

Utvärdering av demensprojekt i Bräcke kommun

Ingegerd Skoglund-Öhman
Suzanne Göransson

©FOU JÄMT, ÖSTERSUND 2014

ISSN:1651-7253

FÖRFATTARE: INGEGERD SKOGLIND-ÖHMAN, SUZANNE GÖRANSSON

Sammanfattning

Socialstyrelsen publicerade våren 2010 nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Enligt de nationella riktlinjerna ska vård och omsorg vid demenssjukdom bygga på ett personcentrerat förhållningssätt. Multiprofessionellt teamarbete och utbildning kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback är insatsområden som bör prioriteras (Socialstyrelsen, 2010).

Sveriges kommuner fick i oktober 2011 möjlighet att ansöka om statsbidrag för att i nära samarbete med respektive landsting under perioden 2012-2014 utveckla och pröva modeller för implementering av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Bräcke kommun var den kommun i Jämtland som ansökte och beviljades statsbidrag för att tillsammans med primärvården utveckla och pröva modeller för implementering av de nationella riktlinjerna.

Bräcke kommun har i samarbete med primärvården utvecklat och gjort ett försök att arbeta i ett särskilt demensteam, benämnd minnesmottagningen. I teamet har ingått resurs i form av undersköterska och distriktssköterska, 100 % tjänst vardera. 25 % arbetsterapeut har utfört aktivitetsbedömningar och hjälpmedelsutprovningar i hemmiljö. Därutöver har hälsocentralen bidragit med 25 % sjuksköterska och läkarkonsultation fyra timmar vid ett tillfälle per månad. Verksamheten har bedrivits projektform under åren 2012-2013, och avslutades den 31 december 2013 på grund av att de statliga medlen upphörde. Bräckes demensprojekt pågick delvis parallellt med Jämtlands läns övergripande arbete med att utforma ett regionalt samverkansdokument för demensvård- och omsorg. Arbetet med framtagandet av samverkansdokumentet har skett i samarbete mellan huvudmännen.

En bred satsning på kompetenshöjande insatser för personal och anhöriga är gjord under projektperioden. 253 personer har deltagit i Demens ABC; en webbaserad utbildning, som resulterade i att Bräcke mottog pris för bästa nationella deltagarresultat. Personal på särskilda boenden har genomgått grundläggande demensutbildning. Anhörigutbildning har hållits i cirkelform. Ett antal föreläsningar och seminarier har hållits för personal i hemtjänst och särskilda boenden.

En modell för basal demensutredning har under satsningen utarbetats i samverkan mellan huvudmännen. Modellen har använts i pågående verksamhet inom demensteamet/minnesmottagningen. Utvärdering av förskriven bromsmedicin är gjord två månader efter läkemedelsordination och har i en del fall resulterat i

förändrad ordination. Positiv effekt har konstaterats för en majoritet (61,3 %) av de demenssjuka som har ordinerats bromsmedicin. Anhöriga har i fokusgruppsintervju beskrivit sina erfarenheter av demsteamet/minnesmottagningen som ett stöd i en förändrad livssituation och pekar på vikten av kontinuitet och trygghet.

Verksamheten i Bräcke kommun bedrivs från och med januari 2014 i reducerad form. En undersköterska arbetar på minnesmottagningen en dag per vecka, läkarkonsultation ges fyra timmar per månad, anpassad dagverksamhet bedrivs i de tre kommundelarna Gällö, Kälarne och Bräcke. Distriktssköterskeinsatser utförs inom ramen för respektive distriktssköterskas geografiska ansvarsområde. Sjuksköterska på hälsocentral ansvarar för registrering i SveDem, medan respektive distriktsläkare ansvarar för medicinsk utredning och diagnostisering. Arbetssättet följer i stora drag rekommendationerna i nämnda samverkansdokument för demensvård- och omsorg i Jämtlands län, som framtagits av huvudmännen.

Innehållsförteckning

Förord	7
Bakgrund	8
Definition - demensteam	9
Kostnader för demensvård- och omsorg.....	9
Utvärderingar av demensteam	10
Demensteam i Jämtlands län.....	11
Demenssjukdomarna	13
”De anhörigas sjukdom”	14
Regelstyrtd stöd till anhöriga.....	14
Utvärderingsuppdraget	15
Syfte	15
Metod	15
Design.....	15
Datainsamling	15
<i>Utvärderingsmaterial tillgängligt via minnesmottagningen.....</i>	<i>16</i>
<i>Urval och genomförande av fokusgrupp</i>	<i>16</i>
Dataanalys	17
Etiska aspekter	17
Resultat och analys	17
Minnesmottagningen.....	17
Kompetenshöjande insatser till personal och anhöriga via projektet.....	18
Direkta insatser för de demenssjuka.....	19
Utvärdering av bromsmedicin	19
Fokusgrupp.....	21
Nuläge i Bräcke kommun	23
Diskussion	23
Modell för implementering av nationella riktlinjer.....	23

Kompetensutveckling	24
Lokalt samarbete mellan huvudmännen	25
Kostnads- och kvalitetsaspekter	25
Avslutande reflektioner	26
Referenslista.....	28
Bilagor	29

Förord

Syftet med utvärderingen av demensprojektet i Bräcke kommun har varit att sammanfatta huvudresultaten, samt att ta reda på om projektet har bidragit till kvalitetsutveckling och god resurshållning inom området. Syftet var även att ta del av anhörigas uppfattning om det egna stödet och stödet till den närstående med demenssjukdom. FoU Jämt har genomfört utvärderingen på uppdrag av den lokala styrgruppen för demensprojektet.

Utvärderingen baseras på tillgängliga uppgifter och material genom dåvarande demensteamet/minnesmottagningen, som via statliga medel bedrevs under åren 2011-2013. En fokusgruppsintervju är gjord med anhöriga till sju närstående som har demenssjukdom. Dessutom är uppgifter inhämtade bland annat via personliga kontakter med kommunerna i Jämtland.

De kontakter som vi har haft med medarbetarna i Bräcke och med anhöriga har varit värdefulla i vårt arbete med att samla information och erfarenheter utifrån den verksamhet som har bedrivits. Vi riktar ett tack till er alla som bidrog till denna utvärdering.

