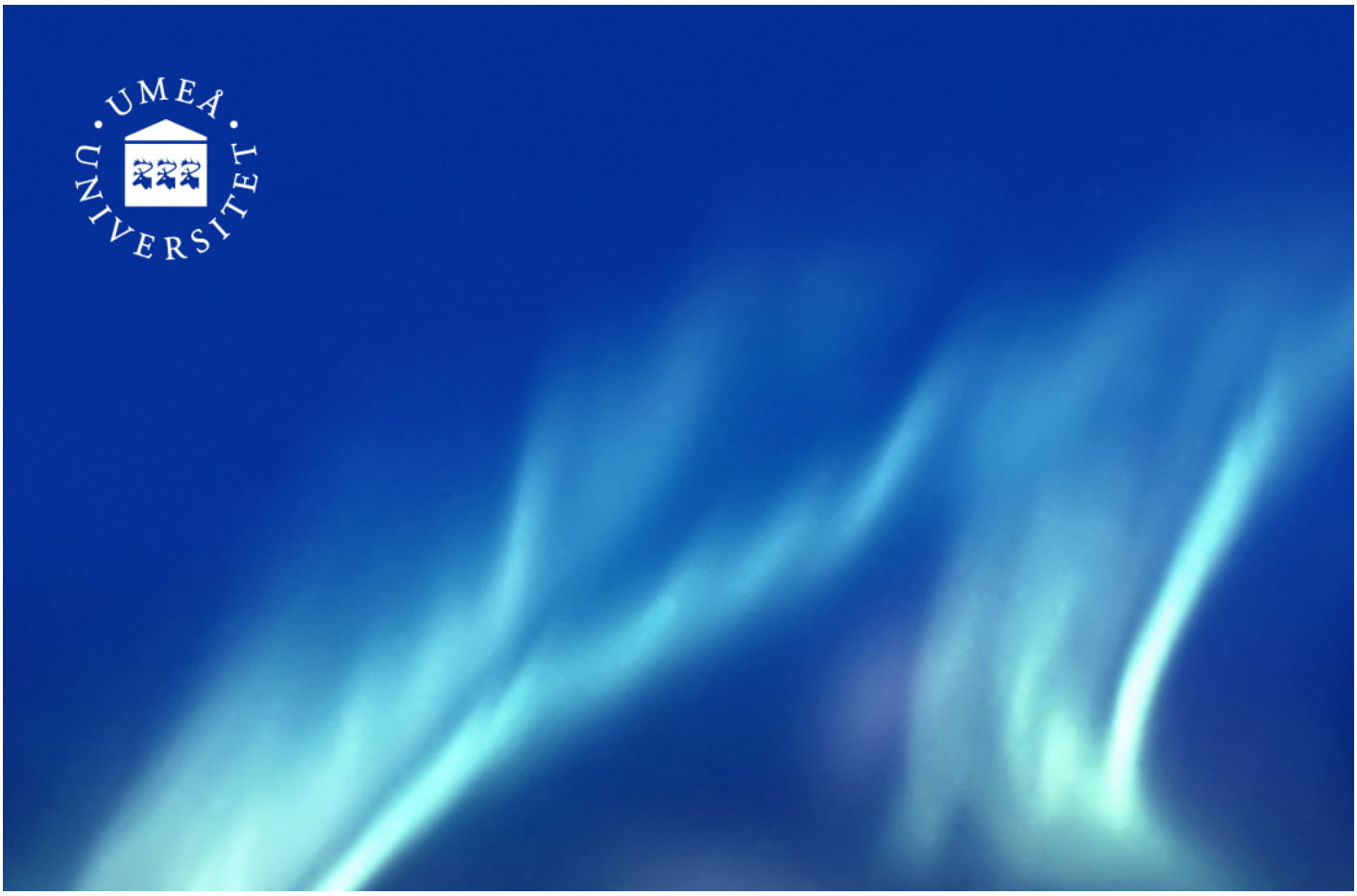

DiVA – Digitala Vetenskapliga Arkivet http://umu.diva-portal.org

---

This is an author produced version of a report

Citation for the published report:

Individuella genomförandeplaner

Perspektiv på ”goda exempel” mot bakgrund av nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Maria Sjölund, Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet

Individuella genomförandeplaner

Perspektiv på ”goda exempel” mot bakgrund av nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Maria Sjölund

Innehållsförteckning

Inledning **3**
Att sätta ord på omsorg *3*
Syfte och frågeställningar *7*
Avgränsningar *8*
Centrala definitioner *9*
Personcentrerad omvårdnad 9
Multiprofessionellt teambaserat arbete 10

Granskningens genomförande **11**
Kvalitativ innehållsanalys *11*
Urval baserat på "goda exempel" *11*
Tillvägagångssätt *13*

Resultat och analys **15**
Mötet som text och kontext *15*
Genomförandeplanernas innehåll och fokus *16*
Genomförandeplanernas struktur *19*
Struktur som möjligt verktyg i omsorgsdokumentationen 20

Avslutande diskussion **21**

Referenser **24**

Bilaga 1. Tabeller över medverkande vid mötet **25**

Bilaga 2. Fem fullständiga genomförandeplaner **27**

Bilaga 3. Checklista demens särskilt boende **29**

Inledning

För att förbättra vården och omsorgen av omsorgstagare med demenssjukdom har handledning och kompetensutvecklingssatsningar för omsorgspersonal kring Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010), genomförts inom ramen för projektet ”stimulansmedel” i Umeå kommun. Denna rapport syftar till att kvalitativt utvärdera på vilka sätt de nationella riktlinjerna återspeglas i genomförandeplaner för personer med demenssjukdom.

I denna rapport fokuseras ett strategiskt urval med fokus på ”goda exempel” av individuella genomförandeplaner upprättade vid särskilda boenden där verksamheten är specialiserad på vård och omsorg om personer med demenssjukdom. Grundläggande frågor ställs angående genomförandeplanernas struktur, innehåll och fokus. Innehållet i genomförandeplanerna granskas mot bakgrund av hur *personcentrerad omvårdnad* och *multiprofessionellt teamarbete* beskrivs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010 s. 20-23).

Att sätta ord på omsorg

En individuell genomförandeplan motsvarar en överenskommelse mellan den enskilde omsorgstagaren och den utförande omsorgspersonalen kring hur de beviljade insatserna ska utformas (jfr Carlsson och Nilsson 2011). Det är alltså inte frågan om att bedöma behov utan mer att konkret beskriva på vilka sätt insatser ska genomföras. En individuellt upprättad genomförandeplan kan anses vara en central del i arbetet mot att uppnå en personcentrerad omvårdnad. I den individuellt utformade genomförandeplanen återfinns då information om omsorgstagarens livsmönster, värderingar och preferenser. Omsorgstagares förväntningar på den offentliga omsorgen

varierar beroende av vana och erfarenhet av att formulera sig och att ta emot hjälp och omsorg (jfr Sjölund 2012). Rimligen varierar även förmåga och möjlighet till att uttrycka preferenser och önskemål vid ett planeringsmöte där en ny genomförandeplan ska upprättas och eventuellt en befintlig följas upp. Att som omsorgstagare med demenssjukdom kunna uttrycka och beskriva hur man vill att de beviljade insatserna ska utformas för att vara till hjälp på bästa sätt, är inte självklart eller enkelt. Snarare en utmaning som ofta måste nå lösningar genom dialog mellan anhöriga, omsorgsmottagare och omsorgspersonal.

