättrad kvalitet av inkontinensvård för äldre och sköra äldre.

Sist, men inte minst viktigt är utvecklingen av inkontinenshjälpmedel under de 30 år jag varit verksam inom området. För att kunna erbjuda en god inkontinensvård är det högsta prioritet med utredning och behandling av grundproblematiken, men det finns fortfarande många vårdtagare som behöver någon form av inkontinenshjälpmedel. Jag har haft förmånen att följa denna utveckling av såväl material som utformning av skydd. I dag kan marknaden erbjuda minimala skydd som har hög absorptionskapacitet, är enkla att hantera, inte luktar och med hög prioritet att värna om vår miljö angående avfallsmängd och destruktion. Om vårdtagaren har möjlighet att välja ett hjälpmedel som är individuellt utprovat så påverkas naturligtvis hanteringen av inkontinensproblemet för såväl vårdtagare, omvårdnadspersonal och dess arbetsmiljö och inte minst ekonomi. Det tog ett antal år innan industrin tillsammans med såväl användare som personal kom fram till dagens absolut bästa hjälpmedel, nämligen ett byxskydd för vuxna. En byxa med varierande uppsugningsförmåga och storlek anpassad efter kroppen. Den finns både som textil och engångsmaterial. Vilken som är att föredra avgörs av hur stort och ofta läckaget förekommer. Det är ett hjälpmedel som underlättar för alla, såväl användare, anhöriga och personal. Tänk att själv kunna gå på toaletten men ändå få lov att misslyckas, dvs glömma, inte hinna eller hitta till toaletten. Fördelen för vårdtagaren är att kunna vara oberoende av hjälp att själv klara av sina toalettbesök. I dag kan du dessutom välja ditt hjälpmedel oavsett om du är man eller kvinna, hur stort läckage du har och anpassa det efter din kroppsstorlek.

Utveckling av moderna, bekväma och funktionella inkontinensskydd är viktigt. Lika viktigt är det att kunna utveckla inkontinensvården i kombination med modern teknik.

SCA Hygiene Products AB (SCA) har utvecklat en elektronisk ”mätblöja” som underlättar för vårdpersonal att se ungefärligt klockslag när vårdtagaren ska gå på toaletten, få rätt storlek och modell på inkontinensskydd, och likaså planera klockslag när vårdtagaren ska få urindrivande läkemedel. Detta för att slippa läckage på natten. Tekniken är digital så resultatet avläser du på en dator. Mätningen pågår under två-tre dygn. Användningsområdet är i dag för vårdtagare med stora läckage, men sannolikt kommer tekniken att kunna användas vid utprovning av små inkontinensskydd i framtiden. I dag görs utprovnings manuellt, bl a genom att man väger skydden i några dygn, detta för att kunna mäta läckagets storlek och välja rätt skydd. Att mäta tidpunkt och mängd på detta sätt är unikt (www.nyteknik.se).

En annan innovation som underlättar för den tunga inkontinensvården är TENA U-test, ett hjälpmedel för uppsamling och analys av urin direkt i inkontinensskyddet. Det är ett helt nytt sätt att få en indikation på urinvägsinfektioner hos inkontinenta vårdtagare med symtom och kräver ingen manuell uppsamling av urin. TENA U-test har utvärderats i en klinisk studie och har visat sig ha positiva effekter på vårdtagarnas välbefinnande och en förbättrad arbetsmiljö för personalen (www.tena.se). Dock blir nästa steg förstås att fastställa vilken bakterie som orsakar urinvägsinfektionen för att då kunna ordinera rätt behandling. Då krävs det ändå uppsamling av urin för odling vilket gör att denna nya metod inte är helt oproblematiskt att använda.

Problemområde

Trots att missförhållanden inom inkontinensvården på äldreboenden frekvent har påvisats i media så är intresset för att arbeta för att förbättra inkontinensvården bland politiker och ledning på olika nivåer svalt. Tyvärr återspeglar sig detta många gånger även bland ledning och övrig personal som arbetar inom vård och omsorg av äldre. På äldreboenden har undersköterskor som arbetar närmast vårdtagarna ofta olika ansvarsområden. Det är dock inte ovanligt att de saknar kompetens och specialutbildning för inkontinensvård och många gånger brister i intresse. Min erfarenhet har visat att det är lättare att utse ett kostombud, aktivitetsombud eller sårombud än att utse ett kontinensombud. Specialistutbildning inom inkontinensvård för undersköterskor skulle kunna bidra till ökat intresse och prioritering av individuell inkontinensvård för sköra äldre. Likaså att ta tillvara all tillgänglig kunskap hos alla personalkategorier i omvårdnadsarbetet.

Detta är högst beklagligt då det idag finns evidensbaserad kunskap kring hur man på bästa sätt kan bedriva en individuellt anpassad inkontinensvård, som både kan höja livskvaliteten hos de äldre och samtidigt bidra till en bättre arbetsmiljö för personalen inom vård och omsorg, samt en förbättrad hälsoekonomi.

I en artikel i Sydsvenskan 22/4 2014 säger SKL:s VD Håkan Sörman att arbetsgivarna hela tiden bör se över vem som gör vad inom vård och omsorg. Detta gäller i hösta grad även för inkontinensvården riktad till äldre. Varför inte ge utökat ansvar och möjlighet till kompetensutveckling inom inkontinensvård för flera yrkesgrupper inom äldreomsorg. En betydelsefull yrkesgrupp är fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Mitt förslag är att ta tillvara deras kompetens och involvera dem mera aktivt i inkontinensvården. Det är kanske dags för offentliga

arbetsgivare att tänka i nya banor för att lyckas med nyrekrytering till vården. Alltså vet vi idag hur vi ska göra, men vi behöver nya arbetsmodeller för att framgångsrikt implementera denna kunskap, så att den leder till en varaktig och god individuell inkontinensvård. I mitt kunskapsbidrag vill jag därför föreslå en arbetsmodell för detsamma.

Metod

Till grund för mitt projekt ligger huvudsakligen min gedigna erfarenhet som utbildningskonsulent/sjuksköterska på ett medicinsktekniskt företag med urininkontinens som specialitet. Min uppgift har fram tills nu varit att introducera, utbilda och genomföra utbildning av personal inom vård och omsorg i god individuell inkontinensvård. Dessutom föreslå bildandet av ett inkontinenssteam, som oftast består av enhetschef, sjuksköterska och undersköterska. Alla med olika ansvarsområden. Vi har gemensamt lagt upp en plan för implementering av god individuell inkontinensvård på boendet. Jag har varit delaktig i att ta fram arbetsmaterial för dessa utbildningar och det materialet har fungerat utmärkt. Vid uppföljning har det visat sig att bäst resultat och varaktighet vid implementering av god individuell inkontinensvård har de som har en engagerad och motiverad ledning.

Systematisk litteratursökning har inte genomförts eftersom viss fakta för min arbetsmodell finns tillgänglig i *Statens beredning för medicinsk utvärdering* (SBU) rapport kring behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre (SBU, 2013). Övriga litteraturstudier inför mitt projekt är tidskriften, *Äldre i centrum*, Nr1:2014, tema Inkontinens. En avhandling kring urin och avföringsinkontinens hos äldre kvinnor och män i relation till andra hälsoproblem, livskvalitet, beroende och hjälpsökande (Stenzelius, 2005). Vidare har en lärobok kring ämnet studerats, "Urin, faces-och tarmbesvär" (Lindström, 1999), en bok om implementering "Implementering, teori och tillämpning inom hälso och sjukvård" (Nilsen, 2010), och fyra hemsidor som syftar till att ge information om inkontinens och inkontinensvård (www.nikola.nu, www.senioralert.nu, www.nyteknik.se, www.tena.nu).

Avslutningsvis har jag haft informella samtal med olika representanter inom äldreomsorg. Medicinskt ansvarig sjuksköterska, verksamhetsansvarig på äldreboende, gruppleadare för vårdpersonal, kontinensombud, kvalitetsansvarig vårdutvecklare och representanter från övrig personal. Alla har lång och gedigen erfarenhet av inkontinensvård inom äldreomsorg och även haft olika förtroendeuppdrag kopplat till inkontinensvård. Jag har delgett dem mitt förslag att involvera fysioterapeut och arbetsterapeut i en ny arbetsmodell för god inkontinensvård och de flesta förstår mina argument för det och visar stort intresse för att prova den nya arbetsmodellen.

För att uppnå en förbättring av inkontinensvård för sköra äldre är mitt förslag att ta fasta på SBU:s slutsatser, där ett exempel på grundläggande åtgärd som är av värde är uppmärksamhetsträning, hjälp till toaletten (begränsat vetenskapligt underlag) och fysisk träning (måttligt starkt vetenskapligt underlag) (SBU, 2013). Mitt förslag är som framkommit tidigare i mitt arbete, att aktivt involvera arbetsterapeut och fysioterapeut i inkontinensvården för att ta tillvara kunskap och erfarenhet av fysisk träning till sköra äldre. Det skulle öka förutsättningen för vårdtagarna att erbjudas flera toalettbesök. Dessutom är det även önskvärt att det finns tillgång till flera och mera lättillgängliga toaletter för vårdtagarna.

Förslag på arbetsmodell för implementering av god individuell inkontinensvård

För att en arbetsmodell för god individuell inkontinensvård ska fungera och bli varaktig krävs det teamarbete och inte minst en bra ledning av teamet. Vanligtvis består inkontinenssteamet på ett äldreboende av verksamhetschef/enhetschef, sjuksköterska och undersköterska. Mitt förslag är att utöka teamet med två viktiga resurser för inkontinensvårdsarbetet, nämligen fysioterapeut och arbetsterapeut.

Alla har en betydelsefull roll och arbetsuppgift i inkontinensvårdsarbetet. Eftersom ansvarsfördelningen skiljer sig åt på olika äldreboenden är det bra att definiera de olika rollerna med tydliga ansvarsbeskrivningar.

Verksamhetschef/enhetschef

De har ett övergripande ansvar för äldreboendets kvalitetssystem och arbetsrutiner. De säkerställer att personalen har utbildning i individuell inkontinensvård och har budgetansvar. Dessutom säkerställer de att det är ett gott samarbete mellan olika personalgrupper.

Sjuksköterska/medicinskt ansvarig

De är tillsammans med läkare medicinskt ansvariga i inkontinensvårdsarbetet. Initierar och följer upp utredning av vårdtagarens inkontinensproblem och dessutom i samarbete med fysioterapeut, arbetsterapeut och undersköterska fastställer de vilken form av toalettassistans som är lämplig. Det finns olika metoder för detta. Schemalagda toalettbesök, vaneträning och uppmärksamhetsträning beroende på vårdtagarens inkontinensproblematik och förutsättningar för detsamma. Dessutom är det sjuksköterskans uppgift att i samarbete med övrig vårdpersonal prova ut, förskriva och utvärdera eventuella inkontinenshjälpmedel.

Undersköterska

Deltar aktivt i omvårdnadsarbetet och följer upp och rapporterar till sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut om vårdtagarens inkontinensproblem och utfall av gemensam inkontinensplan för vårdtagaren. Dessutom säkerställer de och dokumenterar att eventuellt inkontinenshjälpmedel finns tillgängligt.

Fysioterapeut och arbetsterapeut

Deras uppgift är att bidra med sin yrkeskunskap om hur man kan kombinera funktionell träning, uppmärksamhetsträning och toalettbesök. Inte minst kan de i samband med behandling eller funktionell träning av vårdtagaren erbjuda ett toalettbesök. De kan även ge tips och råd om olika tekniska hjälpmedel som ökar möjligheten för toalettbesök för vårdtagaren. De kan samtidigt ge råd till personalen om rätt arbetsställning i samband med förflyttning och lyft av vårdtagaren, och dessutom uppmuntra till att mera aktivt använda tekniska hjälpmedel.

För att nå ett lyckat resultat av implementering av den nya arbetsmodellen för god individuell inkontinensvård, föreslår jag ett uppstartsmöte med alla berörda där jag noggrant presenterar mitt förslag på upplägg och ansvarsfördelning. Tid för mötet bokas med verksamhetsansvarig som ansvarar för inbjudan till övriga i teamet. Jag skickar en bekräftelse med förslag på upplägg av mötet, tidsplanering samt frågor om hur inkontinensvården fungerar i dag på berörd enhet. Det ger en bra grund för fortsatt planering av projektet.

Processbeskrivning

Vi börjar med en **behovsanalys** där vi identifierar olika förbättringsområden i inkontinensvårdsarbetet. Hur många av vårdtagarna har inkontinensproblem? Finns individuell inkontinensplan? Utredning? Behandling? Hjälpmedel? Dokumentation? Ansvarsfördelning? Verksamhetsuppföljning? Ekonomi? Teamarbete? Senior Alert? Motivation för utveckling?

Utifrån resultatet av behovsanalysen tillsammans med personal identifierar vi gemensamt vilka förbättringsområden som är bäst att börja med.

Vi gör gemensamt en **handlingsplan**, både kortsiktig och långsiktig. Då kartlägger vi gemensamma mål för vårt samarbete och hur vi ska verkställa de olika förbättringsområdena. Min erfarenhet är att förbättringar som är mätbara på något sätt, höjer motivationen till utveckling. Exempel på sådana mätbara utfallsmått kan vara att antal byten av sängtextilier minskar, förbrukning av tvätt och uppföljning av kostnaden för inkontinenshjälpmedel. Minskar arbetstiden för detta så finns det mera tid för vårdtagarna för sociala aktiviteter och detta bidrar till en bättre livskvalitet (www.cowi.com). Hur kan vi motivera och öka intresset för inkontinensvård? Vilken kompetensutveckling behövs för olika personalkategorier och anhöriga? Belöning och uppmärksamhet till berörd personal är av erfarenhet en framgångsfaktor vid utveckling. Det kan vara i form av en festmåltid för alla, eller en uppskattad utflykt. Eller att ett kontinensombud som tagit extra ansvar, får gå en efterlängtd utbildning.

Nästa steg är en plan för **genomförande** av handlingsplanen i det dagliga arbetet. Utbildning av all personal såväl natt som dag i god individuell inkontinensvård är en förutsättning för att nå framgång. Min erfarenhet är att bestämda och bokade utbildningstillfällen med olika tema kring ämnet individuell inkontinensvård ger bäst resultat för verksamheten. Likaså att det är sanktionerat av arbetsledningen. Förslagsvis görs vid uppstart en individuell plan för varje vårdtagare och råd och hjälp för implementering av dessa planeras. Likaså är det av största vikt att vara överens om vem som gör vad. Det är av största vikt att det planeras **uppföljning** såväl kortsiktig som långsiktig. Det är även viktigt med kontinuerlig utveckling och omprövning av rutiner. Totalansvar för att löpande uppföljning sker har verksamhetschef/enhetschef. Uppföljning bör förslagsvis ske såväl skriftligt i form av enkät till vårdpersonal och verksamhetsberättelse från arbetsledare, men även muntligt i form av både planerade och spontana besök på enheten. Eftersom arbetsmodellen bygger på att involvera nya yrkeskategorier i inkontinensvården, som tidigare nämnts sjukgymnast och arbetsterapeut och dessutom ha mera fokus på toalettpassning i samband med fysisk träning, så är det viktigt att utvärdera just detta. Likaså är det viktigt med information till anhöriga. Faller det väl ut kan fortsättningsvis utvärderingen även omfatta hälsoekonomi, livskvalitet och arbetsmiljö.

Material för att genomföra projektet finns tillgängligt hos Nikola, Nätverk Inkontinens Kommuner och Landsting (www.nikola.nu) eller att beställa av medicintekniska företag som arbetar med inriktning urininkontinens. Det kan vara formulär för individuella kontinensplaner och vägningstest, våg och torrsviktstabell för vägningstest, omvårdnadskort, utbildningsmaterial mm. Vid introduktion och utbildningstillfällen tillhandahåller jag utbildnings- och projektmaterial.

Mitt bidrag till Uppdrag Kunskap

Jag har fått möjlighet att använda, reflektera över, dela med mig och utveckla min kunskap och långa yrkeserfarenhet om individuell inkontinensvård inom äldreomsorg. Litteraturstudier och forskningsresultat i ämnet och inte minst viktigt de informella samtal jag haft med olika yrkesgrupper inom äldreomsorg, har resulterat i ett förslag på en ny arbetsmodell för god individuell inkontinensvård. Mitt förslag är att arbetsterapeut och sjukgymnast får en mera aktiv roll i inkontinensvårdsarbetet. Denna arbetsmodell hoppas jag ska bli till stöd för ett bättre liv för sjuka äldre. Dessutom har jag fått nya impulser att fortsätta mitt engagemang i form av kunskapsspridning i ett så viktigt ämne som urininkontinens.

Mitt bidrag till en god individuell inkontinensvård för äldre sammanfattas i:

Implementering av en arbetsmodell som bidrar till en varaktig och god individuell inkontinensvård för äldre och sköra äldre.

Plan för förverkligande

- Under hösten 2014 kommer jag att presentera en detaljerad projektplan för mitt erbjudande om kompetensutveckling inom inkontinensvård till kommun, landsting och privat verksamhet inom äldreomsorg. Mitt mål är att via mitt befintliga kontaktnät få till stånd att arbeta med och utvärdera min arbetsmodell för en god individuell inkontinensvård.
- SKL är välkomna med eventuella uppdrag.
- Jag kommer att arbeta aktivt via mitt kontaktnät för att inkontinensvård får en högre prioritet i omvårdnadsarbete och utbildningssammanhang.
- Att utveckla ett samarbete med kollegor i *Uppdrag Kunskap* och att vi kan bilda ett paraplynätverk för att stärka våra budskap och projekt som vi arbetat med i *Uppdrag Kunskap*.
- Jag vill bidra med att sprida information om *Uppdrag Kunskap*, och ser fram emot någon form av utveckling av projektet.

Referenslista

- Lindström, A.(1999). *Omvårdnad vid urin, faeces och tarmbesvär*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsen, P. (Red.). (2010). *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Raune, I. (2014). Det finns massor av kunskap – som inte används. *Äldre i Centrum*, 1, 31-33.
- SBU. (2013). *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Författaren.
- Stenzelius, K. (2005). *Urinary and faecal incontinence among older women and men : in relation to other health complaints, quality of life and dependency* (avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet, 2005).

Hemsidor

Nikola, nätverk inom blås- och tarmfunktionsstörning. www.nikola.nu

Senior alert. Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. www.senioralert.nu

Ny Teknik. www.nyteknik.se

Tena. www.tena.nu

Utvecklingsarbete

En idé från medarbetare till värde för medborgarna

Personalens erfarenheter av att införa och utveckla Katrineholms
Innovationsmodell på Furulidens vårdboende

Kristina Ekstrand

kristina.ekstrand1@gmail.com

Handledare Jimmie Kristensson

En idé från medarbetare till värde för medborgarna

Personalens erfarenheter av att införa och utveckla Katrineholms Innovationsmodell på Furulidens vårdboende

Introduktion

Jag har verkat inom primärvård, folkhälsoverksamhet och äldreomsorg, som sjuksköterska, utredare och chef. Under en tioårsperiod var jag primärvårdschef och projektledare för Katrineholms kommunala primärvårdsprojekt och under en sjuårsperiod före pensioneringen tjänstgjorde jag som förvaltningschef för vård- och omsorg i Katrineholms kommun.

Mina intresseområden är distribuerad vård, med fokus på samhälls- och folkhälsofrågor, verksamhetsutveckling och ledarskap. Nu arbetar jag som konsult inom medicinteknik-området i NovaMedTech (NMT) – Innovationer för morgondagens vård genom samverkan mellan vård, akademi och industri. Det är ett EU-projekt, en tillväxtsatsning på medicinsk teknik med säte i Östra Mellansverige.

Förändringsarbetet inom vård och omsorg har den senaste femtonårsperioden handlat om att vårdplatser inom slutenvård dragits ner till förmån för mer öppna vårdformer, ökad primärvård och kvarboende i hemmet samt olika former av kommunal omsorg. Det brister i samordning och planering mellan de olika aktörerna inom vård och omsorg beträffande äldre och sjuka äldre. Denna strukturomvandling som fortfarande pågår ställer ökande krav på flexibilitet, samverkan, teamarbete, struktur, förnyelse och ledarskap. Nya verksamhetsformer har utvecklats och intresset för medicinteknik och teknikutveckling har ökat, är spännande och kommande. Här finns en möjlighet att stimulera människors kreativitet, engagemang och nytänkande.

Som ledare har jag under flera år utbildat mig och arbetat med samt varit intresserad av förbättrings- och kvalitetsarbete samt ledar- och medarbetarskapsfrågor. I mitt arbete inom NovaMedTech har jag varit med om att ta fram en modell för ett kreativt arbetssätt, som fångar upp nya idéer, ger stöd till den som har en idé och främjar nytänkande - Katrineholms Innovationsmodell. Tänkte jag rätt när jag lade grunden till Katrineholms Innovationsmodell? Vi dokumenterade inte nuläget inför starten av projektet på Furulidens vårdboende. Därför vill jag för *Uppdrag Kunskap* lyssna till personalens erfarenheter samt medverka till att ta fram förvaltningens erfarenheter av processen för att bidra till en helhetsbild.

Syfte

Att undersöka hur personal upplever att det är att utveckla och arbeta med Katrineholms Innovationsmodell samt hur det fungerar idag.

Frågeställningar

- Hur upplever medarbetarna det och vad betyder det för dem och för arbetsplatsen att Katrineholms Innovationsmodell prövats och utvecklats på Furulidens vårdboende?
- Vilka erfarenheter har de? Har kunskap om teknik förändrats? Vilka är förutsättningarna för nya idéer och förbättringsarbete?

Katrineholms Innovationsmodell (KINVO)

Behovet av förbättringar och innovationer i vården

Teknik kan bidra till att samhället kan fungera bättre. En grupp som haft nytta av teknikutvecklingen genom tiderna är de äldre, alltifrån det vi fick tillgång till vatten inomhus och elektricitet till rullstol, rollator, mobil, dator och internet. Den tekniska och medicinska utvecklingen kommer att fortsätta att förse oss med nya lösningar. En uppgift för offentlig sektor är att söka efter nya lösningar och bättre användning av ny teknik. Innovationsklimatet i Sverige har de senaste åren förbättrats och kommer successivt att ge allt bättre förutsättningar för verksamheter att vara innovativa. Den pågående Äldreutredningen, S 2014:02, ska bana väg för nya lösningar till hur äldres hälsa, trygghet och säkerhet kan förbättras, hur ny teknik och innovationer kan förbättra omsorgen samt hur äldreomsorgen ska bli bättre på att använda teknik och IT. Tillgång till personal för gruppen äldre och sjuka äldre kommer att bli en stor utmaning. En annan utmaning är att göra jobben inom vård, skola och omsorg attraktiva för ungdomar, men detta kommer inte att vara tillräckligt (Majanen, Mellberg & Norén, 2007). Utmaningen för att kunna konkurrera om personal, är att vård och omsorg måste utvecklas mot att vara i framkant, så att det för både kvinnor och män blir ett stimulerande och attraktivt område att arbeta inom – en framtidsbransch. (Majanen, Mellberg & Norén, 2007). Att möta morgondagens utmaningar ökar behovet av förnyelse och effektiviseringar i vården.

Ett utvecklingsområde för nya innovationer är gruppen äldre och sjuka äldre. Innovationer är ”Nya varor, tjänster, metoder, processer, teknologier eller upplevelser, som tagits i bruk och skapat ett värde i samhället” (definition enligt Per Frankelius). Ett av NovaMedTechs uppdrag är att ta fram en modell för innovationer i vård- och omsorg. Resultatet är Katrineholms Innovationsmodell, som syftar till att fånga upp idéer och innovationer, som kommer fram när personal vill lösa verkliga problem i sin vardag. När innovationer utvecklas inom vården är de i regel forskningsbaserade och utgår inte från arbetet i vardagen. Med den här modellen ges förutsättningar för personalen att vara innovativ och kreativ, oavsett på vilken arbetsplats man befinner sig. Många vill vara med och påverka. Talang är inte det avgörande. Grunden är att skapa en struktur. Genom att ge förutsättningar för en innovativ arbetsmiljö, som tillåter kreativitet så skapas möjligheter för utveckling.

Modellen har vidareutvecklats tillsammans med ledning och personal på Furulidens vårdboende, Katrineholm och Katrineholms Entreprenörscentrum (Katec) AB. En handbok, som beskriver modellen och ger stöd för införande av den, är utgiven i november 2013. Modellen sprids och prövas nu på sex enheter i Sörmland. Fyra av dessa följs av Mälardalens högskola via följeforskning. Arbetet med att utveckla modellen startade år 2010 och processen med att förbättra och vidareutveckla den samt att göra den skalbar för framtida spridning pågår fortfarande. Målsättningen är att arbetssättet i organisationen blir långsiktigt hållbart. Uppdraget är att

stödja processen för fortsatt utvärdering. I utvärderingsprocessen kommer olika nyckelbegrepp att utkristallisera vilka är lämpliga för fördjupningsstudier och/eller forskning.

Problem och möjligheter i vården

Fler äldre och sjuka

OECD och FN har gjort politikerna uppmärksamma på att den svenska välfärden är hotad på grund av att de beskattningsbara inkomsterna är för låga. Detta kan medföra stora förväntade underskott i det offentliga samhällets budget (Odén, 2012). Riksförsäkringsverket har räknat ut, att av dem som arbetar idag, måste hälften förmås arbeta till 79 års ålder för att tillväxten ska upprätthållas och för att klara välfärden (Senior 2005). En demografisk utmaning som Sverige står inför är att anpassa samhället till en allt äldre befolkning med fler unga och gamla i förhållande till antalet yrkesverksamma. Fram till år 2015 kommer 40-talistgruppen att ha gått i pension (Majanen, Mellberg & Norén, 2007). År 2030 beräknas mer än var femte svensk vara över 65 år.

Det huvudsakliga skälet till att samhället behöver ägna särskild uppmärksamhet åt äldre personer är, att en betydande grupp av de äldre med åren utvecklar flera sjukdomar med varierande grad av funktionella konsekvenser och hjälpbehov. Handhavande av dessa äldre individer kräver kompetens och en vårdorganisation som är anpassad till detta (Akner, 2004).

Även om gruppen mest sjuka äldre till antalet individer är förhållandevis liten, så utgör den en stor del av de samlade vård- och omsorgsinsatserna för alla äldre enligt *Bättre liv för sjuka äldre*, Sveriges Kommuner och landsting (2013).

Med en åldrande befolkning följer en förändrad sjuk- och omvårdnadsbild med ökande kostnader samt ett produktions- och intäktsbortfall i samhället. Det gör att vård- och omsorg står inför stora utmaningar för att kunna klara de demografiska förändringarna och de stigande förväntningarna på vården. I Birgitta Odéns bok "Äldre genom tiderna" framförs (2012, s. 157).

"Vår egentids olösta "sociala fråga" är inte - som på Billings tid - pensionsfrågan utan den demografiska utvecklingen mot en växande andel vård- och omsorgsbehövande gamla. Detta gäller särskilt de mycket gamla som är dementa eller multisjuka och som behöver palliativ vård under sin "långsamma död." Utredningar visar att resurser för detta kommer att saknas – inte minst personella resurser. I detta läge efterlyser man insatser från frivilliga organisationer, nätverk av anhöriga och grannar och individuella egeninsatser."

Den nuvarande planeringen av äldreomsorgen utgår från att äldre i ökad utsträckning ska vårdas i sina hem med hjälp av hemtjänst och distriktssjukvård. Tre problem framträder, som måste lösas inom den palliativa vården: ensamhetsfrågan, den personliga svagheten och de existentiella problemen. Lösningen på dessa problem kommer i framtiden att kräva stora personella resurser (Odén, 2012). Senior 2005 uppmanar oss att hjälpa till att lösa dem. Frivilliga lösningar kan vara en väg att gå. Det finns emellertid ett problem med det – bristen på hållfasthet i strukturen (Odén, 2012).

Vård och omsorg

Samhället har blivit alltmer komplext och sjukvården allt mer specialiserad. Medborgarna kommer i kläm och upplever att de slussas runt mellan olika aktörer, som har svårt att samverka. Det är både inhumant och ineffektivt. Det råder en så kallad stuprörsproblematik, som behöver brytas upp. Det fordras större fokus på medborgarnas och speciellt de äldre och sjuka äldres alltmer sammansatta vård- och omvårdnadsbehov. Åtgärder som krävs för att tillgodose dessa behov behöver samverka i effektiva kedjor, flöden eller processer. Det är medborgarnas behov av helhetslösningar, som ska styra utvecklingen. (Lantz & Wäreborn Schultz, 2006). Kommuner, landsting och vård- och omsorgsgivare står således inför flera stora utmaningar. Det råder brist på resurser, såväl ekonomiska som personella. Det gäller att se till hela människans samlade behov och att lyssna in den äldre människans problem och funderingar (SKL, 2012). Enligt Sveriges Kommuner och Landstings VD Håkan Sörman så är det:

”... ingen enkel sak att erbjuda god och säker vård och omsorg till de mest sjuka äldre med behov av insatser från flera samtidigt. Det ställer stora krav på samarbete mellan kommuner och landsting men också mellan olika vårdgivare och yrkesgrupper ute på arbetsplatserna.”

Stigande förväntningar på vård och omsorg visar sig genom att medborgarna ställer allt större krav på tillgång till effektiva och kvalitativa insatser av vården. De förmedlar fler och fler synpunkter på vad som fungerar och inte fungerar i vårdorganisationen. Tillsammans med ökande krav på kvalitet och omsorg, som är anpassade till individens behov, kommer detta att medföra krav på utveckling av verksamheten och nya arbetssätt.

Min erfarenhet och mina kunskaper stärker mig i vissheten om att det behövs ett innovativt och tillåtande ledarskap och ett positivt arbetsklimat för att öppna upp för nytänkande. Att förstå och upptäcka vad som är överflödigt i en organisation och att förändra är centrala uppgifter i en slimmad organisation. Alla måste förstå och involveras för att man ska lyckas enligt Lean-filosofin, som är mer än struktur, verktyg och metoder. Forskningen visar att det utöver detta krävs en principiell förändring av synen på chefskap, på styrningen av verksamheten och på medarbetarnas roll (Poksinska, 2012).

Ledarskap och medarbetarskap

En kompetens, som har utvecklingspotential i vården är ledarskap. Att vara chef behöver inte betyda att man är en bra ledare, men skickliga ledare behövs för att medarbetarna ska må bra. Det finns tydliga samband mellan gott ledarskap och friska medarbetare (Majanen, Mellberg & Norén, 2007; Rasulzada, 2007). Utmaningen är nya arbetssätt, samspel ledarskap – medarbetarskap, som lyfter fram medarbetarna och ser utvecklingspotentialen. Lärande är en individuell skapande process. Information och intryck fungerar som stimulans i en process där människor formar sin förståelse.

Mot denna bakgrund kan man se, att traditionellt managementtänkande betonar uppgiften att skapa en verklighet åt människor, medan den nya doktrinen poängterar ledarens roll att vägleda människors skapande. Framtidens ledarskap blir att leda lärande - en ledning via förståelse. Att se förståelse som grunden för personers specifika kompetens och lärande innebär också att synen på kompetensutveckling vidgas (Sandberg & Targama, 1998).

Ledarskap och medarbetarskap utövas bäst i ett samspel och skapar förutsättningar för varandra. Ingen person kan utöva ett gott ledarskap förrän denne har skapat någon form av relation och tillit till dem, som ska ledas. Tillit är en palindrom inte bara genom att det stavas lika från båda hållen. Tillit uppstår i interaktion med dem som blir ledda och det är de ledda, som väljer att hysa tillit till ledaren (Tengblad, 2010). Ledarskap och medarbetarskap är minst lika viktiga som fenomen (Tengblad, 2010). Medarbetare är ofta kompetenta med stor förmåga till individuellt ansvarstagande och mycket engagemang för sina arbetsuppgifter. Forskningen kring och intresset för ledarskap är betydligt större än motsvarande för medarbetarskap. De är emellertid varandras förutsättning. Medarbetarskap som del av ledarskapet, inte som motsats (Tengblad, 2010) (Andersson, 2012). Medarbetarskap är ett begrepp inom ledarskap som fokuserar på de roller, som medarbetare och chef får i en organisation där chefen avstår lite från sin formella makt och lämnar utrymme för medarbetarna. Enligt Stefan Tengblads forskning (2010) kan medarbetarskap ges två olika slags innebörd. För det första den relation, som alla som har ingått ett anställningskontrakt, utvecklar till sin arbetsgivare. För det andra står medarbetarskap för en filosofi, som i grunden handlar om att de anställda bör ha en aktiv och ansvarstagande roll, där de har möjlighet till lärande och utveckling, gemenskap och samarbete, liksom utmaning och stöd. Verksamhet som fokuserar på medarbetarens utveckling i sitt arbete kan bygga förmågan för Medarbetardriven Innovation (MDI). Den nya rollen för medarbetarna innebär bl a en förändring från passiv till mer aktiv roll i verksamhetsutvecklingen. En av grundprinciperna inom Lean filosofin är att medarbetare är kreativa och har förmåga att lösa problem och att denna potential kan användas till nytta för organisationen och dess anställda (Liker, 2004). Medarbetare i organisationer har idéer, lösningar på problem och tänker på ett innovativt sätt, om de vill och får. För att utveckla MDI behövs stödjande strukturer för att möjliggöra för personalens deltagande i innovationsarbete (Poksinska, 2012) Momentet Idélust i Katrineholms Innovationsmodell bygger på detta. Ett annat nyckelbegrepp i modellen är coaching. Vård- och omsorg är en stor och komplicerad organisation. Om vi skulle försöka förbättra hela vårdapparatens på en gång skulle vi förmodligen bli paralyserade. Men om vi lyckas bygga många högpresterande mikrosystem gör de tillsammans den övergripande organisationen framgångsrik. En coach kan hjälpa både chefer och medarbetare att driva förändringsarbete och förbättra vården. Chefer lyfter fram att de lär sig hur man leder förbättringsarbete. Medarbetare i coachteam berättar om en känsla av personlig utveckling och tro på sig själva, när det gäller att delta i utvecklingsarbete (Godfrey, 2013).

Innovation och kreativitet

Att förändra vårdkulturen tar tid, eftersom det handlar om att byta våra mentala bilder, sätta på oss nya glasögon och se oss omkring. Förståelsen av uppdraget styr människors handlande och därför har det betydelse för processen (Sandberg & Targama, 1998). Hur individen förstår sitt arbete är lika med hans/hennes inre mentala bild av sitt uppdrag, arbete och sin uppgift. Det är denna inre mentala bild som avgör, hur han/hon agerar, reagerar, prioriterar, handlar och beter sig. Utan en förändrad förståelse sker heller inget förändrat beteende. Väsentlig förändring sker först genom att en ny förståelse skapats (Sandberg & Targama, 1998). Våra värderingar och normer, som utgör grundläggande motivation, gör att vi gör som vi gör. För att skapa förändring, så kan de behöva omvärderas. Utan förändrade värderingar sker inte förändrade beteenden. För ledare idag, i en värld med så många olika villkor, är utmaningen att vara möjliggörare. En kreativ verksamhet välkomnar nya idéer, ger personlig uppmuntran till utvecklingsarbete, tillåter misslyckanden och bryr sig om medarbetarnas sociala situation.

Det ska finnas en lekfullhet, tid och tillfälle för att få testa nya idéer och att reflektera samt utvärdera. Detta skapar engagemang och motivation. Viktigt är också att sätta motiverande gränser och omsätta idéerna i verkliga produkter eller nya metoder. På kreativa arbetsplatser mår medarbetare, som får vara kreativa bättre, har roligare, trivs med varandra, känner förtroende och är mer sällan sjukskrivna än andra medarbetare. Kreativitet och innovationer bidrar till ekonomisk tillväxt (Rasulzada, 2007).

Egna reflektioner

Det är inte genom att "springa fortare" som vården kan klara av utmaningarna utan genom bl a ett tillåtande arbetsklimat och en välutvecklad problemlösningsförmåga/struktur. Genom utbildning inom ledarskap under flera år och genom den erfarenhet, som jag har skaffat mig i mitt yrkesliv, har jag kommit fram till att det är mer stimulerande och tillfredställande att vara chef och ledare, när det är högt i tak och ett öppet klimat, där olika åsikter kan brytas mot varandra, där idéer får utrymme och där man får vara nyfiken, se möjligheter och arbeta med kvalitet och förbättringar. Utifrån mina erfarenheter tog jag fram ett förslag till grundmodell. Inom denna ram har sedan utvecklingsarbetet pågått i samverkan med personalen på Furulidens vårdboende och Katec AB. Målet är ett innovativt förhållningssätt, som stimulerar kreativitet dvs stimulerar, tillvaratar och utvecklar anställdas idéer och stödjer kvalitets- och förbättringsarbete på arbetsplatsen.

Från idé till modell för implementering

Katrineholms Innovationsmodell (KINVO) – en möjlighet att utveckla ett innovativt förhållningssätt som stimulerar till kreativitet. Modellen är en kombination av två olika moment: Idélust och Innovationsprocess.

Momentet Idélust bygger på möten, idécoacher, kunskap, inspiration och nätverk. Det är här idéerna föds och det är den här delen av modellen som implementeras i verksamheten. Modellens delar skapar idélust. Idéer som inte blir en innovation kan leda till förbättring och ge stöd i verksamhetens kvalitetsarbete. En idé som kan utvecklas till en produkt/tjänst följer sedan momentet för innovationsprocessen tillsammans med en innovationsaktör. Momentet Innovationsprocess bygger på samverkan mellan olika aktörer i samhället. Modellen är utvecklad på Furulidens Vårdboende, används där och inom Resurscenter och Arbete/Sysselsättning, Handikappomsorgen, Katrineholms kommun samt prövas nu i Torshälla på Spångagårdens vårdboende - projekt *Innovationsbärande Miljö*. Fortsatt spridning av modellen sker under innevarande år till fyra nya enheter, två kommunala och två landstingskommunala verksamheter - projekt *Innovationslust i Sörmland*. I handboken "Idélust" är modellen dokumenterad och den används som stöd för införande av modellen.

Det finns två övergripande mål: att verksamheterna utvecklar ett innovativt förhållningssätt, som stimulerar till idéer, både innovativa och mer vardagliga idéer till förbättringar och att personal utvecklar sin förmåga att tillvarata och få nya idéer, tjänster, metoder och produkter som kan komma till användning i verksamheten. Projektets syfte är att visa att Katrineholms Innovationsmodell skapar förändring, förnyelse och utveckling för medarbetare personligen, deras arbetssituation och för arbetsplatsen samt i förlängningen för vården. Syftet regionalt är att vidareutveckla KINVO-modellen och göra den skalbar för framtida spridning lokalt, regionalt, nationellt och internationellt.

Utvecklar projektet *Innovationsbärande miljö* i Torshälla och projektet *Innovationslust* ett innovativt förhållningssätt som stimulerar till kreativitet? Är förändringarna långsiktigt hållbara? Är modellen skalbar för framtida spridning? Vilka är nyckelfaktorerna för att öka förutsättningarna för att skapa en långsiktighet? Dessa frågor kommer att besvaras av följeforskningen av projekt *Innovationslust i Sörmland* som utförs av Mälardalens högskola, Enheten för innovation och design. Den genomför följeforskningen i samverkan med FoU i Sörmland. Dessutom utvärderar FoU i Sörmland pågående projekt *Innovationsbärande miljö* i Torshälla. Enligt en preliminär rapport, baserad på enkätundersökning från mars 2012 och december 2013, har FoU sett att modellen skapar ökad kreativitet och idélust för medarbetarna på arbetsplatsen samt att arbetsklimatet har blivit mer öppet och innovativt. Den slutliga sammanställningen av enkätsvar från utvärderingen och resultaten görs under våren 2014. Resultatet sammanvägs med följeforskningen.