Östersund 2014-06-03

Ingegerd Skoglund-Öhman och Suzanne Göransson

Bakgrund

Socialstyrelsen publicerade våren 2010 nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhöriga. Syftet med de nationella riktlinjerna är att de ska vara ett stöd för beslutsfattare i kommuner, landsting och regioner för att dessa kan styra hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom öppna och systematiska prioriteringar.

Enligt de nationella riktlinjerna ska vård och omsorg vid demenssjukdom bygga på ett personcentrerat förhållningssätt. Multiprofessionellt teamarbete och utbildning kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback är insatsområden som bör prioriteras (Socialstyrelsen, 2010).

Sveriges kommuner fick i oktober 2011 möjlighet att ansöka om statsbidrag för att i nära samarbete med respektive landsting under perioden 2012-2014 utveckla och pröva modeller för implementering av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Den dåvarande så kallade regionala gruppen för stimulansmedel, med representanter från Jämtlands läns kommuner och landstinget, ställde sig positiv till Bräcke kommuns ansökan om statsbidrag för att i samarbete med primärvården implementera de nationella riktlinjerna. Motiveringen var att resultaten från projektet i Bräcke kunde vara applicerbara även för andra kommuner i länet. Bräcke beviljades cirka 2,4 miljoner kronor. Statsbidraget var avsett att användas till och med 31 december 2013, och projektet har återredovisats till Socialstyrelsen.

Ett samverkansdokument för demensvård- och omsorg i Jämtlands län antogs av Sociala Vård- och omsorgsgruppen¹ 17 maj 2013. Dokumentet reglerar en övergripande samverkansprocess innefattande tidig bedömning/utredning vid kognitiv svikt, basal demensutredning, samt individuell uppföljning av hälsa och socialt tillstånd (Regionförbundet Jämtlands län, Jämtlands läns landsting, 2013). Bräckes demensprojekt har delvis skett parallellt med det övergripande regionala arbetet med samverkansdokument baserat på de nationella riktlinjerna för vård och omsorg för personer med demenssjukdom och för deras anhöriga.

¹ Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM)= Politiker- och tjänstemannaarena med representanter från Regionförbundet, kommunerna och landstinget i Jämtlands län.

FoU Jämt² har av styrgruppen för Bräckes demenssatsning fått i uppdrag att göra en sammanfattande utvärdering av projektet, vilken presenteras i föreliggande rapport.

Definition - demensteam

Ett team som ger vård och omsorg till personer med demenssjukdom och deras anhöriga benämns ofta demensteam. Dock finns i dagsläget ingen enhetlig definition på vad ett demensteam är. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum gjorde på uppdrag av Socialstyrelsen 2009 en sammanställning över de demensteam som då fanns i Sverige. I rapporten framkommer att demensteam fanns i nästan hälften av de 271 kommuner som besvarade utskickad enkät. I det följande hänvisas till nämnda rapport. I en nordisk kontext står begreppet demensteam vanligen för ett tvärprofessionellt team som arbetar både konsultativt och individuellt. Teamets uppdrag är att underlätta att personer med demenssjukdom får en tidig diagnos samt genom att via handledning, utbildning och individuella kontakter säkerställa att personer med demenssjukdom och deras närstående får adekvat stöd under hela sjukdomsförloppet.

Ungefär hälften av landets demensteam har gemensamt huvudmannaskap kommuner/landsting, vilket är positivt ur samverkanssynpunkt. Att teamen är tvärprofessionella är en stor fördel i dagens i övrigt ofta fragmentiserade vård. Olika professioner behövs för att tillgodose behov av socialt, kurativt och medicinskt stöd under demenssjukdomen. Demensteamens uppgifter är vanligen att delta i och utföra demensutredningar, delta i vårdplanering samt att vara en länk mellan olika vårdnivåer och vårdgivare. Andra uppgifter är att arbeta med uppsökande verksamhet, att stödja anhöriga, samt att arbeta med handledning och kompetensutveckling av personal inom äldreomsorg och primärvård (Haraldsson & Wänell, 2009).

Kostnader för demensvård- och omsorg

Ett tvärprofessionellt strukturerat arbetssätt över huvudmannaskapsgränserna, har enligt den så kallade Kalmarmodellen indikerat att diagnos, behandling och stöd i ett tidigt skede minskar belastning på sjukvården. Vidare ökar den enskildes möjligheter att bo kvar längre i det egna hemmet. Demensprogrammet i Kalmar involverade primärvård, specialistvård samt kommunal vård och omsorg. Studier visar att arbetssättet implementerades utan extra kostnader. Kostnaden för demensvården

² FoU Jämt = Forsknings- och utvecklingsenheten för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län

var dessutom lägre i Kalmar än för övriga landet. Forskaren Erik Jedenius har beräknat att vinsten skulle bli 1,5 miljarder per år om modellen skulle implementeras i hela landet (Jedenius, 2010). Demensprogrammet i Kalmar står i samklang med kvarboendepincipen vilken varit vägledande i svensk äldreomsorg och som bygger på att den enskilde, med stöd från hemtjänst och hemsjukvård, ska få möjlighet att bo kvar i sitt eget hem så länge som det är möjligt (Haraldsson & Wånell, 2009).

Enligt Ingrid Strandberg ekonom Bräcke kommun kostade en hemtjänsttimme (inklusive restid) 341:88 kronor år 2013. Kostnaden för en plats på demensboende år 2012 var enligt samma källa 568 000 kronor under år 2012, medan kostnaden för 2013 ser ut att bli 600 000 kronor (Personlig kommunikation, Strandberg, 2013). Kostnaden för en dag i dagverksamhet beräknas motsvara kostnaden för 1-2 timmars hemtjänst (Socialstyrelsen, 2014).

Utvärderingar av demensteam

I Haraldsson & Wånells (2009) kartläggning över demensteam framkommer att den då enda svenska studien av ett demensteam var gjord av FoU Välfärd i Region Gävleborg. Studien beskriver erfarenheter från demensteamet i Gästrikland som sedan starten 2005 drivs utifrån ett samverkansavtal mellan fyra kommuner, primärvården Gästrikland samt Gävle sjukhus. Teamet är numer permanent verksamhet, arbetar konsultativt och fungerar som brobyggare mellan professioner och huvudmän. I samverkansavtalet formuleras ”teamet ska genom tidiga och samlade insatser tillsammans med ordinarie vårdgivare möta den demenssjuke och dennes närståendes behov” (Tillberg Mattsson, 2008).

