

Livsberättelse och rumstavla

Verktyg för en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom

Catrin Järnmark-Mårdh

Camilla Karlsson

Laura Maunula

Anna-Onerva Tuomi

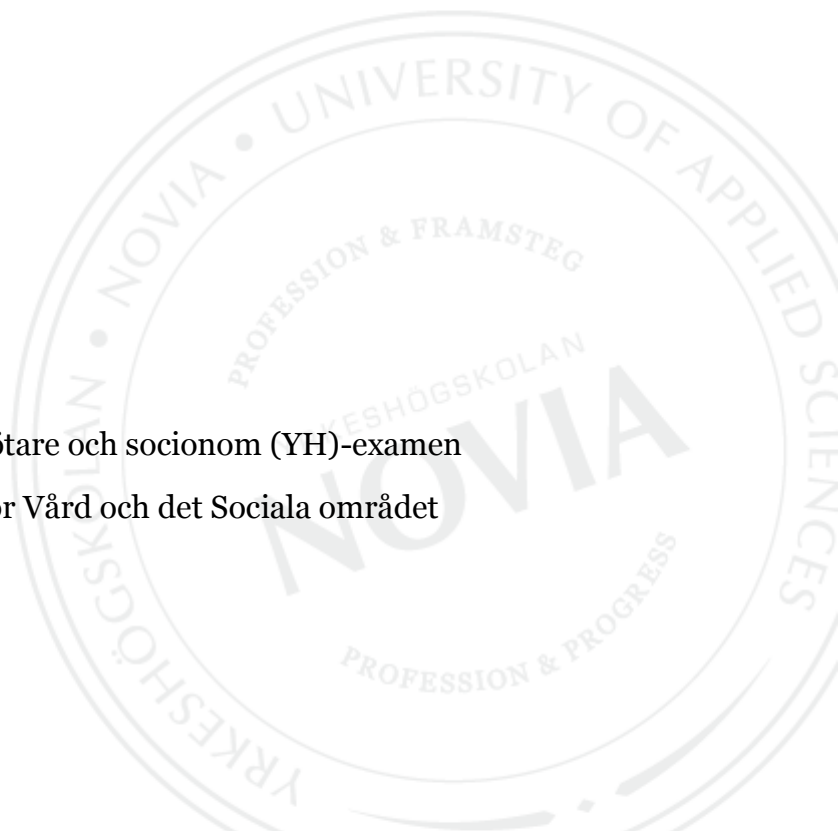
Susanne Under

Desirée Zetterman

Examensarbete för sjukskötare och socionom (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård och det Sociala området

Åbo 2015



EXAMENSARBETE

Författare: Catrin Järnmark-Mårdh, Camilla Karlsson, Laura Maunula, Anna-Onerva Tuomi, Susanne Under, Desireé Zetterman

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård och utbildningsprogrammet för det sociala området, Åbo

Fördjupning: Vårdarbete och socialpedagogiskt arbete
Handledare: Ann-Maj Johansson, Pia Liljeroth

Titel: Livsberättelse och rumstavla - Verktyg för en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom

Datum 4.5.2015

Sidantal 54

Bilagor 6

Abstrakt

Syftet är att utveckla en evidensbaserad produkt som personal använder i syfte att stödja seniorer med minnessjukdom i att upprätthålla funktionsförmågan och bidra till meningsfull vardag genom resursförstärkande arbetsätt.

Examensarbetet är utvecklat i samarbete med Candolinska servicehemmet i Åbo och är en del av VATA -projektet (Vaikuttavat tavat, näyttön perustuva toiminta sosiaali- ja terveystalalla).

Metoderna är influerade av aktionsforskning genom litteraturstudier, observationer och Learning café med personal på servicehemmet.

Resultatet är en produkt innehållande handbok, livsberättelse och rumstavla som baserar sig på WHO:s internationella ICF-klassificering, personcentrerad vård och omsorg och salutogent synsätt (KASAM). Produkten är ett salutogent verktyg utvecklat utifrån reminiscensmetoden. Den främjar en meningsfull vardag genom att se personen bakom minnessjukdomen, skapa goda relationer, meningsfulla samtal och bekräfta samt stödja funktionsförmågan på ett resursförstärkande sätt.

Språk: Svenska

Nyckelord: ICF, personcentrerad vård och omsorg, salutogenes, KASAM, meningsfull vardag, äldre, livsberättelse, rumstavla, reminiscens, senior, VATA

OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Catrin Järnmark-Mårdh, Camilla Karlsson, Laura Maunula, Anna-Onerva Tuomi, Susanne Under, Desirée Zetterman

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Utbildningsprogrammet för vård och utbildningsprogrammet för det sociala området, Turku

Syventävät opinnot: Vårdarbete och socialpedagogiskt arbete

Ohjaajat: Ann-Maj Johansson, Pia Liljeroth

Nimike: Elämäntarina ja huoneentaulu – Työvälineitä mielekkääseen arkeen muistisairaille senioreille

Päivämäärä 4.5.2015

Sivumäärä 54

Liitteet 6

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuva tuote, jota henkilökunta käyttää tukeakseen ikääntyneitä muistisairaita henkilöitä ylläpitääkseen heidän toimintakykyään, mikä muodostaa perustan mielekkäälle arjelle voimavaroja vahvistavaa työtettä käyttäen.

Opinnäytetyö on kehitetty yhteistyössä Turussa sijaitsevan Candoliinisen palvelukodin kanssa ja on osa VATA- projektia (Vaikuttavat tavat, näyttöön perustuva toiminta sosiaali- ja terveysalalla).

Menetelminä käytetään sovellettua toimintatutkimusta käyttäen apuna kirjallisuuskatsausta, havainnointeja sekä Learning café-menetelmää palvelukodin henkilökunnan kanssa.

Tulos on tuote sisältäen käsikirjan, elämäntarinan ja huoneentaulun. Ne perustuvat WHO:n kansainväliseen ICF-luokitukseen, yksilölähtöiseen hoitoon ja huolenpitoon sekä salutogeeniseen näkökulmaan (Koherenssin tunne). Tuote muodostaa salutogeenisen työvälineen, joka perustuu reminisenssimetodiin. Se edistää muistisairaana yksilön mielekästä arkea näkemällä henkilön sairauden takana, luomalla hyviä ihmissuhteita, mielekkäitä keskusteluita sekä vahvistamalla ja tukemalla yksilön toimintakykyä voimavaroja vahvistavalla tavalla.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: ICF, yksilölähtöinen hoito ja huolenpito, salutogeeninen, koherenssin tunne, mielekäs arki, vanhukset, elämäntarina, huoneentaulu, reminisenssi, seniori, VATA

BACHELOR'S THESIS

Authors: Catrin Järnmark-Mårdh, Camilla Karlsson, Laura Maunula, Anna-Onerva Tuomi, Susanne Under, Desireé Zetterman

Degree Programme: Health Care, Social Services, Turku

Specialization: Nursing, Social-Pedagogical Work

Supervisors: Ann-Maj Johansson, Pia Liljeroth

Title: Life story and room board - Tools for a meaningful daily life for senior's with memory disease

Date 4.5.2015 Number of pages 54

Appendices 6

Abstract

The aim of the bachelor's thesis is to develop an evidence based product for staff to use to encourage elderly people with memory disease to maintain their functional ability and contribute to a meaningful daily life through resource-enhancing work.

The bachelor's thesis is developed in cooperation with Candolinska service home in Turku and is a part of the VATA- project (Vaikuttavat tavat, näyttöön perustuva toiminta sosiaali- ja terveysalalla).

Methods that are being used are influenced by action research through literature study, observations and Learning café with staff from the service home.

The result is a product containing a manual, a life story and a room board based on WHO's international ICF- classification, person centered care and a salutogenesis approach (SOC). The product is a salutogenic instrument based on the reminiscence method. It promotes a meaningful daily life by recognizing the person behind the memory disease, by creating meaningful relationships and conversations, and by acknowledging and supporting the seniors functional ability.

Language: Swedish Key words: ICF, person centered care, salutogenesis, SOC, meaningful daily life, elderly, life story, room board, reminiscence, senior, VATA

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Metod och processbeskrivning.....	2
3.1	Litteraturstudie och sökning.....	3
3.2	Learning Café.....	4
3.3	Observationer.....	5
4	Lagstiftning och styrdokument.....	6
4.1	Lagar.....	7
4.2	Kvalitetsrekommendationer.....	7
4.3	KASTE.....	8
4.4	Nationellt minnesprogram.....	8
5	Utmaningar i vardagen för seniorer med minnessjukdom.....	9
6	ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa 11	
7	En meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom.....	13
7.1	Senioren syn på en meningsfull vardag.....	14
7.2	Anhörigas syn på en meningsfull vardag.....	15
7.3	Personalens syn på en meningsfull vardag.....	16
8	Personcentrerad vård och omsorg.....	18
9	Salutogent synsätt.....	22
9.1	Reminiscensmetoden.....	23
9.2	Livsberättelser.....	24
9.3	Personcentrerad livsplanering.....	25
10	Resultat.....	26
10.1	Resultat av litteraturstudier.....	26
10.2	Resultat av Learning Café och observationer.....	29
10.3	Produkt: Livsberättelse och rumstavla.....	31
11	Prövning av produkt.....	36
12	Utvärdering.....	39

13	Kritisk granskning och tillförlitlighet	41
13.1	Etiskt förhållningssätt.....	43
13.2	Hållbar utveckling.....	44
14	Avslutande diskussion.....	46
	Källförteckning	50

Bilagor

Bilaga 1	Artikelsökning
Bilaga 2	Tabell över artikeldata
Bilaga 3	Livsberättelse, svenska
Bilaga 4	Handbok, svenska
Bilaga 5	Livsberättelse, finska
Bilaga 6	Handbok, finska

1 Inledning

Det här examensarbetet är en del av projektet VATA, som står för ”Vaikuttavat tavat” eller fritt översatt till svenska ”effektfulla metoder”. Inom VATA projektet söks kunskap som baserar sig på forskning för att kunna producera välfärd. Vår projektgrupp har som uppdrag att utveckla en evidensbaserad rehabiliterande produkt som kan användas i vardagen för seniorer med minnessjukdom i syfte att främja en meningsfull vardag på ett resursförstärkande sätt.

Den kunskap som VATA-projektet söker är evidensbaserade handlingsmodeller. De är tänkta att utvecklas av yrkeshögskolor och arbetslivet i samspråk med forskningsinstitutioner. I samarbetsnätverket ingår sex olika yrkeshögskolor, Jyväskylä universitet, THL, FPA, Duodecim, God medicinsk praxis redaktionen och Det finlandssvenska kompetenscentret inom det sociala området med flera, samt partners från arbetslivet (Arcada, 2015).

VATA-projektet strävar till att utveckla bra praxis samt göra upp en allmän vårdrekommendation vad gäller funktionsförmågan. Samarbetet skall ge upphov till bestående lokala nätverk. (Arcada, 2015).

Stödet av funktionsförmågan är ett centralt tema inom VATA-projektet. Därför används ICF-klassifikationen som en referensram. Genom ICF går det att mer ändamålsenligt klassificera en individs funktionsförmåga, funktionshinder och hälsa både nationellt och internationellt (VATA-projektplan, 2013). ICF-klassificeringen utgör därför en viktig del i detta examensarbete.

I examensarbetet samarbetar vi med Candolinska servicehemmet i Åbo. Enligt önskemål från vår samarbetspartner fokuserar arbetet på att skapa en produkt som är riktad till seniorer med minnessjukdom. I examensarbetet används benämningen senior för klienterna på Candolinska servicehemmet, eftersom personalen använder denna benämning. Vi använder termen personal, vilket innefattar alla professioner inom det mångprofessionella arbetsteamet i verksamheten.

Utifrån den litteratur vi har fördjupat oss i har vi utvecklat en produkt som har en grund i den personcentrerade teorin och är inspirerad av ett salutogent synsätt i vården och omsorgen av seniorer med minnessjukdom. Produkten utvecklas med hjälp av salutogena

praktiska verktyg i form av en livsberättelse (Se bilaga 3 och 5). Utgående från livsberättelsen skapas en rumstavla till senioren. Livsberättelsen och rumstavlan utgår från ICF-klassificeringen och seniorens individuella funktionsförmåga och behov. Målet med rumstavlan och livsberättelsen är att främja en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att utveckla en evidensbaserad produkt som Candolinska servicehemmet kan använda sig av för att stödja seniorer med minnessjukdom till en meningsfull vardag. Produkten ska fungera som ett verktyg för personalen och den stödjer seniorerna att upprätthålla sin funktionsförmåga. Den utarbetas enligt Världshälsoorganisationens (WHO) internationella ICF-klassificering. Frågeställningarna i examensarbetet är:

1. Vad är en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom?
2. Hur kan personalen påverka/stödja seniorernas vardag för att den skall bli meningsfull?

3 Metod och processbeskrivning

Vårt examensarbete är ett projekt och en produktutveckling som baserar sig på litteraturstudier, observationer och praktiska genomföranden med inspiration och starka drag av aktionsforskningen. Social verksamhet passar bra in i aktionsforskningsprinciperna eftersom social verksamhet långt grundar sig på interaktion och i aktionsforskningen är det individers aktiviteter som undersöks (Heikkinen, Rovio & Syrjälä, 2006, s.16). Litteratur, forskningsresultat och olika teorier används som grund till produkten. I produktutvecklingen använder vi även resultaten från observationerna och Learning café som en bekräftelse till de teoretiska resultaten.

Enligt Denscombe (2009, s. 170) har aktionsforskningen fyra utmärkande drag. *Praktisk inriktning* innebär att det finns ett befintligt problem som behöver lösas. *Förändringen* är en del av forskningen där praktiska problem övervägs, samtidigt som förändringen ger en möjlighet att uppmärksamma olika företeelser och data. Vidare är aktionsforskningen en *cyklisk process*, där återkopplingsmekanismen gör att de preliminära resultaten kan få tillstånd omställningar som används praktiskt och samtidigt bildar en grund för ny forskning.

Deltagandet utgör det fjärde utmärkande draget. Deltagarna i processen har en betydande och aktiv roll. Detta innebär att personalen och seniorerna på Candolinska servicehemmet inte är några bakgrundsfigurer utan aktiva deltagare i processen.

Aktionsforskningens drag hittar vi i projektarbetet. Personalen har ett problem som behöver lösas. Frågeställningen blir: Hur kan personalen påverka/stödja seniorernas vardag för att den skall bli meningsfull? För detta har det saknats en fungerande handlingsmodell. Aktionsforskningen har en central roll i projektarbetet. Det är frågan om ett samarbete mellan praktikern (personalen) och forskaren (projektgruppen). Allt har sin grund i en pågående verksamhet i behov av förändring. I förändringsprocessen skaffar deltagarna kännedom om hur förändringen går till och vad som sker under processen. Inom aktionsforskning talar man om ett "bottom-up" perspektiv, vilket innebär att den som utför arbetet själv gör frågorna och arbetar för den kommande utvecklingen. Det är praktikern som testar förändringarna och ser hur de passar in i verksamheten. (Rönnerman, 2008, s. 13-14).

3.1 Litteraturstudie och sökning

När ett projekt och en arbetsprocess inleds så är det viktigt att läsa in sig på området. Genom att ta del av tidigare forskning och litteratur fås en bredare syn på området och möjlighet att finna brister och luckor i kunskapsmassan. Genom detta kan en vetenskaplig frågeställning och ett syfte till arbetet formuleras. (Backman 2014, s. 28). I aktionsforskningen är det forskaren som tar hand om det vetenskapliga och utgående från praktikerns lokala kännedom söker evidens från gjord forskning. Forskaren vet hur material samlas in och kan ta fram teorier som stöder evidensen. Det finns två kunskapsfält som möts; det vardagliga och det vetenskapliga. Det gäller att kunna tillvarata den kunskap de båda sidorna har att ge. (Rönnerman, 2008, s. 15-16). Genom litteraturstudier har mer kunskap inhämtats om det som ligger bakom, vilket innebär att förändringar har varit möjliga på basen av detta. Denscombe (2009, s. 170) talar om förändring. Han ser förändringen som en del av forskningen. Detta innebär både praktiska förändringar och kännedom om påverkande orsaker.

Aktionsforskaren har möjlighet att tvivla på om de handlingsmönster som finns inom en viss verksamhet stöder befintliga mål. Om fel saker prioriteras, till exempel att tiden används till att göra betydelselösa saker, kan förändring leda till konstruktiva lösningar. (Rönnerman, 2008, s. 212).

I litteraturstudien har vi använt oss av litteratur i form av böcker och vetenskapliga artiklar. Som avgränsning för litteratur har vi fokuserat oss på äldre och demens. För att hitta vetenskapliga artiklar har vi använt databasen Ebsco Host och böcker genom manuell sökning. Vi startade processen med att söka vetenskapliga artiklar som var kopplade till äldre, demens och en meningsfull vardag. Sökord på engelska har använts för att få så många resultat som möjligt och sökningen har avgränsats till full text och artiklar som inte är äldre än 2009, detta för att hitta den mest aktuella forskningen. Sökord vi använt är dementia, elderly, meaningful, quality of life, well-being, care model, person-centered care, relatives, patient's needs, nursing, life story work och reminiscence. Dessa sökord har kombinerats på olika sätt. Artiklarna vi använt oss av har varit grundade på kvalitativ forskning och tagit upp seniorers, personalens och anhörigas syn på meningsfullhet för personer med minnessjukdom, samt vårdmodeller och metoder för att stärka meningsfullheten hos seniorer med minnessjukdom.

Utifrån de artiklar vi fann kunde frågeställningarna formuleras. Som bilaga till arbetet finns en sammanställning över artikelsökningarna (Se bilaga 1) samt en tabell över de artiklar vi använt oss av till utformandet av våra produkter (Se bilaga 2).

3.2 Learning Café

För att involvera personalen vid Candolinska servicehemmet använde vi oss av modellen Learning café under idéseminariet. Det var av stor vikt att få ta del av deras kunskap, erfarenhet och tankar kring en meningsfull vardag, då personalen i framtiden ska använda sig av den utarbetade produkten.

Learning Café/Dialog Café bygger på metoden World Café som utvecklades av Juanita Brown och David Isaaks i mitten på 1990-talet. Den bygger på smågruppsdiskussion i en välkomnande, trevlig och intim atmosfär, som kan jämföras med ett cafébesök. Metoden kan användas både i stora och små verksamheter inom olika branscher. För att få ut det mesta möjliga av evenemanget bör sammankomstens syfte ha klargjorts för deltagarna. Vidare skall det finnas en eller flera frågeställningar för deltagarna att diskutera och reflektera kring. Tidsperspektivet för ett Learning/Dialog Café är helt beroende på antal deltagare, antalet frågeställningar och verksamhetens tidsresurser. (Elvekrok & Smith, 2011, s.27-29).

Deltagarna delas upp i mindre grupper och fördelas enligt caféprincipen, en grupp vid varje bord. Vid varje bord finns en bordsvärd, vars främsta uppgift är att säkerställa att samtliga deltagare vid bordet ges möjlighet till aktivt deltagande. Bordsvärderna är stationär vid ”sitt” bord, de övriga deltagarna roterar mellan borden enligt ett i förväg fastslaget tidsschema. Bordsvärdens uppgift är även att samla gruppens reflektioner, för att sedan kort kunna introducera den nya gruppen i den tidigare gruppens tankegångar. (Thunberg, 2011, s. 6-7).

Till vårt café inbjöds skriftligen berörd personal vid Candolinska servicehemmet. Inbjudningarna skrevs på de båda inhemska språken. Initialt bestämdes att språket till övervägande del skulle vara finska, eftersom största delen av personalen vid Candolinska servicehemmet är mest bekväma med att använda finska. På inbjudan fanns en kort beskrivning av cafémodellen och syftet med caféet. Frågeställningarna presenterades inte i förväg utan först vid caféets start.

Frågeställningarna var:

1. Vad anser ni att personcentrerad vård och omsorg är?
2. Vad anser ni att en meningsfull vardag är för seniorer med minnessjukdom?

Alla bord täcktes med vitt papper där de två frågeställningarna fanns skrivna. Av personalen deltog 15 personer. Projektgruppsmedlemmarna fungerade som bordsvärdar och en som observatör som också hade kontroll över tidsschemat. Då tiden för vårt café var begränsad, skedde endast en rotation bland grupperna. Resultatet av Learning caféet kan läsas i kapitel 10.2.

3.3 Observationer

Projektgruppen valde även att göra en delvis ostrukturerad deltagande observation på Candolinska servicehemmet, för att få en inblick och större förståelse för verksamheten och de arbetsmoment som genomförs i det dagliga arbetet. En ostrukturerad observation görs för att inhämta så mycket information som möjligt om verksamhetens problemområden (Olsson & Sörensen, 2011, s. 140). Den deltagande observationen utgår från att observatören deltar i individens och verksamhetens vardag (Bell, 2006, s 191). Det är en bra idé att alltid vara två personer som utför observationerna, då det kan finnas en risk för att observatören anklagas för att ha en skev uppfattning eller att tolka det som ses på ett felaktigt sätt (Bell, 2006, s 187).

Projektgruppen valde även att vid observationen samtala med några seniorer och några i personalen. Två av gruppmedlemmarna utförde observationsstudien och samtalen med personal och seniorer. Både observationer och samtal genomfördes vid två besök på Candolinska servicehemmet.

Bell (2006, s. 187) understryker vikten av att före observationen inleds ha klart för sig vad det är som skall observeras, alltså vad man vill ha svar på under studien. Eftersom projektarbetet ska resultera i en produkt som främjar en meningsfull vardag för seniorer med minnesjukdom, lade vi fokus på två frågeställningar för att ha en utgångspunkt för våra observationer.

Frågeställningarna var:

1. Hur upplever vi interaktionen mellan seniorer och personal?
2. Hur upplever vi att personalen arbetar personcentrerat på servicehemmet?

Observations- och samtalstillfällena gjordes under två förmiddagspass. Vid det första tillfället följde vi gemensamt sjukskötare I. Vi fick information om verksamheten, rundtur i lokalerna och även möjlighet till samtal med sjukskötaren och några av seniorerna. Vid det andra besöket följde vi sjukskötare II och närvårdare I i morgonarbetet. Även denna gång samtalade vi med sjukskötaren och med några seniorer. Båda observationstillfällena tog cirka 4 timmar. Vid samtalen med sjukskötare II fick vi ta del av hans upplevelser av attityder bland personal, information om strukturen i arbetsrutinerna och strukturen i arbetsgruppen. Genom observation och samtal fick vi information om hur seniorernas boendemiljö och personalens arbetsmiljö ser ut. I aktionsforskningen är deltagarna de centrala personerna som aktivt skall delta i processen (Descombe, 2009, s. 170). Resultatet av våra observationer kan läsas i kapitel 10.2.

4 Lagstiftning och styrdokument

Det finns lagar och styrdokument som stöder de individer i samhället som på grund av olika funktionsnedsättningar har behov av stöd och hjälp i sitt dagliga liv. Dessa lagar gäller även den äldre befolkningen. Samtidigt stöder dessa dokument även detta examensarbete.

4.1 Lagar

Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (2012/980) har fyra olika syften. Ett av syftena med lagen är att *”stödja den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand.”* Vidare är det önskvärt att *”seniorer skulle delta i beredningen av sådana beslut som påverkar deras liv överlag.”* Dessutom skall *”möjligheterna till högkvalitativa social- och hälsovårdstjänster bli bättre”*, men också handledning av andra alternativ. Allra sist är tanken att *”seniorerna själva skall kunna påverka meningen med den service som erbjuds.”* (2012/980, § 1).