Metod

Den här studien baserar sig på:

- Tre enkäter till dagpersonal (n=34) på Furulidens vårdboende utdelade på arbetsplats-träffar (APT) vid olika tillfällen. Vid tillfälle 1 delades 28 enkäter ut, vid tillfälle 2 delades 24 enkäter ut och vid tillfälle 3 delades 32 enkäter ut. Den första enkäten "Idé och teknik" gjordes tidigt i projektet och den andra efter något år med samma frågor och två tilläggsfrågor angående intresse för innovationer. Den tredje "Din åsikt gällande nya idéer och förbättringsområden på Furuliden?" delades ut i mars 2014.
- Samtal 2014-04-01 med representanter från personal (n=4) varav idécoacher (n=2), idébärare (n=1) och övrig (n=1) vid Furulidens vårdboende. Enhetschefen har ur verksamhetssynpunkt avgjort vilka personer som har möjlighet att delta. Samtalet varade ca en timma och skedde i ett avskilt rum på Furulidens vårdboende och samtalet bandades. Det utgick från övergripande frågor enligt nedan samt följdfrågor:

Berätta om

- hur ni upplevde det att KINVO infördes och utvecklades här på Furuliden
 - erfarenheter? - egna - för arbetsplatsen - personlig utveckling
 - klimatet för idéer och förbättringar?
 - hur ni ser på kreativitet, innovation, ledarskap och medarbetarskap
 - vilka förhållanden är viktiga för dig som personal?
- Vård- och omsorgsförvaltningen inbjöd styrgruppen för projektet på Furulidens vårdboende och nyckelpersoner till workshop 2014-04-05 för diskussion och analys inför fortsatt handläggning inom vård- och omsorgsförvaltningen. "Långsiktig hållbarhet, innovativa miljöer inom förvaltningen". Vilka lärdomar/erfarenheter har gjorts? Vilka är nyckelfaktorerna för att projektet ska övergå i permanent verksamhet?
 - Gruppen diskuterade och analyserade frågeställningen utifrån framgångsfaktorer och motverkande faktorer/kritiska punkter på olika nivåer. Man kom fram till många viktiga framgångsfaktorer och motverkande faktorer/kritiska punkter, som kan ha betydelse för att utveckla och driva verksamheten mot inriktning - ett innovativt förhållningssätt på

följande nivåer: lokalpolitisk, ekonomisk, strategisk ledning, nära ledning, arbetsgrupp, arbetsplats/medarbetare, universitet/FoU, företag/näringsliv, tillsynsmyndighet/juridik och nationell samverkan. För varje område prioriterades de tre viktigaste framgångsfaktorerna.

Förvaltningen har en vilja och ambition att utifrån kunskapsunderlaget diskutera, värdera och analysera för att ta fram ett förslag för beslut. Intressant inför kommande ställningstagande är också resultat från kommande utvärderingar.

- Samtal med enhetschef och projektkoordinator på Furulidens vårdboende angående ledarskap och medarbetarskap

Analysen utfördes i flera steg. I första steget lästes och granskades olika vetenskapliga studier, artiklar och litteratur. I nästa steg insamlades enkäterna, som bearbetades kvantitativt. Samtalen bandades och renskrevs.

Kunskapsbidrag/Resultat

Kunskap från enkäter

Enkät 1 och 2 handlade om teknik. Tjugoåtta personer deltog och besvarade enkät 1 och 24 personer deltog och besvarade enkät 2. Bortfallet på APT beror på ledighet, semester och sjukdom. Vid första mättillfället bedömde 6 personer sin kunskap angående teknik i vården som ganska stor och stor och vid andra mättillfället så bedömde 19 personer sin kunskap som ganska stor och stor. Vid första mättillfället bedömde 7 personer att de pratar om teknik i vården som ganska stor och stor och vid andra mättillfället så bedömde 13 personer att de pratar om teknik som ganska stor eller stor.

Vid första mättillfället angav 22 personer nyttan av ny teknik i vården i framtiden som ganska stor eller stor och vid andra mättillfället så angav 20 personer nyttan som ganska stor eller stor.

Vid första mättillfället svarade 15 personer att de inte visste vart de skulle vända sig när dom har en idé och vid det andra så svarade 23 personer att de vet vart de ska vända sig.

Man kan se att modellen ökat kunskapen om och intresset för teknik, att man pratar om teknik i vården och har stor fantasi angående, vilken teknik i vården som personalen önskar ska finnas när de själva blir gamla. Personalen ger i enkäterna ett 40-tal exempel på teknik, som kan användas i vården. Vid andra mättillfället ges mer konkreta exempel som lyft- och förflyttningsteknik, hobby- och trädgårdsteknik, möjlighet till träning och sjukgymnastik, teknik så man kan klara sig själv, dator, internet, IT och teknik för personalens arbetssituation.

Enkät 3 handlade om nya idéer och förbättringsområden. 32 enkäter delades ut och besvarades. Trettioen personer svarade att de tyckte att kreativa övningar är bra och får dem att öppna sinnet för att tänka i nya banor och är roliga avbrott på möten. Tjugotvå personer uppfattade att man hanterar problem och utmaningar som dyker upp på arbetsplatsen. Tio personer angav att de inte tar tag i problemet. Det framkom också att 21 personer önskar ha en stående programpunkt som handlar om idéer eller problem på framtida arbetsplatsträffar. Sex personer

ville ha speciella mötesplatser, såsom idécafé och förbättringsmöten. Elva personer angav att de hade behov av tid, helst arbetstid och stöd, hjälp av coacher för att arbeta vidare med en idé som de funderat på.

Kunskap från samtal/intervjuer

Erfarenheter som framkommit i samtalet var:

- att utvecklingsarbetet med KINVO varit roligt, intressant, spännande, lärorikt med mycket jobb för att utveckla idéer
- att utvecklingsarbetet blev en öppning för personal med idéer samt att det kändes skönt med coachhjälp
- att utvecklingsarbetet från idé mot produkt har upplevts luddigt och ostrukturerat, helt enkelt svårt att få grepp om. Det tar lång tid och det finns en risk för att man tappar gnistan
- att samarbetet med NMT:s coach varit en förutsättning för idéutvecklingen. Det var betydelsefullt och stödjande
- att man flera gånger återkommer till att APT är ett viktigt forum för att ta upp idéer och diskutera samt att man vill ha stöd och struktur för att hålla det levande
- att avsätta tid på arbetstid framförs som viktigt och det bör inte inkräkta på de boendes tid
- att synen på förbättringsarbete har förändrats och är mer en del av vardagen
- att personlig utveckling framkommer tydligast för idébärarna

Det framkom också att arbetssättet gett förutsättningar för nya idéer och förbättringsarbete och bl a togs följande upp:

- Arbetsklimatet har varit bra. Idéer får komma fram och tas upp för bearbetning. Det blåser förändringsvindar både ute och inne. Man har förändrat sig, lyssnar in och tar mer ansvar. Det känns bra.
- Personalen beskriver att det framförallt är förbättringar inte nya idéer, som nu kommer upp och att det är tillåtande att komma med idéer. Man tänker mer på förbättring, utveckling i vardagen och är mer öppen för att prova. Man frågar de äldre mer om hur de vill ha det och gör fler individuella insatser.

Ett bra exempel på samarbete var när dagverksamheten hade ett problem, som man hittat en lösning på. Man bad då Handikappomsorgen ta fram en prototyp. Det framkom också i samtalen att teknik kan vara såväl skrämmande som intressant och att man kan ha nytta av den. Att man ska använda den när den finns, att den är bra ett komplement, men att den inte får ersätta den mänskliga insatsen. Det framkommer också i samtalet med personalen att de uppskattar det tillåtande och mer öppna klimatet. Det är mer accepterat att prova och lyssna in, för att kunna arbeta mer individuellt med de äldre. Detta ökar möjligheterna att ta ett större ansvar.

I samtalet med enhetschefen framkommer att hon lärde sig mycket under processen och att det varit en "härlig resa". Tillsammans tog man ett steg i taget, väntade in varandra för man ville agera gemensamt. Chefen ville ha personalen med sig, men lyckades ej få med sig alla. Ställde sig själv inte längst fram, utan lät idécoacherna stiga fram. Hon var ett stöd, en möjliggörare,

var engagerad och entusiastisk samt öppen för samarbete. I samtal med projektkoordinatören framkommer ett coachande ledarskap och ett öppet och kreativt klimat med många idéer av vilka tre utvecklats till prototyper. En idé är idag en produkt på marknaden.

Kunskap från workshop

Det framkom i arbetet under workshopen att förutsättning för att utveckla och driva utvecklingsprojekt är att det finns stöd från såväl politisk som strategisk ledning samt att den nära ledningen är involverad, ger stöd, är möjliggörare och tar hjälp av medarbetarna.

Dessutom framkommer följande framgångsfaktorer, som kan ha betydelse för utveckling av ett innovativt förhållningssätt:

- att det på det lokala, politiska planet finns tillit till projektet och en dialog mellan sakkunnig projektansvarig och politiken
- att man är beredd att investera på flera nivåer för tillväxt/god vård/arbetsmiljö samt att man har tillgång till ett professionellt ekonomiskt underlag
- att den strategiska ledningen är involverad, är stöd och möjliggörare samt uthållig
- att arbetsgruppen på arbetsplatsen har ett tillåtande klimat, situationsanpassat ledarskap och tid avsatt för utvecklingsarbete
- att medarbetarna är förändringsbenägna/modiga, är nyfikna och intresserade

Utvecklingsområden som framkom i dialog kring motverkande faktorer/kritiska punkter är ämnen för fortsatt utvecklings- och/eller forskningsarbete som:

- att det saknas övergripande riktlinjer kring flera juridiska frågor, bl a ägandefrågor för kommuner och landsting
- att kulturskillnaden mellan akademi, näringsliv och offentlig verksamhet påverkar samverkansmöjligheterna
- att systemet är komplext från idé till produkt

Egna reflektioner och slutsatser

Införandet av modellen på Furulidens vårdboende har visat tillsammans med kunskaper framkomna i enkäter, samtal och vid workshop att det är följande förutsättningar, som kan ha betydelse för utveckling av ett innovativt förhållningssätt. Det verifieras också av Bozena Poksinskas forskning (2012).

- Ett tillåtande klimat
- Ett coachande ledarskap
- Stöd och struktur för utvecklings- och innovationsprocessen
- Avsatt tid för utvecklingsarbete
- Fastställd mötesplats

Arbetet med att utveckla och införa Katrineholms Innovationsmodell och erfarenheter från tidigare yrkesliv och utbildning har givit mig insikt i och kunskap om vad som kan vara viktigt för att utveckla ett kreativt klimat. Detta stämmer väl överens med forskningen och det som framkommit ovan. Jag vill emellertid komplettera med ett par faktorer, som kan ha betydelse

för ett lyckat resultat såsom uppföljning och utvärdering. Min slutsats är att jag har sett att arbetet med att införa modellen på Furulidens arbetsplats har ökat både kunskapen om teknik och förutsättningarna för nya idéer och förbättringsarbete. Klimatet har blivit mer öppet och det skapar ökad kreativitet och idélust bland medarbetarna. Personalen tänker mer på förbättring, utveckling i vardagen och är mer öppen för att prova. Man frågar de äldre mer om hur de vill ha det och ger mer individuella insatser.

På grund av de juridiska och rättsliga oklarheterna har det stundtals varit ett svårmanövrerat och tidskrävande arbete att ta fram Katrineholms Innovationsmodell. Mot denna bakgrund behövs en utredning för att ta fram förslag till riktlinjer för att underlätta för andra kommuner och landsting att vilja arbeta mer innovativt. Det finns dessutom en stor risk för att personal inte slutför utvecklingsinsatser och tar en idé till produkt/tjänst på grund av att produktutvecklingsprocessen är komplex. NovaMedTech arbetar med metoder och processer för att underlätta för idéägare att komma över hinder och barriärer med målsättning att utveckla en nätverks- och innovationsmodell.

I min undersökning för *Uppdrag Kunskap* av hur personalen upplevt att KINVO infördes och utvecklades på Furulidens vårdboende har mycket framkommit, som stämmer överens med min ursprungstanke för moment "Idélust" i modellen. Det bygger på möten, idécoacher, kunskap, inspiration och nätverk. Idéer som inte blir en innovation kan ändå vara en förbättring och bli ett stöd i verksamhetens kvalitetsarbete. Ja, det är mycket som talar för att jag tänkte rätt, när jag skapade grunden till modellen och att den utvecklade modellen är möjlig att införa och använda. Kan jag med mitt arbete bidra till att utveckla ett enkelt användbart, funktionellt verktyg - KINVO som skapar möjlighet att utveckla ett innovativt förhållningssätt, så ökar förutsättningarna för att påverka microsystemet – det nära mötet där värde skapas för äldre och sjuka äldre.

Det samlade resultatet överlämnas till Mälardalens högskola till deras pågående uppdrag med följeforskning.

Plan för fortsatt förverkligande

Under den här rubriken beskriver jag händelser, som jag är involverad i på olika sätt och som har betydelse för hur modellen fortsatt kommer att spridas.

- FoU i Sörmland kommer under hösten 2013 och våren 2014 att driva projektet Innovationslust, vilket innebär att Katrineholms Innovationsmodell testas på 4 enheter i form av testbädd. Modellen kommer att införas på Flens vårdcentral, Hjälpmedelscentralen och två kommunala enheter i Eskilstuna. FoU i Sörmland ansvarar för pågående testverksamhet, marknadsför och sprider modellen och avser att använda den i framtiden. Med stöd av resultatet från *Uppdrag Kunskap* och följeforskningen, som visar om modellen är skalbar och vad som händer, när enheter använder modellen på kort och lång sikt för individ, samhälle samt vård och omsorg, kommer FoU att fortsatt utveckla modellen.
- Följeforskaren kommer att presentera resultaten i vetenskapliga tidskrifter, 1-2 artiklar. I januari 2015 kommer en slutrapport. I oktober 2015 görs en tredje enkätundersök-

ning som sammanställs och överlämnas till SKL och VINNOVA. Katrineholms Innovationsmodell är införd i SKL:s Verktöglåda och får därmed en spridning över landet.

- Modellen har hitintills presenterats på ett flertal konferenser och kommer att göra så i fortsättningen också. Närmast på NMT:s konferenser 2014-05-20 i Katrineholm samt 2014-05-27 i Örebro samt i reportage och på hemsidor för Katec AB och NMT. Den ingår som ett projekt i NovaMedTechs projektportfölj och sprids via deras nätverk, nationellt och internationellt.

Litteratur

- Akner, Gunnar (2012). Multisjuklighet hos äldre. I T. Andersson, *Förutsättningar för förbättringsarbete i hälso- och sjukvården*. Skövde: Forum för verksamhetsutveckling, Högskolan i Skövde.
- Godfrey, M.M. (2013). *Improvement capability at the front lines of healthcare. Helping through leading and coaching*. Jönköping: Hälsohögskolan Jönköping.
- Lantz, K-Å. & Wäreborn Schultz, C. (2006). *Riv stuprören! Från stuprörssamhälle till flödessamhälle*. Uppsala: Konsultförlaget/Uppsala Publishing House.
- Liker, J. (2004). *The Toyota way: 14 management principles from the world's greatest manufacturer*. New York: McGraw-Hill.
- Majanen, P., Mellberg, L. & Norén, D. (2007). *Äldrelivsbranschen. En framtidsbransch*. Stockholm: KK-stiftelsen.
- Odén, B. (2012). *Äldre genom tiderna. Åldrande och äldrepolitik som en historiker ser det*. Stockholm: Carlsson.
- Poksinska, B. (2012). *Projekt: Lean-filosofin och chefskap i vården. Förutsättningar, former och processer*. Linköping: Linköpings universitet.
- Rasulzada, F. (2007). *Organizational creativity and psychological wellbeing. Contextual aspects on organizational creativity and psychological wellbeing from an open systems perspective*. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Rom, M. (2006). *Närvård i Sverige 2005*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Sandberg, J. & Targama, A. (1998). *Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Tengblad, S. (2010). *Medarbetarskap på 60 minuter*. Skövde: Högskolan i Skövde.
- Preliminär sammanställning av uppföljning projekt Innovationsbärande miljö, Spångagården, Torshälla, Mars 2013- december 2013.
- SKL. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre. En resultatrapport 2012*. Stockholm: Författaren.

Utvecklingsarbete

Det existentiella samtalets betydelse för äldre

Sven-Erik Henriksson

sven-erik.henriksson@comhem.se

Handledare Markus Idvall

Det existentiella samtalets betydelse för äldre

"Jag finner stor glädje att tala med de äldre. De har tillryggalagt den väg vi alla ska gå och vet var den är ojämn och hård och var den är jämn och lätt".

(Platon, 427 – 347 f.Kr.)

"Livet är ett konstverk som förtjänar den största uppmärksamhet".

(Klaus Rifbjerg)

Inledning

När människan upplever att livet börjar gå mot sitt slut kan det finnas ett behov av att klarlägga de existentiella frågorna om livet. Det kan handla om det förflutna, om liv, död och lidande, men också om framtid. Det existentiella samtalet kan vara en väg att finna frid i sitt åldrande och samtidigt en möjlighet att lägga minnen, upplevelser och frågor till rätta till sitt eget livsbokslut. Att åldras kan också vara förenat med känslan av existentiell ensamhet då avståndet till anhöriga kan öka.

I min profession som sjuksköterska, lärare och chef inom geriatrik/äldreomsorg, kirurgi- och onkologivård har jag under 40 år mött patienter och anhöriga som funnits i utsatta och kritiska situationer där livets självklarhet bleknar när hotet mot den egna existensens blir utsatt för prövningar. I dessa möten har jag också mött åldrande människor som har beskrivit sin upplevelse att bli gammal och att deras liv står inför ett oåterkalleligt avslut. Mina samlade erfarenheter från dessa möten har påverkat mig i stor utsträckning. De existentiella frågorna blir uttalade när vi närmar oss horisonten, men de är också frågor som måste bejakas genom hela livet. Anledningen till att jag har valt att beskriva det existentiella samtalets betydelse i vård och omsorg om äldre är att jag upplever att dessa samtal är eftersatta eller helt uteblir.

Vården fokuserar på att se till ett botande och läkande förhållningssätt. När botande behandling inte längre har effekt ska vården övergå till lindrande behandling. Vid dessa skrytpunktsamtal ska läkaren informera den enskilde och/eller hennes anhöriga. Dessa samtal uteblir i stor utsträckning och frågorna lämnas då obesvarade, årsrapport palliativ-registrets resultat av palliativ vård (2013). Tidigare undersökningar som genomförts beskriver läkares svårigheter att hantera patienten och anhörigas känslor då de måste lämna tråkiga besked (Ungar, Alperin, Amiel, Beharier & Reis, 2002).

Vårdpersonal saknar tid för reflekterande samtal. De beskriver också avsaknad av kunskap och kompetens för att möta de svåra frågorna och samtalen om liv och död. Vårdinsatser som tröst och stöd har alltid funnits hos vårdpersonalen att lägga till de stora omfattande vårdinsatserna,

med hög kvalitet, som ges inom vården av äldre. Kunskap om åldrandet är ett annat viktigt och eftersatt område som vårdpersonal beskriver att de saknar. Tid för samtal och kunskap om åldrandet måste vara viktiga och bärande delar i äldreomsorgen. Vi måste förstå att åldrandet är en del av livet på samma sätt som barndom är början till detsamma. Närhet, förståelse och omtanke är en förutsättning för ett gott liv. När vi växer in i åldrandet sker en successiv förändring av våra värderingar. Detta tillstånd och denna nya dimension är beskriven i litteraturen och vi måste lyfta blicken och fånga den för att bättre förstå den åldrande människans tankar och frågor om liv och död, när hon väcker dom.

Frågan om liv och död, kärleken, tiden och meningen med allt har vuxit i takt med mitt eget åldrande. Hälsans betydelse i livet och åldrandet, KASAM (Westlund, 2009) har varit en annan väg in i ett växande intresse för ämnesområdet. Kunskapen om gerotranscendens teorin (Tornstam, 2005; Wadensten, 2010) beskriver och stärker förståelsen för utvecklingsprocessen mot åldrande.

Socialstyrelsens vägledning om värdighetsgarantier (Socialstyrelsen, 2011) ger förslag om hur kommuner kan utforma värdighetsgarantier i äldreomsorgen där tanken ska utgå från etiska värden. Här betonas begrepp som självbestämmande, respekt, integritet och god kvalitet. Vägledningen beskriver inte det existentiella samtalens betydelse, men genom att medverka till att genomföra samtal skulle man därigenom bidra till att öka livskvaliteten för människan.

Vi mäter många parametrar i äldreomsorgen, men ingenstans kan jag finna något som beskriver att de existentiella frågorna eller det existentiella samtalet får ett viktigt och värdefullt utrymme i äldreomsorgen. Vårdpersonal beskriver sin brist på tid och kunskap och där måste ansvariga skapa förutsättningar för att bättre kunna möta behovet, viljan och förhoppningen hos människan att få "leva tills hon dör".

Syfte

Att beskriva människans behov att tala om de existentiella frågorna när man blir äldre. Att påvisa att vården måste uppmärksamma detta och ha beredskap för att möta den äldre människans möjliga behov och önskan om att reflektera över det upplevda livet, men också den nära förestående döden. Att ge förslag till utvecklingsarbete inom området som kan bidra till ett bättre liv för sjuka äldre.

Frågeställningar

Att medverka till att möjliggöra det existentiella samtalet med äldre är ingen lätt fråga. *Vad händer med människan när hon åldras? Har vi tillräckliga kunskaper och resurser att möta den äldre människans behov av samtal?* Det finns inget som idag beskriver att vårdpersonal ska besitta kunskap inom detta område. Trots att vårdpersonalen beskriver att de möter äldre i vårdsituationen som försiktigt påtalar behovet av att prata om de existentiella frågorna, så finns en risk för att samtalet uteblir då personalen saknar kunskap att bemöta, besvara eller samtala.

Existentiella samtal kräver tid – finns den? Att prata om de existentiella frågorna kan vara känsloladdat för den unga vårdpersonalen när frågor om livsbokslut och död kommer in på. När behovet av de existentiella frågorna behöver formas i samtalet är det av största vikt att

vårdpersonalen också är beredd att vara lyhörda, ha kunskap och vara närvarande. Forskningen visar att vårdgivare som misslyckats med att möta människans behov av samtal kan orsaka ett existentiellt lidande för den enskilde (Dahlberg 2002). Ett sådant lidande kan tolkas som depression och kan leda till felaktiga stöd- eller behandlingsåtgärder och risken för att utveckla psykisk ohälsa ökar.

Varför saknas ett nationellt vårdprogram för palliativ vård i äldreomsorgen? I det första *Nationella vårdprogrammet för palliativ vård*, (2012-2014) beskrivs programmet att vara anpassat även till den kommunala äldreomsorgen, oavsett diagnos. Programmet tenderar dock i betydande omfattning att vända sig till personal som vårdar svårt sjuka människor.

Hur kan vården erbjuda meningsfulla aktiviteter som tar hänsyn till den enskildes önskan? Genom att vara i framkant och möta behovet medverkar vi till att den äldre människan kan utvecklas och leva hela livet. Vårdpersonal måste erhålla kunskaper och förändra attityder till åldrandets processer och förstå vad som krävs för att bibehålla eller höja livskvaliteten för den åldrande människan och denna kunskap kan endast erhållas genom samtal.

Bakgrund

Bristerna är fortfarande stora i vårdens ambition att möta människans existentiella frågeställningar (Bolmsjö, Hermeren & Ingvar, 2002). Socialstyrelsen (2007) påtalar människans behov av det existentiella samtalet i vården. Genom att medverka till att genomföra samtalet skulle man därigenom bidra till att öka livskvaliteten för människan.

I det nationella vårdprogrammet för palliativ vård, kortversion (2012-2014) beskrivs palliativ vård oberoende av diagnos, ålder, etnicitet, bakgrund eller andra faktorer. Vårdprogrammet är avsett att vara till hjälp i det dagliga palliativa arbetet och har fokus på allmän palliativ vård i livets slutskede och ska kunna ges av all vårdpersonal. I programmet beskriver man respekten för människans autonomi och integritet och vikten av att känna till människans föreställningar (s.13). Det är genom samtalet som vårdpersonalen får möjlighet att informera om situationen, hjälpa, kartlägga och stödja i existentiella frågor men också ta del av den enskildes önskemål och tankar om sin orientering i tillvaron.

Forskningen påvisar brister i vården av personer vid livets slut (Dahlberg, 2002) då vårdpersonal ofta är rädda att tala om döden med sina patienter. Denna observation kan innebära att den äldre människan väljer att inte påtala behovet av att prata om de existentiella frågorna eller om sin nära förestående död, med vårdpersonal.

Avsaknaden av möjligheten att reflektera över de existentiella frågorna kan leda till sänkt livskvalitet med inslag av ohälsa och psykisk oro. Psykisk ohälsa hos äldre leder i stor utsträckning till farmakologiska behandlingsåtgärder framför ickefarmakologiska omvårdnadsåtgärder, där samtalet kan vara en möjlig väg som måste prioriteras, framför ordinationer av läkemedel.

Psykiatrikern Carl Jung ansåg att människan under sina femtio första år ägnar sig åt att orientera sig i den värld hon lever i. Resten av livet behöver hon för att lära känna sig själv vilket stärker tesen att människan under sitt liv aldrig slutar att utvecklas vilket inte har varit en rådande uppfattning tidigare. Gerotranscendensteorin (Tornstam, 2005) ger belägg för detta

och beskriver den äldres psykologiska utveckling där känslan av balans med livet understryks om det sätts i fokus.

Att åldras innebär också ökad risk för sjukdom med åtföljande funktionsförluster. En stor del av arbetet inom äldreomsorgen viks för HSL-insatser och mycket kommer därför att kretsa kring det sjuka. Målet med HSL-insatserna blir då att gå från sjukt till friskt. Här finns det en uttalad risk för att äldreomsorgen blir upptagna av ett patogent synsätt som kan leda till att vårdpersonalen fastnar i det sjuka och inte noterar att människans behov av upplevd hälsa kan stärkas och hämtas hem, trots upplevd sjukdom, genom ett förändrat synsätt. Aaron Antonovsky, medicinsk sociolog, har utvecklat tanken om det salutogena synsättet och KASAM-begreppet, (Westlund, 2009) där det bärande budskapet bygger på hälsans ursprung. Den salutogena idén beskriver hälsan som en resurs för människan i hennes i liv där sjukdomar är en del av livsvillkoren. Den beskriver också en idé om att människan måste bli delaktig i sin vård och omsorg för att förstå känslan av sammanhang, begriplighet och meningsfullhet och därmed kunna bibehålla känslan av upplevd hälsa och livslust. Med ökad livslust stärks viljan till engagemang och intresse. Det salutogena synsättet måste anses vara en väg till att bättre förstå och samtidigt bidra till förhöjd och upplevd livskvalitet trots närvaro av sjukdom.

Metod

I mitt underlag för detta arbete hänvisar jag till egna upplevelser och erfarenheter från drygt 40 års tjänst inom vård och omsorg och möten med människor som varit i stort behov av samtal, stöd och tröst. Jag har också valt att använda erfarenheter som utvecklingsledare från implementering av nationella kvalitetsregistren – *Bättre liv för sjuka äldre*.

Under min tid som sjuksköterska/chef inom äldreomsorgen har jag medverkat och ansvarat för ankomstsamtal vid inflyttning av ny gäst på äldreboendet tillsammans med anhöriga. Att flytta till ett äldreboende är ofta ett resultat av att den äldre har förlorat funktioner som innebär att hon är i behov av uttalad hjälp och stöd för att klara sitt uppehålle. I dessa samtal fanns möjlighet att dels informera om det nya boendet men också att låta sig informeras om önskemål från den nya gästen. Ankomstsamtalen genomfördes ca 2-3 veckor efter inflyttningen. Anledningen till detta var att jag upplevde att det var förenat med ett stort steg att "lämna hemmet" och att flytta från det egna boendet till ett äldreboende och tiden behövdes för att "landa" i den nya miljön och samtidigt finna en väg till trygghet och mening och med nya förutsättningar.

Ankomstsamtalet är i stor utsträckning en fråga om att hantera de praktiska frågorna. Det som sedan utvecklar sig i den nya miljön är att finna vägar till en meningsfull tillvaro. Genom att vårdpersonal upprättar genomförandeplaner, i samtal med den äldre, klarnar bilden av vad den äldre behöver för stöd och framför allt HUR vårdpersonal kan stödja och hjälpa i mötet. Dessa planer ska löpande uppdateras då förändringar av vårdbehovet sker. Tyvärr sker inte detta på ett tillfredsställande sätt vilket leder till att vårdpersonalens förhållningssätt inte alltid stämmer överens med den äldres behov och önsknings. Mina erfarenheter beskriver också att vårdpersonal i mycket liten omfattning tar del av genomförandeplanerna som ett stöd för sitt arbete. Inte i några av dessa genomförandeplaner kommer de existentiella frågorna att på ett naturligt sätt att införlivas i planen.

Utöver ankomstsamtal och upprättande av genomförandeplaner efterfrågas numera också en levnadsberättelse, som ofta skrivs av den äldre och anhöriga tillsammans och överlämnas till vårdpersonal. Denna berättelse tangerar också de existentiella dimensionerna vilket kan vara en möjlig väg för vårdpersonal att fånga behovet av samtal om det levda livet. Jag menar att det är just livsberättelsen som kan vara grunden för det meningsfulla i att åldras. Min uppfattning är att andelen skrivna levnadsberättelser som lämnas över till vårdpersonal är förhållandevis liten och används i ringa omfattning som en ny kunskap av vårdpersonal.

I mitt arbete som sjuksköterska kunde jag iaktta bilden av en äldre människa som sitter i dagrummet eller i sin lägenhet försjunken i tankar. När jag försiktigt frågade om allt var bra, så var svaret ofta återkommande: Jo, det är bra med mig, jag sitter bara här och funderar. Funderandet var tankar om det levda livet och om förluster av vänner och bekanta, om arbetet på lantgården, bruket på orten, eller i hemmet och om barnen som nu är stora och har bildat egna familjer, men också tankar om att inte längre finnas till. Gerotranscendens – det positiva åldrandet, Tornstam (2005) och Wadensten (2010) beskriver ett perspektiv där livet går mot mognad och vishet, och processen som leder dit – en väg att söka balans mellan förluster och tillgångar i sitt åldrande. Med den kunskapen blir jag stärkt och får bekräftelse från möten med många äldre människor. Människan blir mer omsorgsfull i valet av sociala aktiviteter och beroendet av omvärlden och sociala nätverk kan avta till förmån för den kontemplativa och positiva ensamheten där man blir mer selektiv i sina val. Trots att äldre kan uppleva förluster av nära och kära och kroppsliga funktioner har de förmågan att behålla känslan av tillfredsställelse och välmående. Att bli gammal innebär inte enbart att man utsätts för förluster, det är också en tid i livet då den personliga utvecklingen fortgår.

Diskussion – Kunskapsbidrag

Jag vill med mitt arbete påvisa att människans har behov av att reflektera och samtala om de existentiella frågorna under hela livet. Behovet kan bli mer uttalat när människan utsätts för prövningar genom svår sjukdom eller upplever, i sitt åldrande, att livet går mot sitt slut. Genom litteraturstudier och egen erfarenhet stärks tydligheten att samtalet om de existentiella frågorna är en naturlig del som vården måste uppmärksamma. Kunskapen om åldrandets processer måste vara väl förankrat hos personal som i sin yrkesutövning möter äldre människor - Livets korthet kan tydliggöra nuet och dess möjligheter. Så länge vi lever finns meningskällorna kvar och människan måste ges möjlighet att ta vara på dessa. Kunskapen om gerotranscendens – det positiva åldrandet, öppnar vägar för ökad förståelse hos vårdpersonal när människans önskan att söka balans i livet blir tydligt i åldrandet. KASAM-teorins förklaring är ett annat område som kan medverka att stärka upplevelsen av trygghet och begriplighet i åldrandet.

Det är viktigt för vårdpersonal att genom samtalet erhålla och förstå bilden av den äldre människan som bär med sig en historia med minnen och upplevelser som präglar och har präglat henne under sin vandring genom det levda livet (Jönsson, 2011). Den äldres önskan är rimligen sådan att hon ska bli sedd för den hon är med sina särintressen, erfarenheter, nyfikenhet och önskningar och *att få åldras i vår tid - med sin upplevda tid i famnen.*

Varje liv har ett slut någon gång. Det är livsvillkor som kan oroa, men tanken på livets korthet kan också förhöja livskänslan och skapa glädje. Vi förstår inte alltid att uppskatta det självklara, men den dag vi inser att livet är ändligt kan vi möjligen göra kloka val och satsa på det som ger

livet mening. Svår sjukdom eller ålderdom kan vara ett närmande till att värdera livet och bättre ta vara på stunderna. Förklaringen ligger i att döden gör sig påmind. Strang (2013) beskriver möten med patienter som vittnar om att livet sällan är så intensivt som när man möter eller har blivit påmind om döden som en realitet. Döden påverkar oss genom hela livet, vare sig vi vill kännas vid det eller ej.

Det existentiella samtalet bör vara en naturlig del av vård och omsorgens möte med människan. Det existentiella samtalet har varit uppmärksammat i vården av svårt sjuka människor och har utvecklats inom hospicerörelsen medan den har utelämnats inom äldreomsorgen. Frågan har starkt förknippats med den svårt sjuke och döende patienten. Min erfarenhet säger att det alltid varit så och att den är starkt knuten till ett patogent synsätt. Vårdpersonal i äldreomsorgen behöver tydligare stöd för att möta den äldre människan som dör i sjukdom eller som vidmakthållit hälsa fram till sin bortgång.

Att åldras är en fas i livet som är unik. Livets förutsättningar förändras på ett påtagligt sätt. Det är viktigt att vårdpersonal uppmärksammar att vårdtagaren har rätten att förvänta sig ett gott bemötande och en omvårdnad med hög kvalitet och också ha kunskap att förstå åldrandet. För att skapa optimala förutsättningar krävs att vårdtagaren är delaktig med närhet i sin vård och informeras på ett sådant sätt att det är begripligt och hanterbart men att det också ska vara möjligt att påverka. Målet för omvårdnaden ska, så långt det är möjligt att den ska, upplevas trygg och meningsfull för den som blir föremål för den.

Livsfrågorna är våra följeslagare under hela livet. Det finns därför anledning och behov av att få reflektera över dessa. Det blir sannolikt mer aktuellt när vi utsätts för prövningar, genom svår sjukdom eller när vi förstår att vi inte är odödliga eller när själslig smärta gör sig påmind. Vad är meningen med livet och vad är meningen med det här? Människan har ett grundläggande behov att finna mening med livets frågor (Frankl, 1977). Svaret på frågan om meningen med livet är ett resultat som vi själva måste upptäcka, om vi har behov av att finna svaret. Vi måste utgå från att den äldre människan med stor sannolikhet "snider" på tankarna för att åstadkomma något som kan nämnas begripligt och förståeligt. Människan har därför behov av reflektera ensam eller tillsammans med någon.

Det svåra samtalet i livet är de frågor som handlar om döden. Vårdpersonalen saknar kunskap och färdigheter att möta dessa och har svårt att tala om dem (Dahlberg, 2002). Här finns ett eftersatt ämnesområde som bör kunna befruktas med kunskap, reflektion och samtalscirklar för vårdpersonal. Det finns klara samband mellan det uteblivna existentiella samtalet och psykisk ohälsa (Dahlberg, 2002) vilket kan leda till olämpliga behandlingsåtgärder.

Referenser

- Bolmsjö, I., Hermerén, G. & Ingvar, C. (2002). Meeting existential needs in palliative care - who, when, and why? *Journal of Palliative Care*, 18, (3), 185-191.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22, (1), 4-8.
- Frankl, V. (1977). *Livet måste ha mening*. (5 uppl.). Stockholm: Bonniers.
- Jönsson, B. (2011). *När horisonten flyttar sig. Att bli gammal i en ny tid*. Stockholm: Bromberg.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2012). *Kortversion. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*. Stockholm: Författaren.

- Socialstyrelsen. *Värdighetsgarantier i äldreomsorgen*. Hämtad maj, 28, 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/nationellvardegrund/Sidor/vardighetsgarantier.aspx#>
- Socialstyrelsen. (2007). *Forskning som speglar vården i livets slutskede. Sammanställning av aktuell forskning*. Stockholm: Författaren.
- Strang, P. (2013). *Så länge vi lever. Hur insikten om livets korthet kan tydliggöra nuet och dess möjligheter*. Örebro: Libris.
- Svenska Palliativregistret. (2013). *Årsrapport för Svenska palliativregistret verksamhetsåret 2013*. Hämtad maj, 28, 2014 från <http://palliativ.se/wp-content/uploads/2014/03/SvenskaPalliativregistret2014.pdf>
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence. A Developmental Theory of Positive Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Ungar, L., Alperin, M., Amiel, G.E., Beharier, Z. & Reis, S. (2002). Breaking bad news. Structured training for family medicine residents. *Patient Educational and Counseling*, 48, (1), 63-68.
- Wadensten, B. (2010). *Det naturliga åldrandet. Om vägen mot gerotranscendens*. Lund: Vård-förlaget.
- Westlund, P. (2009). *Salutogen GPS för ett gott bemötande*. Stockholm: Fortbildning/Tidningen Äldreomsorg.

Utvecklingsarbete

Kan det patogena och salutogena synsättet samordnas i hälsoprevention till äldre?

**Äldre personers upplevelser av att genomföra en hälsokontroll med
Modifierad Geriatrisk Riskprofil**

Britt Mari Ligne Carlsson

bmlignecarlsson@gmail.com

Handledare Jimmie Kristensson

Kan det patogena och salutogena synsättet samordnas i hälsoprevention till äldre?

Äldre personers upplevelser av att genomföra en hälsokontroll med Modifierad Geriatrisk Riskprofil

Introduktion

Redan när jag på 70-talet tjänstgjorde som sjuksköterska i den slutna vården hade jag siktet inställt på den öppna hälso- och sjukvården. Mina uppdrag har skiftat genom åren; vårdlärare, projektledare, skolsköterska, distriktssköterska, chef inom äldreomsorgen och på senare år utredare och kvalitetssamordnare på socialförvaltningen i en mindre kommun. Ämnesområden som tidigt intresserat mig är: samhällsfrågor, socialmedicin, samverkan och folkhälsa. Både sjukvården och äldreomsorgen har genomgått stora förändringar under mitt yrkesliv. För fyrtio år sedan kunde äldre bo på landstingets avdelningar för långtidssjukvård utan att ha någon annan hemvist. Tjugo år senare har kommunerna övertagit stora delar av vården och omsorgen om äldre och 70-talets långvårdspatienter bor nu i stor utsträckning hemma i sin ordinära bostad. Dagens vård och omsorgssystem bidrar inte till helhetssyn, eller till att sätta in äldres problem i ett livssammanhang och inspirera dem till delaktighet i de åtgärder som behövs. Under flera år på 2000-talet bedrevs av kommunen och primärvården samarbete med förebyggande hembesök till äldre. Resultatet av det arbetet visade att äldre ofta har bekymmer med att veta vart de ska vända sig för att få stöd och hjälp att samordna sin hälsa och livssituation. Om inte kommunerna i samverkan med primärvården prioriterar uppbyggnaden av en bred förebyggande verksamhet till äldre återstår att så tidigt som möjligt identifiera vilka äldre som är i störst behov av stöd och hjälp med sin hälsa så att äldres livskvalitet har förutsättningar att bli så goda som möjligt under de år som återstår. Mina förhoppningar är att min studie ska spridas och visa beslutsfattare att om samma enkla preventiva metod/er systematiskt används inom vård och omsorgsarbetet med äldre, både i primärvården och kommunen, påverkas både organisationerna och äldre kommuninnevänares hälsa och vardagsliv i en positiv riktning. Dessutom önskar jag att min undersökning kommer att bidra till att öka det salutogena synsättet i samtal med äldre.

Syfte

Det övergripande syftet är att stärka äldre personers förutsättningar att i ett tidigt skede bibehålla eller återvinna sin hälsa och att bidra till trygghet för äldre och närstående, om och när sjukdom uppkommer.

Syftet med den här studien är att undersöka äldre personers upplevelser av att genomföra en hälsokontroll med verktyget Modifierad Geriatrisk Riskprofil (M-GRP).

Frågeställning

Kan det patogena och salutogena synsättet samordnas i hälsoprevention till äldre?

Problemområden

Enligt min erfarenhet finns minst fyra områden som borde förändras för att livet ska kunna bli bättre för många äldre personer:

Det första är att samordningen av vården i äldres närmiljö brister och det leder till att ingen ser eller tar ansvar för helheten av den äldre människans hälsa och livssituation. Flera studier utvärderar samverkan mellan landstinget och kommunen men utan särskilt uppmärksammat resultat.

Det andra är stuprörstänkande, den ökade specialiseringen inom vården och omsorgen om äldre som utgör en grogrund för att äldre ibland får insatser de inte behöver eller inga insatser alls. Trots uttrycket "individen i centrum" utgår vårdens huvudmän ofta utifrån vad som gagnar den egna organisationen.

Det tredje är kortsiktiga budgetar som leder till att det är svårt att utvärdera tydliga vinster av det hälsofrämjande arbetet och detta gör att hälsofrämjande arbete ofta avslutas när projektpengarna, t ex de statliga stimulansmedlen, tar slut. Samhället finansierar i stor utsträckning kostnaderna när problemen växt sig stora istället för att avsätta vissa medel för ett systematiskt preventivt arbete som kan leda till att fånga problemen för äldre i ett tidigare skede.