Att som omsorgspersonal dokumentera insatser och utdrag ur en enskild omsorgstagares livssituation är en viktig och ansvarsfull uppgift vilken samtidigt innebär en komplex utmaning – alltid med individuellt specifika förutsättningar. Att sätta ord på hur vardagliga behov ter sig för en annan individ som oftast har mycket svårt att uttrycka sina önskemål och erfarenheter och att formulera individuella mål, kanske med hjälp av anhöriga, kan vara krävande. Att formulera sig kring detta kan även innebära att nya perspektiv och alternativa handlingsstrategier formuleras och därmed blir synliga och tillgängliga för flera personer och yrkesprofessioner som är delaktiga i omsorgsarbetet. Arbetet med omsorgsdokumentation, (där den individuella genomförandeplanen bara är ett dokument bland flera), kan för omsorgspersonalen och den ansvariga omsorgsgivande organisationen innebära möjligheter till multiprofessionell utveckling och reflektion kring det omsorgsarbete som utförs.

Denna rapport tar utgångspunkt i att det är en komplex och krävande uppgift att upprätta individuella genomförandeplaner inom vård och omsorg i allmänhet men vid demenssjukdom i synnerhet. Detta vid sidan av att dokumentationsarbete även rymmer stort mått av möjligheter till reflektion och lärande. Att dokumentera behov och mål för personer som inte kan uttrycka dem själva ställer omfattande krav på tvärprofessionellt samarbete, vardagliga relationer och kontinuerlig dialog med anhöriga, för att en god och personcentrerad omsorg ska vara möjlig att uppnå och bedriva. Att finna balans

mellan genomförbara mål inom ramen för de beviljade insatserna och individuell meningsfullhet för den enskilde omsorgstagaren och dennes anhöriga, vilket sedan ska formuleras i skrift och återges sakligt i dokumentationen är förstås inte enkelt, men högst önskvärt. Enligt Socialstyrelsen bör det av en genomförandeplan framgå:

- ”om det finns flera delar i insatsen och i så fall vilka mål som gäller för varje del
- när och hur insatsen eller delar av den ska genomföras
- på vilket sätt omsorgstagaren har utövat inflytande över planeringen
- vilka personer som har deltagit i planeringen när planen fastställts
- när och hur planen ska följas upp”

(Ur Carlsson och Nilsson 2010 s. 19)

I socialtjänstlagen (SoL) samt i lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) finns lagstadgade krav på att vård och omsorg ska dokumenteras. De lagstadgade kraven när det gäller dokumentationens innehåll och syfte skiljer sig dock åt mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården på några väsentliga punkter. När det gäller frågor kring om en konkret insats är av social eller medicinsk karaktär så kan svaret variera från person till person men även över tid hos en och samma person (Socialstyrelsen 2011 s. 191 se vidare SOU 1997:97. s. 226 f). När det gäller insatser inom äldreomsorgen är det vanligt att medicinska och sociala insatser kan flyta ihop (jfr Harnett et al. 2012). Vidare finns det idag inte heller några tillämpbara generella regler för att slå fast vad som är en insats enligt SoL, LSS respektive en åtgärd enligt HSL, utan ställning till detta måste tas vid varje insats till varje enskild person vid varje tidpunkt då insatsen ges (Socialstyrelsen 2011 s. 191). Beroende på om dokumentationen främst anses vara en medicinsk- respektive en social angelägenhet skiljer sig exempelvis den enskilda omsorgstagarens rätt till insyn i dokumentationen (jfr Socialstyrelsen 2011 s. 192). I socialtjänstlagen ligger den

huvudsakliga tonvikten vid att den enskilde bör hållas underrättad om all dokumentation som förs. Inom hälso- och sjukvårdslagen föreligger däremot sekretess i förhållande till den vård- eller behandlingsbehövande personen själv om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgifter om hans eller hennes hälsotillstånd inte lämnas ut till personen själv ifråga (Socialstyrelsen 2011 s. 192). Huruvida en levande diskussion kring denna gränsdragningsproblematik finns närvarande i dokumentationsarbetet ifråga om genomförandeplaner vid demenssjukdom är ingen fråga som rapporten fördjupar sig vidare i. Däremot är demenssjukdom en diagnos med långtgående sociala konsekvenser redan tidigt i sjukdomsförloppet, varför det blir extra tydligt att medicinska och sociala insatser inte lätt går att åtskilja.

Syftet med social dokumentation är mångfaldigt och handlar om 1) att omsorgstagaren ska få den hjälp som han eller hon enligt lagen är berättigad till; 2) att omsorgstagaren ska få tydlig information om *hur* och *när* hjälpen ska ges; 3) att omsorgstagaren och dennes anhöriga ska få möjlighet till *insyn* och *delaktighet* i hur hjälpen ska ges; 4) att *tydliggöra uppdraget för personalen* – det vill säga på vilket sätt omsorgen ska ges utifrån de beviljade insatserna; 5) att möjliggöra för arbetsledning och ansvarig chef att få insyn i omsorgen som ges och även kunna styra och påverka det dagliga omsorgsarbetet; 6) att vara ett kvalitativt utvärderingsinstrument som ger möjlighet att följa upp och utvärdera omsorgstagarens och dennes anhörigas- samt omsorgspersonalens uppfattning av den omsorg och hjälp som getts (jfr Carlsson och Nilsson 2010 s. 9-10).

En utgångspunkt i arbetet med *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010* som företrädare för Socialstyrelsen anger ”har varit att lyfta fram evidensbaserade åtgärder så att personer med demenssjukdom över hela landet har tillgång till vård och omsorg av god kvalitet. En annan utgångspunkt har varit att visa på de åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte bör satsa på. För lika viktigt som det är att erbjuda effektiva evidensbaserade behandlingar och metoder är det

att utmönstra behandlingar som inte är effektiva" (s 3). Riktlinjerna är avsedda att ge stöd för styrning och ledning av verksamhet som bedriver vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

Socialstyrelsen avser att med riktlinjerna ge "kunskapsbaserade nationella rekommendationer om hur […] omsorgsutförare gemensamt kan tillgodose behov av vård och omsorg för personer med demenssjukdom och deras anhöriga" (s 13). Det innebär att det dagliga vård-, omvårdnads- och omsorgsarbetet berörs och inkluderas i de nationella riktlinjerna. Det är inom ramen för denna rapport inte min avsikt att ge någon heltäckande sammanfattning av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Istället avser jag att diskutera vad några centrala aspekter ur riktlinjerna torde medföra för konsekvenser i upprättandet- och användningen av individuella genomförandeplaner för såväl den enskilde omsorgstagande individen och dennes anhöriga, såväl som den vård- och omsorgsgivande organisationen och dess personal. Socialstyrelsen rekommenderar exempelvis att all vård och omsorg om personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt med grund i ett multiprofessionellt teamarbete (Socialstyrelsen 2010 s. 8). Personcentrerat förhållningssätt har prioritet 1 som är den åtgärd med störst angelägenhetsgrad på en skala från 1 till 10. Multiprofessionellt teambaserat arbete har prioritet 2 (se vidare under **centrala definitioner** i denna rapport för mer information).