I äldreomsorgslagens (2012/980) 3 kap behandlar man äldre personers servicebehov och hur behoven kan tillgodoses. Lagens rubrik om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga återkommer här igen. Detta stöd skall komma i rätt tid och vara tillräckligt brett med tanke på seniorens behov. Vidare skall tyngdpunkten ligga på tjänster som gör att seniorer kan bo hemma längre. (2012/980, § 13). I 3 kap 14§ (2012/980) nämns det hurdan ett liv skall vara då servicen fungerar. Det skall vara tryggt, betydelsefullt och värdigt, innehålla sociala kontakter och ge möjlighet att delta i meningsfull verksamhet. Då vi går vidare till kap 4 (2012/980) är temat *”att säkerställa kvaliteten på tjänsterna”*. Här tar man fasta på kvaliteten som helhet: tjänster, personal, ledning, lokaler, egenkontroll och myndighetstillsyn.

Utöver ovannämnda lag som uttryckligen tar fasta på den äldre befolkningen finns även andra lagar som tar fasta på klienters och patienters ställning och rättigheter, till exempel socialvårdslagen (1982/710), hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326), lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812) och lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785).

4.2 Kvalitetsrekommendationer

För att stärka lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre har Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) utgivit kvalitetsrekommendationer som stödjer en förbättring av de äldres välmående och servicen för äldre (SHM, 2013:15). Denna publikation kan nyttjas av alla aktörer inom äldreomsorgen.

Själva rekommendationen består av sju centrala teman: *delaktighet och aktörskap, boende och livsmiljö, tryggande av en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt, rätt service vid rätt tidpunkt, servicens struktur, tryggande av vård och omsorg samt ledning.* (SHM, 2013:15, s. 20). I kvalitetsrekommendationerna ligger tyngdpunkten på främjandet av hälsa och välfärd, utvärdering av vårdbehov och servicen som erbjuds. Ett gott liv som innebär god livskvalitet och en fungerande vardag har inte heller glömts bort. Till detta behövs en förbättring av tjänsternas kvalitet. Dessutom konstateras att de äldres eget ansvar inte utesluter samhällets ansvar. (SHM, 2013:15, s. 19).

4.3 KASTE

I det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE) 2012-2015 är ett delprogram inriktat på seniorer. Tanken är att strukturen och innehållet i tjänsterna skall förnyas. (SHM, 2012:2, s. 4). Om vi utgår från detta arbete med minnessjuka seniorer som alltså redan bor på en institution går det ur KASTE att läsa att det är kvaliteten som skall utvecklas. Det är önskvärt att klienterna inte skulle bli alltför institutionaliserade och att den så kallade institutionskulturen skulle minska samtidigt som man vill ge klienterna möjligheter till att kunna göra beslut gällande sina egna liv. (SHM, 2012:2, s. 24). Allmänt gäller dock att fokusera på upprätthållande av funktionsförmågan genom service och tjänster så att de äldre har möjlighet att bo så länge som möjligt hemma. Viktigt är också att finna dessa äldre med servicebehov. Eftersom servicesystemet långt är splittrat leder detta lätt till att vård- och servicekedjan brister. Därför bör systemet förändras till det bättre. Vidare skall servicen fördelas rättvist mellan de behövande. (SHM, 2012:2, s. 24). Inom KASTE finns olika utvecklingsprogram. Av dessa kan nämnas till exempel det nationella minnesprogrammet, utvecklingsprogrammet för närståendevård samt utvecklingsprogrammet för boende för äldre i samarbete med miljöministeriet. (SHM, 2012:2, s. 24).

4.4 Nationellt minnesprogram

Risken att insjukna i någon minnessjukdom ser statistiskt ut att öka i framtiden. En minnessjukdom drabbar inte enbart seniorer utan även yngre personer i arbetsför ålder. Det finns evidens som tyder på att något måste göras för att minnessjukdomarna skall upptäckas i tid, då finns det möjlighet till tidig behandling och rehabilitering. (SHM, 2012:25, s. 7).

Minnessjukdomar som inte diagnostiseras i tid kan innebära förhöjda kostnader i vården, då behovet av vård behövs dygnet runt. Det är stor skillnad mellan 46 000€/år i medeltal för dygnet runt vård eller 19 000€/år i medeltal för hemvård. Siffrorna är från år 2010. (SHM, 2012:25, s. 7).

Det stora målet för det nationella minnesprogrammet och för ett minnesvänligt Finland är att samhället tar detta på allvar. Det görs via fyra delområden. (SHM, 2012:25, s. 7). Först gäller det att *förebygga och upprätthålla hjärnhälsan*. För att det ska lyckas bör både samhället/kommunen och individen själv ta ansvar. Det andra delområdet handlar om *attityder för hälsa, vård och rehabilitering* som berör hjärnhälsan då en minnessjukdom redan diagnostiserats. Stort ansvar ligger då hos Social- och hälsovårdsministeriet samt Institutet för hälsa och välfärd. Den tredje punkten handlar om *god livskvalitet då sjukdomen brutit ut*. När sjukdomen brutit ut, ligger ansvaret på allt från kommunen, till organisationer och yrkeshögskolor. (SHM, 2012:25, s. 9-15). Till sist strävar minnesprogrammet till att *forskning inom området skall stöda ovanstående punkter och genom detta skapa en evidensbaserad verksamhet*. På detta sätt fås kunnig personal som vet hur man bemöter minnessjuka och i tid kan få fram diagnoser. Personalen kan då också bemöta de anhöriga och känner till klienternas rättigheter. (SHM, 2012:25, s.15-17).

5 Utmaningar i vardagen för seniorer med minnessjukdom

Minnessjukdom försvagar inte enbart minnet, utan även andra kognitiva funktioner som språk-, syn- och funktionsförmågan blir påverkade. De vanligaste orsakerna till en framskridande minnessjukdom är Alzheimers sjukdom, störningar i hjärnans blodcirkulation, lewykroppsdemens, parkinsonsdemens och frontotemporaldemens. (Duodecim, 2010).

Framsikridande minnessjukdomar leder oftast till demens, som är ett symptom på en minnessjukdom (Duodecim, 2010). Demens är ett tillstånd där seniorens sociala förmågor är begränsade på grund av nedsatt funktionsförmåga i hjärnan och flera intellektuella funktioner. Personer med demens har svårigheter med att både lära sig nya saker i vardagen men också att upprätthålla de funktioner som man har. Demensen är uppdelad i övergående, framskridande eller bestående, beroende på bakgrunden till demensen. Den vanligaste orsaken till en framskridande och bestående demens är Alzheimer sjukdom. (Huttunen, 2014). Till demensen hör förutom minnessvårigheter även störningar i språket, nedsatta praktiska förmågor, svårigheter med igenkännande av till exempel föremål eller

ansikten. Även försämrade avancerad intellektuell kapacitet som att orientera sig på nya platser eller att följa angivna instruktioner. De flesta minnessjuka lider i något skede av sjukdomsförloppet även av förändringar i beteendet och uttryckandet av känslor. (Muistiliitto, 2013). Ändringar i beteendet kan uttrycka sig som oro, aggressivitet, nedstämdhet och passivitet. Beteendeförändringarna kan ha många bakomliggande orsaker, som delirium, hjärnskada, tecken på somatiska tillstånd, smärta, hunger, törst, buller, oljud, tidigare personlighet och psykosocial miljö. Ännu idag behandlas aggressivt och våldsamt beteende ofta med läkemedel, fast det är påvisat att det till och med kan göra beteendet värre. Istället för att använda sig av läkemedel skall man hellre satsa på den personcentrerade vården. Vårdarens kompetens och förhållningssätt kan påverka den minnessjukas beteende. (Edberg, 2011, s. 287-295).

I början av vårdförhållandet är det viktigt att senioren och de anhöriga får information om minnessjukdomen. Denna information skall även ges under hela demensvårdens olika skeden. Vården och rehabiliteringen av patienter med minnessvårigheter syftar till välmående för den som drabbats av minnessjukdomen och hans anhöriga. (Muistiliitto, 2014). Man använder sig av olika medicineringar för demens, men för att få en meningsfull vardag och god rehabilitering är det viktigare med ett resursförstärkande förhållningssätt (Muistiliitto, 2013).

Viktigt i vården av senioren med minnessjukdom är tilliten mellan personal, senioren och hans anhöriga. Då personal och anhöriga känner senioren bra, blir det lättare att ge den bästa möjliga vården och omsorgen till personen samt att förstå hen, även då kommunikationen blir försämrade. En person med minnessjukdom kan bli orolig eller aggressiv då hen inte kan göra sig förstådd. En god vård och omsorg blir speciellt viktig för de minnessjuka då de inte kan uttrycka sig eller berätta om sina behov. Till en god vård och omsorg hör tillräcklig näring och vätsketillförsel, vila och motion, god hygien, behagliga kläder och en trivsamt miljö. Senioren skall även få ha självbestämmande rätt och fatta sina egna beslut, vilket resulterar till att personen behåller sin självkänsla. Ifall den minnessjuka glömt bort hur man gör vissa saker, finns det alltid någonting hen ännu kan, och dessa saker är de som man skall fokusera på. Får senioren använda sina resurser, ökar hans självsäkerhet. Olika aktiviteter som musik, gymnastik eller konst kan användas för att upprätthålla funktionsförmågan och välbefinnandet. (Muistiliitto, 2013).

Enligt Vuorio och Värynen (2011, s. 8-9) fanns det i slutet på år 2009 cirka 36 000 minnessjuka med fastställd diagnos i Finland som fick service inom social- och

hälsovården. Minnessjuka finns främst på hälsovårdscentralernas långvård och kortvård, ålderdomshemmen och på serviceboende med heldygnsomsorg. Upp till 75 % av dessa minnessjuka är kvinnor. Omkring 13000 personer per år i Finland får en diagnos i någon minnessjukdom. (Duodecim, 2010). Enligt Alzheimer Centralförbundet finns det uppskattningsvis idag cirka 130 000 personer med en minnessjukdom. Siffran berättar dock inte om det är frågan om personer som har fått en diagnos eller fortfarande är odiagnostiserade. (Muisiliitto, 2015). Enligt WHO:s publikation: *Dementia: a public health priority* från år 2012 fanns det år 2010 i hela världen 35,6 miljoner personer med minnessjukdom. I denna siffra ingår minnessjuka oberoende av sjukdomsstadium, vilken vård de får och även hemmaboende. Deras beräkningar är att personer med minnessjukdom ökar med 7,7 miljoner personer per år. Beräkningarna gäller för personer 65 år och äldre. Enligt dessa beräkningar skulle det år 2030 finnas 65,7 miljoner personer med minnessjukdom och siffran kommer fortsättningsvis att öka i samma takt. WHO konstaterar att gruppen minnessjuka i arbetsför ålder är liten och utgör ca 2-9% av den totala mängden minnessjuka individer. Konkreta siffror gällande gruppen minnessjuka i arbetsför ålder är svåra att redovisa. (WHO, 2012).

6 ICF, Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

WHO antog år 2001 ICF, (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) vars teori baserar sig på en psykosocial modell där både det sociala och det medicinska tänkandet förenas. Denna modell innehåller flera komponenter för att skapa en helhetssyn på individens livssituation. Syftet med ICF är att ha en vetenskaplig grund som är teoretiskt baserad och på det sättet få en förståelse för begreppet hälsa. Via den internationella kodning som ingår i ICF, fås ett gemensamt språk både internationellt och nationellt. Detta gör att kommunikationen mellan olika användare förenklas och kan förstås av alla berörda användare. ICF som system gör det enklare att genom jämförelse av data följa upp olika insatser på olika nivåer inom vård- och omsorgsverksamheter. ICF-systemet förenklar även statistikinformation och det i sin tur förenklar arbetet för olika forskningsprojekt. Genom ICF:s systematiska kodschema kan hälsoinformationssystem världen över ta del av en gemensam kunskapsbank. (Socialstyrelsen, 2003, s. 11).

ICF kan appliceras inom olika verksamheter, till exempel inom vård och omsorg, arbetsrehabilitering och habilitering. Inom forskningen och statistikinsamling är ICF ett bra underlag. Socialpolitiskt kan ICF underlätta planeringen av till exempel trygghetssystem eller utformningen av riktlinjer och tillämpningar av vård- och omsorgssystem. Även inom utbildning kan man dra nytta av ICF, för att skapa förståelse för hälsorelaterade tillstånd. (Socialstyrelsen, 2003, s. 12).

I boken "Leva livet med demens" har Aremyr och Lindell- Ljunggren (2012, s. 132) återkopplat ICF- begreppen till den minnessjuka individens livssituation. De använder ICF för att skapa förutsättningar för varje persons rätt till en aktiv vardag, där seniorens egen delaktighet skapar en känsla av sammanhang (KASAM). Detta ger även de personer som skall hjälpa, stödja och på olika sätt assistera den minnessjuka senioren, en god förutsättning att bemöta hen på ett personcentrerat sätt.

I tabellen nedan kan man se hur ICF-begreppen återkopplas till vardagen. Med detta som utgångspunkt finns förutsättningar att genom observationer av senioren, intervjuer med senioren, anhöriga och personal, finna möjligheter att skapa en god miljö och ett gott bemötande. (Aremyr & Lindell-Ljunggren, 2012, s. 134).

Tabell 1. ICF - begreppen återkopplade till vardagen.

ICF-BEGREPP	FÖRKLARING	ÅTERKOPPLING TILL INDIVID
Hälsobetingelse	Sjukdom, skada, trauma eller störning	Diagnos: vaskulär demens
Kroppsfunktioner	Psykologiska och kroppsliga funktioner	Återkommande urinvägsinfektion, äldre person
Aktivitet	Hur personen genomför uppgifter och handlingar	Slår knuffar och är verbalt otrevlig
Delaktighet	Personens engagemang i livssituationen	Engagerar sig och försöker ta plats för sig själv, trots att individen upplever att andra styr och ställer
Omgivningsfaktorer	Personens fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning	Äldreboende, delar bostad med andra klienter, personal och besökare
Personliga faktorer	Individens bakgrund och personliga egenskaper	Har alltid varit aktiv och arbetet mycket. Aldrig sysslös. Idag rastlös och söker ständig sysslor.

7 En meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom

En meningsfull vardag är svår att beskriva, eftersom en meningsfull vardag kan ha olika innebörd för olika personer. För att skapa en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom är det viktigt att personalen har förståelse för seniorenns behov och uppfattningar angående vad en meningsfull vardag är. I detta kapitel beskrivs vad en meningsfull vardag innebär för seniorer med minnessjukdom, anhöriga och personal enligt forskningen.

7.1 Seniorens syn på en meningsfull vardag

Det är av stor vikt för seniorer med minnessjukdom att personalen har tid för samtal. Det är viktigt att personalen känner till seniors livshistoria för att kunna ha meningsfulla samtal. Meningsfulla samtal kan skapas genom en personlig miljö i seniors rum där foton, möbler och minnesföremål påminner om det tidigare livet. Detta skapar också ett igenkännande hos senioren och en hemlik miljö att vistas i. (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Nay, 2010, s. 2615-2616). I en forskning av Moyle et al. (2011, s. 974) kände seniorerna att personalen inte hade tid för samtal på grund av att de hade andra arbetsuppgifter att utföra.

Harmer och Orrell (2008, s. 548, 551) menar att meningsfullhet för seniorer med minnessjukdom har att göra med psykiska och sociala behov. Kontakt med anhöriga och vänner är centralt, likaså att tala om sin familj och om minnen med personalen. Möjlighet att tillbringa tid tillsammans med anhöriga är en viktig tyngdpunkt i den personcentrerade vården och omsorgen (Edvardsson et al., 2010, s. 2614). Enligt seniorerna i studien av Moyle et al. (2011, s. 973-974) påverkas livskvalitén positivt då seniorerna har möjlighet att spendera tid med anhöriga och därigenom skapa meningsfulla samtal.

För vissa seniorer med minnessjukdom består identiteten av minnen från det förflutna enligt studien av Harmer och Orrell (2008, s. 551-553). Aktiviteter som var meningsfulla för seniorerna hade att göra med roller, intressen och rutiner de haft tidigare i livet, alltså aktiviteter som stärker identiteten. Den individuella, sociala och yrkesmässiga identiteten stärktes till exempel genom reminiscens, familjeaktiviteter, sociala aktiviteter och musik. Individuellt anpassade aktiviteter ansågs speciellt meningsfulla enligt seniorerna som medverkade i studien. I studien av Edvardsson et al. (2010, s. 2615) ansåg seniorerna också att individuella aktiviteter var meningsfulla.

Personalens kännedom om personens historia och livsberättelse är viktigt för att kunna skapa meningsfulla samtal, rutiner och aktiviteter (Edvardsson et al., 2010, s. 2614). I studien av Van Zadelhoff, Verbeek, Widdershoven, Van Rossum och Abma (2011, s. 2494-2495) hade personalen på grupphemmen kunskap om seniorernas livshistoria, vilket förbättrade kommunikationen mellan personalen och seniorerna och förståelsen för vissa beteenden hos seniorerna med minnessjukdom. Genom att utföra dagliga sysslor tillsammans kunde personalen stärka seniorernas identitet och ett samband med livet före flytten till grupphemmet.

Både Van Zadelhoff et al. (2011, s. 2494) och Edvardsson et al. (2010, s. 2616) menar att när seniorer med minnessjukdom får möjlighet att delta i dagliga sysslor tillsammans med personalen så stärker detta känslan av meningsfullhet och sammanhang hos seniorerna. Bevarandet av det normala livet är en av de centrala delarna av en god personcentrerad omvårdnad enligt respondenterna i forskningen av Edvardsson et al. (2010, s. 2611). Seniorerna som medverkade i forskningen av Moyle et al. (2011, s. 975) ville dock inte ta del av de dagliga sysslorna som matlagning och tyckte att det var skönt att slippa dessa. I både studien av Moyle et al. (2011, s. 970) och Edvardsson et al. (2010, s. 2615) kände seniorerna med minnessjukdom att de skulle vilja tillföra något till samhället och till andra människor.

För seniorer med minnessjukdom är det viktigt att ses som en kompetent person, att bli respekterad och att få göra egna beslut om sina göromål (Edvardsson et al., 2010, s. 2614). Enligt Moyle et al. (2011, s. 975) kände många av seniorerna att deras åsikter var mindre värda än andras och att de saknade kontroll över sitt liv och över beslut som hade med dem själva att göra. Många av seniorerna kände att aktiviteter ofta begränsades av personalen, som att till exempel inte få gå ut och promenera utomhus.

7.2 Anhörigas syn på en meningsfull vardag

Anhöriga har en stor roll när det handlar om vården av deras närstående. Då seniorer får stöd av sina anhöriga ökar deras självkänsla, vilket skapar en meningsfull vardag. Anhöriga anser att tid och kommunikation är viktiga inom vård och omsorg av seniorer. Då seniorerna får den tid de behöver för att utföra dagliga sysslor kan de utveckla sig själva och upprätthålla den funktionsförmåga som ännu finns kvar, det handlar om att fokusera på det som ännu är bra. Kommunikationen mellan personalen och senioren med minnessjukdom är viktig för att kunna ta reda på hur senioren mår och tänker men även för att lära känna hur senioren vill ha olika saker gjorda. Genom professionell kommunikation kan seniorenns egna behov tas i betraktande och tillsammans kan personalen och senioren skapa en meningsfull vardag. Många anhöriga anser att den vård seniorer får är opersonlig och stel. Vården som ges koncentrerar sig för mycket på det som senioren med minnessjukdom inte klarar av att göra själv och då blir vården negativ. (Habjanič, Saarnio, Elo, Turk & Isola, 2012, s. 2584-2585).

Genom kommunikation och genom att lära känna senioren kan man även undvika olika problem inom vården, som till exempel aggression. En del seniorer med minnessjukdom

drar sig undan eller blir verbalt aggressiva om deras åsikter inte tas i betraktande och de måste göra något de inte vill eller är vana med. För att undvika detta är det bra att personalen, anhöriga samt senioren kan kommunicera och dela åsikter samt erfarenheter. (Duxbury, Pulsford, Hadi & Sykes, 2012, s. 796-797).

Att få besök av sina anhöriga anses som stimulerande för senioren och ger mera mening i vardagen. Anhörigas närhet ger trygghet åt seniorerna och ökar deras människovärde. Även fast anhöriga vill ta del av vården kan hela processen vara tung att hantera och besöken kan vara mentalt ansträngande. Anhörigas roll handlar mycket om att vara en länk mellan personalen och senioren eftersom en stor del av informationen fås genom anhöriga. Anhöriga anses även vara personer som skyddar den äldres rättigheter och informerar samt diskuterar med personalen om något problem uppstått. Därför är det viktigt att låta anhöriga ta del av vården, för att kunna skapa en trygg relation mellan anhöriga, personal och senioren. (Helgesen, Larsson & Athlin, 2012, s. 1674-1675).

Anhörigas viktigaste och största roll anses vara att skapa en relation mellan senioren och den sociala omgivningen. Det är ofta anhöriga som håller seniorerna sällskap på boendet men även utanför boendet. Med hjälp av anhöriga har seniorerna möjlighet att besöka butiker, bekanta, café eller en park, vad som helst som intresserar dem. Genom att låta seniorerna ta del av samhället och visa dem en värld utanför boendet ökar deras människovärde, vardagen blir omväxlande och meningsfullheten i vardagen stärks. (Helgesen et al., 2012, s. 1676).

7.3 Personalens syn på en meningsfull vardag

När det handlar om att ge seniorer en meningsfull vardag ligger ett stort ansvar på personalen eftersom det är personalen som tillbringar mest tid med seniorerna. Det är viktigt att personalen har tid att ge åt seniorerna. Tyvärr går inte vården alltid till så som personalen och seniorerna skulle önska. Eftersom mängden seniorer ökat med åren finns det inte resurser att ge alla den tid och vård de behöver. På grund av för lite tid lider kommunikationen mellan seniorerna och personalen och därför blir vården opersonlig och livskvaliteten sjunker. Personalen borde ha mera tid för seniorerna och jobba för att minska på ensamheten som många seniorer känner av. Kommunikationen mellan personalen och senioren har stor betydelse för senioren välmående och påverkar livskvaliteten. Personalen berättar att de skulle vilja ge mera tid åt seniorerna men det finns inte resurser till det och då får de inte den vård de har rätt till. (Habjanič et al., 2012, s. 2584-2585).

Ifall seniorer med minnessjukdom inte får tid och möjlighet att uttrycka sig kan det leda till aggression mot personalen. Det är då personalens uppgift att förstå hur den skall kunna diskutera med senioren och lösa problemen. När det handlar om kommunikation är det viktigt att deltagarna förstår varandra och kan diskutera på samma nivå. En bra kommunikation är nyckeln till ett gott bemötande. (Duxbury et al., 2012, s. 796-798).

Som i kapitlen ovanför berättar är kommunikationen en stor del av vården och en bra kommunikation leder till gemenskap, en meningsfull vardag och vården blir mera personlig och fokus ligger på seniorens behov. När en senior drabbas av minnessjukdom kan även kommunikationen påverkas. Senioren kan få svårt att tala och få sin röst hörd eftersom hen inte kan producera tal på samma sätt som tidigare. Det är viktigt att personalen kan uppmuntra varandra att kommunicera med seniorerna på deras nivå så att senioren med minnessjukdom blir förstådd. När kommunikationen sker enligt seniorens behov och förmåga blir förhållandet mellan personalen, vården och senioren pålitligare och mer meningsfull. En dålig kommunikation kan öka frustrationen hos senioren med minnessjukdom. (McGhee G, 2011, s. 40-42).

Det viktigaste att tänka på vid kommunikation är vad samtalet innehåller, hur samtalet är uppbyggt samt grammatik och språk som lämpar sig för senioren. Under ett samtal är det viktigt att även tänka på non-verbal kommunikation, det vill säga kroppsspråk och gester. Enligt forskning ligger mera tyngd på non-verbal kommunikation än verbal kommunikation. För att skapa en trygg och bekväm diskussion finns det några saker som är viktiga att tänka på; stå vända mot varandra, håll en öppen ställning, luta framåt, ha ögonkontakt och slappna av. Vid kommunikation med seniorer med minnessjukdom är dessa fem steg viktiga att komma ihåg. (McGhee G, 2011, s. 42-43).

