

Organisering av demensvården – differentiering kontra kvarboendepincipen

Alexandra Andersson
Malin Lindqvist

Socialhögskolan vid Lunds universitet.
SOPA63
Vt-08



Handledare:
Staffan Blomberg

ABSTRACT

Författare: Alexandra Andersson och Malin Lindqvist

Titel: Organisering av demensvården – differentiering kontra kvarboendepincipen

Handledare: Staffan Blomberg

Examinator: Gunvor Andersson

Syftet med denna uppsats var att undersöka och analysera hur vårdpersonal, enhetschef, boendechef, boendesamordnare, hemvårdsförvaltningens chef, demensteamet och sjuksköterskan på minnesmottagningen uppfattar organiseringen av demensboendena i kommunen. Våra frågeställningar var:

Hur viktigt är det att brukarna är utredda och diagnostiserade?

Upplevs det som ett problem att demensboendena inte är differentierade?

Vad skulle det kunna finnas för fördelar och nackdelar för brukarna/patienterna och vårdpersonalen om demensboendena i kommunen hade varit differentierade efter vilken fas och demensdiagnos (för personer med exempelvis avvikande eller utåtriktat beteende)?

Finns det andra alternativa lösningar än det sätt som kommunen idag organiserar sina boenden på, för att förbättra för brukarna/patienterna och vårdpersonalen?

Präglar samverkan eller brist på samverkan hur vården av demensboendena ser ut?

Vad finns det för kommunala mål för organiseringen av demensvården?

Vi använde oss av en kvalitativ metod bestående av intervjuer för att besvara vårt syfte och våra frågeställningar. Vårt resultat byggde på en sociologisk analys av organisationer. I vårt resultat fann vi bland annat att det råder en målkonflikt mellan kvarboendepincipen, som innebär att brukaren inte ska behöva flytta mot sin vilja, och att differentiera särskilt boende. En differentiering skulle kunna innebära att brukaren skulle behöva flyttas runt beroende på behovet av vård och omsorg och respondenterna ansåg det svårt att förena med kvarboendepincipen.

Nyckelord: Äldrevård, Demens, Särskilt boende, Kvarboendepincipen

ABSTRACT

Authors: Alexandra Andersson and Malin Lindqvist

Title: Organization of dementia care – differentiation contra the principle of permanent residence

Supervisor: Staffan Blomberg

Assessor: Gunvor Andersson

The objective of this thesis was to examine and analyse how various directors within old-age care, the resident-coordinator, nursing-staff, and the dementia-team apprehend the organisation of dementia nursing homes in the municipality. Our questions were the following:

How important is it that the care-receivers are examined and diagnosed?

Do the respondents experience difficulties with non-differentiated dementia nursing homes?

Which are the advantages and disadvantages for care-receivers/patients and nursing-staff if dementia care homes are differentiated according to the care-receivers dementia diagnosis and phase of illness?

Are there alternative solutions to the way the municipality organise the residence for care-receivers today that might improve the situation for care-receivers/patients and nursing-staff?

How does cooperation or the lack of it impact the conditions for care in dementia nursing homes?

Which goals does the municipality have for the organisation of dementia care?

Our approach was a qualitative method consisting of interviews to answer the objective of this thesis and our questions. Our findings are supported by a sociological analysis of organisations. Our findings show that there is a conflict of interest between the principle of permanent residence which imply that the care-receiver should not have to move against her or his will and between the use of differentiated dementia nursing homes. A differentiation of nursing homes would imply that the care-receiver would need to move according to his or her need of care and this is inconsistent with the principle of permanent residence.

Keywords: Elder care, Dementia, Specialised care homes, Principle of permanent residence (Kvarboendepincipen)

Innehållsförteckning

ABSTRACT	2
ABSTRACT	3
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	4
FÖRORD	6
1. INLEDNING	7
1.1 Problemformulering	7
1.2 Syfte och frågeställning	8
1.3 Kortfattat om demens	8
1.4 Bakgrund	10
2. TIDIGARE FORSKNING	12
2.1 Mer forskning behövs	15
3. TEORI	16
4. METOD OCH URVAL	18
4.1 Fördelar samt nackdelar med kvalitativ metod.	19
4.2 Tillvägagångssätt	19
4.3 Urval av respondenter	20
4.4 Begränsningar	21
4.5 Etiska överväganden	22
4.6 Förförståelse	23
5. RESULTAT OCH ANALYS	23
5.1 Vad finns det för mål för organiseringen av demensvården?	23
5.2 Anser respondenterna att de har tillräckligt med kunskap om demens?	25
5.3 Är det viktigt att brukaren har fått en diagnos?	26
5.4 Varför är demensboendena organiserade som de är i kommunen?	27
5.5 Upplevs det som ett problem att boendena inte är differentierade i kommunen?	29
5.6 Vad medför det för fördelar samt nackdelar med differentierade boenden?	30
5.7 Finns det alternativa lösningar?	33
5.8 Hur fungerar samverkan med andra verksamheter?	36
6. SAMMANFATTNING	38
7. Slutdiskussion	39
8. REFERENSLISTA	41
8.1 Litteratur	41

8.2 Elektroniska källor	41
BILAGA 1	43
BILAGA 2	45

Förord

Ett stort tack till er alla som har hjälpt oss under uppsatsens gång. Tack till alla respondenter för att ni har tagit er tid att svara på våra frågor, utan er hade det inte blivit någon uppsats. Tack för att ni har delat med er av era erfarenheter. Vår handledare Staffan Blomberg, tack för all hjälp och allt stöd under denna tid. Våra underbara familjer som har stått ut med oss under denna period. Sist men inte minst Pia, Lucy, Ragna och Madeleine som har hjälpt oss med information, telefonnummer och förslag på intervjupersoner.

Alexandra Andersson och Malin Lindqvist

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Befolkningen blir äldre och äldre i dagens Sverige. Vid stigande ålder ökar risken markant att drabbas av en demenssjukdom, vilket leder till att antalet personer som insjuknar i en demenssjukdom kommer att fortsätta öka (Prop. 2005/06:115, s. 60). Det finns idag cirka 139 000 personer med demenssjukdom i Sverige (Ds 2003:47, s.12). En ökning av demenssjuka kommer att ske, framförallt efter år 2020, eftersom personer som är födda på 40-talet då är i 80-års ålder (Ds 2003:47, s.41). År 2050 beräknas 250 000 personer ha insjuknat i någon form av demens (SOU 2006:110, s.195). Idag vårdas allt fler personer med demenssjukdomar i hemmet med olika stödinsatser. Flyttning till särskilt boende sker idag sent i sjukdomstiden och brukaren bor därför kvar i särskilt boende under resten av sin sjukdom (Ds 2003:47, s.17).

Ett av de nationella målen för äldrepolitiken är att brukaren ska bo kvar i sitt ordinära boende så långt som möjligt. För att möjliggöra detta erbjuds bostadsanpassning, dagvård, växelvård, korttidsboende och hemtjänst (Ds 2003:47, s.46). När behovet inte längre går att tillfredsställa i hemmet, bör det finnas differentierade boenden för exempelvis dementa med ett utåtagerande beteende (Ds 2003:47, s.121).

I artikeln *Demensvården behöver reformeras* (Marcusson et al 2006) och Departementserien (Ds 2003:47, s.121), förespråkas differentierade boende i någon form, exempelvis för unga dementa, personer med utåtagerande beteende och frontallobsdemens och efter de olika sjukdomsfaser som den demenssjuke befinner sig i. Ett flertal kommuner i Sverige har anammat detta synsätt och har någon form av differentierade boenden. I Västerås finns ett demensboende för Sverigefinländare (www.malarhem.se), i Örebro finns särskilt boende för brukare med utåtagerande beteende samt boende för brukare i olika faser av demenssjukdomen (<http://66.102.9.104/search>) och i Borås finns differentierade demensboenden för olika demenstillstånd, olika demensfaser och även enheter för finskspråkiga (www.boras.se).

Vi fann det därför intressant att studera en kommun som inte har differentierade boenden för dementa. Vi ansåg det intressant att undersöka om personer med demens och deras behov kan tillfredsställas trots att boendena inte är differentierade? Går det att lösas på plats eller skulle det behövas differentierade boenden även i den kommun vi har undersökt?

1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med denna uppsats var att undersöka och analysera hur vårdpersonal, enhetschefer, boendechefen, boendesamordnare, hemvårdsförvaltningens chef, demensteamet och sjuksköterskan på minnesmottagningen uppfattar organiseringen av demensboendena i kommunen.

Frågeställningar

- Hur viktigt är det att brukarna är utredda och diagnostiserade?
- Upplevs det som ett problem att demensboendena inte är differentierade?
- Vad skulle det kunna finnas för fördelar och nackdelar för brukarna/patienterna och vårdpersonalen om demensboendena i kommunen hade varit differentierade efter vilken fas och demensdiagnos (för personer med exempelvis avvikande eller utåtagerande beteende)?
- Finns det andra alternativa lösningar än det sätt som kommunen idag organiserar sina boenden på, för att förbättra för brukarna/patienterna och vårdpersonalen?
- Präglar samverkan eller brist på samverkan hur vården av demenssjuka ser ut?
- Vad finns det för kommunala mål för organiseringen av demensvården?

1.3 Kortfattat om demens

Demens är ett samlingsnamn på olika sjukdomar som drabbar hjärnans nervsystem. Vanliga symtom är bland annat minnesförlust, problem med att förstå och tolka information, svårigheter med att orientera sig i tid och rum, och svårigheter med att klara av den dagliga livsföringen, såsom hygien, på- och avklädning, ätande och toalettbesök (Marcusson et al. 1995, s.16).

Det finns ett 70-tal olika typer av demens. Vanligast är Alzheimers 50-70 %, Vaskulär demens 20-40 % och Frontallobsdemens < 5 % (Marcusson et al.1995, s.19). Den form som anses som svårast är frontallobsdemens. Frontallobsdemens kan ge upphov till ett aggressivt och översexuellt beteende. Det är därför ofta svårt för de anhöriga att se och bemöta en närstående med ovanstående beteenden, men det kan även vara ett problem för andra brukare

om personen ifråga bor i särskilt boende (Marcusson et al 1995, s.80). Det finns i dag inget botemedel för demens och forskare förväntas inte inom den närmaste framtiden att finna ett botemedel (Ds 2003:47, s.211). Dock finns det olika bromsmediciner som lindrar symptomen (Ds 2003:47, s.44).

För att underlätta förståelsen av vår undersökning har vi valt att definiera några centrala begrepp:

Brukare/patient: Brukare är den benämning som kommunen använder och patient är den benämning som landstinget använder om de personer som är deras målgrupp.

Biståndshandläggare: Den person som utreder och fattar beslut om exempelvis hemtjänst och plats i särskilt boende enligt framförallt socialtjänstlagen (www.oxelosund.se).

Särskilt boende: Är den benämning som idag används som ett samlingsnamn för gruppbostad, servicehus, ålderbohem, servicelägenheter och sjukhem inom äldreomsorgen. (Ds 2003:47, s. 236).

Särskilt boende/gruppboende för dementa: Är ett boende med individanpassad vård och omsorg dygnet runt för personer med en demensdiagnos (Ds 2003:47, s. 231).

Alzheimers är inte bara en sjukdom utan betraktas som ett flertal besläktade sjukdomar. Variationerna i sjukdomen beror på ålder, var i hjärnan sjukdomen sitter samt ärftlighet. Det är den oftast förekomna formen av demens (SBU 2006, s.19). Sjukdomen debuterar normalt efter 65- årsålder och yttrar sig i form av sviktande minne samt svårigheter i att orientera sig (SOU 2006:110, s.195).

Vaskulär demens drabbar vanligtvis personer som sedan tidigare har haft diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. Det är ganska vanligt med en blandform av vaskulär demens och Alzheimers. Yttringarna beror på var i hjärna skadan sitter. Initiativförmågan försämras liksom planeringsförmågan och lusten till att göra något (SOU 2006:110, s.196).