Haraldsson & Wånell (2009) menar att forskningsanknuten utvärdering av demensteam är angelägen för att belysa nyttan för den demenssjuke, anhöriga och personal. Sådana utvärderingar är även samhällsekonomiskt betydelsefulla. FoU Jämt har i bakgrundsarbetet till föreliggande utvärdering av Bräckes demensteam funnit forskningsbaserade utvärderingar som belyser vikten av anhängstöd till exempel i form av demensteam och dagverksamhet (Lönnfjord & Wennstam Karlsson, 2012; Winqvist, 2012). Litteratursökning visar dock sparsamt med utvärderingar som renodlat beskriver demensteam.

I Härnösand finns ett exempel på långsiktigt stöd för demenssjuka och deras anhöriga. Inom ramen för den så kallade Per-modellen bedrivs en verksamhet innefattande stödgrupper, dagverksamhet och fortgående anhörigträffar under sjukdomsprocessen. Per-modellen bygger på pedagogik, emotionellt stöd samt relationsskapande insatser. Efter åtta års verksamhet visar det sig att endast 2 av 23 de som tagit del av det långsiktiga stödet har flyttat till demensboende. Projektet

visar även att MMT-resultaten har avtagit med endast 1,8 poäng under den sjukdomsdrabbades första två år vid verksamheten. Dessutom har efterfrågan på demensboendeplatser minskat (Muntlig information, Hägglund och Kjällman, 2013). Kjällman et al (2013) har i en vetenskaplig artikel beskrivit att deltagande i långsiktiga stödgrupper underlättar välbefinnande och stöd hos de demenssjuka och deras anhöriga.

Socialstyrelsen (2014) pekar på att det är angeläget att landsting och kommuner fortsätter att arbeta i multiprofessionella demensteam, även efter det att de statliga stimulan-medlen har upphört. Socialstyrelsen menar även att det är viktigt att teamen har den kompetens som krävs för uppdraget, vilket innebär att det bland annat bör finnas en läkare kopplad till teamet.

Demensteam i Jämtlands län

Fyra av kommunerna i Jämtlands län har permanenta demensteam. Någon av kommunerna har haft detta sedan fyra, fem år tillbaka. Teamen ser olika ut både vad gäller tillgänglig personalresurs-, och sammansättning. Demensteamens åskådliggörs i tabell 1.

Tabell 1. Demensteam i Jämtlands län

Kommun	Demensteam		Permanent sedan	Personal	Tot. åa ³
	Ja	Nej			
Berg	X		120101	0.40 åa usk (2 pers.) 0.25 åa AT 0.50 åa äldrevårds-ssk	1.15
Bräcke		X		0.20 åa usk 0,20 ssk HC konsulterande läkare HC (4 tim/mån)	0.40
Härjedalen		X			
Krokom	X		Sep. 2009	0.50 åa ssk 0.50 åa usk (Silviasyster) + dito resurs på en boendeenhet som v b kan förstärka i teamet	1.0
Ragunda		X			
Strömsund		X			
Åre	X		Våren 2010	0.20 dsk (samordnare) AT- resp. USK- resurs efter behov	0.20
Östersund	X		130101	1.0 åa ssk 0.50 åa AT 0.75 åa kurator	2.25

Förkortningar: Usk= undersköterska, AT= arbetsterapeut, ssk= sjuksköterska, dsk= distriktssköterska

³ Åa=årsarbetare=årstjänst

Demenssjukdomarna

Demens är en progressiv sjukdom som medför att den drabbade gradvis förlorar intellektuella och emotionella förmågor på ett sätt som påverkar funktioner och livskvalitet. Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen (50-60 procent av alla sjukdomsfall). Vaskulär demens utgör 20-25 procent, medan demens i övriga fall utgör ett av symtomen vid andra neurologiska sjukdomar som hjärntumör, Parkinsons sjukdom etcetera (Haraldsson & Wånell, 2009). Personer med demenssjukdom har stort behov av trygghet, struktur och kontinuitet, varför det är av vikt att stödsatser ges av personer som är välbekanta. Personkontinuitet ger trygghet i vardagen.

Andelen äldre med demenssjukdom ökar med stigande ålder. Cirka 150 000 personer i landet har någon form av demenssjukdom (SBU, 2006). Antalet beräknas öka till 180 000 personer år 2025, och cirka 240 000 år 2050 (Haraldsson & Wånell, 2009). Socialstyrelsen (2014) pekar på att antalet personer med demenssjukdom markant kommer att öka efter år 2020 när det stora antalet personer som är födda på 1940-talet uppnår en hög ålder. Ökningen innebär en stor framtida utmaning för samhället.

I Socialstyrelsens publikation ”Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005” har Socialstyrelsen skattat förekomsten av personer med demenssjukdom. Skattningen bygger på befolkningsstatistik från SCB samt åldersklass, specifik demensprevalens och incidens i SBU-rapporten om demens.

Tabell 2. Förekomst av demenssjukdom i Jämtlands län.

Kommun	Förekomst	Antal nya fall per år
Berg	177	32
Bräcke	155	28
Härjedalen	261	47
Krokom	230	41
Ragunda	143	26
Strömsund	307	55
Åre	164	29
Östersund	950	170
Totalt i länet	2 387	428

Socialstyrelsens nationella utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom (2014) visar att färre än hälften av de personer som utreds inom primärvården genomgår basal demensutredning i enlighet med de nationella

riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. Myndigheten pekar på att kommunerna och landstingen kan förbättra vård och omsorg om målgruppen genom att öka personalens kunskap om tidiga tecken på demenssjukdom även inom verksamheter som inte primärt arbetar med demenssjuka, exempelvis akutverksamheter. Dessutom betonas samverkan för att öka andelen personer som får genomgå demensutredning, genom att personer med behov upptäcks tidigare.