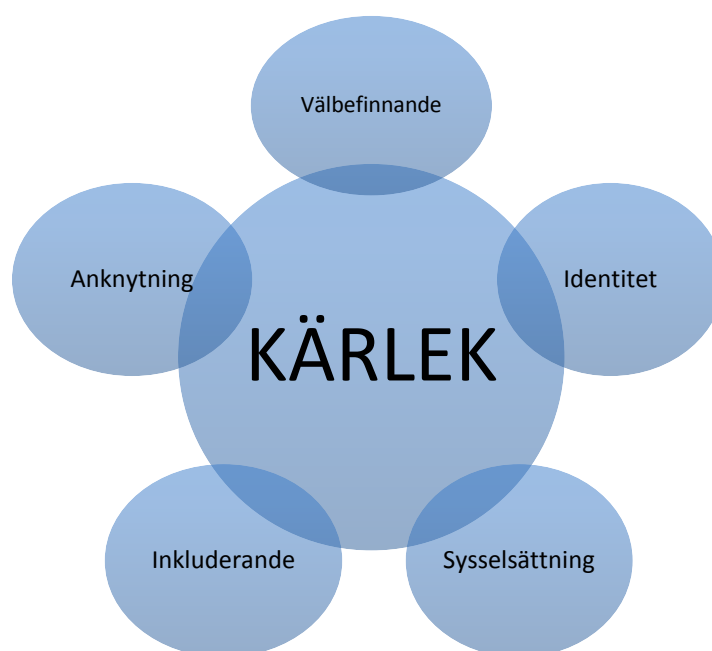
När ett samtal med en senior som lider av minnessjukdom inleds är det viktigt att visa sig, så att senioren ser vem som talar och blir då inte skrämmd. Därför är det bra att närma sig senioren framifrån och vid behov röra vid hen på till exempel axeln vilket även kan ge trygghet. Seniorens förmåga att förstå ord kan med sjukdomen ha försämrats och därför är det bra att fokusera på hur snabbt informationen ges. För att senioren skall kunna följa med i diskussionen är det bra att tala långsamt och tydligt samt med tillräcklig volym enligt seniorens behov. För att ge senioren tecken på att hen blir förstådd kan personalen visa miner och gester som passar in i situationen, till exempel ifall senioren berättar något roligt är det önskvärt att personalen ler eller skrattar till svar. Seniorer med minnessjukdom kan ha svårt att hitta rätt ord för att få sig förstådd, då är det viktigt att inte personalen

korrigerar de ord som senioren sagt fel utan i stället ger alternativ på andra ord. För att kommunikationen mellan senioren och personalen skall bli så lyckad och givande som möjligt skall kommunikationen ske på seniorens villkor. Det viktigaste med kommunikationen är att skapa närhet och visa senioren att hen blivit hörd. (McGhee G, 2011, s. 45).

8 Personcentrerad vård och omsorg

Termen och definitionen av personcentrerad vård härstammar från början av 1960-talet och psykologen Carl Rogers, men kopplingen mellan personcentrerad vård och minnessjukdomar gjordes av Tom Kitwood under mitten av 1990-talet (Brooker, 2007, s.14). Forskningen och behandlingen av minnessjukdomar under 1970-talet till mitten på 1990-talet fokuserade på minnessjukdomar som ett fenomen som inte gick att göra något åt (Edvardsson, 2010, s.30).

Kitwood (1997, s.8) talade om att se personen bakom minnessjukdomen istället för sjukdomen. Han lyfter fram att personalen bör kunna se att en person *har* demens istället för att personen *är* dement. Kitwood menar att personen trots sin minnessjukdom har ett behov av att vara delaktig och behövd. Kitwood (1997, s. 80) anser att det finns fem grundbehov hos personer med minnessjukdom; välbefinnande, anknytning, inkluderande, sysselsättning och identitet.



Figur 1. Kitwoods fem grundbehov för personer med minnessjukdom.

Behovet av välbefinnande grundar sig på att känna ömhet, närhet och att få tröst i situationer av smärta, sorg och ångest. Behovet av anknytning handlar om känslan av att få vara nära, känna att man litar på och kan knyta an till någon. Att känna sig inkluderad är att få vara delaktig, att få höra till och vara en del av gruppen. Behovet av sysselsättning på ett meningsfullt sätt är att få vara delaktig på ett personligt och betydande sätt. Det ska bygga på personens förmågor och resurser och stärka känslan av att vara behövd. Identiteten är att veta vem man är både i kognition och i känsla. Det innebär även att ha en koppling till det förflutna och en berättelse att dela med sig av till andra. Alla fem behov är lika viktiga och hänger ihop med varandra. Genom att alla grundbehoven är uppfyllda kan personen som har en minnessjukdom känna sig trygg, känna välbefinnande och genom detta upprätthålla sina resurser under en längre tid. (Kitwood, 1997, s. 81-84).

Dawn Brooker (2007, s. 119) beskriver personcentrerad omvårdnad med hjälp av fyra olika beståndsdelar. Dessa bildar förkortningen VIPS. V = Värdera alla personers mänskliga värde, I = Ett individuellt förhållningssätt som fokuserar på det unika, P = Förstå tillvaron ur personens perspektiv, S = Skapa ett klimat som stödjer personens psykologiska behov. Alla delar skapar en personcentrerad omvårdnad och alla delar är lika viktiga.

Värdera alla personers mänskliga värde är enligt Brooker (2007, s. 28) att fokusera på att personer med minnessjukdom har rätt till mänskliga rättigheter och har behov av kärlek. Personer som har en minnessjukdom blir lätt diskriminerade på grund av deras sjukdom som påverkar deras kognitiva förmåga. Brooker (2007, s. 43) menar att kärnan i en personcentrerad vård och omsorg är att uppskatta alla personer i vårdorganisationen. Känner inte personalen uppskattning från sin arbetsgivare så kommer knappast personalen i sin tur att kunna upprätthålla och värdesätta goda och omtänksamma relationer med personer med minnessjukdom under en längre period. Ledare som värderar sina medarbetare högt och har en vision om att alla som är delaktiga i vården och omsorgen är betydelsefulla, medför att alla jobbar meningsfullt med tanke på sig själv och andra.

Ett individuellt förhållningssätt som fokuserar på det unika, handlar om att bemöta och behandla personer med minnessjukdom som enskilda personer. För att göra det måste seniorerna ses som personer med en egen, unik historia, personlighet och fysisk samt psykisk hälsobakgrund och olika sociala och ekonomiska resurser. Allt detta påverkar på olika sätt hur man hanterar en minnessjukdom. Det betyder då att se, stödja och bedöma de individuella behoven hos en person med minnessjukdom och utifrån det kunna bemöta dem. (Brooker, 2007, s. 44, 62).

Förståelse av tillvaron och att se världen ur seniorens perspektiv är att arbeta på ett sätt som främjar välbefinnande och bekräftar seniorens upplevelse och beskrivning av tillvaron som hen ser det. Vården och personalens förhållningssätt skall kretsa kring den minnessjuka personens välbefinnande vilket kräver dagliga diskussioner om vilka behov som finns just nu. Personens syn på sig själv, på världen och på vården ska respekteras och användas som utgångspunkt, vilket kräver en empatisk förmåga. (Brooker, 2007, s. 81).

Skapandet av en miljö som stödjer de psykologiska behoven handlar om strävan till att skapa en så positiv och social miljö som möjligt som stödjer interaktion och främjar relationer. Personen ska kunna känna sig trygg och välkommen, få bekräftelse och få möjlighet till delaktighet. (Brooker, 2007, s. 111).

I vården av minnessjuka seniorer har man både nationellt och internationellt lagt stor tyngd på den personcentrerade vården. Grunden till den personcentrerade vården och omsorgen är bevarandet av seniorens personlighet. För att kunna genomföra en personcentrerad vård och omsorg, behöver personalen kunskap om senioren, med speciellt fokus på personens kultur, språk och värderingar. För att lära sig mera om senioren, är det viktigt för personalen att ta reda på hans livshistoria med hjälp av senioren själv, hans anhöriga och tidigare dokumentation. (Edberg, 2011, s.151-154).

Personcentrerad vård har under många år använts i vård och omsorg för personer med minnessjukdomar, som ett begrepp för att beskriva en god vård. Det personcentrerade förhållningssättet handlar om att se individen bakom sjukdomen, att utgå från seniorens perspektiv, unika livssituation, behov och önskemål. Trots att den personcentrerade vården och omsorgen upplevs vara bra så är det inte alltid så lätt att omfatta den i praktiken. (McKeaown, Clarce, Ingelton, Ryan & Repper, 2010, s. 148; Edvardsson et al., 2010, s. 2614; Van Zadelhoff et al., 2011, s. 2498). Personcentrerad vård och omsorg handlar om att respektera självbestämmanderätten och om förståelse. Det är önskvärt att använda begreppet personcentrerad vård istället för patientcentrerad vård, eftersom begreppet i större grad stöder människovärdet. (McCormack, Dewing & McCance, 2011, s.1-12).

För att kunna omfatta den personcentrerade vården och omsorgen och hitta kärnan i den så granskas den utifrån hur personcentrerad vård och omsorg uppfattas utifrån tidigare forskning. Forskningen granskas från tre olika perspektiv; personalens, anhörigas och seniorens perspektiv och sedan konstateras vad deras gemensamma definition på vad personcentrerad vård och omsorg är. Det centrala i den personcentrerade omvårdnaden

uppfattas som att det handlar om att känna senioren, ha kunskap om seniorens livshistoria, intressen och olika egenheter (Edvardsson et al., 2010, s.2614; Van Zadelhoff et al., 2011, s. 2495). Boendemiljön är en aspekt som konstateras ge en stor positiv effekt på vården och omsorgen om den är anpassad till senioren. Personliga föremål som fotografier, möbler och övrig inredning stöder individen med minnessjukdom genom att fungera som bekräftande, erkännande och stödjande av identiteten. Personliga föremål kan även fungera som en grund för att skapa meningsfulla samtal och påminna personalen om det unika hos senioren. Anhöriga uttrycker att miljön är viktig för skapandet av en bra familjär atmosfär och främjandet av en känsla av välbefinnande. Känslan av att alltid känna sig välkommen till boendet och få möjligheten att fortsättningsvis vara en viktig del av seniorens liv, är en betydelsefull aspekt för de anhöriga. (Edvardsson et al., 2010, s. 2615; Van Zadelhoff et al., 2011, s. 2495).

En bra kommunikation mellan personalen och anhöriga främjar känslan för anhöriga att vara delaktiga i vården. Göra vissa ärenden och småsaker, fortsättningsvis för och med senioren upplevs som något positivt för de flesta. Kommunikationen och ansvarsfördelningen mellan personal och anhöriga är en viktig aspekt i detta. (Edvardsson et al., 2010, s. 2615; Van Zadelhoff et al., 2011, s. 2495).

Meningsfulla aktiviteter är en stor del i den personcentrerade vården och omsorgen. Delaktighet i aktiviteter i form av firande av högtider, fester och övrig verksamhet är viktiga för senioren om hen själv vill det. Aktiviteter som är mer centrerade kring personen är viktigare, till exempel aktiviteter som får senioren att känna att hen fortfarande kan göra saker hen tidigare gjort. Det kan vara enkla saker som att vika lakan, duka eller pyssla med blommor. En meningsfull aktivitet kan vara så enkelt som ett samtal och en kopp kaffe. Genom att göra saker senioren tidigare gjort och tyckt om, kan senioren känna att hen har kontroll över stunden och situationen och bevarandet av hens identitet. Genom att ha kontroll över situationen och göra saker som är bekanta kan senioren få en känsla av kontinuitet och välbefinnande. (Edvardsson et al., 2010, s. 2615; Van Zadelhoff et al., 2011, s. 2494; Brown Wilson, Swarbrick, Pilling & Keady, 2012, s.83).

Sammanfattningsvis handlar den personcentrerade vården och omsorgen om relationer, bra kommunikation, en trevlig miljö och meningsfulla aktiviteter. Utgångspunkten är flexibla rutiner som är anpassade till senioren istället för till personalen. Om personalen involverar seniorerna i de dagliga aktiviteterna så blir de till en större del meningsfulla. Samarbetet och relationerna mellan personalen och anhöriga är av stor vikt och tillsammans kan

kvaliteten på den personcentrerade vården och omsorgen öka. (Edvardsson et al., 2010, s. 2616; Van Zadelhoff et al., 2011, s. 2495; Brown Wilson et al., 2012, s. 84). Om personalen känner senioren väl och kan hans livshistoria hjälper det personalen att förstå varför personen reagerar som hen gör i vissa situationer. Ett personcentrerat förhållningsätt kan stärka seniorenns förmåga till att upprätthålla sin funktionsförmåga och utföra aktiviteter självständigt. Detta eftersom personalen känner seniorerna väl och vet vilken förmåga de har och vad de klarar av att genomföra trots att det kanske tar lite längre tid. Är seniorerna mer självständiga i sina aktiviteter så finns det i sin tur även mer tid över att umgås och göra saker tillsammans. (Sjögren, Lindqvist, Sandman, Zingmark & Edvardsson, 2013, s. 2200). Det har visat sig att de seniorer som fick en bra personcentrerad vård och omsorg också var mera aktiva i vardagliga aktiviteter som att äta och dricka själv, kontrollera tarmfunktionen och gå på toaletten självständigt. Dessa seniorer som fick en personcentrerad vård och omsorg hade också en högre livskvalité. (Sjögren et al., 2013, s. 2197-2200).

Trots att vardagen kan vara stressig och kaotisk, måste ändå den personcentrerade vården och omsorgen prioriteras. För att kunna ge en personcentrerad vård och omsorg, krävs det att personalen är förberedd för rollen, får stöd av de andra i personalen, har kunskap om vårdalternativ, kan kommunicera och stöda senioren och vara engagerad i att erbjuda personcentrerad vård och omsorg. (McCormack et al., 2011, s.1-12). Personcentrerad vård och omsorg går ut på att senioren, anhöriga och personal tillsammans planerar vården och omsorgen. Med hjälp av seniorenns livsberättelse, dagliga aktiviteter och kunskap och förståelse om personens egna perspektiv av vården kan man utföra personcentrerad vård och omsorg. (Sjögren et al., 2013, s. 2197-2200).

9 Salutogent synsätt

Utifrån Kitwoods och Brookers definition av personcentrerad vård och omsorg kan paralleller dras till Aaron Antonovsky och hans teori om den salutogena modellen, vars fokus ligger på det friska istället för på det sjuka. Antonovsky menade att människan aldrig är helt frisk eller enbart sjuk. Beroende på vilka förutsättningar människan har att kunna hantera de påfrestningar som hen möter under livet påverkar detta personens mående. Antonovsky utvecklade utifrån detta modellen KASAM, känsla av sammanhang, som är den svenska översättningen av engelska begreppet SOC eller Sence of coherence. (Antonovsky, 2005, s.28).

KASAM består av tre delar: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Med begriplighet menas att personen har en upplevelse av att förstå sin omgivning och även upplever att vara förstådd. Med hanterbarhet menas att personen upplever sig kunna möta de krav som ställs samt har en känsla av att kunna vara med och påverka. Meningsfullhet är att känna att livet har en mening och att senioren är delaktig i vad som sker. (Antonovsky, 2005, s.45-46).

Känslan av sammanhang är en tydlig och viktig del i personens upplevelse av hälsa och livskvalitet. Personens KASAM påverkar om hen upplever sin tillvaro som meningsfull, begriplig och hanterbar. Med andra ord är det viktigt att alltid försöka hitta vad senioren själv ser som meningsfullt i sitt liv och se till att stödet och hjälpen senioren får, ger en ökad livskvalitet. Det är viktigt att komma ihåg att det är personen själv som bestämmer och avgör vilken form av hjälp som är bäst. (Moula, 2009, s. 167). Det salutogena arbetssättet fokuserar på hälsan och de faktorer som gör att man kan bevara den. Istället för att fokusera på vad senioren har förlorat i funktionsförmåga kan man se på de resurser som finns kvar och hur man kan bevara dem så länge som möjligt. Det salutogena arbetssättet är personcentrerat och bygger på ett samarbete mellan personalen och senioren. Personalen arbetar trots allt i senioren hem och personalens arbetssätt får inte bli styrande över seniorernas vardag. (Sjöbeck & Berglund, 2011, s. 232).

9.1 Reminiscensmetoden

Reminiscensmetoden grundar sig på Erik Homburger Erikssons teorier om människans olika utvecklingsfaser i livet. Den engelska psykiatrikern Robert Butler var den första att beskriva begreppet reminiscens. Han kallade det för "life review", vilket han tolkade som en slags inventering av livet och ett konstaterande av vem människan är som person. (Ragneskog, 2011, s. 73).

Reminiscensmetoden innebär att man på ett meningsfullt och personligt sätt berättar om gamla minnen i en tillåtande och öppen miljö (Isacs & Wallskär, 2004, s. 9). Man använder sig av så kallade "triggers" eller minnesväckare för att framkalla minnesglimtar. Minnesväckarna kan vara fotografier, saker, dofter, smaker eller ljud. Syftet med minnesväckarna är att aktivera de olika sinnen och genom detta väcka olika associationer som stimulerar senioren att minnas och återuppleva. Senioren kan då få möjlighet att återuppleva stunder i livet när hen var frisk eller aktiv och kan genom detta stärka identiteten, självkänslan och känslan av trygghet och kontroll. (Kärroman & Olofsson, 2008,

s. 89). Reminiscensmetoden kan användas både i grupp eller med enstaka personer och kan fungera som en social och underhållande aktivitet eller som en terapeutisk tillämpning. De flesta människor vill gärna dela med sig av sin historia och känner tillfredsställelse i att minnas vad som hänt tidigare i livet. Minnen av det som hänt tidigare samt kunskapen om en persons livshistoria kan medverka till en mer meningsfull vardag. (Gynnerstedt & Schartau, 2000, s. 11-12).

Reminiscensmetoden är en metod som är användbar för de flesta, men passar inte alla personer. Seniorer får inte tvingas med in i reminiscensarbetet. Livets erfarenheter består inte enbart av goda minnen och minnesväckarna kan framkalla smärta och förluster men även glädje och lycka. Personal som börjar med metoden ska vara medvetna om att olika känslor kan dyka upp till ytan för senioren. Som personal måste man ha både tid och kunskap i att kunna hantera det. Metoden kräver ett aktivt lyssnande, en empatisk förmåga, känslighet och respekt. (Gynnerstedt & Schartau, 2000, s. 28).

9.2 Livsberättelser

Livsberättelser är ett av begreppen i reminiscensmetoden. Att använda sig av livsberättelser inom vård och omsorg är ett verktyg för att ge och få kunskap. Livsberättelseprocessen är ett sätt att närma sig en seniors liv och uppmärksamma vad senioren upplevt och varit med om. (Gynnerstedt & Schartau, 2000, s. 11). Kunskapen kan påverka den personcentrerade vården och omsorgen stort. Processen innebär ett möte mellan två personer, där engagemanget är uppriktigt. Livsberättelsen skildrar hur personen förhåller sig till sin omgivning och sina relationer och hur hen ser på sin framtid fram till livets slut. Genom livsberättelsen fås seniorens tankar, förhoppningar och förväntningar uttryckt, även när sjukdomen begränsar personens förmåga att själv berätta det. (Santamäki Fischer, 2010, s.39).

Livsberättelsen är ett salutogent verktyg eftersom den bidrar till att personalen lär känna senioren. Den blir ett komplement till vårdplanen som fokuserar på diagnos och utredd funktionsförmåga medan livsberättelsen fokuserar på vem senioren är som person (Westlund & Sjöberg, 2013, s. 129). Genom att personalen har kännedom om seniorens tidigare liv kan personalen lättare bemöta, bekräfta samt stödja och stärka de kvarvarande jagfunktionerna. Livsberättelsen bidrar till att personalen lär känna personen och ökar förståelsen om vem personen är och hur hen har levt. Genom att lära känna senioren bättre så ökar även förutsättningarna för att lättare kunna stödja hen att få en meningsfull vardag.

(McKeown et al., 2010, s. 153; Cooney et al., 2012 s. 1983-1984). Genom livsberättelsen och att någon tar sig tid att skriva ner den, får senioren en känsla av bekräftelse, att bli hörd och tagen på allvar som person (McKeown et al., 2010, s. 154).

Personalen kan använda livsberättelsen som ett verktyg för att stödja meningsfulla samtal eftersom det som tidigare i livet varit intressant och glädjande uppmärksammas. (Brown Wilson et al., 2012 s. 83). Personalen har även en större möjlighet att skapa strategier för att avleda senioren i stressande situationer eftersom det är lättare att förstå varför just den situationen kan vara påfrestande (Cooney et al., 2012, s. 1894).

Anhöriga har en stor roll i arbetet med livsberättelsen, som även ger en möjlighet till att skapa och upprätthålla relationer mellan personal, anhöriga och seniorer. De anhöriga får en chans att berätta för personalen om den minnessjuka senioren personlighet och genom detta får personalen en större förståelse och möjlighet att se personen bakom sjukdomen. (McKeown et al., 2010, s. 154).

9.3 Personcentrerad livsplanering

Personcentrerad livsplanering utvecklades redan på 1970-talet i USA och Storbritannien. I Finland började man använda detta på 1990-talet i samband med servicehandledning. Modellen med personcentrerad livsplanering var i början ett verktyg för personer med funktionsnedsättning på institutioner eller i självständighetsfasen. Idag är det ett verktyg också för personer med psykiska problem och för seniorer. (Kehitysvamma-alan verkkoopalvelu, 2014).

Livsplaneringen utgår från klienten själv. Det är mycket som kan fås fram genom denna planering. Viktiga saker för klienten blir synliga både för klientens anhöriga och för klienten själv. Precis som med personer med andra funktionsnedsättningar, kan det också med personer med minnessjukdom vara svårt att få fram information då kommunikationen inte är fungerande. Då är det viktigt att lyssna på människor som känner klienten väl sedan tidigare. (Kehitysvamma-alan verkkoopalvelu, 2014).

Personcentrerad livsplanering kan beskrivas som en fortgående process där de involverade har som uppgift att lyssna och lära om vad som är viktigt för människan, nu och i framtiden (Department of Health UK, 2010, s. 18). På ett annat sätt kan livsplaneringen beskrivas som en planering där man strävar till att hitta olika sätt att möjliggöra för klienten att delta i saker som är viktiga för hen. Det är en process som går in på en djupare

nivå där klientens egen makt är viktig och klienten har rätt att själv planera och handleda sitt liv. (Autio et al., u.å., s. 5-6).

Senioren som kanske saknar vissa färdigheter kan ändå vara delaktig i sin egen vardag. I personcentrerad livsplanering strävar personalen till att hitta de färdigheter som senioren har och vid behov ges stöd så att hen ska få en känsla av att lyckas. Ett gemensamt språk och förståelse är en viktig grund att stå på. (Autio et al., u.å., s. 6).

10 Resultat

Projektgruppens uppgift är att utveckla ett verktyg som skall främja en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom, genom evidensbaserad forskning med ICF som bas.

Utifrån litteraturstudierna, Learning café och observationer på Candolinska servicehemmet har vi försökt identifiera det mest väsentliga för att stärka en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom. Genom dessa åtgärder utvecklades en livsberättelse och en rumstavla som arbetsredskap för personalen. Dessa arbetsredskap är tänkta att underlätta för personalen att i det dagliga arbetet möta seniorernas behov och önskningsar.