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet i denna rapport är att kvalitativt granska individuella genomförandeplaner mot bakgrund av hur personcentrerad omvårdnad och multiprofessionellt teamarbete definieras i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom* (2010). Strävan mot personcentrerad omvårdnad respektive multiprofessionellt teamarbete är två av Socialstyrelsens centrala rekommendationer som berör det vardagliga omsorgsarbetet, vilka också bör ge avtryck

i individuella genomförandeplaner. Med hjälp av följande övergripande frågeställning har rapportens övergripande syfte konkretiserats:

- På vilka sätt framträder en eventuell strävan mot ett personcentrerat förhållningssätt respektive ett multiprofessionellt teambaserat arbete i individuella genomförandeplaner för personer med demenssjukdom?

Följande delfrågor har vidare använts i granskningen av genomförandeplanerna:

- Vilka medverkar vid upprättandet av individuella genomförandeplaner för personer med demenssjukdom, boende på särskilt boende?
- På vilka sätt framgår det att omsorgstagaren är tillfrågad att medverka vid omsorgsplaneringen och upprättandet av den individuella genomförandeplanen?
- Vad fokuseras huvudsakligen i individuella genomförandeplaner för personer med demenssjukdom?
- Vilka bilder av omsorg, omsorgstagare och individuell meningsfullhet framträder i genomförandeplanerna?
- Hur är individuella genomförandeplaner för personer med demenssjukdom strukturerade?

Avgränsningar

Uppdraget för denna rapport blev fastställd till fem veckor inbegripande hela arbetsprocessen från frågeformulering, inläsning, insamling av data, analys och författande av rapport. Med denna tidsram beaktad har jag valt att genomföra en kvalitativ innehållsanalys av individuella genomförandeplaner med ett strategiskt urval baserat på ”goda exempel”. Det vill säga ett urval där ansvariga sjuksköterskor själva har fått välja ut de genomförandeplaner som de tycker är representativa som ”goda exempel” från deras verksamhet. En viktig poäng med detta urval är just personalens delaktighet i urvalet. På så vis vet vi också att inga ofullständiga eller uppenbart bristfälliga genomförandeplaner betraktat ur ett personalperspektiv ingår i det empiriska

datamaterialet som granskas i denna rapport. En medvetenhet om det strategiska urvalsförfarandet med fokus på ”goda exempel” måste tydligt framhävas då rapportens resultat tolkas. Det är viktigt att poängtera att rapporten ska betraktas som ett av flera möjliga underlag för att kvalitativt granska och diskutera *struktur, innehåll* och *fokus* i individuella genomförandeplaner för personer med demenssjukdom i Umeå kommun.

Centrala definitioner

Personcentrerad omvårdnad

Socialstyrelsens rekommendation är att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bör ge personer med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad (prioritet 1). Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär utifrån hur Socialstyrelsen (2010) definierar det, att fokus i omvårdnaden riktas mot omsorgstagaren som person. Strävan i en personcentrerad omvårdnad innebär att vårdmiljön och omvårdnaden ska vara personlig och där psykiska symptom och beteenden ska förstås ur den demenssjukes perspektiv. Information om omsorgstagarens livsmönster, preferenser och värderingar utgör viktiga utgångspunkter i detta arbete. Personcentrerad omvårdnad ”innebär att personalen inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst:

- bemöter personen med demenssjukdom som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner
- strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes perspektiv
- värnar den demenssjukes självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- ser den demenssjuke som en aktiv samarbetspartner
- bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelser av världen
- strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen
- försöker att upprätta en relation till den demenssjuke”

(Socialstyrelsen 2010 s. 21)

Omsorgstagaren bör vidare uppmuntras till att berätta om sig själv och sitt liv och där personal och/eller närstående hjälper en person som så själv önskar att orientera sig till person, tid och rum. Särskilda hänsyn bör också tas till att möjliggöra omvårdnad med det språk, den religion och de kulturella sedvänjor som omsorgstagaren är van vid sedan tidigare i livet. Fördelar som Socialstyrelsen (2010) för fram kring att arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt handlar om att öka integritet, självständighet och initiativförmåga hos personer med demenssjukdom. Förbrukningen av antipsykosmedel förutspås kunna minska med en personcentrerad omvårdnad och i de fall där kulturell och språklig hänsyn tas, förväntas trygghet, välbefinnande och en känsla av hemmastaddhet underbyggas. Nackdelar som berörs handlar om att det inte alltid är möjligt för socialtjänst och hälso- och sjukvården att tillgodose behovet av personal med samma kulturella och språkliga bakgrund som den demenssjuke har, samt att det vetenskapliga underlaget är svagt på området (Socialstyrelsen 2010 s. 20-22).

Multiprofessionellt teambaserat arbete

Socialstyrelsens rekommendation är att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bör säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen 2010 s. 23). För att personer med demenssjukdom ska få möjlighet till hjälp och stöd ur ett helhetsperspektiv krävs oftast bedömningar och åtgärder från flera professioner och kompetenser för att utreda aktuella behov och utforma insatser, varför Socialstyrelsen rekommenderar ett multiprofessionellt teambaserat arbete. Vilka professioner som medverkar i teamarbetet kan variera över tid. De professioner som omnämns i de nationella riktlinjerna är: läkare, sjuksköterska, biståndshandläggare, enhetschef inom äldreomsorgen, demenssjuksköterska, vårdbiträde, undersköterska, kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast och neuropsykolog. Det framhålls också att det finns många sätt att organisera ett multiprofessionellt arbete på och demensteam som finns i vissa kommuner och landsting framhålls som ett exempel (Socialstyrelsen 2010 s. 22). Fördelar med ett multiprofessionellt arbetssätt som räknas upp handlar om möjligheter till att förebygga

och minska förekomsten av beteendeproblem hos personer med demenssjukdom samt att det kan minska stressen hos anhöriga. Men det vetenskapliga underlaget som stödjer dessa teser framhålls dock som svagt (Socialstyrelsen 2010 s. 22).

Granskningens genomförande

Tillvägagångssätt och urval kommer i detta avsnitt att beskrivas överskådligt för att klargöra hur och med vilka utgångspunkter granskningen av de individuella genomförandeplanerna är utförd.

Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys innebär fokus på tolkning av texter. Inom omvårdnadsforskning har kvalitativ innehållsanalys tidigare använts för att granska och tolka flera olika typer av texter, exempelvis utskrifter av inspelade intervjuer, observationsprotokoll, dagböcker, patientjournaler, och videoinspelningar (Lundman och Hällgren Graneheim 2012 s. 187-88). Metoden är inriktad på att beskriva variationer genom att skillnader och likheter identifieras i textinnehållet. I denna undersökning har de analytiska temana kommit att kretsa kring *kontext, struktur, innehåll och fokus* knutna till det övergripande syftet och de mer konkreta frågeställningarna i rapporten. Det primära intresset i granskningen är att få en strukturerad inblick i och perspektiv på individuella genomförandeplaner för personer med demenssjukdom.