Frontallobsdemens är inte lika förekommande som Alzheimers och vaskulär demens. Det som kännetecknar frontallobsdemens är en reducerad omdömesförmåga som vanligtvis debuterar före 50- årsålder. Vanliga symptom är personlighetsförändringar som personen själv inte uppfattar, såsom lättretlighet, aggressivitet, avtrubbat känsloliv samt bristande hygien och insikten av dess konsekvenser. Oftast behålls minnet intakt fram tills slutet av sjukdomen

(SOU 2006:110, s.196). Andra förekommande symptom är ett översexuellt beteende (Marcusson et al. 1995, s.80).

Dagvård: Dagverksamhet för brukare i avsikt att stimuleras samt avlastning för närstående. Meningen med dagverksamhet är att förlänga kvarboende i det egna permanenta boendet (Ds. 2003:47, s. 230).

Växelvård: Avlastning för närstående, där brukarna bor växelvis i två veckor på ett boende och sedan två veckor i det egna hemmet. Avsikten är att förlänga det egna boendet (www.majorna.goteborg.se).

Korttidsplatser: Tillfälligt boende i väntan på antingen plats i särskilt boende eller för att brukaren inte kan gå hem på grund av sjukdom, bostadsanpassning, rehabilitering eller dylikt. De är dock medicinskt färdigbehandlade och kan inte vara kvar på sjukhuset (Ds. 2003:47, s. 233).

1.4 Bakgrund

1992 kom **Ädelreformen** vilket innebar att kommunerna tog över ansvaret från landstinget för service, vård och omsorg över äldre och handikappade. Ädelreformen medförde även en förpliktelse att inrätta särskilda boende för personer med behov av särskilt stöd. Hur olika boendeformerna utformas bestäms inom kommunen, som har stor självbestämmanderätt i hur äldre och handikappades service, vård och omsorg skall tillfredsställas (www.riksdagen.se).

Kvarboendepincipen: Kom 1970 och innebar då kvarboende i det egna hemmet. I samband med Ädelreformen (SOU 2003:91, s. 120-122) utvidgades begreppet till att även omfatta kvarboende inom särskilt boende. Kvarboendepincipen innebär att brukaren har besittningsrätt på sitt boende och inte kan flyttas mot sin vilja. Personen ska få bo kvar så länge som möjligt även om behovet av vård och omsorg förändras (Ds 2003:47,s.233). Ursprungtanken med kvarboendepincipen var, som nämnts ovan, att äldre, även vid omfattande vård- och omsorgsbehov, skulle kunna bo kvar i sin bostad så länge de ville. På 1950-talet var det vanligt att äldre mot sin egen vilja mer eller mindre tvingades flytta från sitt ordinära boende för att deras vård- och omsorgsbehov var för omfattande för att kunna tillgodoses i hemmet. Idag är problemet det omvända. Många äldre med stora vård- och omsorgsbehov tvingas bo kvar i det egna hemmet för att där tillgodose deras behov med exempelvis hemtjänst. Undersökningar visar att flertalet egentligen skulle vilja flytta till ett

särskilt boende (SOU 2003:91, s. 120-122). En förutsättning för att kvarboendeprincipen ska kunna fungera, krävs ”äldrevänliga” bostäder, exempelvis lägenheter med tillgång till hiss, alternativt enplanshus, inga trösklar och rymliga ytor där rullstolar, sjukhussängar och liftar får plats (SOU 2003:91, s.595).

Före 1970-talet fanns det inga speciella insatser för personer med demenssjukdom i Sverige. Fram till dess sågs demenssjukdom som ett normalt åldrande och var därför inget problem. Efterhand kom indikationer om att dessa personer inte passade in någonstans på de ålderdomshem, långvårdssjukhus och mentalsjukhus som fanns. Demenssjuka behövde således en egen vård- och omsorgsform (Ds 2003:47, s. 44).

Först under 1980-talet kom särskilda boenden för demenssjuka, för att erbjuda den omvårdnad som demenssjuka var i behov av och hade rätt till. Målet med särskilt boende var att bevara och upprätthålla det friska hos personer med demens, genom exempelvis ett gott bemötande samt en stimulerande miljö och aktiviteter. Boendena skulle ha karaktären av det egna hemmet och bestå av små enheter, med cirka 6-8 platser (Ds 2003:47, s.45). Särskilt boende för dementa har sedan 1980-talet ständigt utvecklats (Ds 2003:47, s. 17). Tidigt på 1980-talet började Sverige upprätta utredningsavdelningar för personer med demens. Vetskapen om hur en demensutredning bäst görs har utvecklats fram tills idag. Det har växt fram allt bättre metoder för att kunna diagnostisera demenssjukdomar i ett tidigt skede (Ds 2003:47, s.44).

Eftersom problemet med otillfredsställande rättsskydd för dementa uppdagades först på 1980-talets början placerades dessa personer med demenssjukdom innan dess på mentalsjukhus, kommunala vårdinrättningar eller inom långvården (en avdelning på sjukhuset där äldre patienter förr i tiden vårdades under en lång tid) i flerbäddsrum. Många av de inskrivna patienterna på mentalsjukhusen var intagna under LSPV (lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall) den psykiatriska tvångslagen (dagens LPT, lagen om psykiatrisk tvångsvård). Dessutom pågick en konflikt om huruvida vem som har ansvaret för patienten, där kommun och landsting försökte ”bolla” över de svåra patienterna/brukarna till varandra. Under denna period pågick även en diskussion om demenssjuka vårdades bäst enskilt eller tillsammans på långvården med övriga äldre. Om det visade sig vara bättre för de dementa att vårdas själva skulle det krävas ett nyskapande av organiseringen av demensvården. Detta har lett till dagens förespråkande av differentierade boendeformer utformade för demenssjuka. I dag vårdas inte längre några personer med demens inom psykiatrin eftersom den har inriktat sig på ”botbara” sjukdomar (SOU 2006:110, s.243).

2. Tidigare forskning

Det finns en hel del dokumenterad kunskap om demens, både i Sverige och utomlands. Sverige är ett av de länder i världen som är mest framstående i sin forskning kring demenssjukdomar (Prop.2005/06:115,s.59). Svensk forskning bedrivs vid alla universitetssjukhus, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har lämnat en rapport som innehåller en presentation kring befintlig evidensbaserad demensvård i landet och Socialstyrelsen arbetar för tillfället med att utarbeta nationella riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdomar (Prop.2005/06:115, s.105).

1998 antog riksdagen en nationell handlingsplan för äldrepolitiken angående äldreomsorgen. Äldreomsorgen ska vara demokratiskt styrd, finnas till för alla efter behov och inte efter ekonomiska förutsättningar samt finansieras genom skatter. De nationella målens syfte är att skapa klarhet om vad alla berörda verksamheter bör sträva efter inom äldreomsorgen. Målen lyder: Äldre människor skall ha tillgång till en god vård och omsorg, bemötas med respekt, rätt till att åldras i trygghet, ha kvar oberoende samt kunna leva ett aktivt liv och kunna påverka sin vardag och samhället (Prop.1997/98:113, s.1). Undersökningar visar att de flesta äldre vill bo kvar i sitt ordinära boende så långt som möjligt (Prop.1997/98:113, s.35).

Regeringen gav i februari 2002 chefen för Socialdepartementet i uppgift att tillsätta en demensarbetsgrupp i syfte att ge en nationell bild av hur demensvården i Sverige har utvecklats de senaste åren, att kartlägga vilka existerande kunskaper som fanns kring situationen för människor med demenssjukdom och deras anhöriga och ge förslag på vilka områden som behövde utvecklas i framtiden. Kartläggningen resulterade i rapporten *"På väg mot en god demensvård"* (Ds 2003:47). Rapporten presenterar att det i Sverige under de senaste femton åren har gjorts mycket forskning av vården i demensboenden. Forskningen framhåller olika viktiga punkter som bör ligga till grund för att kvalitetssäkra demensvården i demensboenden runt om i landet i framtiden. En viktig punkt som redovisas är att de personer som ska bo tillsammans inte bör blandas, människor med olika diagnoser, symtom eller som är i skilda faser av en sjukdom bör inte kombineras i ett och samma boende, eftersom omvårdnadsbehoven kan skilja sig åt. En person i en tidig fas av en demenssjukdom kan ha behovet av att leva som vanligt och få stimulans i den mån det går, medan en person som har en långt framskriden demenssjukdom behöver personal med medicinsk kompetens (Ds 2003:47, s.121). Att blanda brukare i olika faser av en sjukdom kan skapa problem, både för den enskilde, övriga boende men även för personalen, om en person flyttar in på ett boende

där de andra är mycket sämre eftersom grupperna har olika behov (Ds 2003:47, s.122). Grupper som bör särskiljas är bland annat personer med frontallobsdemens och personer med en beteendestörning i kombination med psykisk sjukdom. Trots att det finns kompetent personal, tillräcklig bemanning och relevanta mediciner på ett boende är detta inte alltid tillräckligt för att lösa problematiken på plats för de här människorna (Ds 2003:47, s.121).

Även om forskningen hävdar att personer med olika demenssjukdomar bör särskiljas i olika boenden, finns det praktiska problem som kan göra det svårt. I mindre kommuner kan det vara svårt att bygga upp så småskaliga enheter som en differentiering av särskilt boende för dementa innebär (Ds 2003:47, s.122).

En viktig aspekt för att kunna förbättra kvalitén av vården i demensboenden är att de boende bör ha blivit utredda på ett grundligt sätt (Ds 2003:47, s.121). Att inte alla är utredda och diagnostiserade leder till ett stort mörkertal av odiagnostiserade brukare, framförallt bland de äldre brukarna (SBU 2006, s.21). Vikten av att personalen har adekvat utbildning och kompetens är en annan aspekt som tas upp. Adekvat utbildning och medicinsk kompetens innebär att personalen ska besitta speciell kunskap om demenssjukdomar och demenssjukas beteende. Det är en förutsättning som behövs för att kunna förbättra vården i landets demensboenden (Ds 2003:47, s.123). Vidare menar demensarbetsgruppen att spetskompetensen (kompetens som person har tillägnat sig förutom grundutbildning inom ett specifikt område), är av stor vikt för att utveckla demensvården. I de kommuner i landet där spetskompetens finns kan demenssjukas omvårdnad förbättras och gynnas och de behov som de sjuka och deras närstående har tillgodoses i större utsträckning (Ds 2003:47, s.197).

Som en del av sitt arbete med en nationell kartläggning av demensvården genomförde demensarbetsgruppen även en enkätundersökning under hösten 2002 (Ds 2003:47, s.32). Målgruppen var alla kommuner och landsting i Sverige och syftet var att kartlägga vilka insatser som erbjöds speciellt till personer med demenssjukdom. Resultatet av undersökningen visade att av de 65 % av kommunerna som hade lokala riktlinjer för kvarboende (kvarboendepincipen) hade inte ens hälften inställningen att brukaren ska få bo kvar. Knappt 40 % var av åsikten att för brukare i demensboenden kunde flyttning till annat boende bli aktuell när det medicinska vårdbehovet eller beteendestörningar krävde det. (Ds 2003:47, s.120).

Socialstyrelsens kunskapsöversikt (byggd på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? En kartläggning* (2001), är den enda rapporten av all den

forskning vi har läst som tar upp dilemmat med kvarboendepincipen och vårdformer som vänder sig till brukare med specifika behov. I rapporten redovisas att då kommunerna har det samlade ansvaret för äldreomsorgen ökar samsynen mellan det sociala och det medicinska perspektivet. En konsekvens med differentierade vårdformer kan vara en ökad risk för att brukarna ska behöva flytta runt inom olika boenden. Frågan forskarna ställer sig är: finns det belägg för denna oro? Idag finns det differentierade boendeformer, som är inriktade mot olika behov för äldre vid inflyttningen. Forskarna menar dock att hänsyn måste tas till att behoven kan förändras efter inflyttningen, och då kan det uppstå enskilda fall där den nuvarande boendeformen inte längre är tillfredsställande för att kunna ge god vård och omsorg. Därför borde det vara berättigat med flytt även inom det särskilda boendet. Kvarboendepincipen bör därför inte i dessa fall utgöra ett hinder (Socialstyrelsen 2001, s.55).

