



LÄNSSTYRELSEN
I STOCKHOLMS LÄN

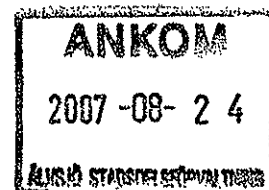
Socialavdelningen
Birgitta Vigil
08-785 40 28

BESLUT

Datum
2007-08-23

Beteckning
7010-06-80441

Älvsjö stadsdelsnämnd
Box 48
125 21 Älvsjö



**Länsstyrelsen begär nytt yttrande om Solberga
korttidsboende i Älvsjö stadsdel, Stockholm**

Länsstyrelsen riktade den 24 november 2006 kritik mot stadsdelsnämnden i Älvsjö för brister när det gäller bostadsstandard, storlek på enheten, blandad målgrupp och den sociala dokumentationen på Solberga korttidsboende. Länsstyrelsen begärde en redogörelse över vilka åtgärder nämnden ämnar vidta med anledning av kritiken.

En redogörelse från nämnden inkom till Länsstyrelsen den 2 april 2007. Länsstyrelsen konstaterar att nämnden åtgärdat kritiken när det gäller den sociala dokumentationen. Sedan mars 2007 förs den sociala dokumentationen i ett datoriserat dokumentationsprogram och personalen har fått utbildning.

När det gäller bostadsstandarden svarar nämnden att det inte finns planer för att åtgärda bristerna. Nämnden identifierar inte korttidsboende som särskilt boende enligt socialtjänstlagen och menar därför att ombyggnation inte behöver ske.

I nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre 2005/06:115 kapitel 6.5 står följande:

Regeringens bedömning: Begreppet särskilda boendeformer bör även fortsättningsvis omfatta både bostäder för stadigvarande boende och platser för kortvariga eller tillfälliga behov.

Länsstyrelsen utgår i sina bedömningar och ställningstaganden från socialtjänstlagens grundläggande värderingar om att socialtjänstens verksamheter ska bygga på människors självbestämmande och integritet. Vid intervjuer med äldre som vistas på korttidsboende har Länsstyrelsens representanter tagit del av ett flertal beskrivningar om olägenheter med delade rum och hygienutrymmen.

När det gäller storleken på enheten och blandningen av korttidsboende och dagverksamhet nämner nämnden inga åtgärdsplaner.

Länsstyrelsen begär ett nytt yttrande där nämnden beskriver hur bristerna när det gäller bostadsstandarden och enhetens storlek och blandade målgrupp ska åtgärdas. Yttrandet ska vara Länsstyrelsen tillhanda senast den 30 oktober 2007

Postadress
Länsstyrelsen
Socialavdelningen
Box 22067
104 22 STOCKHOLM

Besöksadress
Hantverkargatan 29

Telefon
08-785 40 00 (vxl)

Telefax
(exp)
08-785 40 01 (vxl)

E-post/webbplats
ins@ab.lst.se (exp)
www.ab.lst.se



LÄNSSTYRELSEN
I STOCKHOLMS LÄN

BESLUT

Datum
2007-08-23

Beteckning
7010-06-80441

Lotta Liwergren
Äldreskyddsombud

Birgitta Vigil
Äldreskyddsombud

Kopia till:

Verksamhetschefen på Solberga äldreboende

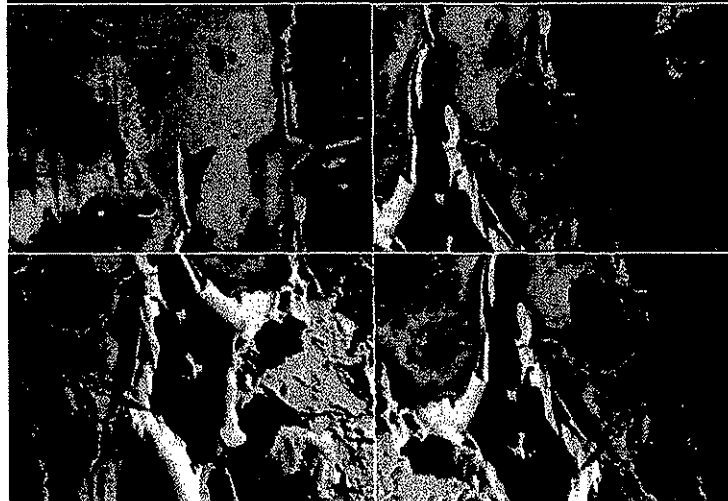
Enhetschefen på korttidsboendet, Solberga äldreboende



KCKOMPETENSCENTRUM
inom äldreomsorg & äldrevard

Nasi Behjat Azadipour och Lars Sonde

Beteendemässiga och psykiska
symptom hos demenssjuka personer
på korttidsboende



RAPPORT 47 ISSN: 1650-884X AUGUSTI 2007



Nasi Behjat Azadipour är sjuksköterska och arbetade vid tidpunkten för studien vid Solberga Vård- och Omsorgsboende i Älvsjö, Stockholm.
Lars Sonde är Med dr och handledare vid KC-Kompetenscentrum.

Mer information om KC-Kompetenscentrum finner du längst bak i denna rapport samt på följande webbplats, www.kompetenscentrum.org.

Älvsjö augusti 2007



Förord

En viktig uppgift...

Att genomföra utbildningssatsningar inom äldreomsorgen förbättrar de anställdas kompetens låter som en rimlig slutsats. Men faktum är att det saknas studier som kan verifiera antagandet. I den här rapporten görs ett försök att mäta effekten av boendemiljö och kompetensutveckling genom att titta på hur ofta beteendemässiga och psykiska symptom ses hos personer med demenssjukdom som beviljats plats på korttidsboenden.

...i en ny era!

KC-Kompetenscentrum har nyligen tagit steget in i en ny och spännande era. För att tydliggöra verksamhetens erbjudande och kompetensområden, samt öka kännedomen om organisationen startades under 2005 ett omfattande marknadsföringsprojekt. Lärdomarna från projektet och alla fruktsamma diskussioner har för mig och alla medarbetare varit mycket positiva.

Arbetet har bl.a. resulterat i ett nytt grafiskt profilprogram och BumerangModellen som är ett verktyg för kvalitetssäkring och projektstyrning. KC kommer i framtiden att arbeta helt annorlunda med implementering och marknadsföring av nya projektresultat.

Vi vill härigenom aktivt bidra till att ge verklighet åt visionen om excellens inom äldreomsorg och äldreomsorg. Vi på KC vill göra skillnad!

Trevlig läsning!

Lars Sonde

Projektledare

Älvsjö augusti 2007



(

(

(

(



Sammanfattning

Det här arbetet bygger på hypotesen att beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom inte bara påverkas av sjukdomen utan även av den omgivande miljön och omgivningens bemötande.

Syfte: Att kartlägga beteendemässiga och psykiska symptom på korttidsboenden för demenssjuka samt undersöka om faktorer som inre och yttre miljö, personalbemanning samt aktivering på enheterna påverkar frekvensen av symptomen.