”De anhörigas sjukdom”

De förändringar som följer med demenssjukdomens utveckling påverkar de anhöriga till hög grad. Demenssjukdomarna beskrivs därför ofta som de anhörigas sjukdom. De anhöriga, som ofta själva tillhör gruppen äldre, har en avgörande roll i vård och omsorg om äldre och de förväntas spela en än större roll i framtiden. I ett folkhälsoarbete kan anhörigomsorg följaktligen ses ur två perspektiv. Dels är anhöriga viktiga för hälsan hos de äldre de vårdar, samtidigt påverkas anhörigas egen hälsa av de förutsättningar de har för att ge denna vård (Haraldsson & Wånell, 2009; Lönnfjord et al, 2012; Winqvist, 2012). Socialstyrelsens nationella utvärdering av vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 visar att de flesta av landets kommuner har anhörigstöd som är särskilt riktat till anhöriga till personer med demenssjukdom. Det är dock önskvärt att fler kommuner utvecklar anhörigstöd anpassat för olika målgrupper, exempelvis anhöriga till yngre personer som insjuknar i demenssjukdom eller som inte behärskar svenska språket (Socialstyrelsen, 2014).

Regelstyrt stöd till anhöriga

Den 1 juli 2009 infördes en ny bestämmelse i 5 kap. 10 § i socialtjänstlagen. Bestämmelsen anger att socialnämnden ”ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”. Syftet med stödet till anhöriga är framför allt att minska deras fysiska och psykiska belastning. Genom stödet kan den anhöriges livssituation förbättras samtidigt som risken att drabbas av ohälsa minskar. Kommunerna bör kunna erbjuda ett brett utbud av stöd för att tillgodose grupper och individers olika behov. Den generella utgångspunkten i lagstiftningen är att en person själv avgör graden av ansvar för att hjälpa, stödja eller vårda en närstående. Eftersom omvårdnadsplikt inte finns inskriven i äktenskapsbalken avgör varje maka/make själv i vilken omfattning hon eller han vill hjälpa sin närstående med personliga omvårdnadssysslor (Socialstyrelsen, 2013).

Utvärderingsuppdraget

Styrgruppen⁴ för Bräcke kommuns demenssatsning gav FoU Jämt i uppdrag att utvärdera projektet, som bedrivits under åren 2011-2013.

Syfte

- att sammanfatta huvudresultaten från det aktuella projektet
- att utvärdera om projektet har bidragit till kvalitetsutveckling och god resurshållning inom området
- att ta del av anhörigas uppfattningar om stödet till dem och deras närstående med demenssjukdom

Metod

Design

Med utgångspunkt från syftet av utvärderingen valdes kvalitativ ansats och deskriptiv metod (Backman, 2008; Starrin & Svensson, 1994). Kvalitativ ansats valdes eftersom syftet var att bland annat ta del av anhörigas uppfattningar om stöd (Wibeck, 2000), medan minnesmottagningens verksamhet och insatser behandlades deskriptivt.

Datainsamling

FoU Jämt har samlat in bakgrundsmaterial såsom projektansökan, projektplaner samt diverse material och statistik som minnesmottagningen själva nedtecknat. Som

⁴ Styrgruppen har utgjorts av Maritha Larsson, biträdande avdelningschef vård- och omsorg, Anders Åreng, avdelningschef vård- och omsorg och Ann-Katrin Stagerwall-Bengtsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska Bräcke kommun; Ulla-Britt Barcheus, verksamhetschef primärvården Bräcke; Birgit Malmqvist, sjuksköterska och Marianne Fransson, undersköterska demensteamet/minnesmottagningen; Eije Åhlander distriktsläkare hälsocentralen.

komplement till detta har en fokusgruppintervju (Wibeck, 2000) genomförts med åtta anhöriga.

Utvärderingsmaterial tillgängligt via minnesmottagningen

- Statistik över genomförda utbildningar till anhöriga, personalgrupper
- Statistik över insatser via minnesmottagningen (minnestest, anhörigintervjuer med mera)
- Utvärdering ”effekter av bromsmedicin”

Urval och genomförande av fokusgrupp

FoU Jämt uppmanade minnesmottagningen att göra en lista över aktuella kontakter inom gruppen demenssjuka i Bräcke kommun. Utifrån listan, som endast minnesmottagningen förfogade över, gjorde FoU Jämt ett slumpmässigt urval av åtta personer. Minnesmottagningen fick därefter i uppdrag att kontakta anhöriga till de personer som slumpats enligt nämnda modell, och att bjuda in dem till fokusgruppintervju. Vid intervjutillfället deltog fem kvinnor och tre män i åldrarna 57-83 år, vilka var anhöriga till sju närstående. En anhörig meddelande förhinder. Intervjun genomfördes i ett grupprum på Folkets hus i Bräcke, och spelades in på digital diktafon.

Fyra av intervjugruppens sju närstående hade utöver stöd från sina anhöriga även biståndsbeslut enligt SoL i form av;

- trygghetslarm, hemtjänst; fem besök per dag, ett nattbesök, social samvaro 45 min/vecka, promenad 45 min/vecka, ledsagning 4 timmar/månad. (n=1)
- trygghetslarm och daglig hemtjänst; morgon-, och kvällsrutiner, toabesök (n=1)
- permanent plats på särskilt boende (n=1)
- permanent plats på demensboende (n=1)

Utöver det biståndsbedömda stödet deltog flera av personerna boende i ordinärt boende i särskilt anpassad dagverksamhet för personer med demenssjukdom, så kallad Minnenas café, vilket Bräcke kommun erbjuder utan krav på biståndsbeslut.

Frågeområdena (se bilaga ett) under intervjun fokuserade på;

- eventuella upplevda skillnader för den anhörige och närstående före respektive efter att kontakt etablerats med minnesmottagningen
- om stödet motsvarar deras behov, samt
- hur situationen skulle te sig om inte den anhörige fanns med som ett stöd.

Deltagarna ombads att även att fylla i skattningsskalor avseende hjälp, stöd och vård som den anhörige ger till sin närstående respektive får av kommunen. Vidare hur den anhörige upplever sin situation, samt hur de som helhet upplever sin livskvalitet och hälsa. Möjlighet fanns att även med egna ord skriva tilläggande synpunkter.

Dataanalys

Erhållna statistikuppgifter sorterades i tabellform, för att erhålla överblick över uppgifterna. Effekter av bromsmedicin kategoriserades i diagramform.

