

Närståendevårdarens situation i vården av den äldre i hemmet

- En forskningsöversikt kring närståendevård av seniorer

Marie Biaudet

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	2519
Författare:	Marie Biaudet
Arbetets namn:	Närståendevårdarens situation i vården av den äldre i hemmet - En forskningsöversikt kring närståendevård av seniorer
Handledare (Arcada):	Annikki Arola
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med examensarbetet är att utgående från forskning kartlägga närståendevården av seniorer, för att därmed kunna bidra med insatser för att stöda närståendevården av den äldre. Med frågeställningen vill jag undersöka närståendevård situationen hemma hos seniorer med närståendevård samt identifiera insatser som krävs av närståendevårdaren i omvårdnaden av den äldre, för att således kunna komma med förslag på hur man kunde stöda närståendevården av seniorer i hemmet.</p> <p>Som metod för arbetet valdes forskningsöversikt eftersom det saknas en översikt om ämnet. I datainsamlingen har jag genom databassökningar och genomgång av referenser hittat forskningar som behandlar närståendevård i hemmet hos seniorer i Norden. De femton inkluderade studierna har sedan kvalitetsgranskats med poängsättning och ett uträknat bevisvärde. I kvalitetsgranskningen användes fyra olika checklistor; checklista för systematiska litteraturstudier, checklista för kvantitativa artiklar – kvasiexperimentella studier och kvasiexperimentella studier utan jämförelsegrupp, checklista för kvalitativa studier, samt en checklista för ekonomiska utvärderingsstudier.</p> <p>I de inkluderade studierna har närståendevården av seniorer undersökts från närståendevårdarens synvinkel. Vårdens varierande omfång, närståendevårdarens val av copingstrategier, upplevelser av livskvalité, relation till senioren och vardagliga insatser, informations- och kommunikationsteknologi som stöd, samt närståendevårdarens upplevda arbetsbörda med ett såväl psykiskt- som fysiskt påfrestande vårdarbete med stort ansvar och upplevd social isolering, beskrev de olika aspekterna i närståendevård situationen. Närståendevården av den äldre i hemmet kunde stödjas med insatser i form av vårdarvode, avlastningsvård, grupp- och social verksamhet, boendeanpassning och hjälpmedel, samt handledning kring nedsättningar, utförande av aktiviteter och information om tillgänglig service. Närståendevården av seniorer kunde även främjas genom att vårdsituationen upptäcktes i tid.</p>	
Nyckelord:	Närståendevård, äldre
Sidantal:	73 + bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	16.11.2010

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational Therapy
Identification number:	2519
Author:	Marie Biaudet
Title:	The family caregivers' situation in care of the elderly in the home - A review of research on family caregiving of seniors
Supervisor (Arcada):	Annikki Arola
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>The aim of the thesis is to, based on previous research, map family caregiving of seniors, in order to contribute with efforts to support the family caregiving of the elderly in the home. With the research questions I want to examine the family caregiving situation of elderly with family caregivers at home and identify efforts required from the family caregiver in care of the elderly, in order to be able to make suggestions on how to support family caregiving of seniors at home.</p> <p>The chosen method for the thesis is a review of research, because of the missing overview of the topic. In the data collection through database search and a review of references, I found researches about family care in the home of elderly in the Nordic countries. The fifteen included studies were quality-examined, by scoring and calculating a value as evidence. In the quality review four different checklists were used; a checklist for systematic literature reviews, a checklist for quantitative articles – quasi-experimental studies and quasi-experimental studies without a comparison group, a checklist of qualitative studies, and a checklist for economic evaluation studies.</p> <p>In the included studies family caregiving of seniors were examined from the perspective of the family carer. The varying extent of care, the carers' choice of coping strategies, perceptions of quality of life, the relationship to the senior, everyday efforts, information- and communication technology as support and the family caregivers' perceived burden with a both mentally and physically stressful care with great responsibility and perceived social isolation, described the different aspects in the family caregiving situation. Family caregiving of the elderly at home could be supported through financial support, respite care, group- and social activities, housing adaptation and assistive devices, as well as guidance regarding illness, aids, performance of activities and information about available services. Family caregiving of seniors could also be promoted by detecting the care situation in time.</p>	
Keywords:	Family caregiving, elderly
Number of pages:	73 + appendix
Language:	Swedish
Date of acceptance:	16.11.2010

INNEHÅLL

FÖRORD

1	INLEDNING	8
2	BAKGRUND	9
2.1	Människans åldrande	10
2.2	Närståendevård i Finland	11
2.3	Teoretisk referensram	13
2.3.1	<i>Aktiviteten</i>	15
2.3.2	<i>Människan</i>	16
2.3.3	<i>Omgivningen</i>	17
2.4	Tidigare forskning	18
3	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	21
3.1	Syfte	21
3.2	Frågeställningar	21
4	METOD OCH MATERIAL	21
4.1	Datainsamlingsprocessen	21
4.2	Kvalitetsgranskning	24
4.3	Dataanalys	25
4.4	Etiska reflektioner	26
5	RESULTAT	27
5.1	Resultatredovisning kring närståendevården av seniorer i hemmet	38
5.1.1	<i>Den äldre vårdbehövande</i>	38
5.1.2	<i>Närståendevårdarens insatser och relation till den vårdbehövande</i>	41
5.1.3	<i>Närståendevårdarens upplevelser av livskvalité och tillfredsställe</i>	43
5.1.4	<i>Informations- och kommunikationsteknologi i hemmet hos seniorer med närståendevård</i>	45
5.1.5	<i>Närståendevårdarens copingstrategier</i>	48
5.1.6	<i>Skillnader mellan män och kvinnor som närståendevårdare</i>	51
5.1.7	<i>Närståendevårdarens upplevelser av arbetsbörda</i>	52
5.1.8	<i>Närståendevårdarens upplevelser och önskemål kring stödinsatser</i>	55
5.2	Sammanfattning av resultat	56
6	DISKUSSION	59
6.1	Resultatdiskussion	59
6.1.1	<i>Stödandet av aktivitet</i>	63

6.1.2	<i>Stödandet av människan</i>	64
6.1.3	<i>Anpassning av omgivningen</i>	65
6.2	Metoddiskussion.....	66
6.3	Förslag för framtiden	67
7	AVSLUTNING	69
	KÄLLOR	70
	BILAGOR	

Tabeller

Tabell 1. Resultat av artikelsökning 23.8.2010 från databasen Ebsco kring närståendevård av seniorer i hemmet	23
Tabell 2. Sammanfattning av innehåll i litteraturstudier kring närståendevård av seniorer i hemmet	28
Tabell 3. Sammanfattning av innehåll i kvasiexperimentella studier kring närståendevård av seniorer i hemmet	29
Tabell 4. Sammanfattning av innehåll i kvasiexperimentella studier utan jämförelsegrupp kring närståendevård av seniorer i hemmet.....	31
Tabell 5. Sammanfattning av innehåll i kvalitativa studier kring närståendevård av seniorer i hemmet	35
Tabell 6. Sammanfattning av innehåll i en ekonomisk utvärderingsstudie kring närståendevård av seniorer i hemmet	37
Tabell 7. Sammanfattning av den vårdbehövandes situation ur studien av Kuuppelomäki et al. (2004) med samplet på 290 närståendevårdare.....	39

FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Annikki Arola så mycket för alla goda råd och allt tålamod under min examensarbetsprocess. Jag vill också tacka mina finaste vänner och min familj för allt stöd och uppmuntran. Sist men inte minst vill jag tacka mig själv, bra Marie!

1 INLEDNING

Befolkningsstrukturen i Finland visar tydligt ett stigande högt antal seniorer i samhället. År 2008 visade den finländska befolkningsstrukturen för första gången i historien ett större antal personer som fyllt 65 år, i förhållande till personer under 15 år. (Tilastokeskus 2009) I slutet av år 2009 var antalet personer över 65 år 910 441. Av den totala befolkningen i Finland, med 5 351 427 personer den 31.12.2009, utgör de äldre över 65 år 17 % av befolkningen. Den största åldersklassen visade sig år 2009 vara personer födda år 1948, som efter ca tre år uppnår pensionsålder. (Tilastokeskus 2010)

I samband med det ökande antalet äldre personer, ökar även antalet äldre som inte klarar sig självständigt i det egna hemmet. Äldrevården har inte tillräckligt med resurser eller personal för att i första hand erbjuda en plats åt seniorer på åldrings- eller vårdhem, vilket dessutom inte är ett förmånligt alternativ för seniorerna. För att de äldre ska få leva ett fortsatt meningsfullt liv, strävar man efter att ge dem chansen att bo i det egna hemmet så länge som möjligt, med de stödåtgärder som behövs. Den slutna vården har inte heller tillräckligt med resurser för att erbjuda den äldre samma livskvalité som ålderdomen i hemmet kan erbjuda. Som lösning till detta problem strävar man efter att så långt som möjligt kunna ge den äldre möjligheten till vård i hemmet med hjälp av närståendevård och stöd från den öppna vården.

Det höga antalet äldre i befolkningsstrukturen är ett problem för hela samhället. Som ergoterapeut i arbetet med seniorer, ligger fokus på att stöda aktivitetsförmågan och delaktigheten i den äldres fysiska och sociala miljö. Eftersom de äldre utgör en stor del av befolkningen och i framtiden en ytterligare större del, är jag som blivande ergoterapeut intresserad av att göra mitt examensarbete om närståendevård av äldre i hemmet. Målet är att utgående från forskning kartlägga närståendevården av seniorer i Norden samt undersöka hur man kunde stöda omvårdnaden av den äldre i hemmet. Examensarbetet kommer även att ingå som en del av bakgrunden till ett forskningsprojekt kring närståendevård i Finland och Estland (Supporting Family Caregivers and Receivers in Estonia and Finland).

2 BAKGRUND

Då man talar om äldre personer använder man ofta begreppen ”*den äldre*” eller ”*senioren*”. *Senior*, som används allt oftare, är enligt Bonniers Svenska Ordbok en synonym till *den äldre* (2010). *Den äldre*, eller *senioren*, beskrivs även som en person av högre ålder, pensionär samt äldre och erfaren (Bonniers Svenska Ordbok 2010). Enligt folkpensionslagen har man i Finland rätt till ålderspension då man fyllt 65 år, eller förtidspension efter 62-års ålder (FPA 2010). På grund av detta har jag valt att definiera *den äldre*, eller *senioren*, som en person som fyllt 65 år.

Det ständigt ökande antalet seniorer är inte enbart aktuellt i Finland, utan även i de övriga nordiska samhällena. Enligt Nordiska ministerrådet var antalet personer som gick i pension i Finland år 2005 för första gången fler än antalet personer som kom in på arbetsmarknaden. Samma fenomen väntas även drabba de övriga nordiska länderna, vilket innebär att allt färre personer kommer att bära upp kostnaderna för allt fler i Norden. (Nordiska ministerrådet 2009)

Inom rehabilitering av seniorer strävar man efter att uppehålla och återställa funktionsförmåga, stöda självständighet, minska behovet av hjälp och således förbättra den äldres livskvalité. Utmaningar man får möta i arbetet kan ofta orsakas av åldersrelaterade förändringar i kroppen, nedsättningar i den äldres fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga, samt av en varierande prestationsförmåga hos senioren. Andra utmaningar kan uppstå p.g.a. sjukdom, medicinering, brist på motivation samt omgivningen. Omgivningen med ett litet socialt nätverk, bristfällig möjlighet till meningsfull aktivitet samt orealistiska målsättningar kan även inverka negativt på rehabiliteringen av den äldre. (Aalto et al. 2003 s. 142)

Målet med att stöda den fysiska funktionsförmågan hos såväl yngre som hos äldre personer, är att de ska klara sig så självständigt som möjligt. Att just detta mål eftersträvas beror på att klienten för sin egen självständighet oftast vill bo hemma. Det egna hemmet är en plats där människan kan tillfredsställa behovet av privatliv, trygghet och individualitet. Hemma får man vara sig själv och frigöra sig själv från omgivningens förväntningar. (Kettunen et al. s. 234)

Då den äldre inte längre klarar sig självständigt, är det vanligt att en informell anhörig eller *närstående* hjälper till vid behov. Med *närstående* menas en familjemedlem eller släkting (Bonniers Svenska Ordbok 2010). I forskningsöversikten har jag valt att använda mig av begreppet *närståendevård*, även om begreppet ”anhörigvård” också förekommer. De seniorer som klarar sig i hemmiljön med hjälp av en närstående, kan bo i det egna hemmet så länge som möjligt. Denna omvårdnad och hjälp kan vara såväl psykiskt som fysiskt tung, och om vissa kriterier uppnås kan den närstående vårdaren söka om stöd för närståendevård.

2.1 Människans åldrande

Enligt Kettunen m.fl. är åldrandet inte en sjukdom, men risken för att bli sjuk blir större med åldern. Det finns allt fler friska och aktiva seniorer, och hälsofrämjande beteende har ökat bland äldre. Definitionen av en äldre människas hälsa innefattar egenvård och omsorg om sig själv, vardagsliv, meningen med livet, välbefinnande samt betydelsen av livshantering och resurser. Trots att de som är över 65 år gamla uppskattningsvis har tre kroniska sjukdomar, är det p.g.a. läkemedelsbehandling och vård möjligt att detta knappt alls inverkar på utförandet av aktivitet. (Kettunen et al. 2005 s. 226-227)

Att bli äldre och uppnå ålder för pension associeras ofta med frihet. En pensionär har mer tid för att planera och göra upp sin tid enligt sina egna önskemål, än en person i arbetsför ålder. (Christiansen & Townsend 2010 s. 217) Det finns tid för en lugnare rytm i det dagliga livet och det finns rum för nya rutiner (Christiansen & Townsend 2010 s. 220-221).

I ungefär 70–80-års ålder begränsas människans funktionsförmåga så pass, att behovet av någon form av stödservice uppkommer. Majoriteten av 65–79-åriga finländare har bevisat en god förmåga att klara av vardagliga aktiviteter. Mest hjälp behöver seniorerna med att röra sig utomhus och med att utföra aktiviteter utanför hemmet. Kettunen et al. beskriver att forskare har angett 75-års ålder för den biologiska åldern därefter funktionsförmågan försämras, och att många 85-åringar har svårt att röra sig. Att rörelseförmågan begränsas beror ofta på störningar i sinnesfunktioner och hjärngenomblödningen. Den biologiska åldern kan dock variera mycket från person till person, och enligt ett forskningsprojekt om äldre per-

soner i Finland bor 60 % av över 90-åringar i det egna hemmet. (Kettunen et al. 2005 s. 227)

Kettunen et al. tar upp åldersrelaterade förändringar i kroppen hos seniorer. Till dessa hör bl.a. förtvinning av muskler, sämre reaktionsförmåga, förändring i de motoriska färdigheterna med nedsatt balans och koordinationsförmåga, yrsel, nedsatt hörsel och syn, samt försämrade minnesfunktioner. (Kettunen et al. 2005 s. 228-229) En åldersrelaterad försämrad funktionsförmåga börjar ofta med svårigheter med IADL-aktiviteter, som sedan även tilltar med nedsatt funktionsförmåga vid utträttandet av PADL-aktiviteter (jfr Kettunen et al. 2005 s. 239). P- och IADL-aktiviteter förklaras närmare i den teoretiska referensramen i kapitel 2.3.

Nedsatt funktionsförmåga hos senioren går att stödas med närståendevård, ökat stöd i levnadsomgivningen, anpassning av boendemiljön, olika former av stödboende samt avlastningsvård (Kettunen et al. 2005 s. 235). Hjälpmedel, socialteknik och en anpassad miljö underlättar och kompenserar även dessa brister i funktionsförmågan. En upprätthållande rehabilitering är lönsammast, såväl för senioren som för samhället, om den äldre med de rehabiliterande stödåtgärderna kan klara sig i det egna hemmet så länge som möjligt. (Kettunen et al. 2005 s. 229)

2.2 Närståendevård i Finland

I januari år 2006 trädde *Lagen om stöd för närståendevård* i kraft (2.12.2005/937). Syftet med lagen är att främja närståendevården, genom att erbjuda tillräckliga social- och hälsovårdstjänster med vård och ett kontinuerligt stöd för närståendevårdarens arbete (1 §).