Metod: Tre korttidsenheter med sammanlagt 40 personer ingick i studien. Demensgraden hos de boende skattades med hjälp av Gottfries-Bråne-Steens skala (GBS-skalan), vilken skattar intellektuell störning samt emotionell och motorisk störning (ADL-förmåga). Frekvensen av agiterade beteenden hos de boende på respektive enhet skattades med Cohen-Mansfield Agitation Inventory-scale (CMAI-skalan). De tre enheterna (två separata korttidsenheter och en kombinerad enhet med korttidsvård, dagvård och växelvård) jämfördes med avseende på inre och yttre miljö, personalbemanning och schemalagda aktiviteter vilket registrerades vid en intervju med ansvarig på respektive enhet.

Resultat: Inga skillnader i de boendes demensgrad sågs mellan de olika enheterna. Den intellektuella störningen skattades i genomsnitt till motsvarande medelsvår demens medan emotionell och motorisk störning skattades till lätt demens.

Sextiofem procent av de boende uppvisade något eller några agiterade beteenden en gång i veckan eller mer. Fysiskt aggressiva beteenden liksom verbalt aggressiva beteenden var dock sällsynta. Vanligare var beteenden som vandrande, att klä sig konstigt, försök att ge sig iväg,



rastlöshet, repetitiva meningar och frågor, konstiga ljud och begäran om konstant uppmärksamhet eller hjälp. När enheterna jämfördes visades en signifikant lägre frekvens agiterade beteenden på enheten med kombinerat boende jämfört med de andra två. Inga skillnader sågs mellan enheterna när det gällde inre och yttre miljö, personalbemanning eller aktiviteter för de boende.

Konklusion: Studien visar att det framförallt är fysiskt och verbalt icke aggressiva beteendemässiga och psykiska symptom som ses hos boende på korttidsenheterna och att förekomsten av agiterade beteenden är lägre än vad som tidigare rapporterats från enheter med heldygnsomsorg. Skillnaderna mellan korttidsenheterna i skattad frekvens av agiterade beteenden hos de boende kan förklaras av personalens kunskaper om demenssjukdomar samt kompetens i bemötande, aktivering och stimulering av de demenssjuka.



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning.....	5
Inledning.....	9
Bakgrund	9
Syfte.....	15
Metod.....	15
Datainsamling	15
Instrument	16
Dataanalys.....	18
Resultat	18
Agiterade beteenden	19
Verksamhets- och miljöbeskrivning.....	22
Diskussion	24
Tack	27
Referenslista.....	28
Om KC-Kompetenscentrum.....	30
Verksamhetsidé.....	30
Olika världar möts.....	30
Varje projekt är unikt.....	30
Historik	31
Vi söker ständigt nya partners och nya projekt.....	31
Publicerade rapporter vid KC-Kompetenscentrum	32



(

(

(

(



Inledning

Solberga Vård- och Omsorgsboende som ligger i Älvsjö stadsdel i Stockholms kommun är ett demensboende med 125 platser. Under flera år har en satsning på kompetensutveckling av personalen pågått innehållande ämnen som sjukdomslära, bemötande men också aktivering av personer med demenssjukdom. De som ansvarar för boendet är övertygade om att satsningen har förbättrat omhändertagandet av de boende men det har saknats systematiska utvärderingar.

I följande rapport jämförs korttidsenheten på Solberga Vård- och Omsorgsboende, som är ett kombinerat boende med korttidsenhet, dagvård och växelvård i samma lokaler, med två andra korttidsenheter. Fokus läggs dels på frekvensen av beteendemässiga och psykiska problem hos de boende dels på hur faktorer som personaltäthet, yttre och inre miljö och aktiviteter påverkar frekvensen.

Bakgrund

Demens är den fjärde största folksjukdomen i Sverige och 23-24 000 personer drabbas årligen. Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Ungefär fem procent av alla personer över 65 år har demenssjukdom av sådan svårighetsgrad att det föreligger ett betydande funktionshinder. I åldrarna över 80 år stiger siffran till 20 procent. Det finns cirka 140 000 personer med demenssjukdom, en grupp vilket beräknas att öka i framtiden. Prognosen är dock osäker av två skäl: dels har sådana prognoser ofta underskattat ökningen av antalet äldre, speciellt de som är över 85 år, dels vet man inget om hälsoutvecklingen hos äldre och de framtida möjligheterna att behandla demenssjukdomar (Socialdepartementet, 2003).

Alzheimers sjukdom (AS) är den vanligaste demenssjukdomen och diagnostiseras vid 50-60 procent av alla demensfall. Vaskulär demens (demenstillstånd som orsakas av kärlsjukdomar och är övervägande betingat av cerebrala infarkter dvs. blodproppar eller blödningar i



hjärnan) representerar 20-30 procent av alla demensfall. I de återstående fallen är demensen ett symptom på andra tillstånd såsom Parkinsons och Huntingtons sjukdom, frontallobsdemens, hjärntumör eller hydrocephalis (Basun et al, 1999).

Demens är en progredierande neurodegenerativ sjukdom med kognitiva, beteendemässiga, funktionella och motoriska symptom (Basun et al.1999). Definitionen av demens är enligt Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders (American Psychiatric Association, 2000) en nedsatt minnesfunktion (bristande förmåga att lära sig något nytt och minnas vad som tidigare lärts in) samt minst en av följande kognitiva störningar: afasi (språkstörning), apraxi (oförmåga att utföra ändamåls- enliga rörelser trots normal rörlighet), agnosi (bristande förmåga att känna igen föremål trots intakt sensorisk funktion) samt störningar av s.k. exekutiva funktioner som att kunna planera, organisera, rangordna och tänka abstrakt (Basun et al, 1999). Även den perceptuella förmågan (att tolka sin omgivning), orienteringsförmågan och den spatiala (rumsliga) förmågan är påverkad vid demenssjukdom (Marcusson et al; 1995).

De beskrivna förändringarna i hjärnan kan ge upphov till olika beteendeförändringar som många gånger är en tydlig indikation på obehag och oro hos den demenssjuke. Dessa beteenden ger i sin tur upphov till stress hos anhöriga och vårdgivare.

Beteendemässiga och psykiska symptom

BPSD används som ett samlingsbegrepp för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demenssymptom. Dessa symptom, eller **agiterade beteenden**, har definierats som verbala, högljudda eller kroppsliga uttryck som, av en utomstående bedömare, inte är resultat av något behov eller av förvirring hos den demenssjuke (Cohen-Mansfield, Billig 1986). I termen agiterade beteenden ingår också beteenden som skrik, slag och vandrande. Beteendet kan vara aggressivt eller icke aggressivt. Prevalensen av agiterade beteenden hos personer med



demens är beroende av sjukdomens svårighetsgrad, dvs. funktionsnedsättningen och beteendeförändringen. Olika rapporter beskriver en prevalens på 55 % till 63 % vilket stiger till 90 % när anhöriga tillfrågas om dessa beteenden (Cohen- Mansfield, Culpepper, Werner 1995).

Omvårdnad vid demens

Det krävs många olika stödåtgärder för att på ett värdigt sätt kunna hjälpa dem som drabbats av demenssjukdom och deras anhöriga. Den demenssjuke personen mår och fungerar bäst i van miljö. Hemmet kan därför vara den bästa platsen, men allteftersom sjukdomen progredierar, dvs. symtomens grad och art förändras över tid, uppstår behov av andra omsorgsformer och stöd som hemtjänst, dagvård, avlastningsboende, växelvård eller gruppboende och sjukhem.