10.1 Resultat av litteraturstudier

Resultatet i vår litteraturgenomgång säger att det personcentrerade förhållningsättet är det bästa när det handlar om vård och omsorg gällande seniorer med minnessjukdom (McKeaown et al., 2010, s. 148; Edvardsson et al., 2010, s. 2614; Van Zadelhoff et al., 2011, s. 2498). Den personcentrerade vården och omsorgen sätter fokus på att se individen bakom sjukdomen, vilket kan kopplas till det salutogena syn- och arbetssättet. I Kitwoods (1997, s.80) teorier om personcentrerad vård och omsorg talar han om fem grundbehov hos senioren med minnessjukdom; välbefinnande, identitet, sysselsättning, inkluderande och anknytning. Dessa fem grundbehov kan vi koppla till ICF och dess olika begrepp. Genom ICF-begreppen kan personalen analysera vilka behov som senioren har. Genom analysen kan personalen finna sätt att stödja personens välbefinnande och känsla av en meningsfull vardag. Brooker (2007, s. 119) diskuterar personcentrerad vård och omsorg utifrån fyra olika beståndsdelar som handlar om individens värde, individuellt förhållningssätt, individens perspektiv och att skapa ett klimat som stödjer de psykologiska behoven. Även här kan vi koppla in ICF och dess begrepp. Genom ICF-begreppen kan personal bena ut på vilket sätt senioren stöds på bästa sätt. De olika delarna och begreppen som både Kitwood

och Brooker använder sig av är lika viktiga för helheten av vården och omsorgen av senioren som ICF:s alla begrepp är.

I det praktiska arbetet med minnessjuka seniorer kan man använda sig av Antonovskys (2005, s. 28) modell KASAM och ICF-begreppen. Modellen består av hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. För personalen innebär det att stärka senioren i dessa områden. Dessa tre delar kan man koppla till ICF-begreppen. Hanterbarhet strävar till att hitta en balans mellan omgivningen som senioren möter och de resurser som senioren har. Begriplighet handlar om att känna sig förstådd, att förstå sin tillvaro och omgivning. Meningsfullheten handlar om att finna något som känns välbefinnande för stunden och sträva till att känslan ska finnas kvar en längre tid. Genom att koppla ihop ICF-begreppen med seniorens behov och hur personalen ska förstå vilka behoven är så kommer vi fram till att en livsberättelse är det bästa redskapet för att stödja individen till en meningsfull vardag, vilket stämmer bra överens med forskningen av Brown Wilson et al. (2012, s. 83). För att göra livsberättelsen mer praktisk och kunna plocka fram betydelsefulla delar ur den, skapar vi ett verktyg i form av en rumstavla. Genom livsberättelsen kan personalen lära känna personen bakom sjukdomen och lättare veta vad hen uppfattar som en meningsfull vardag. De personliga faktorerna spelar en stor roll och tillsammans med omgivningsfaktorerna kan man skapa delaktighet och aktivitet. Kunskapen om seniorens hälsobetingelse och funktionsförmåga tillsammans med de andra faktorerna skapar en livsberättelse som personalen kan använda som ett verktyg för att hjälpa senioren att få sin vardag mer begriplig, hanterbar och meningsfull. Kunskapen om personen kan omsättas i en praktisk handling vilket rumstavlan bidrar till.

Enligt forskning om vad en meningsfull vardag innebär för seniorer med minnessjukdom är aspekter som tid för samtal och dagliga sysslor, fungerande kommunikation och självbestämmande centrala. Enligt Edvardsson et al. (2010, s. 2616), Van Zadelhoff et al. (2011, s. 2494) och Habjanic et al. (2012, s. 2584-2585) förstärks funktionsförmågan samt känslan av meningsfullhet när senioren får tid och möjlighet att själv utföra de sysslor hen kan. Både seniorer med minnessjukdom och anhöriga anser att sociala relationer är av stor vikt när det gäller att skapa en meningsfull vardag (Edvardsson et al., 2010; Moyle, et al., 2011; Harmer & Orrell, 2008; Habjanic et al., 2012; Helgesen et al., 2012). Detta innefattar både sociala relationer mellan senior och personal, senior och anhöriga och anhöriga och personal. För att samtal mellan senior och personal ska bli meningsfulla så krävs det att personalen känner till seniorens livshistoria (Edvardsson et al., 2010, s. 2615). Detta betyder att anhöriga bör vara involverade i att delge information om seniorens livshistoria

till personalen för att senioren vardag skulle kunna bli meningsfull. Livsberättelsen kan också användas för att skapa meningsfulla och individuellt anpassade rutiner och aktiviteter, vilket i sin tur stärker identiteten hos seniorer med minnessjukdom (Edvardsson et al., 2010, s. 2495, 2615; Harmer & Orrell, 2008, s. 552-553).

För att stärka meningsfullheten i vardagen för seniorer med minnessjukdom måste kommunikationen mellan seniorer och personal förbättras. Här har kännedom om senioren livshistoria också en betydande roll. Kännedom om livshistorien förbättrar kommunikationen mellan personal och seniorer enligt Van Zadelhoff et al. (2011, s. 2495). Genom fungerande kommunikation kan senioren behov och önskningar beaktas, och skapa en meningsfull vardag (Habjanic et al, 2012, s. 2584-2585; McGhee G, 2011, s. 40-42). Det viktigaste med kommunikationen mellan personal och seniorer med minnessjukdom är att kommunikationen sker på senioren villkor och att senioren känner att hen har fått sin röst hörd (McGhee G, 2011, s. 45). Rumstavlan kan underlätta kommunikationen mellan personal och senior då den finns tillgänglig i senioren rum och innehåller viktig information om senioren. Rumstavlan är en lättillgänglig version av livsberättelsen, den ger personalen möjlighet att snabbt finna samtalsämnen. Rumstavlan underlättar att skapa en relation mellan personal och senior i det dagliga rutinerna.

Självbestämmanderätten är en avgörande del av en meningsfull vardag. Anhöriga har en viktig roll i att skydda senioren rättigheter och skapa en känsla av trygghet hos senioren (Helgesen et al., 2012, s. 1674 -1675). I uppgörandet av livsberättelsen bör de anhöriga involveras eftersom de är en viktig del av senioren liv. Enligt studien av Edvardsson et al. (2010, s. 2614) vill seniorer med minnessjukdom ses som kompetenta, bli respekterade och göra egna val. Enligt Moyle et al. (2011, s. 975) kände seniorerna att deras åsikter var mindre värda för att de led av minnessjukdom och att de saknade kontroll över sina liv. Genom livsberättelsen kan personalen få information om senioren och om hur hen vill ha sin vardag. Livsberättelsen stöder den minnessjuka senioren självbestämmanderätt gällande val som har med vardagen att göra som till exempel att klä på sig, sysselsätta sig och vilken slags hjälp och stöd som behövs.

10.2 Resultat av Learning Café och observationer

Resultatet av vad personalen på Candolinska servicehemmet anser att en personcentrerad omvårdnad är, handlar om att känna till och se individens behov och önskningar. Ord som kom upp flera gånger under Learning caféet var självbestämmanderätt, jämställdhet och respekt. Enligt personalen handlade en personcentrerad omvårdnad också om att ge tid och ett värdigt bemötande. Kunskap om senioren livshistoria är central för en personcentrerad omvårdnad enligt personalen. En meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom är enligt personalen en mångfald av aktiviteter som att till exempel lyssna på musik, vistas utomhus, gymnastisera och att baka tillsammans. Viktigt är att aktiviteternas innehåll ska vara något som seniorerna är intresserade av och att varje person själv ska få välja vad hen vill sysselsätta sig med. En meningsfull vardag är enligt personalen en trygg, lugn och hemtrevlig miljö. Viktigt är att personalen har tid för samtal och är tillgängliga för seniorerna. Rutinerna är betydelsefulla då en meningsfull vardag skapas för seniorer med minnessjukdom enligt personalen. Livsberättelsen skulle enligt personalen kunna användas mer i arbetet för att skapa en meningsfull vardag.

Inför observationerna koncentrerade vi oss på interaktionen mellan seniorer och personal och den personcentrerade vården och omsorgen. Under observationstillfällena på Candolinska servicehemmet fanns det möjlighet att studera dessa aspekter samt se olika mönster i verksamheten. I tabell 2 presenteras resultatet från observationerna.

Tabell 2. Resultat av observationerna vid Candolinska servicehemmet.

Hur upplever vi att interaktionen ser ut mellan seniorer och personal?	Hur upplever vi att man arbetar personcentrerat på servicehemmet?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Morgonarbetet har högt tempo, ger inte alltid tid till samtal utöver det nödvändiga ➤ Personalen tycks känna de boende relativt väl och då blir det inte mycket diskussion om hur den boende vill ha sin morgon ➤ Egenvårdarsystem finns men fungerar inte fullt ut ➤ I vissa situationer kan det ibland förekomma att personalen inte frågar efter seniorernas åsikt, t.ex. matsituationer ➤ Upplever att viss personal har en speciell koppling till ”sina” seniorer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vårdplaner uppdateras och förnyas ➤ Arbetet med verkställandet av livsberättelse dokumentation för alla boende pågår. Detta tycks dock ha blivit en uppgift för boende/anhöriga ➤ Att tillgodose den boendes önskan om uppstigning och sänggående ➤ Varje boende har en egenvårdare ➤ Matbrickor förs in till de boende som av något skäl inte kan eller vill komma till matsalen ➤ Vid olika vård åtgärder, diskuteras med senioren direkt och en förklaring ges och frågor besvaras t.ex. öron kontroll, RR-kontroll. ➤ Eget kök, där allt tillreds från råvara ➤ Knackar på dörren vid besök och väntar på svar ➤ Säger vem som kommer och tilltalar senioren med namn ➤ Egna möbler och egen inredning i rummet

Resultatet av observationerna visar att personalen upplevs känna seniorerna väl, men självbestämmanderätten kunde förbättras. Egenvårdarsystemet kunde användas mer i det dagliga arbetet och användandet av livsberättelsen bör stärkas. I samtalen med personalen vid Candolinska servicehemmet lyfter de fram att tid för samtal i lugn och ro mellan personal och seniorer saknas. Denna reflektion från personalen stöds av våra observationer. Vid sammanställningen av Learning cafét och observationerna kan vi konstatera att det kommit upp flera punkter som projektgruppen tidigare i litteraturstudierna ansett vara av stor vikt. Dessa punkter innefattar vikten av en personcentrerad vård och omsorg för personer med minnessjukdom, stärkandet av självbestämmanderätten, att personalen har tid för meningsfulla samtal med seniorerna och att livsberättelsen skulle kunna användas

för att skapa en meningsfull vardag. Personalen uppfattas ha mycket kunskap och mycket goda idéer för ett förbättrat bemötande av de minnessjuka seniorerna. Det som saknas är en konkret handlingsplan för hur man skall gå tillväga.

Personalen på Candolinska servicehemmet ansåg att livsberättelsen skulle kunna användas för att skapa en meningsfull vardag. Under litteraturstudierna framkom att livsberättelsen är ett viktigt verktyg för att främja meningsfullheten för seniorer med minnessjukdom. Projektgruppen valde att utveckla en ny livsberättelse till Candolinska servicehemmet som baserar sig på ICF-begreppen. Användandet av livsberättelsen stöder också den personcentrerade vården och omsorgen samt självbestämmanderätten, eftersom seniorens behov och önskemål tas upp i den. Genom att använda livsberättelsen som ett verktyg i det dagliga arbetet lär personalen känna seniorernas livshistoria bättre och får också tid till att prata med seniorerna i lugn och ro under gemensamma samtal kring frågorna i livsberättelsen. Individuellt anpassade aktiviteter saknades enligt personalen. Livsberättelsen kan stärka också denna del eftersom genom livsberättelsen fås information om vad som intresserar senioren och vad som intresserat tidigare i livet.

Självbestämmanderätten hos seniorerna bör lyftas fram konkret i verksamheten så att seniorerna själva kan påverka sin vård och omsorg på Candolinska servicehemmet. Användandet av livsberättelsen kan stärkas genom att egenvårdaren, senioren och en anhörig gör livsberättelsen tillsammans istället för att en anhörig fyller i livsberättelsen på egen hand. Då kan senioren själv påverka vad som står i hans livsberättelse och berätta om sina individuella behov och önskningsgällande sin vård och omsorg. Om egenvårdaren, senioren och den anhörige fyller i livsberättelsen tillsammans skulle detta också kunna stärka relationen mellan senior och egenvårdare och därigenom stärka egenvårdarsystemet.

10.3 Produkt: Livsberättelse och rumstavla

Produkterna är ett resultat av våra litteraturstudier, våra observationer och diskussioner med personalen på Candolinska servicehemmet. Arbetsprocessen startar vid uttrycket en meningsfull vardag och utvecklar sig till produkter som är en livsberättelse, en rumstavla och en handbok (Se bilaga 4 och 6 gällande handboken). Produkterna skall fungera som ett verktyg för personalen i det dagliga arbetet med seniorerna med minnessjukdom. Livsberättelsen och rumstavlan är utformade för att stödja ett salutogent och personcentrerat arbetssätt med den äldre senioren i fokus. I grunden till utformandet av livsberättelsen och rumstavlan ligger teorin om ICF. Målet med produkterna är att

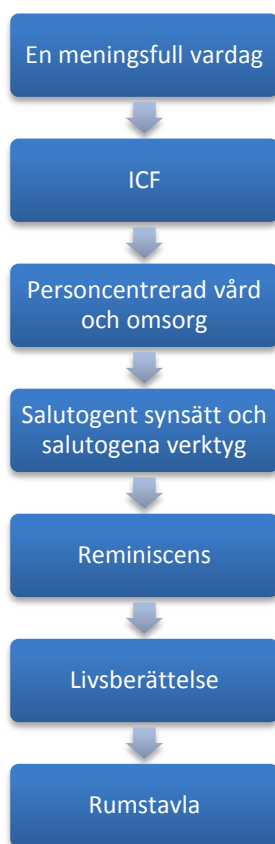
personalen med hjälp av dem, kan stödja seniorer med minnessjukdom till en meningsfull vardag.

Produkterna är utformade från tidigare evidensbaserad forskning. Vi börjar vår process med att söka efter forskning som relaterar till en meningsfull vardag och seniorer med minnessjukdomar. En av våra frågeställningar i arbetet är att få svar på vad forskningen säger om definitionen vad en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom är. Forskningen säger att en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom handlar om personens individuella behov. Kontakt och sociala relationer är viktiga, likaså aktiviteter som personen själv väljer, vill göra och finner glädje i. Flera av de vetenskapliga artiklarna vi finner säger att den personcentrerade vården och omsorgen är kopplad till en meningsfull vardag. Forskningen säger att den personcentrerade vården och omsorgen är att använda sig av ett individuellt förhållningssätt, att känna senioren som person, veta vilka intressen som senioren har samt känna till personliga egenskaper. Utifrån den personcentrerade vården och omsorgen inser vi att fokus måste läggas på senioren som person istället för på seniorens hälsotillstånd, vilket för in oss på det salutogena synsättet. Reminiscensmetoden är ett sätt att stimulera personer med minnesproblematik att minnas och kan ses som ett salutogent verktyg. Ett av reminiscensmetodens begrepp är livsberättelsen. Forskningen säger genomgående att en meningsfull vardag bäst uppnås genom personcentrerat förhållningssätt. För att kunna nå en god personcentrerad vård och omsorg krävs det att personalen känner senioren. Ett bra sätt att lära känna en senior är genom en livsberättelse. Har personalen kännedom om seniorens tidigare historia är det lättare att kunna bemöta, bekräfta och stödja senioren i vardagen. Livsberättelsen ger personen bekräftelse, är erkännande och är identitetsstödjande. Den fungerar även som en relationsbyggare, där senioren, anhöriga och personal kan mötas i ett syfte i att utveckla en meningsfull vardag för senioren.

Resultatet från Learning cafét bekräftar våra resultat från litteraturstudien. Personalen anser att aktiviteterna skall vara centrerade till seniorens intressen. De anser att den personcentrerade vården och omsorgen handlar om tid för samtal, värdigt bemötande och känsla av trygghet. För att uppnå detta anser personalen att livsberättelsen är ett bra verktyg. Utifrån resultatet från observationerna konstaterar vi att egenvårdarsystemet kunde användas i större omfattning. Om livsberättelsen introduceras i verksamhetens rutiner, utvecklas tillika egenvårdarsystemet, vilket främjar goda relationer mellan senior, anhöriga och personal.

Vi beslutar att produkten vi skall tillverka är en livsberättelse med ICF- begreppen som grund eftersom det ingår i uppgiften från VATA-projektet. Utöver den utvecklar vi en rumstavla som ett komplement till livsberättelsen. Personalen påtalar bristen på tid. Genom rumstavlan kan personalen lättillgängligt få information om senioren och skapa meningsfulla samtal. Livsberättelsen och rumstavlan svarar på arbetets andra frågeställning, hur personalen kan påverka och stödja seniorenas vardag så den blir meningsfull.

Denna figur beskriver processen från teori till produkt:



Figur 2. Produktutvecklingsprocess.

För att skapa en livsberättelse sökte vi inspiration från livsberättelser utformade av Flens kommun, Demensförbundet i Sverige och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. Livsberättelsen har byggts upp utgående från ICF, och genom att använda ICF- begreppen har livsberättelsen indelats i kapitel med huvudrubriker och underrubriker. Huvudrubrikerna är *Personliga faktorer*, *Omgivningsfaktorer*, *Delaktighet/Aktivitet och Hälsobetingelser*. Till huvudrubrikerna fogades underrubriker där frågor relaterade till ICF-begreppen ställs. Under huvudrubriken *Personliga faktorer* finns *Min barndom och uppväxt*, *Mitt vuxenliv*, *Personlighet och Livets slutskede*. De frågor som samlats under

huvudrubriken *Personliga faktorer* saknar koder enligt ICF, eftersom de härleds till senioren personliga och privata livshistoria och individuella önskemål. Huvudrubriken *Omgivningsfaktorer* innehåller underrubrikerna *Familj, Matvanor, Hjälpmedel* och *Miljö*. Här framkommer de faktorer som kan betraktas som stödjande, energigivande och vilken typ av hjälp och hjälpmedel som senioren behöver. Den tredje huvudrubriken *Delaktighet/Aktivitet* innehåller frågor om kommunikation, ekonomi, rutiner, samhällsengagemang, livsåskådning, intressen och hobby. Underrubriken *Hygien* tar upp senioren ADL (Allmän daglig livsföring) som dusch, rakning, klädval och hur hjälpbehovet ser ut gällande dessa. I *Delaktighet/Aktivitet* framkommer det hur senioren handskas med sitt dagliga liv och hur de egna förmågorna räcker till, men även vad som är viktigt för att behålla känslan av KASAM. Fjärde huvudrubriken *Hälsobetingelser*, har som underrubriker *Hälsotillstånd/Hälsostruktur* och *”Njutningsmedel”*. Här framkommer senioren diagnos, övrigt hälsotillstånd, medicinering samt alkohol och tobaksvanor.

Vi rekommenderar att livsberättelsen görs av senioren, seniorens egenvårdare och en anhörig eller närstående till senioren. Inför samtalet är det till fördel om egenvårdaren skapar goda förutsättningar för en god dialog. Eftersom samtalet kan skapa varierande känslor hos senioren, bör miljön vara trygg, lugn och behaglig. Även seniorens mående, egenvårdarens erfarenhet, förförståelse och attityd påverkar samtalet. Vi rekommenderar att seniorens egenvårdare är den som genomför samtalet. Egenvårdaren är troligen den som bäst känner senioren och har en relation till seniorens anhöriga.

I livsberättelsen delar senioren med sig av sig själv och sitt liv på det sätt som känns bekvämt och tryggt. Det finns inte rätta eller fel svar på frågorna utan allt utgår från senioren, som själv bestämmer vad hen vill berätta. Det är viktigt att tydliggöra frivilligheten och varför en livsberättelse görs, samt poängtera att svaren inte visas till utomstående utan tillstånd. Om samtalet görs under fler tillfällen, är det viktigt att återkoppla till det tidigare samtalet. Detta ger ett sammanhang för klienten.

Det skulle vara praktiskt och även informationsmässigt till fördel om livsberättelsen kan upprättas innan individen blivit för påverkad av minnessjukdomen. Eftersom livsberättelsen är ett levande dokument, bör livsberättelsen uppdateras så snart någon ny information framkommer eller när senioren ändrar åsikt om något som berör seniorens liv och önskemål.

Utgående från informationen i livsberättelsen kan man göra en rumstavla. Meningen med rumstavlan är att man snabbt skall kunna få information om senioren och saker som berör hans vardag. Eftersom rumstavlan finns i senioren rum har vårdpersonal möjlighet att lära känna senioren och lätt kunna skapa diskussionsämnen.

Tavlan delas in i fyra fält, där fältens rubricering utgår från ICF-begreppen *Personliga faktorer*, *Omgivningsfaktorer*, *Aktivitets- och Delaktighetsfaktorer*, samt ett fält för bilder som representerar individen. Eftersom tavlan är tänkt att fokusera på den salutogena omsorgen med fokus på en frisk människa, valdes rubriken hälsobetingelser bort från rumstavlan. Under rubriken hälsobetingelser beskrivs senioren sjukdomar och hälsotillstånd, vilket inte stöder salutogen omsorg. Då rumstavlan skall finnas i senioren rum, är det inte etiskt lämpligt att alla ska ha tillgång till information om senioren hälsotillstånd.

Materialet för tillverkning av tavlan skall vara lättanvänt och återanvändbart. Till modellens grund valdes en självhäftande anslagstavla, från vilken det är lätt att ta bort och byta information och bilder. Inköp gjordes av en anslagstavla med måtten 60x40, vilket resulterade i att anslagstavlan kunde delas för att bli två rumstavlur med måtten 30 x 20. Vid fältindelningen användes en tejp i avvikande färg.

Till modellen användes bilder som omvandlades till lämplig storlek i ett ordbehandlingsprogram, storleken på modellens bilder varierar. Bilderna bör representera personen och kan förstås personer, djur, platser eller andra motiv som är viktiga för senioren. I ordbehandlingsprogrammet gjordes textrutur innehållande info om individen. Textrutorna kan även skrivas för hand. För att få en enhetlig grundtavla, som är enkel att orientera sig i och enkel att förhålla sig till, skall rubrikerna i textrutorna vara samma för alla tavlur. Det som gör rumstavlan personlig är den individuella informationen och de personliga bilderna. I mitten av modellen finns plats för bild på individen eller annan bild som lockar senioren. Troligen blir ingen rumstavla den andra lik, eftersom alla individer har olika syn på vad som är tilltalande och estetiskt för ögat. Men grunden är densamma.



Bild 1: Modell på Rumstavla.

En handbok har skapats för att personalen på Candolinska servicehemmet skall få kunskap om hur livsberättelsen och rumstavlan fungerar. I handboken introduceras teorin bakom idén till livsberättelsen och hur vi som grupp planerat att den skall förverkligas. Det som poängteras i handboken är varför det är viktigt att skapa en meningsfull vardag och hur. I handboken har vi använt oss av begreppet individ, detta för att produkten skall vara lämplig även för andra målgrupper än seniorer. I handboken ges även praktiska tips på hur ifyllandet av livsberättelsen kan förverkligas.

11 Prövning av produkt

Livsberättelsen har prövats, tillsammans med en senior som är 80+ och som har en framskriden minnessvikt. Minnessjukdomen är en följd av en neurologisk sjukdom. Samtalstillfällena var två till antalet. Vid det första tillfället, som pågick i cirka 45 minuter, deltog senioren, en anhörig, ansvarig sjukskötare och en från projektgruppen. Vid det andra tillfället som pågick i 1,5 timme deltog ansvarig sjukskötare och två från projektgruppen varav den ena fungerade som observatör. Vid båda tillfällena var det en studerande som genomförde samtalet. Skälet till att det första samtalet varade endast 45 minuter, var att senioren fick oväntat långväga besök.