Närståendevårdaren definieras enligt lagen som en anhörig eller närstående person som ingått ett *avtal om närståendevård*, om att ta hand om och vårda en sjuk, handikappad eller äldre anhörig i hemförhållanden. Med *avtal om närståendevård* avses ett avtal som ingåtts mellan närståendevårdaren och den kommun som ansvarar för ordnandet av vården av den vårdbehövande personen. *Stöd för närståendevård* innebär en helhet som grundar sig på tjänster för den vårdbehövande, ett vårdarvode till närståendevårdaren, ledighet och service till stöd för närståendevården. (Lag om stöd för närståendevård 2.12.2005/937: 2 §)

Kommunen kan bevilja *stöd för närståendevård* om den vårdbehövande personen behöver vård eller omsorg i hemförhållanden och om en anhörig eller annan närstående är beredd att ansvara för vården, med stöd av andra social- och hälsovårdstjänster vid behov. Denna vårdares hälsa och funktionsförmåga bör motsvara de krav som närståendevården ställer. Vården bör vara tillräcklig med tanke på den vårdbehövandes välbefinnande och säkerhet. Den vårdbehövandes hem bör även vara lämpligt för vården där och beviljandet av *stödet för närståendevård* bedöms samt ses till den vårdbehövandes bästa. (Lag om stöd för närståendevård 2.12.2005/937: 3 §)

Vårdarvodet för närståendevårdaren är minst 300 euro per månad och bestäms enligt hur krävande och bindande vården är. Om närståendevårdaren vid en kortvarig period inte kan arbeta vid sidan om med eget arbete, är arvodet minst 600 euro i månaden. (Lag om stöd för närståendevård 2.12.2005/937: 5 §)

Närståendevårdaren har rätt till ledigt minst tre dygn per månad, då denne så gott som oavbrutet varit bunden till vården dygnet runt eller regelbundet varje dag. När vårdaren är ledig ansvarar kommunen för omsorgen av den vårdbehövande. Närvårdaren är i övrigt bunden till vården dygnet runt, oavsett om den vårdbehövande en liten del av dygnet mottar social- och hälsovårdstjänster, rehabilitering eller undervisning utanför hemmet. (Lag om stöd för närståendevård 2.12.2005/937: 4 §)

En vård- och serviceplan görs även upp vid beviljandet av *stöd för närståendevård*. Planen ska innehålla omfattningen och innehållet av vården som ges av såväl närståendevårdaren som av andra social- och hälsovårdstjänster, samt stödet som närståendevårdaren får för sitt vårduppdrag. En beskrivning på hur vården av den vårdbehövande ordnas då närståendevårdaren är ledig ingår även i vård- och serviceplanen. (Lag om stöd för närståendevård 2.12.2005/937: 7 §)

I det finska förbundets, *Närståendevårdare och Vänner Förbundet rf*, utgivna handbok för närståendevårdare och den anhörige ”Tiedä, taida, selviydyt... - PALVELUOPAS 2009-2010”, tas de olika aspekterna kring närståendevård upp (Salanko-Vuorela et al. 2009-2010 s. 5). Vårdsituationen kan växa sakta, t.o.m. osynligt, vilket ofta händer med äldre som bor i hemmet med sin maka eller make. Till en början kanske den äldre endast behöver hjälp

med vissa vardagliga aktiviteter, medan situationen snart kan bli svårare och mer hjälp kan behövas. Det är viktigt för närståendevårdaren att få information och stöd med en känsla av att man inte behöver klara allt på egen hand. Det är även betydande för närståendevårdaren att känna att man har rätt till att be om och få hjälp. (Salanko-Vuorela et al. 2009-2010 s. 5)

Stödorganisationen för närståendevård är under förnyelse. Gränsen mellan hjälp till en anhörig och hjälp till en anhörig m. h. a. kommunens insatser är rörlig. Då behovet av hjälp växer hos den anhörige och den närstående är mer bunden till den krävande vården, förändras även behovet av stöd för närståendevård. Enligt Närståendevårdare och Vänner Förbundet rf, finns det över 300 000 närståendevårdare i Finland, varav ca 10 % får stöd för närståendevård. (Salanko-Vuorela et al. 2009-2010 s. 5)

Centralförbundet för de gamlas välfärd beskriver närståendevårdarens vardag i det gemensamma hemmet med den vårdbehövande som både oerhört enformig och fullständigt överraskande. Hur lätt eller svår omvårdnaden i hemmet är, varierar utgående från den vårdandes och den vårdbehövandes känslor samt hur diverse roller formats. När den vårdbehövande kommit till det skedet att denne behöver ständig övervakning, präglas närståendevårdarens vardag främst av omvårdnad av sin partner. Rutiner är avgörande i arbetet men leder också till att vardagen blir ensidig och att varje dag är lik den andra. I bland vill närståendevårdaren till anhörig med psykisk problematik skydda sin partner så pass, att de även själva isoleras från omvärlden. Närståendevårdaren med ett omfattande vårdarbete känner sig således ensam och anser ofta att endast personer i liknande situation kan förstå hur de upplever sin vardag. (Saarenheimo 2005 s. 17-19)

2.3 Teoretisk referensram

I den teoretiska referensramen beskrivs referensramen som valts till examensarbetet. Den teoretiska referensramen representeras i forskningsöversikten av aktivitetsperspektivet, eftersom människan i sin omgivning och genom valet av aktivitet kan påverka sin egen hälsa.

Genom aktivitet upplever människan den grundläggande källan till *meningsfullhet* i livet. Behovet av aktivitet leder till beteendet, som omfattas av *ADL (Aktiviteter i Dagliga Livet)*, *fritid*, samt *arbete*. Med *fritid* eller *lek* avses aktiviteter som människan själv väljer att göra

av eget intresse, som t.ex. en hobby. Till *ADL-aktiviteter* hör vardagliga rutiner så som hygien, städning samt förflyttning inom- och utomhus, medan *arbete* innefattar en produktiv aktivitet, såväl betald som obetald. (Kielhofner 2004 s. 66–67)

ADL-aktiviteter delas in i två grupper; *IADL (Instrumentella Aktiviteter i Dagliga Livet)* och *PADL (Personliga Aktiviteter i Dagliga Livet)*. Till *IADL* hör aktiviteter som t.ex. att använda telefon, att tillreda mat och inhandla varor, medan *PADL* består av de grundläggande aktiviteterna, så som att sköta hygien, toalettbesök, att äta samt förflyttning inom- och utomhus. (jfr Kettunen et al. 2005 s. 239)

Grunden i ergoterapi är en syn på att människan själv ska ha möjligheten att påverka sin vardag, sin hälsa och sitt välbefinnande genom egna val av aktiviteter. Därför strävar man i ergoterapi efter att tillsammans med patienten eller klienten komma på lösningar i vardagen. Enligt det finska Ergoterapeutförbundet år 2007, arbetade 23 % av ergoterapeuterna med seniorer och 34 % med vuxna i arbetsför ålder (Vehkaperä 2007 s. 21).

I ergoterapi ligger fokuset på människans förmågor, intressen, motivation, upplevelse av vad som är meningsfullt, attityder, på omgivningen, med såväl den fysiska som sociala miljön, samt sist men inte minst på själva aktiviteten. Som ergoterapeut strävar man efter resultat m.h.a. två möjliga lösningar; genom att förbättra eller bibehålla individens kapacitet samt genom att anpassa aktiviteten och/eller omgivningen. Kombinationer av dessa är även möjliga, med målet att möjliggöra för individen att delta i aktiviteter som är meningsfulla för honom eller henne och som leder till delaktighet i vardagen. (Christiansen & Townsend 2010 s. 364-365)

Efter att bedömningen gjorts strävar man i ergoterapi efter att lägga upp och nå mål utgående från klientens eller patientens behov. När aktivitetsbaserade mål är identifierade, planeras själva aktiviteterna som utgör terapin. Detta innebär att terapin går ut på att sysselsätta klienten med aktivitet. Vid val av aktivitet bör klienten, ergoterapeutens resurser, omgivningen och realistiska aktiviteter för att nå målsättningen identifieras. I ergoterapis aktivitetsperspektiv ligger fokuset på själva aktivitetsutförandet istället för på de olika utförande-komponenterna, även om de bör tas i beaktande vid aktivitetsutförandet. (Christiansen & Townsend 2010 s. 365)

Inom aktivitetsperspektivet är det inte endast utförandet som är betydande, utan även människans subjektiva förhållande och reaktion till aktiviteten och föremålen vid aktivitetsutförandet. På grund av detta är det till en hög grad betydande att patienten eller klienten finner mening i de handlingar som utgör terapin. Vad som är meningsfullt varierar mycket från person till person, och därför kräver ergoterapin en personlig upplevelse av meningsfullhet. (Kielhofner 2004 s. 67) Begreppet ”*meningsfull*” beskrivs i Bonniers Svenska Ordbok som något innebördsrikt som verkligen betyder något och som tjänar till något (2010). I tidskriften ”*American Journal of Occupational Therapy*” (2008 s. 674) beskrivs begreppet ”*meningsfull aktivitet*” som ett målinriktat beteende eller en aktivitet som leder till en sysselsättning.

2.3.1 Aktiviteten

När man reflekterar över hur människor får sin tid att gå, vad de lägger sin energi på och riktar sin uppmärksamhet mot, behandlas det omfattande begreppet *aktivitet*. Aktivitet är det vi sysselsätter oss med och får vår tid att gå. När man reflekterar över detta får man även reflektera över *vad* människor utför för vardagliga rutiner och vanor, *när* de utför aktiviteterna, *var* och *varför* de utför dem, samt *hur* dessa aktiviteter ser ut. (Christiansen & Townsend 2010 s.6)

I det vardagliga livet erbjuder aktiviteter möjlighet till interaktion med andra människor. Interaktion bland individer medför sociala kontakter samt social mening i livet. När man vill klassificera eller gruppera människans aktiviteter, är en tanke att organisera aktiviteterna enligt aktivitetens mening eller mål, d.v.s. aktivitetens avsedda resultat. Meningen med aktiviteter som att städa hemma, inhandla mat och tvätta byke, är huvudsakligen att upprätthålla levnadsomgivningen, medan syftet med personlig hygien och påklädning i sin tur är att ta hand om sig själv. All aktivitet medför ett målinriktat beteende. (Christiansen & Townsend 2010 s. 13-14)

I resultatet av en studie med syftet att identifiera kategorier på basis av målinriktade aktiviteter, visade det sig att flera kategorier betonade den sociala betydelsen med aktivitet. Dessa mål kategoriserades sedan i tre grupper; sociala mål, självförverkligande mål samt nöjeslystna mål. Ett annat sätt att klassificera aktiviteter är att kategorisera dem till antingen ob-

ligatoriska, nödvändiga eller valda aktiviteter. Det är på vår fritid som vi har chansen att välja aktiviteter som är meningsfulla och tillfredsställande för oss. (Christiansen & Townsend 2010 s. 14-15)

Det är länge bevisat att livsstil och val av aktiviteter i livet har en inverkan på såväl människans fysiska som psykosociala välmående. Det är även bevisat att de aktiviteter som anses meningsfulla för människan även har en inverkan på individens lycka och tillfredsställelse i livet. (Christiansen & Townsend 2010 s. 25) Aktivitet korrelerar således starkt med hälsa, välmående, samt deltagande i samhället (Christiansen & Townsend 2010 s. 27). Det är även mycket viktigt med balans i aktivitet, där varken för mycket eller för lite arbete är bra för en människas hälsa och välmående (Christiansen & Townsend 2010 s. 242).

2.3.2 Människan

Det är människans personlighet som till en stor omfattning avgör valen av aktiviteter och som bestämmer det vardagliga beteendet, som t.ex. val av yrke och fritidsaktiviteter. Det är även individens personlighet som tillsammans med värderingar avgör hurudan livssyn man har och hur man ser på världen, vilket även starkt inverkar på valet av aktivitet. Dessa faktorer avgör inte endast vilken aktivitet man väljer att utföra, utan även *var* och *med vem* man väljer att tillbringa sin tid. (Christiansen & Townsend 2010 s. 21-22) Det är de sociala faktorerna som tillsammans med de biologiska faktorerna avgör människans val av aktiviteter längs livets väg. Dessa aktivitetsmönster är i stort sett liknande i de olika livsskedena, oavsett kultur och land. (Christiansen & Townsend 2010 s. 23-24)

Biologiska faktorer inverkar på människans användning av tid. Till dessa faktorer hör bl. a. ålder och fysik. I takt med att människan blir äldre förändras även användningen av tid. I samband med åldrandet och/eller sjukdom med följderna av t.ex. nedsatt fysisk funktionsförmåga, krävs mer tid vid utförandet av aktiviteter då aktiviteterna därmed blir mer tids- och energikrävande. Detta inverkar i sin tur på möjligheten att utföra olika aktiviteter. (Christiansen & Townsend 2010 s. 21)

2.3.3 Omgivningen

Kielhofner (2004) beskriver i "Model of Human Occupation" miljöns roll i möjlighet, resurser, krav och begränsningar i förhållande till aktivitet. På vilket sätt miljön inverkar på en person, beror på personens egna värderingar, intressen, roller, vanor och förmågor. I den fysiska levnadsmiljön finns det flera faktorer som inverkar på individens val av aktivitet samt sätt att utföra aktiviteten på. (Kielhofner 2004 s. 150)

En omgivning kan ha flera olika betydelser, beroende på vem som befinner sig där och vad omgivningen, platsen eller miljön har för syfte. Vid identifiering av vad för miljö man syftar på, beror till en hög grad på vad som sker och vilka aktiviteter som utförs i den specifika omgivningen. Denna omgivning kan vara en kommun, ett hem, en sommarstuga, en butik, ett badrum etc. (Christiansen & Townsend 2010 s. 253). Hur meningsfull en omgivning upplevs vara, beror på hur bekant den är och hur mycket tid som tillbringas där (Christiansen & Townsend 2010 s. 256). Den fysiska miljön inverkar på utförandet av aktiviteter, såsom även tillgänglighet, föremål samt ergonomi i omgivningen (Christiansen & Townsend 2010 s. 262).

Hälsa och välmående är ofta starkt relaterat till miljön där människan arbetar, vilar, sover, leker samt tar hand om sig själv och andra. Även om det är viktigt att omgivningen har naturliga och fysiska resurser, är det ändå den sociala växelverkan och de sociala dimensionerna i omgivningen som visar sig ha den största inverkan på livskvalité och välmående i vardagen. (Christiansen & Townsend 2010 s. 274)

En tillgänglig anpassad fysisk miljö kan möjliggöra aktivitet hos personer med nedsatt fysisk funktionsförmåga. I dagens läge finns det även mycket teknologi som underlättar och anpassar miljön enligt användarens fysiska kapacitet. Teknologin som underlättar tillgänglighet i omgivningen möjliggör ett deltagande i meningsfulla aktiviteter. Med hjälp av teknologin kan även socialt samspel med interaktion och nätverkande främjas. (Christiansen & Townsend 2010 s. 320-321)

Hemmet upplevs ofta som en plats där behoven för trygghet, förvaring av saker och aktiviteter som att sova, äta, samt umgås med nära och kära tillfredsställs. Hemma har vi friheten att vara oss själva. (Christiansen & Townsend 2010 s. 266) För att en människa ska klara av

att bo självständigt hemma, måste man klara av att utföra vardagliga aktiviteter. Till dessa vardagliga aktiviteter hör bl.a. skötsel av personlig hygien, att tillreda mat samt att göra inköp. (Kettunen et al. s. 234)

2.4 Tidigare forskning

Ur tidigare forskning vill jag ta upp studier som belyser relevanta aspekter för examensarbetet.