I artikeln *Demensvården behöver reformeras* (2006) skriver ett antal forskare om den aktuella situationen för vård och omsorg kring dementa. I artikeln hävdar forskarna att det krävs förbättrad samverkan kring de demenssjuka och deras närstående, eftersom det runt om i landet råder stora regionala och lokala skillnader kring utredning, vård och omsorg av de dementa. Dessutom behövs mer nationell samverkan för att kunna möta den ökande gruppen av antalet dementa. Förbättrad samverkan hävdar forskarna, kommer att leda till att vårdkedjan kring den demenssjuka och anhöriga kan behållas utan avbrott genom hela sjukdomstiden (Marcusson et al. 2006). Vidare menar forskarna att varje kommun i Sverige bör vara utrustade med grundläggande verksamheter såsom särskilt boende och dag- och växelvård för dementa. 85 % av Sveriges kommuner har mindre än 50 000 invånare, och därför kan inte alla kommuner förväntas ha utbud för alla grupper med särskilda behov, exempelvis för personer med frontallobsdemens, eftersom de olika grupperna inte är så stora till antalet och det skulle därför kosta för mycket. Förutsättningarna för att skapa verksamheter för ovanstående grupper, som kan innebära att personal med speciell kompetens behövs, finns inte i alla kommuner. Därför är samverkan mellan kommuner eller till och med mellan län avgörande för att kunna möta och tillgodose de många olika och väldigt varierande behov som demenssjuka har idag, och därmed kunna använda resurserna på bästa möjliga sätt (Marcusson et al. 2006).

Den forskning som bedrivs på inrådan av regeringens SBU- rapport och Departementsserien inom demensvården är utarbetad av företrädesvis personer med medicinsk bakgrund, exempelvis överläkare. Vilket medför att forskningen har tagit en medicinsk inriktning i större

utsträckning än en social inriktning. Syftet med forskningen är inställd på bland annat utredning av demenssjukdom, riskfaktorer för dess uppkomst, läkemedelsbehandling, omvårdnad samt etik (SBU 2006, s. 5). Det primära syftet med forskningen är inte det sociala perspektivet, exempelvis brukarperspektiv, hur uppfattar de och deras anhöriga vården? Hur ser relationen mellan vårdtagare och vårdgivare ut? Här behövs mer forskning (SBU 2006, s. 63-64).

I regeringens proposition *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* (2005/06:115, s.56-59) hävdas att en förutsättning för att Sverige ska kunna bedriva en god demensvård krävs samverkan mellan olika huvudmän. Detta är av stor vikt för de demenssjuka, eftersom de har mycket kontakter med både kommun och landsting. Demenssjuka och deras anhöriga behöver ett gott bemötande och stöd under hela vårdtiden, från början till slut, och därför krävs det att en bra samverkan mellan olika huvudmän och arbete mellan olika professioner kommer till stånd. Idag fungerar inte alltid samverkan mellan dessa verksamheter tillfredsställande. Vad som behövs är bland annat att huvudmännen skapar gemensamma demensvårdsplaner eller vårdprogram för hur demenssjuka ska bemötas och omhändertas.

2.1 Mer forskning behövs

Sverige är, som sagt, ett av de länder i världen som är mest framstående med sin forskning inom demens (Prop 2005/06:115, s.59). Ändå behöver forskningen utvecklas på en rad områden. Unga dementa (under 65) är exempel på en grupp som inte är så stor och som inte har synliggjorts i samhället i samma utsträckning som personer med demenssjukdom som är äldre än 65. Det råder en betydande okunnighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten om att demens är en sjukdom som inte bara drabbar äldre personer. Det behövs därför vidare forskning kring unga dementa, eftersom de har andra behov än de äldre dementa. De befinner sig i en helt annan situation i livet, ofta har de jobb, familj och barn i tonåren, och samhällets insatser behöver anpassas till just deras specifika situation. Dessutom behöver unga dementa mer stimulans och sysselsättning än äldre dementa. Kunskaper om hur en demenssjukdom drabbar yngre och vad de har för behov behöver utvidgas. Eftersom unga dementas första kontakt med sjukvården oftast är genom sitt arbete och företagshälsovården, men även primärvården, bör även dessa verksamheter få mer kunskap om unga dementa (Ds 2003:47, s.164-165).

Ett annat område som det behövs mer forskning inom är vilka resultat sociala stödinsatser i eget boende eller särskilt boende ger. En fråga som exempelvis behöver studeras är i vilken fas av demenssjukdomen det är bättre för den demenssjuka att flytta till särskilt boende än att bo kvar hemma (Ds 2003:47, s.205).

3. Teori

Vi har valt att använda oss av vad Pål Repstad (2005, s.143) i sin bok *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg, och socialt arbete* kallar en sociologisk analys av organisationer för att reflektera över vår insamlade empiri. Valet av denna teori gjordes för att vi fann att de punkter som Repstad tar upp som kan ses som typiska karaktärsdrag i organisationer, kunde vi identifiera i vår insamlade empiri och att karaktärsdragen påverkade varandra och medlemmarna i organisationer i den kommun vi har studerat. Dock har vi av dessa sex drag valt ut två som vi ansåg mest intressanta att lyfta fram.

Repstads (2005, s.145) sociologiska analys bygger på sex olika drag hos organisationer som kan ses som gemensamma faktorer och karaktäristiska för en organisation. Repstad har urskilt dessa variabler utifrån att ha studerat och funnit att dessa variabler återkommer hos många sociologer och organisationsteoretiker. De sex variablerna är: organisationens mål, organisationens ideologi, teknologi, struktur, resurser samt förhållandet till omvärlden.

Repstad (2005, s.143) menar att exempelvis vård- omsorgs- och socialarbetare i sitt yrke tillhör och befinner sig i en organisation och samtidigt har mycket kontakt och samarbete med andra organisationer. De sex olika drag som Repstad redogör för kan både förändras över tid som ett resultat av människors handlande, men dragen kan också påverka dessa människors tankar och handlingar och det sociala samspelet mellan dessa människor. Enligt Repstad (2005, s.143) finns organisationer i nära anslutning till enskilda individer men påverkas också av andra organisationer och rådande förhållanden i samhället. Detta innebär att organisationer befinner sig mellan enskilda aktörer och övriga organisationer. Eftersom människor som medvetet handlar ingår i sociala system är inte organisationer något som fungerar av sig själv oberoende av något annat, utan människor och organisationer påverkar och påverkas ömsesidigt av varandra (Repstad 2005, s.144). Detta är en systemteoretisk utgångspunkt vilket innebär att ett system innehåller olika delar som påverkar varandra och som i sin tur även påverkar systemet som helhet (Repstad 2005, s.143).

De karaktärsdrag som Repstad (2005, s.148, 171) behandlar och som vi vill fokusera på är organisationens **mål** eller **målsättningar** och kortfattat om **organisationens förhållande till omvärlden**. Organisationsteoretiker brukar framhålla att organisationers mål har som syfte att vara riktlinjer för vad organisationen ska sikta mot, att göra arbetet legitimt, och att engagera, motivera och få medlemmarna att känna sig sammansvetsade och skapa en känsla av identitet. Repstad (2005, s.148) tar även upp ett annat syfte med målsättningar, han hänvisar till Etzioni (1978), som menar att mål har som syfte att kunna utvärdera en organisation och det arbete som utförs i den, för att se om det stämmer överens med de utsatta målen.

Vidare menar Repstad (2005, s.148) att en organisations officiella mål oftast tar sig uttryck i form av regler, paragrafer eller texter av olika slag. De uttalade målen är för det mesta inte särskilt konkreta, vägar till att uppfylla målen finns oftast inte redogjorda, utan de officiella målen är som regel vaga och otydliga, och anges ofta i så kallade honnörsord. Anledningen till att dessa mål ser ut på detta sätt, är för att det inom en organisation finns olika människor och grupper som tänker och tycker olika och det krävs därför en övergripande målsättning som alla kan godkänna. En annan anledning är att organisationen med hjälp av dessa honnörsord marknadsför sig själv utåt, därav skälet till fina formuleringar som inte tar upp de problem som finns. Generella målsättningar görs även för att inte lova för mycket, om en organisation med väldigt konkreta mål senare granskas, är det lättare att peka på det som inte uppnåtts med en konkret målformulering, än med en målformulering som är generellt hållen.

De officiella målen bryts sedan ner i så kallade faktiska mål av aktörerna i organisationen. Det är de faktiska målen som anger riktlinjerna för hur det i praktiken kommer att se ut och det är dem som enskilda aktörer rättar sig efter ute i organisationen (Repstad 2005, s.149-150).

Repstad (2005, s.150) redogör för det som han benämner **målkonflikt**, vilket innebär att en organisation siktar mot två mål samtidigt som nästintill är omöjliga att förena. Det arbete som leder fram till det ena målet, innebär då att det andra målet blir lidande eller kommer i skymundan. En vanlig målkonflikt är den mellan å ena sidan ekonomi och å andra sidan kvalitén på vården/servicen. Att ha olika målsättningar behöver inte alltid betyda att det är olika yrkes- eller personalgrupper som står för olika mål, men det kan dock många gånger vara fallet. En del målkonflikter, anser Repstad (2005, s.151), kan bli oundvikliga, eftersom konflikter ofta handlar om otillräckliga resurser och därför måste en fördelning göras inom ramen för bristande resurser. Det finns därför två former av målkonflikter, de målkonflikter

som är logiska och de målkonflikter som handlar om otillräckliga resurser, där målen inte har kunnat uppnås eftersom det inte har funnits tillräckligt med pengar.

Det är också viktigt att tänka på att det finns olika värderingar om hur fasta resursramarna i själva verket är. Resursramarna diskuteras hela tiden utifrån politisk makt och prioriteringar, vilket innebär att det kan se ut som en målkonflikt när det egentligen handlar om att politiker har bestämt sig för att prioritera på ett sätt som gör resursramarna strama (Repstad 2005, s.151).

Den andra av Repstads punkter som vi kortfattat kommer att ta upp är **förhållandet till omvärlden**. Organisationer vill kontrollera sitt arbete samt vad som sker inom organisationen. Inte sällan vill olika yrkesgrupper inom organisationer klara sig själva utan att ta hjälp av någon utifrån. Vanliga konsekvenser blir att samarbete med andra sker när det gynnar den egna organisationen, eller när organisationen står i en beroendeställning till en annan organisation eller verksamhet. Organisationer har likväl en tendens att ta efter och likna organisationer runtomkring, speciellt de verksamheter som de är beroende av (Repstad 2005, s.171-173).

4. Metod och urval

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod (intervjuer) eftersom vi anser att det bäst passar vårt syfte. Vårt syfte var att undersöka vilken uppfattning de tillfrågade i deras specifika yrkesroller har på organiseringen av demensboende i kommunen och hur den miljön de arbetar i inom kommunen präglar deras syn. Detta är vad Repstad (1999, s.16) kallar en fallstudie, som avser undersökning av ett visst avgränsat område eller bestämda personer. När lokala förhållanden ska undersökas är en kvalitativ metod lämplig, eftersom en djupare förståelse kan fås om vad som påverkar vad i den specifika undersökningsmiljön (Repstad 1999, s.15).

Aspers (2007, s.23), hänvisar till Geertz (1974, 1983), som är en av dem som påstår att kvalitativa metoder har utvecklats genom hermeneutiken. Hermeneutiken hävdar att för att få en djupare förståelse av något, måste det som studeras ses som en del av en helhet, det som undersöks måste ses i en kontext, och ett sammanhang. Det är just denna förståelse som en kvalitativ metod kan frambringa.

Vidare har vi studerat organiseringen av demensboende i vår kommun i relation till den forskning som finns inom området, detta för att kritiskt kunna granska de alternativ som forskningen förespråkar, att kommunerna använder sig av i organisering av sina demensboenden. Vi har granskat det sätt som vår undersökningskommun bygger sin organisationsform på. Ofta används en fallstudie i syfte att bedöma redan befintliga metoder och teorier (Repstad 1999, s.16).