Det fjärde är att tydliga övergripande riktlinjer för hur hälsofrämjande arbete till äldre ska gå till inom kommuner och primärvård saknas (Gurner & Thorslund, 2003). Om mål, generella riktlinjer och även samsyn inte finns leder det till att äldre identifieras för sent, först när problemen redan har uppstått. För ett hälsosamt åldrande behövs mera forskning dels på bra metoder som kan inspirera dem som har en risk för att utveckla en sämre hälsa till livsstilsförändringar och dels på hur samhället på olika sätt kan underlätta för de äldre att leva ett aktivt liv och fortsätta vara delaktiga (Karp, Agahi, Lennartsson, Lagergren & Wänell, 2013).

Bakgrund

Äldre personer har blivit yngre än förr eftersom en 75-åring idag ofta är i samma form som en 65-åring var i förra generationen. Trots detta kommer en åldrande befolkning och ett ökat antal äldre personer på många olika sätt att präglade samhället. Antalet mycket gamla personer i behov av vård och omsorg kommer troligen att växa mer än resurserna (Thorslund, 2010) då behovet av vård och omsorg ökar med stigande ålder. Det splittrade svenska vårdssystemet gör det svårt för många äldre personer att eliminera risker och i tid skjuta upp problem som kan leda till sjukdomar.

Många äldre personer skulle ha god hjälp av att inspireras av enkla metoder som kan hjälpa dem att behålla sin hälsa. Det behövs systematik och samordning i det preventiva arbetet och professionella personer som samtalar med och inspirerar den enskilda äldre människan att delta i åtgärder som gör hälsan och vardagslivet så gott som möjligt. En välmående äldre befolkning, är en vinst för vården och omsorgen och därmed för hela samhället.

Äldre personer är ingen homogen grupp

Inte bara träd utan också människor har årsringar (Jönsson, 2011). Det finns olika sätt att beskriva och definiera åldrandet, t ex genom kronologiskt, biologiskt, psykologiskt och socialt åldrande men åldrandet är alltid individuellt och påverkar människor olika. Det kan t ex bero på gener, miljöfaktorer, livsstil och påverkan av sjukdom eller ohälsa. Det finns ett naturligt, biologiskt åldrande som en följd av tilltagande försämringar hos olika organ och i organsystemens kapacitet i människokroppen. Det psykologiska åldrande handlar om intellektuell förmåga och socialt åldrande om förändrade roller t ex om att bli änka/änkeman eller pensionär. Ett vanligt sätt att definiera äldre är genom den kronologiska åldern som bara är en siffra som berättar hur länge en person levit. En 75-åring kan vara allt i från elitidrottare till en person som lever med funktionsnedsättningar på grund av flera sjukdomar. En definition på funktionsnedsättning är nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga (Socialstyrelsens termbank). Andra sätt att definiera ålder är att dela in livet i olika åldrar. Efter den tredje åldern då människan har lämnat arbetslivet men fortfarande är frisk och aktiv inträder den fjärde åldern som avser den tid i en människas liv då man blir beroende av hjälp för att klara sina dagliga aktiviteter (Ekwall, 2010). Äldres behov är olika; de mest sjuka äldre behöver behovs- och situationsanpassad vård och omsorg, långvarigt sjuka äldre är i behov av standardiserad kontroll, äldre som lever med risk för ohälsa behöver riskbedömningar och riktade åtgärder och friska äldre livsstils- och hälsoorientering för att förebygga ohälsa och sjukdom (Westerlund & Sjöberg, 2005). Världshälsoorganisationen (WHO) definierar begreppet hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder". Studier och min erfarenhet visar att äldre personer mycket väl kan ha hög livskvalitet och ett gott åldrande trots sjukdom och funktionsnedsättning.

Salutogenes och patogenes olika synsätt på hälsa och sjukdom

Sjuka äldre personer behöver en helhetssyn och det betyder att vårdgivarna inte enbart kan fokusera på att behandla eller åtgärda problem utan det kräver också fokus på att främja hälsa. Vården och omsorgen är marginella i de flesta människors liv. Det salutogena synsättet och det patogena är olika. Vilket av dem som den äldre människan möter kan ha en avgörande betydelse för tillfrisknandet. Det salutogena synsättet kan definieras som ett sätt att tänka i olika termer av faktorer som befrämjar en rörelse mot den friska polen och som öppnar vägen för en rehabilitering av stressorerna i människors liv. Det patogena synsättet är den traditionellt medicinskt sjukdomsorienterade och koncentrerar sig på att behandla dem som är sjuka, försöker förhindra att de avlider eller blir kroniskt sjuka och gör dem om möjligt friska. Det salutogenistiska sättet att tänka betraktar stressorer som oundvikliga i livet och öppnar vägen för formulering och vidare- utveckling av en teori om hur problemen ska hanteras och skapar energi att göra detta. Det patogenistiska synsättet formulerar hypoteser i termer av riskfaktorer och betraktar stressorer som sjukdomsalstrande. Båda synsätten behövs och är komplementära.

Samtal med äldre personer, i behov av vård och omsorg, kan inta olika ståndpunkter (Antonovsky, 1991). Samtalet är ett sätt att inspirera människor, att uppmärksamma och bekräfta dem. En människa som blir sedd blir mera fylld med energi (Jönsson, 2011) och det viktiga samtalet tar tid, kräver god kompetens om äldre människor och ett genuint intresse. Vid hälso- samtal mellan vårdpersonal och den äldre är det viktigt hur frågorna ställs. Det är av största vikt att samtala om hur den äldre ser på sitt liv för att skapa möjligheter till nya perspektiv på problem. Som ung sjuksköterska på en medicinavdelning minns jag "infarkten på 5:2". Ett

vardagsspråk som utgick från ett patogenetiskt synsätt och fokuserade på sjukdomen och inte på människan. Det synsättet kan möjligen vara berättigat i akuta medicinska nödsituationer för att rädda liv men kan vara ganska snävt. Utgångspunkten för specialisterna är en bestämd sjukdom men om kommunikation dem emellan saknas bortser man från data som kan ha stor betydelse för sjukdomsorsakerna och förbiser att lära sig något om ohälsa och hälsa som kan komma den äldre människan till gagn i ett senare skede. Utgångspunkten för den salutogena teorin bygger på vad som främjar hälsan och känsla av sammanhang (KASAM), vilket betyder att var och ens tillvaro måste göras sammanhängande. Tillvaron bör i första hand vara meningsfull men även begriplig och hanterbar (Antonovsky, 1991).

Sjukdomsorienterad praktik	Situationsanpassad praktik
Patogent synsätt	Salutogent synsätt
Antingen sjuk eller frisk	Både sjuk och frisk
Tillbakablickande perspektiv	Framåtsyftande perspektiv
Riskfaktorer	Hälsobefrämjande faktorer
Akut sjukdom	Kronisk sjukdom
Organdiagnoser	Funktions-/situationsdiagnoser
Bota lindra	Lindra och underlätta
Hur ska patienten behandlas?	Ska patienten behandlas?
Livslängd	Livskvalitet

Tabell 1. En jämförelse mellan två praktiker (Westerlund & Sjöberg, 2005)

Berättelsen i exemplet nedan belyser att så länge det finns minsta liv i oss, är vi i någon bemärkelse friska (Westerlund, 2008).

Bengt är en man i 70-årsåldern som råkar ut för en olycka som gör honom totalförlamad. "Han kan inte göra något själv" säger man runt omkring honom. Bengt kan endast använda ett finger och trycka på ringklockan för att väcka uppmärksamhet. En dag kommer någon på att fingrets kraft kanske räcker till att köra en permobil. Det går bra! När Bengt kör permobilen blir lokalerna på vårdboendet för trånga. Bengt måste flytta till en egen lägenhet. Där inrättar han med teknikens hjälp sitt liv som han vill ha det. Han ställer sängen mitt i stora rummet och lär sig snabbt att använda reglagen till sängen, TV:n och t ex att med datorns hjälp skriva berättelsen om sitt liv till sina barnbarn...

Den nya tekniken med sammankopplingen av datorer i nätverk kommer att förändra funktionshinderade människors kommunikationsmöjligheter där det hittills har varit relativt glest med kontakter (Jönsson, 1996).

Olika perspektiv på hälsofrämjande arbete till äldre personer

Hälsofrämjande arbete kan definieras på olika sätt. Enligt WHO är definitionen: "den process som ger människor möjligheten att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden att bli medvetna om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller bemästra miljön". Hälsa utifrån det synsättet ses som en resurs i vardags-

livet och inte som målet i tillvaron. Ett annat begrepp för förebyggande åtgärder är prevention eller sjukdomsförebyggande arbete. Begreppet delas enligt Socialstyrelsen termbank in i två stadier: primär-prevention – förhindra uppkomst av sjukdomar, skador fysiska, psykiska och sociala problem, sekundärprevention – i tidigt skede förhindra en negativ utveckling av fysiska, psykiska och sociala problem, förhindra återinsjuknande eller att ett latent sjukdomstillstånd utvecklas till kliniskt fastställt sjukdom. Begreppet hälsofrämjande arbete kan tolkas som - alla insatser att främja hälsa och hantera sjukdom. Det finns lagstöd om det hälsofrämjande arbetssättet och om samverkan med andra aktörer både i Socialtjänstlagen (SoL) 1 § kap.3) och i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL1982:763 § 1, §2 och §21). Det finns många svårigheter med att utvärdera effekterna av hälsokontroller för äldre (SBU, 2013) men det finns forskning som visar positiva effekter. Trots att det har forskats under en lång tid och att det finns en tydlig definition på hälsofrämjande arbete saknas gemensamma arbetssätt och metoder för kommuner och primärvårdens personal för hälsoprevention.

Ett exempel på samverkan är pilotprojektet *Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg* vars syfte var tidig upptäckt, identifiering av risker, fördjupade bedömningar och åtgärder. De beskriver i slutrapporten ett arbetssätt som innebar att personer 65 år och däröver, listade på en hälsocentral och som ville och hade behov av vård och omsorg, erbjöds samtal och en bedömning av hälsorisker. Effekterna visade att de utsatta äldre i riskzonerna identifieras i allt större utsträckning och att insatser sattes in tidigare. En av slutsatserna var att i det fortsatta arbetet förstärka det proaktiva arbetssättet mot övriga behovskategorier som inte var de allra mest sjuka äldre (Bowin, Ljung & Norén, 2013).

Ett annat exempel är *Seniorhälsan* inom *Närhälsan i Västra Götalandsregionen* som är en arena för samverkan internt och med kommunens olika verksamheter. Personer 65 år och äldre erbjuds på ett strukturerat sätt, att över tid, ha kontroll på sin hälsa genom exempelvis hälsosamtal, identifiering av risker, upprättande av en vägledande proaktiv eller aktiv vårdplan och en namngiven vårdkontakt (Gervert, 2013).

Ytterligare ett exempel är projektet *Hälsa (på) hos äldre i Fagersta* som var ett framgångsrikt samarbete mellan kommunen och primärvården med förebyggande hembesök som permanentades 2011. Målgruppen var äldre 78 år i ordinärt boende, utan insatser från hemtjänsten (Berggren & Ligne Carlsson, 2011). Förebyggande hembesök i Fagersta avslutades i samband med att kommunen tog över hemsjukvården 2012 och målgruppen erbjöds istället hälsofrämjande grupper i kommunens regi.

Modifierad Geriatrisk Riskprofil (M-GRP) i Västmanland

Primärvården i Västmanland introducerade vid årsskiftet 2013 screeningverktyget *Modifierad Geriatrisk Riskprofil* på ett möte för kommunal uppsökande verksamhet till äldre. Metoden är ett individanpassat strukturerat arbetssätt som tidigare används endast inom akutvården men anpassats till primärvården (Thors Adolfsson, Rosenblad, Dahlberg & Martin, 2012). Syftet är att identifiera äldre personer över 75 år i ordinärt boende som behöver ett särskilt omsorgsfullt omhändertagande, erbjuda och inspirera dem till åtgärder som minskar ohälsan. En eller flera distriktssköterskor på vårdcentralerna har ansvaret för M-GRP och arbetar enligt en utförlig tvåstegs-handlingsplan "Tidig identifiering av mest sjuka äldre" (Thors Adolfsson & Pettersson, 2013).

Steg 1 Screening – Modifierad Geriatrisk Riskprofil innebär en grov skattning av hälsan med fem poängberäknade screeningfaktorer:

1. Fem eller fler läkemedel (gäller alla läkemedel, vid behov och receptfria)
2. Social situation (bor ensam, har behov av hjälp från annan person avseende personlig omvårdnad)
3. Svårigheter att gå eller förflytta sig/har nyligen fallit (de sista 12 månaderna), klarar ej att gå på plan mark eller i trappa?
4. Kontakter med vården (Varit inlagd på sjukhus inom de senaste 3 månaderna, sökt akuten senaste 30 dagarna, fem läkarbesök eller mer på Vårdcentralen senaste året, annat högfrekvent kontaktsökande)
5. Kognitiv svikt (desorienterad, dement, konfusion/förvirring)

Screeningverktyget är utformat som ett litet plastkort, med vars hjälp olika personalkategorier på vårdcentralen kan identifiera personer över 75 år i ordinärt boende som har risker för ohälsa. Äldre som har tre poäng eller mer bedöms vara i risk för ohälsa och erbjuds kontakt och hälsosamtal med ansvarig sjuksköterska eller distriktssköterska på vårdcentralen. I t ex två mindre kommuner i Västmanland som jag kontaktade utförs screeningen även av personal inom kommunens verksamheter, främst av biståndsbedömare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och hemtjänstens personal t ex vid överlämnade av läkemedel. Biståndsbedömaren i en kommun identifierar äldre vid hembesök t ex vid ansökan om trygghetslarm En av tre äldre som får hembesök bedöms ha risker för ohälsa. Av dessa tackar en av fem nej till erbjudande om uppföljande kontakt med distriktssköterskan för hälsokontroll. Enligt biståndsbedömare som jag talat med borde äldre som inte har hemtjänst fångas upp tidigare exempelvis genom den uppsökande verksamheten. Att M-GRP är ett bra verktyg som snabbare, förtydligar och identifierar äldre med risk för ohälsa bekräftas också av distriktssköterskorna som bedömer att M-GRP sätter fokus på äldre som ofta kommer till vårdcentralen.

Distriktssköterskorna anar att äldre personer själva troligen inte är medvetna om att screeningen sker eftersom detta ingår i distriktssköterskornas vardagsarbete.

Det är inte undersökt hur äldre uppfattar att bli riskbedömda men några kommentarer som kom fram vid enskilda samtal med mig närstående äldre personer visade att de tyckte att screeningfaktorerna var bra att utgå ifrån vid ett hälsosamtal men att riskbedömning för in tankarna på sjukdom i stället för att leva som om man vore frisk. En av dessa personer, den enda av dem som lever med stora begränsningar i sin vardag och kände sig berörd av screening betonade att screening måste vara ett erbjudande som det är möjligt att tacka ja eller nej till.

Steg 2. "Hälsokontroll för dig över 75 år"

Distriktssköterskan erbjuder tid för hälsosamtal på vårdcentralen och ber den äldre personen fylla i samtalsmallen före besöket. Samtalsmallen ger strukturen för hälsosamtalet och har ett mindre format med fyra blad. Den innehåller frågor om rörlighet, fall, kostvanor, social situation, hjälpbehov, möjlighet till kvarboende, meningsfullhet, psykisk hälsa, läkemedel och bedömning av behov av läkemedelsgenomgång, frågor om användandet av tobak och alkohol och avslutningsvis i anslutning till att blodtrycket tas ställs en fråga om yrsel. Till hälsokontrollen knyts kvalitetsregistret Senior Alert med samtal om risk för trycksår, fall och undernäring.

Svaren på frågorna kryssas i på en blankett tillsammans med uppgifter om längd och vikt. För att göra vården säkrare lämnas också en hälsoguide "Min guide till säker vård" som tar upp: samtal, undersökning, behandling, uppföljning, lagar, regler och informationskällor. Till materialet hör även en individuell vårdplan och en läkemedelslista för systematisk läkemedelsgenomgång. För vissa äldre med demenssjukdom kan arbetet kopplas även till andra nationella kvalitetsregister som BPSD registret, Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Efter hälsokontrollen får den äldre personen telefonnummer till distriktssköterskan som har blivit kontaktperson och ett kvitto på att M-GRP är utfört. Återkoppling till den äldre sker ofta på telefon eller vid uppföljning av Senior Alert. De äldre personerna som inte erbjöds eller tackade nej till hälsosamtal fick enligt distriktssköterskorna råd och stöd på andra sätt.

Läget för Modifierad Geriatrisk Riskprofil

Modifierad Geriatrisk Riskprofil genomfördes som ett pilotprojekt i Västmanland under 2012. Vid årsskiftet 2013 infördes metoden i primärvården och arbetet har sedan dess brett ut sig. I dagsläget saknas evidens men resultatet är enligt de kontaktade vårdcentralerna positivt. I den här studien har kontakter tagits med vård och omsorgs personal inom primärvården och kommunen, i två mindre Västmanländska kommuner. Det har då visats sig att metoden M-GRP integrerats i många delar av arbetet med äldre på vårdcentralerna och att distriktssköterskorna i stort sett följer den befintliga handlingsplanen. Metoden uppfattas ge struktur och kontinuitet åt vårdcentralens arbete med äldre över 75 år, tydliggör de äldre som lever med flera risker för ohälsa och skapar möjligheter för primärvården att följa dem över tid. Samarbete har skett med kommunens personal som i vissa fall utfört screening i sitt arbete med äldre personer.

Det finns dock ingen statistik över antalet äldre som den kommunala personalen hade screenat med risker för ohälsa. Modifierad Geriatrisk Riskprofil ingår i primärvårdsprogrammet 2014 och ekonomiska medel är avsatta för implementering och vidareutveckling. Resultatet av pilotprojektet kommer att slutrapporteras under 2014.

Metod

Studien genomfördes utifrån samtal med fem äldre personer i två mindre kommuner i Västmanland om deras upplevelser av hälsokontrollen M-GRP.

Urval

Studien presenterades under ett möte för chefstjänstemän från Landstingets Västmanland och kommunerna i länet. Två mindre kommuner anmälde under mötet sitt intresse att delta i studien och samtycket kompletterades med muntliga löften från berörda verksamhetschefer i primärvård och kommuner. Urvalet består av fem äldre personer. Distriktssköterskorna i de två kommunerna hade efter screening med M-GRP funnit att dessa personer var bland dem som ansågs ha risker för ohälsa. Av dessa är fyra från en kommun och den femte från den andra kommunen. Tre personer är kvinnor och två män. Medelåldern var 80 år.

Datainsamling

De fem äldre personerna tillfrågades av distriktssköterskan på vårdcentralen om de ville delta i studien. De gav även ett muntligt samtycke per telefon till intervjuaren att medverka i ett samtal i sitt hem. Kontakten med en av de äldre personerna etablerades även av intervjuaren vid ett personligt möte via pensionärsföreningen där samtycke gavs till ett telefonsamtal. Samtliga fick

grundlig information om syftet med studien och att det var frivilligt att delta. Tre av de fem personerna var sammanboende. Vid två av intervjuerna var även den andra parten närvarande. En intervjumall användes och varje intervju varade ungefär en och en halv timma. Frågorna handlade om vilka risker för ohälsa de äldre personerna ansåg att de levde med och hur vardagslivet påverkades av detta. Vidare om hur hälsokontrollen gick till, om de kände sig delaktiga i samtalet och om hur samtalet hjälpt dem att leva hälsosammare. Avslutningsvis ställdes en fråga om hälsokontrollen genererat kontakter med kommunens verksamheter.

Dataanalys

Av fem samtal gjordes fyra under hembesöken och ett via telefon. De fyra samtalen som skedde under hembesök har spelats in och skrivits ner. Vid telefonsamtalet gjordes noggranna anteckningar samt en återuppringning för att ställa förtydligande frågor. Materialet analyserades sedan genom att det gick igenom med syftet att identifiera likheter och skillnader (Kristensson, 2014). Texten indelades under sammanfattande rubriker i resultatet.

Kunskapsbidrag

Samtliga hade samtyckt till att distriktssköterskan skulle få ”ställa några frågor” men ingen av de äldre personerna hade sett screeningverkytet eller upplevt att de blivit screenade.

Upplevda risker

En inledande fråga ställdes vid intervjun om vilka risker de äldre upplevde. Samtliga berättade att de hade svårigheter att röra sig, använde rullator och att de hade fallit flera gånger. Det fanns även ett starkt inslag av risker i den sociala situationen, några hade anhörigvårdare, samt trygghetslarm och någon person upplevde sig mycket ensam och deprimerad. På frågan om vilket behov av läkemedel de hade var skillnaderna stora. Antalet läkemedel varierade mellan två och tolv stycken. Och en person upplevde stor oro för att blanda ihop sina läkemedel eftersom namnen växlade på ett och samma preparat. En annan person upplevde problem med minnet. Ibland de läkare som de var beroende av fanns ett starkt inslag av specialister; neurolog, reumatolog, smärt- och hjärtspecialist och ortoped. Kommunikationen med specialisterna upplevdes ofta svår att få till och personerna ansåg att läkarna på vårdcentralen bara skötte ”sin del”.

Hur uppfattades initiativet och hälsosamtalet?

Några personer hade fått kallelse via brev till hälsokontrollen med samtalsmallen bifogad och fyllt i den före besöket. Endast en av de fem äldre personerna hade tydligt uppfattat syftet med screeningen av hälsan och hälsosamtalet. Det var en av de personerna som fått kallelse till hälsokontroll via brev. Den personen uttryckte hälsosamtalets betydelse som att ”jag är glad att någon bryr sig om att prata med mig för då känner jag mig bekräftad”. De övriga fyra trodde inte att de hade sett samtalsmallen men visste att frågorna fyllts i på vårdcentralen och att den förvarades där. Samtliga berättade att de muntligen samtyckt till att distriktssköterskorna tog initiativet till att ställa några frågor vid besök på vårdcentralen men var osäkra på om det var hälsokontrollen. ”Samma frågor kommer från så många håll. Hon har börjat med något nytt, det kanske heter så”. Jag vet inte vad som är vad, men jag har svarat på alla frågor” var några kommentarer. Samtliga kom ihåg att distriktssköterskorna tagit blodtryck, längd och vikt men ingen kände till kvalitetsverkytet Senior Alert. På frågan vad de visste om läkemedelsavstämning och häftet ”Min guide till säker vård” fanns små skillnader hos dem som svarade. Den individuella vårdplanen var aktuell för samtliga utom en person som inte ansågs sig behöva

den. En person kom ihåg att kvitto på utförd M-GRP lämnats. Ingen av de fem personerna använde dator eller kunde tänka sig egenskattning av hälsan som ett alternativ.

Fanns förutsättningar för delaktighet?

Distriktssköterskorna i de två kommunerna var uppskattade och hade ett stort eller mycket stort förtroende hos samtliga fem äldre personer. Hon uppfattades som spindeln i nätet, lots och coach. Dessutom upplevdes distriktssköterskan vara lyhörd, att hon skapade säkerhet och trygghet i kontakten. Endast en av de äldre personerna kunde klart skilja ut sin medverkan i hälsokontrollen från andra kontakter med distriktssköterskan. Den personen ansågs sig ha blivit något tryggare och uppmuntrad till åtgärder som hjälpt upp vardagslivet och hälsan. Det gick inte att isolera de andra fyra personernas delaktighet till endast samtalet om hälsokontrollen då de haft många kontakter med distriktssköterskan och blandade ihop dessa. Svaren på frågan om delaktighet i åtgärder som påverkar hälsan pekade på stora upplevda skillnader, allt ifrån: ”jag vet inte, men jag är delaktig via min fru, frun tar över när minnet sviker, men jag gör som jag vill ändå, till ”jag är mycket delaktig, frågar alltid och vill veta varför och involverar mig ibland för mycket”.

Förändrar M-GRP livet för äldre?

När de äldre i studien fick reda på vilka möjligheter som stod till buds för att minska ohälsan, upplevde alla utom en att de i stor utsträckning fick det ville ha men att de hade behövt mera hjälp med att komma igång med fysisk träning. En kvinna som lever med ständig smärta upplevde det som att ”det är så tungt att leva jag är tacksam för alla tips och följer råden om jag kan, annars säger jag ifrån”. Samtliga fem äldre som ingick i studien hade när hälsosamtalet skedde omfattande behov av insatser från sjukvård och äldreomsorg och uttryckte önskemål om att sjukvård och äldreomsorg skulle samordnas bättre. En annan likhet som fanns var att de förutom sina närstående hade eller hade haft många personalkategorier involverade i sina liv t ex hemtjänst, hemsjukvård, personal från korttidsboendet och specialistteam. Ofta kände de personalen till förnamn men visste inte om de kom från kommunen eller landstinget. Hälsokontrollen och kontakten med distriktssköterskan (kontaktpersonen) hade förutom ökad trygghet och tillgång till hennes telefonnummer bidragit till; större kunskaper om kommunens och landstingets olika verksamheter, säkerhet att agera på konkreta råd för att förebygga risker för ohälsa, t ex fall samt kontakter med andra professionella som kunde ge hjälp, t ex till specialistmottagningar. Resultatet visade också att motivationen troligen hade ökat något för att nå mål och mening i vardagen. Gångträningen kunde leda till skogspromenader eller att våga bada i badhuset tillsammans med det gamla ”gubbgänget” igen, tandläkarbesök till att kunna tugga hårt bröd, ansökan om att få en permobil till att kunna fiska och en skriftlig begäran om särskilt boende till att skingra ensamheten och öka tryggheten.

Diskussion och reflektion

Inledningsvis har jag beskrivit en förhoppning om att utvecklingen av hälsoförebyggande verksamheter för äldre ska samordnas i primärvården och kommunerna och att det ska leda till att äldre erbjuds hälsosamtal med salutogen inriktning. Mitt intresse för äldre människor kopplat till samhällsfrågor gör att mina tankar rör sig över flera perspektiv. Behoven av hälsoprevention till personer inom målgruppen 75 år och däröver skiljer sig mycket. Det viktiga är hur samtalet i det förebyggande hälsoarbetet till äldre genomförs och för detta krävs goda kvalifikationer, ett

människointresse och en bred kompetens. Det borde i varje kommun finnas en eller flera samverkansarenor där hälsoprevention till äldre är en given del för primärvården och kommunen. Här är som jag uppfattar det *Seniorhälsan* i Göteborg ett gott exempel. Många personer anser inte att de har behov av hälsoprevention överhuvudtaget, andra önskar livsstil och hälsoorientering t ex i form av egenskattning digitalt eller information individuellt, i grupp eller allmänt. Det är nödvändigt att erbjuda åtgärder som kan förbättra det som kommer fram under en hälsokontroll annars skapas mer ohälsa än hälsa.

Frågan här är om och hur det patogena och salutogena synsättet kan samordnas i hälsoprevention till äldre. Att de två synsätten är olika visas t ex i tabell 1, En jämförelse mellan två praktiker. Den följande berättelsen om Bengt belyser att vilket av synsätten som den äldre personen möter kan ha en avgörande betydelse för hälsan och för det fortsatta livet.

Min analys av samtalen med de äldre personerna som ingick i studien visade att screening av risker för ohälsa är ett påtagligt patogent synsätt. Screening är ett förfaringsätt som via vissa utvalda riskfaktorer identifierar och prioriterar vilka äldre som är i störst behov av stöd och hjälp med sin hälsa. I vissa sammanhang behövs det patogena synsättet men i kontakten med äldre personer kan det vara vanskligt att fokusera på ickehändelser och på att livet är riskabelt. Jag förordar ett salutogent synsätt och ser det därför som positivt att ingen av de äldre personerna hade sett det lilla blå screeningkortet eller upplevt att de blivit screenade. Distriktssköterskorna var ju också medvetna om detta och framhöll att M-GRP med de fem speciella poängberäknade screeningfaktorer var ett arbetssätt för dem att göra en prioritering och bjuda in äldre till samtal och hälsokontroll. Personerna i studien visste inte heller att Senior Alert använts i hälsokontrollen, men jag ser en stor vinst i att äldre personers risk för fall, undernäring och trycksår systematiseras i ett nationellt kvalitetsregister.

Alternativet till screening torde vara erbjudande om hälsosamtal till samtliga äldre. Det är en metod som, hur det förebyggande arbetet än organiseras t ex via äldremottagning eller hembesök, kräver mera resurser än om det görs en prioritering. I hälsosamtalet finns möjligheter att inkorporera det salutogena perspektivet och öka äldre personers möjligheter till självbestämmande över sin hälsa. Här finns också tillfällen att tona ner problem och risker till förmån för att bjuda in till möjligheter med utgångspunkt från den äldre personens berättelse om sitt liv. Hur ser din livssituation ut? Vilka förhoppningar har du? Vad är roligt, vad ger dig glädje? Att stärka känslan av sammanhang (KASAM) är ett sätt att öka förmågan att upprätthålla hälsan trots svåra påfrestningar. KASAMBegreppet innehåller tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innebär att kunna förutsäga eller åtminstone ordna och förklara det som händer i tillvaron. Hanterbarhet kan definieras som att det står resurser till ens förfogande och meningsfullhet som att vara delaktig i livet och vardagen. Om hälsosamtalet för de fem äldre personerna har stärkt KASAM går inte att säga eftersom de flesta inte varit medvetna om att de varit med om en hälsokontroll. Möjligen har hanterbarheten ökat något för samtliga genom att de fått ny information. De tre komponenterna i KASAM har samband med varandra. Den viktigaste av dem är meningsfullhet som ger motivation till att söka lösningar på situationer och till att försöka finna begriplighet och hanterbarhet. De äldre personerna uttryckte önskemål om hjälp med att komma igång med fysisk träning. Här visade resultatet att motivationen verkade öka när målen för träningen konkretiserades.

Under mina samtal med de äldre personerna väcktes frågan om varför de flesta av dem inte hade någon klar bild över att de deltagit i en hälsokontroll. Delaktighet är ett svårt begrepp att definiera men min erfarenhet säger mig att om framgång med de hälsoförebyggande åtgärderna ska nås måste distriktssköterskan kontrollera att den äldre personen förstått att det är en hälsokontroll som genomförts. Ett skriftligt godkännande av att delta i en hälsokontroll förekommer på många håll och skulle troligen ha höjt de äldre personernas medvetenhet. Endast en person uppgav att de fått kvitto på utförd hälsokontroll vilket är ytterligare ett tecken på att flertalet av de äldre personerna inte var medvetna om att en hälsokontroll hade genomförts.

Vid en analys av resultatet blir det uppenbart att samtliga av de fem äldre i studien befann sig i en livssituation där sjukdomsinslaget i vardagen dominerade och behovet av vård och omsorg och hjälp av andra var stora. Detta var troligen den största anledningen till att de inte kunde särskilja hälsokontrollen från andra insatser. Hälsokontrollen blev i dessa fall i större utsträckning ett hjälpmedel för personalen på vårdcentralen att tydliggöra vilka äldre i ordinärt boende som var i behov av täta kontakter med distriktssköterskan (kontaktpersonen) för att klara av att upprätthålla sin hälsa och vardag. Samtliga vittnade om svårigheten att samordna behandlingen när det var många olika läkare involverade. Någon person som levde med en neurologisk sjukdom var beroende av andra men hade ett stort antal tekniska hjälpmedel som uppskattades och påverkade delaktigheten i personens vardagsliv på ett mycket positivt sätt. Att äldre människor ofta är både sjuka och friska inte antingen eller blev särskilt tydligt vid besöket hos den personen som kände sig ensam och var deprimerad.

En av de äldre personerna, som fått kallelse via brev, var medveten om hälsokontrollen och om de nya insikter och möjliga åtgärder för att hantera hälsorisker som samtalet medfört. Medvetenheten skapade förutsättningar för delaktighet i den hälsofrämjande processen. Den här personen klarade sig i sin vardag utan att vara beroende av någon annan. Efter hälsosamtalet kände sig personen tryggare, och upplevde genom att bli sedd av kontaktpersonen ytterligare kraft att hantera sina problem och KASAM hade troligen stärkts. Hon hade fått hjälp att lära sig hantera sina sjukdomar men var orolig för att blanda ihop sina läkemedel när läkemedelsnamnet inte stämde mellan recept och medicinförpackning. Hon blev bekymrad över att inte klara av sin medicinering på egen hand, förvirrad och osäker och riskerade att ta dubbelt eller ingen medicin alls. Det borde vara förbjudet att på apoteket byta ut läkemedel till äldre personer och ge dem en billigare variant som har ett annat namn.

Syftet med studien var att spegla äldre personers upplevelser av att genomföra en hälsokontroll med M-GRP. Distriktssköterskorna hade valt ut de äldre personerna som deltog, urvalet var mycket litet och slutsatser är svåra att dra utifrån resultatet. Om det går att samordna det patogena och salutogena synsättet i M-GRP är en mycket intressant fråga som inte kan besvaras i denna studie. En utveckling av M-GRP och implementering är på god väg t ex i Västmanland men tar tid. Ska det vara möjligt att nå äldre i ett tidigare skede och få hälsoeffekter måste samordningen med M-GRP mellan primärvård och kommunens vård och omsorg fortsätta att utvecklas när den statliga satsningen *Bättre liv för sjuka äldre* avslutas 2014. Samarbetet mellan primärvården och kommunen skulle med all sannolikhet underlättas om primärvården och kommunens äldreomsorg samorganiserades utifrån en och samma lag.

Till sist ser jag med stort intresse fram emot att ta del av resultatet av regeringens utredningsdirektiv 2014:2 om åtgärder för att främja äldres hälsa, trygghet och självbestämmande. I detta ingår också att utveckla förutsättningarna för kommunernas och landstingens förebyggande arbete så att det arbetet kan bli en mera integrerad uppgift i all vård och omsorg om äldre.

Plan för förverkligande

Under hösten 2014 kommer studien att presenteras vid möten på Västmanlands kommuner och landsting (VKL). Ett av dessa möten är när länets socialchefer samlas. Gemensamma nämnden är ett annat forum där studien skulle kunna presenteras. Nämnden har representanter från landstinget och från samtliga kommuner i länet. Under arbetet med studien har kontakter tagits med olika kommuner i Västmanland och med FOU enheten i Södermanland som behöver återkoppling i form av en presentation. Förfrågan har kommit om att under hösten presentera studien på möten med Sveriges Pensionärsförbund (SPF) och Pensionärernas riksorganisation (PRO) i Västmanland.

Litteratur

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Berggren, I. & Ligne Carlsson, B-M. (2011). *Hälsa (på) hos äldre i Fagersta*. Slutrapport 2008-2010. Fagersta: Fagersta kommun.
- Bowin, R., Ljung, B. & Norén, D. (2103). *Från idé till verklighet? Proaktiv hälsostyrning i Gävleborg*. Sammanställning av resultat och utvärdering. Stockholm: HCM Health Care Management.
- Ekwall, A. (Red). (2010). *Äldres hälsa och ohälsa. En introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Gevert, M-L. (2013.) *Seniorhälsan på vårdcentral, en funktion och samverkansarena för primärvård, tandvård, länssjukvård och kommun*. Uppdrag och plan för bredinförande i Närhälsan 2013. Göteborg.
- Gurner, U. & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Guldbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*. En forskningssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Jönsson, B. (1996). *Datorns attraktionskraft*. Lund: Certec/Lunds tekniska högskola.
- Jönsson, B. (2011). *När horisonten flyttar sig. Att bli gammal i en ny tid*. Stockholm: Bromberg.
- Karp, A., Agahi, N., Lennartsson, C., Lagergren, M. & Wänell, S-E. (2013). *Ett hälsosamt åldrande*, Kunskapsöversikt över forskning 2005-2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik*. För studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur och Kultur.
- Odén, B. (2012). *Äldre genom tiderna. Åldrande och äldrepolitik som en historiker ser det*. Stockholm: Carlsson.
- SBU. (2013). *Seniorhälsan. Stöd till äldre kring hälsa och livssituation*. Svar på Seniorhälsan I Västra Götalandsregionens fråga: Finns det studier som visar att hälsokontroller och hälsosamtal för äldre har en positiv effekt på t ex hälsa eller hur länge man kan bo kvar hemma? Hämtad maj 25, 2014 från http://www.sbu.se/upload/upplysningstjanst/pdf_er/Seniorh%C3%A4lsan%20-%20st%C3%B6d%20till%20%C3%A4ldre%20kring%20h%C3%A4lsa%20och%20livssituation.pdf

SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*.

SFS (2001:453). *Socialtjänstlag*.

SKL. *Gästblogg. Bättre liv för sjuka äldre*. Hämtad maj 25, 2014, från <http://battreliv.skilblogg.se>

Socialstyrelsen. (2011). *Sammanfattning. Centrala rekommendationer i riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad maj, 25, 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/nationella-riktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/centralarekommendationer/sammanfattning>

Thors Adolfsson, E., Rosenblad, A., Dahlberg, G. & Martin, L. (2012). *Forskningsplan. Individanpassat stöd till mest sjuka äldre inom primärvården i Västmanland*. (Pilotprojekt/förstudie). Västerås: Landstinget Västmanland 2012.

Thors Adofsson, E. & Pettersson, M. (2013). *Tidig identifiering av mest sjuka äldre*. Handlingsplan. Västerås: Landstinget Västmanland.

Thorslund, M. (2010). *Äldreomsorgens utmaningar. Idag och i framtiden*. Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering. Stockholm: Karolinska institutet/Stockholms universitet.

Westerlund, P. & Sjöberg, A.(2005). *Antonovsky inte Maslow. För en salutogen omsorg och vård*. (3 uppl.). Stockholm: Fortbildning.

Westerlund, P. & Sjöberg, A. (2008). *Planera för mirakel. Arbeta salutogent, stärk Kasam*. Solna: Fortbildning.

Utvecklingsarbete

Högläsning för personer med demens

Aspekter på välbefinnande (hos lyssnare och läsare)
vid frivilligas insatser på demensboenden

Bodil Lindeberg

bodil.lindeberg@telia.com

Handledare Göran Holst

Högläsning för personer med demens

Aspekter på välbefinnande (hos lyssnare och läsare) vid frivilligas insatser på demensboenden

Introduktion

I nästan hela mitt yrkesliv har jag arbetat som sjuksköterska inom psykiatri och äldreomsorg, de senaste 18 åren som demenssjuksköterska i Karlskrona kommun. När jag tänker tillbaka, inser jag att det skett en fantastisk utveckling. Från sjukhemstiden då de "dementa" på grund av dåtidens okunskap hos personalen mest ansågs stöka till det på avdelningen och där de enda personliga och identitetsbevarande tillhörigheterna rymdes i ett sängbord och en garderob och kläderna var stämplade med "Tillhör landstinget", till idag när betoningen ligger på personen med demens och delaktighet och medbestämmande är viktiga komponenter i vårdpersonalens värdegrund. Jag skulle kunna fylla en hel bok om hur mitt eget tänkande och beteende successivt har förändrats, som t ex när jag började knacka på dörren innan jag gick in på ett "patientrum", vilket inte var självklart på 80-talet. Boken får vänta och jag har valt att belysa situationen för personer med demens på dagens omvårdnadsboende och deras möjligheter till identitets- och funktionsbevarande stimulans i vardagen där högläsningen är ett av flera alternativ. Att jag intresserade mig för just högläsning beror på att jag fick en förfrågan från *Projekt Läs kraft* om jag ville utbilda högläsare i demenskunskap. Vid avstämningar och inspirationsdagar har högläsarna därefter förmedlat vilken tillfredsställelse och glädje högläsningen ger för både personerna med demens och dem själva. Detta har gett mig stark inspiration till att närmare undersöka högläsningens betydelse för personer med demens samt belysa högläsarens roll för att ytterligare utveckla denna aktivitet.

Förhoppningsvis kan denna studie öka kunskaperna hos beslutsfattare, vårdpersonal och intresserad allmänhet och även väcka intresse för att flera vill bli högläsare i framtiden. Därmed skulle ännu fler demenssjuka ges möjlighet att uppleva livet mer begripligt, hanterbart och meningsfullt trots den obotliga sjukdomen.

Syfte

Syftet med mitt utvecklingsarbete var att öka kunskapen om vilken betydelse som högläsning för personer med demens har och även att tydliggöra högläsarens roll under aktiviteten.

Vidare att hålla det avslutade projektet *Läs kraft* levande och därmed öka tillgången till läsupplevelser för personer med demens. Förhoppningen är att detta syfte ska höja livskvaliteten för demenssjuka äldre och högläsare även i framtiden.

Frågeställningar

- Vad krävs för att få bästa möjliga utbyte av högläsningstunden för personen med demens och högläsaren?
- Vilka reaktioner uppvisar personen med demens i anslutning till högläsningen?
- Hur upplever högläsaren aktiviteten?
- Hur hålla *Läskraft* levande?