Den inspelade och transkriberade fokusgruppsintervjun analyserades med kvalitativ metod inspirerad av innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Genomgång av materialet och ljudinspelningen gjordes av de två utvärderarna, gemensamma meningsenheter och teman som framkom diskuterades tills samstämmig tolkning uppnåddes. De ifyllda skattningsskalorna användes som validering av anhörigas beskrivning av hjälp, stöd och erfarenheter utifrån sin situation beskriven i fokusgruppintervjun.

Etiska aspekter

Deltagarna i fokusgruppen kontaktades av minnesmottagningen med förfrågan om intervju, då även överenskommelse om tid och plats gjordes. Intervjutillfället inleddes med att FoU Jämt 's utvärderare presenterade sig själva och beskrev utvärderingsuppdraget. Inga namn på enskilda personer efterfrågades eller noterades. Muntlig informerat samtycke gjordes. Information gavs om att materialet behandlas konfidentiellt, samt att uppgifter som lämnas ut inte ska kunna härledas till enskild intervjuad person.

Resultat och analys

Under detta avsnitt redovisas beskrivning av minnesmottagningen i Bräcke kommun utifrån resurser under projektperioden, resultatet från utvärderingsmaterial tillgängligt via minnesmottagningen i Bräcke, samt sammanställning av fokusgruppsintervju med anhöriga till demenssjuka närstående.

Minnesmottagningen

Minnesmottagningen i Bräcke kommun startade 1 januari 2012 och avslutades 31 december 2013 då den statliga finansieringen upphörde.

Mottagningen har haft följande resurser;

- 100 % distriktssköterska med spetskompetens inom äldre- och demensvård
- 100 % undersköterska med spetskompetens inom äldre- och demensvård
- 25 % distriktssköterska vid Hälsocentralen i Bräcke
- 25 % arbetsterapeut fördelat i kommundelarna Bräcke, Gällö och Kälarne
- läkarkonsultation å fyra timmar vid ett tillfälle per månad

Mål och syfte med minnesmottagningen har varit att i nära samarbete med primärvården tidigt kunna diagnostisera och säkerställa att den demenssjuke får en trygg vård och omsorg. En gemensam modell för basala bedömningsutredningar har utarbetats som ett led i samverkan mellan huvudmännen. Se demensflödesschema, bilaga två. Modellen har därefter använts för utredningar och uppföljningar under 2012-2013. Hembesök har gjorts för rådgivande och stödjande samtal, tester och uppföljningar. Arbetsterapeut har utfört aktivitetsbedömningar och hjälpmedelsutprovningar i hemmiljö. Dagverksamhet anpassad för demenssjuka ”Minnenas café” har startats i Bräcke, Gällö och Kälarne. Dessa verksamheter är nu permanentade och erbjuds utan biståndsbeslut.

Kompetenshöjande insatser till personal och anhöriga via projektet

Utbildning av personal – 253 personer har deltagit i Demens ABC, en webbaserad utbildning om fem träffar å tre timmar⁵. Utbildningen är utvecklad av Svenskt demenscentrum i samarbete med Socialstyrelsen. Grundläggande demensutbildning har hållits på ett av kommunens särskilda boenden med 25 deltagande vårdbiträden och undersköterskor.

Anhörigutbildning i cirkelform med tre träffar har erbjudits i de tre kommundelarna Bräcke, Gällö och Kälarne. Deltagare har varit anhöriga till närstående i såväl ordinärt boende som särskilt boende. 15 personer har gått anhörigutbildningen. Dementeamet har deltagit vid anhörigträffar i respektive kommundelar för att informera om teamets verksamhet.

Personal inom äldreomsorgens hemtjänst och särskilda boenden har deltagit *föreläsningar och seminarier* med olika teman, exempelvis Salutogent arbetssätt, Vinst

⁵ Bräcke kommun mottog i mars 2012 ett pris för bästa nationella resultat avseende deltagande i Demens ABC. Uppgift om antal deltagare är hämtad från www.demenscentrum.se/utbildning/Fragor--svar-om-Demens-ABC/Demenskarta

med Demens ABC samt Utvecklingsstörning och demens. Föreläsningarna har lockat totalt cirka 560 deltagare, varav ett antal medarbetare har deltagit vid flera skilda utbildningstillfällen. Därutöver finns ett antal övriga kompetenshöjande insatser, vilka ej presenteras i löpande text.

Direkta insatser för de demenssjuka

Utredningarna har innefattat minnestesterna MMSE-SR eller MMT (den sistnämnda har utfasats och ersatts med MMSE-SR), klocktest, anhörigintervju samt blodstatus, vikt och blodtryck. Dessutom har uppföljningar avseende medicinerings, minnestest och anhörigintervju gjorts. 21 av demensutredningarna har utförts på särskilt boende. 13 personer har under projektiden flyttat från ordinärt boende till särskilt boende. 16 av de personer som har varit aktuella för minnesmottagningen har avlidit under perioden. 45 personer med demensdiagnos har under projektiden registrerats i kvalitetsregistret SveDem⁶ via distriktssköterska på hälsocentralen. Antalet minnestest, anhörigintervjuer och uppföljningar presenteras i tabell 3. I tabellen redovisas även antalet demenssjuka som initierats till minnesmottagningen via hälsocentralen, samt antalet som beviljats hemsjukvård i kommunen.

Tabell 3. Insatser utförda via minnesmottagningen under åren 2011-2013

	2011	2012	2013
Minnestest	16	55	46
Anhörigintervju	3	37	30
Uppföljning	-	33	49
Primärvård⁷	2	22	21
Hemsjukvård⁸	14	31	26

Utvärdering av bromsmedicin

Läkemedel har ofta ordinerats vid första läkarbesöket, varvid två månaders medicindos har skrivits ut. Utvärdering av insatt bromsmedicin har skett efter två månader genom telefonkontakt med anhöriga. Anhöriga har vid uppföljningen