Urval baserat på ”goda exempel”

Det empiriska urvalet som ligger till grund för denna rapport kom till genom fokus på ”goda exempel”. Instruktionen till ansvariga sjuksköterskor i två av fallen, samt i samråd med ansvariga inom det så kallade äldre-teamet i ett fall, var att välja ut ett tiotal genomförandeplaner från det senaste året (nov 2011-2012) som de anser utgör goda exempel på hur en individuell genomförandeplan för personer med demenssjukdom ser

ut inom deras verksamhet. Jämn fördelning mellan kvinnliga och manliga omsorgstagare efterfrågades av mig då personalen gjorde sitt urval av goda exempel. Trots det är den reella fördelningen mellan könen relativt ojämn i urvalet, eftersom kvinnor är överrepresenterade som omsorgstagare i materialet (24/31 är kvinnor vilket motsvarar ca 76 %). Troligtvis avspeglar detta också en kvinnlig majoritet bland omsorgstagarna i de berörda verksamheterna då personalen ombads göra urvalet, eller kan det finnas andra förklaringar till skevheten i urvalet avseende könsfördelningen? En tidigare studie från hemtjänsten har visat att kvinnors och mäns omsorgsbehov värderas olika av biståndshandläggare och hemtjänstpersonal, men då har framförallt männen gynnats eftersom de inte förväntas kunna utföra sysslor som att laga mat och städa själva (Andersson 2007). Genusfrågor vore intressanta att analysera kvalitativt även i demensvården. Hur fördelningen kvantitativt ser ut i verksamheterna skulle dock relativt enkelt vara möjlig att följa upp, men det ligger utanför problemområdet för denna rapport.

Genomförandeplanerna avidentifierades av de ansvariga sjuksköterskorna och av ansvarig personal inom äldre-teamet, till skydd för de enskilda individernas integritet. Det gjordes genom att namn och personnummer klipptes bort och i några fall där namn även skrivs ut i texten i genomförandeplanen har det strukits över med svart penna. Utöver detta tar jag som forskare ansvar för att det avidentifierade materialet förblir så i granskningen av det, samt att det förvaras och hanteras säkert under den tid jag arbetar med det. Anledningarna till att göra på detta vis handlade dels om att anpassa insamlingen av datamaterialet till den tidsram som var uppsatt samt att etiskt hantera sekretessfrågan utan att behöva inhämta tillstånd hos de enskilda omsorgstagarna och deras anhöriga. Dels handlade det om att nyttja personalens hjälp och kompetens för att få tillgång till just ”goda exempel”. Det empiriska materialet omfattar 31 individuella genomförandeplaner. I tabellen nedan framgår omfattningen och fördelningen av dokumentationsmaterialet som har analyserats i rapporten.

Tabell 1. Empiriskt material fördelat på boenden och kön.

	Särskilt boende 1	Särskilt boende 2	Urval 3 (spridda boenden)	Totalt
Individuella genom-förandeplaner (2011-2012)	**10 st**	**10 st**	**11 st**	**31 st**
Omsorgstagares kön	**2 män** **8 kvinnor**	**2 män** **8 kvinnor**	**3 män** **8 kvinnor**	**7 män** **24 kvinnor**
Id- nummer (from) – (tom)	**(1:1)-(1:10)**	**(2:1)-(2:10)**	**(3:1)-(3:11)**	

Tillvägagångssätt

Analysen tar sin början redan vid första inledande formulerande av forskningsfrågor (jfr Ehn och Klein 1994). I en kvalitativ undersökning är den primära avsikten att beskriva och fördjupa kunskap och förståelse kring ett fenomen (jfr Lundman och Hällgren Graneheim 2012). I det här fallet handlar det om att beskriva och få fördjupad insikt i individuella genomförandeplaner för personer med demenssjukdom. Det är nödvändigt menar Lundman och Hällgren Graneheim (2012) att också ta viss hänsyn till och ha förståelse för de villkor som texter är tillkomna under. Det betyder att institutionella och organisatoriska sammanhang samt de dokumentationssystem och lagtexter som finns, också sätter ramen för och även sin prägel på hur dokumentationen kommer att te sig. Olika nivåer av information i termer av manifest- (textnära) innehåll och ett latent (underliggande) budskap är också vanligt att diskutera i denna typ av kvalitativ analys (Lundman och Hällgren Graneheim 2012 s. 189).

Min strävan har varit att vara uppmärksam inför det faktum att genomförandeplanerna visserligen är tillkomna i sina givna organisatoriska sammanhang och med specifika utmaningar kring att göra personer med demenssjukdom delaktiga. Däremot är det enda empiriska material jag har till mitt förfogande för analysen just textdokumenten, tagna ur sitt sammanhang. Hur sammanhanget sätter spår i texten är en analytisk fråga att

diskutera, där jag aktivt har sökt efter vilket genomslag Socialstyrelsens (2010) rekommendationer har haft kring *personcentrerad omvårdnad* samt *multiprofessionellt teamarbete.* Genom att granska genomförandeplanerna mot denna bakgrund är det i så fall möjligt att lyfta fram beskrivningar av omsorg, omsorgstagare och individuell meningsfullhet, samt bilder av multiprofessionellt teamarbete så som den framkommer i dokumentationen.

För att orda något mer om sammanhanget som genomförandeplanerna är tillkomna i, kan det tilläggas att dessa upprättas och/eller följs upp vid ett möte mellan olika yrkesprofessioner och anhöriga till omsorgstagaren. I Umeå kommun ligger uppgiften att kalla till detta möte främst på kontaktpersonen. Kontaktpersonen är i normalfallet en tillsvidareanställd undersköterska som vanligen har två omsorgstagare att ansvara lite extra för i detta avseende. Det är även de som har ansvaret för att skriva in genomförandeplanerna i journalsystemet efter mötet. Det innebär att en kontaktperson som har ansvar för två omsorgstagare och som följer upp dem en gång var sjätte månad är inne i det datoriserade dokumentationssystemet och skriver i genomförandeplanerna ungefär fyra gånger under ett år. (Muntlig uppgift från ”äldre-teamet”).

Omsorgstagares namn har konsekvent ersatts av X i de fall där det förekommer i resultat- och analysdelen där textutdrag förekommer, detta för att ytterst värna integriteten hos omsorgstagarna. För att som läsare kunna härleda och förvissa sig om huruvida spridning förekommer i materialet vid framställning och analys, har varje individuell genomförandeplan försetts med ett unikt ID-nummer. Det är baserat på två siffror där den första siffran står för boende (1, 2) respektive det spridda urvalet av boende (3) (se tabell 1). Den andra siffran är en numerisk sorteringsordning.

Resultat och analys

Detta avsnitt utgörs av granskningens deskriptiva resultat där strukturen bygger på en kvalitativ innehållsanalys av den skrivna informationen i genomförandeplanerna avseende: 1) Det möte som hålls för att upprätta genomförandeplanen. 2) Innehåll och fokus i de granskade genomförandeplanerna. 3) Strukturen för genomförandeplanerna.