I en studie om livstillfredsställelse hos 85-åriga danska seniorer med fysiska nedsättningar var syftet att undersöka om sociala relationer, kontinuitet, självbestämmande, samt användning av egna resurser var associerat med livstillfredsställelse i vardagen. Samplet bestod av 187 seniorer som alla intervjuades i det egna hemmet av en ergoterapeut. Resultatet visade att seniorer med fysiska nedsättningar oftare uttryckte livstillfredsställelse i vardagen när de är sysselsatta som tidigare, har vänner, känner att de har kontroll över sitt eget liv, inte lever ensamma och när de inte nyligen har förlorat en nära vän. Brist på livstillfredsställelse associerades med att vara i behov av hemservice och att bo på ett boende för äldre. Resultatet stödde betydelsen av att stöda seniorerna till att vara aktiva och oberoende av hjälp, för att de således kunde fortsätta leva i det egna hemmet. (Johannesen et al. 2004)

I en forskning från Sverige år 2007 studerades 80–89-åriga ensamboende seniorers upplevelser om hemmets betydelse. Forskningen visade tydligt att det är meningsfullt för den äldre och dennes välbefinnande att bo i det egna hemmet. Hemmiljön har en känslomässig innebörd och stöder människans identitet även när man blir äldre, då människan tenderar att fästa sig vid platser, minnen och känslan av att man hör hemma någonstans. (Dahlin-Ivanoff et al. 2007)

Studien om hemmets betydelse för den äldre poängterade på basis av resultatet betydelsen av ett funktionellt hem för den äldre, och att det är oerhört viktigt att den äldre kommer med förslag och tankar om eventuella funktionella problem i sin miljö. Dessa förslag beskrevs utgående från seniorens vardagliga rutiner och vanor. Överlag ansåg de äldre att hemmet innebar trygghet och frihet. Trygghet definierades utgående från de äldres tankar som att bo i en bekant miljö med minnen och bekanta vardagliga aktiviteter. Med frihet syf-

tade seniorerna på upplevelsen av att ha en plats där man själv får bestämma och sätta villkor. Hemmets frihet innebar för seniorerna en plats som man kan lämna när man vill och var man kan reflektera över saker och ting. Hemmet associerades även till minnen av personer som varit där och till olika meningsfulla händelser genom livet. Fotografier var exempel på dessa viktiga minnen. (Dahlin-Ivanoff et al. 2007)

I en studie av Karlsson et al. (2008) jämfördes den funktionella förmågan och klagomål kring hälsa hos äldre personer som bor på vårdhem med äldres upplevelser i hemmet med kombinationen av närståendevård och kommunal hemservice, samt med äldre endast med hjälp av hemservice. Forskningen som utfördes i Sverige kom fram till resultatet att de som bodde på vårdhem i medeltal var 85 år gamla, medan de som bodde hemma var kring 82 år gamla. Seniorerna som bodde på vårdhem var mer beroende av hjälp i ADL-aktiviteter än de som bodde hemma. De äldre som bodde hemma med stöd av närståendevård och hemservice, var till skillnad från de som endast fick hjälp av hemservice mer sannolikt gifta eller sambon. De äldre som mottog såväl närståendevård som hjälp av hemservice, var även mer beroende av hjälp vid matlagning, transport, hemskötsel, utträttande av ärenden utanför hemmet, påklädning, toalettbesök samt inkontinens, till skillnad från de som endast fick hjälp av hemservice.

Seniorer som bodde på vårdhem hade enligt samma forskning mer problem med mobilitet, nedsatt syn, inkontinens, ångest, kognitiva nedsättningar, nedstämdhet samt ett större behov av specialvård, i jämförelse med seniorer som bodde hemma. De seniorer som bodde hemma med en kombination av närståendevård och hemservice, hade en högre grad av nedsatt mobilitet samt inkontinens, i jämförelse med de som endast hade hjälp av hemservice. De som endast mottog hjälp från hemservice fick mer hjälp (84 %), i jämförelse med dem som även fick hjälp av en närståendevårdare (79 %). Med de uppnådda resultaten ville forskarna ytterligare uppmärksamma närvårdarens ställning och betydelse i vården av äldre. (Karlsson et al. 2008)

I en studie av Fisher et al. (2007) undersöktes effektiviteten av kortvarig ergoterapi vid utförandet av ADL-aktiviteter hos åtta äldre som bodde på vårdhem p.g.a. nedsatt åldersrelaterad fysisk funktionsförmåga. Resultatet visade att äldre med nedsatt funktionsförmåga drar nytta av en kortvarig ergoterapiperiod vid utförandet av ADL-aktiviteter. Ergoterapeu-

terna använde sig av att ett kompenserande närmelsesätt istället för ett stärkande och rehabiliterande.

I en svensk studie av Tamm (1999), undersöktes den närstående vårdarens ställning i rehabiliteringen av den äldre i hemmet ur en ergoterapeuts perspektiv. Arton ergoterapeuter som arbetade kommunalt intervjuades kring ergoterapeutens syn på närståendevårdarens förmåga att handskas med den krävande närståendevård situationen. Resultaten delades in i två huvudkategorier; närståendevårdare som hjälp och närståendevårdare som hinder. Närståendevårdare som hjälp för ergoterapeuten ansågs vara de som hade rollen som rehabiliterare, problemlösare och informationsbärare, med ett gott samarbete och samma målsättning som ergoterapeuten hade. De närståendevårdare som ansågs vara mer hinder än till hjälp delades in i kategorierna för emotionellt överhettade, ”stoppare” och hembeskyddare, med andra mål och ett känslomässigt förhållningssätt.

Resultatet i studien visade att ergoterapeuten anpassade sitt förhållningssätt utgående från den närstående vårdarens roll. I samarbetet med närståendevårdare som ansågs som hjälp var ergoterapeutens roll tydlig och positiv, medan närståendevårdaren som hinder ledde till en otydligare roll hos ergoterapeuten med mindre samspel och mer emotionellt stöd samt passiv observation. Oavsett vilken kategori närståendevårdaren hörde till, avbröt inte ergoterapeuten kontakten med vårdaren. Konklusionen i resultatet var således att ergoterapeuten upplevde att de visste vad som var bäst för den äldre vårdbehövande, och att de förväntade att närståendevårdaren skulle vara av samma åsikt samt sträva efter samma mål. När den närstående var av samma åsikt upplevde ergoterapeuten att de var till hjälp i rehabiliteringen av den äldre, medan de närstående som ville vårda på sitt eget sätt och ha egna mål upplevdes som hinder av ergoterapeuten. (Tamm 1999)

Resultatet av den tidigare forskningen poängterar betydelsen av att stöda den äldres boende i hemmet så långt som möjligt, med tanke på den äldres välbefinnande. Resultatet betonar även betydelsen av ett tryggt och funktionellt hem för senioren, utgående från dennes behov. Med tanke på att stöda den äldres boende i hemmet lyfts närståendevårdarens betydelse och ställning i vården starkt fram.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

3.1 Syfte

Syftet med examensarbetet är att utgående från forskning kartlägga närståendevården av seniorer i Norden, för att därmed kunna bidra med insatser för att stöda närståendevården av seniorer i hemmet.

3.2 Frågeställningar

1. Hur ser närståendevård situationen ut i Norden hemma hos seniorer med närståendevård?
2. Vilka insatser krävs av närståendevårdaren i omvårdnaden av den äldre i hemmet?
3. Med vilka insatser kunde man stöda närståendevården av seniorer i hemmet?

4 METOD OCH MATERIAL

Som metod för examensarbete har jag valt en forskningsöversikt. Målet med forskningsöversikten är att nå generalisationer, söka samband, utveckla teorier eller söka praktiska tillämpningar (Backman 1998 s. 66). Orsaken till valet av metod motiverar jag med att det inte finns någon tidigare översikt kring ämnet. De forskningar som använts är såväl av kvantitativ- som av kvalitativ art.

4.1 Datainsamlingsprocessen

Syftet med datainsamlingsprocessen i en forskningsöversikt är att identifiera och hitta artiklar som är relevanta för studien och som besvarar frågeställningarna i översikten (Khan et al. 2003 s. 29). Denna datainsamlingsprocess utgörs av flera skeden, som innebär definition av valet av studier, att gå igenom valda titlar och abstrakt, att få tag på alla forskningar som

täcker urvalskriterierna i fulltext version, samt att slutligen läsa igenom forskningarna och exkludera irrelevanta studier. (Khan et al. 2003 s. 22)

Datansamlingsprocessen började med en databassökning av sådana artiklar som hade anknytning till mina frågeställningar. Dessa forskningar skulle behandla närståendevård av äldre samt äldre som bor hemma med stöd av närståendevård. Seniorer med demenssjukdom inkluderades, då det visade sig att flera forskningar kring närståendevård av seniorer i hemmet behandlade närståendevård av seniorer med demenssjukdom. Sökorden som användes var följande: *elderly, seniors, frail older people, family caregiver, family carer, informal caregiver, informal carer, informal care, Finland, Sweden, Norway, Danmark och Iceland*. Sökorden användes i olika kombinationer.

Datansamlingen utfördes genom internationella databassökningar under hösten 2009 och sommaren år 2010. Databaserna som användes var Ebsco, Cochrane, SveMed+ och PubMed. Eftersom min datasökning skett under flera olika tillfällen, valde jag i Tabell 1 att redovisa databassökningen endast från den sista och slutgiltiga sökningen. Datansamlingen utfördes även av en genomgång av de inkluderade artiklarnas referenser.

Inklusionskriterier för forskningsöversikten är följande:

- Forskningarna bör vara från år 2000- och finnas tillgängliga på svenska, finska eller engelska.
- Forskningarna är utförda i Norden (Finland, Sverige, Norge, Island och Danmark). Att avgränsningen bestämts att begränsas till Norden beror på att kulturen, befolkningsstrukturen samt förutsättningarna är liknande i dessa länder, vilket även möjliggör generalisering till dessa länder.
- Litteraturöversikter utförda i Norden får innehålla material från internationella studier p.g.a. att det inte hittas litteraturöversikter endast med material från Norden.
- Forskningarna behandlar närståendevård av äldre med åldersrelaterade nedsättningar. Orsaken till att ingen speciell diagnos användes som sökord beror på att jag ville ha en möjligast heterogen grupp, d.v.s. äldre överlag.

- Forskningarna bör vara tillgängliga i fulltextformat, antingen på Internet eller i en tidsskrift.

Exklusionskriterierna för forskningsöversikten är följande:

- Forskningar som behandlar kulturella aspekter.

Slutligen inkluderades 15 artiklar i forskningsöversikten. Alla artiklar som hittades i genomgången av referenser och som täckte inklusions- och exklusionskriterierna, hittades även via databassökningarna. Två av de inkluderade artiklarna var litteraturstudier, och trots att studierna var utförda i Sverige bestod materialet till studierna av litteratur från länder utanför Norden. Dessa två artiklar inkluderades trots detta, eftersom litteraturstudier anses ha ett högt bevisvärde och det inte finns litteraturstudier inom ämnet med material endast från Norden.

Det visade sig att Ebsco var den mest användbara databasen med flest träffar. Artiklarna som täckte kraven för inklusions- och exklusionskriterierna till forskningsöversikten som hittades via Cochrane, SveMed+ och PubMed hittades även genom Ebsco och p.g.a. det demonstreras artikelsökningen endast från Ebsco. Den slutliga sammanfattningen av datainsamlingen den 23.8.2010 demonstreras i Tabell 1 på följande sida med sökord, antalet träffar, exkluderade artiklar på basis av titel, genomlästa sammanfattningar och artiklar samt antalet inkluderade forskningar. Endast kombinationer med träffar som täckte inklusionskriterierna redovisas.

Tabell 1. Resultat av artikelsökning 23.8.2010 från databasen Ebsco kring närståendevård av seniorer i hemmet

Sökord	Antal träffar	Exkluderade artiklar på basis av titel	Genomlästa sammanfattningar och artiklar	Inkluderade artiklar

elderly, family caregiver, Sweden	8	4	4	4
elderly, informal caregiver, Sweden	8	5	3	3
frail older people, elderly, family carer, Sweden	7	4	3	3
family caregiver, Sweden	21	17	4*	2
elderly, informal care, Norway	2	1	1	1
family carer, Finland	4	3	1	1
informal carer, Finland	2	1	1	1

*Kombinationen *family caregiver* och *Sweden* gav två artiklar som redan inkluderats med kombinationen av sökorden *frail older people, elderly, family carer* och *Sweden*. På grund av det exkluderades dessa två artiklar vid rubriken ”Inkluderade artiklar”.

4.2 Kvalitetsgranskning

I forskningsöversikten är det den tidigare dokumenterade forskningen som utgör materialet i studien, och därför är det viktigt att värdera den insamlade kunskapen genom en kritisk kvalitetsgranskning och undersökning av den vetenskapliga nivån. Denna bedömning av kvalitet bör åtminstone täcka studiens syfte, frågeställningar, urval, mätinstrument, analys och tolkning (Forsberg & Wengström 2008 s. 122).

I kvalitetsgranskningen av de inkluderade studierna användes tre av Forsberg & Wengströms checklistor (se bilaga 1, 2 och 4). Checklista för systematiska litteraturstudier, checklista för kvantitativa artiklar – kvasi-experimentella studier samt checklista för kvalitativa artiklar användes som sådana. Checklistan för kvantitativa artiklar – kvasi-experimentella studier modifierades även för att få en checklista för studier utan jämförelsegrupp, d.v.s. två frågor gällande jämförelsegrupperna togs bort (se bilaga 3).

I Bilaga 2 och 3 har ordet ”litteraturstudien” i frågan gällande om artikeln ska inkluderas i litteraturstudien bytts ut till ordet ”forskningsöversikten”, då examensarbetets metod är forskningsöversikt. Eftersom en studie visade sig vara en ekonomisk utvärderingsstudie, modifierade och översatte jag en checklista utgående från Khan et al. (2001 s. 67), som täcker ekonomiska utvärderingsstudier (se Bilaga 5). Att dessa checklistor användes i och modifierades till kvalitetsgranskningen, beror på att de lämpar sig till de inkluderade artiklarna och är både tydliga och lätta att poängsätta.

Studierna har med stöd av checklistorna poängsatts enligt uppnådd kvalitet för att sedan kunna beräknas ett bevisvärde. Att detta gjorts beror på att studierna inom forskningsområdet är olika och därmed även har olika vetenskaplig styrka. Kvalitetsbedömningen med poäng för varje positivt svar, ger en poängsumma som sedan kan räknas om i procent. Procentberäkningen möjliggör en jämförelse mellan olika typer av studier. Efter att procenten räknats ut kan kvalitetsgraderingen med ett bevisvärde bestämmas (Willman 2006 s. 96). Med bevisvärde menas den vetenskapliga kvaliteten hos varje specifik studie, samt studiens förmåga att besvara på varje fråga. Bevisvärdet lägger grunden till evidens hos varje enskild forskning. (Willman 2006 s. 158)

Forskningsöversiktens kvalitetsgranskning har bevisvärdet valts att graderas femgradigt. Ett mycket högt bevisvärde är 90-100 %, ett högt 80-89 %, ett medelmåttligt 70-79 %, ett svagt 60-69 % och ett mycket svagt 50-59 %. Alla studier har valts att inkluderas, oavsett bevisvärdets grad. Graden av bevisvärde tas dock i beaktande i redovisningen av resultatet.

4.3 Dataanalys

I skedet för dataanalys i en forskningsöversikt är syftet att ordna och sammanfatta data av de inkluderade studierna. Detta kan nås genom en beskrivande, icke-kvantitativ analys. Förutom att skapa en sammanfattning av resultaten, är det även viktigt i dataanalysen att undersöka om resultaten stämmer överens mellan de inkluderade studierna. Om resultaten inte stämmer överens är det i dataanalysen meningen att undersöka varför. Detta uppnås på bästa sätt genom att sammanfatta data i tabeller med information om forskningens egenskaper och resultat. Således får även läsaren se materialet som används. Hur data framförs och

beskrivs i tabellerna, borde avgöras på basis av arbetets frågeställningar. (Khan et al. 2001 s. 82-83) Eftersom de inkluderade studierna kunde belysa såväl närståendevård situationen som närståendevårdarens insatser, har jag valt att ordna tabellerna enligt studiens art istället för teman utgående från frågeställningarna.

Sammanställningen av resultatet i tabellerna grundar sig på att de studier som föredras och anses ha högre tillförlitlighet sammanfattas först. Denna kategorisering gjordes utgående från en rangordning av studietyper enligt Forsberg & Wengström (2008). De studier som anses ha högst bevisvärde är systematiska litteraturstudier med metaanalyser. Till näst högst bevisvärde anses randomiserade kontrollstudier ha, sedan icke-randomiserade studier, såsom t.ex. kvasi-experimentella studier med eller utan jämförelsegrupp. (Forsberg & Wengström 2008 s. 100)

Tabellerna 2-6 innefattar således från högt till lågt bevisvärde en sammanfattning av de inkluderade studiernas författare, syfte, metod, resultat, samt poäng och bevisvärde i kvalitetsgranskningen. I samband med diverse tabell har jag valt att beskriva med vilka kriterier artiklarna förlorade poäng i kvalitetsgranskningen.

Efter sammanfattningarna av de inkluderade artiklarna i tabellerna 2-5, följer en sammanfattning av alla artiklar utgående från bestämda teman. Kategoriseringen av resultatet med olika teman är för att underlätta läsandet bestämt utgående från frågeställningarna. De olika temana sammanfattas närmare utgående från hur närståendevård situationen ser ut, samt vilka insatser som krävs av närståendevårdaren i omvårdnaden av den äldre i hemmet.