Problemområden

Sjukdomen

Antalet personer med demens ökar. Det blir fler ålderspensionärer och därmed också ett större antal som insjuknar i en demenssjukdom eftersom hög ålder är den största riskfaktorn. Sjukdomen gör bl a att den kognitiva förmågan avtar, minnet sviktar liksom koncentration, initiativförmåga, kommunikation mm. Efterhand som sjukdomen utvecklar sig får personen allt svårare att tillgodose sina egna behov. För en del blir boende på äldreboende ett nödvändigt alternativ för en trygg tillvaro. Då personen på grund av demensen har svårt att odla sina tidigare intressen, som t ex bokläsning, är man hänvisad till personalen och deras kompetens för att få en meningsfull dag.

Personalen och tiden

För att skapa en kontinuitet och för att kunna kompensera det bortfall som sjukdomen medför, förutsätts att personalen på äldreboendena har tillräcklig tid och att de känner till de boendes livshistoria. Idag är det väl känt att personalbemanningen är begränsad. En studie av professor Mats Thorslund 2010 (Wänell & Trygg, 2010) visar att det behövs 10 – 20 % personalökning inom demensvården eftersom bemanningen inte har följt med den ökade vårdtyngden. Många vittnar om att marginalerna är små för att hinna med funktionsbevarande sociala och kulturella inslag på ett bra sätt på äldreboenden. I socialtjänstlagen 5 kap 4 § står emellertid bl a att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialstyrelsens nationella brukarundersökning i Karlskrona visar att 70 % av de äldre personer som bor i särskilda boenden känner sig ensamma. Det är en högre andel jämfört med de äldre som bor hemma i ordinärt boende och har hemtjänst. Den höga siffran förvånar mig. Många med en grav demenssjukdom kan inte besvara enkäter. Kan det vara så att siffran speglar anhörigas intryck av den boendes ensamhet?

Forskningsrön

Forskningen på senare år visar att fysisk, psykisk och social stimulans har större betydelse för de äldres välbefinnande än man tidigare känt till (Cohen, 2005). I en japansk studie vid Tokyo universitet (Ryuta, Katsuo, Ritsumi, Nobumoto, Hajime, Masato, Kazuki, Takeo, Katsujiro, Nobuo & Koji, 2005) har man i jämförelse med en kontrollgrupp visat att deltagarna i gruppen som haft högläsning förbättrats i sin kognitiva förmåga visat med Mini Mental Test samt blivit mer verbala och öppna medan deltagarna i kontrollgruppen under studiens sex månader hade försämrats. Ett forskningsprojekt vid University of Liverpool (Billington, Carroll, Davis, Healey & Kinderman, 2013) visar att demenssymtomen minskar under sex månaders högläsning, deltagarna ökar sin förmåga till återkoppling till egna upplevelser, dvs förbättrar

långtidsminnet och eventuellt även närminnet. Det senare behövs ytterligare forskning för att fastställa. Denna nya kunskap har inte nått fram till vårdpersonalen i tillräcklig omfattning ännu varför man inte prioriterar aktiviteter som högläsning.

Högläsningens ringa omfattning

Ett exempel på hur högläsare har använts och prövats finns inom ramen för den nationella satsningen *Läskraft* som startade 2009 men som nu avslutats. *Läskraft* har implementerats i bl a Karlskrona kommuns äldreboenden och idag finns frivilliga högläsare på 7 boenden vilket utgör ca 10 % av samtliga boendeenheter, således finns en stor utvecklingspotential för högläsning. Läsombud på boendena finns och spontana aktiviteter som tidningsläsning mm utövas men högläsning av personal i organiserad form förekommer i liten omfattning.

Möjlighet att bli högläsare dåligt känd

Även gruppen friska pensionärer ökar varav en stor del lever i ensamhushåll. Många är mycket aktiva i föreningsliv eller andra sammanhang men en del har inte aktivt sökt efter något att engagera sig i. Forskning visar att nya neuron fortsätter att bildas i den åldrande hjärnan, speciellt när den blir stimulerad av aktiviteter fysiskt eller mentalt (Cohen, 2005). Med tanke på stimulansens betydelse för välbefinnandet och för att få en känsla av sammanhang behövs bättre information om möjligheten och fördelarna med att bli högläsare.

Bakgrund

Demensförbundet har genom anhörigenkäter konstaterat att det på många boenden finns alldeles för lite stimulans för de äldre. År 2009 gjorde Demensförbundet och Centrum för lättläst en ansökan till Allmänna arvsfonden för att få medel för att starta *Projekt Läskraft*. Projektet, som leddes av Catharina Kåberg, var treårigt men utökades med ett år efter ansökan av demensboendet Hattstugan på Gotland och avslutades i augusti 2013. Målet för projektet var att "Öka tillgången till läsupplevelser för personer med demens med allt vad det innebär av stimulans, närhet och sköna och roliga stunder tillsammans. Detta leder till en höjd livskvalitet." Av slutrapporten, som går att ladda hem på www.lattlast.se/laskraft, framgår att drygt 1720 personer är engagerade i att sprida *Läskraft*, av dem 1034 högläsare. Om dessa högläsare läser för fyra personer vardera, innebär det att ca 4100 personer med demens deltagit i läsestunderna.

Efter att projekttiden löpt ut, övergår *Läskraft* till att vara en del av ordinarie verksamhet i bl a Karlskrona kommun. Där finns sedan starten en arbetsgrupp som består av representanter för Röda Korset, Studieförbundet Vuxenskolan, Centrum för lättläst, Äldreförvaltningen samt undertecknad som representerar den lokala demensföreningen. Jag står efter att ha pensionerats som demenssjuksköterska i kommunen för demensutbildningen och deltar i stödet och inspirationsdagar för högläsarna.

Metod

I mitt utvecklingsarbete har jag framför allt utgått från högläsningen i Karlskrona kommun. *Läskraft* startade 2011 i kommunen och som mest fanns 11 högläsare eller läsinspiratörer som är en annan benämning. I skrivande stund är sju stycken aktiva på kommunens omvårdnadsboenden. Dessa har jag intervjuat samt lyssnat av vid avstämningar på boendena. Aktiviteten riktar sig endast till personer med demens och jag har därför avstått från regelrätta intervjuer

med dessa men själv varit passiv deltagare vid högläsningstillfällen. Jag har besökt sex boenden och intervjuat personalen angående cirkeldeltagarnas reaktioner i anslutning till högläsningen, se bilaga med intervjufrågor. Jag har också kontaktat den socialt ansvarige samordnaren i kommunen samt hämtat kunskaper från *Läskrafts* starthäfte, genomförande och slutrapport. Vidare omsatt egen yrkeskunskap och erfarenhet från egen högläsning på dagverksamhet. En sökning av litteratur är gjord bl a på Svenskt demenscentrum och Demensförbundet.

Kunskapsbidrag

Intervjuerna med högläsare visar att ett flertal faktorer förefaller betydelsefulla för bästa möjliga utbyte av högläsningen. Dessa faktorer är miljön, vikten av att utgå från en vedertagen metod samt vikten av att högläsaren har kunskap om deltagarnas livshistoria och att högläsningen anknyter till denna livshistoria.

Vad krävs för att få bästa möjliga utbyte av högläsningstunden för personen med demens och högläsaren?

Vid intervjuerna med högläsarna framkom att en högläsningstund inte är den andra lik. Gruppens sammansättning och deltagarnas kvarvarande förmågor, intressen och dagsform bestämmer programmet. Alla högläsare är överens om att miljön har stor betydelse. Rummet ska vara trivsamt och ostört med möjlighet att sitta så att högläsaren kan ha ögonkontakt med deltagarna. Man ska helst vara på samma ställe varje gång. Viktigt att personalen ser till att alla är närvarande på den utsatta tiden och att eventuella toalettbesök är avklarade. Det är en fördel om personalen är nåbar om man behöver hjälp. Att ordna något fint och stämningsfullt som att tända ett värmeljus eller att ta med sig någon sak som hör årstiden eller högtiden till ger lugn och ro. Kaffetåren eller saften under tiden är A och O. En högläsare poängterar särskilt att det är viktigt att alla får komma till tals och att man har ögonkontakt ofta, så att man ser att de "är med". Gruppen får inte vara för stor, 3-4 personer är lagom för att alla ska bli sedda, bekräftade och våga prata. I en stor grupp kan det vara svårt att behålla koncentrationen. Man brukar säga att för en demenssjuk person kan 3 personer uppfattas som 9.

Av högläsarnas berättelser ser jag att alla använder sig av en metod som heter *reminiscens*. Metoden introducerades på Villa Cederschöld, ett gruppboende i Stockholm, av Lotta Isacs och inspirationen hade hon fått från Reminiscense center i London. Man arbetar med historia och traditioner för att öka lusten att kommunicera och genom att använda minnesväckare, igångsättare eller triggers, som är den engelska termen, väcks associationer och personen kan minnas sådant som man trodde var glömt för länge sedan. Åsynen av en kaffekvarn kan sätta igång minnen från kaffekalas med 7 sorters kakor eller kanske användningen av surrogatkaffe under kriget. Då trådar till det förgångna knyts, stärks identiteten och självkänslan. Minnesväckare ska inte förväxlas med minnesträning som är en helt annan sak. Reminiscens förutsätter att man sätter sig in i deltagarnas historia och vad som varit viktigt i livet.

Sinnesstimulering är också en metod som används, dvs förutom att lyssna kan man se, känna, lukta och smaka på saker som kan väcka minnen till liv, en doft av lavendel kan locka fram minnet av linneskåpet från förr.

Nästan alla högläsare saknade att man inte fick mer information om deltagarnas intressen, yrken eller bostadsorter av personalen. Detta hade underlättat bokval liksom möjligheten att

trigga igång samtal och man hade också kunnat hitta beröringspunkter mellan deltagarna. Ett mål i kommunen är att alla personer med demens på särskilda boenden ska ha en skriven levnadsberättelse som ett instrument för personalen att kunna ge en omvårdnad med kontinuitet och trygghet (Ragnarsdóttir, 2011). Tyvärr väljer en del anhöriga att inte fylla i den av olika anledningar. Högläsarna har, innan de börjar sitt uppdrag via Röda Korset, skrivit på ett tystnadslöfte som gäller även efter uppdragets slut. Det finns en osäkerhet hos personalen om hur mycket de får berätta utan att bryta sin tystnadsplikt. Vad är till gagn och vad är till men? Vem ska ge samtycke i de fall vederbörande inte själv kan det? (Fält & Jönsson, 1999). Detta är frågor som berör områdeschefer och sjuksköterskor i första hand. Kommunen är positiv till utökad volontärverksamhet och en utarbetad policy i denna fråga skulle underlätta för alla parter.

Tips på bokval har högläsarna fått av bibliotekarien och man använder sig både av lättläst litteratur och romaner av t ex Per Anders Fogelström, Moa Martinson, böcker om hembygden, gamla skolböcker, fackböcker om blommor, fåglar, djur eller annat som deltagarna är intresserade av. Boken "En naken karl" har väckt munterhet i de flesta grupper. De flesta tycker om humoristiska berättelser. Böcker med lite svulstigt språk kan också väcka intresse. Långa romaner bör undvikas då man inte kommer ihåg handlingen från gång till gång. Sagoberättande kan också vara en kommunikationsform, vilket har beskrivits av Ann-Kristin Holm (2005).

Några kommuner har arbetat med "Läskraft och mångfald", dvs högläsningssgrupper för personer med utländsk bakgrund. Då demenssjukdom kan medföra att man tappar det språk man lärt sig senare i livet, ställer det krav på att finna högläsare med samma modersmål. Något att beakta är att inflyttade som upplevt krigssituationer, terror eller fångenskap, som offer eller förövare, kan bära med sig smärtsamma minnen och lida av posttraumatisk stress, PTS. Därför är det viktigt att inte beröra eller ställa frågor om sådant som kan sätta igång denna typ av minnen och orsaka så kallade flashbacks, där man upplever sig vara på plats igen. En flashback kan triggas igång av något man ser, en smak eller en smärta. Om man vill veta mer finns en artikel i Alzheimertidningen nr 3-4, 2013, "När ett grönt äpple väcker Auschwitz till liv".

Vilka reaktioner uppvisar personen med demens i anslutning till högläsningstunden?

Högläsarna beskriver det så här: "Glada, frågar när jag kommer nästa gång", "Skratt och medkänsla, lever sig in i vissa historier", "Ibland känns det som situationen är alldeles ny för dem men sen blommar de upp och visar glädje och tacksamhet: ska vi vänta en vecka till?" "De tycker det är roligt och vill inte att jag ska gå. Den timme jag ska vara där blir alltid två". "Det känns som om de också mår bra, att de är nöjda med stunden". "En man tycktes sitta och sova de första gångerna, sa ingenting, den tredje gången bøjde han sig fram och sa: Det där Du läser är mycket intressant".

Att mäta "nyttan" med just högläsningen är svårt. Denna aktivitet pågår 1 tim/vecka och det förekommer andra sociala aktiviteter på boendena, t ex musikstunder, besök av vårdhund, bingo. Att intervjua deltagarna kan vara vanskligt då sjukdomen medför att minnet av aktiviteten försvinner. Man kan ha en skön känsla i kroppen men vet ej varför. Således har jag fått förlita mig på utsagor av personalen. En loggbok för högläsaren och personalen att anteckna i efter aktiviteten hade varit till hjälp för att kanske undvika samtalsämne som oroat eller fortsätta samtal om det som engagerat.

Personalens intryck var att cirkeldeltagarna överlag var positiva till högläsningstunden. En del hade glömt vad som väntade men när man såg högläsaren sken man upp, andra kunde berätta att man längtade till onsdagen och läsestunden. Samtliga såg glada och nöjda ut efter stunden men merparten hade svårt att i detalj uttrycka vad man varit med om. Personalen bedömde att en del hade glömt aktiviteten efter 10 minuter men det verkade som en behaglig känsla fanns kvar. På ett boende försökte man följa högläsningens tema genom att duka med saker från detta t ex hade man dukat matbordet mycket romantiskt med ljus och rosor när temat varit romantik, vilket kvarhöll upplevelsen lite längre. På ett annat boende sker högläsningen inne hos en boende, vilket ger en känsla av att man är bjuden på kalas och "värdinnan" känner sig stolt och glad över att få visa upp sitt hem för sina gäster.

Vid intervjuer av personalgruppen framkom också att schemalagd högläsning utförd av personalen inte förekom mer än på ett av boendena. Orsaken angavs vara tidsbrist. Spontan högläsning fanns i liten omfattning och man önskade att man skulle ha mer tid till detta. Att välja ut cirkeldeltagare var relativt lätt men de var ibland osäkra på om inte personen var för gravt demenssjuk för att ha någon behållning. Några förslag på förbättringar vad gäller högläsningen hade man inte utan tyckte det fungerade bra som det var. Man skulle dock förbättra kommunikationen med högläsaren på något boende. Anhöriga var informerade om att högläsning förekom via anslag i korridoren och var positiva till aktiviteten.

Hur upplever högläsaren aktiviteten?

Högläsarna svarade på frågan: Varför väljer man att bli högläsare?

Många har ett mångårigt förflutet inom Röda Korsets verksamhet. Ett eget intresse för litteratur som man vill dela med sig av finns. Att läsa högt är en annorlunda erfarenhet. Man fick en förfrågan och kände att man kunde vara till glädje och nytta för de boende men även för personalen. Man blev nyfiken och ville prova på något nytt. Någon hade arbetat med sociala frågor och ville fortsätta med det i mindre omfattning. Man kan ha känt glädje i att läsa för barn och barnbarn och ville prova på denna möjlighet. Åldersspannet bland högläsarna sträcker sig mellan 65-88 år, dvs alla är ålderspensionärer med många "årsringar", precis som cirkeldeltagarna. Hälften hade erfarenhet av vård av demenssjuka privat men ingen hade arbetat med personer med demens. Samtliga kände sig trygga i den utbildning man fått före och under uppdraget. Den förberedande utbildningen består av en halvdags föreläsning om demenssjukdomar, bemötande och vad man ska tänka på för att få en rofylld samvaro. Ett besök på biblioteket ingår också samt återkommande stimulansdagar och uppföljningar.

Kan en ung person vara högläsare? Ja, det kan ha fördelar. En ung person har inte samma livserfarenheter och genom att ställa frågor om hur det var förr i tiden till cirkeldeltagarna kan dessa stärkas i sin självbild: Jag vet något som inte han/hon vet.

Blev det som man tänkt sig? Här återger jag några direkta citat ur intervjuerna. "Trodde det skulle vara jobbigare", "Mycket intresserad grupp", "Både och, skiftar" "Roligare än jag trodde". Vad tillför aktiviteten högläsaren och vilka tankar och känslor finns oftast efter högläsningstunden? "Jag känner mig glad och nöjd, även jag får lära mig mycket av dem, vi har alla nöje av det", "Jag njuter av att märka att jag får med mig gruppen i läsningen, att de lyssnar aktivt, kommenterar, skrattar och så har jag utvecklat min förmåga till högläsning". "Efter läsningen

mår jag alltid bra, känner mig tillfreds”. ”Det känns fint att ha kunnat framkalla minnen och kunskaper genom stunder med kända visor, ordspråk och ramsor och även korta dikter”. ”En enda stor glädje och längtan efter nästa besök”. ”Känner att jag gör något bra för personer som behöver lite avbrott i rutinerna”, ”De tillför något helt fantastiskt - man ser en ”läkning” även om den inte varar länge”. ”Lite deprimerande att se vårt mänskliga förfall men roligt att kunna pigga upp dem och visa dem intresse”. ”En känsla av att vara behövd. Jag känner mig nöjd och glad i synnerhet som jag ofta får kramar och tack för det lilla jag tycker jag gör”.

Hur hålla Läskraft levande?

Det finns många exempel på projekt som efter projektets slut slocknat som ett tomtebloss. Eldsjälar behövs och en fungerande arbets- och styrgrupp som kan entusiasmera både högläsare och vårdpersonal. Det är viktigt att högläsarna känner att det alltid finns stöd att få om det uppstår problem och att man vet var det finns. Återträffar är viktiga där man kan få stöd och tips av varandra. En annan viktig fråga är rekryteringen av nya högläsare. I min kommun är Röda Korset till stor hjälp då det är ett organ dit många volontärer vänder sig. Information till personal och enhetschefer att denna verksamhet finns behöver upprepas och ett ansvar för detta åligger verksamhetscheferna. I Äldrenämndens verksamhetsplan står att man ska utveckla volontärverksamheten. Den ska vara ett komplement till befintlig verksamhet och möjliggöra en kvalitetshöjning i vardagen. Demensföreningen arbetar också för att denna viktiga aktivitet ska kunna erbjudas alla personer med demens både av personalen och av frivilliga.

Att hålla något levande för framtiden kan ju också innebära att man bör ta till sig ny teknik. På dagverksamheterna använder sig personalen av läsplattor som ett verktyg i kommunikationen. Om den verbala förmågan avtar och minnet sviktar är det bra att använda bilder. Alla högläsare känner sig inte bekväma med detta verktyg i dagsläget men de som gör det skulle kunna använda det. Frågan är väckt hos den socialt ansvarige samordnaren i kommunen om högläsarna skulle kunna få tillgång till läsplattor.

Högläsning förekommer både på ordinära omvårdnadsboenden och på demensanpassade boenden. Ett intressant forskningsprojekt vore att undersöka om det finns skillnader i bemötandet och det sociala innehållet för personer med demens mellan dessa boendeformer, även om man har ett personcentrerat förhållningssätt. På det ordinära omvårdnadsboendet finns personer med olika diagnoser som kräver stora omvårdnadsinsatser vilket kan göra att personer med demensdiagnos kommer i skymundan. Finns det större behov av aktiviteter som högläsning på det icke demensanpassade boendet? Är det så att högläsning ska prioriteras till de icke demensanpassade boendena?

Plan för förverkligande

- Mina egna volontära insatser som utbildare för blivande högläsare kommer att fortsätta, liksom mitt engagemang i arbets- och styrgrupp i *Läskraft*.
- Äldrenämnden i Karlskrona har inbjudit mig att närvara vid ett nämndmöte i vår för att de vill ta del av resultatet av mitt utvecklingsarbete.
- Deltagande som föreläsare i *Läskrafts* länsarbetsgruppers inspirationsdag i maj- 14.
- Information till olika nätverk och föreningar, däribland demensföreningen.
- Information och samverkan med demenssjuksköterskor och Silviasystrar samt personal på kommunens boenden.

Referenslista

- Billington, J., Carroll, J., Davis, P., Healey, C. & Kinderman, P. (2013). A literature-based intervention for older people living with dementia. *Perspectives in Public Health*, May, 133, (3), 165-173.
- Centrum för lättläst. (2013). *Läskraft! Högläsning för personer med demenssjukdom*. Slutrapport. Projektid sept 2009-aug 2013. Stockholm: Författaren.
- Cohen, G.D. (2005). *The mature mind. The positive power of the aging brain*. NewYork: Basic Books.
- Fält, A. & Jönsson, B. (1999). *Vad är rätt? Juridiska och etiska frågor i Certecs vardag*. Lund: Certec/Lunds tekniska högskola.
- Holm, A-K. (2005). *Sagan som kommunikationsform*. Hämtad april, 12, 2014 från Vårdalinstitutet, <http://www.vardalinstitutet.se/sv/node/400>
- Loftrup, J. (2013). När ett grönt äpple väcker Auschwitz till liv. *Alzheimertidningen*, nr 3-4, 12-13.
- Ragnarsdóttir, B. (2011). *Här är ditt liv, Greta Pettersson*. Stockholm: Fortbildning.
- Ryuta, K., Katsuo, O., Ritsumi, Y, Nobumoto, T., Hajime, Y., Masato, T., Kazuki, I., Takeo, S., Katsujiro, M., Nobuo, U. & Koji, S. (2005). Reading aloud and arithmetic calculation improve frontal function of people with dementia. *The Journals of Gerontology*, 60, (3), 380-384.
- Socialstyrelsen. (2013). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013. Stockholm: Författaren.
- Westlander, M. *Reminiscens väcker minnen till liv*. Hämtad april, 12, 2014 från <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Reminiscens/Reminiscens-vacker-minnen-till-liv/>
- Wänell, S.E. & Trygg, B. (2010). *Lämplig bemanning i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.

Bilaga

Intervjufrågor till högläsarna, skriftliga.

1. Varför valde Du att bli högläsare?
2. Hade Du tidigare erfarenheter av personer med demenssjukdom?
3. Är högläsningstunderna så som Du förväntat Dig?
4. Vad tillför aktiviteten Dig själv?
5. Vilka känslor och tankar har Du oftast efter högläsningstunden?
6. Vilka känslor uppfattar Du att lyssnaren har under eller efter högläsningen?
7. Vilket år är Du född?
8. Vad har Du arbetat med?
9. Tycker Du att Du fått tillräcklig demenskunskap, information och stöd inför starten, under tiden, av personalen på boendet? Om inte, vad saknar Du?
10. Vilken typ av bok/aktivitet har deltagarna haft mest glädje av enligt Din uppfattning?
11. Vad ser Du som viktigast för att samvaron vid högläsningen ska bli så optimal som möjligt?

Intervjufrågor till personalen, muntliga.

- Finns det läsombud på boendet?
- Vad vet Du om Läskraft och högläsning?
- Förekommer högläsning med personal, spontant eller schemalagt?
- Har det varit svårt att välja ut deltagare till läsecirkeln?
- Är deltagarna positiva till att vara med på lässtunden?
- Märker Ni några reaktioner hos deltagarna efter högläsningen, positiva eller negativa och i så fall hur länge?
- Hur förbereder Ni inför cirkeln?
- Hur fungerar informationsöverföringen till högläsaren om deltagarnas intressen mm?
- Vet anhöriga/närstående om att högläsning sker? Deras reaktioner?
- Tips om utveckling/förbättring som Du vill ge?

Utvecklingsarbete

Samskapande hemsjukvård

Den äldres känsla av sammanhang i vård- och omsorgsplanering

Gerd Silk

sidengerd@gmail.com

Handledare Per Nilsen

Samskapande hemsjukvård

Den äldres känsla av sammanhang i vård- och omsorgsplanering

Inledning

Jag växte upp bredvid ett kronikerhem för obotligt sjuka. För femtio år sedan började jag sommarjobba där och relaterar ibland till dessa människors liv. Att i decennier bo och leva där det privata var en säng och ett bord och inte ha något val kan synas hopplöst, men även där kunde den enskilde i viss mån påverka sitt liv. Under hela mitt fortsatta yrkesliv som sjuksköterska, chef och ledare har jag fokuserat på delaktighet för den enskilde. Jag har arbetat på akutmottagning, intensivvård, vårdcentral, hemsjukvård och vårdavdelning i olika landsting och kommuner.

Sjuttitalets hälso- och sjukvård styrdes av att professionen och främst läkaren visste patientens bästa och därmed behov. 1982 års hälso- och sjukvårdslag skrev in patientens delaktighet som en tydlig viljeinriktning. Om man vid utskrivning från sjukhus inte hade återhämtat sig var några veckor på konvalescenthem inte ovanligt men vilket val hade den enskilde? Hemtjänsten växte fram under sjuttitalet i sin moderna form och möjlighet att trots sjukdom och funktionsnedsättning vistas i sitt eget hem blev möjligt för många fler. Idag är förstahandsalternativet för de flesta att vara kvar hemma och erhålla biståndsbedömda servicetjänster och personlig omvårdnad samt vid behov hemsjukvård.

Utvecklingen mot att den enskilde bor kvar hemma borde innebära att möjligheten att vara samskapare i den egna vård- och omsorgsplaneringen främjas. Min egen erfarenhet är att jag tror att så inte alltid är fallet och det är svårt att som skör äldre göra sin röst hörd. Personalen har sina givna direktiv att gå efter och tror sig veta bäst och närstående är oroliga och blir lätt överbeskyddande.

Kunskap om faktorer som främjar att vården skapar delaktighet för patienten är angeläget för framtiden. Idag talas det mycket om att patienten ska vara i centrum och att utgå från den enskildes perspektiv. Begrepp som personcentrerad vård har blivit vanliga. Man personifierar gärna den enskilde genom t ex Esther i Jönköping och Alma i Östergötland.

Från att vården har styrt patienten styr nu i högre grad den äldre och frågar efter den vård han/hon själv behöver. För att detta ska vara möjligt måste all vårdpersonal förstå hur liten del i den enskildes liv vård och omsorg är. Det är viktigt att synliggöra detta fenomen och det är mitt bidrag till framtiden. Jag har mer och mer börjat fundera över vad det är som främjar ett möte där medarbetarna kan närma sig den enskildes perspektiv och vad det är som hindrar det.

Denna uppsats handlar om möten mellan den äldre personen och representanter för vård och omsorg. Vad krävs för att vård och omsorg ska kunna stödja den äldres copingstrategier så att hon ska kunna få hjälp att nå målen för sitt fortsatta liv? Uppsatsens fokus är människor med

stort behov av vård och omsorg vilket innebär att de i sitt hem har hjälp från både hemtjänst och hemsjukvård.

Problemområde och kunskapsläge

Hur viktig är äldre personers delaktighet och samskapande för att de ska kunna påverka vilka insatser de får beviljade och leva ett värdigt liv och känna välbefinnande? De flesta medarbetare jag möter berättar att delaktighet är viktigt men frågan är hur den äldre upplever utformningen av vård och omsorg.

Hälso- och sjukvårdslagen säger att vården ska bygga på respekt för den enskilda personen och så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (2a § HSL). Äldreomsorgens nationella värdegrund i Socialtjänstlagen (5 kap. 4 § SoL) anger "Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)". För att uppnå det behövs självbestämmande, delaktighet och individanpassning enligt Socialstyrelsens meddelandeblad 1/2011.

Kvalitet i äldreomsorg kan beskrivas ur många synvinklar men vad som utgör hög kvalitet för den äldre kan vara svårare att komma fram till. I Socialstyrelsen undersökning (2013) av den äldres uppfattning av äldreomsorgen uppgav nio av tio av de äldre med hemtjänst att de var ganska eller mycket nöjda. Tre fjärdedelar ansåg att omfattningen av hemtjänstinsats motsvarade behovet och över hälften fick välja utförare.

Brukare och patienter som aktiva medskapare är ett prioriterat område för Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2012). Medskapande innebär bland annat att de professionella inte arbetar för utan med sina brukare och patienter – mot ett gemensamt mål.

Björkman (2014) beskriver i rapporten Vård och omsorgsmöte i hemmet att nio arbetstimmar (4000 kr) åtgår för möten där läkare, sjuksköterska, biståndshandläggare och medarbetare från hemtjänsten deltar. Denna arbetsinsats bör användas för att den äldre personen ska få möjligheter att formulera och nå sina mål. De professioner som deltog i mötena berättar att det nog trots allt besparade dem från ett annat besök och t o m minskade kostnader som annars skulle uppkommit. I studien ingick åtta vård- och omsorgsmöten. Närmast var nöjda med modellen, men hur var det med den äldre själv? Vid uppföljning efter två månader kunde endast hälften (fyra personer) delta. Av dessa fyra var det bara två som kunde genomföra hela intervjun. Svar som kan nämnas var "bra att få ventilerat sin situation", "bra att de vet hur man har det och att de vill hjälpa till" samt "bra att de ser till människor".

Meranius Summer (2010) säger att många äldre med omfattande behov av vård och omsorg har ett veckoschema som påminner om stressade barnfamiljers. Skillnaden är att de inte valt sina aktiviteter och att de är äldre och sjuka. Att inte ha kontroll hindrar meningsfullheten och äldre beskriver maktlöshet över att inte kunna påverka sin vardag. Bristande samordning påverkar äldres hälsa negativt. Meranius Summer betonar att det är viktigt för äldre att fatta egna beslut. Enligt From och kollegor (2007) kan hänsynstagande till den äldres önsknings och ett respektfullt bemötande leda till ökat välbefinnande.

Rydeman (2006) har undersökt vårdplanering på sjukhus inför utskrivning och funnit att en viktig aspekt är att den äldre personen blir hörd och bekräftad samt är förberedd på att komma hem, men att en del får kämpa för att bestämma över sina liv. Personalen hade olika syn på vad den äldre behövde och att behoven bedömdes utifrån varje organisations ansvarsområden istället för individens behov.

Vold Hansen (2007) beskriver olika grader av inflytande på sätt som gör det lätt att förstå skillnaderna där brukarstyrning är det som ger ett reellt inflytande:

- Brukarperspektiv skapar möjlighet att medverka men mycket är redan bestämt.
- Brukarinflytande innebär respekt för varandras planer men den enskilde kan ofta inte själv formulera mål.
- Brukarstyrning innebär att den enskilde har tydligt mål som hon arbetar mot.

Svensk sjuksköterskeförening (2010) beskriver att i personcentrerad vård ska vården stödja individens rättigheter, värderingar och föreställningar. Vården ska sträva efter att respektera och bekräfta den äldre personens upplevelser och tolkning samt främja hälsa utifrån vad begreppet betyder för den enskilde. Den äldres unika perspektiv ska ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet.

Teoretisk referensram

Jag har valt att främst studera äldres samskapande i sin egen framtid med hjälp av Antonovskys modell KASAM (Känsla Av SAMmanhang). Antonovsky visade genom att analysera resultat från sin forskning att mer än var fjärde kvinna i en grupp överlevande från andra världskrigets koncentrationsläger bedömdes ha en tillfredställande psykisk hälsa. På grundval av dessa iakttagelser formulerade han 1979 den salutogena modellen som presenterades i *Health, Stress and Coping* där SOC (Sense Of Coherence) beskrivs för första gången. Boken översattes till svenska 1991 och därmed började begreppet KASAM användas i svensk vård och omsorg i ökad omfattning.

Begreppet består av tre komponenter, enligt följande:

- Begriplighet innebär att den äldre personen förstår det som händer och upplever tillvaron som ordnad, sammanhängande och tydlig. Framtiden är förutsägbar och överraskningar kan förklaras.
- Hanterbarhet innebär att de resurser den äldre har kan möta de krav hon ställs inför. Resurser kan vara den äldre personens egna eller finnas hos andra personer som hon upplever hon har till sitt förfogande.
- Meningsfullhet handlar om att vara delaktig i de processer som skapar den äldre personens liv och det dagliga livet.

Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen är att beskriva hur äldre personer är samskapare inom hemsjukvård.

Frågeställning:

Vad anser äldre personer är viktigt i mötet med vård- och omsorgspersonal för att de ska kunna vara aktiva samskapare i sin egen framtid så de kan hantera sin vardag och ohälsa?

Metod

Arbetet bygger på intervjuer med äldre och är en del av en kvalitetsuppföljning av hemsjukvård. Personernas berättelser har analyserats utifrån KASAM.

Jag träffade och lyssnade till berättelser från sju äldre människor som alla hade omfattande behov av vård och omsorg i det egna hemmet.

Intervjupersonerna valdes ut utifrån att de varit inskrivna i hemsjukvården, hade hemtjänst samt insatser från sjuksköterska och arbetsterapeut eller sjukgymnast under mars-april 2014. Det var 33 personer som motsvarade kriterierna samt var 65 år eller äldre. Fem personer exkluderades då de avlidit, hade en direkt livshotande sjukdom eller hade flyttat in på permanent äldreboende. Av återstående 28 valdes 11 ut som fick förfrågan att delta. Personerna ordnades i ålder och de fem äldsta från staden och sex äldsta från landsbygden fick förfrågan. Av de elva som tillfrågades exkluderades ytterligare fem då de avböjde pga sjukdom, avlidit eller inte gick att nå per telefon.

Jag besökte sex hem och träffade sju personer. I ett hem mötte jag ett äkta par som bägge uppfyllde inklusionskriterierna. Det var två män och fem kvinnor i åldern 81-93 år med en medianålder på 85 år. Tre personer var ensamboende. För två personer som hade en sviktande kognitiv förmåga fördes samtal i nära samverkan med äkta makar tillika gode män. Besöken inleddes med att den äldre personen beskrev hur hon eller han hade det. Senare kom jag in på frågor om vård- och omsorgsmöten. Tanken var att spela in berättelserna på band, men då de tre första personerna avböjde inspelning valde jag att även fortsättningsvis samtala och föra stödanteckningar.

Frågeställningar:

- Vill du börja med att beskriva hur du har det?
- Hur upplever du att hemsjukvården hjälper dig?
- Har det varit något möte hemma hos dig?

Intervjuerna genomfördes av mig själv med den förkunskap jag har genom 40 års erfarenhet av vård och omsorg. Frågorna utformades så att de skulle vara möjliga att analysera utifrån KASAM. Jag valde att analysera svaren ensam trots de risker det innebär för ensidig tolkning av intervjutexten (Kvale, 2009).

Etiska överväganden

Informanterna erhöll brev om syftet med arbetet och att berättelserna skulle ingå i denna studie. Undersökningen skulle ligga till grund för att utveckla och förbättra hemsjukvården. I brevet betonades att deltagandet var frivilligt och att ingen skulle kunna känna igen deras berättelser. Efter några dagar ringde jag upp och berättade muntligt om innehållet i brevet samt bestämde tid när jag kunde komma hem till dem. Vid mötet upprepade jag åter att deltagandet var frivilligt och att de kunde avstå från att svara på frågor. Underlag och analyser förvarades inlåst och var endast tillgängligt för mig. När undersökningen och uppsatsen är slutförd kommer materialet att förstöras. I rapport och uppsats kan ingen identifiera dem. Verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska har godkänt att intervjuerna är underlag för denna uppsats.

Berättelser och analys

Berättelser

Nedan beskriver jag kort de sju personer som bidragit med sina berättelser. Numreringen är för att underlätta för läsaren att följa med i analysen.

1. Får besök av hemsjukvården då och då, är 85 år och bor ensam. När det ska vara planeringsmöten med flera personer vill hon att dottern ska vara med.

”Jag hör dåligt och har lång stubin till hjärnan. Etterpaa (efteråt) pratar jag med G och är det något jag inte vill som vi bestämt så hjälper hon mig att ändra det.”

2. Stroke för fyra månader sedan och bor ensam, 86 år gammal. Vål medveten om att det beror på henne själv om träningsprogrammet hon fått av sjukgymnasten ska bli av. Regelbundna besök av sjuksköterskan för injektioner och hjälp med läkemedel. Bor några trappor upp men kan komma ut med hjälp. Har hemtjänst flera gånger om dagen. Det påverkar livet men styr det inte. Det mesta fungerar bra men.....

”Jag har svårt att be om något. Så har det varit sedan jag var liten. Jag säger inget på sådana möten utan det blir vad det blir. Men de bestämmer mycket som sedan aldrig blir av.”

3. Kvinna 84 år som bor med make. Tycker att allt fungerar bra och att de kan påverka vården och den hjälp de behöver. Kan inte påminna sig några planeringsmöten men de talar med vård- och omsorgspersonalen då de kommer och allt blir bra. Ringer till sjuksköterskan om det är något de undrar. Har också kontakt med rehabiliteringspersonal, fått rollator utprovad och träningsprogram som inte alltid blir av.

”Det är som det är.....oj vilket oväder det blev.....men jag har det bra.”

4. Man 81 år som bor tillsammans med sambo och förutom hemsjukvård har han hemtjänst flera gånger om dagen. Nyss hemkommen från sjukhuset där han legat några dagar. Anser att han inte är med och skapar sin framtid framförallt inte när insatser ska utföras.

"Hade jag i mitt arbete behandlat personer så här hade jag inte haft några kunder kvar....men vi är ju inte kunder utan patienter."

"Kan sitta och vänta en hel dag och så kommer de sen eftermiddag. Helt plötsligt byter de dagar utan att säga till. Det har varit tisdag o fredag länge och helt plötsligt kom de en måndag....och sa att i fortsättningen blir det måndag o torsdag."

Det tar en hel dag av mannens liv att vänta och besöket tar bara en kvart. Det påverkar för mycket i planeringen av övriga livet. Hemsjukvården fungerar bra när de är där. Det förekommer inga möten då vården planeras utan han får ringa och bestämma med de olika aktörerna var för sig.

5. Maken till en 84-årig kvinna välkomnar mig. Frun har en demenssjukdom men tillsammans med maken kan vi föra ett bra samtal. De förmedlar en mycket positiv bild av den vård de får och den är individuellt anpassad. Tidigare har de haft regelbundna besök av sjuksköterskan men just nu är behovet inte så stort. Hemtjänst dagligen och insatser av rehabiliteringspersonal också.

"De ser behov som vi inte har tänkt på, föreslår åtgärder och tillsammans kommer vi fram till vad som blir bäst."

"Jag har fått vad jag behöver utan att behöva be om det."

6 och 7. Det äkta paret 91 respektive 93 år bor tillsammans i ett egna hem som de själva byggt. Huset är bostadsanpassat och det fungerar bra. Maken har efter en stroke påtaglig kognitiv svikt men maken uttrycker en mycket stark vilja att bo kvar hemma så länge det bara går. Hemtjänsten är ovärderlig och hemsjukvården som kommer underlättar också. Förutom att få hjälp med provtagning och läkemedel kan maken rådfråga om mycket och få råd direkt. Samordningen mellan olika aktörer verkar inte fungera så bra. Det finns hjälpmedel i hemmet som bara blivit kvar fast de inte används.

"De kan vara bra att ha. Rullstolen som han fick med sig hem från korttidsboendet står i källaren. Kan komma till användning framöver."

Analys av äldres känsla av sammanhang

De äldres berättelser analyseras här med avseende på KASAM-begreppets tre komponenter, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Begriplighet

Begriplighet innebär att den äldre personen förstår det som händer och upplever tillvaron som ordnad, sammanhängande och tydlig. Framtiden är förutsägbar och överraskningar kan förklaras.

Jag träffade en kvinna (person 5) med viss kognitiv svikt som sa att hon inte förstod varför de blivit så ensamma. Det tidigare umgänget och släkten kom aldrig på besök. Maken beskrev det som ett återkommande samtalsämne och hans fru var så ledsen för detta. Hon kunde inte

förstå (begripa) varför det blivit så här och lade skulden på sig själv. Maken förstod att det var hustruns sjukdom som orsakade förändringen i umgänget och han var ledsen för det, men framförallt för att det orsakade hustrun lidande.

En kvinna (6) berättar att hon vet var hon kan nå hemsjukvården och det är tryggt. Maken blir sämre och hon kan inte kommunicera med honom verbalt. Sista stroke innebär förlorad talförmåga. Hon planerar att kunna bo kvar i huset och ha honom hemma för de har ju alltid varit ihop. Samtidigt berättar hon att är det inte möjligt så får de flytta.