Personer med minnessjukdom lever ofta i olika faser av sitt liv, de faserna kan ändra från dag till dag eller från timme till timme. Vid det första samtalet började och stannade vi i

senioren barndom. Det var svårt att komma vidare från barndomen så vi valde att stanna under den livsfasen. Detta betydde att samtalet inte berörde vissa av frågorna, till exempel frågor om livets slutskede. Samtalet handlade om barndomen, skolan, tiden som krigsbarn i Sverige och om barndomskamraterna. Seniorens upplevelse av sin barndom var mycket positiv. Detta förmedlade senioren genom att återberätta sin lyckliga barndom och hur mycket hen tyckte om sin skolgång. Vi upplevde att senioren tyckte om att berätta om sig själv och sin barndom.

Vid det andra tillfället befann sig klienten tankemässigt i vuxenlivet. I samtalet togs det upp frågor om omgivningsfaktorer, delaktighet och aktivitet och delvis hälsobetingelser. I och med att senioren nu befann sig i vuxenlivet kunde man ta upp frågor gällande livets slutskede.

I kapitlet Omgivningsfaktorer var delen om matvanor svår att besvara. Det kändes som att senioren var tillbaka i barndomsfasen igen. I barndomen kunde hen inte påverka vad det serverades för mat så det blev inget egentligt svar på dessa frågor. Då senioren var allätare fanns ingen speciell favoritmat. Seniorens minns att det tillagades saft i barndomshemmet vilket bidrog till att saft fortfarande är en uppskattad dryck.

Vissa frågor blev obesvarade under samtalet medan senioren återkom till andra frågor. De frågor som senioren inte ville besvara var generellt sådana som hade med negativa upplevelser att göra. Däremot lyfte hen ofta positiva upplevelser från speciellt sin barndom och sin yrkesverksamma livsperiod. Med tanke på detta visar det åter på att det troligen finns en positiv effekt i att senioren och den som leder samtalet har en relation och känner varandra. Att tala med någon man känner och har tillit till, gör även att det är lättare att öppna upp och berätta om sådant som kanske inte är så positivt. När gruppen tagit fram detta arbetsredskap, har tanken varit att den i personalgruppen som bäst lämpar sig att utföra samtalen är seniorens egenvårdare, som kanske är den i personalgruppen som har störst kännedom om senioren.

Efter varje samtal tillfrågades senioren hur hen upplevt tillfället och om några frågor besvarat senioren. Seniorens responderade vid båda tillfällena positivt till samtalen och frågorna. Hen konstaterade att det varit ett trevligt tillfälle som inte vållat obehag. De som deltagit från projektgruppen kände efteråt att samtalet hade gett en mycket bra bild av vem senioren är som person och en god inblick i vad som varit och vad som är just denna speciella individ.

Feedbacken från personalen efter provningen av livsberättelsen var positiv, dock fanns vissa synpunkter och önskemål. Personalen kände att vissa frågor upprepades och hade även önskemål om en handbok och en översättning av livsberättelsen till finska, vilket redan fanns under bearbetning. Tidigare i arbetsprocessen hade frågan om översättning diskuterats i projektgruppen. Eftersom den största delen av seniorer och personal på Candolinska servicehemmet är finskspråkiga så anser vi att det är mycket viktigt att översätta livsberättelsen och handboken till finska för att den ska kunna användas.

Frågorna i Livsberättelsen är många och är tänkta att täcka in största delen av seniorens behov, önskemål och livssituation. Livsberättelsen kan ses som ett samtalsunderlag. Det kan vara svårt och kanske omöjligt att ställa fråga för fråga och förvänta sig konkreta svar på frågorna. En person med minnessjukdom kan ha svårigheter att konkret svara på direkta frågor. Därför är det av stor vikt att senioren får berätta på sitt eget sätt. Detta ställer krav på den som genomför samtalet. Det är önskvärt att inte ställa frågor med många alternativ uppräknade på samma gång, utan istället vid frågor där det finns fler alternativ, ta upp ett alternativ åt gången.

Personen som ansvarar för livsberättelsesamtalet bör vara närvarande och fokuserad under samtalet för att få med det som är viktigt och väsentligt för att möta seniorens behov. För att skapa de bästa förutsättningarna för ett gott samtal, bör det ske på en för senioren trygg och lugn plats. Det är en god idé att dela upp samtalstillfällena på fler gånger, då senioren eventuellt inte orkar med hela samtalet vid ett tillfälle. Det är till fördel om den som utför samtalet med senioren, känner hen och hens beteende, så att de frågor som kanske inte passar just då lämnas och tas upp vid ett annat tillfälle eller ställs till familj, vänner eller andra närstående. Samtalet kan underlättas av att egenvårdaren delar med sig av sina personliga erfarenheter i samtalet, utan att vara privat.

Det kan finnas frågor som inte fungerar i alla tillfällen. Detta kan bero på i vilken fas av demens som senioren befinner sig i. Det finns till exempel inte någon möjlighet att diskutera livets slutskede med en person som befinner sig i en fas som motsvarar barndomen. Vid sådana tillfällen får man ta hjälp av familj, vänner eller andra närstående. Individier med minnesjukdom kan från dag till dag leva i olika faser av sitt liv. Kanske är det möjligt att vid ett tillfälle ta upp vissa frågor och i ett annat fungerar det inte alls.

Efter samtalet kom vi fram till att en strukturförändring av livsberättelsen var nödvändig. En logisk ordning på kapitlena blev: Personliga faktorer, Omgivningsfaktorer, Aktivitet/Delaktighet och Hälsobetingelser. Hälsobetingelserna har lagts sist för att

fokusera på det salutogena vårdperspektivet där det positiva och friska lyfts fram. Det kan finnas seniorer som inte kan svara på frågor om sin sjukdom och medicinering. Vid behov kan informationen hämtas från journalen eller vårdplanen.

12 Utvärdering

Meningen med att utvärdera en produkt handlar om att se helheten av det som åstadkommit. Med hjälp av en utvärdering kan produkten vidareutvecklats och nya idéer kan uppkomma. Genom utvärdering av effekterna av produkten kan det ses om produkten överensstämmer med de behov som målgruppen har. Produkterna som utvecklats i detta projekt har haft som syfte att öka känslan av en meningsfull vardag för seniorer med minnessjukdom. Behovet att främja en meningsfull vardag har setts från personalens och ledningens sida på Candolinska servicehemmet. Trots att Candolinska servicehemmet erbjuder sysselsättning i form av fysisk aktivitet, musik och konst, anser personalen att det inte räcker till för att erbjuda en meningsfull vardag för seniorerna med minnessjukdom. Detta projekt görs för seniorernas skull, genom personalen som sett behovet av förändring.

Under hela produktutvecklingsprocessens gång utvärderas arbetet. Teorin som stöder produkten är utvärderad, likaså samarbetet med beställaren, Candolinska servicehemmet. Under projektarbetets gång, anordnades ett seminarium till vilket projektgruppens samarbetspartner inbjöds. Där presenterades, diskuterades och utvärderades produkten för vidare utveckling. Produkterna som skapats i detta projekt baserar sig starkt på teori och evidens gällande en meningsfull vardag, bemötande och vikten av en personcentrerad vård för personer med minnessjukdom. Livsberättelsen finns i en tidigare upplaga på Candolinska servicehemmet. Projektgruppen har utvecklat livsberättelsen vidare genom att koppla ICF-begreppen till livsberättelsen och rumstavlan och genom detta introducera ICF-strukturen i verksamheten.

Samarbetet med personalen och seniorerna på Candolinska servicehemmet har varit mycket positivt. Genom att ta del av personalens idéer och kunskap om seniorerna och verksamheten, har projektgruppen kunnat skapa livsberättelsen och rumstavlan. Förhoppningsvis blir de arbetsredskap som stödjer behoven som finns hos seniorerna på Candolinska servicehemmet.

Eftersom produkterna inte än tagits i bruk på Candolinska servicehemmet så har projektgruppen inte kunnat utvärdera effekterna av produkterna. Under projektets gång har

en av produkterna, livsberättelsen, prövats i samarbete med projektdeltagare, senior, personal och anhörig till senioren. Efter prövning har det setts positiva reaktioner hos alla deltagare. Senioren som deltog i prövningen kände att samtalet varit en positiv upplevelse. Personalen kände att livsberättelsen var bra strukturerad men hade några ändringsförslag som togs i betraktande och förverkligades. Projektgruppen såg effekten av prövningen av livsberättelsen i form av att lära känna senioren ordentligt och märkte hur stor roll livsberättelsen hade för både senior och personal. Genom prövningen fick projektgruppen även nya tankar och idéer gällande livsberättelsen som påverkat den slutliga produkten. Efter prövningen av livsberättelsen fick gruppen också tankar kring hur livsberättelse-samtalet praktiskt skall utföras och vad som är viktigt att tänka på. Med hjälp av respons från prövningen av livsberättelsen kunde rumstavlan produceras. Rumstavlan har inte prövats i detta projekt. Användningen och effekterna av livsberättelsen och rumstavlan bör följas, dokumenteras och mätas över längre tid för att kunna se ett resultat.

För att kunna mäta effekterna av livsberättelsen och rumstavlan bör det finnas ett mätinstrument som överensstämmer med det som ska mätas och är passande för målgruppen. Mätinstrumentet kan vara till exempel ett frågeformulär eller en intervju. (THL, 2012, s. 21). Eftersom produkterna har som syfte att öka känslan av meningsfullhet hos seniorerna genom stärkandet av identiteten, delaktigheten, självbestämmandet och interaktionen med personalen skulle ett frågeformulär om dessa aspekter kunna vara ett mätinstrument. Det bör också bestämmas ur vems synvinkel effekterna mäts. Effekterna kan mätas genom att undersöka om seniorernas känsla av meningsfullhet i vardagen har ökat eller genom att mäta på vilket sätt personalens arbetssätt har förändrats, eller både och. För att kunna mäta om produkterna haft någon effekt bör mätningar göras före användandet av produkterna och efter att de varit i bruk i verksamheten under en tid. Då kan resultaten från mätningarna jämföras för att se om produkterna haft en positiv inverkan på målgruppen och verksamheten.

Det är viktigt att motivera till användningen av livsberättelsen och rumstavlan för seniorernas välbefinnande och för att kunna öka välbefinnandet krävs en viss ekonomisk insats. Genom att samla information om de positiva effekterna av livsberättelsen och rumstavlan genom utvärdering kan ekonomiska resurser för verksamheten motiveras och säkras. Genom utvärdering av effekterna av produkterna kan information om livsberättelsen och rumstavlan som främjande arbetsredskap spridas till andra verksamheter till exempel genom portalen Innokylä.

13 Kritisk granskning och tillförlitlighet

När vi kritiskt granskar vårt arbete har vi använt oss av den Forskningsetiska delegationens anvisningar om god vetenskaplig praxis (GVP) samt publikationen Den etiska grunden för social- och hälsovården utgiven av Riksomfattande etiska delegationen inom social-och hälsovården (ETENE) Anvisningarna som gäller för GVP har uppgjorts av Forskningsetiska delegationen och det finländska vetenskapssamfundet. Dessa anvisningar gäller alla vetenskapsområden. Det övergripande syftet med anvisningarna är att underlätta en god forskningspraxis men också att förhindra all form av ohederlighet inom forskning oberoende av institution. Om forskningen inte är gjord enligt god vetenskaplig praxis är den inte etiskt acceptabel och trovärdig, dessutom påverkar detta resultatens kredibilitet. GVP-anvisningar gäller bara forskningsetiska frågor. De befattar sig inte med sakfrågor inom en vetenskap. I vårt examensarbete gäller ETENEs etiska grund. (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 16-17).

För att detta arbete skall vara etiskt godtagbart och tillförlitligt samt resultaten trovärdiga betyder detta med andra ord att vår arbetsgrupp har använt GVP. Det finns nio centrala utgångspunkter i GVP (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 18), av vilka de fyra första kan till största del beröra vårt arbete. Dessa har vi valt att begrunda här. Vi har strävat att ha dem alla i åtanke under arbetsprocessen. *Hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet* i forskningen är en av utgångspunkterna (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 18), som vi har förbundet oss till. Vi har strävat till att återge och presentera våra resultat så sanningsenligt som möjligt. Genom *god planering och noggrann dokumentation* har omsorgsfullheten bevarats. Det data vi införskaffat skall sparas på ett korrekt sätt. I utgångspunkterna fokuseras också på metoder som *data-anskaffning, undersökning och bedömning*. Dessa skall bygga på vetenskaplig forskning och vara etiskt hållbara. Varje forskares och författares texter som nämnts i examensarbetet är *hänvisade så tydligt som möjligt*. Det är lätt för läsaren att hitta den ursprungliga texten. (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 18). Material från observationer har förvarats hos en av projektdeltagarna, på säker plats och förstörs i samband med projektavslutningen. I arbetet har vi använt oss av sjukskötare I och II för att skydda deras integritet, samt använt oss i observationerna av seniorer och hen som neutral benämning. Projektgruppen har avtalat med samarbetspartnern om tystnadsplikten.

Detta examensarbete kunde ha gjorts på många sätt genom användande av olika metoder. Eftersom vi ansåg att samarbetet med Candolinska servicehemmet var av stor betydelse

valde vi att använda oss av drag av aktionsforskningen, där praktikern spelar en stor roll. En aktionsforskare har en betydligt annorlunda roll än en traditionell forskare. Den traditionella forskaren påverkas inte av utomstående, är på en viss distans från det som studeras och samma resultat skall kunna uppnås av en annan forskare. Aktionsforskaren är i sin tur med i hela processen, tar initiativ, ställer frågor och jobbar tillsammans med praktikern. På grund av aktionsforskarens interaktiva roll sätter hen sin prägel på resultaten, vilket innebär att en annan forskare inte skulle nå samma resultat. (Rönnerman, 2008, s. 215-216). Rönnerman (2008, s. 216) säger att nära samband och företagsamhet som hela tiden är under utveckling mellan forskare och praktiker kännetecknar aktionsforskningen. Det här innebär att en aktionsforskare delvis måste ge avkall på de traditionella forskningsidealerna.

Livsberättelsen har testats i samarbete med senior, personal på Candolinska servicehemmet och deltagare ur projektgruppen. Närhet och gott samarbete har präglat dessa tillfällen mellan alla parter. För att komma fram till resultaten har initiativtagande och uppfinningsrikedom använts. Kanske har vi gett avkall på de traditionella forskningsidealerna, men vi vågar påstå att tillämpningen av drag av aktionsforskningen inte har minskat tillförlitligheten på detta arbete.

I våra litteraturstudier har vi följt den fjärde utgångspunkten i GVP. I den tar man bland annat fasta på att hänvisningar till andras arbeten och att resultat skall vara korrekta samt visande av hänsyn till andra forskare (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 18). Hänvisningar har gjorts enligt bästa förmåga och vi har alltid strävat till att återge andra forskares tankar på ett respektgivande sätt. Var och en i projektgruppen ansvarar för att GVP används, men hela projektgruppen inklusive vetenskapssamfundet och forskningsenheternas ledare har också ansvar. (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 19).

För att få det bästa resultatet under Learning café tillfället, valde vi att diskussionen skulle ske på finska, eftersom vi visste att vi skulle få mest deltagare då och därmed ett bättre resultat. Tillförlitligheten stärks även då observationerna på Candolinska servicehemmet har gjorts av två projektdeltagare. Två deltagare blev valda för att få olika synvinklar och vi valde att inte ta med flera för att inte skapa oro på Candolinska servicehemmet med många utomstående besökare.

På grund av tidschemat har vi enbart hunnit testa den uppdaterade livsberättelsen, men inte rumstavlan. Vi hoppas dock att personalen på Candolinska servicehemmet kommer att

använda sig av rumstavlan, för att vi senare kan få ett resultat av den. För att alla på Candolinska servicehemmet skall använda sig av livsberättelsen, har vi även översatt den till finska. Även handboken till livsberättelsen och rumstavlan är översatt från svenska till finska.

Samarbetet i gruppen har fungerat bra, trots avvikande åsikter gällande utseendet av produkterna. Till slut kom vi fram till en kompromiss. Arbetsuppgifterna i gruppen har blivit jämt fördelade och alla har tagit ansvar för sina egna delar. Även fast vi delat upp arbetet i gruppen, har alla fått påverka utformningen av hela arbetet. Kommunikationen i gruppen har skett via social media och gruppträffar. Samarbetet inom projektgruppen har varit mångprofessionellt där deltagarna har olika erfarenheter i form av utbildning och arbetslivserfarenhet från social- och hälsovårdsområdet. Det har varit en utmaning att samarbeta när samarbetet ofta sker på distans och tiden är mycket knapp. Resultatet kan ha påverkats på grund av kommunikationssvårigheter och tidsbrist. Ändå ser vi i projektgruppen att vi lyckats producera något av värde för att främja meningsfullheten för seniorerna på Candolinska servicehemmet.

13.1 Etiskt förhållningssätt

Den forskningsetiska sidan har funnits i projektgruppens tankar genom hela arbetet, utan att glömma bort det etiska enligt ETENE. Vår målgrupp är seniorer inom social- och hälsovården och de bör bemötas på ett sätt som är förenligt med det. Seniorerna tillhör dessutom en särskilt sårbar grupp, både ålders- och funktionsmässigt.

Som forskare är det därför viktigt att handla etiskt i kontakten med klienter. Enligt ETENE (2011, s. 5) skall alla som arbetar inom social- och hälsovården respektera klientens människovärde och rättigheter, genom bra interaktion skapa förtroende och ansvara för arbets kvaliteten genom hänsyn till klientens förmågor.

I början dök frågan upp om det är etiskt godkänt att intervjua vår målgrupp seniorer med minnessjukdom på grund av att deras minne sviktar. De kan ofta glömma vad de tidigare har sagt. I diskussionen med handledarna kom vi fram till att ett avtal är gjort med Candolinska servicehemmet och Yrkeshögskolan Novia gällande detta projekt, vilket gör intervjuerna och diskussionerna med seniorerna möjliga.

Alla som deltar i någon undersökning har själv rätt att bestämma om sitt deltagande, med andra ord är deltagandet frivilligt. Tillräcklig information skall ges så att deltagaren kan

göra sitt val. Genom undersökningen får man inte orsaka skador varken psykiska, ekonomiska eller sociala. Dessutom ska integriteten skyddas för de som deltar i en forskning. (Forskningsetiska delegationen, 2009, s. 5). Under arbetsprocessen har vi samtalat med och observerat seniorer på Candolinska servicehemmet. Vid varje kontakt med en senior har vi presenterat oss och förklarat varför vi är där. Vi har tydligt frågat senioren om hen vill delta i samtal.

Under vår arbetsprocess har etiken funnits som en röd tråd genom hela arbetet, både i den teoretiska och praktiska delen. Att arbeta med den praktiska delen och med metoder som livsberättelser kräver en stor eftertanke. Livsberättelsen blir ett dokument som värderar och lyfter fram det unika hos senioren och som personal kräver det känslighet, respekt och etisk medvetenhet för att utföra metoden. Livsberättelsen är ett viktigt verktyg för att nå ett personcentrerat förhållningsätt och en förutsättning för ett gott bemötande.

Utvecklingen överlag inom social- och hälsovården skall grundas på etiskt hållbara beslut. Dessa beslut skall dessutom vara praktiskt möjliga att genomföra i förhållande till befintliga resurser. Etiskt skall utvecklingen vara på en sådan nivå att genomförandet inte anses för svårt. (ETENE, 2011, s. 33). Livsberättelsen och rumstavlan representerar ett steg i denna utveckling. Det kräver inte alltför stora resurser i sin genomföring och kan utföras i samband med den dagliga omsorgen.

13.2 Hållbar utveckling

Då det allmänt talas om hållbar utveckling får det oss ofta att främst tänka på värden som har att göra med ekologi och ekonomi. Men hållbar utveckling innehåller fler delar. Social hållbarhet och hållbar hälsa är viktiga delar för samhället och hälsan, så även kulturell hållbarhet. Generellt är alla dessa delar beroende av varandra.

De mänskliga rättigheterna är idag en betydande del av hållbar utveckling enligt Cederberg Wodmar (2014, s. 84). Med tanke på äldre människor är det lätt att förstå vikten av att ha de mänskliga rättigheterna i fokus. De äldres egna resurser är många gånger försvagade, på grund av olika nedsättningar i funktionsförmågan. Detta påverkar deras förmåga att ta tillvara de egna rättigheterna. Därför är det viktigt att förstärka resurserna hos personer med minnessjukdom. Fokus bör läggas på att upptäcka sjukdomen i tid och att personen får adekvat vård. Detta för att i det längsta förhindra institutionsvård men även för att de som

bor på institutioner ska ha rätt till en meningsfull vardag och kunna få stöd i att använda sina individuella resurser.

I vårt arbete kan läsaren finna flera aspekter som tangerar tanken om en hållbar utveckling. Projektgruppens produkt, livsberättelsen och rumstavlan med tillhörande handbok, främjar aspekterna i hållbar utveckling och fokuserar på att stödja individens egna resurser. Individens egna resurser stärks genom att personalen arbetar resursförstärkande med samtal, umgänge, utövande av fritids- och hobby aktiviteter och utförande av vardagliga sysslor. Via livsberättelsens personcentrerade inriktning finns alla förutsättningar för personalen att arbeta salutogent. Genom ett salutogent synsätt gentemot individen och genom att arbeta personcentrerat tillgodogörs aspekterna i hållbar utveckling.

Under arbetets gång har projektgruppens tankar med livsberättelsen och rumstavlan varit att produkten skall kunna användas inom olika verksamheter och att produkten skall kunna utvecklas och anpassas till olika klientgrupper. Även tankar om kostnadseffektivitet har funnits och stöds av det relativt enkla utförandet som inte gett avkall på kvalitén. I resten av kapitlet knyter vi an till de olika aspekterna i hållbar utveckling och lyfter varje aspekt med tankar kring vad i vår produkt som är hållbart och vilka fördelar vår produkt kan ha för en verksamhet. Mycket fokus har lagts på de mjuka värdena inom vård och omsorg, vilket innebär måendet hos individ och personal. Individen och dennes resurser skall självklart ligga i fokus.

Med tanke på den ekologiska aspekten finns möjlighet att på sikt göra livsberättelsen digital och på detta sätt göra inbesparingar av papper vilket minskar behovet av skogsavverkning. Om verksamheten ändå väljer att använda livsberättelsen i pappersformat rekommenderas att återvinningspapper används och att utskriften görs i svartvitt. Layouten på både livsberättelse och handbok gör sig bra även i svartvit utskrift. Till rumstavlan rekommenderas att materialet är sådant som går att återanvända för fler personer. Även med tanke på den ekonomiska aspekten är ovanstående rekommendationer att föredra. Ytterligare en ekonomisk aspekt är att nöjda personer ger mindre sjukvårdskostnader och engagerad personal ger mindre sjukfrånvaro.

Den sociala och hälsomässiga aspekten är kanske grunden till alla de andra hållbara utvecklingsaspekterna eftersom projektgruppens produkt ger individen en känsla av sammanhang och skapar närhet och umgänge. Livsberättelsen stöder ett resursförstärkande arbetssätt. Både personal och seniorer upplever en större delaktighet i sin vardag.

Förhoppningsvis upplever personalen att de gör något extra för sina seniorer, upprätthåller sin arbetsglädje och får utlopp för sin kunskap och professionalism. Detta gör i förlängningen dem friskare och det innebär att de mer sällan drabbas av sjukdom med sjukskrivning som följd. Den kulturella aspekten i det hållbara utveckligstänkandet bygger broar mellan personal och seniorer då de lär känna varandra mer ingående. Mellan dem uppstår förståelse och sympati gällande kulturella olikheter. Detta skapar förståelse för seniorenns beteende och agerande hos personalen. När personalen får insikt i varje seniors livsåskådning, politiska tankesätt, traditioner, sedvänjor och kulturella mönster, vilka kanske finns med ända sedan barndomen, kan alla mötas på ett mer jämlikt plan.