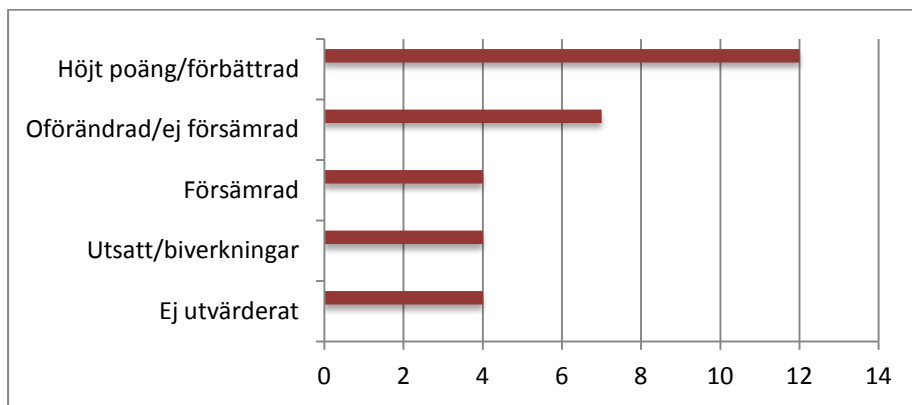
⁶ SveDem är ett nationellt kvalitetsregister för demensområdet. Syftet är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att samla in data och följa upp förändringar i patientgrupper, diagnoser och behandling

⁷ Initierats via hälsocentralen

⁸ Beslut om hemsjukvård i kommunen

beskrivit vilken inverkan de upplever att medicineringen har på deras demenssjuka närstående. Personalen har därmed tidigt kunnat misstänka/konstatera om medicinen medfört biverkningar och har vid behov konsulterat läkare för förändring av läkemedelsordinationen. Minnesmottagningens distriktssköterska har vid behov kunnat avbryta medicinering och informera/konsultera läkaren om detta i efterhand. I teamet finns en samstämmighet om att arbetssättet med basal demensutredning enligt utarbetad modell har fungerat väl. Tidig bedömning ger möjlighet till tidig diagnos vilket i sin tur ger möjlighet till tidig insättning av bromsmedicin och förändrad ordination vid eventuell biverkning. Personalen menar även att arbetssättet medför tidsvinster för såväl kommunen som primärvården.

31 av de demenssjuka som varit i kontakt med minnesmottagningen har fått bromsmedicin (figur 1). 12 av dem har uppvisat positiv effekt; det vill säga poängmässig förhöjning av MMSE-SR, förbättringar kan avläsas i journalanteckningar, förbättrad initiativförmåga och förhöjd sinnesstämning. Sju personer står kvar på samma MMSE-SR-poäng som tidigare. Sammantaget kan de två nämnda kategorierna räknas som positiva effekter av bromsmedicin – detta på grund av att poängen för MMSE-SR ej sjunkit. Resultatet blir att 61,3 % har påverkats positivt av medicinering. Fyra personer återfinns inom de övriga kategorierna; försämrad (har haft långvarig medicinering), utsatt medicinering till följd av biverkningar såsom mardrömmar och/eller magproblem, samt nyligen fått insatt medicin och därav ej hunnit utvärderas långsiktigt.



Figur 1. Utvärdering av bromsmedicin

Fokusgrupp

Skattningsskalorna som i inledningen av fokusgruppsintervjun fylldes i av de anhöriga fungerade som bakgrundsmaterial och bekräftelse på de uppgifter som framkom under gruppintervjun. Det innebar att skattningarna gav FoU Jämt' s utredare en bekräftande bild över anhörigas erfarenheter och deras bild av nuvarande situation. Skattningarna visade att anhörigas livssituation i dagsläget ser olika ut beroende på den närståendes sjukdomsförlopp. Hälften av de anhöriga hade lång erfarenhet av att ha en närstående med demenssjukdom, medan situationen var relativt ny för flera av de övriga. Livet var påverkat i olika grad beroende på demenssjukdomens förlopp. Det slumpmässiga urvalet innebar att intervjugruppen blev heterogen, vilket speglades av att de anhöriga som blev inbjudna till fokusgrupp befann sig i skilda skeden i anhörigskapet till en demenssjuk närstående. Heterogeniteten medförde svårigheter i analysen av resultaten från skattningsskalorna. Följaktligen har FoU Jämt' s utredare tagit beslutet att använda resultaten från skattningarna enbart för validering av det som muntligen uttrycktes i fokusgrupperna. Skattningarna beskrivs därför ej i detalj.

Den transkriberade intervjun resulterade i att tre huvudkategorier utkristalliserade sig i materialet, se tabell 4. Huvudkategorierna visade sig överensstämma med de tre beståndsdelarna *meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet* i Antonovskys (1991) KASAM-modell. Belysande citat ur intervjuerna presenteras i kolumnen Betydelsebärande citat. Den sammanfattande betydelsen av det som uttrycktes under intervjun åskådliggörs i tabellens tredje kolumn. De anhöriga beskriver minnesmottagningen som ett stöd för att kunna hantera en förändrad livssituation, och betonar värdet av kontinuitet i form av trygg och långsiktig kontakt med ett fåtal involverade.

Tabell 4. Teman och betydelser från fokusgruppsintervju

Tema	Betydelsebärande citat	Sammanfattande betydelse
Meningsfullhet	<i>Vi fick ju råd om hur man ska förhålla sig... att inte ta ifrån dem det de kan, för om de har svårt för något kanske man gör det själv istället och då tar man det ifrån dem...</i>	Att vara delaktig och att ens erfarenheter tas tillvara
Begriplighet	<i>Fått förklaring till varför det är så här... Råd om förhållningssätt Vet vart jag ska vända mig Det handlar om kunskap, och det gav ny förståelse Fantastiskt att få det här stödet från kunniga människor när man är okunnig själv</i>	Att hitta strategier som är förnuftsmässigt gripbara
Hanterbarhet	<i>En form av lots Gäller att få en slags balans i livet... De två i teamet sökte upp oss, och jag kände inte till dem innan... bra att de kom, och de har sagt att det är bara att ringa om du behöver stöd</i>	Att uppleva att det finns resurser för att möta de krav som ställs

Nuläge i Bräcke kommun

De resurser som återstår efter projektets upphörande är:

0,20 åa undersköterska motsvarande 1 dag per vecka
 0,20 åa sjuksköterska på hälsocentral för registrering i SveDem
 4 timmar läkarkonsultation från hälsocentralen

Övriga resurser (distriktssköterska, arbetsterapeut, anhörigkonsulent) tas från kommunens ordinarie organisation. Detsamma gäller hälsocentralens läkare.