Jag träffar också en kvinna (3) som inte riktigt förstår allt runtomkring. Sjuksköterskan kommer och lägger om benet och hon får en rollator utprovad men förstår inte hur allt hänger ihop. En man (4) ringer upp mig och berättar att han måste läggas in på sjukhus akut för en allvarlig komplikation så vi får skjuta på intervjun. Veckan därpå tar han ny kontakt då han kommit hem och säger att han tror att han "får vara med lite till". Han ser sin sjukdom och hur den påverkar honom i ett tydligt sammanhang. Han är mycket angelägen att få berätta om sina upplevelser. Han verbaliserar att vård och omsorg utgör en liten del av livet men är nödvändigt för att han ska kunna leva resten av livet.

Kvinnan (1) som flyttat från släktgården har nu inrättat sig i pensionärlägenheten i en ort lite närmare dottern för att få möjlighet att träffa henne, men framförallt för att dottern kan förklara när hon själv inte begriper. Dotterns förklaringar hjälper henne förstå.

Kvinna (2) som berättar om motgångar i livet och barnbarns död men hur hon ändå ser allt i sitt sammanhang. Det var en olycka och sådana händer även om vi önskar att det inte skulle skett. Inser att hon inte är ensam om detta.

Hanterbarhet

Hanterbarhet innebär att de resurser den äldre har kan möta de krav hon ställs inför. Resurser kan vara den äldre personens egna eller hos andra personer som hon upplever hon har till sitt förfogande.

Mannen (4) som inser att sjukdomen tar mer och mer av hans förmågor och att sjukhusvistelserna nog kommer att bli fler och längre väljer att ha kvar sin lägenhet men bo hos sin tidigare särbo för att kunna hantera sin situation.

Kvinnan (5) med demenssjukdom kan inte själv hantera sin situation i större utsträckning, men har en kärleksfull make som hon kan kommunicera med och tillsammans klarar de av livet.

Jag möter också paret (6 och 7) som varit tillsammans i över 70 år. Mannen är idag helt beroende av sin hustru för främst tolkning av sina behov. Hemtjänsten tar hand om allt praktiskt.

Utan maken hade det inte gått får jag höra. Vål medveten om sin (3) egen begränsning men tillsammans klarar de av livet. Vård och omsorg är en liten pusselbit men inte så väsentlig.

Kvinna (2) som bor två trappor upp beskriver att hon har kunskap om behovet av rehabilitering och att hon kan ta sig ut. Stroken för några månader sedan förändrade mycket men rehabiliteringsprogrammet finns där. Det finns en oro för att hon ska ramla i trappan när hon går ut med hemtjänsten för det är inte så starka kvinnor. Är det män går det bättre. Detta har hon inte talat om så rehabiliteringen är beroende på vem som kommer och det kan hon inte påverka. Lägenheten gör att kvinnan (1) kan möta framtiden. Det är nära till hemtjänsten som har sitt kontor i samhället. Hon ser över till äldreboendet och det är också en trygghet. Behövs det hjälp så trycker hon på trygghetslarmet. Sker sällan men det är bra att det finns. Känner sig också trygg med att trygghetslarmen ska digitaliseras.

Kvinnan (3) upplever att hon inte kan hantera situationen och trycker på larmet och då får hon hjälp att reda ut det inträffade.

Det viktiga att vara med i processen och påverka den återkommer. Mannen (4) som känner att hemsjukvården styr hans liv ger uttryck för en åsikt som delas av flera även om det inte är lika tydligt. Han hanterar det genom att säga till men anser att det är ett nonchalant beteende.

Meningsfullhet

Meningsfullhet handlar om att vara delaktig i de processer som skapar den äldre personens liv och dennes dagliga liv.

Det äkta paret (6 och 7) beskriver för mig en meningsfullhet. Maken sitter med sin välkända dagliga tidning i köket hela dagarna. Maken ser fram emot att de får fira järnbröllop 2015. Dottern på fastlandet har de oftast kontakt med via telefon men hon planerar en återflytt till ön. Sönerna hjälper till praktiskt och det är de tacksamma för. De har varandra. I möten med vård och omsorg berättar de hur de vill ha det och de känner delaktighet.

Meningsfullhet kan ha många dimensioner. En make (5) beskriver att de inte haft några direkta planeringsmöten men hela tiden är de delaktiga i den dagliga planeringen. De olika aktörerna träffas i samband med besök eller har telefonkontakt.

Besöken hos väninnorna ger välbehövlig avkoppling för kvinnan (2). Det behöver planeras noggrant med färdtjänst och hjälp att komma nerför trapporna.

Det dagliga livet styrs mycket av när hemtjänsten kommer. När det gäller lite större saker som sonens bröllop kände hon (1) att hon var en del av ett större sammanhang. Att det är sonen som har hand om släktgården är också viktigt och ger mening i livet.

En elrullstol ger möjlighet att komma ut i samhället (4) och ett oberoende trots att han egentligen är beroende av hemtjänst flera gånger om dagen för sin dagliga livsföring.

Kvinnan med en demenssjukdom (5) får komma till dagverksamhet två gånger i veckan. Det ger en meningsfull tillvaro med andra men bidrar också till att maken får en paus från stöd till sin hustru dygnet runt.

Reflektioner

Vid samtalen jag haft berättas det om att det är viktigt att få hjälp med det man inte kan klara av själv. Detta är oftast en grundläggande förutsättning för att kunna bo kvar hemma. När det gäller delaktighet, påverkan och samskapande förekommer det i mindre utsträckning vid planerade möten än jag trodde. Däremot kommer det fram att i de enskilda mötena är den äldre personen delaktig i mycket. Berättelserna visar på en förnöjsamhet och acceptans av situationen men också en glädje i att kunna bo kvar hemma.

I lagstiftning och föreskrifter inom vård och omsorg är delaktighet viktig. Att ha samordnade individuella planer (SIP) där flera aktörer är med eller samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård betonas. Denna typ av möten har alla de jag träffat varit med om men när jag frågar dem upplevs de inte så viktiga. Jag tror att planeringsmöten ska ske men inte överskattas när det gäller samskapande med den enskilde. De vård- och omsorgsmöten som Björkman (2014) relaterar till har sitt berättigande men kanske behöver inte alla professioner vara med.

Berättelserna jag fått ta del av bekräftar det som Meranius Summer (2009) skriver om veckoschema som liknar stressade barnfamiljers. Att samordna besök i hemmet eller när det behövs undersökning på sjukhus för äldre sköra människor är viktigt. Vård och omsorg är trots allt en liten del av äldre människors vardag även när de har omfattande behov.

Ett salutogent förhållningssätt som stärker den äldre personens KASAM kräver att vård- och omsorgspersonalen varierar bemötandet med hänsyn till personen som de möter, säger Westring Nord et al (2012). Detta baseras på en intervjustudie med mest sjuka äldre utifrån deras upplevelser av omsorgs- och vårdinsatser från kommun och landsting. De människor jag träffat har helt olika behov för att de begripligt, hanterbart och meningsfullt ska kunna vara samskapare i sin egen framtid.

Antonovskys KASAM-begrepp (1991) har varit en användbar teori som givit ett begripligt och hanterbart sätt att hantera berättelserna och där även delaktigheten kan belysas. Salutogent förhållningssätt som begrepp blir mer och mer vanligt inom äldreomsorgen och det innebär att alltfler medarbetare reflekterar över hälsofrämjande insatser i mötet med de äldre.

Min erfarenhet säger att ett salutogent förhållningssätt där personalen främjar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är framgångsrikt. Min tanke efter att tagit del av berättelserna är att det är människor med högt KASAM som klarat av sina liv och också kan leva sin ålderdom kvar i sina hem.

Mitt bidrag till Uppdrag kunskap

Äldre personer som bor hemma vill vara med och bestämma hur framtiden ska vara både i kort och längre perspektiv. Det krävs en stor ödmjukhet från dem som möter äldre personer för att skapa tillit och för att den äldre personens verkliga önskemål ska beaktas. I alla möten ska den äldre personen stärkas. Genom anpassat bemötande finns möjlighet att den äldre ska kunna hantera och ha kontroll över sitt dagliga liv, känna att hon begriper vad som händer runt henne och att livet har en mening. Planeringsmöten är viktiga men behöver förberedas. Det är ofta i de mindre mötena som äldre upplever en äkta delaktighet i att vara med och skapa sin framtid.

Min uppsats kommer att vara en del i en kvalitetsuppföljning av hemsjukvården där även resultat av enkätundersökning till drygt 250 personer redovisas för socialnämnden. Resultaten i denna uppsats, enkätundersökningen och mina samtal kommer jag att presentera för hemsjukvårdens ledning. HSL-råd som riktar sig till all legitimerad personal (både egen och enskild regi) inom den kommunala hälso- och sjukvården är också en informationskanal. Sociala medier som Facebook och Twitter kommer ge spridning i landet.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Björkman, I. (2014). *Vård och omsorgsmöte i hemmet. Samverkan kring sköra äldre*. Handen: Nestor FOU-center.
- From, I., Johansson, I. & Athlin, E. (2007). Experiences of health and well-being, a question of adjustment and compensation – views of older people dependent of community care. *International Journal of Older People Nursing*, Dec 2, (4), 278-287.
- Kvale, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Rydeman, I. & Törnkvist, L. (2006). The patient's vulnerability, dependence and exposes situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social works. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1299-1307.
- SFS (1982:763). *Häls- och sjukvårdslag*.
- SFS (2001:453). *Socialtjänstlag*.
- Socialstyrelsen. (2011). *Nya bestämmelser gällande äldreomsorgen från och med den 1 januari 2011*. Meddelandeblad nr 1. Stockholm: Författaren.
- Socialstyrelsen. (2013). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013*. Stockholm: Författaren.
- Summer Meranius, M. (2010). *Era delar är min helhet. En studie om att vara äldre och multisjuk* (avhandling för doktorsexamen, Institutet för vårdvetenskap, Linneuniversitetet, 2010).
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtad april 6, 2014 från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/OM.Personcentrerad.vard_web.pdf
- Sveriges Kommuner och Landsting. *Demokrati. Brukare och patienter som aktiva medskapare*. Hämtad juni 1, 2014 från http://www.sk.se/vi_arbetar_med/demokrati/brukare-och-patienter-som-aktiva-medskapare
- Westring Nord, M., Larsson, A-C., Sjöberg, A., Larsson, E. & Karlsson, L. (2012). *Se mig! En intervjustudie med multisjuka äldre utifrån deras upplevelser av omsorgs- och vårdinsatser från kommun och landsting*. Fokus-rapport 2012:1. Kalmar: Fokus Kalmar län.
- Vold Hansen, G. (2007). *Samarbeid uten felleskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* (avhandling för doktorsexamen, Karlstads universitet, 2007).

Utvecklingsarbete

Vilken relevans har användandet av validerade verktyg i samtalet med den äldre patienten?

Sonja Strandell

sonja.strandell@lg.se

Handledare Anna Condelius

Vilken relevans har användandet av validerade verktyg i samtalet med den äldre patienten?

Inledning

När jag som nyutbildad sjuksköterska i mitten av sjuttioalet arbetade inom den slutna vården pratades det inte så mycket om patientens delaktighet, behov av information och upplevelse av vården. Kanske hade vi på sjukhusavdelningarna mera tid för patienterna då eller var det vårdtiderna som var längre så man hann lära känna patienterna och etablera en kontakt som inte beskrivs möjlig idag av sjuksköterskor inom akutsjukvården? Är tid en faktor av betydelse för hur patienter upplever delaktighet och given information?

Efter distriktsköterskeutbildning i slutet av sjuttioalet påbörjades mitt snart trettiofemåriga arbetsliv inom primärvården och där distriktsköterskearbetet fått mest utrymme och intresse. Att få möjlighet att möta patienter och närstående på mottagning och i deras egna hem har berikat mig som människa och sjuksköterska och varje dag har fyllts på med kunskap. Eftersom den äldre personen varit mest representerad i mina patientmöten är det utifrån erfarenheter från samtal i dessa möten som jag många gånger reflekterat över hur viktigt det är hur ett samtal utvecklas för att resultatet ska kännas tillfredsställande för alla parter. I handledarsituationer med studenter har detta varit en viktig fråga för mig, både som feed-back på mina egna patient-samtal men även min vilja till att varje sjuksköterskestudent ska förstå betydelsen av kunskap om samtal och att detta kan vara avgörande för samtalets utveckling och därmed resultatet av mötet.

Under de senaste åren som utvecklingsledare inom hälso- och sjukvården i satsningen på mest sjuka äldre har jag följt resultat från mätningar om äldre patienters upplevelser av information om och delaktighet i planeringen av sin vård. Resultaten tillsammans med mina egna erfarenheter i möten med den äldre patienten har fått mig att fundera över orsaker till resultaten och vad vården gör för att det ska bli bättre. De resultat jag följt redovisas i webbkollen (SKL). Webbkollen är ett intervjustöd vid uppföljning till personer över 65 år som skrivs ut till hemmet efter sjukhusvistelse. Att inom 72 timmar följa upp dessa personer, via telefonsamtal eller hembesök, kan vara en effektiv modell för att öka tryggheten hos sköra äldre och på så vis förhindra oplanerade återinskrivningar. Webbkollen Ring upp är en sådan möjlighet till uppföljning. Resultaten visar bl a att bara hälften av de tillfrågade upplever att de varit delaktiga i planeringen av hur det skulle bli då de kom hem och vem de skulle vända sig till om de undrade över något.

Bakgrund

I mitt arbete inom vård och omsorg har jag under drygt fyrtio år förundrats över patienters ofta begränsade möjligheter till delaktighet och inflytande över sin egen vård och omsorg. Jag

har också funderat över hur vården säkerställer att given information uppfattats på rätt sätt både till och från patienten. Delaktighet, dialog, relation och social kompetens, information samt intresse och engagemang är de viktigaste delarna i kommunikation och bemötande. Informationsskyldighet och personers rätt till delaktighet regleras bl a i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:263 2a 3§) HSL samt i Patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL. Ett förslag om en ny Patientlag finns ute på remiss som föreslås träda i kraft 1 januari 2015 med syfte att ytterligare stärka och tydliggöra patientens ställning och där informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas (Socialdepartementet, 2014).

Upplevelsen av självständighet är en viktig faktor för de allra äldsta och att detta tangerar autonomiprincipen. Autonomiprincipen innebär att man har möjlighet att vara med och fatta beslut som rör det egna livet (Haak, 2006).

Hälso- och sjukvårdens av tradition hierarkiska uppbyggnad har knappast främjat utveckling av ett förhållningssätt där patientens upplevda behov och egna önskemål får stor betydelse för innehåll och resultat. Min erfarenhet är att makten legat hos den som vårdar och arbetssätten har varit präglade av tradition och tron på att vården vet bäst. Och kanske är det så att många äldre inte tycker sig kunna delta i beslut om sin medicinska vård och behandling. Ekdahl, Anderson & Friedrichsen (2009) beskriver i en studie resultat där den äldre patientens upplevelse är att sjukvårdens kunskap är förknippat med makt och att sjukvården gör vad de anser vara det bästa för patienten. Studien beskriver vad äldre patienter menar med delaktighet är information om utredningar och behandlingar och att de vill vara delaktiga i sin omvårdnad. De vill bli lyssnade till när de berättar om hur de mår och hur de själva upplever sitt tillstånd samt förstå vad som händer. De vill bli grundligt informerade men uttryckte i denna studie inte någon önskan om att delta aktivt i medicinska beslut rörande sin vård och behandling.

Detta styrks även i en studie om den äldre patientens upplevelse av delaktighet inom primärvård i elva europeiska länder (Bastiaens, Van Royen, Pavlic, Raponso & Baker, 2007). Där beskrivs även betydelsen av faktorer som tid, individens förutsättningar för att ta emot information, ålder, utbildning, kulturell bakgrund med mera, för resultat av upplevd delaktighet och hur väl man har tagit till sig och förstått den information som getts. Bastiaens et al visar att mängden information, hur informationen ges och vilket samtalsmodell som används ska grundas på vilka förväntningar och hinder som kan sättas i samband med hög ålder och anpassas till den äldre patientens individuella preferenser.

Min egen erfarenhet är att vårdens uppfattning om hur information mottagits och tolkats sällan stämmer med hur den äldre patienten uppfattat denna. Den äldre patientens aktuella tillstånd och mängden information som ges är två faktorer som påverkar detta i hög grad. Kessels (2003) beskriver i en studie om hur 40-80 % av all medicinsk information som ges till patienter är glömd direkt.

Samtalsverktyg

Inom vården införs idag på ett flertal håll användande av validerade verktyg och modeller i samtal med patienter varav två kommer att presenteras i detta arbete.

SBAR

Med en fastställd struktur för hur kommunikationen och informationsöverföringen ska gå till, minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas. En sådan struktur för kommunikation är SBAR, som står för: Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation. SBAR är ett väl beprövat verktyg som sedan länge använts för överföring av viktig information i komplexa arbetsmiljöer exempelvis inom kärnkraftindustrin, flyget och NASAs rymdprogram. Användandet av SBAR i vården grundar sig på att problemet med otydlig information mellan vårdpersonal, och mellan vårdpersonal och patienter är en vanlig bakomliggande orsak till patientskador i vården (Wallin & Thor, 2008; Blom & Westergren, 2012).

SBAR är ett sätt att lämna och ta emot viktigt information strukturerat. Om vårdpersonalen använder SBAR som verktyg i samtalet minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller misstolkas. I förlängningen minskar därmed risken för vårdskador. Fungerande kommunikation bidrar till att bygga relationer mellan människor och till att överföra information. Båda funktionerna behövs i sjukvården. Effektiv kommunikation ska vara läglig, komplett, korrekt och avgränsad för att ge avsändare och mottagare möjlighet att bygga en gemensam förståelse för situationen. Detta är av kritisk betydelse när både avsändarens och mottagarens hela uppmärksamhet och handlingsberedskap krävs för att fatta korrekta beslut och att omedelbart vidta åtgärder (Wallin & Thor, 2008).

SBAR kan inte bara användas som ett verktyg mellan vårdens personal, utan fungerar även i dialogen mellan personal och patienters närstående (SKL, bilaga 1).

Teach-back

Teach-back är en annan evidensbaserad samtalsmetod där patienten med egna ord återberättar vad som sagts och där målet är att tillgodose effektivt lärande utifrån patientens egen kunskap. Teach-back är ett sätt för vårdpersonal att värdera om lärandet lyckats (Tamura-Lis, 2013). Syftet med teach-back är att försäkra sig om att patienten har förstått den information som getts. Patienter återberättar vad som han/hon uppfattat av vad som sagts som viktigt vad gäller genomförd behandling och framtida behandling samt den planering som gjorts. Metoden säkrar att patienten förstår händelseförloppet och är därigenom ett sätt att öka patientsäkerheten.

Syfte

Att undersöka om användandet av standardiserade samtalsmetoder så som SBAR och teach-back genererar upplevd delaktighet för patienten och en ökad medvetenhet hos personalen om kommunikationens betydelse för delaktighet och kvalitet i vården.

Frågeställningar

1. Vad är syftet med att införa en standardiserad metod för samtal?
2. Innebär användandet av standardiserade metoder att patienten blir mer delaktig och att personalen blir medveten om kommunikationens betydelse för delaktighet?
3. Har de olika metoderna olika tillämpningsområden och när är de mest lämpliga att använda?
4. Vilken metod kan ses som mest användbar i vården av äldre?

Metod

Arbetet är byggt på sökningar av publicerade artiklar via LUB search, Lund University Libraries och övrig publicerad litteratur inom områdena äldre, samtal och validerade samtalsmodeller. Jag har deltagit i utbildningstillfällen om införande av samtalsmodeller samt samtalat med olika professioner inom vården utifrån de frågeställningar arbetet bygger på. Jag har deltagit i fokusgrupper av äldre patienter som deltagit i projektet *Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg* och samlat in äldres synpunkter om samtalets betydelse. Citaten i arbetet är hämtade från dessa samtal och fokusgrupper. Resultat från webbkollen (SKL) om patienters upplevelse av delaktighet vid utskrivning från sjukhus har följts. Detta tillsammans med mina egna kliniska erfarenheter från vården har sammantaget bildat underlag för resultatet av arbetet.

Diskussion/Kunskapsbidrag

Syftet med att införa en standardiserad metod för samtal med patienten

Jag lyssnade nyligen till en av våra högsta chefer i landstinget som bl a talade om vården av äldre. Han beskrev där hur vi nu använder oss av det standardiserade verktyget SBAR inom vården även i samtal med patienter och beskrev då hur effektivt detta är för att spara tid och resurser.

Det övergripande syftet med användandet av validerade samtalsmodeller är ändå att minska risker för missförstånd och att få struktur på kommunikationen mellan vårdpersonal och struktur i samtal med patienter. Kornburger, Gibson, Sadowski, Maletta & Klingbeil (2013) visar i sin studie hur teach-back kan förebygga missuppfattningar mellan personal och patienter och göra patienten trygg inför hemgång efter sjukhusvistelse.

Om en patient inte blir informerad eller missförstår den information som ges om vård och behandling, kan det medföra risker för patientsäkerheten. Patienten kanske tar sina läkemedel på fel sätt, eller avstår från att söka vård igen vid försämring av sitt tillstånd. En viktig säkerhetsåtgärd är därför att varje patient får information som han eller hon förstår och kan ta till sig, och att ansvarig vårdpersonal följer upp att patienten eller patientens företrädare verkligen uppfattat det som sagts (Socialstyrelsen). Denna säkerhetsåtgärd ger naturligtvis även effekter i form av sparad tid och sparade resurser.

Giacomo d'Elia skriver i sin bok "Det kognitiva samtalet i vården" (2004), att ett strukturerat samtal har i sig en terapeutisk verkan och att patienter oftast brukar uppskatta att få veta hur samtalet kommer att utformas och att patienten kan påverka innehållet. Struktur hjälper också till att skapa ordning i informationsutbytet och underlättar en effektiv användning av tiden, men att den bör samtidigt vara anpassad till patientens aktuella behov och status. Han poängterar också i boken vikten av det aktiva lyssnandet.

Innebär en standardiserad metod för samtal att patienten blir mer delaktig?

"Delaktighet sker inte med automatik bara för att man använder en standardiserad modell. Metoden är ett hjälpmedel i ett sammanhang, där det basala måste vara riggat först som t ex miljö, tid och vilket språk man använder, det vill säga man måste komma ihåg att patienter sällan förstår sjukhusspråket."

(Vårdenhetschef medicinavdelning)

Kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten kan ses som en relation där kommunikationsutbyte sker mellan två parter, vilket i regel har en ömsesidig påverkan och utbytesförhållande (Eide & Eide, 2005). Kommunikation i denna relation består av två huvudtyper, den verbala och den icke verbala. Eide & Eide (2005) menar att verbal kommunikation utgörs av det som förmedlas skriftligt eller genom det som sägs. Den icke verbala kommunikationen innebär förmedling av känslor genom kroppshållning, rörelse, ansiktsuttryck, röstanvändning och beröring. Dessa faktorer påverkar patientens upplevelse av delaktighet.

”Man måste ha respekt för den person man möter och för dennes kunskap, bakgrund och aktuella situation. Det är viktigt hur man säger saker, att lyssna på svaren, att begränsa informationen, använda sig av teach-back men att tala till vuxna på vuxet vis och ej behandla alla som barn bara för att de är patienter.”
(Arbetssterapeut inom Primärvården)

I en amerikansk litteraturstudiestudie visar Novak & Fairchild (2012) att bedside rapportering på sjukhus med hjälp av SBAR ger patienten möjlighet till delaktighet, till att ställa frågor och få delad information vilket genererar mindre oro och mer nöjdhet när de vet vad som rapporteras mellan personal i olika arbetsskift. Patienten blir då även mera involverad i sin vårdplanering och känner sig mera trygga när de vet vilken sköterska som är huvudansvarig för dem. Inom den slutna vården kan detta vara svårt om patienten inte vårdas på enklrum och man får då finna lösningar för varje situation.

Inga ytterligare studier har hittats för att se om användande av SBAR och teach-back stärker patienters upplevelse av delaktighet. Min egen erfarenhet är att alltid gå in i ett samtal med patienter där förutsättningarna bygger på två parter förväntningar och kunskap och där resultatet sker i samförstånd och med en förvissning om att överenskommelse av vad som sagts har skett. Om samtalet sker med hjälp och stöd av validerade metoder tillsammans med medvetenhet hos vårdpersonal om vilka faktorer som har betydelse för resultatet tror jag att patientens upplevelse av delaktighet kan stärkas. Detta område borde vara intressant för vidare studier.

Blir personalen medveten om kommunikationens betydelse med hjälp av standardiserade metoder?

Att kommunicera är viktigt för de allra flesta. Om man är motiverad och verkligen vill kan man förbättra och utveckla sitt sätt att kommunicera. Det kanske kan ta lite tid eftersom det är lättare att göra som man brukar. Men med medvetenhet, tålamod och vilja går det att utveckla sin kommunikativa förmåga. Eide och Eide (2005) beskriver vikten av kunskap för att kunna föra ett professionellt samtal vilket är en förutsättning för att kunna ge en bra omvårdnad. Vård och omsorgspersonal behöver utveckla ett pedagogiskt förhållningssätt för att kunna skapa ett pedagogiskt möte som inkluderar äldre patienter.

Blom & Westergren (2012) beskriver i resultatet från en klinisk interventionsstudie sjuksköterskors erfarenhet av att införa SBAR som verktyg för samtal vid ett sjukhus i södra Sverige. Sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande kunde beskriva upplevelse av att det var lättare att arbeta med rapportering av patienter mellan vårdpersonal och att SBAR kunde användas som en checklista så att ingen viktig information glömdes bort. Detta ökade därmed patientsäkerheten. Något som poängterades i resultaten av studien var chefernas ansvar att följa upp att

man använder SBAR då det annars metoden annars lätt glömdes bort. I en interventionsstudie från ett sjukhus i USA visar Kornburger et al (2013) att utbildning i teach-back ökar sjuksköterskors förståelse och medvetenhet om sambandet mellan samtalet och patientens kunskap om sitt hälsotillstånd. Användandet av teach-back som samtalsmodell ökade också markant bland de sjuksköterskor som deltagit i utbildningen samt att de använde öppna frågor i mycket större utsträckning.

I samtal med olika professioner inom vården om huruvida de uppfattat att validerade samtalsverktyg har skapat mer medvetenhet om kommunikationens betydelse, framkommer att det är många saker som påverkar resultat av ett samtal, men att man med verktygens hjälp kan försäkra sig om att viktig information inte faller bort. Satsningar på utbildningar för personal inom vården i samtalsmodeller som SBAR och teach-back har skett i stor utsträckning de senaste åren och är också områden som uppmärksammas i SKL satsningen *Bättre liv för sjuka äldre*. Önskvärt är att fler utvärderingar av utbildningsinsatserna och uppföljningar av användandet av verktygen/modellerna görs. Resultaten kan användas i motiveringsarbetet med införande av strukturerade samtalsmodeller.

Har de olika metoderna olika tillämpningsområden och när är de mest lämpliga att använda?

SBAR används idag mest som ett kommunikationsverktyg i överrapporteringen mellan personal inom vården men finns även framtaget i en version för samtal mellan personal och patient (bilaga 1). I diskussioner med personal om användandet av SBAR i samtal med patient framkommer farhågor över risken att man blir så fokuserad på frågorna att man glömmer att lyssna på patienten. Samtidigt uppger personal att man får stöd av SBAR i att inte glömma bort viktiga delar i informationsutbytet med patienten. SBAR kan vara ett bra hjälpmedel för både personal och patient att förbereda sig inför ett samtal eller vårdkontakt (bilaga 1).

Användandet av teach-back är ett sätt att kvalitetssäkra resultat av samtal inom vården och kan användas i alla samtal med patienter anpassat utifrån situation och patient. Att använda SBAR som struktur i samtalet kombinerat med teach-back metoden borde kunna minska riskerna för missförstånd mellan vårdpersonal och patient.

Vilken metod kan ses som mest användbar i vården av äldre?

Nilsson, Sarvimäki & Ekmans (2000) studie där femton äldre personer mellan 85–96 år intervjuades om sina erfarenheter av att vara äldre visar att äldre patienter gör åtskillnad mellan att vara gammal och att känna sig gammal. De äldre som känner sig gamla har ett större behov av att få sina erfarenheter bekräftade genom information och kunskap om vad som är t ex normala fysiska förändringar i samband med åldrandet. Mycket gamla personer saknar möjlighet till information och kunskap som är anpassad till människor i hög ålder och deras situation. Många faktorer kan påverka kunskapen om hälsan hos den äldre t ex sjukdom, stress, för mycket information, och information som man inte förstår.

Bastiaens et al (2007) menar att personal som visar intresse för patienten, har ett stöttande förhållningssätt och erbjuder tillräcklig tid för mötet är avgörande faktorer för hur information tas emot och förstås, speciellt i mötet med den äldre patienten.

En annan betydande faktor som bör uppmärksammas är att många äldre-äldre tvivlar på sin förmåga att fatta beslut eller att förstå. Mängden information bör begränsas till ett par huvudspår som kan behöva upprepas. Nedsatta funktioner av syn, hörsel och eller kognition påverkar i hög grad resultat av kommunikation (Nilsson, Sarvimäki & Ekman, 2000).

Validerade samtalsmodeller som teach-back och SBAR är användbara i vården av äldre men måste kombineras med kunskap hos vårdpersonal om vilka faktorer som är av betydelse för äldre personers lärande och möjligheter att förstå och ta emot information. Personalen bör använda öppna frågor och låta patienten återberätta med egna ord (Tamura-Lis, 2013).

"Personalen måste lära sig använda rätt ord som patienten förstår och inte förvänta sig att patienten förstår sjukhuspråket. Det är viktigt att komma ihåg och inte ha en övertro på olika modeller."

(Vårdenhetschef medicinavdelning)

"Tänk om jag vetat tidigare om vad som händer i kroppen när man blir äldre, då had jag varit mer förberedd."

"Att någon hade tid att lyssna på vad jag tycker."

"Detta att någon tog tid med just mig räddade mig. Nu förstår jag vad jag kan göra."

"Jag förstår att jag själv är ansvarig för min hälsa."

"Jag lärde mig mycket under besöket hemma av distriktsköterskan."

Detta är några citat från fokusgrupper av äldre patienter från uppföljning av projektet *Proaktiv Hälsostyrning i Gävleborg* där man kan se att faktorer som tid, eget ansvar och kunskap är värdefulla faktorer i mötet med den äldre.

Vårdpersonal bör vara öppen för patientens vardagssammanhang så att den äldre kan ta till sig information och känna sig trygg trots sjukdom och ohälsa. Min erfarenhet från arbetet som distriktsköterska är att vårdplaneringsmöten i det egna hemmet där alla utom patienten och eventuella närstående är gäster. Information och rekommendationer om vård och behandling ges i ett vardagssammanhang där patientens möjlighet till delaktighet är betydligt större än vid ett vårdplaneringstillfälle på sjukhus. Användande av samtalsmodeller som till SBAR och teach-back känns vid sådana tillfällen naturligt och blir ett hjälpmedel för att hålla en struktur i samtalet. Vårdplaneringsmöten i personens hem upplevs även av närstående och personal som mycket värdefullt. I Haaks (2006) studie visar resultaten på hur stor betydelse hemmet har för den äldre och därmed också deras uppfattning om att var trygg i medbestämmande och beslutsfattande. Detta styrks även av Bastiaens et al (2007) som beskriver hur äldre patienter värderar tiden i mötet och möjligheten till upplevd delaktighet när mötet sker i patientens hem.

En förändring av attityder och förhållningsätt, ökad kunskap hos vårdpersonal om vilka faktorer som påverkar samtalet, användande av validerade samtalsmodeller samt att äldre patienter kommer att ha ett bredare kunskapsbagage borde kunna förändra och förbättra möjligheten till ökad delaktighet genom att kommunikation sker utifrån patientens behov, önskan, kraft, kunskap och vilja. Studier av nyttan med validerade samtalsmodeller borde vara av intresse vare sig det handlar om att utvärdera patienters upplevelse av delaktighet eller besparingar i form av resurser och tid. Enligt Tamura-Lis (2012) är teach-back en metod som kan och bör användas

vid alla vårdkontakter vare sig det är på sjukhus, mottagningar, hembesök, telefonkontakt, e-mail-kontakt med mera.

Äldre patienter är ingen homogen grupp som det finns ett färdigt koncept för hur ett möte ska ske. Att möta en patient innebär att möta en unik person varje gång oavsett ålder. Vi som är framtidens äldre patienter kommer inte att acceptera att information ges som vi inte förstår eller att vi inte är delaktig i den planering som rör oss. Vi kommer att kräva att den som ger information har kunskap om hur ett professionellt och empatiskt samtal utförs. Det behövs mera kunskap hos vårdpersonal om åldrandet, och vilka faktorer man som personal ska beakta inför ett samtal med en äldre patient. Möjligheten som äldre till att själv söka kunskap, både om varför man är patient, om man själv kan påverka den aktuella situationen och om åldrandet i sig, är en betydande faktor i sammanhanget.

Utbildningar i hur man använder olika modeller för samtal har pågått kontinuerligt i Landstinget Gävleborg sedan knappt tio år och utbildningar i SBAR har pågått sedan 2011. Utbildningarna har för det mesta tagits emot väl av vårdpersonalen vid utbildningstillfällena men sedan är det svårt och ovant att omsätta kunskapen i praktiken. Min förhoppning är att jag med detta arbete ska kunna sprida kunskap och intresse om dels den forskning som finns inom området men även skapa intresse hos studenter att i examensarbeten undersöka värdet av att arbeta med validerade samtalsmodeller i samtalet med den äldre patientens. Jag vill också diskutera på olika ledningsnivåer i landstinget hur man avser att följa upp de utbildningssatsningar som pågått och ännu pågår. Men den största nyttan tror jag mig kunna göra i de verksamheter som möter äldre patienter varje dag. Att få samtala med personal i det patientnära arbetet om samtalets betydelse är ett arbete att se fram emot.

Ett stort tack till min handledare Anna Condelius för givande utbyte av tankar i detta arbete och till Bodil Jönsson för synpunkter under arbetets gång.

Referenser

- Bastiaens, H., Van Royen, P., Pavlic, D.R., Raponso, V. & Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care. A qualitative study in primary health in 11 European countries. *Patients Education and Counseling*, Sep 68, (1), 33-42.
- Blom, L. & Westergren, A. (2012). *SBAR. En modell för kommunikation mellan vårdpersonal*. En klinisk interventionsstudie. Kristianstad: Kristianstad University Press.
- D'Elia, G. (2004). *Det kognitiva samtalet i vården*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Eide, H. & Eide, T (2005). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekdahl, A.W., Andersson, L. & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is best for me". Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patients Education and Counseling*, Aug 80 (2), 233-240.
- Haak, M. (2006). *Participation and independence in old age. Aspects of home and neighbourhood environments* (avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet, 2006).
- Kessels, R.P. (2003). Patient's memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, May, 96, (5), 219-222.

- Kornburger, C., Gibson, C., Sadowski, S., Maletta, K. & Klingbeil, C. (2013). Using "teach-back" to promote a safe transition from hospital to home. An evidence-based approach to improving the discharge process. *Journal of Pediatric Nursing*, May-June, 28, (3), 282-291.
- Nilsson, M., Sarvimäki, A. & Ekman, S-L. (2000). Feeling old. Being in a phase of transition in later life. *Nursing Inquiry*, Mar 7 (1), 41-49.
- Novak, K. & Fairchild, R. (2012). Bedside reporting and SBAR. Improving patient communication and satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, Dec 27, (6), 760-762.
- SFS (1982:763). *Hälsa- och sjukvårdslag*.
- SFS (2010:659). *Patientsäkerhetslag*.
- SKL. *Webbkollen*. Hämtad maj, 7, 2014 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/webbkollen
- SKL. *Informationsmaterial om SPAR*. Hämtad maj, 7, 2014 från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsoochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden
- Socialdepartementet. (2014). *Patientlag. Lagrådsremiss*. Hämtad maj, 7, 2014 från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/23/25/78/8d1a86fc.pdf>
- Socialstyrelsen. *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad maj, 7, 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>
- Tamura-Lis, W. (2013). Teach-back for quality education and patient safety. *Urologie Nursing*, 33, (6), 267-271.
- Wallin, C-J. & Thor, J. (2008). SBAR. Modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 26, 1922-1925.

Bilaga

SBAR Personal

S Situation

På vilket sätt ska jag ha kontakt med patienten?
 Finns särskilda behov?
 Akut besök
 Mottagningsbesök
 Inneliggande patient
 Hembesök
 Telefon
 Brev
 Språk – Tolksbehov
 Ålder
 Funktionshinder ex syn, hörsel

B Bakgrund

Vilken bakgrund har patienten du ska ha kontakt med?
 Nydebuterad sjukdom
 Kronisk sjukdom
 Nuvarande behandling
 Patientens kunskap om sin sjukdom
 Livsstil

A Aktuella uppgifter

Vilket/vilka är patientens problem?
 Vilka förväntningar har patienten?
 Vilka informationsbarriärer finns?
 Vilka uppgifter behöver jag ta fram?
 Lokal
 Tid
 Inhämta kunskap om:
 • patientens problem
 • undersökning och behandling
 som ska rekommenderas
 Ta reda på vilka förväntningar patienten har på aktuell vårdkontakt
 Institutions-, känslö-, kunskaps-, roll-, förståelse-, språk- eller kulturbarriärer
 Tänk igenom hur du kan minska dessa barriärer
 Kompletterande skriftlig information
 Kontaktuppgifter om vart patienten vänder sig vid frågor efter aktuell vårdkontakt
 Östörd samtalsmiljö
 Avsatt tid

R Rekommendation

Kommunikation med patienten
 Vilken rekommendation ska ges?
 Kontrollera förståelse
 Vad är viktigt för patienten?
 Kommunicera i dialog
 Inled samtal med öppen fråga
 Lyssna
 Individanpassa informationen
 Ge rätt information vid rätt tillfälle
 Ge information om vad som sker i nästa steg
 Återkoppla – gör en kort sammanfattning av samtalet
 Tydliga rekommendationer
 Kompletterande skriftlig information
 Lämna kontaktuppgifter – vart patienten vänder sig vid frågor efter aktuell vårdkontakt

SBAR Patient

S Situation

Varför kontaktar du vården?
 Vilka förväntningar har du på detta besök?

B Bakgrund

Har du tidigare
 • varit allvarligt sjuk?
 • varit inlagd på sjukhus?
 • blivit opererad eller fått annan behandling?
 • några andra sjukdomar?
 Finns ärftliga sjukdomar i din släkt? Vilka?

A Aktuella uppgifter

Vilka besvär har du?
 Hur länge har du haft besvär?
 Vad tror du själv kan vara orsaken?
 Använder du läkemedel? Vilka?
 Använder du naturläkemedel? Vilka?
 Är du allergisk mot något läkemedel? Vilka?
 Röker du? Ja Nej
 Snusar du? Ja Nej
 Hur ofta dricker du alkohol?
 Dagligen
 1 gång/vecka
 Mer sällan
 Aldrig

R Rekommendation

Att komma ihåg efter aktuell vårdkontakt
 Vad är viktigt för mig?
 Vad måste jag göra?
 Vad ska jag komma ihåg?

Framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, augusti 2011

6. Informationsspridning

Inbyggt i *Uppdrag Kunskap-konceptet* ligger både möjligheten och det uppfordrande ansvaret att sprida information och agera ögonöppnare om det nya åldrandet och dess potential för kunskapsgenerering och kunskapsspridning.



Vi har använt följande kanaler:

1. Projektadministratören och fil doktor Magnus C Persson har varit det aktiva personliga navet både per telefon och på internet och kontinuerligt spridit, tagit emot och strukturerat information under hela året.
2. Den ursprungliga rekryteringsbroschyren (bilaga 1)
3. Vykort, svenska och engelska, pappersbaserade och digitala (bilaga 6)
4. "Kan äldre förnya kunskapssamhället?" Idédokument. Svenska (bilaga 7a) och engelska (bilaga 7b)
5. Hemsida, www.uppdragkunskap.se, svensk och engelsk (Mission knowledge), och ett forum för deltagarna. För skärmdumpar: se bilaga 8.
6. Bloggmedverkan på både *De mest sjuka äldre*, Eva Nilsson Bågenholm, Socialdepartementet, motsvarande hos *Bättre liv för sjuka äldre*, SKL, och på www.bodiljonsson.se/blog
7. Föreläsningar och föredragningar, Bodil Jönsson
8. Föreläsningar och föredragningar av projektdeltagare
9. Denna rapport

Det enda som kan behöva förtydligas här utöver vad som framgår av bilagorna är punkterna 6 och 7 ovan:

Det finns en aktiv efterfrågan på information kring *Uppdrag Kunskap* och både projektledning och deltagare har kontinuerligt under året inbjudits att berätta och föreläsa om hur långt projektet har nått och vad som är på väg. I samtliga arbeten, se avsnitt 5, ingår att varje deltagare har en plan för hur det egna arbetet ska spridas. Dessutom är var och en ambassadör också för övriga deltagares arbeten.