Som demenssjuk behöver man alltså i olika stadier av sjukdomen olika former av stöd, vård och boende. Vilka insatser som är lämpliga beror dels på sjukdomen, dels på individens resurser och behov samt även på anhörigas eller närståendes möjligheter att stötta den sjuke.

Kommunen skall verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem stöd i hemmet. Det är en rättighet att kunna få bo kvar i en invand hemmiljö där man har sina egna saker omkring sig. Denna rättighet regleras i Socialtjänstlagen (SFS2001:453).

I början av demenssjukdom bor de flesta i sitt eget hem. När det inte längre fungerar med att utföra sina vardagliga sysslor, måste den demenssjuke få stöd och hjälp. När anhöriga inte längre orkar finns möjlighet att ansöka om stöd och hjälpinsatser från kommunen.

För att få en fungerande demensvård av god kvalitet krävs en helhets-syn som innebär att flera alternativa vård- och boendeformer utvecklas. Det är av stor vikt att det finns ett differentierat vårdutbud att välja på så att man för varje individ, i varje fas av sjukdomen, kan ge den vård



som på bästa sätt tillgodoser den enskildes behov. Man måste veta för vilken typ av demenshandikapp vårdformen är anpassad, när i sjukdomsförloppet och hur länge den demenshandikappade skall tas omhand i respektive vård och boendeform. Man måste också vara överens om vilken aktivitetsgrad, stödform och målsättning som ska finnas vid de olika instanserna. Nedan beskrivs kortfattad olika vård- och omsorgsformer.

Avlösning

Innebär att personal från hemtjänsten avlöser den anhörige som vårdare i hemmet.

Dagverksamhet

Dagverksamhetens syfte är att ge den demenssjuke en meningsfull och stimulerande dag och samtidigt ge anhörig avlösning och stöd. Den sjuke kan beviljas dagverksamhet en eller flera dagar i veckan. Verksamheten ska hjälpa till att bibehålla och träna de funktioner som finns kvar hos den demenssjuke och erbjuda struktur och trygghet i tillvaron. Dagverksamheten bör bedrivas på ett vardagsrehabiliterande arbetssätt och ett jagstödjande förhållningssätt där den demenssjuke erbjuds individuellt anpassade aktiviteter.

Korttidsvård/växelvård

Verksamheten är i huvudsak avsedd som stöd och avlastning för närstående men används också som resurs i väntan på plats i gruppboende eller på sjukhem. Här kan den demenssjuke vistas alltifrån några dagar upp till tre månader. Vid växelvård skall vistelsen hemma vara minst lika lång som vistelsen på korttidsplats. För att korttidsplatsen ska kunna ge optimal vård och omsorg för den sjuke och avlastning för anhörig, är det viktigt att verksamheten har en inriktning mot demenshandikapp. Det innebär bl.a. krav på att miljön är lämplig och att personalen har kunskap i demensvård.



Vård och omsorg i särskilt boende

När ordinärt boende inte längre är möjligt kan kommunens biståndsenhet, efter ansökan från den enskilde, bevilja plats i särskilt boende. Lämpliga boendeformer för personer med demenssjukdom är boenden som har gemensamhetsutrymme i direkt anslutning till lägenheten. Oftast finns platserna på gruppboende eller på sjukhem.

Verksamheten vid Solberga Vård- och Omsorgsboende

Solberga Vård- och Omsorgsboende är som tidigare nämnts ett demensboende med 125 platser. Huset består av fyra våningsplan inklusive källarplan. Tre av våningarna används som permanent boende för personer med demenssjukdom. Det nedre planet används som ett kombinerat boende med dagvård, växelvård och korttidsboende.

Vanligtvis är cirka tio av platserna på det kombinerade boendet reserverade för dagvårdsgäster vilka oftast kommer från den egna stadsdelen eller närliggande. Alla personer som beviljats dagvård måste ha demensdiagnos. Distriktssjuksköterskor och allmänläkare på vårdcentralen har ansvar för medicindelning och hälsokontroll. Hemtjänsten ansvarar vid behov för omvårdnad och hjälp med att komma till dagvården.

Utöver dagvårdsplatserna finns växelvården och korttidsboendet med tillsammans 13 platser. Platserna är i första hand för personer från den egna stadsdelen men även andra stadsdelar kan utnyttja lediga platser. De som beviljats plats på korttidsboendet flyttas normalt vidare till gruppboende eller sjukhem inom tre månader.

Denna typ av kombinerat boende har både för- och nackdelar. Dagvårdsgästerna är ofta från närområdet, vilket ökar tryggheten. En annan fördel är att när deras hälsa försämras finns möjligheten att erbjuda plats inom växelvården eller korttidsboendet vilket förhindrar förflyttningar, något som ofta är problematiskt för en demenssjuk person. Nackdelar med kombinerat boende som påtalats är bland annat att oroliga



dagvårdsgäster negativt kan påverka andra personer som finns på korttidsboendet och växelvården. Något som också kan hända om en orolig korttidsboende kommer till avdelningen. När dagvårdsgästerna åker hem på eftermiddagen uppstår ibland oro hos den grupp som bor kvar. Även förekomsten av dubbelrum på korttidsboendet har ifrågasatts. I länsstyrelsernas gemensamma bedömningsgrunder säger man att delat rum är oförenligt med trygghet, integritet och självbestämmande och hänvisar till Socialtjänstlagen § 1.

Att vårda personer med demenssjukdom ställer stora krav på personalen. Kunskap, social kompetens och flexibilitet är viktigt för att kunna hantera olika situationer i arbetet. Personalen vid boendet har de senaste åren haft kontinuerlig kompetensutveckling med tillfällen till reflektion och dialog kring de boende som de vårdar. Detta för att ge förutsättningar för att de tillsammans ska kunna klara sitt svåra arbete (Kärman 2002). Solberga Vård och Omsorgsboende har utnyttjat sina befintliga lokaler för att öka möjligheten att aktivera och stimulera de boende med demenssjukdom. I en av boendets källarlokalerna finns nu ett aktivitetsrum i form av en folkpark på cirka 120 kvm. Lokalen är byggd i syfte att kunna ha gruppaktiviteter för social samvaro, allsång, dans, sittgymnastik etc. Rummet bredvid har inretts för att man ska kunna arbeta enligt snoezelenmetoden, som är en metod för sinnesstimulering (Burns et al, 1999). I anslutning till boendets entré finns ett rum som av personalen kallas finrummet. Finrummet är inrett som en salong från tiden kring sekelskiftet 1800-1900 och användas av personal, boende och anhöriga för måltider, sociala aktiviteter mm. I rummet finns bland annat böcker och annat material som härleder till 1900-talets början. Boendets ena långsida vetter mot Prästgårdsparken, en större park som till viss del har anpassats för äldres särskilda behov. Parken används av personal, boende och anhöriga för aktivering, promenader och utflykter.



Problemformulering

Det saknas studier som undersökt prevalensen av beteendemässiga och psykiska symptom hos personer med demenssjukdom på korttidsboenden. Det saknas också studier som undersöker om och hur organisation av korttidsboendet påverkar frekvensen av sådana beteenden. Vi ville i samband med kartläggningen av beteendemässiga och psykiska symptom på korttidsboenden även undersöka om verksamheten vid Solberga, med sitt kombinerade boende och sin satsning på kontinuerlig utbildning av personalen och olika aktiviteter för de boende, påverkar frekvensen av agiterade beteenden jämfört med andra enheterna.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga beteendemässiga och psykiska symptom på korttidsboenden för demenssjuka samt undersöka om faktorer som inre och yttre miljö, personalbemanning och aktivering kan påverka frekvensen av dessa symptom.