4.1 Fördelar samt nackdelar med kvalitativ metod.

Vi är medvetna om att det finns både fördelar och nackdelar med kvalitativa och kvantitativa metoder, precis som Aspens (2007, s.31) upplyser om.

Ett problem med att använda en kvalitativ metod är att vi som intervjuar kan komma att påverka hur respondenterna svarar, liksom Aspens beskriver (2007, s.138). Forskaren påverkar med sin blotta närvaro, förförståelse och handlande respondenten och vilka svar som fås av denne. Hur vi ställer frågorna samt vilka frågor vi väljer att ta upp styr till stor del respondenternas svar. Denna påverkan menar dock Aspens (2007, s.138), är ofrånkomlig.

En kvantitativ metod kan dock inte så ingående och i detalj studera något för att få den förståelse som en kvalitativ metod kan. En kvantitativ metod passar bättre när undersökningen går ut på att studera hur ofta, hur många eller hur vanligt något är (Trost 2005, s.14).

Dock är vi medvetna om att en fallstudie som vi ska använda oss av inte kan vara generaliserbar eller representativ för övriga kommuner i Sverige, men resultaten från undersökningen är ändå intressanta eftersom de säger något om vårt specifika undersökningsområde (Repstad 1999, s.17).

4.2 Tillvägagångssätt

För att få svar på vårt syfte och frågeställningar har vi använt oss av intervjuer. Vi har båda två deltagit vid samtliga intervjutillfällen. Vidare har vi ansvarat för, hållit i, och transkriberat hälften av intervjuerna var. Vi har läst samma litteratur var och en för sig och sedan diskuterat innehållet. Därefter har vi gemensamt kommit fram till vad som är relevant fakta. Resterande arbete under uppsatsens gång har vi gjort tillsammans. Samtliga intervjuer har spelats in på band, och vi har tydliggjort för respondenterna att de gärna fick ta del av just sin transkriberade intervju. Två respondenter har valt att läsa och godkänna sin transkribering.

4.3 Urval av respondenter

Vi har gjort åtta intervjuer med tio personer. Dementsteamet består av en undersköterska och en sjuksköterska och därför valde vi att intervjua de tillsammans. Likaså gjorde vi en intervju tillsammans med den nuvarande boendechefen och den person som ska vikariera för henne inom kort. Vi har intervjuat två vårdpersonal (undersköterskor), en enhetschef (chef för särskilt boende), boendechefen (chef för enhetscheferna), hemvårdsförvaltningens chef, en sjuksköterska på minnesmottagningen, dementsteamet och boendesamordnaren (biståndshandläggare som samordnar samt placerar brukarna ut på boendena) i den kommun vi undersökt. Vi har använt oss av vad Trost (2005, s.119) beskriver som ett strategiskt urval, vilket innebär att vi har valt detta urval av respondenter för att vi anser att de besitter den kompetens som krävs för att besvara våra frågor och för att de antingen är verksamma i brukarens vardag eller är med och påverkar den. Dessutom hävdar vi att respondenterna inom sina olika yrken har skilda inriktningar och perspektiv på demensfrågor. Enligt oss skapar detta en bredd och variation i vår undersökning. Dementsteamet ger råd, stöd och information i diverse demensfrågor till brukare i ett tidigt stadium av sin sjukdom samt till anhöriga. Minnesmottagningen gör huvudsakligen demensutredningar för att utreda om en brukare har en demenssjukdom eller inte. När allmänläkaren är osäker på om det rör sig om demens eller inte remitteras patienten till minnesmottagningen. Dessutom handleder minnesmottagningen personal ute på boendena. Personalen i boendena ville vi tillfråga eftersom de är verksamma i brukares vardag, dygnet runt. Hemvårdschefen är chef över hemvårdsförvaltningen i kommunen, vilket innebär hela äldreomsorgen. Posten är politiskt tillsatt.

Vi har även, som Repstad (1999, s. 45) beskriver, använt oss av den så kallade ”snöbollsprincipen”. Detta innebär att vi har fått rekommendationer på andra lämpliga respondenter av de vi redan har intervjuat samt fått introduktion till fältet av bekanta. Trost (2005, s.119) tar upp problematiken med att använda denna metod. Han menar att risken finns för att rekommendationen av intervjupersoner kan leda till att vi får personer som tycker likadant. En annan nackdel kan vara att dessa ”gate-keepers” vill styra vår undersökning.

Vi har ställt samma intervjufrågor (bilaga 1) till samtliga respondenter, även om vi antog att en del av våra respondenter inte skulle kunna svara på alla frågor eftersom de har olika arbetsuppgifter. Vi valde dock att göra på detta sätt eftersom vi menar att om en person inte kan svara på vissa frågor, säger det också något viktigt. Dock har vi ibland formulerat om vissa av intervjufrågorna för att passa respondenterna i fråga bättre utifrån deras yrkesroll.

Dessutom har vi, i takt med att vi har intervjuat fler, blivit uppmärksamma på intressanta saker, och därför frågat vidare om detta vid nästkommande intervju. Kvarboendepincipen var ett begrepp som vi inte hade hört talas om förrän efter att vi hade genomfört ett par intervjuer. Därav frågade vi mer om detta vid resterande intervjuer.

Det har emellertid inte varit lätt att få kontakt med en del önskade respondenter, och det har varit en del som har tackat nej. Väldigt många har varit enhetschefer som har avböjt med förklaringen att de har haft hög arbetsbelastning samt att det har varit många studenter som har ringt för att vilja intervju dem. En önskan som vi hade var även att få intervju den enda överläkaren som gör demensutredningar på minnesmottagningen, men även hon tackade nej med hänvisning till tidsbrist. Vi anser att vi har förlorat värdefull information eftersom, enligt vår mening, läkaren förmodligen hade haft ett annat perspektiv än övriga respondenter, med tanke på yrke och arbetsuppgifter och annan erfarenhet att tillföra. Dock är vi tacksamma att en sjuksköterska på minnesmottagningen erbjud sig att bli intervjuad så att vi lyckades få med landstingets syn på organiseringen. En brist i vårt arbete är att vi i efterhand har insett att vi borde ha intervjuat någon från länsstyrelsen. Eftersom kvarboendepincipen upptar en så stor del av vår undersökning och ett par av våra respondenter menar att den bör kunna kringgås vid behov, hade det varit bra med länsstyrelsen syn. Det är länsstyrelsen som är behjälplig med lagtolkningar samt kontrollerar att de olika verksamheterna i kommunen uppfyller sina mål och riktlinjer (Norström & Thunved 2007).

4.4 Begränsningar

Vi har vänt oss till vårdpersonal och enhetschefer på särskilda boenden, boendechefen, chefen på hemvårdsförvaltningen, personalen på demensteamet samt en sjuksköterska på minnesmottagningen i kommunen som inte har differentierade boenden, trots att forskning förespråkar differentierade boenden. Svensk forskning är tillräckligt omfattande för att kunna täcka in vårt syfte, därför har vi valt att begränsa oss till Sverige. Dessutom gör begränsningen till Sverige och en kommun som inte har differentierade boenden vår undersökning mer hanterbar. Eftersom vi har begränsat oss till en kommun som inte har differentierade boenden och inte närmare i detalj har studerat hur olika kommuner organiserar, är det enligt oss en brist i vårt arbete. Att vi inte har fått fram handlingsplanen och/eller policydokumenten, är även det en brist. Merparten av respondenterna hänvisar till målen och påtalar hur viktiga de är. Ändå är det ingen som har kunnat visa oss dokumenten. Vi har bett samtliga av

respondenterna att visa oss sina dokument, vilket de inte har kunnat. Vårdbiträde 1 hade dokumenten men visste inte om de var offentliga, därför fick vi inte se dem.

Vi har inte tillfrågat vare sig brukare eller deras anhöriga, dels på grund av etiska skäl, men även på grund av att det kan vara svårt att komma i kontakt med anhöriga, och att det tar mycket tid i anspråk.

4.5 Etiska överväganden

Vi har valt att inrikta oss på olika verksamheter och yrkeskategorier inom organisering av demensvården, eftersom vi anser att det är oetiskt att fråga brukarna. Enligt oss kan inte alltid dessa personer på grund av sin problematik föra sin egen talan eller förstå innebörden av vår undersökning och våra frågor. Att fråga anhöriga anser vi inte heller är etiskt försvarbart, eftersom dessa personer alldeles nyligen kan ha fått beskedet att en närstående har en demenssjukdom, och därför är i ett känsligt stadium. Värdet av de förväntade svaren vi kan tänkas få in, överväger inte eventuella negativa konsekvenser för brukaren och anhöriga (Vetenskapsrådet 1990).

Vi har informerat de som vi har intervjuat i vår undersökning, om vårt syfte med detta arbete och vad det ska leda till. Vi har även skickat ut ett informationsbrev (bilaga 2) som kortfattat tar upp syftet med vår undersökning, inväntat respondenternas samtycke, att deltagandet är frivilligt och att de är fria att dra sig ur när som helst. Vidare har vi också tagit upp att intervjuerna endast kommer att användas för denna uppsats. Allt ovanstående har gjorts i enlighet med Vetenskapsrådets fyra huvudprinciper, informationskravet - respondenterna har delgivits syftet med uppsatsen samt att det är frivilligt att delta, samtyckeskravet - rätt att själva bestämma om, hur och på vilka villkor de ska medverka, samt att de har rätt att dra sig ur utan att det får negativa konsekvenser, konfidentialitetskravet - anonymiserat respondenterna i möjligaste mån, förvarat intervjuerna på ett säkert sätt, samt nyttjandekravet - det insamlade materialet kommer endast att användas i denna uppsats (Vetenskapsrådet 1990). Vi har inte namngett de olika boendena, vårdpersonalen eller enhetschefen eftersom vi inte har velat att det ska framgå vem som har sagt vad. Demensteamet, boendesamordnaren och minnesmottagningen har tillfrågats om de godkänner att nämnas, då de endast finns en av varje verksamhet och således är svåra att anonymisera. Dock är de som personer och kommunen som vi utför undersökningen i anonyma. De övriga tillfrågade är personer som har

en chefsposition som det bara finns en av, vilket gör att de inte har kunnat avidentifieras. Samtliga intervjupersoner är upplysta om att de övriga intervjuade med stor sannolikhet kommer att veta vilka personer som har medverkat och därigenom vem som har sagt vad.

4.6 Förförståelse

Vi är medvetna om att vi har en förförståelse om vår frågeställning som oundvikligen kommer att påverka detta arbete. Vi lever i den värld som vi ska studera (Aspers 2007, s.34), vilket vi anser kan göra det svårt att vara helt objektiva, våra egna erfarenheter eller brist på dessa präglar hur vi uppfattar saker, och även vad vi väljer att se och inte se. Viktigt att tänka på är att vi utgår från att vår problemformulering är ett problem och vi är medvetna om att detta kommer att prägla vår uppsats, dess riktning och typ av frågor. Detta gör att vi måste vara extra öppna för att personer som vi har valt att intervjua kanske inte ser detta som ett problem. Vi utgår också från att våra respondenter kan svara på våra frågor, men vi har varit medvetna om att de kan vara fel personer att fråga. Liksom Aspers beskriver som problematiskt (2007, s.33) har vi tillskrivit de personer vi intervjuat egenskaper utan att egentligen veta om de kan besvara våra frågor.

5. Resultat och analys

5.1 Vad finns det för mål för organiseringen av demensvården?

Intervjuerna har gett en diffus och splittrad bild angående frågan om vilka mål, handlingsplaner och policydokument det finns för organiseringen av demensvården i kommunen. Vi upplever att intervjupersonerna har haft lite svårt att svara på detta på ett tydligt sätt. Detta beror till stor del på att det finns många olika dokument, med olika benämningar, något som gör att dessa dokument och vad de säger blir oklara och det är svårt att få en hel bild över hur alla dokument och planer hänger ihop. Merparten av intervjupersonerna har haft svårt att komma på något rent konkret som står i exempelvis handlingsplanen, som är en politiskt upprättad plan.