4.4 Etiska reflektioner

I forskningsöversikter, lika som i systematiska litteraturstudier, bör etiska överväganden göras gällande urval av forskning och presentation av resultat. Enligt Forsberg & Wengström (2008) är det viktigt att välja studier där noggranna etiska överväganden har gjorts samt att redovisa alla artiklar som ingår i studien. Det är även viktigt att redovisa resultaten från alla artiklar som använts, även från de som kanske inte stöder forskarens egna antaganden. (Forsberg & Wengström 2008 s. 77)

I mitt arbete har jag valt studier utgående från inklusions- och exklusionskriterierna, för att sedan kunna inkludera alla artiklar som täcker kriterierna. Genom att läsa igenom artiklarna noga och genom kvalitetsgranskningen av alla artiklar, har jag kunnat dra slutsatsen att alla studier som används är studier där noggranna etiska överväganden har gjorts. Jag har även sett till att redovisa resultaten från alla artiklar, även från artiklar som inte stöder mina egna antaganden eller korrelerar med de övriga studierna. Jag har även varit noga i översättningen av resultatet och sett till att resultatredovisningen är objektiv.

5 RESULTAT

I resultatredovisningen beskrivs resultaten i tabeller och i en mer ingående skriftlig redovisning för att ge svar på arbetets frågeställningar. Tabellerna är sammanställda enligt typ av studie och den skriftliga redovisningen stöds av en kategorisering av resultatet utgående från frågeställningarna.

I den skriftliga resultatredovisningen kartläggs närståendevården av seniorer i hemmet. Följande teman redovisas utgående från de inkluderade artiklarna; den äldre vårdbehövande, närståendevårdarens situation, insatser samt relation till den vårdbehövande, närståendevårdarens upplevelser av livskvalité och tillfredsställelse, skillnader mellan män och kvinnor som närståendevårdare, informations- och kommunikationsteknologi i hemmet hos äldre med närståendevårdare, närståendevårdarens copingstrategier, närståendevårdarens upplevelser av arbetsbörda samt närståendevårdarens upplevelser och önskemål kring stödinsatser.

Tabell 2. Sammanfattning av innehåll i litteraturstudier kring närståendevård av seniorer i hemmet

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT	POÄNG OCH BEVISVÄRDE
Magnusson et al. 2004.	Syftet med studien var att kartlägga användningen av informations- och kommunikationsteknologi (IKT) som stöd för äldre personer i hemmet med närståendevårdare.	Den systematiska litteraturstudiens datainsamling gjordes i olika databaser och litteraturen skulle behandla IKT som hjälpmedel. Totalt hittades 1527 artiklar varav 84 slutligen inkluderades i studien. Dessutom inkluderades 22 konferenspaper, 20 rapporter samt 13 böcker. Materialet var internationellt från Europa, USA, Australien och Japan.	Resultatet tydde på att äldre med närståendevårdare kan dra nytta av IKT i hemmet. Det är viktigt att teknologin är lätt att använda. De äldres attityder gentemot teknologin, träningens omfattning, problematik inom hållbar- och överförbarhet samt etiska aspekter bör tas i beaktande.	Kvalitetsgranskningen utgående från en checklista av Forsberg & Wengström gav 4/7 poäng med ett <i>mycket lågt</i> bevisvärde på 57 %.
Stoltz et al. 2004.	Syftet med studien var att identifiera den tillgängliga vetenskapliga evidensen kring stöd för närståendevårdare som vårdar en anhörig i hemmet.	Den systematiska litteraturstudiens databassökning utfördes med sammanlagt 333 artiklar, varav 26 kvalitetsgranskade artiklar inkluderades i studien. Materialet var internationellt med artiklar från USA (n=20), Europa (n=3), Kanada (n=2) och Hong Kong (n=1).	I resultatet framkom det att närståendevårdarna var rädda för social isolering, och att de önskade nätverk i grupper med andra närståendevårdare i samma situation, såväl av social betydelse som för att lära sig mer. Närståendevårdarna önskade även avlastningsvård.	Kvalitetsgranskningen utgående från en checklista av Forsberg & Wengström gav 5/7 poäng med ett <i>medelmåttligt</i> bevisvärde på 71 %.

Sammanlagt hittades två litteraturstudier, varav den ena nådde ett mycket svagt bevisvärde (4/7 p) och den andra ett medelmåttligt bevisvärde (5/7 p). Att studierna missade poäng i kvalitetsgranskningen berodde på att båda artiklarna saknade metaanalys och på att

forskarna inte hade sökt efter icke-publicerade forskningsresultat (se Bilaga 6 för definition av metaanalys). Dessutom saknade Magnusson et al. en kvalitetsgranskning av studierna som användes (2004).

Tabell 3. Sammanfattning av innehåll i kvasiexperimentella studier kring närståendevård av seniorer i hemmet

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT	POÄNG OCH BEVISVÄRDE
Borg & Hallberg 2006.	Syftet med studien var att jämföra livstillfredsställelse hos närståendevårdare, såväl hos de som var i arbetslivet som med de som inte var det, med personer som inte var närståendevårdare och som själv inte blev vårdade av en närstående. Syftet var även att identifiera faktorer relaterade till livstillfredsställelse och att undersöka omfattningen, behovet, samt typ av stöd som erbjöds eller/och önskades bland närståendevårdarna.	Metoden i den kvasiexperimentella studien var en populationsbaserad tvärsnittsstudie med ett modifierat frågeformulär som insamlingsmetod. Det randomiserade samplet bestod av 151 närståendevårdare (50–89-åringar), med tät vårdkontakt, 392 närståendevårdare med mindre tät vårdkontakt, samt 1258 icke-närståendevårdare i Sverige.	I resultatet framkom inga större skillnader mellan livstillfredsställelse hos närståendevårdare med mindre tät vårdkontakt och de som inte var närståendevårdare. Lägre livstillfredsställelse upptäcktes hos de närståendevårdare som inte var i arbetslivet, hade låga sociala resurser, som inte kände sig utvilade efter den nattliga sömnen, som upplevde nedsatt egen hälsa och som hade en tät vårdkontakt. Den mest önskade kompensatio- nen var ekonomiskt stöd.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en checklista av Forsberg & Wengström 13/13 poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 100 %.
Andrén & Elmståhl 2008a.	Syftet med studien var att utvärdera effekten av psykosociala insatser på närståendevårdarens upp-	Som metod i den kvasiexperimentella studien användes 5 veckor av strukturerade psykosociala insatser samt 3-	Resultatet visade att testgruppen upplevde mindre arbetsbörda och besvikelse efter 6 månader, och den positiva inverkan av de psykosociala insat-	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en checklista av Forsberg & Wengström 12/13

	<p>levelser av arbetsbörda och tillfredsställelse, samt att undersöka den eventuella inverkan på vårdgivarens förhållande och hälsa, relaterat till omfattningen av den vårdbehövandes demenssjukdom.</p>	<p>månader av diskussionsgrupp, gällande vårdarens börda och tillfredsställelse i vården av demenssjuk anhörig. Gruppen följdes upp vid 6 och 12 månader med standardiserade mätinstrument. Samplet bestod av 153 närståendevårdare till demenssjuk anhörig i hemmet, medan kontrollgruppen som inte erbjöds psykosociala insatser bestod av 155 deltagare i motsvarande situation.</p>	<p>serna fortsatte även vid 12 månader. Vårdarnas tillfredsställelse ökade i testgruppen och minskade i kontrollgruppen. Störst effekt upplevdes hos nya närståendevårdare vars demenssjuka anhöriga var i det tidiga skedet av demenssjukdomen, samt hos närståendevårdare med självupplevd nedsatt hälsa.</p>	<p>poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 92 %.</p>
--	---	---	---	---

Av de inkluderade artiklarna var antalet kvasiexperimentella studier med kontrollgrupp två, varav båda nådde ett mycket högt bevisvärde på 100 % (se Bilaga 6 för definition av kvasiexperimentell studie).

Tabell 4. Sammanfattning av innehåll i kvasiexperimentella studier utan jämförelsegrupp kring närståendevård av seniorer i hemmet

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT	POÄNG OCH BEVISVÄRDE
Ekwall et al. 2004.	Syftet med studien var att undersöka dimensioner kring vårdande aktiviteter hos äldre närståendevårdare, utgående från Nolans modell om närståendevård. Syftet var även att undersöka dimensioner inom vården relaterat till kön samt hälsorelaterad livskvalité bland närståendevårdarna.	Studien var kvasi-experimentell utan jämförelsegrupp. Metoden var en tvärsnittsundersökning med ett frågeformulär som datainsamlingsmetod. Formuläret skickades till 4278 personer (75+) i Sverige, varav det slutliga samplet bestod av 783 personer (18 %), som hjälpte en annan person i hemmet med nedsatt hälsa. Frågeformuläret innehöll demografiskt data samt frågor kring vårdaktiviteter, socialt nätverk och kontakter till hälsovård.	Resultatet visade att de rapporterade aktiviteterna var följande: anpassning av aktivitet i fall något hände (52 %), regelbunden kontakt för att undvika problem (35 %), att hjälpa till med läkarkontakt (57 %), hjälp med IADL (49 %), hjälp med PADL (14 %), medicinsk vård (11 %), samt hjälp med att förbättra funktioner (14 %). Skillnader mellan män och kvinnor som vårdare upptäcktes såväl inom vårdande aktiviteter som inom livskvalité. Livskvalitén korrelerade även med vilken typ av aktiviteter som utfördes.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en modifierad checklista av Forsberg & Wengström 10/11 poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 91 %.
Kuuppelomäki et al. 2004.	Syftet med studien var att undersöka copingstrategier hos närståendevårdare som vårdar en äldre släkting i det egna hemmet, samt att reda ut hur närståendevårdarens kön, ålder samt roll som vårdare är relaterat till copingstrategier.	Studien var kvasi-experimentell utan jämförelsegrupp. Datainsamlingen skedde genom ett frågeformulär som inkluderade Nolans modell kring bedömning av vårdarens förmåga att hantera vårdsituationen. Samplet bestod av 290 närståendevårdare från tre städer i Finland.	Resultatet visade att den mest fungerande copingstrategin var att fastslå sina egna prioriteringar och att koncentrera sig på dem. Respondenterna upplevde även att tron på sig själv och på sin förmåga att handskas med situationen, att se på situationen positivt samt att lita på sitt eget omdöme var välfungerande copingstrategier. Närståendevårdarens ålder och kön visade sig korrelera med resultatet.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en modifierad checklista av Forsberg & Wengström 10/11 poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 91 %.

Salin et al. 2009.	Syftet med studien var att beskriva närståendevårdarens copingstrategier samt deras upplevelser kring stöd från avlastningsvård.	Studien var kvasi-experimentell utan jämförelsegrupp. Metoden bestod av två strukturerade frågeformulär varav det ena var Nolans <i>Carers' Assessment of Managing Index</i> och det andra var utvecklat av forskarna. Samplet bestod av 143 närståendevårdare i Finland som regelbundet fick avlastningsvård.	Resultatet visade att närståendevårdare för personer som endast behövde lite hjälp, hade en bättre livskvalité än vårdare som var äldre och tog hand om sin maka eller make. Närståendevårdarna upplevde att avlastningsvården hade en stor inverkan på livskvaliteten. De vårdbehövande kände sig isolerade under avlastningsperioden och upplevde inte att de blev informerade om sin närståendevårdare, sin familj eller själva vården. Ungefär hälften av sköterskorna förblev rätt avlägsna.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en modifierad checklista av Forsberg & Wengström 11/11 poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 100 %.
Hellström & Hallberg 2004.	Syftet med studien var att undersöka bestämningsfaktorer kring hjälp av antingen närståendevårdare eller formell vård, samt en kombination av dessa hos personer som får hjälp och/eller vård i det dagliga livet. Syftet var även att undersöka den vårdbehövandes egenskaper och livskvalité beroende på vilken typ av hjälp de fick.	Studien var kvasi-experimentell utan jämförelsegrupp. Metoden var ett frågeformulär med frågor kring kön, ålder, antal barn, civilstånd, sjukdomar, hjälp med ADL-aktiviteter samt livskvalité. Samplet bestod av 448 äldre (75-99 år gamla) i Sverige som bodde hemma och mottog hjälp med IADL eller både I- och PADL-aktiviteter.	Resultatet visade att livskvalité inte korrelerade med vem som erbjöd hjälpen, men däremot till hög ålder, om personen bodde med någon, hade färre krämpor och om denne klarade av att vara ensam hemma. De som fick formell hjälp hade färre barn, var singlar och bodde ofta ensamma.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en modifierad checklista av Forsberg & Wengström 10/11 poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 91 %.
Ekwall & Hallberg. 2007.	Syftet med studien var att studera likheter mellan kön, vårdens omfattning och innehåll, tillfredsställelse, copingstrategier samt	Studien var kvasi-experimentell utan jämförelsegrupp. Metoden var en tvärsnittsundersökning. Samplet bestod av 171 närståendevårdare (75+) som svarade	Resultatet visade att män var mer nöjda som närvårdare än vad kvinnor var, eftersom de upplevde att de i vårdarbetet vuxit som människor. De som var mer tillfredsställda hade fler	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en modifierad checklista av Forsberg & Wengström 10/11

	svårigheter i vårdssituationen hos äldre närstående-vårdare. Syftet var även att identifiera likheter hos vårdarna.	på en postenkät i södra Sverige.	timmar i veckan som vårdare och använde sig av mer problemlösande copingstrategier.	poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 91 %.
Andrén & Elmståhl 2008b.	Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan närståendevårdarens upplevelse av belastning och egen hälsa, samt känsla av samhörighet i vården av äldre med demens.	Studien var kvasi-experimentell utan jämförelsegrupp. Metoden var en tvärsnittsundersökning med ett sampel på närstående-vårdare till 130 äldre anhöriga med demens. Närståendevårdaren svarade på ett frågeformulär som inkluderade skalor gällande vårdarens belastning, upplevelse av egen hälsa samt känsla av samhörighet.	Resultatet visade att närståendevårdaren upplevde en medelmåttlig belastning. Upplevd hälsa och känsla av samhörighet relaterade starkt med belastning, isolering, besvikelse, och emotionell engagemang. Närståendevårdare med lägre belastning visade sig ha en bättre upplevd hälsa och känsla av samhörighet än de som hade en högre belastning.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en modifierad checklista av Forsberg & Wengström 11/11 poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 100 %.
Andrén & Elmståhl 2005.	Syftet med studien var att undersöka likheter hos närståendevårdare som vårdar en person med demens i det egna hemmet. Syftet var även att kartlägga faktorer associerade med tillfredsställelse, hos närståendevårdare till personer med demens.	Studien var kvasi-experimentell utan jämförelsegrupp. Undersökningsgruppen bestod av 153 anhöriga som vårdade en demensperson i hemmet. Standardiserade intervjumodeller och instrument användes vid bedömningen av närståendevårdarens stresshantering genom copingstrategier, tillfredsställelse och självupplevda hälsa.	Resultatet visade att närståendevårdaren kan uppleva såväl arbetsbörda som tillfredsställelse samtidigt, vilket speglar olika aspekter kring vårdarens situation. Vårdaren kan uppleva såväl medelmåttlig belastning som stor tillfredsställelse på samma gång. Närståendevårdarens kön, totala arbetsbörda och självupplevda hälsa visade sig inte inverka på graden av tillfredsställelse.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en modifierad checklista av Forsberg & Wengström 10/11 poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 91 %.

Antalet kvasiexperimentella studier utan jämförelsegrupp var sju stycken, varav alla nådde ett mycket högt bevisvärde på 91 eller 100 %. Tre av sju studier var tvärsnittstudier (se Bilaga 6 för definition av tvärsnittsstudie). De studier som missade ett poäng i kvalitetsgranskningen hade inte beräknat eller diskuterat reliabiliteten.