Metod

För att besvara frågeställningarna kontaktades den ansvarige sjuksköterskan på tre korttidsboenden i södra Stockholm. Förutom Solberga Vård- och Omsorgsboende i Älvsjö även Rönnbackens korttidsboende i Skarpnäck samt Solhöjdens korttidsboende i Huddinge kommun. Respektive sjuksköterska informerades om studien och ombads att tillsammans med projektansvarig ta fram data för de personer som var inskrivna på enheterna. Alla på respektive enhet som vid tidpunkten för studien hade beviljad plats på korttidsvård och diagnostiserad demens, inkluderades i studien.

Datainsamling

Vid studiens början registrerades data för ålder, kön, demensdiagnos och kognitiv förmåga. Vid första tillfället gjordes också skattningar av deltagarnas demensgrad respektive beteendemässiga och psykiska



symptom (agiterade beteenden). Skattningen av agiterade beteenden gjordes ytterligare efter en respektive två veckor.

För att få information om respektive enheters lokaliteter och aktiviteter intervjuades ansvarig sjuksköterska. Som stöd vid intervjuerna användes ett formulär med frågor om bemanning, antal platser, lokaler (planläggning och övriga utrymmen), eventuella uterum eller externa områden samt schemalagda aktiviteter.

Instrument

Deltagarnas kognitiva förmåga skattades med hjälp av Mini Mental Test (MMT) (Folstein et al 1975), vilket testar kognitiva förmågor som minne, orienteringsförmåga, uppmärksamhet, språklig- samt visuospatial förmåga. Maximal poäng är 30, vilket är normalt för en icke dement person. Resultat under 24 poäng indikerar kognitiv störning eller begynnande demenssjukdom.

Graden av demenssjukdom hos deltagarna skattades med GBS-skalan (Bråne, Gottfries, Winblad 2001). Skalans subskalor mäter intellektuell störning, emotionell störning och motorisk funktion i form av en ADL-bedömning.

- När det gäller den första subskalan; **Intellektuell störning**, sätts poäng mellan 0 och 72 där en totalpoäng på 0-1 indikerar normaltillstånd, 2-24 lindrig demens, 25-49 medelsvår demens och 50-72 svår demens.
- För andra subskalan; **Emotionell störning** kan totalpoängen ligga mellan 0 och 18. Här indikerar poäng mellan 0-1 ingen demens och 2-6 poäng lindrig demens, 7-12 poäng medelsvår demens och 13-18 poäng svår demens.
- **Motorisk störning eller ADL-förmåga** skattas mellan 0 och 36 poäng. Noll till en poäng indikerar ingen demens och 2-12 poäng



lindrig demens, 13-24 poäng medelsvår demens och 25-36 poäng svår demens.

För att skatta beteendemässiga och psykiska symptom användes Cohen-Mansfield Agitation Inventory-scale (CMAI), som består av 29 beskrivningar av agiterade beteenden fördelade på fyra områden. Varje beteende skattas på en sjugradig skala där 1 innebär att beteendet inte förekommit under den senaste veckan och 7, att personen uppvisar ett visst beteendet ett par gånger i timman (Cohen Mansfield et al, 1986, Shah, Evans, Parkash 1998), se bilaga 1.

- **Fysiskt aggressivt beteende**, (11 punkter: slår, sparkar, tar tag i folk, knuffas, kastar saker, bits, rivs, spottar, skadar sig själv eller andra, sliter sönder eller förstör saker, gör fysiska sexuella närmanden). Totalpoäng för de 11 punkterna sätts mellan 11 (inga uppvisade beteenden) till 77.
- **Fysisk icke aggressivt beteende**, (10 punkter: meningslöst vandrande, klär sig konstigt, försöker ge sig iväg, ramlar avsiktligt, äter eller dricker något olämpligt, hanterar saker på konstigt sätt, gömmer saker, hamstrar saker, utför repetitiva maner, generell rastlöshet). Totalpoäng för de 10 punkterna sätts mellan 10 (inga uppvisade beteenden) till 70.
- **Verbalt aggressivt beteende**, (3 punkter: skriker, gör verbala sexuella närmanden, svär eller visar verbal aggressivitet) Totalpoäng för de 3 punkterna sätts mellan 3 (inga uppvisade beteenden) till 21.
- **Verbalt icke aggressivt beteende**. (5 punkter: Repetitiva meningar eller frågor, ger ifrån sig konstiga ljud (omotiverat skratt eller skrik), klagar, negativism, begär konstant obefogad uppmärksamhet). Totalpoäng för de 5 punkterna sätts mellan 5 (inga uppvisade beteenden) till 35.



Dataanalys

Data presenteras på gruppnivå med medelvärden och standardavvikelse, totalt och uppdelat på respektive korttidsboende. Ett medelvärde av de tre mätningarna med CMAI användes som värde vid analys. Jämförelser mellan Solberga å ena sidan och de andra två enheterna gjordes med hjälp av Mann-Whitney's test. Signifikansnivån sattes till $p < 0,05$.

Etik

Helsingforsdeklarationens riktlinjer har beaktats. De metoder som användes vid datainsamlingen, observationer och skattningar, innebar att deltagarna var ovetande om att skattningarna gjordes. För att undvika att enskilda individer pekas ut presenteras all data på gruppnivå.

Resultat

Demografiska data samt resultat av demensskattningen presenteras i tabell 1. Totalt inhämtades data från 40 personer inskrivna vid de tre enheterna. Deltagarna hade en genomsnittlig ålder på 81 år (range 65-94 år) och 22 av dem var kvinnor. Kognitionsförmågan skattad med MMT skiljde sig inte mellan grupperna på de olika enheterna.

Inte heller graden av demens skiljde sig mellan grupperna. Vid analys av respektive subskala i GBS indikerade skattningen med den intellektuella subskalan att deltagarna hade en intellektuell störning motsvarande medelsvår demens.

Skattningen med den emotionella subskalan indikerade lätt demens hos deltagarna. Skattning av motorisk störning enligt tredje subskalan indikerade dels lätt demens på två enheter och medelsvår demens vid en enhet (Tabell 1).