14 Avslutande diskussion

Utifrån litteraturstudierna, Learning café och observationer på Candolinska servicehemmet har vi utvecklat en livsberättelse och en rumstavla som personalen kan använda tillsammans med seniorerna för att skapa en meningsfull vardag. Livsberättelsen är ett samtalsunderlag som består av ett antal frågor om seniorenns livshistoria, behov och önsknings. Livsberättelsen är uppdelad i kapitel som baserar sig på ICF-begreppen *Personliga faktorer*, *Omgivningsfaktorer*, *Delaktighet/Aktivitet* och *Hälsobetingelser*. Fokus i livsberättelsen har lagts på det friska hos senioren och de individuella behoven. Rumstavlan baserar sig på livsberättelsen och är en förkortad version av seniorenns livshistoria och behov. Rumstavlan innefattar bilder och information om senioren. Av ICF-begreppen som används i livsberättelsen så har hälsobetingelser uteslutits från rumstavlan. Uteslutandet av hälsobetingelser från rumstavlan är ett sätt att lyfta det salutogena synsättet som är ledstjärnan i vår arbets- och utvecklingsprocess. Salutogent synsätt inom vård och omsorg sätter fokus på det friska och fungerande hos senioren.

En handbok för användandet av livsberättelsen och rumstavlan har utvecklats. I handboken framkommer hur man på bästa sätt använder livsberättelsen som ett samtalsunderlag och hur man tillverkar rumstavlan för att den skall stöda möjligheten till en meningsfull vardag för senioren.

Livsberättelsen har prövats tillsammans med en senior med minnessjukdom på Candolinska servicehemmet. Språket som användes var svenska. Samtalet hölls under två tillfällen. Vid det första tillfället fanns anhörig närvarande. En av projektgruppsdeltagarna ledde samtalet vid båda tillfällena och den ansvariga sjuksköterskan vid Candolinska

servicehemmet närvarade. Utifrån samtalstillfällena och personalens kommentarer gjordes vissa förändringar i den första versionen av livsberättelsen.

Candolinska servicehemmet är säkerligen inte den enda verksamhet som kan ha nytta av produkterna utan vår förhoppning är att dessa kunde användas på många olika ställen, inte bara på servicehem utan även inom till exempel hemvården eller öppen vård. Fast vi i detta arbete har haft fokus på minnessjuka seniorer är det en klar fördel om livsberättelsen kan göras i ett skede då personen ännu är frisk. Det finns så mycket värdefull information att få då, som är av betydelse då minnet inte mera fungerar.

Alla verksamheter där det till exempel är stor omsättning på personal kunde rumstavlan spela en avgörande roll i kommunikationen mellan personal och klient. Genom att läsa rumstavlan får vårdaren snabbt och enkelt en bild av senioren. Då får även möjliga vikarier snabbt idéer på samtalsämnen som kunde skapa gemenskap mellan vikarien och senioren.

Livsberättelsen och rumstavlan är produkter som modifierade även kan fungera i långvariga vårdsituationer eller på boenden där klientgruppen är någon annan än i detta arbete. Denna produkt kan även med fördel användas inom vård och omsorg av individer med olika funktionsnedsättningar. Inom denna grupp av vård- och omsorgsbehövande kan det finnas individer som har svårt att kommunicera med sin omgivning och då skulle livsberättelsen och rumstavlan vara ett sätt att få sin röst hörd och ge personalen en möjlighet att ge vardagen en betydelse.

Livsberättelsen och rumstavlan kan med fördel användas inom hemtjänst och hemsjukvård. Ofta är hemtjänst och hemsjukvård seniorens första kontakt med vård- och omsorgs personal som utför olika typer av servicetjänster i seniorens eget hem. För denna verksamhet är det också av stor vikt att lära känna och få kunskap om seniorens önsknings, behov och intressen. Det kan till och med vara till fördel, att speciellt livsberättelsen görs innan personen drabbats av minnessjukdom, innan minnessjukdom framskridit för långt eller individen drabbats av någon annan svår sjukdom som kan påverka förmågan att förmedla sig med omgivningen. Ju tidigare en livsberättelse görs desto bättre och mer givande blir den. Eftersom livsberättelsen är ett levande dokument, kan det tillföras ny information och tas bort information som inte längre är relevant. Genom samarbete mellan olika verksamheter och yrkesgrupper ges större möjlighet att med ett salutogent synsätt, ges individen en meningsfull vardag genom hela vård- och omsorgskedjan. När det sedan blir aktuellt med någon form av anpassat boende, finns livsberättelsen med och kan göra övergången smidigare och mer meningsfull.

För minnessjuka personer i arbetsför ålder är det lika viktigt som för seniorer att de kan dela med sig av sitt liv, sina önskningar och behov. Eftersom minnessjuka i arbetsför ålder ofta är fysiskt aktiva, har stora behov av att röra sig, uppleva saker och har stora nätverk, hjälper livsberättelsen vård- och omsorgspersonal att finna aktiviteter, samtalsämnen och att stöda personen så att hen kan delta i olika evenemang som är viktiga just för hen.

Rumstavlan som är ett komplement till livsberättelsen, kan skapa en enkel och lätt använd bro mellan individen, vård- och omsorgspersonal och anhöriga. Rumstavlan som med fördel placeras lättillgänglig hos individen är en förkortad version av livsberättelsen och delger berörda parter snabb information.

Utformningen av rumstavlan kan med lämplig färgsättning göras tillgängligare och mer lättförståelig för individer med minnessjukdom, för att uppnå maximal möjlighet att för en minnessjuk individ tillgodogöra sig rumstavlan är kontrasterande färgval och milda färger att föredra. Rumstavlan kan även förses med någon lämplig yta så att det inte är möjligt att plocka bort information i misstag eller oförstånd.

Genom utbildning kan personalen introduceras i användandet av livsberättelsen och rumstavlan, utbildningen kan hållas som till exempel en workshop där deltagarna får pröva att göra en livsberättelse och en rumstavla med varandra. Workshopen kan inledas med en kort teoridel och sedan läggs fokus på att genomföra ett samtal med livsberättelsen som samtalsunderlag och att utgående från livsberättelsen skapa en rumstavla. Avslutningsvis kan en diskussion hållas, där personalen kan dela erfarenheter och tankar kring hur de upplevt samtalet. Under diskussionen kan personalen ge varandra goda tips om vad som är viktigt att tänka på och hur samtalet med individen kan underlättas. Naturligtvis ser ett samtal med en minnessjuk individ ut på ett annat sätt och ställer andra krav. Om personalen ges möjlighet att öva på varandra blir möjligheten större att personalen vid samtal med den minnessjuka individen kan uppfatta och tolka samtalet på ett mer nyanserat sätt.

De flesta verksamheter inom vård- och omsorg har idag ett egenvårdar system. Det systemet kan med fördel användas för att komma igång med användandet av livsberättelsen och rumstavlan. Rent praktiskt kan man tänka sig att schemalägga egenvårdartid för just denna uppgift. Eftersom uppgörandet av livsberättelse och rumstavla beräknas ta flera tillfällen i anspråk behövs schemaläggning av egenvårdartid, vilket gör att alla egenvårdare ges samma möjlighet att genomföra denna process med "sin" senior.

Resultatet kan då bli att egenvårdartiden blir en rutin som sedan lever kvar inom verksamheten och som gör att personal och seniorer har möjlighet att skapa trevliga, givande och glädjefyllda möten i vardagen. För att ytterligare befästa livsberättelsen och rumstavlan i verksamheten, dokumenteras deras genomförande i vårdplanen, på detta sätt blir de lika självklara som all annan planerad vård och omsorg.

Det finns även möjlighet att i framtiden utforma livsberättelsen i digitalformat och koppla den till vårdplan och journalsystem som idag är digitala inom de flesta verksamheter. En digital livsberättelse skulle medföra att allt material gällande individen finns samlat på samma ställe.

Nu när produkten livsberättelsen och rumstavlan är färdiga önskar vår arbetsgrupp innerligt att dessa produkter inte skall glömmas bort utan verkligen blir en levande del av vården på Candolinska servicehemmet. Vi vill tacka personalen, seniorerna och ledningen på Candolinska servicehemmet för ett mycket givande och gott samarbete. Utan detta goda samarbete hade vi inte uppnått samma resultat.

Källförteckning

Antonovsky, A., 2005. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Arcada., 2015. *Vaikuttavat tavat* [Online] www.arcada.fi/en/node/2643 [hämtat 15.1.2015].

Autio, T., Helminen, H., Kärki, T., Laaksonen, E., Laurén, M., Lyytikäinen, A., Mertanen, S. & Pulkki, H. (u.å). *Yksilökeskeinen elämänsuunnittelu (YKS) ikäihmistien palveluissa*. [Online] <http://www.socca.fi/files/4304/YKS.pdf> [hämtat: 9.2.2015].

Bell, J., 2006. *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Brooker, D., 2007. *Person-centered dementia care. Making services better*. London: Jessica Kingsley publishers.

Brown Wilson, C., Swarbrick, C., Pilling, M. & Keady, J., 2013. The senses in practice: Enhancing the quality of care with dementia in care homes. *Journal of advanced nursing*, 69 (1), s. 77-90.

Cederberg Wodmar, J., 2014. *Hyfsat hållbar*. Malmö: Roos & Tegner.

Cooney, A., O'Shea, E., Casey, D., Murphy, K., Dempsey, L., Smyth S., Hunter, A., Murphy, E., Devane, D. & Jordan, F., 2012. Developing a structured education reminiscence-based programme for staff in long-stay care facilities in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22, s. 1997-1987.

Demensförbundet., (u.å). *Min livshistoria*. [Online] <http://www.demensforbundet.se/sv/om-demens/var-d-och-omsorg/min-livshistoria/> [hämtat: 2.2.2015].

Denscombe, M., 2009. *Forskningshandboken – för småskaliga projekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Department of Health., 2010. *Personalisation through Person-Centred Planning* [Online] http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_115175 [hämtat 9.2.2015].

Duodecim., 2010. *Muistisairaudet*. [Online] <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044> [hämtat: 19.1.2015].

Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. & Sykes, S., 2013. Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (9), s. 792-800.

Edberg, A-K., 2011. *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., 2010. *Personcentrerad omvårdnad, i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R., 2010. Promoting a continuation of self and normality: person-centered care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of clinical nursing*, 19, s. 2611-2618.

Elvekrok, I. & Smith Haugland, K., 2011. Kafédialog som pedagogisk verktyg. *Uniped*, 36 (2), s. 25-37.

Flens kommun., 2013. *Mitt livs historia*. [Online]

<http://www.flen.se/Upload/Extern/Socialförvaltningen/Äldre%20och%20handikappomsorg/Dokument/Mitt%20livs%20historia%20-%20mall.pdf> [hämtat: 2.2.2015].

Forskningsetiska delegationen., 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen.

Forskningsetiska delegationen., 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från god vetenskaplig praxis i Finland*. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter., 2010. *När livsberättelsen blir ett redskap*. [Online] <http://www.fsa.se/Tidskriften/2010-2013/2010---nummer/2010-artiklar/Nar-livsberattelsen-blir-ett-redskap/> [hämtat: 2.2.2015].

Gynnerstedt, K. & Schartau, M-B., 2000. *Reminiscensmetoden tillämpad i äldre vården*. Lund: Studentlitteratur.

Habjanič, A., Saarnio, R., Elo, S., Turk, D-M. & Isola, A., 2012. Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21, s. 2579-2589.

Harmer, J. & Orrell, M., 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, 12 (5), s. 548-558.

Helgesen, A-K., Larsson, M. & Athlin, E., 2012. How do relatives of persons with dementia experience their role in the patient participation process in special care units? *Journal of clinical nursing*, 22, s. 1672-1681.

Huttunen, M., 2014. *Dementia*. [Online] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358 [hämtat: 19.1.2015].

Kehitysvamma-alan verkkopalvelu., 2014. [Online] <http://verneri.net/yleis/yksilokeskeinen-elamansuunnittelu> [hämtat: 24.2.2015].

Kitwood, T., 1997. *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

McCormac, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011. Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *The online journal of issues of nursing*. 16 (2), s. 1-12.

McGhee G, J-D., 2011. Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25 (25), s. 40-46.

Moula, A., 2009. *Empowermentorienterat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Moyle, W., Venturto, L., Griffiths, S., Grimbeek, P., McAllister, M., Oxlade, D. & Murfield, J., 2011. Factors influencing quality of life for people with dementia: A qualitative perspective. *Aging & Mental Health*, 15(8), s. 970-977.

Muistiliitto ry., 2013. *Dementia*. [Online] <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/dementia/> [hämtat: 19.1.2015].

Muistiliitto ry., 2014. *Hoito ja kuntoutus*. [Online] <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/> [hämtat: 19.1.2015].

Muistiliitto ry., 2013. *Medicinfri vård*. [Online] <http://www.muistiliitto.fi/se/muistiliitto/var-d-och-rehabilitering/medicinfri-var-d/> [hämtat: 19.1.2015].

Muistiliitto., 2015. *Muisti- ja muistisairaudet*. [Online] <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/> [hämtat: 24.2.2015]

Olsson, H. & Sörensen, S., 2011. *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Ragneskog, H., 2011. *Omvårdnad och omsorg vid demens*. Göteborg: Printema förlag.

Riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE., 2011. *Den etiska grunden för social- och hälsovården*, ETENE-publikationer 33. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ø., 2011. A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International journal of older people nursing*, 6, s. 227-236.

Rönnerman, K. (red.), 2008. *Aktionsforskning i praktiken – erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Santamäki Fischer, R., 2010. Att samla in och använda livsberättelser - teorier och metoder. Ingår i: D. Edvardsson (red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Sjöbeck, B. & Berglund, M., 2011. En salutogen demensvård. Ingår i: A-K. Edberg (red.), *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

Sjögren, K., Lindkvist, M., Zingmark, K. & Edvardsson, D., 2013. Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (10), s. 2196-2206.

Social- och hälsovårdsministeriet., 2012:2. *Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE 2012-2015*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Social- och hälsovårdsministeriet., 2012:25. *Nationellt minnesprogram 2012-2020. Ett minnesvänligt Finland som mål*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Social- och hälsovårdsministeriet., 2013. *Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

THL., 2012. *Näkökulmia arviointiin*. [Online]

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90811/URN_ISBN_978-952-245-649-6.pdf?sequence=1 [hämtat: 27.4.2015].

Thunberg, O A., 2011. World cafes and dialog seminars as processes for reflective learning in organisations. *Reflective practice*, 12 (3), s. 319-333.

VATA-projektplan., 2013. Opublicerad källa.

WHO., 2012. *Dementia: a public health priority*. [Online]

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1 [hämtat: 24.4.2015].

Vuorio, S. & Väyrynen, R., 2011. *Klienter med minnessjukdomar inom social- ja hälsovården 2009*. Helsingfors: Institutet för välfärd och hälsa.

van Zadelhoff, E., Verbeek, H., Widdershoven, G., van Rossum, E. & Abma, T., 2011. Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *Journal of clinical nursing*, 20. 2490-2500.

Östergren, P-O., 2012, *Hållbarhetens villkor*. Malmö: Bokförlaget Arena.

Finlands författningssamling

Hälso- och sjukvårdslag. 30.12.2010/1326. www.finlex.fi [hämtat 9.1.2015].

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården. 22.9.2000/812. www.finlex.fi [hämtat 9.1.2015].

Lag om patientens ställning och rättigheter. 17.8.1992/785. www.finlex.fi [hämtat 9.1.2015].

Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. 28.12.2012/980. www.finlex.fi [hämtat 9.1.2015].

Socialvårdslag. 17.9.1982/710. www.finlex.fi [hämtat 9.1.2015].

Artikel sökning

Sökord	Avgränsning	Databas	Antal träffar	Använda artiklar	Datum
Care model + Dementia+ Well-being	Full text Peer reviewed 2010-	Ebsco Host	3 st	1 st	12.1.2015
Elderly+ Dementia+ Well-being	Full text Peer reviewed 2010-	Ebsco Host	25 st	2 st	8.1.2015
Person-centred care+ dementia+ meaningful	Full text Peer reviewed 2010-	Ebsco Host	4 st	1 st	16.1.2015
Dementia care+ Patients needs	Full text 2009-2015	Ebsco Host	4st	1 st	13.1.2015
Relative + Opinion+ Elderly Care	Full text 2009-2015	Ebsco Host	10st	1 st	13.1.2015
Relatives+ Dementia+ Care	Full text 2009-2015	Ebsco Host	123st	2 st	13.1.2015
Patient-centered care + dementia + nursing	Full text 2009-2015	Ebsco Host	99st	1 st	26.1.2015
Well-being + Dementia + Quality of life	Full text 2009-2015 Scholarly journals	Ebsco	28 st	1 st	24.1.2015
Life story work+ Elderly	Full text Peer reviewed 2009-2015	Ebsco Host	4 st	1 st	23.1.2015
Reminiscence+ dementia+ Life-story	Full text Peer reviewed 2009-2015	Ebsco Host	9 st	1 st	30.1.2015

Tabell över artikeldata

Författare, årtal, titel, tidskrift	Syfte	Metod och material	Resultat
Brown Wilson, C., Swarbrick, C., Pilling, M. & Keady, J., 2013. The senses in practice: enhancing the quality of care for residents with dementia in care homes. <i>Journal of advanced nursing</i> . 69 (1). 77-90.	Att utveckla, leverera och utvärdera ett program till vårdhem för att höja kvaliteten på vården för personer som lever med demens. programmet skall basera sig på "Senses framework" och principen om relationscentrerad vård.	Fokusgrupp Workshops	Efter genomförandet av workshops kunde personalen bättre samla in och använda sig av biografiska uppgifter. Särskilt uppfattades det att materialet utvecklade personalen i att finna meningsfulla samtal med vårdtagarna, vilket leder till ett ökat välbefinnande för personen med demens. En större förståelse för personen med demens utvecklades.
Cooney, A., O'Shea, E., Casey, D., Murphy, K., Dempsey, L., Smyth S., Hunter, A., Murphy, E., Devane, D. & Jordan, F., 2012. Developing a structured education reminiscence-based programme for staff in long-stay care facilities in Ireland. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22, 1997-1987.	Utvecklar, testar och beskriver ett strukturerat utbildningsprogram för vårdpersonal. Syftar till att förbereda vårdpersonalen att använda sig av reminiscens i vården med äldre dementa.	Grundad teori	Deltagandet i ett strukturerat utbildningsprogram är mer positivt för personalen om de förväntas aktivt genomföra vad de har lärt sig. Personalen var positiv till att använda reminiscens i den dagliga vården och fick en möjlighet att se personen bakom sjukdomen och lära känna personen bättre.
Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. & Sykes, S., 2012. Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> . 20, 792-800.	Undersöka vårdarens och anhörigas åsikter till orsaker som leder till aggressivt beteende hos dementa äldre och hur de kunde bemötas.	Intervjuer Fokusgrupper	Vårdaren anser att aggressiva dementa skall bemötas personcentrerat enligt egna behov, och vid behov med hjälp av tvångsvård och medicinering.

<p>Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R., 2010. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. <i>Journal of clinical nursing</i>. 19, 2611-2618.</p>	<p>Att beskriva vad personcentrerad vård innebär enligt personer med demens, deras anhöriga och personal inom äldreomsorg.</p>	<p>Intervjuer Fokusgrupper</p>	<p>God personcentrerad vård är enligt respondenterna att stärka identiteten och bevara det normala livet. Detta innefattar att känna klienten, involvera familjen, meningsfulla aktiviteter, en personlig miljö, flexibilitet och kontinuitet.</p>
<p>Habjanic, A., Saarnio, R., Elo, S., Turk, D-M. & Isola, A., 2012. Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. <i>Journal of clinical nursing</i>. 21, 2579-2589.</p>	<p>Att undersöka problem i äldre boenden i Slovenien.</p>	<p>Kvalitativ analys</p>	<p>Huvudresultaten handlar om försummelse, oprofessionell kommunikation, otillräckliga områden, otillräcklig administrering.</p>
<p>Harmer, B. & Orrell, M., 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. <i>Aging & Mental Health</i>. 12(5), 548-558.</p>	<p>Att undersöka vad meningsfull aktivitet är enligt äldre med demens, deras anhöriga och personal på boende.</p>	<p>Fokusgrupper</p>	<p>Meningsfulla aktiviteter enligt äldre hade att göra med psykiska och sociala behov. Meningsfulla aktiviteter enligt personal och anhöriga hade att göra med upprätthållandet av den fysiska förmågan.</p>
<p>Helgesen, A-K., Larsson, M. & Athlin, E., 2012. How do relatives of persons with dementia experience their role in the patient participation process in special care units? <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 22, 1672-1681.</p>	<p>Undersöka anhörigas roll i vården för äldre i boenden i Norge med fokus på vardagen.</p>	<p>Intervjuer</p>	<p>Anhörigas roll ses som olika beroende på de äldres behov. Främst fungerar anhöriga som talare för den äldre som inte kan skydda sig själv och få sina tankar sagt. Anhöriga ses även som ett socialt stöd för de äldre och är det ända som ger de äldre en relation med vardagen utanför boendet.</p>

<p>McCormac, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011. Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. <i>The online journal of issues of nursing</i>. 16 (2), 1-12.</p>	<p>Syftet är att identifiera och diskutera frågor att beakta i utvecklingen av personcentrerad vård.</p>	<p>Fallstudie</p>	<p>Personcentrerad vård och dess utveckling påverkas av kontextuella faktorer som arbetsplatskultur, lärande kultur och den fysiska miljön.</p>
<p>McKeown, J., Clarke, A., Ingelton, C., Ryan, T. & Repper, J., 2010. The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. <i>International journal of older people nursing</i>. 5. 148-158.</p>	<p>Att undersöka hur det är att arbeta med livsberättelser som metod. Hur den är förstådd och utvecklad i praktiken, hur den upplevs av alla deltagare och påverkar vården.</p>	<p>Fallstudie</p>	<p>Genom att använda sig av livsberättelser i vården så kan man få personalen att se individen bakom patienten, ge anhöriga en möjlighet att bidra till bevarandet av sin anhörigas personlighet, en möjlighet att ge den äldre dementa en chans att bli hörd och engagera sig i sin egen vård, känna sig stolt och delaktig.</p>
<p>Moyle, W., Venturto, L., Griffiths, S., Grimbeek, P., McAllister, M., Oxlade, D. & Murfield, J., 2011. Factors influencing quality of life for people with dementia: A qualitative perspective. <i>Aging & Mental Health</i>. 15(8), 970-977.</p>	<p>Undersöka vilka faktorer som påverkar livskvalitén hos personer med demens.</p>	<p>Intervjuer</p>	<p>Faktorer som påverkar livskvalitén positivt är sociala relationer, kontroll över sitt liv och att tillföra något till samhället.</p>

<p>Røsvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D. & Kirkevold, Ø., 2011. A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. <i>International journal of older people nursing</i>. 6, 227-236.</p>	<p>Prova VIPS-modellen i praktiken</p>	<p>9-veckors pilotstudie Fokusgrupper</p>	<p>VIPS-modellen fungerade och med hjälp av den kunde man ge en bra personcentrerad vård</p>
<p>Sjögren, K., Lindkvist, M., Zingmark, K. & Edvardsson, D., 2013. Person-centredness and its association with resident wellbeing in dementia care units. <i>Journal of advanced nursing</i>. 69(10), 2196-2206.</p>	<p>Rapportera förhållandet mellan personcentrerad vård och förmågan att utföra dagliga aktiviteter, livskvalitet, smärtnivåer, depressiva symptom och agiterande beteende bland boende på demensavdelningar.</p>	<p>Tvärsnittsstudie</p>	<p>Personcentrerad vård korrelerade med de boendes förmåga att utföra dagliga aktiviteter. De personer med demens som var bosatta i ett boende med personcentrerad vård klassificerades ha en högre livskvalitet och bättre förmåga att utföra dagliga aktiviteter jämfört med de boende i enheter med lägre nivåer av personcentrerad vård.</p>
<p>van Zadelhoff, E., Verbeek, H. Widderhoven, G., van Rossum, E. & Abma, T., 2011. Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. <i>Journal of clinical nursing</i>. 20. 2490-2500.</p>	<p>Att undersöka boendes, deras anhörigas och vårdpersonalens upplevelser om vårdprocessen i ett boende för äldre dementa.</p>	<p>Systematiskt deltagande observationer Semi- strukturerade intervjuer</p>	<p>Gruppboende inriktat på demens ger goda förutsättningar för en god, individuell vård. Betoning på boendes välbefinnande och delaktighet i det vardagliga livet.</p>

LIVSBERÄTTELSE



Detta är en livsberättelse där du kan berätta om dig och dina viktigaste behov, tankar och önskemål.