Att målen är diffusa och splittrade kan delvis bero på, som Repstad (2005, s.148) menar, att målen är övergripande för att inte lova för mycket. Det kan vara svårare att försvara konkreta mål, än om målen är övergripande. En annan anledning beror på att det inom kommunen finns olika professioner som tänker och tycker olika. Därför behövs generella mål som alla godtar.

Målen bryts sedan ner i faktiska mål (delmål), som varje verksamhet rent praktiskt arbetar efter. Olika verksamheter inom kommunen har olika delmål som gör att de blir svåra att sammanföra, vilket lätt leder till målkonflikter. Något mål kommer att få större utrymme på bekostnad av det andra målet (Repstad 2005, s.150).

På frågan vad det finns för dokument som styr organiseringen av demensvården svarar hemvårdschefen: ”Ja, det har vi, jag kan inte i detalj.” Vi frågar: ”Kan du komma på något, som du kommer ihåg, så här övergripande?”. Hemvårdschefen fortsätter: ”Ja, det är ju att det finns en, tydlig tråd i, dels vad vi ansvarar för och dels finns det en beskrivning av, olika demenssjukdomar, stadier, en handlingsplan för hur vi ska bemöta, hur vi ska bemanna.”

Vårdpersonal 1 och 2 har mer fokus på de så kallade arbetsplanerna, som upprätthålls individuellt till varje enskild brukare i samråd med brukare eller anhörig, kontaktpersonen på det särskilda boendet och enhetschefen vid ett ankomstsamtal. Arbetsplanen är ett juridiskt gällande dokument som är biståndsbeslutet på att en brukare har rätt till sin plats. Vårdpersonal 2 är osäker på benämningarna av övriga dokument och när de ska revideras.

Trots att vi har fått en ganska så oklar bild av verksamhetens olika dokument, mål och handlingsplaner, så anser respondenterna att dessa dokument har inverkan på verksamheten, enhetschefen säger: ”Jag tror att det är bra att ha mål nedskrivna. Mål och visioner som är klara och vem som är ansvariga. Jag tror att det är jätteviktigt. Annars är det lätt att allt bara flummar ut och att man kan återkoppla till möten och så. Att alla vet att det är dessa mål som gäller”.

Dock påpekar de flesta respondenterna att det i förvaltningen för tillfället sker ett värdegrundsarbete som är uppbyggt på tillit, respekt, ödmjukhet. Ledord är grunden för all vård och omsorg gentemot brukarna, men även för bemötandet gentemot alla medarbetare. Alla anställda i förvaltningen utbildas i värdegrundsarbete i skrivande stund. Vikarierande boendechefen berättar: ”Den är enkelt uppbyggd på tillit, respekt för allas lika värde och ödmjukt bemötande... det är ju den som liksom är grunden för allt, all vår vård och omsorg, om det är det ni? För annars tror jag inte att vi har någon annan policy?”

Repstad (2005, s.148) talar om att det är typiskt för organisationer att ha så kallade generella och officiella honnörsord som engagerar och motiverar personalen, samt skapar en känsla av gemenskap. Det framgår tydligt av intervjuerna att det pågår ett värdegrundsarbete som bygger på officiella honnörsord. Det är vanligt att honnörsord är diffust uttryckta. De tre

ledorden: tillit, respekt, ödmjukhet, även om alla intervjupersoner menar att alla anställda vet att det är dessa som gäller, vad innebär de egentligen, rent konkret? Respekt kan betyda olika för olika människor. Generella mål finns, men ingen av intervjuperson har redogjort för hur man ska gå tillväga för att nå dem. Det är svårt att uppfylla officiella mål när de inte har samma innebörd för alla, och det finns inte enhetliga mål. De anställda arbetar utifrån olika förutsättningar eftersom de representerar olika verksamheter och professioner. Vårdpersonalen ser till målen på sin avdelning och sätter brukaren och omvårdnaden i fokus, medan enhetschefen ser på målen till hela enheten, ekonomi, personal med mera.

Även forskningen trycker på vikten av nationella mål och riktlinjer för vård och omsorg om personer med demenssjukdomar, vilket i dagsläget håller på att arbetas fram av Socialstyrelsen (Prop.2005/06:115, s.105). Likväl är det som Repstad (2005, s.148) menar, svårt att ha enhetliga mål. Det finns och kommer alltid att finnas lokala skillnader i exempelvis kompetent personal, personaltäthet, boendestandard, vilka dagliga verksamheter som finns tillgängliga och de boendes funktionsförmåga. Alla kommuner kan inte förväntas ha hela utbudet för alla specifika behov (Marcusson et al. 2006).

5.2 Anser respondenterna att de har tillräckligt med kunskap om demens?

...”här har man mycket luckor, här har man begränsade erfarenheter”, sagt av boendesamordnaren. Åtta av våra tio tillfrågade respondenter svarar att man aldrig kan få tillräckligt med kunskap om demens. Det går aldrig att bli fullärd eftersom forskningen går framåt och det hela tiden kommer ny kunskap. En av de tio tillfrågade har svarat att hon har tillräckligt med kunskap eftersom hon både är utbildad undersköterska med inriktning på äldreomsorg samt vidareutbildat sig inom demens. En annan av de tio tillfrågade svarade att: ”Mitt yrke som chef kräver det inte, det finns annat viktigt som är bra att ha”, sagt av en enhetschef.

Tidigare forskning hävdar att för att kunna förbättra vården på demensboendena krävs kompetent personal som besitter adekvat utbildning samt medicinsk kompetens (Ds 2003:47, s. 123).

5.3 Är det viktigt att brukaren har fått en diagnos?

Samtliga intervjupersoner menar att det är av stor vikt att brukaren har fått en diagnos som bygger på en ordentlig utredning. Dels för att kunna ge rätt vård och behandling då personalen bemöter brukarna olika utifrån vilken diagnos de har. Men även för att de intervjuade uppger att det förekommer att diagnoserna sätts vårdslöst.

Hemvårdchefen säger:

Ja, jag tycker det är viktigt, för att ofta sätts den här diagnosen kanske lite slarvigt, brukaren kanske har en dålig dag, just den dagen som undersökningen görs, och så får man då stämpeln dement eller demenssjuk, och sedan på något vis så omvärderar man aldrig det, man ifrågasätter aldrig det sen, utan finns den i journalen eller anteckningarna från början, så, hänger den med hela tiden.

Dessutom har inte alla brukare en diagnos då de flyttar in på ett särskilt boende, exempelvis vid akuta placeringar. För att kunna planera vården för brukaren och för att de anhöriga ska kunna veta vad som kommer att ske med den sjuka och vad de har att förvänta sig är det också viktigt med en korrekt utredning och diagnos. Likaså för personalens del är det viktigt att kunna planera och ge rätt omvårdnad samt bemötande till brukare.

Både sjuksköterskan på minnesmottagningen och demensteamet påtalar att det är en rättighet att få en diagnos.

Boendechefen menar att diagnosen blir ännu viktigare att fastställa om det blir frågan om att specialisera demensboendena, eftersom diagnosen är en förutsättning för att kunna placera brukarna på rätt enhet, och rätt specialavdelning.

För att kunna ge bättre vård på boendena bör brukaren ha blivit utredd på ett ordentligt sätt, anser forskarna (Ds 2003:47, s.121). Det var först på 1980-talet som läkarna började diagnostisera personer med demens, utvecklingen av förbättrade diagnostiseringsmetoder har sedan dess gått framåt (Ds 2003:47, s.44). Vilket är en anledning till att det finns ett stort mörkertal, främst bland de äldre dementa som inte är utredda, vilket kan leda till att de inte får rätt vård och hjälp (SBU 2006, s.21).

5.4 Varför är demensboendena organiserade som de är i kommunen?

I denna fråga skiljde sig svaren av de intervjuade åt. Demensteamet menar att organiseringen ser ut som den gör eftersom det har gjorts studier och undersökningar runt om i landet som har visat att till exempel småskalighet på demensboenden med 6-10 brukare på varje enhet är att föredra, framför stora enheter med många brukare. Hemvårdschefen och boendesamordnaren anser att organiseringen av kommunens demensboenden har en historisk bakgrund, där ålderdomshemmen var företrädare för dagens boenden, där det fanns personer med olika demenssjukdomar likväl som andra äldre. Detta har sedan uppmärksammats och särskilt boende för dementa har vuxit fram. Demensteamet och hemvårdschefen anser att det är på initiativ från staten som tanken om småskalighet har vuxit fram. Att särskilt boende ska präglas av små enheter på cirka 6-8 platser och ha en hemlik miljö förespråkas sedan 1980-talet (Ds 2003:47, s.45).

Hemvårdschefen menar att de icke-demenssjuka kan bo kvar hemma längre med hjälp och stöd, och därför hävdar hemvårdschefen att de boende på särskilt boende i framtiden främst kommer att bestå av demenssjuka och multisjuka, som inte klara av att säkras eller tryggas i det egna hemmet. Vidare menar hemvårdschefen, sjuksköterskan på minnesmottagningen och vårdpersonal 1 att det även är en ekonomisk fråga, eftersom det på demensboenden krävs högre personaltäthet och personal med hög och relevant kompetens.

”Man driver det med en kortsiktighet. Man måste visa resultat”. Sjuksköterskan på minnesmottagningen menar att om politikerna hade tänkt i ett lite längre perspektiv hade kanske organiseringen och prioriteringarna sett annorlunda ut.

En vanlig målkonflikt enligt Repstad (2005, s.150) är den konflikt som kan uppstå mellan ekonomiska resurser och kvalitén på vården. Han menar att denna konflikt, som handlar om otillräckliga resurser, liksom sjuksköterskan på minnesmottagningen tar upp, att politikerna driver demensboendena med ett kortsiktigt perspektiv, för att de måste visa resultat, handlar om att det inte finns tillräckligt med pengar.

Boendechefen ser annorlunda på skälen till varför organiseringen ser ut som den gör. Hon menar att kommunen arbetar med att öka antalet platser på särskilt boende, och det blir den brukare som har störst behov av en plats som först får en plats på ett demensboende, vilket gör att det blir en blandning. Det finns oftast inte lediga platser, de fylls på ganska snabbt. Problemet med att särskilja exempelvis olika demensdiagnoser i olika boenden uttrycker boendechefen så här:

”... då kanske det inte finns ledig plats just för den diagnosen vid det tillfället, så måste man ändå lösa situationen för den brukaren så att den får komma in på ett boende så fort som möjligt.”

Den vikarierande boendechefen menar att i denna fråga handlar det inte om ekonomi, utan det har lagts ner och byggts upp olika boenden hela tiden. När nya boenden byggs upp görs det utan att se till helheten av hur ett demensboende bör vara organiserat. Vidare anser hon liksom boendechefen att det finns en rädsla för att det ska bildas kö till särskilt boende, vid en eventuell differentiering. Hon hävdar att tanken som finns är att saker ska lösas på ett lätt och enkelt sätt som får flödet till att fungera. En annan anledning till att boendena inte är differentierade är kvarboendepincipen. Genom att brukare har besittningsrätt på sitt boende går det inte att flytta dem när behovet ändras, exempelvis när unga dementa blir äldre och då inte kan flyttas mot sin vilja, menar hemvårdschefen. Flertalet brukare samt anhöriga är negativa till att flytta, eftersom de både vill ha kontinuiteten samt tryggheten med det boende och den personal som brukaren är van vid. Av denna anledning gör kvarboendepincipen det svårt att ha differentierade boenden. Även om forskningen framhäver att det bör finnas differentierade boenden för dementa (Ds 2003:47, s.121), så har de inte tagit upp problematiken som kvarboendepincipen kan medföra. Merparten av våra tillfrågade (alla med chefsposition, sjuksköterskan på minnesmottagningen samt boendesamordnaren) har tagit upp kvarboendepincipen som den största orsaken till att det inte finns differentierade boenden i kommunen. Boendechefen uttrycker att:

”... Man har möjlighet att bo kvar där man har sitt kontrakt, vi kan rekommendera och önska men vi kan aldrig tvinga någon att flytta.” Likaså boendesamordnaren tar upp problematiken:

Jag har frågat Länsstyrelsen, hur är det med kvarboendepincipen, hur starkt är det? Kan någon hänvisa till att kvarboendepincipen gäller? Länsrätten säger: ja, det är ett ganska starkt begrepp för att inte bara kunna flytta folk hur som helst. Det måste göras i samförstånd med brukarna eller deras anhöriga. Och man kan inte sätta upp sådana gränser att så länge bor du där sedan där och så vidare.