Det är alltså många som aktivt deltar i spridningsprocessen. Till dessa många hör även projektledningen (Maj Rom, Anette Nilsson, Ejja Hämann Aktell) på *Bättre liv för sjuka äldre*, SKL, och de 400 ledarna inom *Ledningskraft* på *Bättre liv för sjuka äldre* som kontinuerligt uppdateras.

Till de större framträdandena hittills hör:

- Age Well, den 22:a nordiska gerontologikonferensen som hölls i Göteborg 25-28 maj 2014, där Vårdalinstitutet i utställningsmontern hade en gedigen rullande presentation av *Uppdrag Kunskap* och ständig bemanning för att kunna sprida information om projektet till alla intresserade forskare, lärare och ledningspersoner som besökte montern, inte bara från Norden utan även från Europa, Asien och USA, <http://www.22nkg.com/SiteSpecific/22NKG/StartPage.aspx>
- Äldreriksdagen, föreläsning i plenum och informationsblad utlagt i monter, 26/3, 2014.
- Utvecklingskraft, Jönköping, 15/5, 2014.
- SKL:s kombinerade release 26/6, 2014 av översättningen av Cohen, "The mature mind", till svenska (Det mogna sinnet), det nyss avslutade *Uppdrag Kunskap-projektet* och projektet *Passion för livet* vilket belönats med "The European Award" för "Social innovation in ageing".

7. Övergripande reflektioner bakåt och framåt

I kapitel 4 presenterade vi de ledningsperspektiv vi hade vid projektstart och hur dessa utvecklades under projektets gång. Vi försökte samtidigt åstadkomma något av en summering för projektets olika delaspekter.

Det finns också ett metaperspektiv på *Uppdrag Kunskap*, ett som mindre handlar om summan av enskilda FoU-rapporter, alla handledningstillfällen och workshops och kurslitteratur och examination och ... utan mer handlar om deltagarna själva, var för sig och i grupp. Deltagarperspektiven i kapitel 3 hör till den här rapportens starkaste avsnitt. Var och en ger där sin beskrivning av:

- Min bakgrund inom området
- Hur området har utvecklats under den tid jag varit engagerad
- Varför jag väljer att fördjupa mig i just detta område
- Vad jag tror att framtiden kan ha för nytta av det jag nu gör i detta projekt

Det som då träder fram är inte bara individer som under ett 40-årigt yrkesliv knutit ihop sina erfarenheter och kunskaper till ett samlat helt utan en grupp människor som nu har en starkare strävan än någonsin förr att nå fram till det meningsfulla. Detta skapade en så särskild atmosfär att när vi nu funderar över vad som blev det mest överraskande med *Uppdrag Kunskap* så var det just själva tonen.

I och för sig borde vi kunnat vara förberedda på detta utifrån samtidens hjärnforskningsresultat att kontakten mellan hjärnhalvorna förbättras ju äldre vi blir. Tidigare beskrevs detta som att man fick bättre kontakt mellan tankar och känslor, nu uttrycks det som att "system 1" (det snabba intuitiva) och "system 2" (det långsamma analytiska) blir bättre integrerade med åren. Men det är en sak att känna till något och en helt annan att förstå konsekvenserna av det – i detta fall hur kunskapsprocessen och vars och ens förhållningssätt till de andra i en grupp påverkas.

Irene Hedfors, en av deltagarna i *Uppdrag Kunskap*, formulerade sig på sitt sätt kring detta när hon under rubriken "Kunskap min guldklocka" skrev på SKL-bloggen <http://battreliv.sklblogg.se/2013/12/10/kunskap-min-guldklocka/> :

"Jag har hunnit bli 66. Tänk att det skulle ta så många år innan jag fick uppleva en grupp, där allas drivkraft är nyfikenhet och lust. Ingen deltar för sin försörjnings skull eller för att arbetsgivaren har beordrat. De flesta är i min ålder, en del yngre, andra äldre. Alla har en lång yrkeskarriär och en enorm erfarenhet... Jag ser min plats i gruppen som personlig skatteåterbäring eller "min guldklocka" för lång och trogen tjänst inom kommunal och regional verksamhet."

Ja, det var som om alla lyfte sig i håret. Utvecklade sina särdrag i en atmosfär av tillit och öppenhet, kom till sin rätt utan behov av försvar, utan hemlighetsmakeri, utan någon dold agenda

och utan likformning. I den bästa av världar kan vi få vara med om sådana gemenskaper då och då under livet men förutsättningarna blir rimligen bättre ju närmare kontakt man har mellan "system 1" och "system 2".

Här möttes nu deltagare i 65-årsåldern utifrån att de var och en hade haft lusten och modet att söka sig till ett framtidsinriktat uppdrag av pay-back-karaktär. Ju längre projektet fortskred, desto mer blev de till varandras barnmorskor och hjälpte till att förlösa både enskilda tankar och mentala förmågor. Allt under en ständig ömsesidig nyfikenhet. Mentalt gjorde man plats för möten. Och man ville inte bara varandra väl utan också *varandras framgång*.

Redan från början pekade *Uppdrag Kunskap* i riktningen *för* i stället för *mot*, fokuserade på möjligheter snarare än på svårigheter. Bara i undantagsfall uppehöll vi oss vid missförhållanden, åldersdiskriminering, ålderism eller annat med ett anti-perspektiv. I stället fokuserade vi på det möjligas konst: att tillsammans utveckla den potential som den nya ålderdomen erbjuder. Inte främst genom att utveckla checklistor och kontrollstationer gentemot missförhållanden utan genom att rikta uppmärksamheten mot sådana positiva spiraler som gör att vårderna av sjuka äldre människor kan bidra till en förvärvad framgångsvana hos de berörda snarare än en inlärd hjälplöshet.

Man måste ha lite tur också

De ovanstående insikterna var nära men inte ända framme i medvetandet vid vår workshop 3 på Högberga Gård 11-12 februari. De förlöstes av att Jan Beskow, professor emeritus vid Avdelningen för psykiatri och neurokemi på Göteborgs universitet överräckte en bok till Bodil Jönsson om konvivialitet (av "con" = med och "vivere" = leva). Dess tema var att *leva tillsammans med glädje* och om vad vi då förmår åstadkomma. Begreppet täcker in det mesta av det ovanstående och kan därför fungera som en hävstång för fortsatt tankeutveckling på området.

Jan Beskow ger i bilaga 9 sin framställning av "Konvivialitet – att leva tillsammans med glädje".

Några frågor i framtidsriktningen

Om vi har rätt i att *Uppdrag Kunskap* blev förbluffande konvivialt och att en inte oväsentlig förutsättning för detta låg i deltagarnas ålder – vad kan detta komma att betyda för den kunskapsutveckling som kommer att ske i framtiden? Rimligen kommer framöver äldre människor att bli mer delaktiga i kunskapsgenerering än vad de någonsin varit i mänsklighetens historia. Det kan komma att ta sig många olika former. En av dem är den självklara som borde varit iscensatt för länge sedan: att var och en av oss gör vårt allra bästa för att förmedla kunskaper enligt modellen "detta kan du som är yngre få/ själv hitta utifrån det jag gjort". Det skulle också kunna uppkomma en annan modell där äldre människor själva bildar konviviala gemenskaper med goda förutsättningar och inuti dessa lyfter sig själva och varandra i håret till nya kunskaphöjder till gagn för framtiden. Blir det kanske i så fall också en annan sorts kunskap som kommer att utvecklas, en där "system 1" är mer integrerat med "system 2"?

Bilageförteckning

Bil 1:	Rekryteringsbroschyr	III
Bil 2:	Litteraturlista	VII
Bil 3:	Litteraturseminarier	IX
Bil 4:	Studieguide	XXI
Bil 5:	Kursplan	XXV
Bil 6:	Vykort (svenska och engelska, pappersbaserade och digitala)	XXVII
Bil 7a:	Kan äldre förnya kunskapssamhället? - <i>Bodil Jönsson</i>	XXIX
Bil 7b:	Can elderly people contribute to the renewal of the knowledge-based society? - <i>Bodil Jönsson</i>	XXXIV
Bil 8:	Skärmdumpar, hemsida och forum	XXXIX
Bil 9:	Konvivialitet – att leva tillsammans med glädje - <i>Jan Beskow</i>	XLI

Bil 1: Rekryteringsbroschyr

Uppdrag Kunskap



Bild: Anna Bengtsson

**Inbjudan till seniora aktörer
inom äldreomsorg och äldreomsorg att bidra
till framtiden genom egen kunskapsutveckling**

För vem kan detta betyda något?



Alla kan bli vinnare i
”Uppdrag Kunskap”:

- *Värdet för sjuka äldre* ligger i effekterna av en mer gedigen kunskapsöverföring mellan generationer av vårdpersonal.
- *Värdet för de tjugo deltagarna* blir framför allt att få ge. För egen del kommer de att få uppleva en stor kunskapsglädje.
- *Värdet för övrig sjukvårdspersonal* på väg mot sin pensionering ligger i insikten att fortsatt vara behövd.
- *Värdet för samhället* är att fler människor bidrar mer aktivt till det gemensamma långt efter pensionsåldern.
- *Värdet för universiteten* ligger i projektets utmaningar, nya forskningsperspektiv och breddade omvärldskontakter.

Ett initiativ av "Bättre liv för sjuka äldre"

"Uppdrag Kunskap" utgör ett pilotprojekt 2013-2014 som vill testa möjligheterna för seniora engagerade inom äldreomsorg och äldreomsorg att ge kunskapsbidrag till framtiden.

Professor Bodil Jönsson är initiativtagaren till "Uppdrag Kunskap". Hon berättar här om bakgrunden till projektet.

"Den första välutbildade generationen går nu in i sin pensionsålder. Bland alla dem som arbetat inom vården och omsorgen av sjuka äldre vill många fortsatt få utveckla sina kunskaper och erfarenheter och på så sätt påverka framtiden. Under sina intensiva yrkesliv har de inte alltid hunnit med att bearbeta sina insikter till något som kan vara bärande också för andra. Inom "Uppdrag Kunskap" får de nu chansen att fördjupa sig i och utveckla det de brinner för."



Ambition

Handledning, inspiration, teorier och metoder tillsammans med ett besjälat eget arbete ska leda fram till en strukturering, vidareutveckling och förankring av idéerna och insikterna. Hösten 2014 publiceras 20 välbearbetade bidrag till utvecklingen av framtidens äldreomsorg och äldreomsorg. Kombinationen av deltagarnas engagemang, deras verklighetsbakgrund och satsning på en akademisk efterarbetning ger goda förutsättningar för både innovativa och långsiktigt hållbara resultat. Publikationen analyserar också vad som visat sig speciellt i äldre professionellas kunskapsbidrag.

Vill *du* vara med? Eller känner du någon som vill?

Gå in på www.uppdragkunskap.se där du hittar tydliga anvisningar för hur du **under perioden 15 maj till 15 juni 2013** kan ansöka om att bli en av de 20 utvalda i "Uppdrag Kunskap".

I din ansökan (som gärna får vara självlysande) ska du:

- kort beskriva din grundutbildning och det viktigaste i ditt yrkesliv (max 1 sida)
- berätta vad du brinner för att själv bidra med och vidareutveckla inom projektet och tala om varför du vill vara med i "Uppdrag Kunskap" (max 2 sidor)

Besked om antagning lämnas senast den 1 augusti 2013. Urvalet bland de sökande görs i samråd mellan Vårdalinstitutet och "Bättre liv för sjuka äldre", SKL. De uttagna pionjäreerna får:

- Delta i 4 tvådagarsträffar (september, november, februari, maj). Projektet står för internatkostnader, resor och viss litteratur.
- Presentera sitt intresse- och kompetensspår och successivt utveckla det under individuell akademisk handledning.
- Satsa mycket eget arbete men i gengäld uppnå en ökad egen klarhet och glädje i att kunna bidra till framtiden.

Kontakt och information:

Vårdalinstitutet

Magnus Persson

☎ 046 - 222 19 85

@ magnus_c.persson@med.lu.se

Sveriges Kommuner och Landsting

Maj Rom

☎ 08 - 452 76 02

@ maj.rom@skl.se



Bil 2: Litteraturlista

- Cohen, G. D. (2007). *The mature mind. The positive power of the aging brain*. Ney York: Basic Books. (Boken finns fr o m sommaren 2014 också på svenska, "Den mogna människan – kraften i den åldrande hjärnan", Brombergs förlag).
- Jönsson, B. (2011). *När horisonten flyttar sig. Att bli gammal i en ny tid*. Stockholm: Bromberg.
- Jönsson, B. (2012). *Tid för det meningsfulla*. Stockholm: Bromberg.
- Liedman, S-E. (2001). *Ett oändligt äventyr. Om människans kunskaper*. Stockholm: Bonnier.
- Odén, B. (2012). *Äldre genom tiderna. Åldrande och äldrepolitik som en historiker ser det*. Stockholm: Carlsson.
- Johannisson, K. (2013). *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter*. [Ny Utg.] Stockholm: Norstedt, 2013.

Därutöver tillkommer referenslitteratur, artiklar, kompendier, etc.

Bil. 3: Litteraturseminarier

a. The mature mind

1. Cohens bok börjar med (sid. xiii) *"Growing old can be filled with positive experiences, and "successful" aging means harnessing and manifesting the enormous positive potential that each of us has for growth, love and happiness."* Och den slutar med (sid. 182) *"the good that can come from controlling our own choices and our own destiny. We can, if we want to, learn, grow, love and experience profound happiness in our later years."* Strax därefter kommer slutcitaten (Henri Bergson): *"To exist is to change, to change is to mature, to mature is to go on creating oneself endlessly."*

Cohen förnekar inte ålderdomens tillkortakommanden, svårigheter och förluster men vill (sid. xiv) *"shatter the illusions of knowledge about aging that are based on faulty reasoning, insufficient research, (!), (mitt utropstecken) and a preoccupation with disease and pathology."*

Hur påverkas du inom ditt valda project av Cohens tyngdpunkt på medaljens ljusa sida?

2. På sid. xvii går Cohen sin egen väg i förhållande till Eric Ericson, inför begreppet the inner push och säger att denna driver oss genom fyra olika faser i vår ålderdom: midlife reevaluation, liberation, summing up, and encore. Tänk efter: hur har du mött dessa fyra faser i ditt yrkesliv och i livet utanför, hos släkt och vänner? Och vilka kan du redan ana dig till hos dig själv?

3. Cohen vänder sig inte bara emot hur vår samtida västvärld tenderar att missa hur somlig visdom bara kan uppnås genom decennier av lärande. Han skriver ju på sitt sätt att TTT, Tankar Tar Tid. Han inför också begreppet "developmental intelligence", som ett mått på hur långt ens unika neurologiska, emotionella, intellektuella och psykologiska förmågor nått var för sig och hur de hunnit integreras i den mogna hjärnan. Han är mycket tydlig med att vi som gamla når betydligt längre än t ex Piagets utvecklingsstadier (exempelvis det där man först mot slutet av grundskolan har förutsättningar att förstå proportionalitet, min anm) och markerar och utvecklar hur vi hinner uppnå relativistiskt tänkande, dialektiskt tänkande och systematiskt tänkande.

Hur kommer det sig då, tänker du, att kulturen bibehåller sitt tänkesätt om gamla människor utifrån uttryck som

Over the hill

Out to pasture

Twilight years

Retired?

Beror det möjligen på att kulturföreträdarna ännu inte är där? VAD KAN VI SJÄLVA GÖRA FÖR ATT EXEMPELVIS BANA VÄG FÖR 50-TALISTERNAS KOMMANDE ÅLDERDOM?

4. Om du skulle återvända till yrkeslivet och därmed vård och omsorg om sjuka äldre, vilka intryck skulle du då särskilt bära med dig från Cohens genomgång (sidan 24-25) av vad vi kan göra för att hålla hjärnan i god form:

Exercise mentally
Exercise physically
Pick challenging leisure activities
Achieve mastery
Establish strong social networks
?

5. Vad tror du det är som gör att vi så lätt fäster oss vid att vi tappar ord och namn MEN inte märker att vi har ett större ordförråd nu än vi hade när vi var yngre? Detta att vi blir sämre på detaljer men kan bli bättre på helheter, dvs att vi är med om en integration som förbättrar både beslutsförmåga och verkställighet - det är ju egentligen mer till vår fördel än nackdel. Eller? Kan det vara så förrädiskt att svartsynen bara beror på vad det är som är lätt att MÄTA, för oss själva och andra, nämligen detaljer?

6. Cohen har en så fantastisk formuleringsförmåga. Till mina favoritmeningar hör "Age had worked its magic." Vad har du för favorit(er)?

7. Vad saknar du då i Cohens bok? (Själv skulle jag så gärna velat läsa om och prata med honom om den trötthet/den bristande ork som många äldre klagar över. Vad beror den på, hur kan man bättre leva med den, vad har han för teorier och exempel på detta?)

b. När horisonten flyttar sig

1. I den här boken varnar jag för att ta ut åldern i förskott. Även om vår tidsålder (Prenässansen) kännetecknas av att man tar ut det mesta i förskott (äter innan man är hungrig, köper innan man har råd till det, etc), blir det sällan bra om man i 60-årsåldern försöka inrätta livet så som man tror det ska vara när man blir 90. Hur tänker du kring detta att åldrandet är och måste få vara en lång process där varje del har ett egenvärde?

2. Det går att låta minnen från olika tider berika både varandra och det som händer nu. När märkte du senast hur en association till något för länge sedan gjorde din upplevelse av det nya ännu rikare än den annars hade varit?

3. I stället för att förblindas av det bortfall i detaljminnet som bara alltför lätt låter sig mätas och därför märks så tydligt, kan vi börja spana efter vad det är som vi kan nu och som vi inte kunde tidigare. Känn efter, tänk efter: vad kan du nu som du inte kunde för fem år sedan?

4. Hur kan vi bäst dra fördel av att äldre människor till skillnad från journalister, politiker och förresten flertalet unga och medelålders får lov att vara långsamma? Ja, förväntas vara långsamma. Ringa in fördelarna med "långsammare och bättre" i förhållande till "snabbare och billigare".

5. Hur tänker du kring att alderdomen och pensionstiden kan bli så lång – vad vill du göra under den och i vilka former? Frivilligarbete kan vi alltid ägna oss åt – men vill du också något annat?

6. Vilka förändrade mönster för åldrande och ålderdom kan man redan nu se i backspegeln? Kan du urskilja några nya backspegelsmönster som har tillkommit bara de senaste fem åren?

7. Hur lär man sig som gammal? Vad är det för lärförmågor som blir bättre med åren, hur kan man lära sig att lägga märke till dem och hur kan man sluta fästa så stor vikt vid missar i detaljminnet?

c. Tid för det meningsfulla

1. De gånger i boken då jag väljer att vara personlig utifrån mitt liv gör jag det för att jag vill inspirera dig att också vara personlig utifrån ditt liv. Hur känner du inför brevet på sid. 13-18? Hur skulle du själv vilja tala med den du människor du en gång var för att ni bättre ska kunna förstå varandra?

2. Läs om idem och ipse. Jag för inte in dem här för att konstruera till framställningen utan för att de har hjälpt mig själv till att komma vidare i tanken. Prova att exemplifiera inför varandra vad era "idem" är: vilka exempel kan ni peka på där ni kan säga "jag gjorde så just eftersom jag är 'jag'?" Och inför vad har ni tänkt "nej, så kan jag inte göra. Jag är ju trots allt 'jag'!" Prova också att fundera över alla era "ipse": hur de ändrat sig med tiden, och hur de påverkats och påverkas av vem du möter.

3. Vad tror ni det får för inverkan på kulturen och tidsandan att allt större andel av befolkningen kommer att vara allt äldre? Hur påverkas de rådande synsätten på vad som är viktigt och vad som gör livet värt att leva?

4. Kärleken över generationsgränserna – berätta om era erfarenheter av den.

5. Försök reda ut hur ni ändrat både er tidsuppfattning och er uppfattning om tidens betydelse allt eftersom åren gått. Lyssna noga på varandra – troligen prioriterar ni på olika sätt. Kanske valde ni alla förr den snabbaste vägen om det fanns flera att välja mellan. Utifrån vad väljer du nu – och hur väljer hon, hur väljer han, ...?

6. Kan du peka på något som absolut inte känns meningsfullt för dig i dag? Kan du också komma på vad är det som du kan engagera dig så i att du glömmer allt annat omkring dig?

7. Om vi ska ha tid till de meningsfulla friska delarna av livet, kan vi inte låta all tid gå åt till våra åkommor, ofta fler och svårare ju äldre vi blir. Hur gör du själv för att undvika att sjukdomarna får dominera ditt liv? Och hur kan den professionella vården och omsorgen utvecklas för att man ska få ha så stor del som möjligt av sin tid till något meningsfullt? Jämför att "Hälsa är att i glädje vara upptagen av sina livsuppgifter".

d. Ett oändligt äventyr

Om du funderar över hur Sven-Eric Liedman hunnit läsa allt han refererar till, så är förstås ett av svaren att också han är gammal... En ännu mer berättigad fråga (trots detta med hans ålder) är hur han hunnit skriva allt... Kolla gärna hans hemsida, <http://sven-eric.liedman.net> (jo, den är klickbar, där finns en liten "entré" och läs hans egen beskrivning. Den är bra!

1. Sid. 6, 23, 39,... "Människan är en historisk varelse". Ja, säger jag, och vecklar ut det med: Ormen fick sina gifttänder och vildkatten fick sina klor av evolutionen. Människan fick sin hjärna. Men "bara" den individuella hjärnans utveckling räcker inte för att förklara allt det dagens människa kan göra, och nyfödda barn i dag vet inte mer om Bach och Einstein än vad de gjorde på stenåldern (jfr sid. 23). En väl så viktig faktor som vår ändrade hjärna är att vi kan omge oss med resultaten av tidigare generationers kunskapsutveckling i form av bl a den teknologiska och den medicinska evolutionen. Hur har det påverkat äldrevård och äldreomsorg? Hur kommer den fortsatta utvecklingen att påverka äldrevård och äldreomsorg framöver, tror du?

2. Sid. 12. Uppmärksamhet! Intresse!! Båda oerhört viktiga för om och när och hur vi tillägnar oss kunskap eftersom varje lärprocess innebär ett motstånd (sid. 23). Du kan märka det inte bara i Linnés flora (så uppmärksam och intresserad han var) utan också i exempelvis Evert Taubes "Vals på Ängön": "Ormbunken rister sin ringlande topp, ...". Så kan bara den skriva som iakttar uppmärksam. Hur har du själv påverkats av ditt temaarbete inom *Uppdrag Kunskap*? Har du märkt något av förändrad uppmärksamhet och intresse för själva området, inte bara i ditt direkta arbete med det utan också utanför det?

3. Sid. 17. Det finns rulltrappekunskaper (mitt ord) som är fullständigt ointressanta en vecka senare och så de mer hållbara kunskaperna. De blandas i dag på ett nog så förrädiskt sätt på Google och i Wikipedia – man kan inte skilja det ena från det andra, åtminstone inte så länge som man är barn eller ung. Tycker du att du på ditt eget område numera bättre kan skilja rulltrappekunskaper från de mer långsiktigt hållbara kunskaperna? Varför?

4. Sid. 20. It's not what you gather, but what you scatter that tells what kind of life you have lived (Helen Walton). Det associerar jag till nu när Liedman skriver om Petrarca. Det du vill göra med *Uppdrag Kunskap* är att sprida ditt intresse- och kunskapsområde vidare – inte bara samla ett stort personligt vetande. Hur påverkar det själva ditt arbete att du mer är ute efter att sprida något än att samla det för egen del?

5. Sid. 24. Hårdvaran idag är uppmärksamheten snarare än pengarna. Den som vinner uppmärksamhet vinner allt – det är därför som kampen om uppmärksamhet är så hård. Jämför bara Spotify utan reklam med Spotify med reklam: det man vinner på att slippa betala något för reklamversionen är att man måste betala med sin uppmärksamhet när det kommer in något mellan de musikstycken som man vill höra. Brrrr. Det samma gäller givetvis alla reklam-TV-kanaler. Och förresten är det väl tveksamt om jinglarna är bättre: de försöker ju också bara ta vår uppmärksamhet. Hur lyckas du bibehålla din uppmärksamhet på *Uppdrag Kunskap*?

6. Sidan 28-29 handlar mycket om "to make the familiar strange" och "to make the strange familiar". Genom att försöka titta på det hemvanda med främlingsögon respektive syna det främmande som om det vore hemma-hos kan man få syn på mycket nytt. Kan du hitta bra exempel på det inom ditt temaarbete?

7. Sid. 31. Har *Uppdrag Kunskap* lärt dig att utöva kritik, dvs att särskilja? Att gallra bort förflugna tankar, orimliga antaganden, förhastade slutsatser, missuppfattningar och rena felaktigheter? Exempel!

8. Sid. 32 överst. Viktigt med context of discovery kontra context of justification. Det fina med *Uppdrag Kunskap* är just den upptäckstens kontext som ni befinner er i: ni kan utgå från en mångmångmångårig erfarenhet. Sedan måste ni som alla andra träla med att kritiskt syna era utgångspunkter, metoder, teorier, sammanhang så att ni får det hela rimligt rätt och i ett sammanhang utifrån vad som är känt i vår samtid. Har du själv börjat komma underfund med att det är context of discovery som är *Uppdrag Kunskaps* adelsmärke och kan du ge exempel på vad du "vet" inom det tema du gjort till ditt som man (nästan) säkert inte kan veta om man är 30 år yngre?

9. Sidan 34 och längre fram, t ex sidan 136 och sidan 158. Sven-Eric försummar aldrig att påpeka hur vi tar in saker och att det är viktigt med ordningen så att man inser att det kroppsliga, sinnliga och sociala kommer före den intellektuella kapaciteten. Den artificiella intelligensen, AI, har inga grundläggande behov eller önskningar, den är bara "intelligent", vilket gör att den aldrig kan funka som den naturliga intelligensen. Ett av skälen till detta är också att alla datorprogram utgår från det skrivna ordet, men i människans värld kommer talet först. Visserligen finns det nu talförståelse och talsyntes, men det förändrar inte att datorn är en teknisk och litterär produkt, medan människan är en företeelse som är naturlig (för oss). Till människans normala utrustning hör att tala men inte att skriva. På sidan 143 gör han en sammanfattning. Vad av detta har relevans för vilken nytta äldrevård och -omsorg kan ha av tekniken?

10. Sidan 35 och många andra ställen, t ex sidan 146. Boken tar upp att människans "minne" är något annat än datorernas "skafferi", uppslagsverkens "skafferi", böckers "skafferi". Människans minne är inte bara ständigt föränderligt utan också ständigt och komplext aktivt i en process som är minst lika avgörande för resultatet som vad det är vi har "lagrat" i vårt "skafferi". Har du varit med om något extra utmanande i hur ditt minne har fungerat hittills under *Uppdrag Kunskaps-arbetet*?

11. Sid. 39. Aktiviteten, görandet som ett villkor för kunskapen, är en viktig del av arvegodset från Vygotskij. Han hävdar också att kommunikationen med andra föregår det egna tänkandet. Jag tar upp båda i anslutning till Högberga-programpunkten om teknikanvändning.

12. Sid. 41. "Alla sysselsättningar är i grunden praktiska." Ja, kan man "förstå" den allmänna relativitetsteorin utan att arbeta med den, vecka ut och vecka in? Skulle du till äventyrs vara intresserad av att få veta svaret, så fråga mig (Bodil).

13. Sid. 42. Boken hävdar att kunskapsprocesser svårigen kan rationaliseras och påskyndas. Fundera över dig själv och *Uppdrag Kunskap*. Kunde du kommit på det du nu håller på att komma på i ett tidigare skede av ditt arbetsliv? Hur?

14. Sid. 43. En viktig del av kunskapens makt är att man med hjälp av den kan förutsäga. Vad i "din" kunskap inom *Uppdrag Kunskap* kommer att kunna få makt genom att den kan förutsäga?

15. Sidan 45 och många gånger senare, särskilt i slutavsnittet. Bildning kontra begränsat djup och ändlös grundhet: kunskapen som i grunden är praktisk, förankrad i kroppen, har sin

motoriska och sinnliga och sociala bas. Sådant tar tid. TTT, Tankar Tar Tid. Fundera gärna över bildningsidealet utifrån åldersprofiler – blir man per automatik mer ”bildad” ju äldre man blir?

16. Sid. 47 nederst. ”Matematikens satser har ingen motsvarighet i den sinnliga världen.”, säger Liedman. Åjo, säger jag. Fråga gärna om du tycker detta är spännande så ska jag ge dig motexempel på varför jag inte håller med om detta.

17. Sid. 51 och annorstädes. Boken berör ingenstans inlärningssvårigheter och kognitiva problem, här märks det exempelvis genom att han tror att varje litet barn kan och vill och förstår att härma ett leende. Nästa sida: ansiktsgenkänning är också något som Sven-Eric tror att alla människor har. Så är det inte – somliga (även bland dem med god övrig begåvning) kan inte känna igen ansikten. Språket diskuteras på många ställen i boken – men inte vad som händer om man inte kan tillgodogöra sig omvärldens språk. Med andra ord: Sven-Eric ger här ett (omedvetet) exempel på att det man själv inte har kroppslig, sinnlig eller social erfarenhet av, det ingår inte i kunskandet. Hittar du fler sådana blottor i boken?

18. Sid. 72. Det finns inga texter i naturen, texter är människoverk. Mitt tillägg: det finns överhuvudtaget ingen kunskap i naturen – det vi kallar för kunskap är alltid mänsklig kunskap. Övriga djurarter har sin kunskap – men utan möjlighet att kunna bygga ut den i någon högre utsträckning. Hur tänker du kring detta?

19. Sid. 86. Kunskapens två sidor: den personliga, som innebär att kunskapen alltid måste ha en bärare, och den opersonliga, som är själva förutsättningen för att den ska kunna överföras från den ena människan till den andra. Detta är klart relevant för *Uppdrag Kunskap*: det är än så länge DU som är bärare av DIN kunskap, men poängen är att så mycket som möjligt av det ska kunna greppas av någon annan. Det kräver både det personliga (att du själv engagerar dig i själva spridningen, väcker nyfikenhet, inspirerar) och det opersonliga (att någon annan än du kan förstå det du kommit fram till och uppfatta det som så långsiktigt hållbart och relevant att det är lönt att sätta sig in i). Jfr bl a sidan 161: ”Framför allt innebär det skrivna ordet en möjlighet att frigöra ett budskap, ett påstående eller en upplysning från sitt närmaste sammanhang.” Vad tänker du krävs för att en annan människa ska bli bärare av just ”din” kunskap? Har du provat att tänka på vilka olika upplägg som kan behövas för olika människor, kanske tre personer som du redan känner? Idealt ska det opersonliga som de ska vilja ta till sig vara lika för alla. Är du på väg att ta fram något sådant?

20. Sid. 110. Tyst kunskap och kunskap som tystnat. Det är en för vården viktig diskussion som förs där. Kapitlet nämner en viktig bok: Bertil Rolf, *Profession, tradition och tyst kunskap*. Och Bengt Molander, Peirce, Dewey, Polay och Donald Schön – har du ännu inte läst dem, har du mycket spännande kvar att läsa om teori-i-användning. Det är inte självklart att all kunskap kan göras explicit och formuleras teoretiskt – men samtidigt är det viktigt att veta att tyst kunskap finns också i det vetenskapliga arbetet. Vårdområdet har blivit nog så laddat genom att somliga driver att det har större andel tyst kunskap än något annat område, andra hävdar att man bör försöka göra så mycket kunskap som möjligt explicit och att det i själva verket är utövarna själva som förlorar på att framhäva den tysta kunskapens särart och vägra göra någon del av den explicit. Samtala gärna lite med varandra om detta!

21. Sid. 170. "Kulturen som den andra naturen innefattar allt det människoskapade." Det är i detta sammanhang intressant vilka olika innebörder ordet "artefakt" fått i olika vetenskapliga sammanhang. Inom medicinen är artefakt något som blivit fel: att det exempelvis kommit med lite skräp i ett prov. Inuti designvetenskaperna står emellertid artefakter för allt det vi människor skapar: teknik, möbler, hus, vägar, småprylar,... Men oberoende av språkförbistringen: Titta dig omkring. Tänk på *Uppdrag Kunskap* i dess helhet eller avgränsa dig till ditt eget tema. Vad i det hör till "kulturen", det människoskapade, och vad hör till naturen?

22. Sid. 181. Finns en människa alls om hon inte kan relatera till sin historia och sitt sociala sammanhang? Svarar du nej på den frågan, närmar du dig det sociokulturella (Vygotskij m fl). Detta påverkar också "aktivitetsdiamanten" (PeO Hedvall, ingår i min teknikföreläsning dag 1 på Högberga). Men det påverkar förstås också vården, där dagens kliniska praxis ofta relaterar till människan som biologisk varelse och som om hon vore oberoende av det socio-kulturella. I vilken utsträckning påverkas ditt temaarbete av det sociokulturella kontra det biologiska?

23. Sid. 191. Om kunskap och handling är sammanvuxna, är aktionsforskning det enda rimliga. Om man bara iakttar och är passiv, kan man bara få ett ytligt kunnande, säger förespråkarna för aktionsforskning. Handlingens inifrånperspektiv är avgörande. Vad talar för och emot aktionsforskning i dina sammanhang?

24. Sid. 211. När jag gick i skolan, skulle man lära sig psalmverser och självklart läsa vissa givna böcker. Så är det inte längre, men då och då och på vissa universitet återuppstår tanken på att man borde ha en kanon – något att utgå från som var gemensamt för alla. Finns det något sådant på ditt område? Om inte – är det något du saknat?

25. Sid. 223. Serendipity är sällan bara en lyckträff – oftare är det en snilleblix. Det kräver att man både kommer på något oväntat genialt och också har med sig något in i situationen så att man förstår att det man noterar är just en snilleblix. Vad har du mött fört snilleblixar inuti *Uppdrag Kunskap*, hos dig själv eller andra?

26. Sid. 248 - ... Vad är original och vad är kopia, vad lär sig den som kopierar något från nätet? I stort sett inget. Sid. 251: "Den som får en briljant idé som sedan kan utvecklas till storartade resultat är alltid väl förberedd." Jag skulle vilja att du läser hela det här avsnittet "Kunskap och tid" fram till sidan 260 och samtidigt funderar på vad du gör när du försöker vetenskapsförankra din ansats. Det finns en risk att du missar briljansen i idén genom att alltför snabbt försöka sätta in den i sammanhang som du kanske av tidsskäl inte hinner greppa utan bara kan just "kopiera". I så fall motverkar det *Uppdrag Kunskaps* eget uppsåt att det ska komma fram ny hållbar kunskap av värde för framtiden. Förstår du nödvändigheten av förankringen men samtidigt faran? Hur försöker du balansera?

27. Sid. 261. Här börjar ett kapitel "Kunskap och makt" som inte är helt lättgripbart med som ändå har stor relevans för *Uppdrag Kunskap*. Troligen är det i ojämlika förhållanden som dem inom vård, skola, omsorg med elever och patienter i underläge som det är allra tydligast både hur kunskap kan ge makt och hur samtidigt makten kan styra över vad som ska vara för situationen relevant kunskap. Liedmans uppräknings översikt på sidan 271 hjälper tanken en del. Liksom att han på sidan 286- ... tar upp Gillberg-Kärfve-diskussionen om barn med

koncentrationsstörning: om någon hade "vunnit" den striden, hade det inte bara gett makt över tanken utan också makt över delar av både skolans och psykiatrins praktiska utövande. När vi till nästa workshop läser Karin Johannissons "Medicinens öga" som avhandlar historiska erfarenheter från hur sjukdom, medicin och samhälle växelverkar kommer det till en ytterligare fördjupning av detta med kunskap och makt. Hur kan vi vara tillräckligt ödmjuka inför att det som är "rätt" idag kan anses förkastligt i morgon och hur kan vi undvika att samtidigt bli handlingsförlamade av den insikten? Vilken ny MAKt har du fått via *Uppdrag Kunskap* och har du begrundat hur du vill och kan använda den makten?

28. Sid. 312. Liedman citerar Kants fantastiska "Erfarenhet lär oss visserligen hur något är beskaffat men inte att det inte skulle kunna vara annorlunda." Framtiden behöver inte bli en kopia eller förstoring av nuet, det är bara den rådande makten som hävdar att det är så. Kunskap kan öppna perspektiv mot något annat, något som ännu inte finns. Tror du att ditt bidrag till *Uppdrag Kunskap* kan göra det?

29. Sid. 314: Jag hoppas att du känner igen dig i denna bild över "Bokmalen" – mannen som letat sig från den ena länken till den andra och nu är framme vid sin fjärde... På nästa sida, 315, börjar så bokens sista kapitel "Vis, klok och bildad". Det var du när vi började *Uppdrag Kunskap* och det kommer du att vara också efteråt, fast lite (eller mycket) förändrad både i din vishet, din klokskap och din bildning. Samtidigt är det inte denna förändring som är projektets egentliga avsikt utan att det ska bli kunskapsbidrag till framtiden. Tror du att den effekten blir den viktigaste – eller blir det kanske någon av projektets alla bieffekter, kanske rentav någon som vi ännu inte har någon aning om, som blir det egentliga resultatet?

e. Äldre genom tiderna

1. Vi är alla en del av historien. Birgitta var dels Lunds universitets första kvinnliga professor när hon tillträdde 1965, dels den första kvinnliga professorn i hela Sverige för själva historieämnet. Eva Österberg var en av de doktorander som hängde över balustraden i universitetshusets aula vid Birgittas professorsinstallation (vi ska gå in där vid vår avslutning). Eva (som efterträdde Birgitta som professor 1987) skriver i sin introduktion till Birgittas bok: "Hon var briljant i sin nya roll, allvarlig och vacker i universitetets svarta kåpa med humanisternas röda snodd på den höga kragen. Vi var tåröga av stolthet." Knappa 50 år har gått sedan Birgittas installation – hur tänker du kring detta korta tidsperspektiv?

2. Vi har inom *Uppdrag Kunskap* då och då återkommit till de två olika forskningsförutsättningar som täcks in av context of discovery respektive context of justification. Birgitta åtnjuter stor respekt för sitt gedigna sätt att verifiera sina forskningsrön ("justification"), men själv har jag alltid inspirerats mest av hennes sätt att ställa frågor, vrida på frågeställningar, vara öppen för nya strömningar. Eller som det står i Eva Österbergs introduktion: "Slående var hennes förmåga att hålla en samhällsrelevant frågeställning levande medan hon analyserade ett överväldigande källmaterial med källkritisk skärpa." Vilka frågor tycker du är mest spännande bland dem Birgitta behandlar i sin bok?

3. Det är ingen slump att boken heter "Äldre genom tiderna – Åldrande och äldrepolitik som en historiker ser det". Birgitta har livet igenom haft ett starkt samhällsengagemang och via sin forskning medvetandegjort det historiska för att det ska komma till användning i nuet. Ett

sådant exempel får du i bokens första kapitel om "Ättestupan". Beskriv vilka intryck du får av det och vad som förvånade dig i innehållet.

4. Också idag ska vi "planera för vår ålderdom" sägs det. Förbereda den på allehanda sätt, det tycker både samhället och omvärlden, fast det kan vara nog så verklighetsfrämmande när man finns där mitt i livet och inte har en aning om vad som kan vänta en. Förr var både döden och ålderdomen mer närvarande och påträngande. Ålderdomen var väldigt mycket svårare: man var i sämre skick medicinskt än vad vi är som sitter här, och det var inte mycket bevänt med den s k bekvämligheten, detta som den tekniska utvecklingen tillfört och som vi idag har runt omkring oss och ser som självklart. Fundera över hur det varit om du i din nuvarande ålder hade levt i senmedeltidens Stockholm (kap 2). Hur hade DU planerat för den situationen? Hur hade dina barn kunnat leva upp till de krav som ställdes på dem? Vad spelade kyrkan för roller för de rika respektive de fattiga? Kvinnans traditionellt vårdande roll gjorde rimligen att hon var viktig för omvärlden i dess åldrande, men hur var det för hennes själv? Missa inte de sista raderna vid kapitlets slut på sidan 46 – de besuttna kvinnorna kunde markera också andra kvinnors värde.