Tabell 5. Sammanfattning av innehåll i kvalitativa studier kring närståendevård av seniorer i hemmet

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT	POÄNG OCH BEVIS- VÄRDE
Torp et al. 2008.	Syftet med studien var att reda ut om närståendevårdare kunde dra nytta av informations- och kommunikationsteknologi (IKT) för att få mer kunskap om den vårdbehövande anhörigas sjukdom, själva vården och copingstrategier. Dessutom ville man reda ut om servicen möjliggjorde skapandet av nätverk och sociala kontakter för närståendevårdaren, samt om servicen minskade vårdarens stress och psykiskt relaterade hälsoproblem.	Studien var såväl kvantitativ som kvalitativ. Studiens styrka ligger dock i det kvalitativa data. Samplet bestod slutligen av 19 närståendevårdare (60+) i Norge, som hade vårdat en anhörig i det egna hemmet i minst 2 år. Deltagarna svarade på frågeformulär gällande sociala kontakter, vårdbörd samt kunskap om sjukdom, vård, stress, psykiskt självupplevda hälsa samt IKT. Kvantitativ data samlades in direkt samt 12 mån senare. Kvalitativ data samlades in via fokusgrupp intervjuer i den sjunde månaden.	Resultatet visade ingen förbättring gällande vårdarens upplevelse av stress eller psykiska hälsoproblem i den kvantitativa datainsamlingens uppföljning. Däremot visade det sig att vårdarna använde sig mer utav IKT-servicen, hade fler sociala kontakter, mer stöd samt ett minskat behov av information gällande sjukdom och vård. Vårdarna värdesatte och upplevde att kontakten med andra närståendevårdare i samma situation var mycket viktig. Servicen förbättrade även kontakten med familj och vänner utanför nätverket.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en checklista för kvalitativa studier av Forsberg & Wengström gav 16/18 poäng med ett <i>högt</i> bevisvärde på 89 %.
Jansson et al. 2001.	Syftet med studien var att beskriva vilka vårdande aktiviteter åtta gemål utförde i närståendevården av partner med demens, samt att beskriva på vilket sätt dessa aktiviteter utfördes. Den verbala och icke-verbala kommunikationen mellan diverse parter togs även i beaktande.	Metoden var kvalitativ med observation av hur vardagen såg ut i de 8 deltagarnas hem. Metoden valdes för att upptäcka kvaliteter och förklara mönster kring närståendevård av äldre gemål med demens. Datainsamlingen skedde en morgon och en kväll hos alla deltagare. Ostrukturerade intervjuer tillämpades även.	Resultatet visade att närståendevårdarna utsattes för ett såväl krävande som tidskrävande vårdarbete med såväl övervakning som fysiskt tungt ansvar. Gemålen klarade av situationen som vårdare på olika sätt.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en checklista av Forsberg & Wengström 16/18 poäng med ett <i>högt</i> bevisvärde på 89 %.

Samuelsson et al. 2001.	Syftet med studien var att uppnå en djupare förståelse av närståendevårdarens vårdbörda samt upplevelsen av att vårda en släkting med demens.	Metoden var intervju gällande närståendevårdarnas upplevelser om vårdsituationen. Samplet bestod av 8 närståendevårdare till en anhörig kvinna med demens.	Resultaten visade att alla närståendevårdare kände en stor vårdbörda, framförallt i början av sjukdomsförloppet. Gemålen upplevde störst belastning med att uttrycka ilska, oro, trötthet, skuld, ångest och social isolering. Närståendevårdarna använde olika problem- och känslfokuserade copingstrategier för att klara av situationen.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en checklista av Forsberg & Wengström 16/18 poäng med ett <i>högt</i> bevisvärde på 89 %.
-------------------------	---	--	---	---

Tre studier av kvalitativ art inkluderades. Att alla studier nådde ett högt bevisvärde på 89 % och missade två poäng i kvalitetsgranskningen berodde på att forskarna inte diskuterade bias eller metodologiska brister, och på att resultaten inte återfördes med undersökningsgruppen (se Bilaga 6 för definition av bias).

Tabell 6. Sammanfattning av innehåll i en ekonomisk utvärderingsstudie kring närståendevård av seniorer i hemmet

FÖRFATTARE OCH ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT	POÄNG OCH BEVIS- VÄRDE
Magnusson & Hanson 2005.	Syftet med studien var att beskriva en kostnadsanalys av informations- och kommunikationsteknologi (IKT) som stödservice för äldre och dess närståendevårdare i hemmet.	Som metod användes en ekonomisk utvärderingsstudie med ett sampel på fem familjer i två kommuner i västra Sverige. IKT-servicens kostnader jämfördes sedan med ordinarie servicekostnader.	Resultatet visade att kostnadsbesparningar uppnåddes i alla fem fall, samt att såväl de äldre som närståendevårdare drog nytta av IKT-servicen i hemmet.	Kvalitetsgranskningen gav utgående från en översatt och modifierad checklista från Khan et. al. 9/10 poäng med ett <i>mycket högt</i> bevisvärde på 90 %.

I den inkluderade ekonomiska utvärderingsstudien gav kvalitetsgranskningen ett mycket högt bevisvärde på 90 %. Studien missade ett poäng i frågan om känslighetsanalyser hade utförts för att undersöka osäkerheter i utvärderingarna av kostnader eller konsekvenser.

5.1 Resultatredovisning kring närståendevården av seniorer i hemmet

Nedan följer den skriftliga resultatredovisningen av närståendevården av seniorer i hemmet. Resultatet är kategoriserat utgående från de tidigare identifierade temana.

5.1.1 Den äldre vårdbehövande

Fyra av de femton inkluderade studierna tog upp likheter och skillnader mellan de äldre vårdbehövandena (Kuuppelomäki et al. 2004, Stoltz et al. 2004, Salin et al. 2009 samt Hellström & Hallberg 2004) Av dessa fyra artiklar bedömdes tre till att ha ett mycket högt bevisvärde och en till ett medelmåttligt bevisvärde. Tre av studierna var kvasiexperimentella utan jämförelsegrupp och en av studierna (Stoltz et al. 2004) var en systematisk litteraturstudie.

I den kvasiexperimentella studien utan jämförelsegrupp av Kuuppelomäki et al. (2004) med ett sampel på 290 närståendevårdare, bestod aningen fler av de vårdbehövande av kvinnor än av män, även om skillnaden var liten. Den största åldersgruppen var 70–80-åringar. Av de vårdbehövande bodde majoriteten med sin man eller hustru. De vårdbehövande seniorerna led ofta av flera sjukdomar och krämpor som orsakade att de behövde hjälp för att klara sig i det egna hemmet. Till dessa sjukdomar och krämpor hörde bl.a. förlamning, demenssjukdom, kardiovaskulära sjukdomar och nedsatt motorisk- och funktionell kapacitet. Dessutom led flera av de vårdbehövande av reumatism, cancer, Parkinsons, diabetes och psykiska problem. Ungefär en fjärdedel av seniorerna besöktes regelbundet av hemsjukvårdstjänster och hemservice. Elva procent besöktes regelbundet av en fysioterapeut. Andra tjänster, såsom städhjälp, matdistribution, tillfällig sjukvård och laboratorietjänster utnyttjades hos två tredjedelar av respondenter. (Kuuppelomäki et al. 2004) Se Tabell 7 för statistik.

Tabell 7. Sammanfattning av den vårdbehövandes situation ur studien av Kuuppelomäki et al. (2004) med samplet på 290 närståendevårdare

Den vårdbehövandes kön	52 % kvinnor		48 % män	
Den vårdbehövandes ålder	50 % 70-80 år		40 % över 80 år	10 % under 70 år
Den vårdbehövandes boendeförhållande	66 % bodde med man eller hustru		21 % bodde med en annan familjemedlem eller en annan person	12 % bodde ensamma
Orsaken till vårdbehovet	59 % led av flera sjukdomar och krämpor		41 % hade minst en sjukdom som orsakade vårdbehovet	
De vanligaste diagnoserna hos den vårdbehövande	10 % var delvis förlamade	8 % led av demenssjukdom	3 % hade kardiovaskulära sjukdomar	3 % hade nedsatt motorisk och funktionell kapacitet

Studien av samma art av Salin et al. (2009) kom fram till liknande resultat. Samplet med 123 äldre vårdbehövande bestod till 61 % av kvinnor. Av kvinnorna var ungefär hälften 80-89 år gamla och 18 % var 90-95 år gamla. Medelåldern för de vårdbehövande låg på 82 år. Av dem bodde 40 % tillsammans med sin närståendevårdare och resten bodde ensamma. Orsakerna som hämmade den äldre från att bo ensam hemma utan hjälp berodde främst på dålig mobilitet, minnesproblematik, ensamhet och osäkerhet. Överlag ansågs de äldre ha en dålig hälsa och ungefär hälften av dem hade en demenssjukdom. Femtiosex procent av de äldre vårdbehövande använde sig av hemservice och 49 % fick besök av hemvårdssjuksköterska. Matdistribution utnyttjades av 66 % och hjälp med att handla varor av 15 %. En tredjedel av de vårdbehövande besökte ett dagcenter. För seniorerna som bodde ensamma var avlastningsvården socialt viktig. Endast hälften av närståendevårdarna ansåg trots detta att den anhörige var på bättre humör efter avlastningsperioden än innan.

Att den äldre med närståendevård i hemmet ofta lider av demenssjukdom stöds även av litteraturstudien av Stoltz et al. (2004) Även om de i litteratursökningen inte koncentrerade sig på någon specifik diagnos hos de närståendevård behövande seniorerna, visade resultatet att de flesta seniorerna led av någon form av demenssjukdom. Tjugo av de 26 inkluderade

de studierna var från Amerika. Kvalitetsgranskningen gav ett medelmåttligt bevisvärde på 71 %.

I studien av Hellström & Hallberg (2004) med ett sampel på 448 seniorer, fick 45,1 % hjälp endast av en närståendevårdare. Resten fick antingen endast formell hjälp eller en kombination av båda. Hjälp med IADL behövdes hos 59,6 % och resten fick hjälp med såväl I- som med PADL. Av närståendevårdarna var de flesta vuxna barn eller gemål till det vuxna barnet och till den näst vanligaste kategorin hörde den vårdbehövandes maka eller make. Vänner, grannar och olika kombinationer av dessa förekom även som vårdare. De som var kvinnor fick oftast hjälp av sina egna vuxna barn eller barnens gemål, till skillnad från de andra formerna av närståendevårdare. De som fick hjälp av sin man eller hustru, bodde oftare tillsammans med denne, till skillnad från dem som bodde ensamma och fick hjälp av grannar eller vänner. De som fick mer hjälp med både P- och IADL bodde även oftast tillsammans med sin vårdare. Orsakerna till att de äldre behövde hjälp berodde ofta på symptom som smärta, nedsatt mobilitet, nedsatt syn eller hörsel, trötthet, nervöshet samt ensamhet.

Inga märkbara skillnader framkom i studien av Hellström & Hallberg (2004) inom den vårdbehövandes hemort eller kön, och vilken kombination av vård denne fick. De som endast fick hjälp av närståendevårdare var ofta yngre, gifta, bodde tillsammans med någon, hade fler än ett barn, klarade bättre av att vara ensamma och hade i medeltal en högre livskvalité, än de som fick en kombination av närståendevård och formell hjälp. De hälsorelaterade besvaren var även vanligare hos dem som fick en kombination av närståendevård och professionell hjälp. Resultatet visade även att en låg ålder, fler hälsorelaterade besvär, en liten förmåga att vara ensam hemma och att bo ensam korrelerade med en låg livskvalité. Den äldres funktionella förmåga, behovet av hjälp med vardagliga aktiviteter samt sociala nätverk avgjorde vem de fick hjälpen och omvårdnaden av. Den vårdbehövandes livskvalité visade inte påverkas av vem som gav hjälpen, utan vad och hur mycket den äldre behövde hjälp med.

5.1.2 Närståendevårdarens insatser och relation till den vårdbehövande

Sju av femton studier tog upp närståendevårdarens relation till den vårdbehövande, samt närståendevårdarens insatser i omvårdnaden av den äldre (Kuuppelomäki et al. 2004, Salin et al. 2009, Andrén & Elmståhl 2008a, Ekwall et al. 2004, Borg & Hallberg 2006, Jansson et al. 2001 och Stoltz et al. 2004). Dessa artiklar bestod av en litteraturstudie (Stoltz et al. 2004) med medelmåttligt bevisvärde på 71 %, två kvasiexperimentella studier med jämförelsegrupp och tre utan jämförelsegrupp, varav alla beräknades ha ett mycket högt bevisvärde. En kvalitativ observationsstudie med högt bevisvärde tog även upp närståendevårdarens insatser och stöder de övriga studiernas resultat. (Jansson et al. 2001).

I samplet i studien av Kuuppelomäki et al. (2004) bestod närståendevårdarna till 68 % av kvinnor (n=290). Sextiotre procent av samplet var gemål till den vårdbehövande, 17 % var döttrar, 5 % söner, 3 % svärdöttrar och 10 % var på ett annat sätt släkt med den vårdbehövande. Respondenterna som returnerade frågeformuläret i studien av Salin et al. (2009) bestod av 123 närståendevårdare, varav 78 % var kvinnor. 32 % var gemål, 36 % döttrar, 13 % söner och 19 % andra familjemedlemmar. Så gott som hälften av respondenterna var i åldern 60-79. En fjärdedel av respondenterna indikerade att de vårdade en anhörig 24 h/dygn och ungefär hälften erbjöd hjälp mindre än fyra timmar i dagen. De flesta av deltagarna hade vårdat en anhörig i hemmet tre till tio år.

I den kvasiexperimentella studien av Andrén och Elmståhl (2008a) kring närståendevård av närstående med demens, levde 75 % av deltagarna i såväl test- som i jämförelsegruppen åtskiljda från den dementa vårdbehövande. De flesta närståendevårdarna var vuxna barn till den äldre dementa och ca 60 % av dem var fortfarande i arbetslivet.

57,4 % av deltagarna i forskningen av Ekwall et al. (2004) kring närståendevårdarens insatser, hjälpte den vårdbehövande oftast med kontakt och besök till sjukhus. 51,7 % av närståendevårdarna anpassade sina egna aktiviteter för att vara beredda ifall något hände den vårdbehövande och 49 % hjälpte till med praktiska aktiviteter, såsom matlagning eller städning. 35,2 % av närståendevårdarna höll kontakt med den vårdbehövande anhöriga minst en gång i veckan för att förhindra problem. Träning och förbättring av fysiska funktioner utfördes av 13,7 % och hjälp med personlig vård av 14,2 % av närståendevårdarna. 10,7 % av

närståendevårdarna hjälpte till med medicinering. Övriga ärenden, som att klippa gräset, klippa håret och högläsning utfördes av 10,5 % av närståendevårdarna. I medeltal utfördes två vårdande aktiviteter per närståendevårdare.

Närståendevårdare, i studien av Borg och Hallberg (2006) med tät vårdkontakt, hjälpte den vårdbehövande betydligt mer med såväl PADL som med IADL och medicinering, än vad vårdarna med mindre tät vårdkontakt gjorde (inom PADL 37 % respektive 7 %, IADL 76,2 % - 59,7 % och medicinering 25,8 % - 4,8 %).

I den kvalitativa observationsstudien av Jansson et al. (2001) framkom det att närståendevårdaren till en demenssjuk man eller hustru i alla de åtta studerade fallen, var mycket lika i sin roll som vårdare. Alla gemål hade övergått från att vara en jämlik partner till en vårdare, och därmed gett upp största delen av deras eget liv för att ta hand om sin respektive. Vårdarbetet medförde ett heltidsansvar för all planering samt alla beslut och uppdrag i hemmet, som tidigare fördelats mellan parterna. Dessutom fick närståendevårdaren därpå hjälpa sin maka eller make med så gott som alla ADL-aktiviteter. Närståendevårdarna strukturerade den anhöriges vardagliga aktiviteter och var konstant bundna till vårdsituationen. Ingen av de åtta vårdarna kunde lämna sin respektive ensam hemma för längre än en timme.

De åtta närståendevårdarna var i samma studie överlag måna om att tillreda näringsrik mat åt de vårdbehövande och m.h.a. en lista kunde de ha kontroll över medicineringen. Mycket tid gick åt till förebyggande vård. Närståendevårdarna försökte leva ett så normalt liv som möjligt med sin gemål, genom att engagera dem i och sysselsätta dem med vardagliga produktiva aktiviteter, så som innan insjuknandet. Till dessa vardagliga aktiviteter ingick bl.a. städning och att torka disk. I studien var närståendevårdaren ständigt redo att hjälpa när det behövdes, vilket innebar ett konstant aktivt övervakande av den vårdbehövande, så gott som 24 h/dygn. De demenssjuka gemålerna behövde antingen påminnelse, handledning eller konkret hjälp med i stort sett alla vardagliga IADL-aktiviteter. Planering, beslutsfattande och kontakt med myndigheter var också tidskrävande. Studien kom även fram till att närståendevårdarens ansvar är mycket mer omfattande än de synliga vardagliga insatserna i omvårdnaden. Att främja och stärka den vårdbehövandes självkänsla ansågs av närstående-

vårdarna vara både svårast och viktigast inom omvårdnaden av partner med demens. (Jansson et al. 2001)

I studien av Stoltz et al. (2004) erbjöd närståendevårdaren såväl känslomässigt stöd som uppmuntran, och tillfredsställde således den vårbbehövandes känslomässiga behov. När en professionell vårdare var på plats i hemmet upplevde närståendevårdaren själv emotionellt stöd och trygghet.