Sjuksköterskan på minnesmottagningen bedömer att kvarboendepincipen är det största hindret till att det inte finns differentierade boenden. Det är på gott och ont som den finns, samtidigt som den utgör ett hinder så är det en trygghet för brukarna.

5.5 Upplevs det som ett problem att boendena inte är differentierade i kommunen?

Både boendesamordnaren och enhetschefen menar att det är ett nytt problem att dementa med komplexa behov behöver annat boende och att ingen har insett att problemet varit så stort. Enhetschefen påstår: ”Jag tror att de inte har sett att behovet är så stort som det är idag. Jag tror att det är därför”.

Innan fanns det en enhet i kommunen som tog emot personer med beteendestörningar. Personalen där var särskilt utbildade inom denna problematik. När enheten stängdes ner för något år sedan slussades både brukarna och personalen ut på andra befintliga demensboenden. Flertalet av respondenterna upplever att det är ett problem att enheten stängdes och att det idag inte finns något liknande alternativ. Samtliga vill ha någon form av differentierade boenden, dock skiljer sig synen på hur lösningen ska se ut och vilka som ska ha ett differentierat boende. Vikarierande boendechef säger: ”... jag kan tycka att det kan vara ett problem, med det behöver inte vara ett problem”. Vidare hävdar hon att väl fungerande personalgrupper som är stabila klarar i stort sett allt. Finns det däremot oro och konflikter i gruppen kan det vara svårt att klara de enklaste problemen. Gruppdynamik är nyckeln till ett fungerande boende både för personal, men också för brukarna. Med rätt personal går det mesta att lösa på plats.

Enhetschefen menar dock att:

Det räcker med en brukare på avdelningen som är annorlunda för att det ska få med sig stora konsekvenser. En del vill flytta härifrån och en del bara gråter och sitter bara på sina rum, för att de är rädda för andra som bor här. Vi kan inte flytta någon, så vi måste göra det bästa av det. Ibland är det ohållbart i vissa perioder.

Det finns även personal som är rädda för en del brukare och inte vill arbeta med utåtagerande personer. Andra finner det intressant och ser det som en utmaning. Vårdpersonal 1 är av samma åsikt.

Vårdpersonal 2 säger: ” Absolut, det är det ju, dem blandar ju lite hur som helst, och det är kanske inte så bra för brukarna. Jag menar det är vårt jobb, vi får ta det, men det är inte bra för dom andra kanske, att få in någon som är då aggressiv”.

Forskning har visat att brukare med utåtagerande beteende inte bör blandas med övriga brukare och brukare i olika faser bör inte heller blandas eftersom de har olika behov av vård och omsorg (Ds 2003:47, s.121). Det som utgör ett stort hinder är dock att majoriteten av

Sveriges kommuner har för få antal invånare, och grupperna som behöver differentierade boenden inte är så stora. Detta innebär att förutsättningarna för att ha differentierade boenden, exempelvis personal med speciell kompetens, inte finns i de små kommunerna (Marcusson et al. 2006).

Hemvårdschefen är av den uppfattningen att det är ett större problem med blandningen av demenssjuka och somatiskt sjuka. Detta är något som hon hör mer om än andra former av differentierade boenden.

5.6 Vad medför det för fördelar samt nackdelar med differentierade boenden?

Det framkommer under intervjuerna att det finns mycket fördelar, både för brukare samt personal, med att ha differentierade boende. De flesta tar upp att fördelen med differentierade boenden är möjligheten till spetskompetens för personalen samt att det går att skräddarsy sammansättningen av personalen utifrån målgruppen.

På de platser i landet där det finns spetskompetens i form av exempelvis demensteam och annan personal med specialutbildning i demens, där finns det också en god grund för att utveckla och förbättra vård och omsorg för dementa och de behov som närstående har (Ds 2003:47, s.197).

Personal som får arbeta med det som intresserar dem ger positiv effekt både för den enskilde brukaren och för verksamheten, menar boendesamordnaren. Dessutom anser flera av de intervjuade att personalen då vet vad de har att förvänta sig när de går till sitt arbete, och det skapas en vana att hantera en viss problematik.

Fördelen för brukarna med att ha differentierade boende är att det blir lättare att individanpassa vården efter varje brukares behov, merparten av respondenterna menar att det krävs olika bemötande beroende på vilken demensdiagnos brukaren har, men det krävs framförallt ett individuellt bemötande beroende på vilka livserfarenheter personen har med sig. Att differentierade boenden medför att det blir lättare att ge den rätta vården utifrån dessa aspekter.

En ur demensteamet förklarar att först och främst kommer diagnosen, att det beror på var någonstans i hjärnan skadorna är och vilka symptom som kan uppkomma. Vidare menar hon

att alla brukare har med sig sin ryggsäck där de har någonting i, som de är präglade utav hela livet. Antingen förstärks eller försvagas personligheten av sjukdomen. Det är individuellt.

Vårdpersonal 1 tar upp vikten av att bemöta en person utifrån brukarens demenssjukdom, eftersom olika demenssjukdomar uppvisar olika symptom, beroende på var i hjärnan som skadan sitter. Det är även individuellt eftersom personer med samma sjukdom kan ha kommit olika långt i sin sjukdom. Vårdpersonal 2 är av den uppfattningen att bemötandet är helt och hållet individuellt, två personer med samma sjukdom och som har kommit lika långt i sin sjukdom, är trots detta två helt olika människor, som behöver ett individuellt bemötande.

Om det skapas speciella avdelningar för dem som är i en tidig fas av sin sjukdom, kan det resultera i något positivt för de brukarna eftersom de kan stimuleras och således bevara och upprätthålla det friska längre. Medan de som är i en sen fas, kan få mer medicinsk omvårdnad. Med differentierade boenden kan personer i en tidig fas av en demenssjukdom få den uppmärksamhet som den har rätt till, när de är blandade som nu, tillsammans med personer i olika faser och ofta med ett utåtagerande beteende, tenderar dessa att ta personalens fulla uppmärksamhet, som får den följd att personer i ett tidigt skede blir åsidosatta (Ds 2003:47, s.121).

Differentierade boendena behöver dock inte vara den uteslutande ultimata lösningen, å ena sidan på grund av kvarboendeprincipen, å andra sidan på grund av bildandet av köer. Boendechefen talar om nackdelar som att de här brukarna är för små grupper för kommunen, att det finns risk för köbildning till vissa differentierade boenden, vad gör vi när det inte finns någon plats för till exempelvis unga dementa, men ett behov? Vikarierande boendechefen menar vidare att om det finns differentierade boenden, och brukare inte önskar just ett visst boende, då skapas det istället tomma platser på vissa boenden, och detta kostar pengar, medan det till andra boenden istället bildas köer och människor i behov av ett visst boende hamnar på så kallade listor. Då uppkommer problemet med att verkställighetstiden på tre månader riskerar att gå ut.

Att kvarboendeprincipen blir ett problem om boendena ska specialiseras är något som återkommer hos alla respondenter förutom hos vårdpersonalen. Nackdelen beskrivs så här:

”Nackdelen blir ju att vi måste i sådana fall ha ett krav på att du ska flytta, för annars så dör hela den idén” (vikarierande boendechefen).

När vi under intervjun med hemvårdschefen tog upp att andra kommuner har olika differentierade boenden för exempelvis de med frontallobsdemens, eller de i skiljda stadier i sjukdomen menar hemvårdschefen: ”Innebär det då att de flyttas? Då är det ju motstridigt”.

Repstad (2005, s.150) redovisar det som han benämner som målkonflikt, vilket betyder att en organisation siktar mot två mål på samma gång som är svåra att förena. Det ena målet kommer i skymundan eller blir lidande för att det andra målet ska kunna uppfyllas. Ur vår insamlade empiri framkommer att det uppstår en målkonflikt mellan å ena sidan kvarboendepincipen och å andra sidan att specialisera boendena.

Målet med kvarboendepincipen var från början att brukare inte skulle tvingas att flytta från sitt ordinära boende mot sin vilja även om behovet av omvårdnad ökade, utan att behovet skulle kunna tillgodoses i det egna hemmet (SOU 2003:91, s.120-122). Kvarboendepincipen innebär således att brukaren har besittningsrätt på sin lägenhet (Ds 2003:47, s.233) och efter Ädelreformen även rum inom särskilt boende och inte kan flyttas mot sin vilja (SOU 2003:91, s.120-122). Dessutom är ett av de nationella målen för äldrepolitiken att äldre människor ska få bo kvar i sitt ordinära boende så långt det är möjligt, med anpassat stöd (Ds 2003:47, s.46). Undersökningar visar dessutom att de flesta äldre har en önskan om just detta (Prop. 1997/98:113, s.35). Dock förespråkar nationell forskning att det ska finnas differentierade boenden för dementas olika behov (Ds 2003:43, s. 121).

Det finns ett dilemma mellan att å ena sidan kvarboendepincipen och att kunna ge rätt vård genom differentierade boenden. I *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? – En kartläggning* (Socialstyrelsen 2001, s.55) tas problematiken med kvarboendepincipen upp. Forskarna menar att allt eftersom behovet ändras kan det vara befogat med en flytt inom boendena, för att kunna ge rätt vård. Vilket innebär att kvarboendepincipen inte bör utgöra ett problem. I den insamlade empirin ser intervjupersonerna annorlunda på problemet. Kvarboendepincipen utgör för dem ett större hinder. Delvis på grund av att de ser till de sociala behoven som brukaren har av kontinuitet och trygghet, och dessutom för att brukaren inte kan tvingas flytta, kvarboendepincipen är väldigt stark.

Ett annat sätt att ge god vård och omsorg än differentierade boende är att se till att brukaren aktiveras och stimuleras. ”En meningsfull vardag” gör det värt att leva och bidrar till att brukaren mår väl anser sjuksköterskan på minnesmottagningen. Boendesamordnaren tar också upp betydelsen av aktiviteter, att utveckla samt modernisera dagvården, mer flexibilitet såväl

dag, kväll som natt och helger, särskilt differentierade boenden behöver inte vara svaret på problemet.

En i demensteamet säger att: ”Det bästa är att lösa saker på plats, och det kanske är för enkelt att flytta.” Den andra i demensteamet fortsätter: ”och sedan kanske det inte blir bättre om man flyttar, jag menar vi jobbar med människor”.

Sjuksköterskan på minnesmottagningen tar upp problematiken med att vi har lättare för att se det sjuka istället för att fokusera på det friska. ”Vi är människor, sociala varelser. Blir vi bekräftade, presterar vi bättre. Det gäller alla, även demenssjuka. Vi har samma mänskliga behov”. Sjuksköterskan menar vidare att från början låg fokus på att ta till vara på det friska. Aktiviteter och social samvaro var betydelsefullt förr, till skillnad från nu när fokus ligger på vad som är fel och vilken medicin som passar in för att lindra sjukdomen.

5.7 Finns det alternativa lösningar?

Merparten av respondenterna har mycket tankar om olika lösningar för dementa och deras boende. Dock är alla eniga om att kvarboendepincipen ställer till det så att det blir svårt att hitta alternativa lösningar på organiseringen av särskilda boenden om den inte kan hävas på något sätt. Flera respondenter talar om att den kan kringgå om personal tydliggör för brukaren och anhöriga att det aktuella boendet fås under tiden det nuvarande behovet finns och att om behovet förändras, kan även boendeformen komma att ändras.