Mötet som text och kontext

I samtliga fall inleds de individuella genomförandeplanerna med noteringar om vilka personer som var närvarande vid det möte som hålls för att upprätta och i några fall även följa upp genomförandeplanerna. Antalet personer som är närvarande vid mötet varierar från två upp till nio personer. I bilaga 1, i tabell 2a, 2b och 2c redovisas fördelningen av de närvarande vid respektive möte i enlighet med hur detta har förts in i dokumentationen fördelat på profession respektive relation. I de fall där det endast är två personer involverade i mötet handlar det i ett fall om ett telefonsamtal mellan en sjuksköterska och en anhörig. I ett annat fall handlar det om ett möte mellan kontaktpersonal 1 och kontaktpersonal 2 samt i ytterligare ett fall ett möte mellan en kontaktperson och en annan undersköterska. I de båda sista fallen så omnämns det i texten att en anhörig har blivit tillfrågad att närvara men att denne har avböjt medverkan respektive att en anhörig har kontaktats i efterhand och godkänt planen.

Inte i något fall finns omsorgstagaren uppräknad och dokumenterad som närvarande vid mötet. Om det manifesta innehållet, det vill säga omständigheten att omsorgstagaren inte finns uppräknad bland de närvarande vid mötet, döljer ett latent budskap om att omsorgstagaren självklart är närvarande då genomförandeplanen centralt handlar om dennes livssituation och därför inte omnämns. Eller om det manifesta innehållet avspeglar att demenssjukdomen omöjliggör ett konstruktivt deltagande vid upprättandet av genomförandeplanen. Utifrån att ha granskat dokumentationen går det inte att utläsa hur det förhåller sig i denna fråga.

Det framkommer dock i texten i en av genomförandeplanerna att den enskilde omsorgstagarens medverkan aktivt har efterfrågats och beaktats vid upprättandet av genomförandeplanen. Det går dock inte att utläsa om den aktuella omsorgstagaren faktiskt har varit med och medverkat vid själva mötet för upprättandet av planen. I ett annat fall finns en särskild notering om att vårdtagaren själv inte har deltagit vid planeringen. I fyra fall av de 31 granskade så har heller ingen anhörig till omsorgstagaren varit närvarande vid mötet. Det innebär att planeringen av hur omsorgsarbetet ska utföras är helt upp till personalen att beskriva och ge uttryck för i den individuella genomförandeplanen. Med tanke på att den grundläggande idén kring en individuell genomförandeplan bör utgå från en överenskommelse mellan den enskilde omsorgstagaren och omsorgspersonalen kring hur insatser ska utformas (jfr Carlsson och Nilsson 2011), framstår ett möte med endast personal närvarande som problematiskt. Det behöver dock inte vara ett reellt problem, utan kan likaväl vara utslag för personliga omständigheter. Samtliga omsorgstagare kanske inte har anhöriga som kan närvara, och det är då informativt i dokumentationen är att ange om omsorgstagaren och dennes anhöriga är tillfrågade att delta i mötet. Att hålla ett multiprofessionellt möte för att upprätta en individuell genomförandeplan i de fall där omsorgstagare och anhöriga inte kan delta, framstår dock som bättre, än att inte upprätta någon plan alls. I de granskade fallen går det oftast dock inte att utläsa vilka såväl professioner som anhöriga som är tillfrågade att medverka vid mötet, bara vilka som var närvarande.

Genomförandeplanernas innehåll och fokus

När innehållet i genomförandeplanerna granskas är det ofta svårt att få rimligt utförliga bilder av hur omsorgsarbetet ska läggas upp och utföras i relation till den specifika omsorgstagarens behov. Beskrivningarna är gärna kortfattade och fragmentariska, kanske mest beroende på dokumentens struktur, vilket jag återkommer till senare i analysen. Att idag betrakta de individuella genomförandeplanerna som en relevant och

utförlig informationskälla för exempelvis nyanställd omsorgspersonal framstår vanskligt och svårtillgängligt som det ser ut i dag enligt min bedömning. För att underbygga min bedömning följer här några textutdrag som belyser abstrakta och lösryckta formuleringar utan sammanhang som förekommer i granskade genomförandeplaner:

Motivera och hålla henne sällskap (2:3). Stöttning och hjälp med ADL, att hon får sin medicin (2:7). Lugn och ro, känna trygghet, lättsam aktivering (3:1). Hjälp med hygien och öka dusch till två ggr/vecka (3:7).

Det är inte självklart vad det innebär att motivera, att hålla sällskap eller att få någon att känna lugn och ro, det kan göras på många olika sätt och information om hur motivation eller stöttning i den aktuella omsorgssituationen sker, kan vara meningsfullt att infoga om en personcentrerad omvårdnad eftersträvas i dokumentationen. Innehållet i de granskade genomförandeplanen är ibland inriktade på att beskriva abstrakta mål och skeenden. Fokus i detaljbeskrivningen hamnar då istället på, hur ofta en typ av insats eller aktivitet ska utföras för att uppnå målet, men sällan är det särskilt detaljerat om *hur* insatsen eller aktiviteten med fördel ska utföras för att exempelvis uppnå trygghet eller lugn. Sannolikt så finns det kunskap och erfarenheter just om *hur* det aktuella omsorgsarbetet bör utföras i det individuella fallet, men att sätta ord på det tycks inte vara självklart enkelt. Att hitta en rimlig och lämplig detaljnivå framstår dessutom som en gedigen utmaning. Det ska också påtalas att det även finns exempel på individuella genomförandeplaner bland de granskade, som ger en god inblick i och fyllig information om hur och varför omsorgsarbetet bör utföras på ett visst sätt. Här följer några mer utförliga exempel avseende insatser och vilka aspekter av insatserna som omsorgspersonalen bör vara extra uppmärksam inför och varför:

Mål 1: Vila. (X) blir trött av för mkt intryck i omgivningen och behöver korta vilopauser. Lägg (X) att vila efter frukost och efter lunch i soffan i dagrummet. Mål 2: Stimulansrum. Ta (X) till stimulansrum en stund efter middagen varje dag. Mål 3: Rörelseträning. Gå en kort promenad med (X) varje morgon ute eller i korridoren, gärna kasta lite boll med henne = bra balansträning. (X) mår bra även psykiskt av att spela enkla spel och att röra på sig. Vi provar att låta (X) sitta med de andra vid måltider, ska sitta vid bordet närmast fönstret. MNA visar risk för undernäring – vikt på

(X) ska tas var tredje månad, stöd av personal vid alla måltider. Dowtown Fall Risk index visar risk för fall – ökad uppsikt av (X) då hon vistas i dagrummet. (X) har lätt för att sätta sig vid sidan av soffa eller stol. Även viktigt att (X) alltid har sina glasögon på sig då hon är uppe så hon ser ordentligt. (1:9)