I studien av Salin et al. (2009) fick närståendevårdarna stöd genom avlastningsvård. Femtio procent av de deltagande närståendevårdarna besökte den äldre vårbbehövande två till sex gånger under en två veckors avlastningsperiod. Endast 13 av 123 respondenter besökte inte sin anhörige en enda gång. Nittiotre procent av närståendevårdarna kände sig mycket eller ganska stärkta efter avlastningsvård perioden. Majoriteten av vårdarna (87 %) kände att den vårbbehövande anhöriga och de själva var välkomna till avlastningsvården. De formella vårdarna på boendet visste inte så mycket om närståendevård situationen i hemmet. Sjuttio procent av närståendevårdarna upplevde att vårdarna lyssnade noga på den vårbbehövandes situation. Färre än hälften av närståendevårdarna hade diskuterat eller funderat på syftet och målet med avlastningsperioden med en sköterska. De vårbbehövande kände sig isolerade under avlastningsperioden och upplevde inte att de blev informerade om sin närståendevårdare, sin familj eller vården. Ungefär hälften av närståendevårdarna ansåg att sköterskorna förblev distanta och främmande och endast 9 % upplevde att de hade lärt känna en sköterska väl. (Salin et al. 2009)

5.1.3 Närståendevårdarens upplevelser av livskvalité och tillfredsställelse

Närståendevårdarens upplevelser av livskvalité och livstillfredsställelse togs upp i sju av de inkluderade artiklarna (Kuuppelomäki et al. 2004, Salin et al. 2009, Ekwall et al. 2004, Borg & Hallberg 2006, Ekwall & Hallberg 2007, Andrén & Elmståhl 2005 och Andrén & Elmståhl 2008b). Av dessa kvasiexperimentella artiklar utfördes alla utom en studie utan jämförelsegrupp. Bevisvärdet visade sig i studierna vara mycket högt.

I undersökningen av Kuuppelomäki et al. (2004) med samplet på 290 närståendevårdare, upplevde endast 5 % av respondenterna sig överlag vara mycket tillfredsställda med sitt liv

och 33 % upplevde sig vara tillfredsställda. Fyrtio procent ansåg sig vara rimligt tillfredsställda, 13 % menade att de var någorlunda tillfredsställda och 9 % upplevde ingen riktig tillfredsställelse.

Studien av Salin et al. (2009) visade att närståendevårdare som tog hand om sin maka eller make med demenssjukdom, var mer tillfredsställda med sitt liv än de övriga närståendevårdarna. Närståendevårdarens livskvalité visade sig vara bättre ju yngre och mer oberoende den vårdbehövande personen var. De vårdare som bodde ensamma var överlag mer tillfredsställda med livet än de som bodde tillsammans med den vårdbehövande. Närståendevårdarens upplevda livstillfredsställelse visade sig inte korrelera med den vårdades kön, hälsostatus eller grad av demens.

Insatser som var relaterade till en sämre upplevd livskvalité hos närståendevårdarna i studien av Ekwall et al. (2004), visade sig vara aktiviteter som anpassades för att vårdaren skulle kunna vara förberedd ifall något inträffade. Att vara bunden till att ha kontakt minst en gång i veckan för att förhindra problem, ansågs även inverka negativt på livskvalitén hos närståendevårdarna som inte bodde med den vårdbehövande. Dessutom visade sig en dålig ekonomi samt närståendevårdarens egna behov av hjälp med praktiska aktiviteter, såsom matlagning och städning inverka negativt på den psykiska och fysiska livskvalitén. Att hjälpa en anhörig vårdbehövande med IADL-aktiviteter korrelerade positivt med fysisk livskvalité.

I studien av Borg och Hallberg (2006) framkom det att ju mer vårdarbete, begränsade sociala kontakter och nedsatt hälsa, desto sämre livstillfredsställelse hos närståendevårdaren. Att vårda någon dagligen, eller så gott som varje dag, inverkar negativt på närståendevårdarens livstillfredsställelse. Högre ålder inverkade också negativt på livstillfredsställelsen. Att vara i arbetslivet inverkade positivt på livstillfredsställelsen, såväl för närståendevårdare med tät vårdkontakt, som hos dem med mindre tät vårdkontakt.

Respondenterna i studien av Ekwall och Hallberg (2007) delades in i två grupper, de som var mer tillfredsställda och de som var mindre tillfredsställda med sin situation. De som var mer nöjda hade i medeltal ett betydligt högre antal vårdtimmar i veckan, 30 h/vecka, medan de som var mindre tillfredsställda endast hade 8 h/vecka. Detta resultat strider emot de

andra studierna, trots att bevisvärdet i denna studie var mycket högt med 91 %. Val av copingstrategier visade sig variera mellan grupperna (se kapitel 5.1.5 om copingstrategier). Ålder, egen hälsa, ekonomi, och kunskap om professionell hjälp skiljde sig inte mellan de två grupperna. (Ekwall & Hallberg 2007)

I studien av Andrén och Elmståhl (2008b) med samplet på 130 närståendevårdare till äldre med demens, var det gemålen som upplevde den högsta hälsorelaterade livskvalitén. De vanligaste besvären var smärta och oro, med 61 % hos närståendevårdande gemål, till skillnad från 30 % hos de vuxna barnen, samt ångest och depression med 69 % hos gemålen och 23 % hos barnen. Studien visade även att de närståendevårdare som hade en bättre stresshantering och självupplevd hälsa, upplevde mindre stress relaterat till vårdbördan vid omvårdnaden av släkting med demens.

Fler närståendevårdare till anhörig med demens uttryckte i studien av Andrén och Elmståhl (2005) tillfredsställelse, oavsett arbetsbördan eller den självupplevda hälsan. Stressfaktorer och tillfredsställelse kunde existera samtidigt. Närståendevårdarens kön, totala arbetsbördan och subjektiva hälsa inverkar inte på upplevelsen av tillfredsställelse. Däremot påverkade demenssjukdomens grad hos den vårdbehövande samt den egna åldern, på närståendevårdarens livstillfredsställelse.

5.1.4 Informations- och kommunikationsteknologi i hemmet hos seniorer med närståendevård

Tre av de inkluderade forskningarna tog upp användningen av informations- och kommunikationsteknologi i närståendevården av seniorer i hemmet. Dessa tre artiklar bestod av en litteraturstudie (Magnusson et al. 2004), en kvalitativ studie (Torp et al. 2008) och en ekonomisk utvärderingsstudie (Magnusson & Hanson 2005). I den ekonomiska utvärderingsstudien från Sverige var kostnaderna angivna i svenska kronor. Beloppen räknades därför om till euro med den vid studien aktuella valutakursen, samt avrundades till närmaste tiotal. Informations- och kommunikationsteknologi förkortas i redovisningen nedan som IKT.

Litteraturstudien av Magnusson et al. (2004) var från Sverige, medan den inkluderade litteraturen var från Europa, Amerika, Australien och Japan. Att den studien inkluderades trots

att materialet inte var från Norden beror på att studien gick ut på att kartlägga IKT-servicen som stöd i omvårdnaden av äldre i hemmet och på att resultatet även kunde tillämpas i Norden. Denna studie kring IKT inom den hembaserade rehabiliteringen av seniorer beräknades ha ett mycket lågt bevisvärde med 57 %.

Syftet med IKT-service som t.ex. *Telecare* distansvård i hemmen är att underlätta och främja samarbetet mellan personal, äldre och dess närstående vårdare. I litteraturstudien förklaras att servicen ofta inkluderar patientövervakning samt virtuella hembesök, där den yrkeskunnige bedömer patienten, erbjuder lämplig feedback så som råd kring hälsa, samt stöd såväl för närstående vårdaren som för den äldre. Positiva effekter med IKT visade sig vara färre och kortare sjukhusbesök- och vistelser. Kontakt med yrkeskunniga var även lättare m.h.a. IKT, och såväl senioren som närstående vårdare kände sig mer informerade och aktiva i vården. Således hade de även en bättre kontroll över vårdssituationen. (Magnusson et al. 2004)

Telecare distansvård visade sig ändå inte kunna ersätta traditionella hembesök och IKT visade sig vara en service som yrkeskunniga undviker. Detta går dock enligt studien framåt och inom närmaste framtiden är det troligt att IKT-service används allt mer inom vården och rehabiliteringen av äldre i hemmet med närståendevård. Mest forskning kring IKT-service visade sig komma från Amerika, med inriktning på närståendevårdare till seniorer i hemmet. *Telecare*-servicen visade sig oftast vara riktade till närståendevårdare i vården av anhörig med demens och stroke. Servicen sker ofta via telefonkontakt som går ut på att en professionell vårdare erbjuder stöd och handledning för närståendevårdaren, för att således minska vårdstressen och främja optimal coping. Det visade sig även förekomma IKT-service som innefattar dator-telefon teknologi för att tillhandahålla information och stöd för närståendevårdaren. (Magnusson et al. 2004)

I litteraturstudien framkom även att det var oerhört viktigt att IKT-servicen i hemmet var lätt att använda för de äldre närståendevårdarna som bodde med sin vårdbehövande angöriga. Resultatet visade också att det är viktigt att beakta de äldres attityder och behovet av träning för användningen av den nya hjälpservicen. Även kulturella aspekter bör tas i beaktande från land till land. (Magnusson et al. 2004)

I Sverige gjordes år 2005 en ekonomisk utvärderingsstudie kring närståendevårdare till seniorer i hemmet som använde sig av IKT-servicen *ACTION* (*Assisting Carers using Tele-matics Interventions to Meet Older Persons' Needs*), till skillnad från ordinarie kommunal service. Studien ville klargöra och presentera kostnadsbesparingar m.h.a. IKT-service. Sammanlagt deltog 34 familjer i projektet, varav fem familjer visade sig gagnas avsevärt av *ACTION*-servicen. Kommunen sparade således 217 700 SEK per familj per år med *ACTION*-servicen, vilket motsvarade ca 23 980 € För fem familjer som inte använde sig alls eller endast lite av servicen, uppnåddes inga besparingar och kostnaderna för servicen blev 25 800 SEK/år, d.v.s. ca 2840 €/år. Hos de övriga 24 familjerna låg kostnadsbesparingarna mellan de högsta besparingarna och de lägsta kostnaderna. Medeltalet av alla 34 familjers besparingar visade sig sammanlagt vara 96 000 SEK, ca 10 570 € per år. (Magnusson & Hanson 2005) Den ekonomiska utvärderingsstudien fick ett mycket högt bevisvärde i kvalitetsgranskningen.

I den såväl kvantitativa som kvalitativa studien från Norge av Torp et. al. (2008), med ett sampel på 18 närståendevårdare med IKT-service i hemmet, visade det sig att nio använde sig av IKT-servicen flera gånger per dag, sex vårdare ungefär en gång per dag, två flera gånger i veckan och en vårdare ungefär en gång i veckan. Närståendevårdarna lärde sig snabbt att använda IKT-servicen och använde sig av den till en ganska omfattande grad. IKT-träningen ansågs tillräcklig för att förstå och kunna använda de olika funktionerna och alla komponenter av IKT-servicen, som bestod av informationsprogram, diskussionsforum, videotelefon och Internet. Diskussionsforumet användes mest och de som inte själva deltog i diskussionerna ansåg ändå att de genom att följa med diskussionerna fick bra tips av och en gemenskapskänsla med de andra deltagande närståendevårdarna. (Torp et al. 2008) Studien fick ett högt bevisvärde i kvalitetsgranskningen med 89 %.

Informationsprogrammen tillämpades och närståendevårdaren till anhörig med demens eller stroke fick mer information om sjukdom och vård via informationsprogrammen och Internet. Informationen ansågs hjälpa närståendevårdaren med att ställa lämpliga förväntningar på den vårdbehövande och för att vårdaren kunde förbereda sig på vad som väntade gällande vårdsituationen i framtiden. IKT-servicen visade dock inte minska på stress eller psykiskt relaterade hälsoproblem hos närståendevårdarna, även om de upplevde att de genom

IKT fick fler vänner och allmänt var på bättre humör. Fysiskt underlättade IKT-servicen arbetet, då de genom servicen fick mer kunskap om flytt och vården överlag. Internet erbjöd dessutom information om tillgänglig kommunal vårdservice. Kontakten med andra i samma situation gav inte endast emotionellt stöd, utan även chansen att lära av andras erfarenheter och få reda på vilka hjälpmedel som finns, samt på vilket sätt man ska gå tillväga för att t.ex. få ekonomiskt stöd och formell hjälp. (Torp et al. 2008)

Det viktigaste med IKT-servicen upplevdes av närståendevårdarna i samma studie vara nätverkandet med och stödet av andra i samma situation. Många närståendevårdare upplevde att videosamtalen och diskussionsforumen var mycket viktiga för att bygga sociala nätverk och vänskapsförhållanden. Att de fick samtala med andra i samma situation värderades högt, då närståendevårdarna upplevde att de hade mer gemensamt med dem och eftersom de genom vårdsituationen hade tappat kontakten med många tidigare vänner. IKT-servicen möjliggjorde även kontakt med andra familjemedlemmar. Kontakten med barnbarn ökade via IKT-servicen avsevärt, då den yngre generationen tenderar att använda sig mycket av Internet. En del närståendevårdare upplevde att gemålen inte tyckte om att de satt vid datorn och att de vårdbehövande blev svartsjuka på att närståendevårdarens uppmärksamhet riktades åt annat håll. (Torp et al. 2008)

5.1.5 Närståendevårdarens copingstrategier

Av fem studier som behandlade olika copingstrategier hos närståendevårdare bestod materialet av en systematisk litteraturstudie, tre kvasiexperimentella utan jämförelsegrupp och en kvalitativ studie (Kuuppelomäki et al. 2004, Salin et al. 2009, Samuelsson et al. 2001, Stoltz et al. 2004 och Ekwall & Hallberg 2007). Bevisvärdet i litteraturstudien var medelmåttligt, i de kvasiexperimentella studierna mycket högt och i den kvalitativa studien högt.

Den mest användbara copingstrategin visade sig inom kategorin för *problemlösande* copingstrategier i artikeln av Kuuppelomäki et al. (2004) vara att fastslå sina egna prioriteringar och att koncentrera sig på dem. Åttiosex procent av respondenterna (n=290) ansåg dessa vara mycket eller ganska hjälpsamma. Den till näst mest hjälpsamma copingstrategin ansågs vara att lita på sin egen kompetens och på sina egna erfarenheter (80 %). Över 70 % av respondenterna fann dessa åtgärder hjälpsamma; att uppehålla den vårdbehövande så

aktiv som möjligt, att förändra hemmiljön för att göra allt så lätt som möjligt, att planera i förväg och att ta reda på så mycket information som möjligt om problematiken. Den minst hjälpsamma copingstrategin inom den *problemlösande* kategorin ansågs vara att få hjälp av utomstående yrkeskunniga eller familjemedlemmar och att poängtera för den vårdbehövande vad man förväntar sig av denne. Dessa strategier ansågs ändå av 40 % av närståendevårdarna vara rätt så hjälpsamma. (Kuuppelomäki et al. 2004)

Att *problemlösande* och händelsehanterande copingstrategier var de mest användbara strategierna hos närståendevårdarna stöds även i forskningen av Salin et al. från år 2009. Resultatet korrelerar i en hög grad med resultatet av Kuuppelomäki et al., med betydelsen av att fastslå sina egna prioriteringar och att koncentrera sig på dem (89 %), samt att lita på sin egen kompetens och sina egna erfarenheter (77 %). Till skillnad från artikeln av Kuuppelomäki et al. ansåg dock 70 % av närståendevårdarna i studien av Salin et al. (2009) att få hjälp av utomstående yrkeskunniga eller familjemedlemmar även var en välfungerande strategi. Även Ekwall & Hallberg (2007) kom i sin studie fram till att de närståendevårdare som var mer tillfredsställda med sin situation använde sig av mer *problemlösande* copingstrategier. Att dessa strategier korrelerar med vårdarens tillfredsställelse i livet stöds även i artikeln av Salin et al. (2009).