”Ja, man kan komma runt den, det har vi faktiskt tagit reda på, man kan komma runt det, genom att man är jätte, jätte tydlig när man ger bistånd på platsen att det är kring detta behovet, att man får platsen för detta behovet” (vikarierande boendechefen).

Några har tankar om att det inte går att specialisera demensboendena utefter diagnos, eftersom samma diagnos kan utveckla sig olika, och att det dessutom finns ett 70-tal olika demensdiagnoser. Däremot har flera av respondenterna tankar om att det hade varit bra om boendena hade kunnat specialiseras efter olika beteenden, exempelvis för dem med ett utåtagerande beteende.

Boendesamordnaren har såsom åsikt att ett alternativt sätt hade kunnat vara att demenssjuka hade fått bo kvar i det ordinära hemmet och där få resurserna tillgodosedda i en ännu större utsträckning än i dag. När det inte längre går att tillgodose i hemmet bör det finnas vissa

differentierade boenden med stimulerade verksamheter samt en välutvecklad dagvård, utökad kvälls-, natt- och helgvård.

Flertalet av de intervjuade är av den åsikten att någon form av demenshus som inkluderade allt, hade varit den ultimata lösningen. Att det i detta hus skulle finnas dag-, kvälls- och nattvård, en meningsfull dagverksamhet, växelvård, korttidsboende, differentierade avdelningar som underlättar flytt, men där kontinuiteten bibehålls för brukaren i form av samma omgivning samt personal.

Vikarierande boendechefen uttrycker sig så här om den ideala lösningen för dementa:

Den ideala lösningen tycker jag är att ett stort hus som vi kallar ett demenshus på något sätt, där människor kommer in och de möts av olika team, som sedan kommer att följa dig genom var du är, när det handlar om att möta hemtjänst, att möta dagvård, att möta växelvård, och ha anhörigstödjare, det finns ju massor av människor som vi faktiskt redan har idag, men att det finns en linje, ja, på något sätt, och sedan att du då också har olika, givetvis olika boendeformer och sådant att följa då, så det är väl kanske samverkan, att få ihop det, som är idealet kring den dementa.

Demensteamet förespråkar en liknande lösning:

”Det jag känner också det är väl att man kanske startar upp en dagvård och att man kan följa den här personen då i kanske korttidsboende, sedan permanentboende, då i samma enhet så att där är personal som man känner igen.” Den andra i demensteamet fyller i ”någon form av demenshus”.

Boendechefen menar att demensvården är något som börjar ses över i kommunen. Framförallt att finna ett fungerande boende för personer med ett utåtagerande beteende. Där personalen har spetskompetens för denna problematik. Problemet är återigen kvarboendeprincipen, som gör det svårt att flytta brukaren när det inte längre finns ett behov. Exempelvis när det somatiska omvårdnadsbehovet är större än beteende problematiken. Eventuellt går det att komma runt kvarboendeprincipen genom att vara väldigt tydlig gentemot anhöriga, att boendet är utifrån det nuvarande behovet och att när det förändras gör även boendet det. Vikarierande boendechef tar upp att det är trender och olika vindar som påverkar hur äldreomsorgen utformas. Det som ses som aktuellt att diskutera och förändra idag, kanske inte är det som diskuteras i framtiden.

Det går trender som influerar hur äldreomsorgen bör vara utformad. Organisationerna kopierar varandra i eftersträvan att likna dem de samarbetar med, men även vad som i övrigt ses som viktigt att diskutera runt om i landet. Repstad (2005, s.172) tar i sin punkt upp just

detta, att förhållandet till omvärlden är en anledning till att trenderna kan få en stor genomslagskraft, eftersom organisationer påverkas av omgivningen och andra organisationer.

Chefen för hemvårdsförvaltningen talar om att det är svårt att spekulera i vad framtidens brukare har för behov. Det går inte bara att bygga och bygga, kommer det en bromsmedicin för Alzheimers och personer i ännu större utsträckning än idag, väljer att bo kvar i det ordinära boendet, så är det tänkbart att demensboende inte blir lika efterfrågade i framtiden. Då menar hemvårdschefen att vi kommer att stå där med tomma boenden som ingen har behov av. Därav byggs det idag så flexibla boenden som möjligt. ”... det som är bra för de demenssjuka, det är säkert bra för alla andra också”, menar hemvårdschefen.

Något som hemvårdschefen betonar som viktigt är att politikerna faktiskt prioriterar de demenssjuka, att det avsätts tillräckligt mycket pengar för att i framtiden kunna tillgodose alla de behov som demenssjuka och deras anhöriga har. Väljer politikerna istället att prioritera annat, då får detta stå tillbaka. Allt handlar i grund och botten om pengar och prioriteringar, menar hemvårdschefen.

Utifrån den budget som politikerna har satt för äldreomsorgen finns det sedan ramar för hur mycket som ska gå till demensvården. Enligt Repstad (2005, s.151) styrs besluten av vilka värderingar som politikerna har om demensvården. Anser politikerna att det finns annat som bör prioriteras, så får demensvården stå tillbaka eftersom de har blivit tilldelade mindre resurser.

Vårdpersonal 2 anser att trygghet och kontinuitet av boendet samt personalen är av störst vikt. Vidare bedömer hon att unga dementa och de med ett utåtagerande beteende borde ha differentierade boenden.

Alla respondenter är överens om att det inte bara är organiseringen av demensboendena som har betydelse för hur behoven kan tillgodoses på bästa sätt, utan kompetent personal är av minst lika stor betydelse.

Det är inte bara på grund av olika synsätt på lösningen mellan de olika verksamheterna och professionerna som kan vara problematiskt. Alla delar av systemet (organisationen), brukarna och de anställda som arbetar inom organisationen, påverkar och påverkas av systemet också. De måste ses i sin helhet och inte som separata enheter (Repstad 2005, s. 143).

”Och så jättekunnig personal, personalen är det absolut viktigaste, sedan kan vi ha vilka strukturer, organisationsformer och allt möjligt sådant, men har du inte människor som brinner för det och ger allt vad dom vill, och har rätt bemötande och respekt, så, så faller det” (vikarierande boendechefen).

Likaså här finns en målkonflikt, respondenterna är inte eniga om en lösning, de strävar mot olika håll. Merparten av de intervjuade framhåller att ett demenshus är en lösning. Hur det ska vara utformat är inte entydigt. Konflikten består av att respondenterna ser olika lösningar utifrån sin praktiska verksamhet och yrkesprofession. Dessutom som framgår av citatet ovanför tar en del respondenter upp att vikten av kompetent personal kan vara större än något annat. Denna konflikt är vad Repstad (2005, s.151) kallar både en logisk målkonflikt och en resurs konflikt. Resurserna är begränsade både i det politiska avseendet i hur mycket ska demensvården få kosta, men även i hur pengarna ska fördelas. Dessutom är parterna inte samstämda om den ideala lösningen och vilken fråga som är viktigast.

5.8 Hur fungerar samverkan med andra verksamheter?

Det råder en relativt enig uppfattning hos intervjupersonerna angående hur samverkan fungerar, dock går nästan ingen närmare in på ämnet. De flesta tar upp att kontakten och dialogen med landstinget oftast fungerar, och att det känns bra att det finns ett samarbete med Avdelning 26 (där demensutredningar görs). Boendesamordnaren tar upp att det finns ett samverkansavtal som reglerar hur landsting och kommun möts, var gränserna och ansvarsområdena ligger. Boendesamordnaren menar även att i perioder när arbetsbelastningen är hög, anser landstinget att uppgifterna inom den kommunala äldreomsorgen inte sköts och att patienter/brukare inte tas hem från sjukhuset tillräckligt snabbt, men boendesamordnaren påpekar att denna uppfattning snabbt går över och inte är något långvarigt. Demensteamet upplever dock att samverkan med närsjukvården inte har varit så stor fram tills nu, vilket de menar beror på att demensteamets verksamhet är relativt nystartad. Fokus för de två anställda i demensteamet har varit att först och främst bygga upp den egna verksamheten så att den fungerar. Nästa steg menar de, blir samverkan med andra verksamheter. De anser att det finns goda förutsättningar för väl fungerande samverkan i framtiden, men att arbeta med samverkan och utvecklingen av den tar tid. En av dem menar vidare att ett demensteam främjar samverkan, eftersom det då blir lättare att samordna allting. Demensteamet arbetar enbart mot

demens och har kontakt med både brukare, anhöriga och personal, och blir då en verksamhet som binder ihop hela demensvården i kommunen.

Repstad (2005, s. 171-172) tar i sin analys upp att organisationer har en benägenhet att anamma det sätt som den verksamheten som de samverkar med gör. Samverkan underlättas av att de olika organisationerna tänker på ett liknande sätt. En annan anledning när samverkan fungerar bra är när de berörda organisationerna gynnas av samarbetet. Exempelvis brukaren som har kontakt med både landsting och kommun samt olika verksamheter inom båda, främjas av ett väl fungerande samarbete.

Hemvårdschefen upplever att samverkan alltid kan förbättras med alla verksamheter, men att samarbetet med socialförvaltningen har kommit en bra bit på väg. Från att ha haft ständiga diskussioner om vilken förvaltning brukaren ifråga tillhör, har det nu upprättats ett gränsdragningsavtal och där beslut har fattats att ansvaret för alla demenssjuka ska ligga på Hemvårdsförvaltningen. Hemvårdschefen tar också upp att diskussioner har förts med socialförvaltningen angående att bygga upp något tillsammans för unga demenssjuka, men där har ingen lösning kommit till stånd, eftersom det har konstaterats att kvarboendepincipen gör det komplicerat. Dock är hemvårdschefen den enda intervjupersonen som uttalar att samverkan med landstinget och psykiatrin inte fungerar tillfredsställande. Landstinget har inga specifika demensteam, och hemvårdschefen upplever att de gärna vill bolla över psykiskt sjuka med demensliknande beteende till kommunen.

Regeringen skriver i sin proposition *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre* (2005/06:115, s.56-59) om samverkan mellan kommun och landsting som en förutsättning för att Sverige ska kunna bedriva en god demensvård. Målens syfte är att skapa en hel vårdkedja för brukare och deras anhöriga. Genom samarbetet mellan de olika huvudmännen ska ingen kunna "falla mellan stolarna". Vidare tar ett antal forskare upp att det krävs bättre samverkan då de finns väldiga olikheter både lokalt och regionalt, vad gäller vården av dementa. För att kunna möta och tillgodose alla olika behov som demenssjuka kan ha krävs även samverkan mellan kommuner och län. Samverkan behövs då många kommuner är för små för att kunna tillgodose de olika behoven samt för att använda de befintliga resurserna på lämpligaste sätt (Marcusson et al. 2006).

Boendesamordnaren tror inte på samverkan mellan olika kommuner: "Samarbete över kommuner är svårt. Det är ingen som vill flytta".

6. Sammanfattning

Vårt syfte var att undersöka hur de olika verksamheterna och yrkesprofessionerna i den undersökta kommunen uppfattar organiseringen av demensboendena i sin kommun. Efter att ha genomfört undersökningen har författarna kommit fram till att synen skiljer sig åt. Dels mellan de olika professionerna men också mellan forskning och den undersökta kommunen.

Alla respondenter hävdar att differentierade boende skulle innebära en förbättrad vård och omsorg för brukarna, men också för personalen. Det kräver att alla brukare är utredda och diagnostiserade. Vilket samtliga respondenter anser att brukarna ska vara ändå. Samtidigt påtalar respondenterna att det troligtvis inte är den ideala lösningen eftersom brukarna då kommer att flyttas omkring. Lösa problemen på plats och tillgodose behoven i hemmet är det tillvägagångssätt som kommun arbetar efter idag. Flertalet av respondenterna har tagit upp problematiken med att förena kvarboendeprincipen med differentierade boende. Respondenterna framhåller att det inte går att genomföra differentierade boenden om det inte går att tänja på reglerna (brukarna bör kunna flyttas vid ändrade vård- och omsorgsbehov).