***Personlig hygien**: Rengöra handfat, toalett och kontrollera papperskorgen varje morgon, då han är snusare så spottar han mycket och ser inte hur smutsigt det blir, plocka bort portionssnus som han har lagt ut på golv, bord mm. Klarar inte längre av att sköta övre och nedre tvätt själv. Hjälp med nedre tvätt på morgonen. Försöka hjälpa med övre tvätt men kan satsa på duschdagen för övre tvätt om det blir svårt. Påminna om att tvätta händerna, kommer inte ihåg det längre. Påstötning med tandborstning morgon och kväll. Påminna om rakning om han ser skäggig ut, ny rakapparat – kan behöva viss hjälp med rakningen. **Andning och cirkulation:** Har portionssnus i kylen. Vill att personalen sköter utlämnandet av snus diskret, inte prata så högt om det så att andra kan höra. Kärlkrampen brukar (X) känna av då och då, har nitrospray som finns i medicinskåpet. Har stödstrumpor som tas på, på morgonen, på kvällen innan nattpersonalen kommer så ska kvällspersonalen ta av stödstrumporna. […] **Fritid/sysselsättning**: Brukar vara med på rehab assistentens olika aktiviteter men vill ibland inte delta. Boule, musik och sjunga i kör är exempel på saker som fungerat. (X) ska inte vara med på Bingo eller sittgymnastik, tycker inte att det är roligt. Ser mindre på tv under kvällstid på sitt rum, musiken känns viktigare för (X). Sätta igång skivan ”Andliga sånger” som han får lyssna på, på sitt rum. Har ledsagning ca 2 tim/vecka. Behöver hjälp med att ringa till anhöriga då detta är väldigt viktigt för (X) så bör det erbjudas dagligen. Nyckeln tas bort då han inte använder den. (1:2)*

De finns vidare olika skrivstrategier i de granskade genomförandeplanerna. I några fall skriver dokumentförfattaren ”jag”, som om det var omsorgstagaren själv som hade skrivit ner sina behov:

Jag behöver sova ut på morgonen samt vila efter lunch. Jag tycker om social närvaro och att sitta ner och prata. Jag behöver att någon av personalen sitter med mig på kvällen vid ca 20.00 så att jag kommer ner i varv innan jag ska lägga mig. (1:6).

Om det underlättar dokumentationsarbetet genom att använda ”jag” då man skriver om någon annan, så är det möjligen en fruktbar strategi. Men i grunden framstår det förvirrande, då det i första hand framstår tveksamt om omsorgstagaren själv har varit med och uttryckt detta och än mindre troligt att denne verkligen författat dokumentet. I de flesta fallen skriver dock dokumentförfattarna ut förnamnet på omsorgstagaren eller

”hon” resp. ”han”, för att i den löpande texten uttrycka och beskriva individuella behov, mål och insatser.

Det är genomgående mycket överskådligt fokus kring rutiner, aktiviteter, hjälpmedel och insatser i genomförandeplanerna, där man inte får särskilt konkret information om *hur* saker ska utföras, mer *att* de ska utföras. Veckointervall är vanligare att beskriva än dyngsintervall eller månads/säsongsintervall. Promenader 2 ggr/vecka är exempelvis vanligt förekommande, men det står inte i något fall om vart promenaden lämpligen bär, förutom abstrakt formulerat likt ”i korridorer” eller ”utomhus”. Årstider är inte omnämnt vilket är förvånande med tanke på att samtliga boenden är belägna i Umeå där årstidernas dramatik gärna har en inverkan på gemene man och våra möjligheter att röra oss i olika miljöer och med olika färdsätt beroende på underlag. Ljus, mörker, dygnsrytm, kyla, värme, halka, snö, sparkföre, kläder, möjligheter till att vara ute och att vilja vara ute just de få timmar som dagsljuset visar sig, något av detta kunde vara meningsfulla aspekter att väga in, men det förekommer inte alls i beskrivningarna.

Handlingsstrategier kring att bibehålla och främja kroppsfunktioner, reglera kost och dygnsrytm, motverka kroppsligt förfall och bristande hygien samt att stimulera kognition, är gärna i fokus i genomförandeplanerna. Vad som konsekvent dock utelämnas i beskrivningarna är vem personen har varit genom livet och vilka erfarenheter, sedvänjor och preferenser som han eller hon är van vid sedan tidigare och förespråkar. Att exempelvis hänvisa till annan dokumentation i form av livsberättelser eller att försöka inkludera några frågor i genomförandeplanerna kring personliga preferenser och särskilda individuella erfarenheter skulle enligt min bedömning gagna en dokumentation som än tydligare stödjer ett personcentrerat förhållningssätt.

Genomförandeplanernas struktur

Strukturen för de individuella genomförandeplanerna är varierande och fragmentarisk. Varierande på så vis att rubriceringarna ser olika ut och förekommer i olika turordning och omfattning. Fragmentarisk på så vis att detaljnivå skiljer sig väsentligt åt. Många

rubriceringar med kortfattade eller längre anteckningar om behov, mål, insatser som ska utföras av vem, när och hur, är dock återkommande, vilket delvis också är i linje med Socialstyrelsens grundläggande råd om vad som bör framgå i en genomförandeplan (jfr Carlsson och Nilsson 2010 s. 19). För att konkret exemplifiera hur varierande den övergripande strukturen trots allt ter sig i genomförandeplanerna, redovisas ett mindre urval (5 st) av fullständiga genomförandeplaner som ingår i det granskade materialet i bilaga 2.

Struktur som möjligt verktyg i omsorgsdokumentationen

Den fulla variationen avseende struktur som förekommer i det granskade materialet är visserligen inte synliggjord fullt ut genom exemplen i bilaga 2. Det är först vid en närmare granskning av innehållet som den strukturella variationen blir än mer synlig. En förklaring till detta kan vara att innebörder av exempelvis behov, mål och insatser är svåra att precisera och hålla isär. Det är inte alltid enkelt att beskriva vad som är vad utan tydlig vägledning för var fokus bör läggas i själva dokumenteringen. Kanske hade det underlättat att diskutera vilken typ av detaljnivå strukturen för dokumentationen bör ha, både i verksamheten som helhet och vid varje särskilt boende? Ett alternativ kunde vara att ha ett dokumentationssystem där strukturen hjälper den person som dokumenterar att hålla fokus kring vad det är som ska dokumenteras, exempelvis genom tydliga rubriceringar med koncisa skrivanvisningar där det framgår vilken ungefärlig detaljnivå och omfattning dokumentationen bör hålla.

Att använda tydlig struktur som kan liknas vid en checklista för att öka möjligheterna till att skapa en innehållsrik genomförandeplan är något som Äldrecentrum i Stockholm rekommenderar. Tillsammans med Svenskt Demens Centrum och Svenska Demensregistret (SveDem) har Äldrecentrum utarbetat en **checklista** (se bilaga 3) som i sin helhet eller genom användning av valda delar kan vara ett stöd för den personal som arbetar med dokumentation kring personer med demenssjukdom i särskilt boende. Checklistan är uppdelad i tio områden där varje område innehåller frågor om den

enskilde personen och den utgår från de riktlinjer som Socialstyrelsen ger högst prioritet. (http://www.aldrecentrum.se (18 december 2012)). Att använda hela eller delar av en sådan här checklista vid upprättandet av individuella genomförandeplaner skulle sannolikt underlätta att dokumentera utan risken att förbise viktiga områden. Samtidigt torde det innebära att den enskilda omsorgstagaren och dess anhöriga också skulle få hjälp att uttrycka sig kring omsorgstagens livsberättelse, individuella situation inkluderande behov, mål och önskade insatser, med hjälp av de frågor som ställs.