Med hjälp av livsberättelsen lär vi känna dig och kan ge dig en personcentrerad vård och omsorg. Livsberättelsen utgår ifrån dig, individen och det finns inte några rätt eller fel svar på frågorna.

Du delar med dig av dig själv och ditt liv på det sätt som känns bekvämt och tryggt. Vi hoppas att någon anhörig eller nära vän, deltar i uppgörandet av livsberättelsen tillsammans med dig och din egenvårdare. Allt du delar med dig är frivilligt, informationen i livsberättelsen förs inte vidare till någon annan än de som har hand om din vård och omsorg.

Önskar du att någon annan tar del av den är det ditt val.

Livsberättelsen är ett levande dokument, vilket betyder att uppgifter kan läggas till eller ändras över tid.



Personuppgifter

Namn: _____

Tidigare efternamn: _____

Jag vill kallas/smeknamn: _____

Födelseort: _____

Hemort: _____

Civilstånd: _____

Mina språk: _____

Hur gammal är du? _____

Information om mig får *inte* ges till:

Närmaste anhörig/kontaktperson:

(Släkting)relation: _____

Telefonnummer: _____

Bostadsort: _____



Personliga faktorer

Min barndom och uppväxt

Goda minnen från barndomen:

Svåra minnen från barndomen:

Intressen och hobbyn i barndomen:

Mitt vuxenliv

Studier:

Yrkesliv/Arbetsplats(er):

Dessa platser/orter har jag bott på:

Viktiga platser/orter för mig:

Goda minnen från vuxenlivet:

Svåra minnen från vuxenlivet:

Personlighet

De här egenskaperna beskriver mig som person:

Beskriv dina vardagsvanor (t.ex. kaffepauser, utevistelse, dagsvila):

Livsåskådning (t.ex. tro, religion):

Viktiga högtider (t.ex. födelsedagar, helgdagar, traditioner):

Sällskaps-/ ensamhetsbehov:

Kroppskontakt är viktig för mig: Ja Nej

På vilket sätt vill jag bli rörd (t.ex. kramar, handsmekning, klapp på axel):

Något som gör mig lycklig:

Något som gör mig arg/ledsen:

Vad skrämmer mig:

Livets slutskede

Om jag under kortare eller längre tid blir sängbunden, vill jag att följande uppmärksammas (besök av närstående och vänner, viktiga saker i min närhet):

Hur jag vill jag ha det i livets slutskede:

Mina tankar om döden:

Hur förhåller jag mig till livsuppehållande åtgärder i livets slut (t.ex. respirator, dropp, sondmatning):

Övriga tankar och önskningar i anslutning till livets slutskede:



Omgivningsfaktorer

Familj

Min make/maka/partner/sambo:

Barn:

Barnbarn:

Viktiga vänner, grannar, arbetskollegor:

Viktiga datum i min relation/mitt liv:

Husdjur/Favoritdjur:

Föräldrar:

Syskon:

Matvanor

Vad dricker jag helst till maten: _____

Annan dryck jag tycker om: _____

Favoritmat:

Jag tycker inte om att äta:

Jag är i behov av specialdiet, hurdan:

Speciella önskemål gällande mat och dryck (t.ex. dricker ofta kaffe/te, dryck på
sängbordet, frukt, mellanmål):

Hjälpmedel

Mina hjälpmedel (t.ex. tandprotes, hörapparat, rollator):

Vid besök i kyrkor, på teater och liknande platser använder jag gärna hörselslinga:

Miljö

Jag kan använda trappor:	Ja	Nej
--------------------------	----	-----

Jag kan inte öppna dörrar utan automatöppning:	Ja	Nej
--	----	-----

Jag är ljud och/eller ljuskänslig, och på detta sätt kan min dag underlättas:

Jag behöver sällskap när jag vistas utomhus:	Ja	Nej
--	----	-----

Föremål som är viktiga för mig (t.ex. möbler, fotografier, prydnadssaker):



Delaktighet/Aktivitet

I min kommunikation har jag svårigheter t.ex. talsvårigheter, koncentrationssvårigheter, hörselnedsättning:

Jag behöver stöd/hjälp att lyfta och bära föremål:

Sömnrutiner:

Min ekonomi sköts av: _____

Hur samtalar jag helst (diskussioner, pratsam, tystlåten, ironi):

Hur jag reagerar på sådant som är obekant och som kan kännas ovant:

Tycker du om att lära dig nya saker?

Samhällsengagemang, föreningsliv, politisk aktivitet mm.

Hur viktig är min tro för mig:

Mycket

Litet

Inte alls

Hur ofta önskar jag besöka min kyrka/samfund eller delta i deras aktiviteter:

Intressen och hobbyn, något jag gärna gör:

Jag läser helst (t.ex. skönlitteratur, faktaböcker, vecko-/dagstidningar):

Jag lyssnar gärna på (t.ex. musikstil, berättelser, dagstidningar):

Hygien

Hur ofta önskar jag som regel duscha:		
1 ggr/dag	2- 3 ggr/vecka	1 ggr/vecka
Hur ofta önskar jag som regel gå i bastu:		
1 ggr/vecka	2- 3 ggr/vecka	
Vilken tidpunkt under dagen passar mig bäst att duscha/bada bastu:		
Morgonen	Kvällen	

Hur vill jag ha håret lagat (t.ex. papiljotter, fön, frisörbesök):

Hur vill jag ha min handvård (nagelklippning, målning av naglar):

Hur vill jag ha min fotvård (nagelklippning, besök hos fotvårdare):

Hygien-och skönhets produkter som jag använder (t.ex. after shave, deodorant, kosmetika):

Jag behöver ansa min ansiktsbehåring:

Jag vill raka mig:	1 ggr/dag	2- 3 ggr/vecka	1 ggr/vecka
Jag vill ansa min mustasch/skägg:	1 ggr/dag	2- 3 ggr/vecka	1 ggr/vecka

Favorit kläder och färg:

Jag behöver stöd/hjälp med något av ovanstående:	Ja	Nej
--	----	-----

Vad annat behöver jag stöd/hjälp med:



Hälsobetingelser

Hälsotillstånd/Hälsostruktur

Diagnos/Sjukdomar:

Annat som inverkar på mitt hälsotillstånd (t.ex. tidigare sjukdomar, operationer, smärtor)

Hur upplever du att ditt minne är:

Upplever du problem med inkontinens:	Ja	Nej
--------------------------------------	----	-----

Mediciner:

Läkemedelsallergier: _____

Vid behov mediciner: _____

Alternativ medicinering (t.ex. naturprodukter):

Matallergier: _____

"Njutningsmedel"

Alkoholvanor:

Tobak- och snusvanor:

Övriga kommentarer/tankar:



Handbok för livsberättelse och rumstavla



Inledning

Denna handbok innehåller en kort teoretisk introduktion till livsberättelsen, praktiska råd för användandet av livsberättelsen samt en arbetsbeskrivning till rumstavlan.

Med livsberättelsen får individen en möjlighet att berätta om sitt liv och intressen. Livsberättelsen görs i samarbete med individen, egenvårdaren och anhörig. Utifrån livsberättelsen skapas en rumstavla, som är en lättillgängligare variant på livsberättelsen.

I vården och i omsorgen av minnessjuka individer ligger tyngden på den personcentrerade vården. Grunden är att bevara individens personlighet. För att kunna göra detta, behöver personalen kunskap om individen, speciellt om hens kultur, språk och värderingar.



Teoretisk bakgrund

Livsberättelsen är en sorts självbiografi. Genom livsberättelsen kan individen berätta vem hen egentligen är. Enligt flera undersökningar har det framkommit att kommunikationen mellan personal och individ ökar individens känsla av en meningsfull vardag. Det är viktigt för individen att ha en social roll i samhället och andra nära relationer. Även miljön och personliga saker/föremål ökar känslan av en meningsfull vardag hos individen.

Salutogent synsätt

Ett salutogent synsätt lägger fokus på det friska och fungerande istället för på det negativa och det som individen inte klarar av. Det salutogena arbetssättet är individcentrerat och ur det har modellen KASAM (Känsla Av SAMmanhang) utvecklats. KASAM består av tre delar: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. KASAM ger möjlighet att ge individen en meningsfull vardag.

Personcentrerad omvårdnad

Med stöd av VIPS-modell beskrivs personcentrerad omvårdnad. *Värdera* alla individers rätt till ett mänskligt värde, lägg fokus på det unika hos individen genom ett *individuellt* förhållningssätt, förstå tillvaron ur individens *perspektiv*, främja personens välbefinnande och skapa ett klimat som *stödjer* personens psykologiska behov. Personens syn på sig själv, på världen, vården och omsorgen ska respekteras och användas som utgångspunkt, vilket kräver en empatisk förmåga.

ICF-klassifikation.

Med ICF-klassifikationssystemet som utgångspunkt har projektgruppen skapat en livsberättelse och som komplement en rumstavla. Livsberättelsen har indelats i fyra huvuddelar: Personliga faktorer, Aktivitets- och Delaktighetsfaktorer, Omgivningsfaktorer och Hälsobetingelser. Rumstavlan innehåller tre av ICF-begreppen. För att lyfta det salutogena tänkandet har hälsobetingelser uteslutits från rumstavlan.



Användning av livsberättelsen

Livsberättelsen är ett samtalsunderlag med frågor som berör individens historia, fritidsintressen, åsikter mm. Den skall kunna fungera som ett arbetsredskap i vardagen för att skapa en meningsfull vardag för individer med minnessjukdomar.

Livsberättelsen skall ge diskussionsämnen och skapa en relation mellan personalen och individen samt öka individens känsla av delaktighet i vardagen. Personalen skall kontinuerligt ha tillgång till den.

Då individen flyttar till boendet, rekommenderas att relativt snart avsätts tid för ifyllandet av livsberättelsen. Detta för att så fort som möjligt lära känna individen och kunna ge en personcentrerad vård och omsorg. Samarbetet mellan individen, egenvårdaren och anhörig är av stor vikt när livsberättelsen görs.

För att underlätta användandet av livsberättelsen ges här några praktiska råd;

- Inför ifyllandet av livsberättelsen är det till fördel om egenvårdaren som deltar skapar goda förutsättningar för samtalet. Miljön bör vara trygg och lugn. Individens mående, egenvårdarens erfarenhet och attityd påverkar samtalet. Samtalet kan locka fram varierande känslor hos individen
- Det är frivilligt att göra livsberättelsen. I livsberättelsen delar individen med av sig själv och sitt liv på det sätt som känns bekvämt och tryggt. Det finns inte några rätt eller fel svar på frågorna utan allt utgår från individen. Det är viktigt att tydliggöra varför en livsberättelse görs och poängtera att livsberättelsen inte visas till utomstående utan individens medgivande
- Livsberättelsen innehåller många frågor och det är möjligt att individen inte orkar med hela samtalet vid ett enda tillfälle. Därför behöver man avsätta gott om tid och vid behov dela upp samtalen under ett, två eller flera tillfällen
- Om det är möjligt, vore det praktiskt och även informationsmässigt till fördel om livsberättelsen kan upprättas även fast individen inte har en minnessjukdom
- Det är till fördel om de som deltar i samtalet känner individen och hens beteende. Då kan frågor som kanske inte passar in just vid ett tillfälle lämnas och tas upp vid ett annat tillfälle eller ställas till familj, vänner eller andra närstående. Den som är bekant med individen, ser även om hen börjar bli trött och tappar fokus

- Det kan finnas frågor som inte fungerar i alla tillfällen. Detta kan bero på i vilken fas av demens som individen befinner sig i. Det finns t.ex. inte någon möjlighet att diskutera livets slutskede med en person som befinner sig i barndomsfasen. Kanske kan dessa frågor ställas vid ett annat tillfälle eller så tas hjälp av familj, vänner eller andra närstående
- Gällande individer med minnessjukdom så kan man inte ställa fråga för fråga och gå vidare i turordning. Detta kan betyda att samtalet rör sig mellan olika upplevelser och minnen. Detta kräver att den som deltar i samtalet är väldigt närvarande och kan följa den minnessjuka personen på de olika vägarna genom samtalet och på det sättet få med det som är viktigt och väsentligt för att möta individens behov
- Det är viktigt att inte ställa fler frågor i en och samma fråga. T.ex. ” Viktiga vänner/grannar/arbetskollegor:”, istället frågar man efter ett alternativ i taget
- Om samtalet görs vid fler tillfällen, är det viktigt att återkoppla till det tidigare samtalet genom den information som framkommit då. Detta för att skapa tillit mellan individen och egenvårdaren och för att ge individen ett sammanhang
- Hälsotillstånd kan hoppas över om det är svårt för individen att prata om sin sjukdom och har svårt att minnas sin medicinering. Dessa uppgifter kan man istället få från individens vårdplan eller journal
- Samtalet kan underlättas av att egenvårdaren delar med sig av sina personliga erfarenheter i samtalet, utan att vara för privat
- Livsberättelsen är ett levande dokument som bör uppdateras så snart någon ny information framkommer eller när individen ändrar åsikt om något som berör individens liv och önskemål



Arbetsbeskrivning för rumstavla

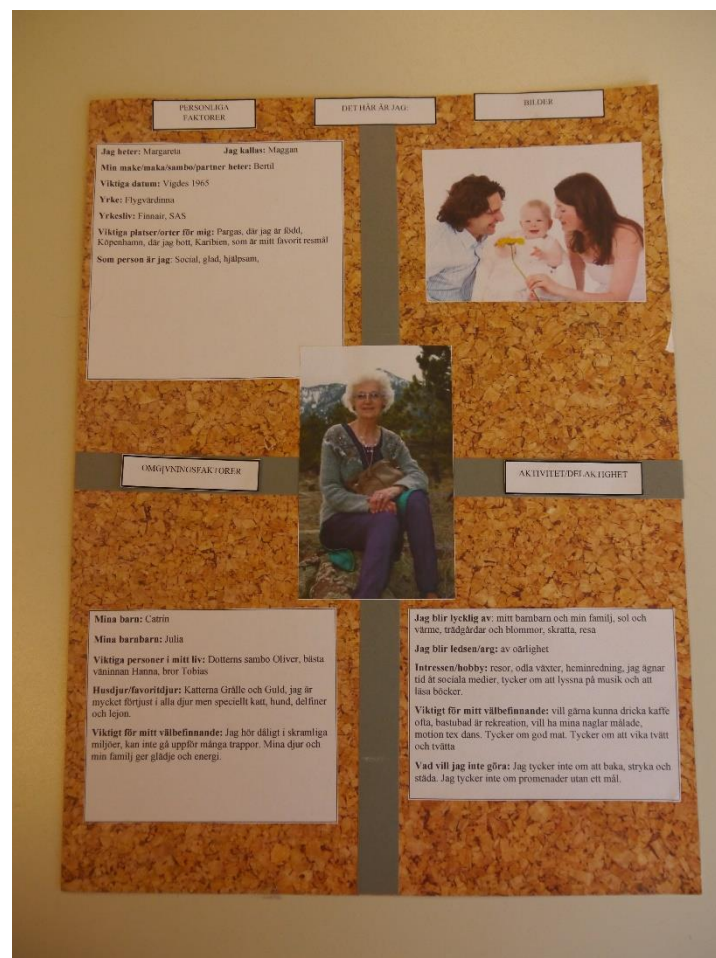
Då livsberättelsen fyllts i kan en rumstavla göras utifrån svaren. Meningen med rumstavlan är att man enkelt skall kunna få information om individen och om saker som berör hens vardag. Eftersom rumstavlan är i individens rum har vårdpersonalen möjlighet att enkelt lära känna hen och lätt kunna skapa diskussionsämnen.

Nedan finns praktiska råd gällande tillverkning av rumstavlan. Grundtavlan bör alltid ha samma uppläggning, innehållet blir självklart personligt då det baseras på individens egen livsberättelse.

1. **Uppbyggnad av rumstavla.** Tavlan delas in i fyra fält där fältens rubricering utgår från ICF-begreppen Personliga faktorer, Omgivningsfaktorer, Aktivitets- och Delaktighetsfaktorer samt ett fält för bilder som representerar individen. Eftersom tavlan fokuserar på den salutogena vården och omsorgen samt på den friska människan finns inte hälsfaktorer med på rumstavlan. Rumstavlan skall finnas tillgänglig i individens rum.



2. **Material för tillverkning.** Tanken är att det skall vara ett lättanvänt och även återanvändbart material. Till modellens grund valdes en självhäftande anslagstavla, från vilken det är lätt att ta bort och byta information och bilder. Anslagstavlan hade måtten 30 x 20 cm. Vid fältindelningen användes en tejp i avvikande färg.
3. **Utseende.** Till modellen användes bilder som omvandlades till lämplig storlek i ett bildredigeringsprogram. Bilderna bör representera individen och kan förställa personer, djur, platser eller andra motiv som är viktiga för individen.



4. **Textrutor.** I textredigeringsprogrammet gjordes textrutor innehållande information om individen. Textrutorna kan även skrivas för hand. För att få en enhetlig grundtavla som är enkel att orientera sig i och enkel att förhålla sig till, skall rubrikerna i textrutorna vara desamma. Det som sedan gör rumstavlan personlig är den individuella informationen och de personliga bilderna.

Personliga faktorer

Jag heter:

Jag kallas:

Mina språk:

Min maka/make/sambo/partner heter:

Viktiga datum:

Yrke:

Yrkesliv:

Viktiga platser/orter för mig:

Som person är jag:

Delaktighet/Aktivitet

Jag blir lycklig av:

Jag blir ledsen/arg:

Intressen/hobby:

Viktigt för mitt välbefinnande:

Vad vill jag inte göra:

Omgivningsfaktorer

Mina barn:

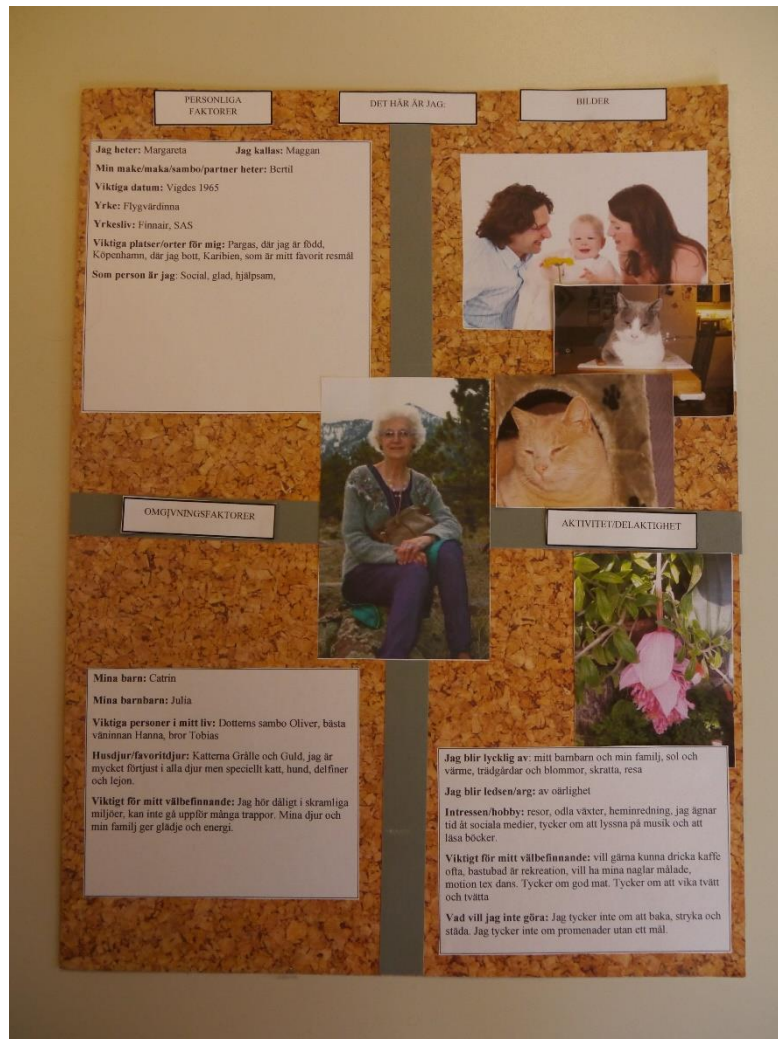
Mina barnbarn:

Viktiga personer i mitt liv:

Husdjur/favoritdjur

Viktigt för mitt välbefinnande:

5. **Rumstavlan.** I mitten av modellen finns plats för bild på individen eller annan bild som lockar hen. Troligen blir ingen rumstavla den andra lik eftersom alla individer har olika syn på vad som är tilltalande och estetiskt för ögat.



FOTNOT: Informationen och bilderna på modellen är fiktiva.

ELÄMÄNTARINA



Elämäntarinassa voit kertoa itsestäsi ja tärkeimmistä tarpeistasi, ajatuksistasi ja toiveistasi.

Elämäntarinan avulla opimme tuntemaan sinua ja se antaa meille mahdollisuuden yksilökeskeiseen hoitoon ja huolenpitoon. Elämäntarina lähtee sinusta, yksilöstä, eikä väriä vastauksia kysymyksiin ole olemassa.

Kerrot itsestäsi ja elämäsi tavalla, joka tuntuu mukavalta ja turvalliselta. Toivomme jonkun omaisen tai läheisen ystävän osallistumaan elämäntarinan tekemiseen yhdessä sinun ja oman hoitajasi kanssa. Tiedon jakaminen on vapaaehtoista, elämäntarinan tiedot pysyvät hoitohenkilökunnalla. Mikäli haluat jakaa elämäntarinan muiden kanssa, on päätös sinun.

Elämäntarina on elävä paperi, mikä tarkoittaa, että tarinan tiedot voivat ajan myötä muuttua ja tarinaan voi tehdä lisäyksiä.