5. "Gamla kvinnors krämpor i äldre tid" – bara läs och njut av den skärpa med vilken Birgitta går till verket. Fundera också på om inte även du skulle skaffa dig ett pannband som det står TACK på – tänk så mycket vi slipper. Prova att i 5-10 punkter sammanfatta vad du fäster dig vid för skillnader och likheter i gamla kvinnors krämpor nu och då!

6. Generationskonflikterna var så mycket mer uppenbara i perioden 1300-1900 än vad de är i dag då olika generationer kan få leva sina liv, inte sällan utan någon särskilt omfattande närkontakt. Då handlade det mer uppenbart om att den enas överlevnad skedde på den andras bekostnad, och ett nog så omfattande våld inom familjen återspeglas i brottsstatistiken. Läs kapitel 4 och stanna upp vid avslutningsstyckena på sidan 94-95: hur påverkade det här kapitlet din syn på den gamla goda tiden?

7. Också i kapitel 5, "Vem hade makt och inflytande i ett äldre samhälle? De gamla eller de unga?" spränger Birgitta några av våra förutfattade meningar. Vad var det mest förvånande för dig?

8. I kapitel 6, "Rätten till en god ålderdom" blir det så uppenbart att samhällsplaneringen kring äldre handlar om att a) effektivisera arbetet och b) kompensera inkomstbortfallet när arbetet upphör. När du läser kapitlet, fundera speciellt över vilka perspektiv som inte är så levande i dag när man politiskt talar om rätten till en god ålderdom.

9. Om mycket av livet var ett helvete när man blev gammal, inte mycket kunde botas och lindringen inte heller var omfattande, så var förstås behovet av tröst desto större. Vilka är dagens motsvarigheter till Gottfrid Billings bönböcker?

10. I kapitel 8, "Råd och anvisningar för ålderdomen före geriatrikens tid" får vi en svepande överblick med nedslag i olika tider, från antiken till våra dagar. Visst är det spännande att se hur dagens föreställningar om egenvård och ansvar för den egna hälsan fanns där redan på 1700-talet? Med utgångspunkt från din vårdprofession: vad känner du igen dig i i detta kapitlet?

11. Man kan inte riktigt förstå kapitel 9, "Konsten att riva ålderstrappan" om man inte följde konflikterna i spåren av "Senior 2005". Birgitta hörde till dem som också offentligt reagerade mot aningslösheten: kan man alls riva en folklig föreställning, varför ska man göra det, vad vill man sätta i stället var frågor som hon ställde. Det hon nu tar upp på sidan 187 förefaller balanserat, men visst rymmer det nog så mycket krut. Eller vad läser du in i det?

12. I avslutningskapitlet "Disciplinbildning mellan universitet och samhälle" bör det finnas mycket du kan känna igen dig i, nu efter snart avslutat *Uppdrag Kunskap*. De inomvetenskapliga frågeställningarna konkurrerar med samhällets frågeställningar, och kravet på att forskningen ska ge relevanta resultat för både sjuka äldre och vårdpersonal är inte helt lättuppfyllt. Milt uttryckt. Du har nu läst en hel del vetenskapliga artiklar under ditt pågående arbete och försökt relatera dina erfarenheter till dessa. Reflektera över vilken nytta du haft av det och vilka svårigheter du mött.

f. Medicinens öga

1. Om en framtida Karin Johannisson hade skärskådat *Bättre liv för sjuka äldre* och skrivit om det – vad tror du då hon hade skrivit?

2. Om en framtida Karin Johannisson hade skärskådat *Uppdrag Kunskap* och skrivit om det – vad tror du då hon hade skrivit?

3. Karin försöker göra den individuella sjukdomserfarenheten åtkomlig – hon hakar då på en tunn historisk tråd, för medicinens historia har i mycket varit läkarnas historia (ungefär som Sveriges historia varit dess kungar). Den medicinhistoria underifrån som Karin vill skriva har självklart de sjuka människorna som huvudpersonerna och hon menar att dessa perspektiv kan begripliggöra den förtroendekris som idag drar fram över modern sjukvård. Kan den det? Ge exempel!

4. På sidan 26 skriver hon om hur en och samma sjukdom har så olika betydelser för olika människor: vad hade den lungsiktige arbetaren (vars sjukdom innebar ekonomisk katastrof) gemensamt med sanatoriearistokratin? "Att beskriva sjukdomen som ett objekt, ett ting i sig, ter sig från sådana utgångspunkter fattigt." Hm. Men också i vår tid hör det till vanligheterna att människor med olika funktionsnedsättningarna, vi kan för enkelhetens skull ta ett rörelsehinder, funktionsbedöms med standardiserade test för vad de kan och inte kan prestera vad gäller styrka, precision, omfång – utan någon hänsyn till om dessa rörelser fyller någon funktion i den berörda människans liv. Detta hör knappast till "medicinhistoria underifrån" fast det hör till vår tid. Har du fler liknande exempel?

5. De stora medicinska genombrotten av gagn för sjuka människor skedde inte förrän på 1930- och 1940-talen. Hur lyckades medicinen också dessförinnan framställa sig som en framgångs-saga?

6. Vad är det för politiska aspekter som driver sjukvården idag? Jämför med hur det vid mitten av 1700-talet var de befolkningspolitiska aspekterna: bara ett fåtal återvände från Poltava, bortemot halva Stockholms och Norrköpings befolkningar utplånades av pesten på ett fåtal år, smittkoppor och syfilis härjade, sjukdom dödade 50 000 per år i en befolkning på 2 miljoner.

7. Överlag är myndighetsaspekterna i "En frisk och stark arbetarstam" nog så intressanta. Har dessa i dag tagits över av försäkringsbolagen och Försäkringskassan? Eller av den kolorerade veckopressen? Eller hör det till dina medborgerliga plikter att borsta tänderna 2 minuter 2 gånger om dagen med 2 cm tandkräm på tandborsten?

8. Franska revolutionen blev inte så framgångsrik på kort sikt men på lite längre, kanske? Mja-äou, kolla de tre punkterna på sidan 81: 1) politiska förändringar skulle utrota sjukdom, dvs varken sjukhus eller läkare skulle behövas, 2) den medicinska kunskapen skulle demokratiseras och var och en skulle behärska grunderna, 3) staten skulle ta ansvar för sjukvården eftersom bara staten kunde fördela resurserna jämnt. Vi vet alla att detta inte förverkligats fullt ut, men visst finns det delvinster åt de tre hållen. Exemplifiera!

9. I den franska revolutionens sena fas kom motreaktionen med en starkt institutionaliserad medicin och en upphöjd omutlig expertroll för läkaren. På sitt sätt slåss vi faktiskt fortfarande mellan franska revolutionens ytterligheter av det antiauktoritära respektive det starkt auktoritära. Det är stor skillnad mellan den diagnostiserade och behandlade sjukdomen å ena sidan och den levda sjukdomen å den andra. Vad händer om bara den sjukdom antas finnas som kan fångas av läkarens begreppsvärld? Exempel!

10. Kapitlet "När sjukdom behövs" med början på sidan 99 fångar in hur det inte bara är i vår samtid som det uppkommer sjukdomar till följd av den omgivande miljön och tidsandan, såväl fysiska som psykiska. Vilka samtida åkommor associerar du till – och vad kan vara boten, förutom detta att tidsandan ständigt ändras?

11. Kapitlet om sexualiteten får åtminstone mig att fundera över det uttalat tidsbundna i kulturen. Jämför hur man på 1950-talet såg på utvecklingsstörda människors sexualitet (inklusive den tvångssterilisering som då skedde) – allt starkt fördömt om det skickas framåt i tiden till våra dagar. Men vad skulle hända om vi hade kunnat kommunicera gaykulturens och pride-festivalernas öppenhet och glamour bakåt i tiden? Och vad kommer framtiden att säga om oss som kan rädda mycket för tidigt födda barn till livet och också gör det men utan någon egentlig eftertanke om vad det blir för liv och hur detta i sin tur ändrar livet för föräldrar och syskon? Vilka tidsbunda aspekter på sexualiteten funderade du främst på under läsningen?

12. Drömmen om evigt liv är en av människans tre klassiska drömmar, och det är inte konstigt att bakteriologin med början på 1860-talet väckte storslagna drömmar om alla sjukdomars utrotande. Sedan har vi fortsatt i samma stil. Nyss drömde vi om att knäcka "cancers gåta" – nu har vi fått lära oss att det är mer mångfacetterat än så. Likväl är det så många sjukdomar som blivit enklare levbara, ibland t o m botbara, men samtidigt säger Karin på sidan 177 att vi är räddare för sjukdom och död än någonsin förr. Är det så – eller är det bara en myt?

13. Slutkapitlet "Smittad" handlar om hur samma sjukdomsförklaringar och samma syndabockssyndrom återkommit med varje epidemi och lett till tvång, utstötning, isolering, segregation och motsättningar, både mellan klasser och mellan individer och samhälle/myndigheter. Vad har du själv för erfarenheter av detta i din profession?

Bil. 4: Studieguiden



Bodil Jönsson, kursledare
Gerd Ahlström, kursledare
Magnus Persson, studierektor

Fastställt av Vårdalinstitutets styrelse
2013-10-02

1

Studieguiden

Uppdrag Kunskap

Kurs på forskarnivå med start måndagen den 2 september 2013.

Studierna syftar till att de deltagande seniorerna genom egna kunskapsbidrag ska medverka till bättre liv för framtidens sjuka äldre. De genomförda arbetena ska eftersträva en forskningens idéhöjd och systematik samtidigt som de ska börja i praktiken och sluta i praktiken. *Genom att förverkliganden (implementeringar) utgör både grogrund och avsikt, blir nålsögat för kunskapsbidragen att de ska nå fram till och in i berörda verksamheter.* Vardagens praxis utgör således det omedelbara fokuset. Endast i undantagsfall kommer vetenskaplig publicering att ses som det huvudsakliga kunskapsbidraget och därmed ges högsta prioritet. Publicering på forskningsnivå blir aktuell främst för dem som vill söka sig till fortsatta forskarstudier.

Något mindre än hälften av *Uppdrag Kunskap* inriktas på att ge bakgrunder: forskningsläget kring det nya åldrandet, teoretiska och metodiska aspekter på kunskapens väsen samt fördjupningar i de varierande roller och funktioner som kunskapen haft vid utveckling av äldreomsorg och -omsorg genom tiderna. Den andra dryga halvan (4,5 högskolepoäng dvs. motsvarande minst 3 veckors heltidsarbete) utgörs av det egna arbetet under individuell handledning (cirka 6-8 timmar) på akademisk nivå. Efter ett första personligt handledarmöte rekommenderas att den fortsatta handledningen till största delen sker via epost, telefon eller skype.

Genomförandet av *Uppdrag Kunskap* struktureras genom 4 tvådagars-workshops mellan vilka det individuella arbetet utförs under handledning av särskilt utsedda handledare och via handledning och samtal på det gemensamma forumet på internet. Internatsdagarna syftar till att starkt koncentrerat ge inspiration, utmaningar och ständigt konstruktiv kritik. De utformas som en blandning av föreläsningar, handledningar, litteratordiskussioner och fortlöpande redovisningar av de egna arbetenas framåtskridande.

Inför Workshop 1

I din ansökan har du formulerat en första idé om den inriktning du vill ge ditt arbete. På denna får du en första individuell återkoppling före workshop 1. Avsikten med denna är främst att slå an den ton av öppenhet, nybyggande och eftersträvan av varandras framgång som ska karakterisera hela *Uppdrag Kunskap*.

Postadress: Vårdalinstitutet • Lunds universitet • Box 157 • 221 00 LUND • Telefon 046-222 19 18 • Fax 046-222 19 34
Besöksadress Lund: Health Sciences Centre, Baravägen 3, Lunds universitet • Besöksadress Göteborg: Arvid Wallgrens backe: hus 1, Göteborgs universitet
www.vardalinstitutet.se

Finansierat av Vårdalstiftelsen i samarbete med
Lunds universitet, Göteborgs universitet, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Kommunförbundet Skåne samt VästKom

Under Workshop 1

Denna workshop utformas som den förstagångshändelse den är när nu *tjugo pionjärer möts för första gången och påbörjar ett unikt projekt*. Uppbyggnad:

- Ömsesidig presentation av deltagare och ansatser
- ”Bättre liv för sjuka äldre”, SKL (projektledare Maj Rom)
- Kursledningen om *Uppdrag Kunskap* (Bodil Jönsson, Gerd Ahlström)
- Det nya åldrandet och introduktion till litteraturen (Bodil Jönsson)
- Gruppdiskussioner kring preliminära individuella arbetsinriktningar
- Introduktion till forskningsanknytning (Gerd Ahlström)

Inför Workshop 2

- Litteraturstudier av de tre böcker som ger bakgrund till det nya åldrandet. Diskutera gärna på forumet och förbered frågor till workshop:en.
- Fortsatt utveckling av din projektidé, gärna så öppet som möjligt på forumet. Försök nå fram till en rubrik och en presentation på 1-2 sidor om problemområdet, syfte och frågeställningar samt hur du vill lägga upp arbetet.

Kursledningen ger återkoppling på forumet och arbetar med att rekrytera individuella handledare.

Under Workshop 2

Denna workshop har temat *Kunskapens immateriella väsen – kunskap som bär över tid och rum*. Den inkluderar:

- Diskussion av den lästa litteraturen och introduktion av den nya.
- Föreläsningar om kunskapens och lärandets väsen (Bodil Jönsson)
- Olika vidareutvecklingar av projektarbetena, bl a genom möten med handledare och kursledningen

Inför Workshop 3

Under detta tidsintervall kommer deltagarna att i samråd med sina handledare göra de avgörande avgränsningarna av sitt arbete samt ringa in nyckelidéer, nyckelbegrepp och nyckelreferenser. De individuella litteraturstudier som detta förutsätter kompletteras med den gemensamma litteraturen inför workshop 3.

Allas arbeten diskuteras löpande i forumet.

Under Workshop 3

Denna workshop har temat *Vården och tidsandan, om hur det varit och om hur det kan bli*. Den inkluderar:

- Diskussion av den lästa litteraturen
- Gästföreläsning (Karin Johannisson)
- Projektarbetena

Inför Workshop 4

Nu börjar du närma dig upploppet och arbetet har nu två riktningar som båda ska läggas ut på forumet senast den 25 april.

I den ena ska du presentera en exempelrik plan för hur du tänker medverka till att ditt arbete kommer att förverkligas (gör en särskild precisering av de sammanhang där förankring kommer att ske före 1 juli 2014).

I den andra gör du en så forskningsanknuten presentation som möjligt av ditt arbete. Dokumentet bör vara 5-8 (inte överstiga 8 sidor), inklusive referenser, radavstånd 1,5, teckenstorlek 12, och hålla följande struktur:

Syfte och frågeställning: Preciserar syfte och grundläggande frågeställningar.

Problemområde: Beskriv bakomliggande problem och hur det anknyter till Ditt projekt och ett bättre liv för sjuka äldre.

Bakgrund: En kort introduktion med bakomliggande teoretiska och metodologiska utgångspunkter.

Metod: Beskriv, analysera och värdera de former under vilka du byggt upp ditt material och ditt vetande på ifrågavarande område.

Intervention: Om ditt arbete inkluderar en intervention, beskriv denna utförligt.

Kunskapsbidrag: Här presenterar du ditt egentliga *resultat*: ditt kunskapsbidrag till stöd för ett bättre liv för sjuka äldre. Var noga med att skilja på beskrivning, analys och värdering – observera att samtliga ska inrikta sig på det relevanta för bättre liv för sjuka äldre.

Under Workshop 4

Denna workshop har temat *Magnolia, klang- och jubeltid*. Den kommer odelat att ägnas resultaten av satsningen, dels i form av de enskilda kunskapsbidragen, dels i form av en preliminär analys av vilket som är de övergripande kunskapsbidragen från *Uppdrag Kunskap*.

Examination

Examinationen kommer att baseras på de slutliga skriftliga bidragen på forumet (före den 25 april) samt på de muntliga redovisningarna under workshop 4. I undantagsfall tillkommer kompletterande examination. Examinatorer kommer att vara Gerd Ahlström och Bodil Jönsson.

Bil. 5: Kursplan



Fastställt av Vårdalinstitutets styrelse 2013-12-05

Kurs "UPPDRAG KUNSKAP" 7.5 hp, HT2013/VT 2014

Titel	Uppdrag Kunskap
Nivå	Forskarnivå
Betygskala	Underkänd (U) eller godkänd (G)
Kursansvarig institution	Vårdalinstitutet
Datum för fastställande	
Kursledare	Professor emerita Bodil Jönsson
Kursansvarig	Gerd Ahlström, Vårdalinstitutet, Lunds universitet Tel. 046-222 19 16 E-post: Gerd.Ahlstrom@vardalinstitutet.se
Studierektor	Magnus Persson, Vårdalinstitutet, Lunds universitet Tel. 046-222 19 85 E-post: magnus.persson@vardalinstitutet.se
Målgrupp	Personer med omfattande erfarenhet från äldreomsorg och äldreomsorg, behöriga för utbildning på forskarnivå.
Kursens syfte	Kursens syfte är att deltagarna ska fördjupa sin kunskapssyn och sina insikter i forskningsläget kring åldrandet samt kunna urskilja vilka varierande funktioner kunskapen haft vid utveckling av äldreomsorg och omsorg genom tiderna. Deltagarna ska kunna relatera sina kunskapsbidrag syftande till bättre liv för framtidens sjuka äldre till tidigare forskning.
Lärandemål	Efter avslutad kurs förväntas kursdeltagarna kunna <i>Kunskap och förståelse</i> • redogöra för förändringar i människans åldrande i västvärlden, speciellt Sverige, och dessa förändringars betydelse för äldreomsorg och omsorg • analysera konsekvenser för den enskilda äldre individen, hennes nära omvärld, kulturen och samhället utifrån olika teoretiska perspektiv och med skilda metodologiska utgångspunkter

Postadress: Vårdalinstitutet • Lunds universitet • Box 187 • 221 00 LUND • Telefon 046-222 19 32 • Fax 046-222 19 34
 Besöksadress Lund: Vårdvetenskapens hus, Baravägen 3, Lunds universitet • Besöksadress Göteborg: Arvid Wallgrens backe: hus 1, Göteborgs universitet
www.vardalinstitutet.net

Finansierat av Vårdalstiftelsen i samarbete med
 Lunds universitet, Göteborgs universitet, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Kommunförbundet Skåne samt VästKom

Färdighet och förmåga

- demonstrera kunskaper och förståelse för centrala begrepp och designer i åldrandeforskningen
- kunna använda dessa i det egna arbetet

Värderingsförmåga och förhållningssätt

- visa förmåga att göra egna bedömningar av vetenskaplig kvalitet som utmärker dels det egna arbetet, dels kurskamraternas arbeten.

Deltagarantal	15
Kursuppläggning/-Kursinnehåll	Kursen bedrivs via internet med mellanliggande campusträffar och eget arbete i grupp och enskilt. Kursen omfattar följande områden: • Åldrandet i dagens samhälle • Kunskapens immateriella väsen över tid och rum • Äldreomsorg och omsorg i ett historiskt perspektiv • Självständigt arbete syftande till att ge ett aktivt kunskapsbidrag till gagn för framtidens sjuka äldre
Arbetsformer	Kursen genomförs som föreläsningar, seminarier och eget arbete under individuell handledning. Projektet Uppdrag Kunskaps hemsida används för kursadministration och kommunikation.
Kursbevis och examination	Efter godkänd examination utfärdas kursintyg. Examinationen sker såväl skriftligt som muntligt.
Litteratur	Cohen, Gene D. The mature mind: the positive power of the aging brain, Basic Books, 2007. Jönsson, Bodil. När horisonten flyttar sig: att bli gammal i en ny tid, Bromberg, 2011. Jönsson, Bodil. Tid för det meningsfulla, Bromberg, 2012. Liedman, Sven-Eric. Ett oändligt äventyr: om människans kunskaper, Bonnier, 2001. Odén, Birgitta. Äldre genom tiderna: åldrande och äldrepolitik som en historiker ser det, Carlsson, 2012. Johannisson, Karin. Medicinens öga: sjukdom, medicin och samhälle – historiska erfarenheter, [Ny Utg.]Norstedt, 2013. Därutöver tillkommer referenslitteratur, artiklar, kompendier, etc.

Bil. 6: Vykort



Seniorer utvecklar vården

I ett framtidsinriktat kunskapsprojekt vidareutvecklar nu 20 personer med bakgrund inom äldreomsorg sina hjärtefrågor för att på så sätt bidra till ett bättre liv för framtidens sjuka äldre.

Projektet pågår under ett år och leds av professorerna Bodil Jönsson och Gerd Ahlström. De 20 utvalda representerar ett brett tvärsnitt av livs- och yrkeskunskap:

Katri Helena Alaja, sjukgymnast
Karin Andersson, områdeschef
Ann-Christine Baar, projektledare
Siv Bäck-Pettersson, forskningsledare
Gunilla Ehrlinder, utbildningskonsulent
Lena Ekmark, distriktssköterska
Kristina Ekstrand, konsult
Irene Hedfors, konsult
Sven-Erik Henriksson, utvecklare
Lillemor Husberg, arkitekt

Margareta Jansson, närsjukvårdskoordinator
Britt Mari Ligne Karlsson, utredare
Bodil Lindeberg, sjuksköterska
Göran Maathz, sjukvårdsdirektör
Gerd Silk, utvecklingsledare
Britta Stenstam, onkolog
Sonja Strandell, distriktssköterska
Malgorzata Schmidt, chefsöverläkare
Ann-Marie Thordeman, medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ann-Christine Johansson, f.d. sjukvårdsdirektör, medverkar med bl a arbetsgivarperspektiv på satsningen.

Välkommen att följa oss på www.uppdragkunskap.se !

Porto



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Vårdalinstitutet
Institutet för Vård- och Omvårdningsforskning



LUNDS
UNIVERSITET



Seniors develop care
www.missionknowledge.se

LUND
UNIVERSITY



Vårdalinstitutet
The Swedish Institute For Health Sciences



Swedish Association
of Local Authorities
and Regions



Bil: 7a.

Kan äldre förnya kunskapssamhället?

Bodil Jönsson, professor emerita i rehabiliteringsteknik, Lunds universitet,
<http://www.bodiljonsson.se>

Vid det här laget är det länge sedan begreppen "informationssamhället" och "kunskapssamhället" myntades. Teknologiskt har oerhört mycket hunnit hända de senaste decennierna, men samtidigt är det mycket av gamla normer i kultur och samhälle som skymmer sikten. Till de föreställningar som stannat kvar och snarast förstärkts hör att det endast är unga människor och i begränsad utsträckning medelålders som kan medverka till att ny kunskap kommer fram. Lyser enbart genom sin frånvaro gör således föreställningen att också äldre människor skulle kunna bidra till något förnyande på kunskapens område.

Detta papper beskriver bakgrunden och frågeställningarna inför Uppdrag Kunskap. Projektet syftar till att i kunskapssamhällets anda ge ett antal utvalda seniorer med anknytning till den stora nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre" chansen att vidareutveckla sin egen mångåriga yrkeskunskap inom området äldreomsorg genom att låta den brytas mot akademisk kunskap på området. Åldersmässigt är de 20 deltagarna endera nypensionerade eller snart pensionerade och har det gemensamt att de brinner för att få vara med om att vidareutveckla och nyttiggöra sina egna kunskaper och erfarenheter i akt och mening att dessa ska komma den framtida äldreomsorgen till godo.

Uppdrag Kunskap har två spår. Det ena är individuellt och utgår från var och ens kompetens- och intresseområde och bedrivs med individuell akademisk handledning. Det andra är gemensamt och syftar till att medvetandegöra och lyfta möjligheterna i denna speciella kunskapsgenererande process. De individuella bidragen kommer tillsammans med en analys av processen och resultatet att överlämnas till SKL, *Bättre liv för sjuka äldre*, senast september 2014.

Den enskilde deltagaren i *Uppdrag Kunskap* uppbär ingen lön utan satsar sin kompetens och tid ideellt utifrån sin pay-back-vilja. Projektet står för kostnader för workshops och handledning, resor, uppehåll och viss litteratur. Vinsten för den berörda deltagaren (utöver den sanna glädjen i att få bidra) ligger i handledningen, gemenskapen med övriga deltagare och fördjupningen och förnyelsen av den egna kompetensen.

Uppdrag Kunskap förläggs till Vårdalinstitutet vid Lunds universitet. Där har man långvarig erfarenhet av att nyttiggöra yrkeskunskaper och yrkeserfarenheter inom vård och omsorg i en nära samverkan med externa huvudmän/ arbetsplatser. Man arbetar också ständigt med dithörande kunskapsteoretiska, kunskapsfilosofiska och kunskapssociologiska frågor.

Bakgrund

De pågående demografiska förändringarna är välkända. Ålderspyramiden är på väg att förvandlas till ett åldershus med nästan vertikala väggar och ett tämligen platt tak. Sedan länge har vårt åldrande samhälle analyserats utifrån kvantitativa (främst ekonomiska) beräkningar. Kvalitativt har betydligt färre frågor ställts av typ:

Vad gör det för skillnad att så många kommer att bli så gamla under så genuint annorlunda villkor än de som gällde så sent som för förra generationen? Vad betyder det att man under sin ålderdom (som kan uppgå till en tredjedel av livet) kommer att kunna se bättre, höra bättre, röra sig bättre, ha mindre ont, ...? Och vad kommer denna stora och nya grupp äldre att vilja göra utifrån sådana förutsättningar som gamla människor aldrig tidigare haft?

För närvarande är vi inne i en omställningsperiod, och det kommer att ta ytterligare några år innan vi börjat frigöra oss från de rådande normerna för hur man "ska" vara exempelvis som 75-åring, vad man får göra och vad man kan tänkas kunna och vilja.

Förändringar i gruppen seniorer

Entydiga medicinska data och framväxande erfarenheter visar att en 75-åring i dag främst är som en 65-åring i förra generationen. Kairos Future sammanfattade sin undersökning år 2012 av äldre med att människor under 80 är "som folk är mest". Och i en av Apotekets stora hälsoundersökningar samma år var det gruppen 66+ som hade bäst hälsa (frågorna rörde kost, motion, upplevd fysisk hälsa, upplevs psykisk hälsa). Det finns alltså nu inte bara ålderssjukdomar utan också en åldershälsa. I en undersökning benämnd "Ungdomlingar" år 2010 (utförd av Demoskop på uppdrag av Centrum för Samtidsanalys) framgick det med all önskvärd tydlighet att gruppen aktiva äldre som med erfarenhet, energi och förmåga vill medverka till kvalificerat arbete är på väg att bli större. 25% av människor i åldern 65-89 år hörde till denna grupp - detta trots att ålderssegregeringen fortfarande är påtaglig och att samhällets förhållningssätt till äldre som vill arbeta längre ännu inte konsoliderats. Pensionsåldersutredningens (<http://www.sou.gov.se/sb/d/17425>) många delrapporter och slutbetänkandet våren 2013 visar att stora förändringar är på gång.

Att bidra till kunskapsutvecklingen under pensionärstiden

Den första välutbildade generationen går nu in i sin pensionsålder. Bland dem är det inte så få som brinner för att få vidareutveckla sina yrkeslivkunskaper, främst för att kunna ge dessa tillbaka till verksamheten och samhället. Det är inga som helst problem för äldres kunskapsutveckling så länge som den enbart handlar om en breddning: den blotta existensen av studieförbund, pensionärsförbund, senioruniversitet och internet gör det lättare att förkovra sig i dag än någonsin tidigare. Också universiteten ser då och då bland sina studenter specialintresserade äldre som följer utbildning upp till kanske mastersnivå. Men de äldres möjligheter att påverka sin utbildning eller att dra speciell nytta av sina kunskaper och erfarenheter från ett ofta 40-årigt arbetsliv är begränsade – antingen ska de vara och bemötas som studenter direkt från gymnasiet eller ska de inte vara på universitet överhuvudtaget. Att sent i livet få börja på en akademisk kunskapsutvecklingsnivå (utifrån en tidigare grundutbildning och ett långt kvalificerat yrkesliv) är en väg som hittills varit så gott som helt stängd.

Några jämförelser: Unga forskare har framför sig långa arbetsliv (utanför eller inuti universitetet) i vilka de själva kan nyttiggöra sin forskartid, dess process och resultat. De redan medelålders doktoranderna, de som hunnit längre i livet innan de gick in i forskarstudier, har inte så många yrkesverksamma år kvar efter disputation. I gengäld kan deras kunskapsbidrag och avhandlingar redan från början ha ett annat djup just genom dessa tidigare erfarenheter. Efter disputationen blir det i större utsträckning andra inom kunskapsområdet eller verksamheten som får bära deras resultat vidare.

Att människor som uppnått pensionsåldern kanske vill engagera sig i något liknande *Uppdrag Kunskap* (och kanske därefter använda ytterligare 5-10 år till att vidareutveckla sin kunskap så att den når en hållbar forskningsnivå och därmed blir än mer värdefull och tillgänglig också för andra framöver) har hitintills varit på gränsen till otänkbart. Ändå står idén inte i någon som helst motsättning till de klassiska kunskapsidealerna: att kunskap ska kunna bära över tid och rum, oberoende av person. Från den ena till den andra. Kunskapens immateriella karaktär gör den oberoende av hur länge upphovsmannen själv, den enskilda människan bakom kunskapen, kan tänkas vara verksam.

Dagens hjärnforskning

1900-talet tillförde många vetenskapliga insikter om vad som försämras i en åldrande hjärna. Under 2000-talet har uppmärksamheten allt mer inkluderat sökandet efter hjärnans livslånga utveckling "lifelong development", inte bara dess uppgång och fall, "peak and decline". De senaste femton åren har resulterat i stora genombrott: man vet exempelvis nu att även gamla människor får nya hjärnceller, att hjärnan fortsatt är plastisk och att balansen mellan vänster och höger hjärnhalva, alltså den mellan tankar och känslor, blir bättre, inte sämre, ju äldre vi blir. Man ställer helt enkelt andra frågor som gammal än som ung, blir mer teleologisk, dvs inriktad på sammanhang i bemärkelsen mål och mening och mindre intresserad av mekanistiska orsaker till skeenden. Och man kan fortsatt vara synnerligen kreativ – men på andra sätt och med andra yttringar än vad som gäller för barn och unga.

Ju äldre man blir, desto sämre blir man på att lära sig nya detaljer och desto snabbare glömmar man dem. Men förmågan till att hantera sammanhang och samband, både att komma ihåg de tidigare och att komma på nya, är oförändrad eller kan t o m ha förbättrats. Gene D. Cohen, *The mature mind*, Basic Books, 2005, ger en utmärkt introduktion till det förändrade synsättet och dess bakgrund i existerande forskning.

En pay back-tid med mål och mening

Ju äldre en människa blir, desto mer tenderar hon att söka efter sammanhang, mål och mening samtidigt som hon gärna vill stötta yngre. Det är alltså inte bara välbärgade mecenater som på äldre dagar kan få upplevelsen att befinna sig i en pay back-time – andra vill också bidra men på andra sätt. Inte så få är beredda på stora insatser för att möjliggöra just en kunskapsöverföring.

Kunskapsöverföring mellan generationer har emellertid alltid hämmats av yngre människors självständighetsönskan. Nu gör internet att man kan förpacka "färdig" kunskap till information på ett sådant sätt att sökande unga själva hittar den och därmed inte stöts bort av att den kommer från äldre människor. Men detta räcker inte hela vägen: många äldre har inte under sina intensiva yrkesliv hunnit med att bearbeta sina insikter till något mer långsiktigt hållbart

utanför det egna huvudet. Kunskaperna fungerar med andra ord ofta för dem själva men inte för dem som inte varit med i samma utveckling. Det kan därför behövas mycket bearbetning och hjälp, kritik och inspiration från andra för att strukturera, utmana, vidareutveckla och rensa upp i de egna erfarenheterna och kunskaperna. *Uppdrag Kunskap* är till för att möjliggöra just den processen så att den vidareutvecklade kunskapen kan bli till nytta för andra människor och verksamheter.

Design för den mänskliga sektorn

Mitt eget specialintresse handlar också på äldreområdet om teknikens plats i den mänskliga sektorn, se Människonära design, Studentlitteratur 2005,

<http://www.arkiv.certec.lth.se/dok/manniskonaradesign> Beteckningen står för den sektor där människor arbetar med och för andra människor. Utifrån denna är jag särskilt intresserad av de *Uppdrag Kunskap-deltagare* som vill fördjupa sig i den framtida integrerade teknikanvändningen för äldre, den som kan bidra till att livet inte behöver bli svårt i onödan när man blir gammal. Se också Empati och High Tech, 2012, delrapport från LEV-projektet, "Långsiktig Efterfrågan på Valfärdstjänster",

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/20/40/43/08a34c17.pdf>

Fortfarande är medvetandet lågt om de särdrag som krävs för ett fungerande samspel människa-människa-teknik, och tekniken i den mänskliga sektorn är därför fortfarande ofta den samma som den vid renodlad produktion, konstruktion eller administration. Det ska bli mycket spännande att se hur *Uppdrag Kunskaps* deltagare med 40-årig yrkeserfarenhet på äldreområdet kan komma att bidra i den anda som redan Ivan Illich utmejslade med sin *Tools for conviviality*, Marion Boyars, 2001, och vars senaste mest framgångsrika ansats enligt min uppfattning återfinns i Per-Olof Hedvalls avhandling år 2009 "Aktivitetsdiamanten. Modeller av en vidareutvecklad tillgänglighet", http://www.certec.lth.se/fileadmin/certec/PeO_Hedvall/Hedvall_Doktorsavhandling_Aktivitetsdiamanten_20091204.pdf

Möjliga effekter

Potentialen till ny kunskapsgenerering inom *Uppdrag Kunskap* är självklar: den som inom sig har tillgång till 40 årsringar av yrkeserfarenheter har access-tider, associations- och hopknypningsmöjligheter som tidigare varit extremt få människor förunnade.

- Vinsten för de berörda deltagarna själva blir framför allt att få ge. Och att genom handledning och närhet både till andra deltagare och till forskare inom det egna intresseområdet få vara med om den rena kunskapsglädjens aha-upplevelser. Och att kanske också genom det starka engagemanget själv åtnjuta bättre hälsa.
- Vinsten för de berörda arbetsplatserna ligger i återföringen av den vidareutvecklade erfarenhetsbaserade kunskapen och i de bevarande- och utvecklingsincitament som detta i sin tur leder till.
- Vinsten för universiteten utgörs av de nya forskningsinriktningar och omvärldskontakter som deltagarna tillför. Och i utmaningen att fungera som arena för djupgående akademiska samtal över tid.

- Vinsten för kulturen ligger i den annorlunda och breddade kunskapsutvecklingen där man bland annat kan förvänta tätare relationer mellan kunskap och känslor.
- Vinsten för samhället ligger i att fler människor kommer att kunna bidra mer aktivt till det gemensamma långt efter pensionsåldern.

State of the art

I skrivande stund, slutet av augusti 2013, är antagningsprocessen avslutad (40 %:ig översökning till de 20 platserna) och Vårdalinstitutet står väl förberett inför starten av *Uppdrag Kunskap* 2-3 september, 2013. Det kommer att gå att följa utvecklingen via <http://www.uppdragkunskap.se>. Frågorna är vidöppna inför starten, inte bara kring vad de olika deltagarna kommer att vilja och kunna bidra med utan också kring det mer generella. Exempel:

- Vad blir det för sorts pedagogik som kan bidra till en framtidsinriktad integration av sådana erfarenheter och kunskaper som uppnåtts vid olika åldrar och under olika förutsättningar?
- *Uppdrag Kunskap* handlar i sin kärna om att få ge, att få bidra. Vilka av gåvoekonomins begrepp och principer kommer att visa sig relevanta och utvecklingsbara här?
- 2000-talets hjärnforskning har visat att samspelet mellan vänster och höger hjärnhalva förbättras ända upp i 80-årsåldern. Kunskap och känslor blir på så sätt alltmer integrerade ju äldre vi blir. Kommer något i aktiviteterna hos dessa 20 pionjärer att peka i riktning mot en annorlunda balans mellan hur de tänker och känner jämfört med motsvarande för yngre?

Man kan inte veta förrän man har provat

Själv tänker jag som så många gånger tidigare att man inte kan *veta förrän man har provat*. Man kan faktiskt inte det. Det är just därför det ska bli så roligt att inte bara ha varit idégivaren till *Uppdrag Kunskap* utan att också få vara med som en av de huvudansvariga i dess förverkligande.

Bilaga 7b. Can elderly people contribute to the renewal of the knowledge-based society?

Bodil Jönsson, professor emerita in Rehabilitation Technology, Lund University
<http://www.bodiljonsson.se>

It has been a long time since the terms “the information society” and “the knowledge-based society” first appeared, and there have been enormous advances in technology during the last few decades. However, there remain many old socio-cultural notions which obscure the view. One of them is the notion — which has been reinforced rather than simply remaining unchanged — that it is only the young, and to a limited extent the middle-aged, that can contribute to renewal in the form of the growth of knowledge. The elderly are most often excluded.

This paper describes the background and implementation of the project Mission Knowledge. 20 senior participants (retired or soon to retire) with professional background in the field of care and welfare for the elderly have been recruited for one year's intense work, aiming at developing their insights to make them more grounded and valuable for the future. The project is a part of out of "Better life for older adults with complex health conditions", <http://www.skl.se/tjanster/englishpages/activities/betterlife.1273.html> , run by the Swedish Association of Local Authorities and Regions, SALAR, <http://skl.se/english>.

Mission Knowledge has a twofold structure. One part is concerned with the participants' knowledge and experience in their particular areas, and is conducted under academic supervision. The other part is of a general nature and is designed to catch the broader potential of this venture. Both the individual contributions, an analysis of the process and the results will be submitted to SALAR not later than September 2014.

The 20 people participating in Mission Knowledge are not paid — they offer their time, knowledge and experience simply because they want to give something back to society. Project funds provide for workshops and supervision, travel expenses and accommodation in connection with the workshops and a certain amount of literature. What the participants gain (besides the straightforward pleasure of participating) is the academic supervision, the sense of fellowship with the other participants and the chance to develop and reinvigorate their knowledge.

The project is administered by the Swedish Institute for Health Sciences (Vårdalinstitutet) at Lund University. The institute has a long experience of turning to account knowledge and experience within the sphere of care and welfare in close co-operation with healthcare providers and workplaces. The institute is also constantly concerned with the associated epistemological, philosophical and gnosiological questions.

Background

That significant demographic changes are under way is well-known. The age pyramid is in the process of turning into an age house, with almost vertical walls and a fairly flat roof. Our ageing population has frequently been the subject of quantitative (chiefly economic) analysis — but not often of qualitative. Seldom have such questions as the following been asked:

What difference is it going to make that so many people are going to be so old under conditions so far removed from those which prevailed just a generation ago? What will it mean that a person during their old age (which may constitute as much as a third of their life) will see better, hear better, be able to move better, have less pain? And what are these elderly people going to want to do under such unprecedented conditions?

At present we are in a transition phase and it will take us a few years more to begin freeing ourselves from the prevailing notions concerning what, say, a 75-year-old person “should” think, want or do.

Changes in the elderly age-group

Clear-cut medical data and growing experience show that a 75-year-old person today is much the same as a 65-year-old person belonging to the previous generation. The international consulting and research company Kairos Future summed up their 2012 study of the elderly by stating that elderly people under 80 are “like anybody else”. And in a major health study carried out by the pharmacy group Apoteket the same year (where questions were asked about diet, exercise, experienced physical health and experienced mental health) it was the 66+ group that had the best health. Thus there is now not only geriatric illness but also geriatric health. In a study entitled “Young People” presented in 2010 (carried out by Demoskop on behalf of the Centre for Contemporary Analysis) it emerged with crystal clarity that the group of the active elderly who have the experience, energy, capacity and desire to perform skilled work is expanding. Twenty-five per cent of those in the 65–89 age-range were in this group, despite the fact that age segregation is still manifest and that society’s stance with regard to elderly people who want to go on working remains unstable. It can be clearly seen from the Swedish Government Official Report on the Age of Retirement (spring 2013) (<http://www.sou.gov.se/sb/d/17425>) that great changes are under way.

Contributing to the development of knowledge after retirement

The first well-educated generation is now retiring. Many of these people are enthusiastic about continuing to use and develop their professional knowledge, first and foremost in order to give something back to society. There is no problem as long as it is just a question of broadening this knowledge: the adult educational associations, pensioners’ associations, the universities of the third age and the internet make it easier than ever before to improve oneself. At the (ordinary) universities, too, there can be found elderly people with special interests who are studying for, say, a Master’s degree. However, the opportunities for such people to influence their education or to turn to account the particular knowledge and experience they have acquired during perhaps 40 years of working life are limited. From the university’s point of view, they should fall into line and be like the students coming from upper secondary school — otherwise they have no business being at university at all. There has previously been very, very little opportunity to begin an academic education in line with what has been learnt during a long professional life.