Avlastningsvård visade sig för närståendevårdarna i artikeln av Stoltz et al. (2004) tillsammans med strukturerade rutiner, en *problemlösande* strategi samt utomhus aktiviteter, vara grunden till att klara av vården. Att få dela med sig av sina erfarenheter i stödgrupper ansågs även vara viktigt.

Inom kategorin för *emotionella och kognitiva* copingstrategier ansågs strategin genom att lita på sig själv och tron på den egna förmågan att handskas med situationen en dag i taget, som den mest användbara (85 %). Att se på varje situation positivt upplevdes även som en hjälpsam strategi av 83 % av respondenterna. Sjuttio procent av respondenterna upplevde att hjälpsamma copingstrategier var att acceptera situationen som sådan, att inse att det inte är någons fel att situationen är som den är, samt att minnas de goda stunderna man haft med den vårdbehövande senioren. Endast 19 % av närståendevårdarna ansåg att det hjälpte att ignorera problemen. (Kuuppelomäki et al. 2004)

Emotionella och kognitiva copingstrategier genom hantering av betydelse och uppfattningar, ansågs i studien av Salin et al. (2009) av 78 % av vårdarna vara mycket eller ganska användbara. Resultaten korrelerade med resultatet i artikeln av Kuuppelomäki et al. (2004). De mest användbara strategierna inom denna kategori visade sig i studien av Salin et al. vara att ta en dag i taget (85 %), att se på varje situation positivt (84 %), samt att lita på sig själv och tro på den egna förmågan att handskas med situationen (79 %). Så gott som 70 % av närståendevårdarna använde sig inte av strategier som att ignorera problemen och hoppas att de försvinner. (Salin et al. 2009)

Inom kategorin för *hantering av stress* var copingstrategin att låta bli att tänka på arbetet genom att t.ex. se på tv eller läsa den mest användbara (75 %). Över 50 % av respondenterna upplevde att det hjälpte att ta lite tid för sig själv, genom att promenera eller motionera utanför vårdsituationen i hemmet. Tjugosju procent ansåg att avslappnande metoder hjälpte, medan 26 % i sin tur kände att det hjälpte att gråta. Tjugoen procent ansåg att uppmuntra sig själv genom att äta, dricka eller röka hjälpte, och 19 % fick hjälp med att delta i en självhjälpsgrupp. Endast fem av respondenterna upplevde att "att lätta på trycket" var en användbar copingstrategi. Bland de tio mest hjälpsamma copingstrategierna var fem strategier *problemlösande*, fyra *emotionella och kognitiva*, och endas en *stresshanterande*. (Kuuppelomäki et al. 2004)

De tre minst användbara copingstrategierna hörde också enligt Salin et al. (2009), alla till *stresshanterande* strategier. Endast en av tio närståendevårdare deltog i stödgrupp för närståendevårdare. Den vårdbehövandes dagliga omfattning av hjälpbehov eller vårdförhållandets varaktighet, visade sig inte inverka på valet av copingstrategi. (Salin et al. 2009) I den kvalitativa studien med intervju av åtta närståendevårdare till gemål med demenssjukdom av Samuelsson et al. (2001), användes även främst *problemlösande* och *emotionella* strategier vid hantering av arbetsbördan. Studien bedömdes till ett högt bevisvärde och stöder de övriga studiernas resultat.

Närståendevårdarens ålder visade sig i resultatet av studien av Kuuppelomäki et al. korrelera med valet av copingstrategi. Närståendevårdare i åldern 50-60 år, ansåg att såväl *problemlösande* som *stresshanterande* copingstrategier var mer hjälpsamma strategier, än vad de över 75 år ansåg. Närståendevårdarens livstillfredsställelse, upplevda trötthet, själva

vårdperioden, antalet vårdtimmar per dag, roll som vårdare och ålder samt kön hos den vårdbehövande, var inte associerade med vilka copingstrategier som tillämpades. (Kuuppelomäki et al. 2004)

5.1.6 Skillnader mellan män och kvinnor som närstående vårdare

Sju av de femton inkluderade artiklarna tog upp skillnader mellan kvinnor och män som närstående vårdare (Ekwall & Hallberg 2007, Ekwall et al. 2004, Kuuppelomäki et al. 2004, Stoltz et al. 2004, Borg & Hallberg 2006, Andrén & Elmståhl 2008a, och Jansson et al. 2001). Dessa bestod av en systematisk litteraturstudie, två kvasiexperimentella studier med jämförelsegrupp och tre utan, samt en kvantitativ observationsstudie.

Medelåldern för närstående vårdarna var i studien av Ekwall och Hallberg (2007) 81,5 år, med 80,6 för kvinnor och 82,1 för män. Av männen var 89 % gifta och 4 % var änklingskar. Av kvinnorna var i sin tur 73 % gifta och 17 % änkor. Sjuttio procent av närstående vårdarna hjälpte den vårdbehövande mer än sex gånger i veckan, med ett medeltal på 46 h/vecka. Inga signifikanta skillnader upplevdes här mellan könen. Fler män upplevde däremot att vårdarbetet hade vidgat deras vyer, var en ömsesidig förpliktelse och att arbetet hade fått dem att växa som människa. Inga skillnader i upplevelsen av svårigheter med arbetet upptäcktes här mellan könen.

I studien av Ekwall et al. (2004) med 783 närstående vårdare, visade det sig att 326 kvinnor hjälpte till en anhörig i dess hem i medeltal 19,5 h/vecka, medan de 457 deltagande männen hjälpte till 15,0 h/vecka. Den största skillnaden inom de olika insatserna, visade sig mellan kvinnor och män vara att hålla kontakt med den vårdbehövande för att förhindra problem, varav 44,8 % av kvinnorna ställde upp och av männen 28,4 %. En stor skillnad upptäcktes även vid hjälp med PADL, varav 17,5 % av kvinnorna respektive 11,8 % av männen hjälpte till, samt vid hjälp med IADL, varav 61,5 % av männen och 31,6 % av kvinnorna hjälpte till. Övriga aktiviteter, såsom t.ex. att klippa gräset, sköta om ekonomi, frisera och högläsning, utfördes av 10,5 % av männen och 22,7 % av kvinnorna. Antalet vårdande insatser visade sig inte skilja mellan de två könen.

Resultatet visade även i artikeln av Ekwall och Hallberg (2007) att kvinnor som närståendevårdare mer hjälpte till med PADL-aktiviteter, såsom med att äta, på- och avklädning samt förflyttning till och från sängen. Även matlagning och kontakt med sjukhus och läkare förekom oftare hos kvinnor som vårdare. Männerna visade inte utföra någon aktivitet oftare än kvinnorna. I observationsstudien av åtta gemål observerades däremot inga skillnader mellan kvinnor och män inom mönstret av omvårdnaden (Jansson et al. 2001). Resultatet i studien av Jansson et al. stöder inte de övriga resultaten men eftersom studien var av kvalitativ art går resultatet inte heller att generalisera.

I studien av Kuuppelomäki et al. (2004) upplevde kvinnorna att stresshanterande copingstrategier var mer användbara än vad männen upplevde. I litteraturstudien av Stoltz et al. (2004) med materialet från 26 artiklar, visade resultatet att män som närståendevårdare hade en annan inställning till vårdarbetet. En del såg vården som ett arbete eller en plikt, medan andra gjorde det för kärleken. (Stoltz et al. 2004) I en tvärsnittundersökning av Borg & Hallberg (2006) uppkom skillnaden mellan kvinnor och män även i livstillfredsställelse, då det visade sig att männen var mer tillfredsställda med sitt liv. Detta stöds även i de kvasiexperimentella studierna av Ekwall och Hallberg (2007) samt Andrén och Elmståhl (2008a), där resultatet visade att betydligt fler män var tillfredsställda med sin situation som närståendevårdare och att kvinnorna upplevde en större arbetsbörda.

5.1.7 Närståendevårdarens upplevelser av arbetsbörda

Av de femton inkluderade artiklarna tog åtta artiklar upp närståendevårdarens upplevelser av arbetsbörda (Kuuppelomäki et al. 2004, Stoltz et al. 2004, Samuelsson et al. 2001, Jansson et al. 2001, Salin et al. 2009, Andrén & Elmståhl 2008a, Andrén & Elmståhl 2008b och Borg & Hallberg 2006). En av studierna var en systematisk litteraturstudie, två var kvasiexperimentella studier med jämförelsegrupp och tre utan, samt två kvalitativa studier.

Enligt studien av Kuuppelomäki et al. (2004) upplevde 7 % av 290 närståendevårdare vårdbördan som extremt hög, 24 % som rätt så hög, 42 % som medelmåttlig, 20 % som låg och 7 % upplevde ingen vårdbörda alls.

I tvärsnittundersökningen av Andrén och Elmståhl (2008b) med ett sampel på 130 närståendevårdare i hemmet hos seniorer med demenssjukdom, upplevdes den högsta vårdbördan hos gemål, sedan hos barn och minst hos övriga närståendevårdare. Närståendevårdarens ålder, självupplevda hälsa och stresshantering med hjälp av copingstrategier korrelerade med upplevelsen av vårdbördan. Den vårdbehövandes kön eller demenssjukdoms omfattning, visade sig inte inverka på upplevelsen av vårdbördan. Femtiosju procent av närståendevårdarna upplevde en medelmåttlig arbetsbördan. De som upplevde den högsta vårdbördan upplevde även mest isolering, besvikelse och känslomässigt engagemang. Vårdbördan korrelerade även starkt med självupplevd hälsa. Åldern visade sig starkt korrelera med upplevelsen av den egna hälsan. Fem av alla 130 deltagande närståendevård upplevde att livet inte var värt att leva. (Andrén & Elmståhl 2008b)

Närståendevårdare med tät vårdkontakt i en annan studie, upplevde en betydligt sämre egen hälsa än närståendevårdare med mindre tät vårdkontakt. De hade även svårare att kunna somna och känna sig utvilade efter en natts sömn. (Borg & Hallberg 2006) Salin et al. beskrev i studien (2009) av 143 närståendevårdare att 38 % av respondenterna ofta kände sig utmattade, 41 % ibland och 20 % sällan. Betydligt fler av närståendevårdarna ansåg att de hade en god kondition, till skillnad från de vårdare som upplevde att de hade en dålig kondition.

Enligt litteraturstudien av Stoltz et al. från år 2004, upplevde närståendevårdarna social isolering från familj och vänner, samt förlust av kamratskap med den vårdbehövande anhöriga. Social isolering medförde i sin tur en känsla av brist på frihet. Närståendevårdare, såväl äldre som yngre, upplevde även börda, stress och oro i vårdarbetet. Vårdarna oroar sig dessutom över sin egen hälsa. Upplevelsen av vårdbördan uppstod bl.a. av att närståendevårdarna tenderade att oroa sig över den anhöriga seniorens säkerhet och konstant upplevde att de behövde se efter den vårdbehövande. Närståendevårdaren oroade sig även över att den vårdbehövande anhöriga skulle bli eller vara socialt isolerad. Därpå upplevde de att de hade svårt att handskas med att inte tappa kontrollen samt känslan av att vara otillräcklig, vid uppstående beteendeproblem och rollförändring. (Stoltz et al. 2004)

Vårdarna i den kvalitativa observationsstudien av Jansson et al. (2001) med samplet av åtta närståendevårdare till äldre gemål med demens var oroliga över att skydda sin partner från

skada eller sjukdom, komplikationer, samt fysisk och mental försämring. Fysisk närvaro med återkommande diskussioner, nödvändiga påminnelser och vägledning upplevdes i studien vara psykiskt tungt för närståendevårdaren och ansågs hämma möjligheten till ett självständigt liv.

I en annan kvalitativ studie av Samuelsson et al. (2001) med åtta närståendevårdare i åldrarna 38-63 år, undersöktes vårdarnas upplevda belastning av närståendevården av anhörig kvinna med demenssjukdom. Närståendevårdarna upplevde att det var psykiskt påfrestande att bli anklagad utan orsak, som t.ex. att inte man hälsar på även om de gjorde det varje dag. Närståendevårdarna tyckte även att det var speciellt svårt i sjukdomens tidiga skede att handskas med sin egen ilska, irritation och sitt dåliga samvete, framförallt innan demensdiagnosen hade fastställs. Själva sjukdomen och symptomen ansågs även svåra att handskas med. Att vara bunden till vården av den anhörige senioren beskrevs som ett dygnet runt jobb, där man konstant måste vara tillgänglig, vilket i sin tur ledde till upplevelsen av social isolering. Gemålen som närståendevårdare ansåg att det var mycket svårt att hantera att den nära relationen till frun upphörde i samband med demenssjukdomen. Bevisvärdet i denna studie var högt med 89 %. Studiens art möjliggör trots detta endast att resultatet stöder de övriga studierna.

Närståendevårdarna oroade sig i samma studie överlag över vad som kunde hända den äldre släktingen då denne var ensam. Vårdaren oroade sig även över hur de skulle ordna upp och arrangera allt, då de inte längre kunde ta hand om senioren i det egna hemmet. De flesta närståendevårdarna hade upplevt trötthet och utmattning. De upplevde även att de ibland tappade tålamodet och blev arga på den vårdbehövande släktingen. Stor ångest upplevdes då tron på framtiden och glädjen hade försvunnit hos två av männen som vårdade sina fruar. (Samuelsson et al. 2001)

I den kvasiexperimentella studien av Andrén och Elmståhl från år 2008 upplevde testgruppen med närståendevårdare (n = 153) som fick psykosocialt stöd, en betydligt lägre arbetsbörda och besvikelse efter sex månader, till skillnad från jämförelsegruppen som inte fick interventionen. Den positiva trenden fortsatte gällande närståendevårdarens upplevelse av social isolering och livstillfredsställelse i testgruppen ännu upp till 12 månader. Upplevelsen av besvikelse visade dock inte fortsätta minska mer efter 12 mån, även om besvikelsen

upplevdes som mindre i testgruppen till skillnad från kontrollgruppen. Besvikelsen var betydligt större hos de närstående vårdare som vårdade en äldre som var mer beroende av hjälp, till skillnad från dem som var mer oberoende, även om resultatet var bättre hos närstående vårdarna i testgruppen. Det totala antalet närstående vårdare med låg arbetsbörda steg med 11 % i testgruppen och minskade med 5 % i kontrollgruppen. Hur omfattande demenssjukdomen hos den vårdbehövande närstående var, inverkade inte på effekten av de psykosociala insatserna. (Andrén & Elmståhl 2008a)

5.1.8 Närståendevårdarens upplevelser och önskemål kring stödinsatser

Två av femton studier tog upp närståendevårdarens upplevelser och önskemål kring stödinsatser. Den ena studien som behandlade stödinsatser var litteraturstudien av Stoltz et al. (2004) med ett medelmåttligt bevisvärde på 71 %, medan den andra var en kvasi-experimentell studie av Borg och Hallberg (2006) med ett bevisvärde på 100 %.

I tvärsnittstudien av Borg och Hallberg från år 2006, upplevde 25,9 % av närståendevårdarna att de fick stöd och hjälp av andra personer, varav de med tät vårdkontakt upplevde mer stöd än de som hade mindre tät vårdkontakt. Det mest förekommande stödet var konversationer med andra anhöriga. Annat stöd bestod av hjälp av vårdpersonal eller deltagande i en organisation, så som t.ex. kyrkan. Av dem som hävdade att de inte fick något stöd alls önskade 11,6 % mer stöd. Det stöd som önskades mest rangordnades så här; ekonomiskt stöd (30 %), avlastningsvård från 1 timme till 1-2 dagar i veckan (16,7 %), någon att tala med om vårdarbetet och få råd av (26,7 %), vårdhjälp (16,7 %), samt hjälp med städning och inköp via hemservice (10,0 %). (Borg & Hallberg 2006)

De flesta närståendevårdarna önskade i den systematiska litteraturstudien av Stoltz et al. (2004) assistans med IADL-aktiviteter, som t.ex. med att uträtta ärenden, inköp samt tillredning av mat. De önskade även mer information och mer kunskap om medicinering och depression. Vårdarna önskade däremot inte assistans med PADL-aktiviteter, så som dusch, toalett, påklädning och matning. Närståendevårdarna önskade även mer stimulans för den anhöriga, chansen att själv få komma bort från hemmet samt stöd av avlastningsvård, även om det inte bevisats att närståendevårdarna drar nytta av avlastningsvården på långsikt. Att avlastningsvården var bra, fördelaktig för den vårdbehövande, respektfull och tillförlitlig,

visade sig vara viktigare för närståendevårdaren än själva kostnaderna. Under avlastningsvården upplevde närståendevårdaren mindre stress, bättre sömn och ökad frihet.

