

## Sammanfattning

För att tillgodose behoven hos demenssjuka personer och deras närstående under hela sjukdomsutvecklingen krävs samverkan mellan olika professioner och huvudmän. Socialdepartementet har gjort en nationell kartläggning som visar att generellt sett finns stora brister i samverkan, planering och vårdprocesser inom demensvården.<sup>1</sup> I regioner där specialutbildad personal, såsom demenssjuksköterskor, och/eller demensteam finns, är förutsättningarna för en god demensvård bättre. Endast 7,5 % av kommunerna i riket hade dock enligt kartläggningen demensteam som drevs gemensamt med landstinget. *Demensteamet i Gästrikland* är ett av dessa. Det startade år 2005 i form av ett samverkansavtal mellan de fyra kommunerna Gävle, Hofors, Ockelbo och Sandviken samt Primärvården Gästrikland och Gävle sjukhus. Det här teamet har inga egna patienter/brukare, utan arbetar *konsultativt* gentemot kommun- och landstingspersonal i hela landskapet. I teamet arbetade vid tidpunkten för utvärderingen åtta personer, varav fem kommunanställda (tre biståndshandläggare och två sjuksköterskor) och tre landstingsanställda (två arbetsterapeuter vid primärvården och en sjuksköterska vid Gävle sjukhus).

Motivet till att teamet arbetar konsultativt är de erfarenheter som gjordes i ett tidigare projekt, Demensteam Gävle, som pågick åren 2001-2004. I projektet, där Gävle kommun, Primär-vården Gästrikland och Gävle sjukhus samverkade, testades olika modeller för samverkan i vård- och omsorgsprocessen runt demenssjuka. Slutsatsen var att det parallella arbetet med råd och stöd till personalen i enskilda ärenden gav den allra största effekten för demenssjuka och närstående. Genom projektet framkom vidare att behovet av stöd till personal som möter demenssjuka är stort, såväl i kommun som i landsting. Med utgångspunkt i de erfarenheter som gjorts under projektiden för Demensteam Gävle, beslöts att utvidga teamet geografiskt och integrera det i ordinarie verksamheter inom respektive huvudmannaskap under namnet Demensteamet i Gästrikland.

Inom ramen för föreliggande utvärdering av Demensteamet i Gästrikland gjordes en kartläggning av teamets insatser under perioden oktober 2006 till och med februari 2007. De flesta av teamets 209 insatser var *operativt konsultativa*. Det innebär att teamet arbetar parallellt med ordinarie vårdgivare i enskilda ärenden. Till exempel kan teamet träffa en personalgrupp på ett särskilt boende för att ge stöd och råd i handhavandet av en orolig pensionär. Ungefär en tredjedel av teamets insatser var *strategiskt konsultativa*, det vill säga handlade om fortbildning och verksamhetsutveckling. Studiecirkelar riktade till kommunanställd personal dominerade bland de strategiska insatserna, men även insatser för att förbättra rutiner och arbetsplanering hos personalgrupper vid särskilda boenden förekom.

Utifrån intervjuer med medlemmar i teamet och dess ledningsgrupp har fem viktiga egenskaper hos teamet utkristalliserats. Dessa egenskaper är centrala för teamets funktion och dess bidrag till ordinarie vårdgivare. Teamet ger utrymme för reflektion samt bekräftelse; är flexibelt och kan rycka ut med kort varsel; kommer utifrån och kan vara ”obekväma”; har spetskunskap och kännedom om specialfall; omvärldsbevakar och sprider kunskapen vidare.

Tidigare forskning har visat att samverkan mellan huvudmän och professioner är svårt och att många samverkansprojekt havererar. I Demensteamet i Gästrikland fungerar samarbetet väl, mycket tack vare att redan under tiden för projektet i Gävle kom skillnader i synsätt och tradition i dagen, diskuterades och klargjordes. Tre av de åtta teammedlemmarna var med redan under projektiden och hade därmed erfarenhet av att ”tackla” professions- och kulturskillnader. Denna erfarenhet bidrog till att samarbetet i det nya, geografiskt och personmässigt utvidgade teamet, fungerat väl redan från början.