Tabell 1. Deltagarnas demografiska data samt demensskattning enligt GBS

Variabel	Totalt (n=40)	Solberga (n=16)	P	Solhöjden (n=7)	Rönnebacken (n=17)
Män/Kvinnor	18/22	6/10	0,31	2/5	10/7
Ålder	81,0 (±8,8)	84,1 (±6,5)	0,06	79,7 (±10,9)	78,6 (±8,2)
MMT	19,1 (±2,3)	18,6 (±3,5)	0,91	19,9 (±1,7)	19,2 (±2,6)
GBS: Intel. subskalan	27,0 (±13,4)	26,9 (±15,8)	0,94	21,6 (±5,9)	29,3 (±14,7)
Emotion. subskalan	4,3 (±3,9)	5,3 (±4,5)	0,21	2,7 (±1,9)	3,9 (±4,1)
Motorisk funktion	12,1 (±10,2)	10,6 (±8,4)	0,56	9,0 (±7,2)	14,8 (±11,4)

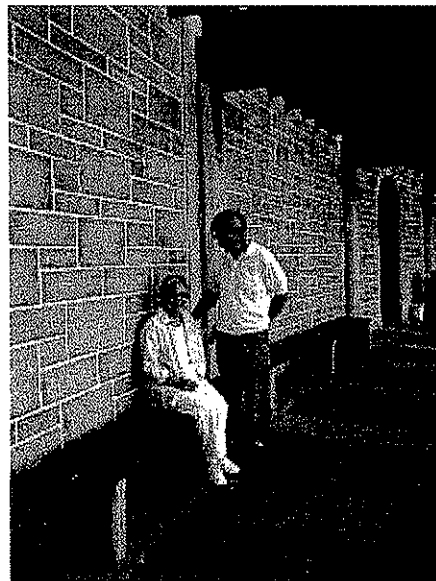
Agiterade beteenden

Tjugosex av de fyrtio deltagarna (65 %) uppvisade agiterade beteenden en gång i veckan eller mer. I tabell 2 redovisas genomsnittsvärden för CMAI på respektive enhet och totalt. Signifikant färre symptom noterades hos deltagarna från Solberga jämfört med deltagarna på de andra två enheterna.

CMAI uppdelat på de fyra delområdena visade att fysiskt aggressiva beteenden liksom verbalt aggressiva beteenden var sällsynta och inga skillnader sågs mellan enheterna. De beteenden som hade registrerats fanns hos en eller två personer på respektive enhet. Registrerade aggressiva beteenden var; slår, sparkar, tar tag i folk och knuffas. Verbalt aggressiva beteenden som registrerades var; skrik, svordomar eller visar verbal aggressivitet.



De fysiskt icke aggressiva beteenden som registrerades var koncentrerade till fem beteenden; meningslöst vandrande, klär sig konstigt, försöker ge sig iväg, utför repetitiva maner samt rastlöshet. Här sågs en tendens till färre beteenden hos de boende på Solberga jämfört med de andra två enheterna.





Tabell 2. CMAI-Skattning av beteendemässiga och psykiska symptom på de tre enheterna.

Variabel	Totalt	Solberga	P	Solhöjden	Rönnbacken
CMAI-poäng:					
<i>Fysiskt aggressivt bet.</i>	11,6	11,8	0,92	11,4	11,5
<i>Fysiskt icke aggr. bet.</i>	15,4	11,1	0,07	12,7	20,6
<i>Verbalt aggressivt bet.</i>	3,8	3,5	0,38	3,0	4,4
<i>Verbalt icke aggr. bet.</i>	9,6	7,4	0,04	11,0	10,9
Totalpoäng (Inga noteringar = 29)	40,3 (±13,6)	33,6 (±8,4)	<0,01	38,9 (±11,9)	47,2 (±15,3)

Fysiskt aggressivt beteende, (11 punkter: slår, sparkar, tar tag i folk, knuffas, kastar saker, bits, rivs, spottar, skadar sig själv eller andra, sliter sönder eller förstör saker, gör fysiska sexuella närmanden). Totalpoäng för de 11 punkterna sätts mellan 11 (inga noteringar) till 77.

Fysisk icke aggressivt beteende, (10 punkter: meningslöst vandrande, klär sig konstigt, försöker ge sig iväg, ramlar avsiktligt, äter eller dricker något olämpligt, hanterar saker på konstigt sätt, gömmer saker, hamstrar saker, utför repetitiva maner, generell rastlöshet). Totalpoäng för de 10 punkterna sätts mellan 10 (inga noteringar) till 70.

Verbalt aggressivt beteende, (3 punkter: skriker, gör verbala sexuella närmanden, svär eller visar verbal aggressivitet) Totalpoäng för de 3 punkterna sätts mellan 3 (inga noteringar) till 21.

Verbalt icke aggressivt beteende. (5 punkter: Repetitiva meningar eller frågor, ger ifrån sig konstiga ljud, klagar, negativism, begär konstant obefogad uppmärksamhet). Totalpoäng för de 5 punkterna sätts mellan 5 (inga noteringar) till 35.



Verbalt icke aggressiva beteendena som noterades var; repetitiva meningar eller frågor, ger ifrån sig konstiga ljud (omotiverat skratt eller skrik), negativism, begär konstant obefogad uppmärksamhet eller hjälp. Här fanns signifikant färre noteringar hos de boende på Solberga (Tabell 2).

Verksamhets- och miljöbeskrivning

I tabell 3 jämförs de olika enheternas lokaliteter och möjlighet till aktiviteter. Antalet platser på enheterna varierar mellan 7 och 18 och de utnyttjas både för korttidsvård och växelvård. I Solberga används platserna av cirka 35 personer per månad varav 10 platser är för dag-gäster. Motsvarande antal för Rönnbacken och Solhöjden är 30 respektive 15-20 personer per månad men här finns inga dagvårds-platser. Vistelsen på korttidsboende är normalt aldrig längre än tre månader. Därefter flyttas personen i de flesta fall till gruppboende eller sjukhem.

Vid enheterna arbetar sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden och man har mellan 0,33 och 0,57 anställda per boendeplats.

På enheterna finns både enkelrum och dubbelrum. Solhöjden har enbart enkelrum medan Solberga har sex dubbelrum. Samtliga enheter har lås-bara dörrar och larm finns.

När det gäller övriga utrymmen finns matsal och TV-rum på samtliga enheter. Alla enheter har uteplats och/eller balkonger. Vid Solberga finns dessutom omgjorda skyddsrumslokaler i form av en folkpark och ett sinnes-stimuleringsrum samt ett "finrum" med gamla möbler där man kan samlas i mindre grupper. Solberga har även tillgång till en handikappanpassad park i direkt anslutning till enheten.

Flera återkommande aktiviteter finns på de olika enheterna och man försöker utnyttja de olika lokalerna och de möjligheter till utevistelse som finns på respektive enhet.



Tabell 3. De tre enheternas lokaliteter och möjlighet till aktiviteter

	Solberga	Solhöjden	Rönnbacken
Antal platser	13	7	18
<i>Korttid</i>	10	2	12
<i>Växelvård</i>	3	5	6
<i>Dagvård</i>	10	-	-
Antal personal			
	1	1	1-2
<i>Sjuksköterska</i>	9	4	6
	2	3	4
<i>Undersköterska</i>	0,33	0,57	0,33
<i>Vårdbiträde per plats</i>			
Lokaler			
<i>Enkelrum</i>	2	7	12
<i>Dubbelrum</i>	6	0	3
<i>Matsal</i>	Ja	Ja	Ja
<i>Allrum</i>	Ja	Ja	Ja
Övr utrymmen	Folkpark, sinnesstimuleringsrum, finrum, uteplats, park och trädgård	Trädgård	Uteplats, stor balkong
Utrustning			
<i>Larm</i>	sänglarm	ja	ja
<i>Låsbart</i>	ja	ja	ja
<i>TV Video</i>	ja	ja	ja
<i>Radio/CD</i>	ja	ja	ja
Aktiviteter	Sång, spel, musik, promenader, gruppgymnastik, film, bakning, matlagning, trädgårdsgrupp, läsecirkel, dans i folkparken	Sång, spel, musik, promenader, läsa tidningar, matlagning, pussel, underhållning, sinnesträdgård, trädgårdsgrupp	Sång, spel, musik, promenader, gruppgymnastik, bakning, minnes-bok, anpassade aktiviteter efter önskemål.