Dagverksamhet i respektive kommundel har tilldelats 0,5 åa (undersköterska) för bemanning av dagverksamhet anpassad för personer med demenssjukdom.

Gällö	Öppen 2 dagar per vecka, tisdagar och torsdagar. Fem aktuella besökare. Flera personer står i kö, dock inte möjligt att utöka gruppen på grund av att befintlig lokal är liten.
Kälarne	Öppen 1 dag per vecka. En aktuell besökare.
Bräcke	Öppen 1 dag per vecka. Fem aktuella besökare.

Diskussion

Detta kapitel är indelat i rubrikerna; Modell för implementering av nationella riktlinjer, kompetensutveckling, lokalt samarbete mellan huvudmännen, kostnads- och kvalitetsaspekter samt avslutande reflektioner. Avsnitten avslutas med frågeställningar lämpade för diskussioner/utveckling av demensvården i Bräcke kommunen. Frågeställningarna kan även användas för reflektion hos övriga läsare.

Modell för implementering av nationella riktlinjer

Bräcke kommun har via statliga medel som utlystes under 2011 utvecklat en modell för implementering av nationella riktlinjer inom demensområdet. Erfarenheterna från projektet kan vara av värde för utveckling av demensvården i länets kommuner. Utvecklingsarbetet har pågått delvis parallellt med utvecklingen av det regionala samverkansdokumentet för demensvården- och omsorgen i Jämtlands län, som antogs av SVOM det vill säga Sociala vård- och omsorgsgruppen (Regionförbundet Jämtlands län, Jämtlands läns landsting, 2013).

Enligt nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra en medicinsk och social uppföljning på individnivå en gång per år. Denna uppföljning bör ske i samverkan mellan kommun och landsting och omfatta läkemedelsbehandling, utveckling av kognitiva förmågor, funktions- och aktivitetsförmåga, allmäntillstånd, eventuella beteendeförändringar samt beviljade biståndsinsatser. Myndigheten menar att det är angeläget att huvudmännen fortsätter att arbeta i multiprofessionella team, även efter att de statliga medlen har upphört (Socialstyrelsen, 2014). Den arbetsmodell som beskrivs i regionala samverkansdokumentet, vilken antogs av SVOM 2013-05-17, anger hur vård- och omsorgsgivarna ska leva upp till Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom. Modellen beskriver hur basal demensutredning ska utföras. En fråga som kan ställas utifrån nationella riktlinjer och regionalt samverkansdokument är:

- ✓ Hur säkerställs implementering av de nationella riktlinjerna enligt det regionala samverkansdokumentet i Bräcke kommun efter demensprojektets avslut?

Kompetensutveckling

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personal som arbetar med personer med demenssjukdom bör ges möjlighet till praktisk träning, handledning och feedback. Socialstyrelsen (2014) påpekar att utbildningsinsatserna måste upprepas för att kunskaperna ska vara bestående, inte minst när nyanställningar görs.

Demensprojektet har lagt en god grund avseende kompetensutvecklingen för personalen inom äldreomsorgen exempelvis genom den webbaserade Demens ABC, föreläsningar och seminarier. Genomförandet av Demens ABC har gjorts på ett framgångsrikt sätt, och personalen vid Bräckes minnemottagning mottog under 2012 pris för bästa resultat bland landets alla 290 kommuner.

Kunskap är färskvara, vilket går i linje med Socialstyrelsens syn om att det är angeläget att kompetensutveckling fortsätter även efter det att statliga satsningarna har upphört. Myndigheten menar att det är viktigt att kommuner och landsting bygger upp varaktiga strukturer för kompetensutveckling, som gör det möjligt att regelbundet erbjuda personalen utbildningsinsatser (Socialstyrelsen, 2014). En långsiktig kunskaps- och kompetensutveckling behöver ske för att inte utvecklingen och intresset för demensområdet ska stagnera. Projektets satsning på kompetens- och kvalitetsutveckling för personal i hemtjänst och särskilda boenden har kommit flertalet av medarbetarna till del. Det är av vikt att kommunen har en plan för fortsatt kompetensutveckling, och frågan som kan ställas är:

- ✓ Finns det en plan för kompetensutveckling inom demensområdet?

Lokalt samarbete mellan huvudmännen

Projektsatsningen i Bräcke kommun kan ses som en förebild för lokalt samarbete mellan kommun och landsting, byggd på personcentrerat arbetssätt och med tvärprofessionellt teamarbete. Arbetssättet överensstämmer med såväl nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, som länets regionala dokument för samverkan. Tidig diagnostisering och läkemedelsordinationer i form av bromsmedicin har utfallit positivt. Ett tvärprofessionellt samarbete har pågått. Ett av syftena med demenssatsningen var att bidra till såväl kvalitetsutveckling som resurshållning inom området. Kommunen och primärvården har alltså gjort en satsning, som har fallit väl ut. Frågor som kan ställas angående pågående/framtida samarbete mellan huvudmännen är:

- ✓ Hur ser det ut i dag? Har uppföljning av samarbetet mellan kommun och primärvård planerats?
- ✓ Har genomförande av långsiktig konsekvensanalys efter projektets upphörande planerats?
- ✓ Hur stor är graden av tjänsteköp mellan primärvård och kommun efter projektets slut?
- ✓ Hur fungerar uppföljningar av insatt bromsmedicin?
- ✓ Hur utvecklas uppsökande verksamhet, förebyggande arbete och insatser genom tvärprofessionellt team fortsättningsvis?

Kostnads- och kvalitetsaspekter

Kostnaden för en plats på demensboende i Bräcke kommun var 600 000 kronor för år 2013, medan kostnaden per hemtjänststimme var 341,88 kronor. Kostnaden för en dag i dagverksamhet beräknas motsvara kostnaden för 1-2 timmars hemtjänst. Vid en jämförelse mellan nämnda kostnad per boendeplats och insats via hemtjänst och/eller dagverksamhet kan vi konstatera att en betydande ekonomisk besparing kan göras genom att stödja kvarboende i möjligaste mån. Genom att fördröja en persons flyttning till särskilt boende exempelvis 6 månader, görs en besparing på cirka 300 000 kronor per år. Om möjlighet ges till kvarboende i eget hem för tre personer i ett halvår motsvarar detta cirka 900 000 kronors besparing per år. Viss del av vår exemplifierade besparing skulle kunna användas till gagn för demenssjuka och deras anhöriga, samt för fortsatt utveckling inom demensområdet. Vi vill peka på erfarenheter och resultat från Kalmarmodellen, vilket betydde kostnadseffektiv

demensvård med hög kvalitet för den enskilde, anhöriga och för huvudmännen. Det strukturerade tvärprofessionella arbetet innebar att kostnaden för demensvården i Kalmar var lägre än i övriga delar av landet.