Some comparisons

Young PhD students can look forward to long working lives (at a university or elsewhere) and will plenty of time to develop their research and monitor its effects. Those who are middle-aged, on the other hand, have few years of gainful employment before them. On the other hand what they have to offer may have more depth because of the knowledge and experience they have acquired over the years. It will then largely be the task of others in the same field to preserve and build on these people's findings.

That people who have reached retirement age should want to take part in something like Mission Knowledge (and perhaps thereafter spend a further 5–10 years building up their knowledge to postgraduate level, thereby making it even more valuable and accessible for others in the years to come) has hitherto been virtually inconceivable. Yet it is perfectly in line with the classical ideal of knowledge as being sustainable over time and space, independently of any particular person but passed from one person to another. The immaterial nature of knowledge makes it independent of how long its originator, the particular person behind it, may continue to be active.

Present-day brain research

The 20th century brought many scientific findings concerning what deteriorates in an ageing brain. During the present century, however, there has been increasing interest in studying the brain's lifelong development rather than just its peak and decline, and there have been major breakthroughs: we now know, for example, that old people, too, get new cerebral cells; that the brain continues to be plastic; and that the balance between the left and right halves of the brain (between thought and feeling, that is) becomes better, not worse, the older we get. When we are old we quite simply ask other questions than when we were young — we become more teleological, which is to say more interested in purpose and meaning and less interested in mechanistic causation. And we can continue to be creative — though in other ways and with other expression than when we were young.

The older one gets, the slower one gets at learning details and the faster one gets at forgetting them. But the ability to perceive how things are related to one another (including both the perception of new relationships and the remembrance of old) remains unchanged or may even improve. Gene D. Cohen (*The Mature Mind*, Basic Books, 2005) provides an excellent introduction to the change in perspective and its background in research.

A time for giving something back — a time with purpose and meaning

The older we get, the more we tend to search for coherence, purpose and a sense of significance, at the same time as we are glad to support younger people as much as we can. Thus it is not only the rich and prosperous who in their old age can feel that the time has come to give something back (by becoming patrons of the arts, for instance) — other people, too, have the desire to give something back, and often the fulfilment of this desire is a question of passing on knowledge.

The passing on of knowledge from one generation to another has previously been hampered by the desire of the young to be independent. Now, however, the internet has made it possible to lay out “ready-prepared” knowledge that young people can access without fear of losing any of

their independence (since this knowledge does not come directly from older people). But this is not the whole story, since many elderly people have had intensive working lives which have not given them time to mould their perceptions into something with a long-term existence outside their own heads. What they have learnt is thus valid for themselves but not in the public sphere. If, then, such people are to be able to put their knowledge and experience into order, give it a structure and build on it, they are likely to need a lot of help, constructive criticism and inspiration from others. Mission Knowledge exists in order to facilitate this process and thereby foster the dissemination of the participants' knowledge and experience for the benefit of others.

Design for the human sector

My own special interest with regard to the elderly is the place of technology in "the human sector" (see Människonära design [Humane Design], Studentlitteratur, 2005, <http://www.arkiv.certec.lth.se/dok/manniskonaradesign>), which is to say the sector where people work with and for others. For this reason I am especially interested in the Mission Knowledge participants who want to deepen their knowledge concerning the future integration of technology into the sphere of the elderly — technology such as can make life easier for elderly people (see Empati och High Tech [Empathy and High-Tech], 2012, progress report from the project Långsiktig Efterfrågan på Vårldstjänster [Long-term demand for welfare services], <http://www.regeringen.se/content/1/c6/20/40/43/08a34c17.pdf>)

There is still little awareness of the special requirements of a well-functioning interplay between human beings and technology, and for this reason the use of technology within the sphere of the elderly is often inappropriate. Against this background it will be fascinating to see what contribution the Mission Knowledge participants with perhaps 40 years of experience of working within the sphere of the elderly will be able to make — what contribution in the spirit of Ivan Illich's Tools for Conviviality (Marion Boyars, 2001) and (constituting what seems to me the most successful recent embodiment of this spirit) Per-Olof Hedvall's dissertation presented in 2009 and entitled Aktivitetsdiamanten. Modellering av en vidareutvecklad tillgänglighet [The Activity Diamond: modelling of a developed accessibility], http://www.certec.lth.se/fileadmin/certec/PeO_Hedvall/Hedvall_Doktorsavhandling_Aktivitetsdiamanten_20091204.pdf

Possible effects

The potential for the generation of new knowledge though Mission Knowledge is self-evident: people who have within them some 40 "growth rings" of ever-broadening professional knowledge and experience are in a particularly good position to discern patterns and relationships.

- The gain for the participants themselves consists chiefly in the opportunity for giving something back. Then there is the pleasure of discovery in one's own sphere of interest, promoted by the supervision and by the closeness to the other participants and the researchers. Furthermore the commitment to the project may bring about improvement in one's own health.
- The gain for the workplaces consists in the incentive to development provided by feedback in the form of developed experience-based knowledge.

- The gain for the universities consists in the new lines of research and external contacts opened up by the participants, also in the challenge of functioning as arenas for in-depth academic discussion over time.
- The gain for cultural life consists in the different and broader development of knowledge, involving a closer relationship between thought and feeling.
- The gain for society consists in the fact that more people will be able to make a contribution to the common good long after retirement.

State of the art

Twenty participants having been chosen from among 28 applicants, Mission Knowledge started September 2–3 2013. The progress of the project can be followed by way of <http://www.uppdragkunskap.se> The field is free, not only with regard to what the participants may want to contribute individually but also with regard to more general topics. Examples of questions that might be taken up are the following:

- What sort of teaching can best contribute to a future-oriented integration of experience and knowledge acquired at different ages and under different conditions?
- The essence of Mission Knowledge is being able to contribute, to give. What gift-economic principles and concepts will prove relevant and viable here?
- Modern brain research has shown that the interplay between the left and right halves of the brain improves right up to when one is in one's eighties. This means that the older we get, the better is the integration of our thoughts and feelings. Will something in the contribution of these 20 pioneers bring this out?

You can't know until you've tried

I find myself thinking now, as I've thought many times before: you can't know until you've tried. It's true, you really can't — and that's why it gives me such pleasure not only to have conceived the project Mission Knowledge but also to be playing a prominent part in its realisation.

Translation:

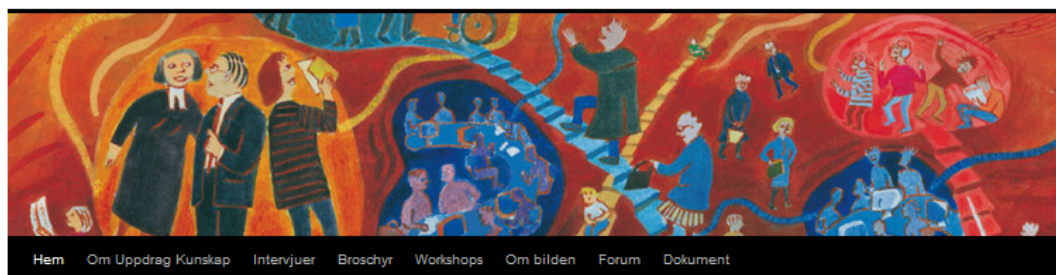
Malcolm Forbes

Bil. 8: Skärmdumpar

Hemsida Uppdrag Kunskap

Uppdrag Kunskap har två hemsidor, en svensk, www.uppdragkunskap.se och en engelsk, www.missionknowledge.se. Under projektets gång har hemsidorna använts för att publicera information om hur projektet fortskridit. Hemsidorna finns i nuläget kvar och kommer att användas för vidare informationsspridning. På hemsidorna finns också denna rapport att hämta i PDF-format. Hemsidorna körs i webbpubliceringsverktyget WordPress.

Uppdrag Kunskap



Seniorer utvecklar vården och slår samtidigt hål på myter

140512 Uppdrag Kunskap

20 deltagare valdes försommaren 2013 ut för ett unikt kunskapsprojekt inom äldreomsorg och äldreomsorg, där de under forskningshandledning har fått utveckla den kunskap och erfarenhet som ett långt yrkesliv gett.

Uppdrag Kunskap, ett samarbete mellan Vårdalinstitutet och "Bättre liv för sjuka äldre" på SKL, kom till för att utröna om och hur seniora medarbetare kan medverka till ny kunskap till nytta för framtidens sjuka äldre. En av projektets grundfrågor var ["Kan äldre förnya kunskapssamhället?"](#)

Projektet har nu avslutats med examination under ledning av professorerna Bodil Jönsson och Gerd Ahlström. Barbro Westerholm, gäst vid avslutningshögtidligheten, markerade hur de tjugo deltagarna har slagit hål på myter om åsrika människors oförmåga att bidra. Staffan Werme, också gäst, ordförande för SKL:s beredning för primärvård och äldreomsorg, var inne på samma tema: "Ni är delar av ett paradigmskifte, och ni har öppnat en dörr för flera äldre att fortsatt vara en del av samhället."

Här finner du en [förteckning över deltagarnas individuella arbeten](#).

Nu pågår dels ett spridningsarbete, dels ett arbete för en slutrapport 1/9 över hela projektet inklusive alla dess delarbeten. Rapporten kommer att vara öppet tillgänglig från denna sida, www.uppdragkunskap.se.

Bodil-citat

"Bortom alla skymmande utanverk, bortom färdblindheter och lokalsinnesförluster kan det finnas samband som går att komma åt med ren tankekraft och som kan få långt större konsekvenser än våra omedelbara handlingar. Ur boken Guld."

Forum Uppdrag Kunskap

För att sköta kommunikationen mellan deltagarna och mellan deltagarna och kursledningen under perioderna mellan internaten har ett privat diskussionsforum använts. Här har olika kursrelaterade diskussioner (som t.ex. litteratordiskussioner) ägt rum. Forumet har även använts för att diskutera olika situationer som deltagarna stött på i sitt yrkesliv samt aktuella händelser som anknyter till ämnesområdet. I skärmdumpen syns en del av huvudrubrikerna. Forumet har körts i forumsystemet PhpBB3.



www.uppdragkunskap.se
 Välkommen till Uppdrag Kunskaps forum!

[Logga ut \[Rigmor Fransson \]](#)
[FAQ](#)
[Sök](#)
[Medlemmar](#)
[Kontrollpanel](#)

Senaste besöket: ons aug 20, 2014 7:12 am
 Aktuellt datum och tid: tor aug 21, 2014 11:27 am

[Visa obesvarade inlägg](#) | [Visa aktiva trådar](#)
[Visa olästa inlägg](#) | [Visa nya inlägg](#) | [Visa dina inlägg](#)

[Forumindex](#)
Alla tidsangivelser är UTC

[Moderationspanel]

Markera alla kategorier som lästa				
Kategori	Trådar	Inlägg	Senaste inlägget	
 ALLA HÄNDELSER - UPPDRAG KUNSKAPS KALENDER Här kan allas olika engagemang för och kring Uppdrag kunskap under 2014 publiceras. Ämnar du prata om Uppdrag Kunskap vid någon konferens, utbildningstillfälle eller liknande? Meddela Niklas Frost på niklas.frost@med.lu.se så lägger han upp din information i kalendern - så att alla Uppdrag Kunskap-deltagare kan se.	3	7	tor aug 21, 2014 9:12 am Magnus Persson ➔	
 Allmän information Här hittar du guider och information om forumet, inloggning till Lunds universitets bibliotekssystem och litteratursökningar.  Kärnan i ditt projektarbete - idéutkast Idéutkast; versionen utlagd på forumet 1 november diskuteras under workshop nr 2 i Margaretetorp (ca: 1-2 sid)	4	4	ons okt 09, 2013 7:57 am Magnus Persson ➔	
 Kärnan i ditt projektarbete - idéutkast Idéutkast; versionen utlagd på forumet 1 november diskuteras under workshop nr 2 i Margaretetorp (ca: 1-2 sid)	32	177	fre apr 11, 2014 5:29 am Ann-Marie Thordeman ➔	
 På upploppet	3	12	sön apr 20, 2014 5:23 pm Katri Helena Alaja ➔	
 Positioneringspapper	19	32	mån apr 21, 2014 7:12 am Katri Helena Alaja ➔	
 Workshop 1 Här hittar du information och diskussioner kring workshop ett.	1	1	tor aug 15, 2013 9:48 am admin ➔	
 Workshop 2	4	4	fre nov 08, 2013 11:52 am Magnus Persson ➔	
 Workshop 3	6	7	tis feb 18, 2014 2:05 pm Kristina Ekstrand ➔	
 Workshop 4	1	1	mån maj 19, 2014 7:32 am Magnus Persson ➔	
 Förslag om kommande handledare Här kan ni komma med förslag på handledare.	9	18	tor okt 03, 2013 7:02 am Margareta Jansson ➔	
 Gene D. Cohen - The mature mind Här diskuterar vi - The mature mind.	5	16	ons okt 30, 2013 11:07 am Lena Ekmark ➔	
 Bodil Jönsson - När horisonten flyttar sig Här diskuterar vi - När horisonten flyttar sig.	8	28	fre nov 08, 2013 7:22 am Bodil Jönsson ➔	
 Bodil Jönsson - Tid för det meningsfulla Här diskuterar vi - Tid för det meningsfulla.	8	19	fre nov 08, 2013 7:30 am Bodil Jönsson ➔	

Bil. 9: KONVIVIALITET – att leva tillsammans med glädje

av Jan Beskow

*We have a capacity for language
We have a capacity for love
We need other people to release those capacities
(Winterson, 2012)*

Full av förtvivlan stod Kevin Hines uppe på Golden Gatebron – en av flera kulturellt banade vägar fram mot självmordet. De begrepp, de scheman med vilka han brukade förstå och bemästra sina livsproblem fungerade inte längre. Han hade kommit till vägs ände, en återvändsgränd. ”Ville du dö?” – ”Nej, jag ville så förtvivlat gärna leva.” Han visste att hade någon frågat hur han mårde hade han berättat allt. Flera såg honom, men ingen såg hur det verkligen var fatt. Ingen såg hans förtvivlan och vanmakt (SVT Nyheter, 2014). Han var helt fångad av sitt perspektiv, av sitt sätt att tänka, av sina scheman, fångad i ett kognitivt fångelse. Hans språng mot döden krossade hans bojor, befriade honom och öppnade en väg mot livet. En annan människas totala närvaro hade kunnat få samma effekt och hade också kunnat frigöra hans levande språk.

Globalt suicid

Uppfinningen av konsten att odla vete banade väg för ett välstånd som för 2500 år sedan möjliggjorde uppfinningen av skriftspråket, den nuvarande samhällets grundval. Men först för 250 år sedan började Homo sapiens bli evolutionärt framgångsrik och översvämma jorden. Kampen för överlevnad hanterades med aldrig tidigare sedd teknisk utveckling. Det mest fantastiska samhälle som någonsin har skapats växte fram. Människan är sig själv nog och utnyttjar effektivt omgivande ekosystem, suger ut jordens resurser och föröder resten med avfallsprodukter. Nu har vi kommit till vägs ände. Risker att varaktigt skada och utplåna livet på jorden blir alltmer överhängande, ett av människan orsakat globalt suicid. Känslor av förtvivlan och maktlöshet ökar, som de gjorde för Kevin Hines där uppe på Golden Gatebron.

Men än är slaget inte förlorat. De 250 år det tagit att skapa den moderna världen är bara 0,06 miljontedel av de fyra miljarder år det funnits liv. Det är tryggt att veta. Även om människan hotar livet på jorden är livet starkare än så. Det kommer att överleva oss. Kanske är Homo sapiens och vad vi ställt till med bara en återvändsgränd.

Nervsystemet

Men det finns flera hoppfulla faktorer. Hjärnans förmåga till utveckling är ännu inte tillvaratagen fullt ut. Nya nivåer av medvetenhet är fullt möjliga.

Struktur och funktion. Den lilla urcellen som skvalpade i urhavet för fyra miljarder år sedan behövde ta in näring, göra sig av med sina restprodukter samt kunna röra sig och hitta en annan cell att para sig med så att arten levde vidare och utvecklades. All senare utveckling ända upp till människan följer samma grundmönster, samma system, men alltmer differentierat.

Upplevelse av rummet. Amygdala, två mandelformade kärnor, som hör till det limbiska systemet centralt i vår storhjärna, har särskild betydelse för den omedelbara överlevnaden. Hos djuren, inklusive människan reglerar de känslor, framför allt rädsla. De får hela kroppen att blixtnabbt reagera för att slåss eller fly. Dessa reaktioner är bundna till den omedelbara upplevelsen, de är bundna till rummet. När haren inte längre ser räven finns den inte längre och haren kan lugnt äta sin kål.

System 1. Dessa funktioner drivs ett steg vidare i den senare utbildade hjärnbarken, i det som tidigare kallades högerhjärnan, men efter övergången till systemtänkande kallas system 1 (Kahneman, 2012). Detta system tar främst in och bearbetar information från det omgivande rummet. Kroppsförnimmelser, känslor, tankar och handlingar interagerar blixtnabbt med utifrån kommande fysiska och sociala stimuli. Det drivs med föga energiåtgång och till stor del automatiskt utan viljans kontroll.

Upplevelse av tiden. Hippocampus, som till formen liknar en sjöhäst tillhör också det limbiska systemet. I denna kärna bildas minnena, som sedan kan aktiveras i andra situationer, t ex vid problemlösning. Med minnena går det att binda samman dåtid med nutid och framtid. Rådjuren tar hand om sina sjuka, men glömmer genast sina döda. Elefanten sörjer länge sitt döda barn. En hotfull eller på annat sätt betydelsefull situation minns man särskilt väl. Den aktiveras på nytt i nattens mörker för att främja överlevnaden på längre sikt. Man oroas för hur det kunde ha gått och tänker ut sätt att förebygga, att förhindra olyckor och annan onödigt död. Fantasien, att tänka det som inte finns, ger möjligheter att skapa bilder av en ny människa i en ny värld.

System 2. Denna utveckling drivs ett steg vidare i hjärnbarken, i det som tidigare kallades vänsterhjärnan, men efter övergången till systemtänkande kallas system 2 (Kahneman, 2012). Detta system lever långt från det närvarande rummet och långt från den övriga kroppen. Det skapar begrepp, språk, scheman och ramar för människans aktiviteter. Dessutom bearbetar den och löser svåra problem genom viljeanstängningar. Inom system 2 ryms också medvetenhet om mig själv och världen omkring mig, min medvetenhet. Detta system är viljestyrt och kräver hög energiåtgång när det är i full aktivitet men betydligt mindre i vila.

Samspel mellan system 1 och 2

Ett problem i vår hjärna är den bristande kommunikationen, den bristande balansen mellan system 1 och system 2 (McGilchrist, 2009). Ett smidigt samspel mellan de två systemen är att föredra såväl personligt som kulturellt medan ensidig dominans av det ena leder till olika former av patologi. Ser man frågan kulturellt har system 2 skapat en viss grad av stabilitet i vår nuvarande samhällsstruktur genom sin förmåga att generera begrepp, språk, kategorier och handlingsmönster/scheman. Dessa mönster bygger emellertid fortfarande på grova och ibland vilseledande beskrivningar, som bara täcker en liten del av livets rikedom och mångfald. Detta ger en tendens att standardisera och minimera människor, t ex genom begreppet "äldring".

Till detta knyts ett begränsat antal attribut såsom gammal, sjuk, dement, vårdkrävande vilket får färga av sig på alla som nått en viss ålder. På samma sätt exkluderas, tabueras och begränsas förståelsen av t ex psykiskt sjuka och personer med suicidproblem. Även kulturellt måste vi få ett smidigare samspel mellan de två systemen, ett samspel som leder till ett mer detaljanpassat tänkande, som först upplevs inom S1 och därefter formuleras med delvis nya begrepp, nya ord inom S2, således en språkutveckling. En sådan sker bara i nära samspel med andra (Sen, 2007; Winterson, 2012).

Utvecklingsintelligens

*Att existera är att förändras,
att förändras är att mogna,
att mogna är att fortsätta skapa sig själv i evighet*
(Henri Bergson; Cohen 2005, sid 197)

En tredje orsak till hoppfullhet är att hjärnan utvecklas biologiskt och psykologiskt under hela livet, och att därmed *utvecklingsintelligensen* ökar (Cohen, 2005). Ett outvecklat tänkande formas i absoluta, objektiva begrepp och kategorier, man tror att "tillvaron är som jag uppfattar den". Detta alstrar motsättningar och aggressivitet. Senare i livet ökar förmågan att se tankarnas kontextberoende, ett mer *relativistiskt* tänkande. Något senare blir människan dialektiskt medveten, dvs hen kan skapa en *dialog mellan yttre och inre motsättningar*, och får därmed en djupare förståelse för processer. Till sist landar hen i ett systemiskt tänkande, en förmåga att förstå tillvaron som många hierarkiskt ordnade system, *eko-system*, ömsesidigt beroende av och ständigt interagerande med varandra. Vi närmar oss nu den uppfattning om världen och dess levande varelser som Hägerstrand (2009) har kallat för *tillvaroväven*. Människans uppgift just nu är att utveckla ett alltmer övergripande, begripligt och bindande program för stegen mot en långsiktigt hållbar utveckling, en *all-ekologi*, för att förstå och hantera denna komplexa verklighet. Att varje människas alla psykiska talanger tillvaratas och finner sitt uttryck resulterar i ökad överblick, vishet och förståelse för tillvarons väv både individuellt och kollektivt.

Detta sätt att uppfatta hjärnan och dess utveckling innebär att vi alla har samma grundläggande neurologiska strukturer och att vi på ett grundläggande sätt fungerar på samma sätt. Detta är ett starkt incitament till mänsklig gemenskap. Däremot är innehållet i den mänskliga hjärnan olika för var och en av oss eftersom vi levt olika liv och gjort olika erfarenheter. Just i dessa likheter och olikheter ligger människosläktets stora möjligheter (Buber 1923/1994). Vår tids uppdrag är inte bara att repetera tidigare strukturer och funktioner utan att skapa nya, att utveckla *möjlighetsmänniskan i möjlighetsvärlden* (Musil, 1999).

Exkludering och inkludering

Utanför oss finns en ständig ström av bilder och begrepp, inom oss finns en ständig ström av bilder och begrepp. Det gäller att para ihop dessa strömmar av fenomen på ett alltmer detaljerat och ändamålsenligt sätt. Hittills har våra inre bilder av verkligheten formats av alla hot mot vår överlevnad och de hotbilder dessa givit upphov till. I första hand har vi försökt att förstå och bemästra dessa hot. När detta inte går återstår bara att stöta bort dem som genererar hoten, exkludera dem och vid behov bekämpa och oskadliggöra dem. Denna exkludering eller tabuering drabbar många grupper såsom äldre, psykiskt sjuka och människor med suicidproblem. Dessa tankevanor motsvarar utvecklingsintelligensens mest primitiva stadium.

Jorden vi bor på krymper alltmer, alla levande varelser kommer in i ett tätare beroende av varandra. Det finns inte längre några tomma områden att exkludera till. Endast inkludering är möjlig. Vi måste skapa system där det finns plats för alla. Vi måste acceptera alla livsyttningar och de ekosystem i vilka de lever. Utvecklingen av människan och hennes ekosystem måste ses ur detta perspektiv. Dessa tankebanor är utvecklingsintelligensens mest utvecklade stadium.

En sådan utveckling kräver att vi inte bara ser bakåt, hur vi tidigare konstruerat samhället och människors liv, utan ser mer framåt. Att inte bara utveckla system, checklistor och kontrollstationer för att bekämpa det som är fel, såsom rasism, diskriminering och mobbning, utan i första hand riktar blicken mot den positiva och den ständigt pågående utvecklingen. Detta medför att man utvecklar sig i riktning mot *förvärvat framgångsvana* snarare än mot inlärld hjälplöshet. Men för detta krävs ett mycket öppnare och gladare samspel mellan människor än som varit vanligt hittills. Verktöget för detta heter konvivialitet.

Konvivialitet – ett psykoterapeutiskt perspektiv

I samband med introduktionen av kognitiv psykoterapi i Sverige och under inflytande av spansk filosofisk tradition, förmedlad av professor Maria Teresia Miró vid La Laguna universitetet på Teneriffa, engagerade sig Astrid Palm Beskow och jag själv i dessa frågor (Palm Beskow, Beskov & Miro, 2001; Palm Beskow, Beskov & Miro, 2004 & Miró, 2005).

Definitioner

Termen konvivialitet kommer ur latinets *convivium*, gästabad ur *conviva/convivo*, bordsgäst. Det är en sammansättning av *con*, tillsammans och *vivere*, leva. Konvivialitet är att leva tillsammans och göra det med glädje, livet som en fest.

Hur skiljer sig då konvivialitet från närliggande begrepp såsom *kärlek* och det för några år sedan introducerade *compassion*? (Gilbert 2013; Andersson & Viotti 2013). Kärlek är ett allmänt begrepp som rymmer den sexuella kärleken, eros, och dess betydelse för Homo sapiens överlevnad men också en mer allmän människokärlek, agape. Denna är präglad av *empati*, varmed avses förmågan att intellektuellt och emotionellt se verkligheten ur den andres perspektiv. Med *mindful compassion*, som starkt influerats av buddistiskt tänkande tillförs ett handlingsmoment, att förstå sig själv och den andre men också att vilja och genomföra handlingar till sitt eget och den andres bästa. Med *konvivialitet* betonas ett etiskt samhällsperspektiv, respekt för sig själv och den andre som självständigt levande och handlande varelser, ett moment som anknyter begreppet till allmänna mänskliga rättigheter.

Anknytning

Konvivialitet har sina rötter i den första anknytningen mellan mor och barn, attachment. Förutsättningar är att modern verkligen vill vara där, att hon av allt sitt hjärta vill relatera till sitt barn. Hon måste också vara helt närvarande i det hon gör. Då kan hon fånga upp och reagera positivt och riktigt på barnets minsta stimuli. Anknytningen sker under stor ömsesidig respekt under noggrann kontroll av *turtagning*, dvs att parterna turas om att vara den som avger stimuli medan den andre väntar och tar emot. Det är ett öppet byte av stimuli och responser utan blockeringar men med positiv feed-back. På detta sätt får mor och barn många gemensamma upplevelser som knyter dem fast till varandra. En väl utvecklad anknytning är en trygg bas för det fortsatta livet.

I traditionella kulturer bär modern barnet nära sitt bröst och ammar det länge, inte sällan tre till fyra år. Det fostras till gemenskap i en stam och senare i en storfamiljskultur. I anknytningen ingår också att barnet ska lära sig ett specifikt sätt att se på familj och samhälle, på accepterade synsätt och handlingsmönster.

Tabuering. Det moderna västerländska samhället har fortfarande många drag av en outvecklad utvecklingsintelligens, som bygger på begrepp, kategorisering och exkludering. Så får t ex en stor del av livet inte finnas. Det gäller frågor om liv och död men det gäller också kropp och sexualitet. Bajs och kiss, könsorgan och könsfunktioner ska helst inte existera. I varje fall får de inte omnämnas. Detta medför att barnet får en avtagande förmåga att få kontakt med och kunna kontrollera sina egna kroppsörnimmelser. Språkligt skyddas dessa fenomen av stark tabuering som verkar via skuld- och skamfunktioner. Vid fem års ålder vet varje barn vad man får och inte får säga i den egna familjen. Dominansen av system 2 över system 1 framträder här tydligt.

Individualism. Det västerländska samhället har också en stark betoning på individualism. Barnet fostras tidigt till ensamhet. Helst bör det ligga i en egen box redan från födelsen för att förhindra plötslig spädbarnsdöd. Tidigt får det lämna modern för vistelse med andra barn på dagis, i början under moderns tårar och barnets skrik. Senare förväntas det att själv skapa sitt eget ständigt lika lyckliga liv. Individualismen medför en ökad flyttbarhet, som är till nytta för den industriella utvecklingen. Samtidigt försvårar den för människor att skapa och upprätthålla nära relationer. Människor känner sig ofta ensamma. I upplevelser av suicidalitet stegras denna ensamhet ofta till outhärdbar psykisk smärta. Antalet självmord ökar både i västerlandet och i mer traditionella länder som övertar västerlandets livsstil.

Respekt för legitimiteten

Exkludering har varit standardsättet att möta hot inom gruppen. När globen nu har slutit sig och blivit en enhet, är den strategin inte längre gångbar. Såväl utrymme som resurser måste delas mellan oss som lever här, såväl människor som andra livsyttningar. Vi måste inkludera alla. En förutsättning för att detta ska fungera är att respektera den andres legitimitet, rätten att vara den hen är, garanterad i de mänskliga rättigheterna. Dessa finns oberoende av om man själv kan uttrycka sig. Att man inte kan tala betyder inte att man inte har något att säga.

Respekt för den andres legitimitet är ett grunddrag i psykoterapi. Det första steget är respekten för sig själv som människa och som professionell. Den är förutsättningen för att psykoterapeuten ska kunna respektera sin klient, vilket i sin tur är förutsättningen att hen ska kunna respektera sig själv och småningom även andra människor och bland dem terapeuten.

Denna relation har förkroppsligats i samtalsmodellen *Två forskare*. I den traditionella ”expert-patient”-rollen frågar experten och patienten svarar. Därefter tar experten på sig ansvaret för problemlösning och behandling. Här handlar det istället om två jämbördiga personer, som symboliskt lägger problemet mellan sig. Båda bidrar aktivt att hitta den rätta lösningen, patienten med sin djupgående kunskap om sig själv och sina problem, terapeuten med sitt tekniska kunnande, sina verktyg och sina tidigare erfarenheter. Det hela sker helt *transparent*, dvs båda parter vet hela tiden vad som försiggår, det finns ingen dold agenda.

Systemteori

När två människor interagerar med varandra ingår de i ett tillfälligt gemensamt system. Var och en av dem är emellertid också sitt eget system med många underliggande subsystem, ordnade i fasta eller variabla hierarkier. Vart och ett av systemen har tydliga gränser, men också en öppenhet mot kringliggande system samt en egen inneboende växtkraft. Samvaron går ut på att genom konvivial stämning, respekt och djupt intresse för den andre underlätta för båda parter att lyfta fram och utveckla allt fler av sina inneboende möjligheter. För detta krävs nära kommunikation, medmänsklig kärlek. Utvecklingen av bådaskild medvetenhet är en språklig utveckling. Klientens försök till formuleringar måste landa hos terapeuten. Först då blir de verkliga och kan på sikt berika både det personliga och det gemensamma livet i samhället. Bådas vidgade medvetenhet är en spännande parallellprocess.

Vuxenattachment

Konvivialitet innebär att med inspiration från den tidiga anknytningsprocessen återupprätta levande relationer mellan människor, att frigöra sig från stelnade, ofta patriarkala, mönster och åstadkomma ett bättre samspel mellan system 1 och 2. Ur detta perspektiv kan konvivialitet uppfattas som återskapad anknytning i vuxen ålder, en vuxenanknytning.

Liksom anknytningen under tidig barndom baseras vuxenanknytning på tillitsfull gemenskap med små behov av försvar och hemlighetsmakeri. Då utvecklas en energiladdad här-och-nu-process som dock kräver uppmärksamhet och omsorg för att hållas levande. Denna öppnar för en i det närmaste obegränsad, systematisk expansion av vår mentala förmåga.

Det är emellertid endast den enskilda personen själv som kan genomföra en sådan utveckling. För detta behöver hon full frihet att utveckla sig själv. Tankeverksamheten i en enskild hjärna stoppar snart upp. Den behöver tömmas i en annan engagerad hjärna. Den egna hjärnan får genast talrika responser både från sig själv och den andre, som för utvecklingen vidare. De känslor detta väcker måste kunna förmedlas spontant, system 1, men också uttryckas i bilder och ord i system 2.

Konvivialitet – ett samhällsperspektiv

För en bredare internationell allmänhet introducerades begreppet konvivialitet av Ivan Illich, (1973), som framför allt riktade kritik mot samhälleliga institutioners tendens att forma oss till passiva människor som mekaniskt producerar och konsumerar. Detta leder till själslig utarmning samt överutnyttjande och nedsmutsning av naturen. Här finns en tydlig koppling till senare kritik av system 2-dominansen i vårt tänkande och våra praktiker (McGilchrist, 2009). I stället borde vi utveckla ett aktivt liv med bibehållen spontanitet, oberoende men ändå tydligt beroende av varandra – konvivialitet. På nätet kan man finna artiklar som arbetar vidare med konvivialitet ur ett samhällsperspektiv.

Definitioner. Ivan Illich definierar konvivialitet som ”individual freedom realized in personal interdependence”. Som sådant har det ett eget inneboende etiskt värde. Detta ligger nära respekten för varje människas legitimitet. Konviviala verktyg eller tekniker är de som ger varje person som använder dem de största möjligheterna att berika omgivningen med frukterna av sina talanger och visioner. Exempel på detta är samhällssyn, lagstiftning och tekniker. Detta anknyter till Hägerstrands tankar att vi måste skapa fler och fler artefakter. Dessa kan inte bara vara

abstrakta utan framför allt ligga nära den faktiska, konkreta verkligheten, dvs inte bara vara en fråga om intelligens utan också om praktiskt användbar brain power (Mazzarella, 2014).

Passivisering. Ett generellt men tveksamt ställningstagande var när man exkluderade familjer, släktingar, vänner och andra icke professionella från vården av gravida, funktionsnedsatta, skadade, sjuka, åldrande eller döende släktingar och vänner. När värdet på samhällstjänsterna steg blev det nästan omöjligt för enskilda människor att göra en aktiv vårdande insats. Detta resulterar till sist i de orimliga krav på medicinska och sociala insatser som samhället nu dignar under. En liknande utveckling är när traditionellt auktoritära skolor har försökt skapa ett totalt monopol på lärande genom att hänföra det enbart till det som sker i utbildning, education, och genom att föra över initiativet från elev till lärare. Samhället producerar på dessa sätt oavslutligt nytt lidande (Beskow, 2012).

Aktivering. Vad som behövs för att samhället ska fungera bättre är verktyg i bred mening som tar vara på enskilda människors energi, fantasi och talanger i stället för en teknologi, som förvandlar dem till välprogrammerade men passiva medborgare. Utvecklingen har lett till att många helt eller delvis förlorat förmågan att i sin fantasi forma en värld som sätter rimliga gränser för var och ens makt att ingripa i den andres kraft att skapa världen. I den utsträckning den enskilda människan bemästrar sina redskap kan hen tillföra världen sin mening. I den utsträckning hen är behärskad av sina verktyg skapar i stället verktygen meningen.

Uppdrag Kunskap

Samhället har övertagit ansvaret för den äldre människan samt byggt samhälleliga värderingar, tekniker och organisationer för att hantera detta. Många äldre som nyss var aktiva i sig själva glider genom sin pensionering snabbt in i en förväntan på att bli "aktiverade" – en förväntan som också omvärlden har på dem för att de nu i sin nya roll ska "sköta sig" som pensionärer. En stark tendens till kategorisering begränsar den äldres syn på sig själv och sina möjligheter.

Många har insett att vi kommit till en återvändsgränd. Vi behöver ett paradigmskifte. Som en konsekvens håller samhällets stöd till anhängvårdare på att utvidgas. Man har också börjat att i större utsträckning än tidigare ta hänsyn till den äldres egna behov och önskemål. Vi är just nu i en övergångsfas när det sker mycket på detta område, vilket ökar kraven på verklighetsbaserad kunskap. Många har en rik erfarenhet av att vårda äldre inom ramen för en helhetssyn som fångar upp hela kroppen med alla dess reaktioner, känslor, tankar och beteenden, dvs de har erfarenhet av möten mellan människor ur ett system 1 perspektiv. Det är den kunskapen som *Uppdrag Kunskap* satt som sitt mål att ta till vara och vidareutveckla.

Uppdrag Kunskap har skapat en konvivial atmosfär för detta utvecklingsarbete, vilket har givit deltagarna största möjliga frihet att i nära relationer få syn på sina egna talanger och erfarenheter och presentera dessa i en form som nyttiggör dem för utvecklandet av en mer konvivial vård av äldre. Därmed frigörs de äldres potential att i större utsträckning än nu utnyttja sina unika möjligheter att bidra till framtiden. Projektet bör därför få fungera som modellexempel för fortsatt utveckling.

Referenser

- Andersson, C. & Viotti, S. (2013). *Compassionfokuserad terapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Beskow J. (2012). Samhällets lidandeproduktion och behov av resiliens. *Psykisk hälsa*, nr 2, maj 2012.
- Buber, M. (1994). *Jag och du*. (2. uppl.) Ludvika: Dualis.
- Cohen, G.D. (2005). *The mature mind. The positive power of the aging brain*. New York; Basic Books.
- Gilbert, P. (2013). *Mindful compassion*. London: Robinson Publishing.
- Hägerstrand, T. (2009). *Tillvaroväven*. Stockholm: Forskningsrådet Formas.
- Illich, I. (1973). *Tools for conviviality*. Marion Boyars Publishers.
- Kahneman, D. (2012). *Tänka snabbt och långsamt*. Stockholm: Volante.
- Kuhn, T. (1979). *De vetenskapliga revolutionernas struktur*. Lund: Doxa. Ursprunglig engelsk version publicerad 1962, Thales 2009.
- McGilchrist, I. (2009). *The master and his emissary. The divided brain and the making of the Western world*. New Haven: Yale University Press.
- Mazzarella, M. (2014, juli 7). *Hellre brain power än intelligens*. Understreckare i Svenska Dagbladet. Hämtad augusti 14, 2014 från http://www.svd.se/kultur/understrecket/hellre-brain-power-an-intelligens_3737406.svd
- Miró, M. (2005). *On conviviality. An essay on human experience in the XXI century*. Invited key lecture at the 5th International Congress of Cognitive Psychotherapy, Gothenburg 2005.
- Musil, R. (1999). *Mannen utan egenskaper*. (Ny utg.). Stockholm: Bonnier.
- Palm Beskow, A., Beskow, J. & Miró, M. (2001). *Kognitiv psykoterapi och medvetenhetsutveckling. Om att leva i konvivialitet*. Kungälv: Center för Kognitiv Psykoterapi och utbildning i Göteborg.
- Palm Beskow, A., Beskow, J. & Miró, M. (2004). Conviviality and psychotherapy. In A. Freeman & M. Mahoney (Eds.) *Cognition and psychotherapy* (pp. 273-289). Springer.
- Pico della Mirandola G. (2012). *Om människans värdighet*. Stockholm: Atlantis. Tal om människans värdighet ursprungligen publicerat 1488,
- Sen, A. (2007). *Identity and violence. The illusion of destiny*. London: Penguin Books.
- SVT nyheter. (2014, juli 28). *Hoppade från 72 meter – överlevde*. Intervju med Kevin Hines. Hämtad augusti 14, 2014 från <http://www.svt.se/nyheter/varlden/hoppade-fran-golden-gate-och-overlevde>
- Winterson, J. (2012). *Varför vara lycklig när du kan vara normal*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Vad betyder det att man under sin ålderdom, som kanske uppgår till en tredjedel av livet, kommer att kunna se bättre, höra bättre, röra sig bättre, ha mindre ont än tidigare generationer i samma ålder? Vad kommer denna stora och nya grupp äldre att vilja göra utifrån sådana förutsättningar som gamla människor aldrig tidigare haft?

År 2011 lade professor Bodil Jönsson fram en idé om att skapa möjligheter för särskilt intresserade att bli seniordoktorander. Två år senare kom den tanken att utvecklas till ett projekt, *Uppdrag Kunskap*, i Sveriges Kommuner och Landstings stora fleråriga nationella satsning på *Bättre liv för sjuka äldre*. En av utgångspunkterna för *Uppdrag Kunskap* var att äldre inte bara har en plats i kunskapssamhället utan också kan bidra till att förnya det. Om personer som arbetat inom äldreomsorg och äldreomsorg och som nu själva är i pensionsåldern fick möjlighet att vidareutveckla sina erfarenhetskunskaper så att dessa kunde bäras vidare i andras händer - skulle de ta chansen? Vad skulle de i så fall välja för inriktningar? Och vad skulle ett försöksprojekt involverande en mindre skara av dem kunna leda till?

Uppdrag Kunskap kom att omfatta 20 seniorer med lång yrkesbakgrund inom äldreomsorg och äldreomsorg. Planering och genomförande skedde i samarbete med Vårdalinstitutet vid Lunds universitet som har långvarig erfarenhet av att nyttiggöra forskning och yrkeskunskaper inom vård och omsorg.

Denna rapport berättar om bakgrunden och syftet med projektet *Uppdrag Kunskap*. Här presenteras också deltagarnas individuella bidrag till att göra livet bättre för framtidens sjuka äldre.