Diskussion

Deltagarnas grad av demens skattades till lätt eller medelsvår beroende på vilken av subskalorna i GBS som användes och skattningarna skiljde sig inte mellan de boende på de undersökta enheterna. Till skillnad från den emotionella och motoriska skattningen (lätt demens) visade skattningen med den intellektuella skalan att de boende hade en medelsvår demens vilket är ett rimligt resultat då man beviljats plats på korttidsboendet i avvaktan på permanent boende i gruppboende eller på sjukhem. Demenssjukdomen har nu nått den fas när det blir svårt att klara sig i ett eget boende oavsett hjälp från anhöriga eller från kommunens omsorg i hemmet.

Sextiofem procent av deltagarna uppvisade agiterade beteenden minst en gång i veckan och då främst fysiskt icke aggressiva beteenden och verbalt icke aggressiva beteenden. Däremot var aggressiva beteenden liksom verbalt aggressiva beteenden ovanliga. Liknande resultat rapporteras av Testad et al (2007) där tre av fyra patienter uppvisade agiterade beteenden minst en gång i veckan. Att undersökningen gjordes på patienter boende på sjukhem för demenssjuka personer kan förklara den något högre andelen av agiterade beteenden. Men som i vår studie var det oftast beteenden som repetitiva meningar eller frågor, klagan, svordomar, meningslöst vandrande, negativism och generell rastlöshet som noterades. Däremot sågs endast ett litet antal (< 5 %) fysiskt aggressiva beteenden.

Den uppmätta frekvensen av agiterade beteenden hos deltagarna i vår studie och i Testads överensstämmer inte med studier från andra länder (Eastley et al 1997, Cohen-Manfield et al 1992). I Cohen-Manfields amerikanska studie fann man att 93 % av de boende på sjukhem uppvisade agiterade beteenden minst en gång i veckan, och då främst aggressiva beteenden. Testad et al resonerar kring flera förklaringar till dessa skillnader. Dels att graden av demens kan variera beroende på hur lätt eller svårt det är att erhålla en plats på ett sjukhem. De personer



som skattades vid enheterna i vår studie var inte så långt gångna i sin demenssjukdom vilket kan vara en förklaring till den låga frekvensen av agiterade beteenden. Kanske är de patienter med svårare grad av demens som deltagit i studierna med högre frekvens agiterade beteenden (Knopman et al 1999). En annan förklaring kan vara läkemedelsbehandling, något som inte registrerades i vår studie. Förutom psykotropiska läkemedel används sedan några år tillbaks även olika s.k. bromsande mediciner som t.ex. Memantine (Guay 2003) vilket kan påverka frekvensen av agiterade beteenden.

Slutligen resonerar Testad kring kulturella skillnader i betydelsen utveckling av omvårdnad under de senaste två decennier. Denna skillnad handlar om införandet av mindre enheter med enbäddsrums och egna hygienutrymmen, men också om personalens utbildning och kompetens i bemötandet av en demenssjuk person.

Det är väl känt att när personalen har kunskap om att personer med demenssjukdom i hög grad påverkas av och är beroende av miljön de lever i och människorna de träffar kan bemötandet förbättras. Den fysiska miljöns utformning, färgval, möblering samt föremål och omgivning med hög igenkänningsgrad blir också av stor betydelse (Brawley 1997). Vet man också att orsakerna till rastlöshet, oro och vandringsbeteende kan vara en känsla av instängdhet, ett letande efter någon eller något, tristess, inaktivitet eller ett fysiskt rörelsebehov (Coons 1988), kan många av de agiterade beteendena förhindras genom avledning, stimulering och aktivering (Cohen-Manfield et al 1992).

Kunskap om vad demenssjukdom innebär samt hur man bemöter den sjuke är alltså avgörande för omhändertagandet. Eftersom endast små skillnader fanns mellan de undersökta enheterna med avseende på miljö, rapporterade aktiviteter och bemanning, är en slutsats att Solbergas satsningar på regelbunden kompetensutveckling av personalen är en viktig förklaring till de skillnader som sågs i antal registrerade beteenden



mellan grupperna på de olika enheterna. Mer kontroversiellt blir ett resonemang kring betydelsen av kombinationsboendet. Den kritik som framförts, att kombinationsboendet skulle öka oron hos de boende kunde inte beläggas i vår studie. Att som Solberga ha både daggäster, växelboende och korttidsboende inom samma enhet kan paradoxalt nog istället öka tryggheten hos var och en.

Sammanfattningsvis kan sägas att studien visar att det framförallt är fysiskt och verbalt icke aggressiva beteendemässiga och psykiska symptom som ses hos boende på korttidsenheterna men att förekomsten är ganska låg. Skillnaderna i skattad frekvens av agiterade beteenden hos de boende på enheterna kan inte förklaras av personaltäthet, inre och yttre miljö eller möjlighet till aktivering. Istället talar mycket för att personalens kunskaper om demenssjukdomar samt kompetens i bemötande, aktivering och stimulering av de demenssjuka förklarar de påvisade skillnaderna.



Tack

Ett stort tack till Gunilla Wallman, ssk på Skarpnäck och Annmarie Tidal, enhetschef på Solhöjden för hjälp med insamlingen av data. Tack också till Louise Nygård vid NVS-Institutionen, sektionen för arbetsterapi, K.I. och Eva Henriksen chef Fou-Äldre Norr, för kloka synpunkter i samband med manusskrivning.



Referenslista

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders. Washington DC, American Psychiatric Association 2000.

Basun H, Ekman SL, Englund E, Gustafson L, Lannfelt L, Nygård L. Om Demens. Stockholm: Förlaget Hagman 1999.

Brawley EC. Designing for Alzheimer's Disease. New York: Wiley & Sons 1997.

Bråne G, Gottfries CG, Winblad B. The Gottfries-Bråne-Steen Scale: Validity, Reliability and Application in Anti-Dementia Drug Trials. Dement Geriatr Cogn Disord 2001;12:1-14

Burns I, Cox H, Plant H. Leisure or therapeutics? Snoezelen and the care of older persons with dementia. Int J of Nurs Pract 1999;6:118-126

Cohen Mansfield J, Culpepper W, Werner P. The relationship between cognitive function and agitation in senior day care participants. Int J Geriatr Psychiatry 1995;10:585-595.

Cohen-Mansfield J, Marx MS, Werner P Agitation in elderly persons: an integrative report of findings in a nursing home. Int Psychogeriatr. 1992;4 Suppl 2:221-40.

Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. J Am Geriatr Soc 1986; 43: 722-727.

Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly: a conceptual review. J Am Ger Soc 1986;34:711-721.

Coons DH. Wandering. American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research. 1988;3:31-6.

Eastley R, Wilcock GK. Prevalence and correlates of aggressive behaviors occurring in patients with Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12(4):484-7.

Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Minimal-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98



Guay DR. Drug forecast: memantine, prototype of a new approach to treatment of dementia. Consult Pharm. 2003 Jul;18(7):625-34.

Knopman DS, Berg JD, Thomas R, Grundman M, Thal LJ, Sano M. Nursing home placement is related to dementia progression. Experience from a clinical trial. Neurology. 1999;10:714-8.