Med hjälp av en tydlig och genomtänkt struktur för omsorgsdokumentationen skulle sannolikt också de ”goda exemplen” se annorlunda och kanske mer enhetliga ut, både avseende omfattning, innehåll och struktur. I vilken mån som dokumentationen avspeglar det samtal som förs vid mötet, respektive samtalet vid mötet förs med hjälp av den struktur som dokumentationen har, är i dagsläget svårt att uttala sig om. Med andra ord finns det sannolikt potential att framledes använda en väl genomtänkt grundstruktur för dokumentationsunderlaget även som samtalsunderlag vid mötet för upprättandet av den individuella genomförandeplanen.

Avslutande diskussion

Det råder inga tvivel om att det i grunden är en komplex och utmanande uppgift att upprätta en genomförandeplan vid demenssjukdom. I de flesta fallen deltar anhöriga i upprättandet av planerna, vilka då förutsätts få insyn och medbestämmande avseende omsorgen samt medverka till att stärka och föra fram omsorgstagarens individuella livssituation i upprättandet av planeringen för hur omsorgen ska utformas. Det framgår i något fall att den anhöriga i fråga är en mycket närstående som har varit anhörigvårdare de senaste åren, men i de flesta fall omnämns inte relationen mellan omsorgstagaren och de anhöriga mer än i termer av typ av relation, exempelvis om det är fråga om barn eller maka/make, god man eller väninna. Detta framstår anmärkningsvärt då vi vet att anhöriga står för en viktig och stor del av omsorgen (Szebehely & Ulmanen 2012). Det

kan också konstateras att stöd till anhöriga inte beskrivs i något fall av de granskade genomförandeplanerna.

I några fall finns det inga anhöriga som kan eller vill delta i upprättandet av planeringen och det torde då vara av särskild vikt att konsekvent se till att mötet i sådana fall inbegriper flera personer och professioner som har en god inblick i den enskilda omsorgstagarens situation. Givetvis är det av vikt även i övriga fall för att på allvar beakta innebörden av Socialstyrelsens (2010) förespråkande av ett *multiprofessionellt teambaserat arbetssätt* vid demenssjukdom, vilket i och för sig kan ta sig många andra former vid sidan av medverkan just vid upprättande av genomförandeplan. Genom att flera professioner finns närvarande vid upprättandet av planeringen och därmed kan bidra med perspektiv, gagnas dock sannolikt en helhetsbild i planeringen av omsorgsarbetet vilket också är eftersträvansvärt.

Det blir tydligt i denna typ av dokumentationsgranskning att genomförandeplaner idag ser mycket olika ut. Inte bara olika beroende på att omsorgstagare och omsorgspersonal är olika, utan olika avseende innehållets detaljrikedom och struktur, vad det egentligen är man väljer att dokumentera och planera kring. Det är oundvikligt att som granskare ställa sig frågor om hur en rimlig balans mellan alltför abstrakta beskrivningar och detaljerade arbetsinstruktioner som berör i princip allt i det vardagliga livet för personen med demenssjukdom och dess situation som omsorgstagare, egentligen bör och kan se ut? Svaret på frågan om hur balansen bör och kan se ut måste diskuteras på en övergripande verksamhetsnivå samt vid varje arbetsenhet kontinuerligt, för att säkerställa att genomförandeplanerna kan användas på de sätt som det är avsett.

Enhetlighet avseende frågor som diskuteras, struktur för dokumentationen med stringenta skrivinstruktioner till den dokumenterande personalen, skulle sannolikt bidra till att genomförandeplanerna som dokument betraktat även kan komma att utformas mer personcentrerat. Det ska inte förglömmas att de ”goda exempel” som är granskade i denna rapport samtliga bär spår av de specifika organisatoriska villkor och riktlinjer

som de är skapade under och inom. En genomgående styrka i de granskade genomförandeplanerna är att samtliga planer är noggrant daterade och det framgår vem som har dokumenterat. Datum alternativt tidsrymd fram till nästa uppföljning finns också genomgående med. Detta är långt ifrån en alarmerande rapport även om den pekar på att det finns mycket att jobba vidare med avseende dokumentationsarbetet i respektive verksamhet för att kvalitativt nå upp till fler aspekter av de komplexa krav och rekommendationer som Socialstyrelsen (2010) ställer på verksamheter inriktade på vård- och omsorg vid demenssjukdom.

Referenser

Andersson, Katarina (2007) *Omsorg under förhandling – om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet*. Doktorsavhandling, Umeå universitet, institutionen för socialt arbete. Tillgänglig från: http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=2&pid=diva2:140010

Carlsson, Thomas & Nilsson, Ann (2011) *Social dokumentation i praktiken: En handbok med övningar.* Stockholm: Gothia Förlag.

Ehn, Billy & Klein, Barbro (1994) *Från erfarenhet till text: Om kulturvetenskaplig reflexivitet.* Stockholm: Carlssons Förlag.

Harnett, Tove, Jönson, Håkan & Wästerfors, David (2012) *Makt och vanmakt på äldreboenden.* Lund: Studentlitteratur.

Lundman, Berit & Hällgren Graneheim Ulla (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, Monica & Höglund-Nielsen, Birgitta (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur.

Sjölund, Maria (2012) *Levd erfarenhet av ålder: Föreställningar om och erfarenheter av att vara och bli äldre.* Doktorsavhandling Umeå Universitet, Institutionen för socialt arbete. Tillgänglig från: http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=4&pid=diva2:550034

Socialstyrelsen (2011) Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Tillgänglig från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-13

Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Tillgänglig från: http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom

Szebehely, Marta & Ulmanen Petra (2012) *Åtstramningens pris: Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning?* Rapport för Kommunal, Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
Tillgänglig från:
http://www.kommunal.se/Kommunal/Kommunal-tycker/Rapporter/Ovriga-rapporter/Atstramningens-pris/#.UOvz97azt-V

Bilaga 1. Tabeller över medverkande vid mötet

KP = Kontaktperson, USK = Undersköterska, SSK = Sjuksköterska, SJG = Sjukgymnast, ART = Arbetsterapeut, C = Chef, enhetschef eller verksamhetschef, ST = Student, ANH = Anhörig, i något fall väninna eller god man men oftast barn eller maka, make. Förkortningarna gäller för samtliga tabeller 2a, 2b, 2c.

Tabell 2a Antalet personer och professioner närvarande vid upprättande av individuell genomförandeplan för personer med demenssjukdom på särskilt boende 1.

	(KP) USK	SSK	SJG	ART	C	ST	ANH	Totalt
1.1	(x)	x				x		3
1.2	(x)	x				x	**x**	4
1.3	x	x					**x**	3
1.4	x	x	x	x	x		**x**	6
1.5	x	x				x	**xx**	5
1.6		x					**x#**	2
1.7	x	x	x			x	**xx**	6
1.8	x	x					**xx**	4
1.9	x	x				x	**x?***	4
1.10	x	x	x		x		**xx**	6

kontaktad per telefon.
*endast namngiven person, skulle kunna vara omsorgstagaren då jag inte har tillgång till personuppgifterna.

Tabell 2b. Antalet personer och professioner närvarande vid upprättande av individuell genomförandeplan för personer med demenssjukdom på särskilt boende 2.