---

<sup>1</sup> Socialdepartementet (Ds 2003:47).

Teamet har en viktig roll som brobyggare mellan professioner och huvudmän i Gästrikland. De flesta av teamets insatser initieras genom att någon från den ordinarie demensvården tar kontakt med en teammedlem som har samma huvudman och även profession. Efter denna första kontakt involveras i ungefär hälften av fallen någon teammedlem med annan huvudman och profession. Dessutom förmedlar teamet många kontakter mellan ordinarie vårdgivare, särskilt när någon från landstinget hör av sig till teamet.

Medan de landstinganställda teammedlemmarna har hela Gästrikland som arbetsfält, visade det sig att de kommunanställda nästan uteslutande arbetar inom sin egen kommun. Av intervjuerna och träffarna med teamet och dess ledningsgrupp framkom att vissa tar för givet att alla kommunanställda teammedlemmar bara ska arbeta i sin egen kommun, medan andra menar att själva tanken med ett gästriketeam är att alla ska arbeta över kommungränserna.

De flesta av teamets insatser skedde i västra Gästrikland. Sandvikens och Hofors kommuner samt primärvården i Sandviken kontaktade teamet flitigast. Totalt blev teamet kontaktat av en kommunanställd i 104 fall och av någon från landstinget i 69 fall.

De yrkesgrupper som totalt sett initierade de flesta kontakter med teamet var biståndshandläggare och kommunalt anställda sjuksköterskor. Från landstingssidan kontaktade oftast arbetsterapeuter, i andra hand sjuksköterskor från primärvården och i tredje hand läkare från Geriatriska kliniken teamet. Flera andra yrkesgrupper liksom anhöriga involverades ofta efter att en första kontakt väl tagits. Men påfallande är att undersköterskor och vårdbiträden relativt sällan direkt berördes av teamets insatser. När så skedde, var det på särskilda boenden eller på daglig verksamhet för dementa och inte inom hemtjänsten.

Enligt samverkansavtalet ska teamet ”genom tidiga och samlade insatser tillsammans med ordinarie vårdgivare kunna möta den demenssjuke och dennes närståendes behov”. Utvärderingen har visat att teamet i sina operativa insatser oftast kommer in vid speciellt svåra ärenden och vid långt framskriden demens. Av intervjuerna framgår att man tycker detta är ett bra sätt att utnyttja teamets kompetens, men att man också gärna skulle kontaktas i tidigare skeden för att kunna ge tips och råd för ett tryggare och längre kvarboende hemma.

Teamet ska enligt avtalet inte arbeta direkt gentemot enskilda anhöriga, utan parallellt med ordinarie vårdgivare. En fjärdedel av teamets operativa insatser utgörs dock av direktkontakter med enskilda anhöriga eller patienter, där ordinarie vårdgivare oftast inte är med. I intervjuerna framhålls att ordinarie vårdgivare ofta har brist på både kunskap och tid för att bemöta de anhörigas stora stödbehov. De flesta andra demensteam i landet har anhörigstöd som en av sina arbetsuppgifter.

Flera av de intervjuade framhåller att hemtjänstpersonal generellt sett har mindre kunskap om demens och mindre stöttning i sitt arbete än de som arbetar på särskilda boenden. Ändå riktade teamet endast få insatser till hemtjänstpersonal. Detta i sin tur speglar att teamet har en renodlat konsultativ roll, det vill säga de flesta insatser initieras genom att ordinarie vårdgivare hör av sig till teamet. En möjlig utvecklingsväg skulle kunna vara att teamet får mandat att spela en mer aktiv, uppsökande roll i kunskapspridningen och i skapandet av större kontinuitet och kvalitet i demensvården.