Henkilötiedot

Nimi: _____

Aikaisempi sukunimi: _____

Minua kutsutaan nimellä/lempinimi:

Syntymäpaikka: _____

Kotipaikka: _____

Siviilisääty: _____

Kieleni ovat: _____

Ikäni on? _____

Tietoja minusta **ei** saa antaa:

Lähiomainen/yhdyshenkilö:

Sukulaisuussuhde: _____

Puhelinnumero: _____

Asuinpaikka: _____



Yksilötekijät

Lapsuus ja kasvuvuodet

Lapsuuteni hyvät muistot:

Lapsuuteni vaikeat muistot:

Lapsuuteni kiinnostukset ja harrastukset:

Aikuiselämä

Opinnot:

Ammattielämä/Työpaikka(-t):

Näillä paikoilla/paikkakunnilla olen asunut:

Tärkeitä paikkoja/paikkakuntia minulle ovat:

Aikuiselämäni hyvät muistot:

Aikuiselämäni huonot muistot:

Henkilökohtaiset ominaisuudet

Nämä ominaisuudet kuvaavat minua henkilönä:

Kuvaile arkirutiinejasi (esim. kahvitaukoja, ulkona olemista, päivälepo):

Elämäkatsomus (esim. vakaumus, uskonto):

Tärkeitä juhlapäiviä (esim. syntymäpäiviä, pyhäpäiviä, perinteet):

Seurallisuus/yksinäisyyden kaipuu:

Kehonkosketus on tärkeätä minulle:	Kyllä	Ei
------------------------------------	-------	----

Millä tavalla haluan tulla kosketuksi (esim. halaus, käsihyväily, taputus olkapäälle):

Minut tekee onnelliseksi:

Minut tekee vihaiseksi/surulliseksi:

Mikä pelottaa minua:

Elämän loppuvaihe

Mikäli joudun vuoteen omaksi elämän loppuvaiheessa, toivon huomioitavan seuraavia asioita (lähiomaisten ja ystävien vierailut, tärkeitä asioita lähelläni):

Toivomukseni elämän loppuvaiheesta:

Ajatukseni kuolemasta:

Miten suhtaudun elämää ylläpitäviin hoitoihin elämän loppuvaiheessa (esim. hengityslaite, tiputus, enteraalinen ravitseminen):

Muita ajatuksia ja toivomuksia liittyen elämän loppuvaiheeseen:



Ympäristötekijät

Perhe

Puolisoni/partnerini/avopuolisoni:

Lapset:

Lapsenlapset:

Tärkeitä ystäviä, naapureita, työkavereita:

Tärkeitä päivämääriä suhteissani/elämässäni:

Kotieläimiä/Suosikkieläimiä:

Vanhemmat:

Sisarukset:

Ruokatottumuksia

Ruoan kanssa juon mieluiten: _____

Muita juomia, mistä pidän: _____

Lempiruoat:

En pidä seuraavista ruoista:

Olen erikoisruokavalion tarpeessa, minkälaisen:

Erityisiä toivomuksia koskien ruokaa ja juomaa (esim. juon usein kahvia/teetä, pidän sänkypöydällä juomalasin, hedelmiä, välipala):

Apuvälineet

Apuvälineeni (esim. hammasproteesi, kuulolaite, rollaattori):

Vieraillessani kirkossa, teatterissa ja vastaavissa paikoissa käytän mielelläni induktiosilmukkaa:

Ympäristö

Pystyn käyttämään rappusia:	Kyllä	Ei
En pysty avaamaan ovia ilman automaattiavausta:	Kyllä	Ei

Olen ääni- ja valoherkkä. Päivääni voi helpottaa seuraavin keinoin:

Tarvitsen seuraa oleskellessani ulkona:	Kyllä	Ei
---	-------	----

Tärkeitä esineitä minulle ovat (esim. huonekalut, valokuvat, koriste-esineet):



Osallisuus/Suoritukset

Vuorovaikutuksessa minulla on ongelmia, esim. puhevaikeuksia, keskittymisvaikeuksia, kuulon heikentymistä:

Tarvitsen tukea/apua nostaakseni ja kantaakseni esineitä:

Unitoiminnot:

Talouteni hoitaa: _____

Vuorovaikutuksessani (osallistun keskusteluihin, puhelias, hiljainen, ironinen):

Miten reagoin tuntemattomaan ja tottumattomaan:

Pidätkö uusien asioiden oppimisesta?

Kiinnostus yhteiskuntaan, yhdistyselämään, politiikkaan ym.

Uskontoni on minulle:

Hyvin tärkeä

Hieman tärkeä

Ei ollenkaan tärkeä

Kuinka usein toivon vierailevani kirkossani/yhteisössäni tai osallistua niiden toimintaan:

Kiinnostukset ja harrastukset, teen mielelläni:

Luen mieluiten (esim. kaunokirjallisuutta, faktakirjoja, aikakausi-/päivälehtiä):

Kuuntelen mielelläni (esim. musiikkityyli, kertomuksia, päivälehtiä):

Hygienia

Kuinka usein toivon pääseväni suihkuun:		
1 kerta/päivä	1 kerta/viikko	2- 3 kertaa/viikko
Kuinka usein toivon saunomista:		
1 kerta/viikko	2- 3 kertaa/viikko	
Mihin aikaan vuorokaudesta käyn mieluiten suihkussa/saunassa:		
Aamulla	Illalla	

Miten haluan hiukseni laitettavan (esim. papiljotteja, hiuskuivaaja, kampaajalla käynti):

Miten käsihoitoni haluan (kynsienleikkaus ja lakkaaminen):

Miten toivon jalkahoitoni suoritettavan (kynsienleikkaus, jalkahoitajalla käynti):

Käytän seuraavia hygienia- ja kauneustuotteita (esim. partavettä, deodoranttia, kosmetiikkaa):

Kasvokarvoitukseni kaipaa hoitoa:

Haluan ajaa parran:

1 kerta/päivä 1 kerta/viikko 2- 3 kertaa/viikko

Haluan siistiä viikseni/partani:

1 kerta/päivä 1 kerta/viikko 2- 3 kertaa/viikko

Lempivaatteet ja -värit:

Tarvitsen tukea/apua ylläoleviin aktiviteetteihin: Kyllä Ei

Minkä muun asian kanssa tarvitsen tukea/apua:



Terveydentila

Diagnoosi/Sairauksia:

Muita terveystilanteeseeni vaikuttavia tekijöitä (esim. aikaisempia sairauksia, leikkauksia, kipuja)

Millaiseksi koet muistisi olevan:

Koetko ongelmia virtsankarkailun kanssa:

Kyllä Ei

Lääkkeitä:

Lääkeallergioita: _____

Lääkkeitä, joita otan tarvittaessa:

Vaihtoehtoinen lääkitys (esim. luontaistuotteita):

Ruoka-allergioita: _____

"Nautinto-aineita"

Alkoholitottumukset:

Tupakka- ja nuuskatottumukset:

Muita kommentteja/ajatuksia:



Elämäntarinan ja huoneentaulun ohjekirja



Johdanto

Tästä ohjekirjasta löytyy lyhyt teoreettinen tiivistelmä elämäntarinasta, käytännön ideoita elämäntarinan käytöstä sekä ohjeita huoneentaulun tekoon.

Elämäntarinan avulla yksilöllä on mahdollista kertoa omasta elämästään sekä kiinnostuksen kohteistaan. Elämäntarina tehdään yhteistyössä yksilön, omahoitajan sekä omaisten kanssa. Elämäntarinan avulla kehitellään huoneentaulu, joka on yksinkertaistettu variaatio elämäntarinasta.

Muistisairaahan hoidon ja huolenpidon painopiste on yksilölähtöisessä hoidossa. Lähtökohtana on vaalia yksilön henkilökohtaisia ominaisuuksia. Onnistuakseen hoitohenkilökunta tarvitsee tietoa henkilöstä - erityisesti hänen kulttuuristaan, kielestään sekä arvoistaan.



Teoreettinen tausta

Elämäntarina on kuin omaelämäkerta, jonka avulla yksilö voi kertoa omimmasta itsestään. Monien tutkimusten mukaan hyvä kommunikaatio henkilökunnan ja asiakkaan välillä lisää yksilön tunnetta mielekkästä arjesta. Yksilön on myös tärkeää säilyttää sosiaalinen roolinsa yhteiskunnassa sekä ylläpitää yhteys läheisiinsä. Myös ympäristö sekä henkilökohtaiset esineet lisäävät arjen mielekkyyttä.

Salutogeeninen näkökulma

Salutogeenisessä näkökulmassa keskitytään terveeseen ja toimivaan, ei niinkään negatiiviseen eikä siihen mihin yksilö ei kykene. Salutogeeninen työtapana on yksilölähtöinen ja siitä on myös kehitetty KASAM-malli (Koherenssin tunne). KASAM sisältää kolme osaa: ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys. KASAM antaa yksilölle mahdollisuuden mielekkääseen arkeen.

Yksilölähtöinen hoito ja huolenpito

VIPS-mallin avulla voi selittää yksilölähtöisen hoidon ja huolenpidon sisällön. VIPS-malli sisältää jokaisen ihmisen oikeuden inhimilliseen arvoon, keskittymisen jokaisen henkilön yksilöllisyyteen, olemassaolon ymmärtämiseen yksilön omasta näkökulmasta sekä yksilön hyvinvoinnin edistämisen luomalla ympäristö, joka tukee yksilön psykologisia tarpeita. Yksilön näkemystä itsestään, maailmasta, hoidosta sekä huolenpidosta pitää kunnioittaa ja käyttää hoidon lähtökohtana. Tähän kaikkeen tarvitaan empatiakykyä.

ICF-luokitus

ICF-luokitusjärjestelmän avulla projektiryhmä on kehittänyt elämäntarinan sekä täydennyksenä huoneentaulun. Elämäntarina on jaettu neljään kategoriaan: Yksilötekijät, Suoritukset ja Osallistuminen, Ympäristötekijät sekä Terveystila. Huoneentaulu sisältää kolme näistä edellä mainituista ICF-kategorioista. Terveystila on jätetty pois huoneentaulusta, jotta siitä tulisi salutogeeninen työväline.



Elämäntarinan käyttö

Elämäntarina on pohja keskustelulle muistisairaana yksilön henkilöhistoriasta, harrastuksista ja mielipiteistä. Sen tarkoitus on toimia työvälineenä luotaessa hänelle mielekäs arki.

Elämäntarinan tarkoitus on tuoda esiin keskustelunaiheita ja luoda suhde henkilökunnan ja yksilön välille. Samalla voimistetaan yksilön osallisuuden tunnetta omaan arkeensa. Elämäntarinan tulee olla aina henkilökunnan ulottuvilla.

Kun henkilö saapuu hoitokotiin, suositellaan, että elämäntarinakysely tehtäisiin mahdollisimman pian. Tällöin henkilökunta oppisi tuntemaan uuden asujan niin nopeasti kuin mahdollista ja antamaan henkilölähtöistä hoitoa ja huolenpitoa. Yhteistyö yksilön, omahoitajan sekä omaisten kesken on erityisen tärkeää elämäntarinan teossa.

Käytännön ohjeita elämäntarinan täyttöön:

- Ennen elämäntarinan täyttöä on hyödyksi, että omahoitaja luo edellytyksiä keskustelulle. Ympäristön tulee olla turvallinen ja rauhallinen. Henkilön vointi sekä omahoitajan kokemus ja asenne vaikuttavat keskusteluun. Keskustelun aikana haasteltavalla voi esiintyä erilaisia tunteita.
- Elämäntarinan teko on vapaaehtoista. Henkilö kertoo itsestään ja elämästään tavalla, joka tuntuu hänelle mukavalta ja turvalliselta. Vastaukset ovat yksilöllisiä eikä vääriä vastauksia ole olemassa. On tärkeää kertoa, miksi elämäntarinaa tehdään, ja kertoa, ettei elämäntarinaa näytetä ulkopuolisille ilman henkilön omaa suostumusta.
- Elämäntarina sisältää monta kysymystä ja on mahdollista, ettei haastateltava jaksa keskustella kaikesta yhden tapaamisen aikana. Tämän takia on hyvä varata riittävästi aikaa ja tarvittaessa jakaa elämäntarinan tekeminen useampiin tapaamisiin.
- Olisi ihanteellista, mikäli elämäntarinan voisi tehdä ennen muistisairauden ilmentymistä.

- On edellytys, että elämäntarinan tekoon osallistujat tuntevat haastateltavan ja hänen käytöksensä. Tällöin voi tarpeen mukaan jättää tiettyjä kysymyksiä kysymättä, siirtää ne toiseen tapaamiseen tai suunnata kysymykset omaisille, ystäville tai muille läheisille. Omahoitaja, joka tuntee yksilön huomaa myös, jos hän väsy tai keskittymiskyky herpaantuu.
- Joidenkin kysymysten esittäminen voi olla hankaa tietyissä tilanteissa. Tämä voi johtua haastateltavan mielentilasta tai siitä, missä vaiheessa sairautta hän on. Keskustelu elämän loppuvaiheesta ei ole suotavaa henkilön kanssa, joka kokee olevansa lapsuusiässä. Nämä kysymykset voi mahdollisesti siirtää toiseen tapaamiseen tai osoittaa kysymykset omaisille, ystäville tai muilta läheisille.
- Muistisairasta henkilöä ei voi haastella kiireisesti. Keskustelun aikana voi ilmetä tunteita ja muistoja eri aiheista. On tärkeää, että osallistujat ovat tilanteessa läsnä, pystyvät seuraamaan haastateltavaa keskustelun aikana ja sen myötä saamaan mukaan elämäntarinaa tärkeän tiedon yksilön tarpeita huomioiden.
- On tärkeää kysyä vain yksi kysymys kerrallaan ja välttää kysymästä kahta kysymystä yhdessä kysymyksessä. Esim. ”Tärkeitä ystäviä/naapureita/työkavereita”, tämän sijaan tulisi antaa vain yksi vaihtoehto kerrallaan.
- Keskustelun jakaantuessa moneen tapaamiseen, on tärkeää käydä aina ensin läpi viime keskustelussa ilmennyttä tietoa. Tämä tehdään jotta vahvistettaisiin luottamusta haastateltavan ja henkilökunnan välille ja myös, jotta hän ymmärtäisi asiayhteyden.
- Kysymykset terveydentilasta voi jättää pois, jos kysymykset ovat yksilölle vaikeita tai hän ei muista asioita, jotka liittyvät hänen terveyteensä. Nämä tiedot voi hakea hoitosuunnitelmasta tai potilaskertomuksesta.
- Keskustelua voi helpottaa, jos omahoitaja jakaa omia kokemuksiaan, olematta liian henkilökohtainen.
- Elämäntarina on elävä dokumentti. Tarpeen tullen sitä päivitetään, jos yksilön tilassa ilmenee jotain uutta tai hän muuttaa käsitystään tietyistä aiheista, jotka vaikuttavat hänen elämäänsä ja toivomuksiinsa.

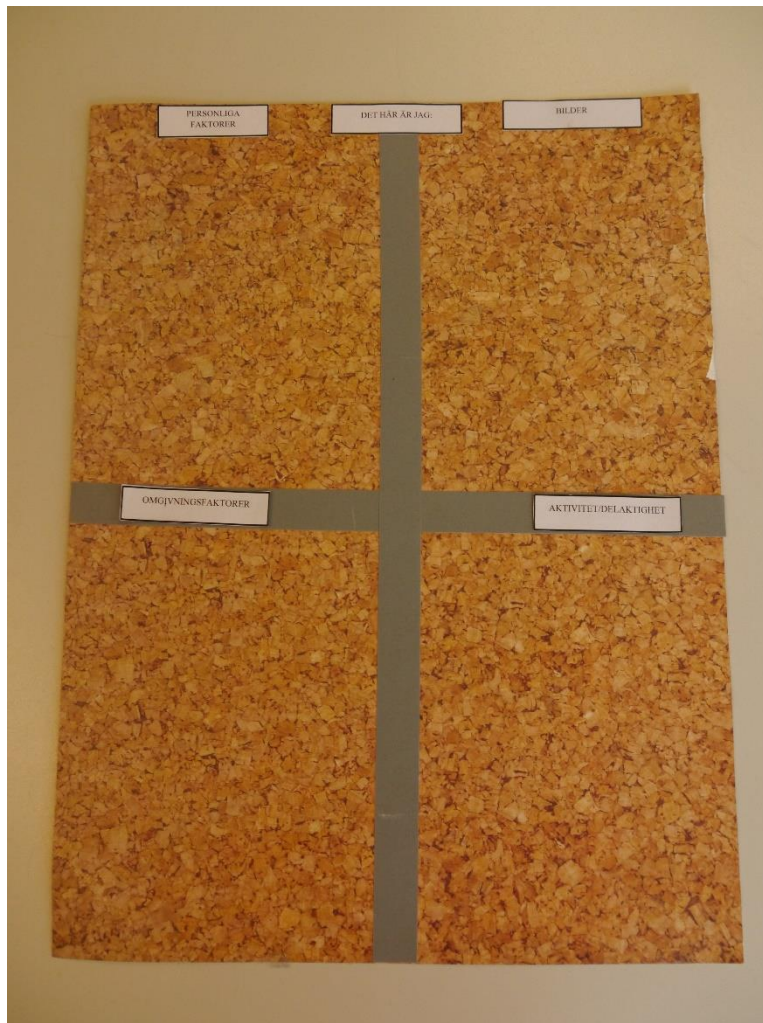


Huoneentaulun työnkuvaus

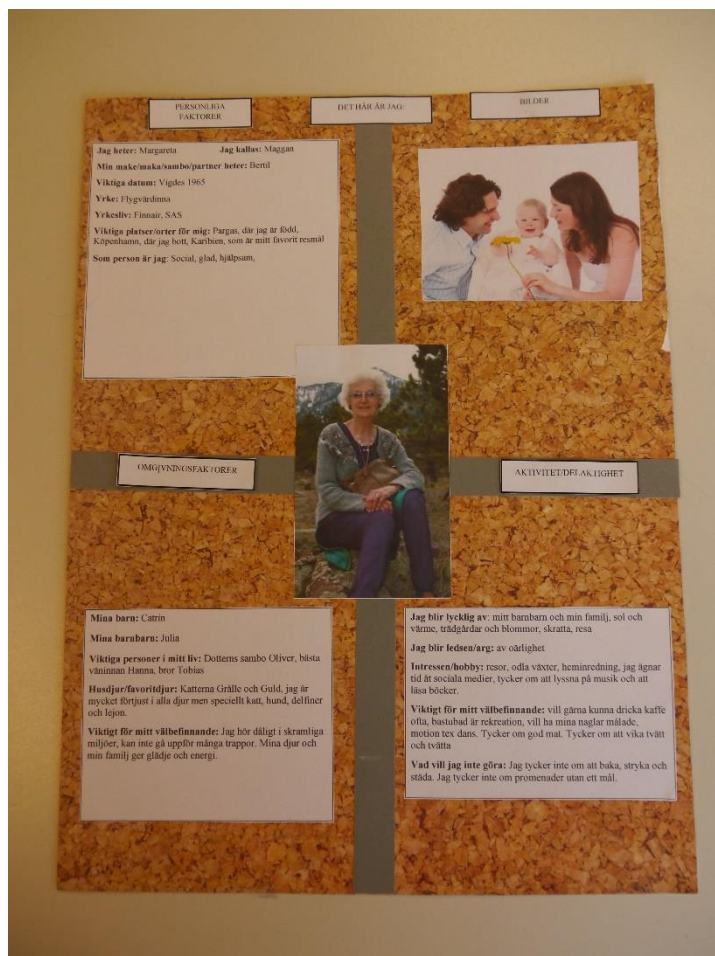
Elämäntarinan pohjalta voi kehittää huoneentaulun. Huoneentaulun ideana on, että se on helposti ulottuvilla ja että sieltä saa helposti tietoa yksilöstä ja asioista, jotka vaikuttavat hänen arkeensa. Koska huoneentaulu on yksilön huoneessa, hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus helposti oppia tuntemaan hänet ja kehittämään keskustelunaiheita.

Alla löytyy käytännön ohjeita huoneentaulun tekoon. Huoneentaulun pohja on jokaisella sama, mutta sisältö perustuu elämäntarinaan ja on yksilöllinen.

1. **Huoneentaulun rakenne.** Taulu jaetaan neljään kenttään. Kolme kenttää perustuu ICF-luokituksen kategorioihin Yksilötekijät, Suoritukset ja osallistuminen sekä Ympäristötekijät. Yksi kenttä on tyhjä kuvia varten. Koska huoneentaulu perustuu salutogeeniseen hoitoon ja huolenpitoon sekä ”terveen ihmisen” käsitteeseen, on terveydentila jätetty pois huoneentaulusta. Huoneentaulun tulisi olla saatavilla asujan huoneessa.



2. **Käyttömateriaali.** Taulun tulisi olla helppokäyttöinen ja uudelleenkäytettävissä. Mallin pohjaksi valittiin itseliimautuva ilmoitustaulu, josta on helppo poistaa ja vaihtaa kuvia ja tietoa. Ilmoitustaulun mitat olivat 30 x 20 cm. Eriväristä teippiä käytettiin kenttien jakamista varten.
3. **Ulkonäkö.** Malliin käytettiin kuvia, jotka muokattiin sopiviksi kuvanmuokkausohjelman avulla. Kuvien tulisi edustaa asujaa, vaikka henkilöiden, eläinten, paikkojen tai muiden motiivien kautta, jotka ovat hänelle tärkeitä.



4. **Tekstiruudut.** Tekstinmuokkausohjelman avulla tehtiin valmiit ruudukot, joihin voi siirtää henkilön tietoja. Ruudut voi myös täyttää käsin. Jotta taulusta saataisiin helposti luettava, tulkittava ja lähestyttävä, tulisi tekstiruutujen otsikkojen olla jokaiselle yksilölle samat. Tieto ja kuvat, jotka edustavat yksilöä, tekevät taulusta henkilökohtaisen.

Yksilötekijät

Nimeni on:

Kutsumanimeni on:

Kieleni ovat:

Puolisoni nimi:

Tärkeitä päivämääriä:

Ammatti:

Työelämä:

Tärkeitä paikkoja/kuntia:

Henkilönä olen:

Suoritukset ja osallistuminen

Tulen iloiseksi:

Tulen surulliseksi/vihaiseksi:

Harrastukset/kiinnostukset:

Tärkeää hyvinvointini kannalta:

Mitä en halua tehdä:

Ympäristötekijät

Lapseni:

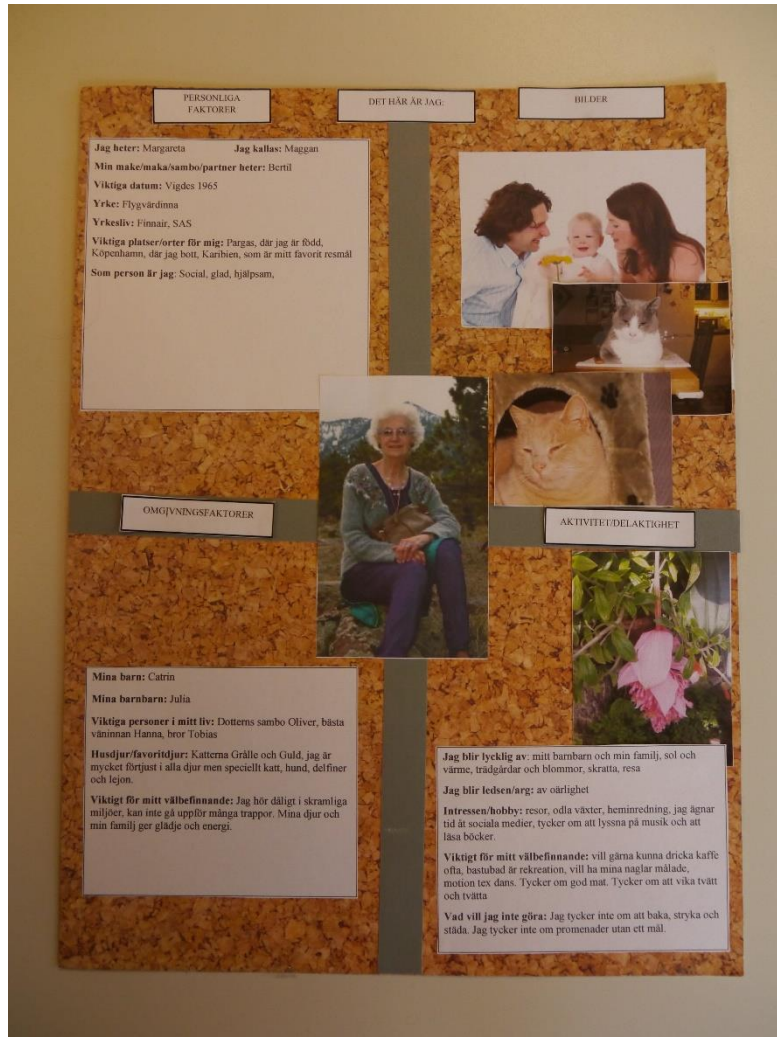
Lapsenlapseni:

Tärkeitä ihmisiä:

Lemmikkejä/lempieläin:

Tärkeää hyvinvointini kannalta:

5. **Huoneentaulu.** Mallin keskeltä löytyy tilaa asujan omille kuville. Jokaisesta taulusta tulee yksilöllinen, koska jokaisella yksilöllä on eri näkemys siitä, mikä on hänelle tärkeää ja ulkonäöllisesti kutsuvaa.



ALAVIITE: Tieto ja kuvat mallissa ovat fiktiivisiä.