	(KP) USK	SSK	SJG	ART	C	ST	ANH	Totalt
2.1	(x)xx	x		x			**xx**	7
2.2	(x) x	x		x			**x**	5
2.3	(xx)							2
2.4	(xx)	x		x			**x**	5
2.5	(x)						**x**	2
2.6	(x)	x	x	x			**x#**	5
2.7	(xx)	x		x			**xx**	6
2.8	(x)x	x	x	x			**x**	6
2.9	(x)x							2
2.10	(x)x	x			x		**x**	5

kontaktad per telefon

Tabell 2c. Antalet personer och professioner närvarande vid upprättande av individuell genomförandeplan för personer med demenssjukdom på särskilt boende spritt urval.

	(KP) USK	SSK	SJG	ART	C	ST	ANH	Totalt
3.1	(x)x	x					**xx**	5
3.2	(x)	x					**x**	3
3.3	(x)	x					**x**	3
3.4	(x)	x					**x**	3
3.5		x					**xx**	3
3.6	(x)x	x				x	**x**	5
3.7	(x)	x	x				**xx**	5
3.8	x	x	x		x		**x**	5
3.9								7?
3.10	(x)	x	x		x			4
3.11	(x)	x	x	x	x		**xxxx**	9

? = 7 personer endast namngivna ej profession eller relation omnämnd.

Bilaga 2. Fem fullständiga genomförandeplaner

Förkortningar i textutdragen: KP = Kontaktperson, USK = Undersköterska, SSK = Sjuksköterska, SJG = Sjukgymnast, ART = Arbetsterapeut, C = Chef, enhetschef eller verksamhetschef, ST = Student, ANH = Anhörig, i något fall väninna eller god man men oftast barn eller maka, make.

Närvarande: KP, ANH, SSK
Behov: (X) behöver hjälp med all ADL, dusch, tandborstning.
Mål: Att man har tid att sitta med henne och prata.
Insatser – vad: Att ta sig tid att vara med henne och prata. Att hon får klara sig själv i den mån hon kan.
Uppföljningsdatum: Om ett halvår. KP ansvarar. **(1:3)**

Närvarande: SSK, KP, SJG, ANH, ANH, ST
Planeringsdatum: Datum angivet.
Mål: Mål 1: Skriv upp alla aktiviteter som (X) varit på varje dag i almanackan på hennes rum. Den personal som har (X) i sin grupp ansvarar för detta. Skriv in efteråt om (X) t.ex. varit på promenad mm. (X) kommer oftast inte ihåg efteråt vad hon gjort under dagen så almanackan hjälper henne att hålla ordning på sin vardag. Mål 2: Hjälp (X) att sätta igång cd-spelaren på rummet varje dag, gärna kvällstid efter middagen. Mål 3: Stimulansrum. Sätt (X) i stimulansrum varje dag. Hon kan sitta där inne själv, lämna dörren på gränt. Mål 4: Rörelseträning. Erbjud (X) att cykla på manupedcykeln en gång om dagen. Motstånd 1, 400-500 varv. Putsa (X) glasögon varje morgon, de är ofta smutsiga. (X) ska prova att gå på fotvård en gång till, utvärderas efteråt. Hon hade inte tyckt om det då hon var senast. (X) fortsätter att beställa mat från matsedeln tillsammans med dottern.
Uppföljningsdatum: Om sex månader. **(1:7)**

Närvarande: SSK, KP1, KP2, ART, ANH
Uppföljning av tidigare plan.
Behov: Stöd och hjälp vid ADL situationer, socialt umgänge, stressfri miljö vid omvårdnad.
Mål: Mål 1. Bibehålla sin sociala förmåga. Mål 2. Bibehålla välbefinnandet.
Insatser – vad: Mål 1. Delta i de aktiviteter som passar hans intressen, ex. musikunderhållning. Mål 2. Utevistelse då vädret tillåter.
Hur: Mål 1. Efter boendets aktivitetsschema eller då ork och vilja finnes. Mål 2. Med hjälp av omvårdnadspersonal eller anhöriga.

När: Mål 1. Efter boendets aktivitetsschema eller då ork och vilja finnes. Mål 2: Varje dag.
Vem: Mål 1. Omvårdnadspersonal. Mål 2. Omvårdnadspersonal samt anhöriga.
Vårdtagarens delaktighet/medbestämmande: Anhörig var med och godkände planen.
Uppföljningsdatum: Månad och år angivet. Kontaktpersonalen är ansvarig att sammankalla till nästa träff. **(2: 4)**

Närvarande: ANH, ANH, SSK
Planeringsdatum: Datum angivet.
Uppföljning av tidigare plan: Tidigare plan har fungerat bra förutom att hennes hud inte är helt sårfri.
Behov: Behålla sin fysiska förmåga och sociala förmåga och att huden är fri från klåda och sår.
Mål: 1: Bibehålla konditionen. 2: Minska klådan. 3: Aktivering.
Insatser – vad: 1. Promenader. 2. Ha en mjuk och sårfri hudkostym. 3. Delta i boule. Titta i tidningar och böcker.
Hur: 1. Utomhus. 2. Smörjes med Locobase och vid behov Dacktacort. 3. Inne på boendet eller på sitt rum.
När: 1. Två gånger i veckan. 2. Morgon och morgon. 3. a/ När aktivitetssamordnaren är på avdelningen1 gång i veckan och b/varje dag.
Vem: 1. Personal och anhöriga. 2. Personal. 3a/ Aktivitetssamordnaren. b/ personal.
Vårdtagarens delaktighet/medbestämmande: (X) söner deltog.
Uppföljningsdatum: angivet datum inom ett halvår. **(3:5)**

Behov: Behovet för (X) är att hon inte ska behöva ha ont i kroppen. Att hennes aptit ska bli bättre. Att hon ska få behålla sin gångförmåga. Och att hon ska känna trygghet.
Närvarande: C, KP, ART, SJG, SSK, ANH, ANH, ANH, ANH
Planeringsdatum: Datum angivet.
Uppföljning av tidigare plan: Första genomförandeplanen.
Mål: Bibehålla gångförmågan. 2: Få vara smärtlindrad. 3: Att känna sig trygg.
Hur: 1. Vi försöker att hjälpa henne komma ihåg sin rullator när hon känner sig knäsvag. Även erbjuda promenader och aktiviteter som finns. 2. Försöka med hjälp av SSK och läkare att (X) ska vara så smärtlindrad som det går. 3. Att erbjuda extra mellanmål, berika maten. Även erbjuda nattmål. 4. Få henne att känna sig trygg med att få dörren låst på natten och att hon får ställa för stolar för sin dörr när hon lämnar rummet.
Vårdtagarens delaktighet/medbestämmande: Har pratat med (X) om målen vi har kommit överens om men vet inte riktigt om hon förstod det.
Uppföljningsdatum: Om ca 1 år eller vid behov.
Vem: Alla målen genomförs av personalen förutom smärtlindring som görs av SSK.

När: 1. Att kunna se när (X) börjar bli trött och då erbjuda henne rullatorn i tid. Att erbjuda de aktiviteter som finns på avdelningen. 2. Att vara uppmärksam när hon har ont och då erbjuda det hon har som t.ex. Smörja knäna och ge ev. värktabletter. 3. Att så ofta som möjligt erbjuda extra mellanmål när hon tar emot detta. Att berika alla måltider. 4. Att låta henne få ställa saker framför dörren och låta den vara låst för det får henne att känna sig tryggare. **(3:11)**

Bilaga 3. Checklista demens särskilt boende