Kärrman AK Det är roligt, spännande och en utmaning! Vårdares upplevelser av att arbeta i demensvården. KC-Kompetenscentrum. Rapport 13. 2002:1-25

Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Demenssjukdomar. Falköping: Almqvist & Wiksell 1995.

Medicinska forskningsrådet. Omvårdnadsutvecklingen i Sverige - en lägesrapport. Stockholm 1998.

Shah A, Evans H, Parkash N. Evaluation of three aggression/agitation behaviour rating scales for use on an acute admission and assessment psychogeriatric ward. Int J Geriatr Psychiatry. 1998;13:415-20.

Socialdepartementet. Demensarbetsgruppen. Rapport: På väg mot en god demensvård. Ds 2003:47.

Socialtjänstlagen SFS2001:453 ref: Norström C, Thunved A. Nya sociallagarna. Stockholm: Norstedts juridik 2006.



Om KC-Kompetenscentrum

Verksamhetsidé

KC-Kompetenscentrum inom äldreomsorg & äldrevard (KC) bedriver forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) inom äldreomsorg och äldrevard. KC är en mötesplats och ett idéforum som erbjuder möjligheter för personalen att diskutera, reflektera och granska sitt eget arbete. Målsättningen är att det ska leda till förändringsarbeten som baserar sig på aktuella vetenskapliga rön och tidsenligt kunnande. KC fungerar därmed som ett instrument för metod- och verksamhetsutveckling, och vill aktivt bidra till att ge verklighet åt visionen om excellens inom äldreomsorg och äldrevard. KC står även för viss seminarie- och kursverksamhet.

Olika världar möts

KC:s verksamhet inriktar sig på att stärka mötena och relationerna mellan personal inom omsorg och vård å ena sidan, och fortbildning och forskning å andra sidan. Detta gör vi genom att utveckla, pröva och analysera nya modeller för kompetens-, metod- och organisationsutveckling. Verksamheten syftar även till att ge personalen bästa möjliga stöd för att kunna upprätthålla och vidareutveckla god kvalitet i arbetet med omsorg och vård för äldre. Primärt bedrivs projekt inom de stadsdelar och kommuner som är anslutna till KC, men ambitionen är att KC också ska ha beredskap att möta efterfrågan från andra områden och på nya marknader.

Varje projekt är unikt

För oss är idén och den personliga drivkraften de viktigaste ingredienserna. Det finns inget krav på någon akademisk bakgrund utan varje projekt och persons lämplighet bedöms individuellt. Marknadsföring och återkoppling ser vi som en viktig och aktiv del under hela processen. Vanligtvis löper projekten under 6-9 månader på en arbetstid motsvarande 50 procent. Under perioden på KC får man givetvis tillgång till professionell handledning och ett bra arbetsklimat med en



utomordentligt god kamratskap. På KC använder vi oss av **Bumerang-Modellen** där projekten delas in i tre huvudsakliga moment: **Fas I FÖRBEREDELSE**, **Fas II GENOMFÖRANDE** och **Fas III PROJEKTAVSLUT**. Modellen ger en bra struktur, och tydliggör projektfaser, innehåll och ansvarsområden. Utvärdering och återkoppling är också centrala delar i processen. Mer information om modellen finns på vår webbplats.

Historik

KC är ett av flera regionala FoU-centra i Sverige vilka initierades genom den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken 1998. Verksamheten startades i juli 1999 som ett samverkansprojekt mellan Botkyrka kommun, Stockholms läns landsting och Älvsjö stadsdelsnämnd. Från och med 1 juli 2002 deltar Hägerstens stadsdelsnämnd och under 2004 anslöt även stadsdelarna Liljeholmen och Skärholmen. Dessutom är Socialhögskolan och Karolinska Institutet med som samverkanspartner. Rapporterna återfinns på vår webbplats.

Vi söker ständigt nya partners och nya projekt

- Är du aktiv inom äldreomsorg eller äldreomsorg och har funderingar kring hur din eller dina medarbetares arbetsvardag eller arbetsplats kan förändras och förbättras? **Hör av dig till oss!**
- Är du verksam på ett företag eller inom en organisation med fokus på produkter och tjänster inom äldreomsorg eller äldreomsorg? Kanske det finns några intressanta projekt och beröringspunkter? **Hör av dig till oss!**
- Är du chef inom äldreomsorg eller äldreomsorg, eller är du politiskt aktiv och vill veta mer om KC? **Hör av dig till oss!**
- Är du "bara" nyfiken på KC eller vill lämna synpunkter? Gör det! KC finansieras med skattemedel och vi vill förvalta våra resurser på bästa sätt. Därför är dina synpunkter viktiga! **Hör av dig till oss!**



Publicerade rapporter vid KC-Kompetenscentrum

Nedanstående rapporter kan beställas från KC. De kan även laddas hem som PDF-filer via vår webbplats, www.kompetenscentrum.org.

- **Rapport 1:** Inventering av utbildningsnivå och utbildningsintresse bland fast anställd personal inom äldreomsorgen i Älvsjö stadsdel och Botkyrka kommun. Kristiina Heikkilä. November 2001, sid 1-18.
- **Rapport 2:** Effekter av styrketräning hos äldre personer med stroke - En pilotstudie. Madeleine Wallberg. November 2001, sid 1-17.
- **Rapport 3:** Äter pensionärer som bor på servicehus för lite mat? Ann Ödlund Olin, Afsaneh Koochek, Tommy Cederholm, Olle Ljungqvist. December 2001, sid 1-16.
- **Rapport 4:** Beskrivning av upplevda problemsituationer vid morgontoaletten för äldre personer boende på sjukhem. Johanna Gunnarsson. November 2001, sid 1-29.
- **Rapport 5:** Områdesbeskrivningar av Botkyrka kommuns och Älvsjö stadsdels äldreomsorg. Lotta Henriksson, Marie Rönnerfält. December 2001, sid 1-29.
- **Rapport 6:** Ledarskap som social konstruktion och relation - En studie av sju hemtjänstchefers föreställningar om sin ledningsfunktion inom äldreomsorgen. Hannele Moisio. December 2001, sid 1-45.
- **Rapport 7:** Anpassad styrketräning för äldre. Effekter på hemtjänstbehov, funktionell förmåga, balans och psykiskt välbefinnande. Marko Saastamoinen. Mars 2002, sid 1-20.
- **Rapport 8:** Att få göra det man vill. Delarbete 1: En kartläggning av intressen hos äldre boende på servicehus, Delarbete 2: Äldres intresse för promenader och trädgårdsskötsel. Lotta Olofsson, Verus Thelander. April 2002, sid 1-31.
- **Rapport 9:** Behovsbedömning inom Botkyrka kommuns och Älvsjö stadsdels äldreomsorg. Lotta Henriksson, Marie Rönnerfält. April 2002, sid 1-41.
- **Rapport 10:** Vem skulle informerat om det? Sju äldres upplevelser av informationsöverföringen mellan vård- och omsorgsgivande organisationer. Lotta Nilsson. Augusti 2002, sid 1-28.
- **Rapport 11:** Park och trädgård för äldre i särskilda boendeformer - En plats för rehabilitering och vila. Anna Lenninger, Lotta Olofsson, Verus Thelander. September 2002, sid 1-26.
- **Rapport 12:** Mångkulturell äldreomsorg i Botkyrka kommun. Tre kartläggningar kring äldreomsorgen för personer med utländsk bakgrund i Botkyrka kommun. Marie-Helène Lignercrona, Kristiina Heikkilä, Tarja-Brita Robins Wahlin. November 2002, sid 1-26.
- **Rapport 13:** Det är roligt, spännande och en utmaning! Vårdares upplevelser av att arbeta i demensvården. Ann-Christin Kärrman. November 2002, sid 1-25.