Utöver ekonomiska aspekter konstateras att betydelsen av att få bo kvar i den egna hemmiljön i de flesta fall är väsentlig för den enskilde och dennes anhöriga. Kvarboende så länge som det är möjligt kan ses i ljuset av den demenssjukes livskvalitet, trygghet och igenkännande av en välbekant omgivning. Innebörden av kvarboendet kan även ses i relation till den närståendes livskvalitet och innehåll i vardagen. Anhörigomsorg kan dock ha sitt pris - anhörigas hälsa och välbefinnande kan påverkas. Anhörigomsorg kan även medföra ekonomiska konsekvenser. Följande frågor kan ställas utifrån ovanstående resonemang:

- ✓ Kommer möjligheten till kvarboende i ordinärt boende att minska till följd av projektets avslut?
- ✓ Kommer det att erbjudas olika alternativa stöd för att möjliggöra kvarboende så långt det är möjligt?
- ✓ Hur väger kommunen in/tar hänsyn till bästa möjliga kunskap och evidens från olika kunskapskällor inför beslut i nämnder och utskott? – *Vad säger brukarna och anhöriga själva? – Vad säger professionen? – Vad säger forskning/vetenskap och beprövad erfarenhet?*

De intervjuade anhöriga pekar på vikten av trygghet och kontinuitet för dem och deras närstående.

- ✓ Hur påverkas trygghet och kontinuitet för anhöriga/närstående då minnesmottagningen inte längre finns i den form som provats under projekttiden?

Avslutande reflektioner

Organisationen för demensverksamheten i Jämtlands län kan utifrån lokala förutsättningar se olika ut i olika kommuner. Det väsentliga är att nationella riktlinjer för vård- och omsorg uppfylls, och att verksamheten står i samklang med det antagna regionala samverkansdokumentet.

FoU Jämt vill avslutningsvis lyfta fram följande aspekter som (utan inbördes rangordning) kan ses som vägledning i diskussion och utveckling av demensvård- och omsorg:

- Utgå från nationella riktlinjerna och regionala samverkansdokumentet
- Planera utifrån lokala förhållanden, båda huvudmännen involverade
- Eftersträva kontinuitet
- Arbeta enligt teambaserat arbetssätt
- Samordna rutiner för utredningar/uppföljningar
- Erbjud anhörigstöd som är avpassat för grupper med särskilda behov, exempelvis för anhöriga till yngre personer som har insjuknat i demenssjukdom
- Erbjud målgruppsanpassad dagverksamhet
- Erbjud återkommande kompetensutvecklande insatser

Referenslista

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Bokförlaget Natur och Kultur.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*. 23:105-112.

Haraldsson, U. & Wänell, S-E. *Demenssteam. Nationell överblick*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2009:09.

Jedenius, E. (2010). *Resource Utilization in Dementia, a Question of Collaboration*. Doktorsavhandling. Karolinska Institutet. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle.

Kjällman, A; Hellzen, O. & Norbergh, K-G. (2013). Experiences of a long term ongoing structured support in early stage of dementia – a case study. *International Journal of Older People Nursing*. On line article. 9 pages. John Wiley & Sons Ltd.

Lönnfjord & Wennstam Karlsson (2012). *Utveckling av stöd till anhöriga för personer med demenssjukdom i Karlstads kommun*, FoU Välfärd, Värmland.

Regionförbundet Jämtlands län, Jämtlands läns landsting, *Samverkansdokument för demensvård- och omsorg i Jämtlands län*, 2013.

SBU (2006). *Demenssjukdomar – En systematisk litteraturoversikt*.

Socialstyrelsen (2005). *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005*.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för ledning och styrning*. Stockholm. Socialstyrelsen. Artikel 2010-5-1.

Socialstyrelsen (2013). *Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen*.

Socialstyrelsen (2014). *Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.*

Starrin, B. & Svensson, P.G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Studentlitteratur: Lund.

Sveriges kommuner och landsting (2013). *Kostnad per brukare – Jämförelser inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning, utfall 2012.*

Tillberg Mattsson, *Demenssteamet i Gästrikland*, FoU rapport 2008:1.

Wibeck, V (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserande gruppintervjuer som undersökningsmetod.* Studentlitteratur: Lund.

Winqvist, M. *Individualisering, utvärdering och utveckling av anhängigtöd.* Nationellt Kompetenscentrum anhängiga, 2010:2.

Referens till personlig kommunikation:

Hägglund Per & Kjällman Annika, från Härnösands kommun respektive Mittuniversitetet, Sundsvall, Avdelningen för omvårdnad. Besök hos FoU Jämt, 2013-11-27.

Strandberg Ingrid, ekonom, Bräcke kommun. Telefonkontakt och mailkorrespondens, 2014-01-29.

Elektronisk referens:

www.demenscentrum.se/utbildning/Fragor--svar-om-Demens-ABC/Demenskarta

Bilagor

1. Intervjumanual fokusgrupp 2 december 2013
2. Demensflödesschema/arbetsgång vid utredning

Bilaga 1

Intervjuguide vid fokusgrupp i Bräcke 131202: Anhöriga till personer med demenssjukdom Bräcke kommun

13.15 Presentation av oss, deltagarna, anledning till intervjun, informerat samtycke, ifyllande av skattningsfrågor.

Samtal utifrån frågeområdena

Ca 15. 15 avslut

...

Tema: Stöd i vardagen

- Vilka är skillnaderna för er och er närstående nu jämfört med tidigare, det vill säga nu jämfört med innan ni mötte demensteamet?
- Upplever ni att det stöd som ni har motsvarar era behov? Är det något ni saknar?
- Hur skulle situationen för din närstående se ut om inte du fanns som stöd?

Bilaga 2