Synen mellan respondenterna skiljer sig i de avseenden att vårdpersonalen främst har brukarfokus, chefspositionerna har mer en helhetssyn av hela verksamheten. Vidare skiljer synen på hur differentieringen borde se ut. De nationella målen för äldrepolitiken förespråkar att behoven ska tillgodoses i hemmet i första hand och sedan menar forskning att behoven lämpligast tillfredställs med differentierade boende. Hur behoven i den undersökta kommunen lämpligast tillgodoses råder det skilda meningar om. Flera respondenter anser att kompetent personal också är en viktig del i demensvården, somliga menar till och med att det är viktigare än organiseringen.

Det är av största vikt att ha enhetliga mål som samtliga anställda har tillgång till. Respondenterna framhåller vikten av att dokumenten finns och återkommer ofta till dessa. Samtidigt är det få som rent faktisk kan hänvisa till vad som står i dem och var någonstans de finns.

Forskning hävdar att det krävs god samverkan mellan verksamheterna för att kunna ge god vård och omsorg. Samtliga respondenter är av samma åsikt. Alla utom hemvårdschefen menar att i den undersökta kommunen finns en fungerande samverkan mellan landsting och kommun samt inom kommunen, men att den alltid kan bli bättre.

7. Slutdiskussion

Vår konklusion är:

De brukare som har störst behov är mest resurs krävande. Brukare med mindre behov får knappt den hjälp de har rätt till. Prioriteringen är enligt vår åsikt fel. Det bör åtgärdas så att även de mindre sjuka får den stimulans och aktiviteter som de har behov av och rätt till. Antagligen hade differentierade boenden kunnat ge rätt vård och omsorg, om brukare i liknande faser med liknande behov hade bott tillsammans.

Den övergripande handlingsplanen bryts ner och tolkas olika inom diverse verksamheter. De enhetliga målen försvinner i olika tolkningar. Problemet som uppstår är att ingen kan återberätta helt vad som står i planen. Är de inte pålästa på handlingsplanen eller brister det i organisationen redan här? Det är svårt att ha en enhetlig handlingsplan liksom Repstad menar är godkänd av alla. Men varför påtala hur viktig handlingsplanen är när ingen kan den? Kommunen borde lägga ner mer tid på att faktiskt få alla som arbetar med den att förstå innehållet istället för att bara tala om hur viktiga dokumenten är samt se till att den finns tillgänglig för alla.

Det är viktigt att även cheferna har kunskap om demens. Annars talar de inte samma språk och kan inte förstå problematiken på samma sätt som vårdpersonalen.

Samverkan är komplicerat, av den anledningen har vi svårt för att acceptera att det bara är hemvårdschefen som anser att det är problematiskt med samverkan. Är det ett känsligt ämne som ingen vill ta upp eller är det helt enkelt inte ett problem i den undersökta kommunen? Samverkan mellan kommuner är även det komplicerat, för vem vill flytta och byta kommun för att få rätt vård? Samtidigt som inte alla kommuner kan ha samma utbud och standard.

Är differentierade boenden ett så pass nytt fenomen som gör att ursprungstanken med kvarboendeprincipen inte är applicerbar på dagens problematik inom organiseringen av demensboende? Eller kan det bero på att forskningen företräder ett medicinskt synsätt till skillnad från kommunen som har både ett socialt och medicinskt synsätt och därigenom i större utsträckning ser till brukarens sociala behov och rättigheter? Vi menar att differentierade boenden är en bra lösning för att kunna ge rätt vård till alla brukare. Samtidigt är differentierade boenden svårt att förena med kvarboende principen. Är det den rätta och ultimata lösningen att flytta runt brukare efter vårdbehov? Glömmer forskarna bort de sociala behoven, brukares rätt till trygghet och kontinuitet i boendet och vårdpersonal? Ur ett

rättssäkerhetsperspektiv ska alla vara utredda för att kunna få rätt insatser. Dessutom är det, som sjuksköterskan på minnesmottagningen och demensteamet säger, en rättighet i att veta vilken sjukdom de har.

Vi anser att en lösning kan vara ett ”demenshus” där samverkan mellan kommun och lansting är väl etablerad. Ett hus med genomtänkt arkitektur, ytor, färger, ljus, form, utrymme och uteplats, demensutbildad personal och chefer, plats för dagverksamheter, natt- och kvällsavlastning, korttidsboende, växelvård och demensteam. En plats dit brukaren och de närstående kan vända sig till i trygghet till en invand miljö samt känd personal. Här menar vi att en flytt inom demenshuset blir naturlig och således borde inte kvarboendepincipen utgöra ett problem.

På samma gång som vi tycker att politikerna ska prioritera och avsätta pengar för demensvården och demenssjuka, blir det samtidigt på bekostnad av någon annan. Det finns tyvärr inte obegränsat med pengar. Sorgligt nog är livet orättvist, det kommer alltid att finnas skillnader runt om i landet.

8. Referenslista

8.1 Litteratur

Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber AB

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

Marcusson, Jan & Blennow, Kaj & Skoog, Ingmar & Wallin, Anders (1995) *Demenssjukdomar*. Stockholm: Liber utbildning AB

Marcusson, Jan & Hoffman, Wilhelmina & Klingén, Sonja & Minthon, Lennart & Sandman, PO & Strömqvist, Jan & Sundin, Yngve & Wahlund, Lars-Olof & Wimo, Anders (2006). "Demensvården behöver reformeras. Resurserna används inte optimalt- dags att evidensbasera vården". *Läkartidningen*, nr 13, Volym 103, 1022-1024, 1027-1028.

Norström, Carl & Thunved, Anders (2007) *Nya sociallagarna*. Stockholm: Norstedts Juridik AB

Repstad, Pål (1999) *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Repstad, Pål (2005) *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Regeringens proposition 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialdepartementet

Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Stockholm: Socialdepartementet

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering 2006 *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*. Rapportnr: 172

Socialstyrelsen 2001 *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? – En kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 2003:91 *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*. Stockholm: Socialdepartementet

SOU 2006:110 *Regler för skydd och rättsäkerhet inom demensvården*. Stockholm: Socialdepartementet

Trost, Jan (2005) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab.

8.2 Elektroniska källor

Föreningen Mälarhemmet, Västerås (2008) ”Mälarhemmets verksamhet”

<http://www.malarhem.se/aktuellt/verksamhet/malarhem_verksamhet.html> (2008-04-21)

Palmroth, Elisabeth et al. (2001) “Riktlinjer vid vård och omsorg av demenssjuka i Örebro kommun”

<<http://66.102.9.104/search?q=cache:WKZy2wwz3EQJ:www.orebro.se/download/18.10f1ec7f110cf0d553e800041831/V%C3%A5rd%2Boch%2Bomsorg%2Bav%2Bdemenssjuka.pdf+definition+kvarboendepincip&hl=sv&ct=clnk&cd=4&gl=se>> (2008-04-21)

Borås Stad (2008) ”Äldreomsorg”

<<http://www.boras.se/bramhult/aldreomsorg.4.633e5e10039748abd7fff11482.html>> (2008-04-21)

Oxelösunds kommun (2008) ”BISTÅNDSHANDLÄGGARE- till hjälp för Oxelösunds kommuninvånare” <<http://www.oxelosund.se/index.php?id=191>> (2008-05-22)

Information från stadsdelsnämnden Majorna (2007) ”trygg äldreomsorg”

<[http://www.majorna.goteborg.se/prod/SDFMajorna/dalis2.nsf/vyFilArkiv/trygg_aldreomssorg_07.pdf/\\$file/trygg_aldreomssorg_07.pdf](http://www.majorna.goteborg.se/prod/SDFMajorna/dalis2.nsf/vyFilArkiv/trygg_aldreomssorg_07.pdf/$file/trygg_aldreomssorg_07.pdf)> (2008-05-22)

Margareta Viklund (1998/1999) ”Motion Ädelreformen”

<<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=410&typ=mot&rm=1998/99&bet=So436>> (2008-05-05)

Bilaga 1

Intervjufrågor

1. Vad har du för befattning? Hur länge har du haft denna tjänst?
2. Hur många år har du arbetat inom demensvården?
3. Har du fått någon utbildning inom demens?
4. Anser du att du har fått tillräcklig utbildning inom demens?
5. Beskriv hur du i ditt dagliga arbete kommer i kontakt med brukare/patienter inom demensvården.
6. Vet du vilken diagnos varje brukare har? Anser du att bemötandet av brukare är olika beroende på vilken diagnos brukaren har? Eller är bemötandet helt beroende på den enskilda individen?
7. Hur kommer det sig att demensboendena är organiserade som de är i kommunen?
8. Har ni/Vad har ni för policydokument, handlingsplan, vårdplan och värdegrund för verksamheten/organiseringen av demensvården och demensboende? Vem har upprättat dessa och när? Anser du att dessa efterföljs i praktiken? Vad anser du att dessa dokument får för inverkan på verksamheten?
9. Hur ser du på uppbyggnaden av organiseringen? Finns det alternativa lösningar? Går det att göra på något annat sätt? Vad är i så fall för- och nackdelarna med de alternativa lösningarna?
10. Upplever du att det är ett problem att de olika boendeformerna för dementa i er kommun inte är differentierade efter de olika demenssjukdomarna? Anser du att boendena borde specialiseras?
11. Vad skulle det kunna finnas för fördelar och nackdelar för brukarna om det fanns differentierade demensboenden utefter diagnos?
12. Vad skulle det kunna finnas för fördelar och nackdelar för personalen om det fanns differentierade demensboenden?
13. Är detta en viktig fråga, eller är det något som inte diskuteras/prioriteras?

- 14.** I exempelvis Jönköpings kommun finns differentierade boende för personer med frontallobsdemens, för övrigt anpassas boendena individuellt efter i vilket stadium av sjukdomen brukaren befinner sig. Vad anser du om det? Är det något som skulle kunna fungera i er kommun?
- 15.** Hur ser den ideala lösningen ut enligt dig?
- 16.** Hur tror du att det kommer att se ut i framtiden?
- 17.** Är det något som du skulle vilja tillägga?

Bilaga 2

Hej,

Vi heter Alexandra Andersson och Malin Lindqvist, vi studerar till Socionomer vid Lunds Universitet, Campus Helsingborg.

Vi går nu näst sista terminen och skriver för tillfället vårt examensarbete om **organisering av demensboenden i kommunen**. Vårt syfte med uppsatsen är bland annat att undersöka vilken uppfattning vårdpersonal, chefer och berörda politiker inom demensvården har om organiseringen av demensboenden i kommunen. Vad kan det exempelvis finnas för fördelar och nackdelar med att demensboendena inte är specialiserade efter demensdiagnosen? Vi vill även undersöka om det kan finnas andra lösningar än de sätt på vilket kommunen idag organiserar boenden för dementa. Hur skulle de lösningarna i så fall kunna se ut?

Vi har vänt oss till er då vi anser att ni besitter kunskap att kunna besvara våra frågor, så vi undrar om ni kan tänka er att ställa upp på en intervju? Intervjun kommer att ta ca en timme och ske när ni har tid och vart ni vill.

Vi kommer inte att uppge vilken kommun det är som vi undersöker, eftersom det är svårt att anonymisera era olika verksamheter. Så vi undrar om det går bra att vi namnger er verksamhet. Dock kommer alla ni som blir intervjuade att veta vilken kommun det är som vi utför undersökningen i.

Det är inte er personliga uppfattning utan er professionella åsikt vi är intresserade av.

Det är frivilligt att delta och ni kan dra er ur när ni vill. Vi kommer vid intervjun att spela in samtalet för att sedan transkribera över det på papper. Detta görs för att underlätta vårt arbete under uppsatsen gång. När uppsatsen är examinerad kommer de transkriberade papperna att förstöras. Intervjun kommer endast att användas till denna uppsats. Om ni önskar kan ni få läsa transkriberingen av er intervju och godkänna den.

Har ni några frågor är ni välkomna att höra av er till oss.

Tack på förhand!

Alexandra Andersson XXXXXX

Malin Lindqvist XXXXXX