- **Rapport 14:** Inventering av utbildningsnivå och utbildningsintresse bland fast anställd personal inom äldreomsorgen i Hägerstens stadsdel. Kristiina Heikkilä. Februari 2003, sid 1-13.
- **Rapport 15:** Jag kom till Sverige för att få vara med min son. Äldre invandrades upplevelser av hemtjänstinsatser eller hemvårdsbidrag i Botkyrka kommun. Ferri Eshraghi. Februari 2003, sid 1-17.
- **Rapport 16:** Tvärkulturella möten i äldreomsorgen. Exempel från Botkyrka kommun. Sang Kum Yeo. Maj 2003, sid 1-39.
- **Rapport 17:** Behovsbedömningsprocessen. Ett implementeringsarbete med biståndsbedömarna i Botkyrka kommun. Marie Rönnerfält, Lotta Henriksson. Augusti 2003, sid 1-24.
- **Rapport 18:** Vårdplaneringar på sjukhus - Form, innehåll och upplevelser. Natasja Andersson. September 2003, sid 1-57.
- **Rapport 19:** De arbetsterapeutiska åtgärdernas betydelse. Uppföljning en månad efter utskrivning från akutgeriatrisk klinik. Therese Rykatkin. Januari 2004, sid 1-28.
- **Rapport 20:** Trädgårdsaktiviteter för personer med demens. Utvärdering av en interventionsmodell. Lotta Olofsson, Verus Thelander, Anna Lenninger. Januari 2004, sid 1-21.
- **Rapport 21:** Den undanskymda vrån. Mötet mellan vårdbiträdet i hemtjänsten och pensionären. Kjell Engblom, Åsa Helberg. Mars 2004, sid 1-46.
- **Rapport 22:** Det är människor vi jobbar med... Teamutveckling genom handledning av personal på ett demensboende. Ann-Christin Kärrman, Hannele Moisio. April 2004, sid 1-31.
- **Rapport 23:** Utvärdering av utbildningssatsningen vid Tumba äldreboende. Christina Hofer. Augusti 2004, sid 1-32.
- **Rapport 24:** Jag är hans livslina! Makars upplevelser av delaktighet i omvårdnaden på sjukhem. Lena Kvarnström. Augusti 2004, sid 1-38.
- **Rapport 25:** Utemiljön som vårdmiljö. En implementeringsstudie vid ett demensboende. Lotta Olofsson, Anna lenninger. Augusti 2004, sid 1-20.
- **Rapport 26:** Fallrisk hos boende på sjukhem. Edit Fonad, Azita Emami, Tarja-Brita Robins Wahlin. September 2004, sid 1-24.
- **Rapport 27:** Samspelet kring biståndsbesluten i en beställarutförarorganisation. Intervjuer med vårdbiträden i hemtjänsten. Helena Pihlgren. September 2004, sid 1-32.
- **Rapport 28:** Blodtrycksbehandling på vårdcentral. Kan ett förändrat vårdprogram förbättra resultaten? Margareta Blomqvist. November 2004, sid 1-34.
- **Rapport 29:** Gör jag något fel? Stöd och utbildning för anhörigvårdare till äldre utlandsfödda. Kerstin Andersson. Februari 2005, sid 1-22.
- **Rapport 30:** Manual för vårdplaneringsmöten på sjukhus. Ett resultat av samverkan i en forskningscirkel. Natasja Andersson. Augusti 2005, sid 1-52.



- **Rapport 31:** Nyanställd - äldreomsorgens framtid. Kartläggning och utvärdering av den nyanställda personalens arbetsplatsintroduktion inom äldreomsorg och äldreomsorg. Ingrid Samuelsson. Augusti 2005, sid 1-52.
- **Rapport 32:** Att vara närstående till en person med demens i storstad och på landsbygd - en jämförande studie. Kethy Ehrlich. September 2005, sid 1-40.
- **Rapport 33:** Friskvårdsaktiviteter på arbetsplatsen. Faktorer som påverkar äldreomsorgspersonalens deltagande. Maria Vikström och Victoria Holmlund. Oktober 2005, sid 1-30.
- **Rapport 34:** Fallprevention i praktiken i Liljeholmens stadsdel. Kristina Sandell. November 2005, sid 1-27.
- **Rapport 35:** Ah Si! Utbildning för anhörigvårdare på spanska. Genomförande och utvärdering. Kerstin Andersson. November 2005, sid 1-38.
- **Rapport 36:** Emma sätter i halsen - Igen! Ättsvårigheter bland boende på sjukhem. Förekomst och en klinisk bedömning. December 2005, sid 1-64.
- **Rapport 37:** Vård i livets slutskede. Beskrivning och utvärdering av en modell för utbildning av äldreomsorgspersonal. Kristiina Heikkilä. Februari 2006, sid 1-32.
- **Rapport 38:** Hur upplever brukaren Toyota-modellen inom hemtjänsten i Hägerstens och Skärholmens stadsdelar? Pia Johansson. Februari 2006, sid 1-26.
- **Rapport 39:** En utvärdering av arbetet med Snoezelenmetoden vid Solberga vård- och omsorgsboende. Februari 2006, sid 1-26.
- **Rapport 40:** Medicinsk kompetens behövs också! Undersköterskans yrkesroll i kommunal äldreomsorg. Eva Hassler Adut. Juni 2006, sid 1-48.
- **Rapport 41:** Äldreomsorgspersonalens organisation och sjuksköterskans arbetsuppgifter inom särskilda boenden i Botkyrka kommun och fyra stadsdelar i Stockholms kommun. Marie Bergström och Kristiina Heikkilä. Juni 2006, sid 1-44.
- **Rapport 42:** Kommunala sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att arbeta konsultativt i Botkyrka kommun. Kristiina Heikkilä. Juni 2006, sid 1-36.
- **Rapport 43:** Hälsosamtal för äldre i Segeltorp. Modellbeskrivning och kartläggning av vård- och omsorgsanvändande. Lars Sonde. Juni 2006, sid 1-48.
- **Rapport 44:** Kan vi lära av varandra? Utvärdering av rotationsmodellen inom Botkyrka kommuns äldreboenden. Kristiina Heikkilä. Oktober 2006, sid 1-42.
- **Rapport 45:** Biståndsbeslut i teori och praktik. En studie om hur beviljade insatser inom hemtjänst överensstämmer med utförandet. Maria Hallström och Maria Olofsson April 2007, sid 1-31.
- **Rapport 46:** Energi och Näringsintag hos äldre med bedömd risk för undernäring. En kostregistrerings- och blodanalysstudie. Johanna Törmä april 2007, sid 1-39

Använd gärna innehållet, men glöm inte att ange källan! Tack!

Denna rapport är framtagen tillsammans med reklambyrån Contact Communication AB. Mer information finns på följande webbplats: www.contact.se