Närståendevårdaren önskade i samma litteraturstudie även nätverkande med andra i liknande situation, antingen p.g.a. sociala orsaker eller för att lära sig. Närståendevårdaren värderade högt sin egen självständighet och önskade få professionell hjälp vid behov, istället för hjälp av annan familjemedlem eller vän. Männens önskade träffa andra män i samma situation. Utöver avlastningsvård önskades även ekonomiskt stöd, information och utbildning. Närståendevårdare som hade kunskap om demensrelaterad problematik kunde även handskas bättre med beteenderelaterade problem, se beteendet som oavsiktligt, lägga upp mer realistiska mål och således uppleva färre negativa följder i vårdrelationen. (Stoltz et al. 2004)

5.2 Sammanfattning av resultat

Resultatet visade i de kvantitativa artiklarna att de vårdbehövande seniorerna och närståendevårdarna oftare är kvinnor, även om könsfördelningen är rätt så jämn. Den största åldersgruppen för de vårdbehövande är 70–90-åringar. Vanliga orsaker till att seniorer behöver hjälp i det egna hemmet beror på hög ålder och åldersrelaterade nedsättningar, såväl i den motoriska som funktionella funktionsförmågan. Dessa nedsättningar visade sig i forskningsöversikten ofta bero på demenssjukdom. Seniorer som bor hemma med stöd av närståendevård bor ofta tillsammans med närståendevårdaren, som är en jämnårig maka eller make. Andra former av närståendevård kan erbjudas av ett vuxet barn, en annan släkting eller vän. De seniorer som också fick formell hjälp, bodde ofta ensamma och visade sig ha färre barn än de som inte fick formell hjälp.

Om den vårdbehövande bor tillsammans med någon erbjuds hjälpen ofta av denne, och då visade sig vården även vara mer omfattande, med mer hjälp såväl i IADL som i PADL-aktiviteter. Utöver närståendevård erbjöds den äldre bl. a. formell hjälp i form av hemsjukvårdstjänster, dagcenterverksamhet, hemservice med t.ex. städhjälp samt matdistribution. Den vårdbehövande seniors livskvalité visade sig inte korrelera med vem som erbjöd hjälpen i hemmet, men däremot med hur omfattande hjälpbehovet var.

De närstående vårdare som hade en mindre tät vårdkontakt med den vårdbehövande anhöriga, var ofta yngre och fortfarande i arbetslivet. Vårdens omfång kunde variera upp till 24 h/dygn, beroende på hur mycket vård som behövdes och om närstående vårdaren bodde med den vårdbehövande senioren eller inte. Att bo med den vårdbehövande visade sig vara relaterat till mer vårdarbete.

Insatser som krävs av närstående vårdaren i omvårdnaden av den äldre är ofta kontakt för att förebygga problem, kontakt och besök till sjukhus, IADL-aktiviteter såsom inköp, matlagning och städning, PADL-aktiviteter såsom hygien och hjälp med matning, samt medicinering. Studierna visade att en tätare vårdkontakt innebar ett större hjälpbehov med fler insatser. Förebyggande vård, handledning i aktivitet, stöd, uppmuntran och övervakning förekom även ofta bland vårdarna med tät vårdkontakt, såväl i de kvantitativa som i de kvalitativa artiklarna. Avlastningsvård var önskat och uppskattat av närstående vårdarna.

Livstillfredsställelse visade sig relatera till vårdarbetets omfattning. De som tog hand om sin maka eller make var mer tillfredsställda med sitt liv i en studie, medan en annan visade motsatsen. Livskvalitén visade sig överlag vara bättre hos de närstående vårdare som bodde ensamma. Ju yngre och mer oberoende den vårdbehövande var, desto bättre livskvalité visade sig närstående vårdaren ha. Vårdarens ålder inverkade också på graden av tillfredsställelse. Tät vårdkontakt som ofta medförde social isolering, var relaterat till en sämre livskvalité även om en kvantitativ studie visade att vårdare med mer vårdarbete, 30 h/vecka, överlag upplevde mer tillfredsställelse i sin situation, än de som endast vårdar en anhörig 8 h i veckan.

Olikheter i resultatet uppkom även om ekonomi, total arbetsbörda och vårdarens självupplevda hälsa inverkade på livstillfredsställelsen. De närstående vårdare som var mer tillfredsställda med sin situation använde sig mest av problemlösande copingstrategier. Psykosociala insatser som undersöktes i en studie visade sig inverka positivt på livstillfredsställelsen hos närstående vårdare till anhörig med demenssjukdom. Avlastningsvård visade sig överlag inverka positivt på närstående vårdarens livskvalité. De vårdbehövande kunde däremot känna sig isolerade under avlastningsperioden och upplevde inte att de blev informerade om sin närstående vårdare, familj eller själva vården.

Resultatet kring informations- och kommunikationsteknologi som stödservice i hemmet, tydde på att äldre med närståendevård kan dra nytta av IKT i hemmet. Det visade sig dock vara viktigt att teknologin är lätt att använda. De äldres attityder gentemot teknologin, träningens omfattning, problematik inom hållbar- och överförbarhet samt etiska aspekter visade sig vara viktiga att beakta. Resultatet visade även att kostnadsbesparningar kunde uppnås m.h.a. IKT-service som stöd till övriga formella insatser. Även om det inte påvisades förbättringar inom vårdarens upplevelse av stress eller psykiska hälsoproblem, kunde IKT-servicen bidra med fler sociala kontakter, mer stöd, samt ett minskat behov av information gällande sjukdom och vård. Vårdarna värdesatte och upplevde att kontakten med andra närståendevårdare i motsvarande situation var mycket viktig. Servicen förbättrade även kontakten med familj och vänner utanför nätverket.

Resultaten i artiklarna som behandlade närståendevårdarens copingstrategier korrelerade med varandra och visade att de mest fungerande copingstrategierna hörde till de *problemlö-sande* strategierna. *Emotionella och kognitiva* copingstrategier användes till näst mest och strategier för *hantering av stress* användes minst. Användbara strategier ansågs vara att fastslå sina egna prioriteringar och att koncentrera sig på dem. Att tro på sig själv och sin förmåga att handskas med situationen, att se på situationen positivt samt att lita på sitt eget omdöme var även välfungerande copingstrategier. Närståendevårdarens ålder och kön visade sig korrelera med resultatet.

I resultatet framkom att kvinnor i medeltal vårdade en anhörig i dess hem aningen oftare än vad männen gjorde. Skillnader mellan insatser utförda av de olika könen varierade likaså. Hjälp med IADL-aktiviteter utfördes mer av männen, medan kvinnorna oftare hjälpte till med PADL-aktiviteter och övriga ärenden. Resultaten tydde även på att männen var mer tillfredsställda med sin situation som vårdare än vad kvinnorna var.

Enligt resultatet kunde närståendevården innefatta ett såväl arbetskrävande som tidskrävande vårdarbete med både övervakning och fysiskt tungt ansvar. Den upplevda arbetsbördan kunde komma i uttryck genom oro, trötthet, skuld, ångest och social isolering hos närståendevårdaren. Självupplevd hälsa och känsla av samhörighet korrelerade till en hög grad med upplevelsen av belastning, isolering, besvikelse, och emotionellt engagemang. Närståendevårdare med lägre vårdbördan visade sig ha en bättre självupplevd hälsa och känsla av sam-

hörighet, än de som upplevde en högre arbetsbörda. Resultatet visade att närståendevårdaren kan uppleva såväl arbetsbörda som tillfredsställelse samtidigt, vilket speglar mångfalden i närståendevårdarens situation i vården av den äldre.

Närståendevårdarna önskade nätverkande i grupper med andra närståendevårdare i liknande situation, såväl av social betydelse som för att lära sig. Ekonomiskt stöd och avlastningsvård önskades även av närståendevårdarna som föredrog formell hjälp med IADL-aktiviteter framför hjälp med PADL-aktiviteter.

6 DISKUSSION

I diskussionsdelen granskar jag kritiskt resultatet och metoden. Resultatet har jag valt att reflektera över och diskutera kring utgående från aktivitetsperspektivet. Mina förslag på hur man kunde stöda närståendevården av seniorer i hemmet tas även upp i resultatdiskussionen.

6.1 Resultatdiskussion

Syftet med mitt examensarbete var att utgående från tidigare forskning kartlägga närståendevården av seniorer i Norden, för att därmed kunna bidra med insatser för att stöda närståendevården av seniorer i hemmet. Med frågeställningarna ville jag få reda på hur närståendevård situationen hemma hos seniorer med närståendevård ser ut samt vilka insatser i vardagen som krävs av närståendevårdaren i omvårdnaden av den äldre i hemmet, för att således kunna komma med förslag på hur man kunde stöda närståendevården av seniorer i hemmet.

Det är inte endast det stora antalet 40-talister som orsakar ökningen av antalet äldre, utan även den ökande medellivslängden (jfr Tilastokeskus 2010). Närståendevård situationen av äldre i hemmet med närståendevård uppstår ofta p.g.a. nedsättningar i den äldres fysiska och/eller psykiska funktionsförmåga. Sjuttiofem års ålder anses vara den biologiska åldern därefter funktionsförmågan blir sämre, och många 85-åringar har svårt att röra sig (Kettu-

nen et al. 2005 s. 227). Demenssjukdom visade sig i resultatet vara en vanlig bakomliggande faktor för seniorens vårdbehov. Enligt den finska befolkningsstatistiken är medellivslängden högre för kvinnor än för män (Tilastokeskus 2010), vilket kan vara orsaken till att de vårdbehövande seniorerna oftare visade sig vara kvinnor i forskningsöversiktens resultat.

Närståendevården erbjuds ofta enligt resultatet i forskningsöversikten av seniorens jämna åriga man eller hustru, som också kan ha åldersrelaterade nedsättningar i funktionsförmågan. Enligt den tidigare forskningen i kapitel 2.4, kom resultatet fram till att de seniorer som bodde i det egna hemmet med stöd av närståendevård, ofta hade sin maka eller make som vårdare, tillskillnad från de som bodde ensamma och i sin tur behövde formell hemservice (Karlsson et al. 2008).

Närståendevården erbjuds enligt resultatet i denna studie även ofta av vuxna barn till senioren. Att det är allt vanligare med skilsmässor tror jag att kommer att leda till att ansvaret kommer att flyttas allt mer på barnen. Jag är född på 80-talet och min generation hinner kanske inte uppleva ett pensionärliv med resor och mycket fritid, då vi istället är tvungna att hjälpa och vårda våra föräldrar. Detta ämne behandlas även i pågående samhällsdebatter och är enligt mig ett mycket aktuellt och viktigt ärende inför det kommande riksdagsvalet år 2011. En fördel med tanke på närståendevård situationen i framtiden tror jag kan vara att min generation förmodligen kommer att kunna tillämpa IKT-service i närståendevården lättare, p.g.a. att datoranvändning och socialt nätverkande via t.ex. Facebook är mer naturligt för oss. Jag tror och hoppas att IKT-service kommer att tillämpas i hemmen allt mer i framtiden, eftersom IKT inom närståendevården visade sig vara en lönsam lösning både för närståendevårdaren och för samhället i studien av Magnusson & Hansson (2005).

Närståendevårdens omfattning visade i resultatet variera från några gånger i veckan till 24 timmar i dygnet, beroende på vårdbehovet. Vid sidan om närståendevården kan senioren i hemmet även erbjudas bl.a. hemservice och matdistribution vid behov. De seniorer som är i ett mer omfattande behov av vård, behöver ofta hjälp med såväl IADL som PADL, medan en del seniorer främst behöver hjälp med IADL, som t.ex. inköp och kontakt till hälsovård. Detta tycker jag är en självklarhet, men en svår fråga med tanke på att känna igen och iden-

tifiera de närståendevårdare som t.ex. ”endast” gör uppköp och tillreder maten åt den anhöriga senioren.

Närståendevård situationen i de inkluderade artiklarna i forskningsöversikten kartlades främst ur närståendevårdarens synvinkel, med dennes upplevelser av arbetsbörda och minskad tillfredsställelse i livet. Mer stöd, såväl ekonomiskt som fysiskt och socialt, önskades av närståendevårdarna. Att närståendevård situationen inte undersöktes ur den vårdbehövandes synvinkel var överraskande för mig. Detta tror jag kan bero på att det ofta visar sig att de vårdbehövande seniorna är demenssjuka, och att det p.g.a. minnesproblematiken kan vara svårt att undersöka vården ur deras synvinkel.

Om närståendevårdarna fick ekonomiskt stöd för sitt arbete framkommer inte i studierna, och även om det inte är preciserat i min frågeställning kunde det ha varit intressant att veta. Det ekonomiska stödet anser jag, som även resultatet i forskningsöversikten, att kan inverka på livstillfredsställelse och på upplevelsen av arbetsbörda hos närståendevårdaren. Stöd för närståendevård innebär enligt den finska lagen ett vårdarvode till närståendevårdaren, samt ledighet och service (2005/937: 2 §). Jag vågar påstå att det stödet är mycket avgörande för såväl närståendevårdarens som för den vårdbehövande seniorns välbefinnande.

Genom granskningen av resultatet i forskningsöversikten tror jag att den största bakomliggande orsaken till att närståendevårdarna upplever en sämre livskvalité och stor arbetsbörda, beror på att det är svårt att identifiera och känna igen närståendevård situationer. Detta tror jag i sin tur beror på att situationen ofta kan växa smygande, och att närståendevårdaren således inte nödvändigtvis får det stöd som denne skulle behöva. Denna aspekt tas även upp av Närståendevårdare och Vänner Förbundet rf, som hävdar att det finns över 300 000 närståendevårdare i Finland, varav endast ca 10 % får stöd för närståendevård (Salanko-Vuorela et al. 2009-2010 s. 5). Detta tycker jag är ett stort och allvarligt problem. För att man ska kunna främja närståendevården måste man kunna identifiera, gradera, och således stöda varje enskild situation på rätt sätt.

Denna aspekt tycker jag även att stöds i den inkluderade studien av Ekwall & Hallberg från år 2007, som kom fram till att de närståendevårdare som hade 30 vårdtimmar per vecka var mer tillfredsställda med sin situation, än de som vårdade en anhörig åtta timmar i veckan.

Resultatet stöds dock inte av de andra studierna. Bortsett från detta var studien kvasiexperimentell med ett sampel på 171 närståendevårdare med mycket högt bevisvärde. Detta tror jag, som sagt, att kan bero på att de närståendevårdare som har mer vårdarbete får bättre ekonomiskt stöd, mer formellt stöd, samt mer information om nedsättningar, tillvägagångssätt och copingstrategier, än de som endast hjälper till en äldre anhörig i hemmet ett par gånger i veckan. Livstillfredsställelsen anser jag, så som även resultatet i de inkluderade forskningarna tyder på, att till en stor del har att göra med vårdarens egna åldersrelaterade nedsättningar.

En annan orsak till att närståendevårdaren visades uppleva arbetsbörda, upplever jag med resultatet i åtanke att kan bero på att närståendevårdare med omfattande vårdarbete känner att de inte hinner utföra de aktiviteter som är meningsfulla för dem själva, för att inte tala om aktiviteter utanför hemmet. Enligt Kielhofner (2004 s. 66–67) upplever människan den grundläggande källan till meningsfullhet i livet genom aktivitet, och därför skulle det vara oerhört viktigt att närståendevårdaren skulle ha möjlighet och tid att utföra de aktiviteter som de anser meningsfulla, t.ex. med stöd av avlastningsvård. Det bör finnas en balans mellan arbete och fritid, och om den vårdbehövande konstant behöver övervakning har inte vårdaren tid att slappna av genom fritid och frivilliga aktiviteter, vilket jag upplever att starkt korrelerar med minskad tillfredsställelse i livet.

Att resultatet tydde på att männen upplevde mer tillfredsställelse i situationen som vårdare än kvinnorna, antar jag att beror på att männen i den äldre generationen inte på samma sätt som kvinnan har haft rollen som den i familjen som tillreder mat, städar och tar hand om barnen. Således ser männen kanske omvårdnaden som något nytt och givande, och finner tillfredsställelse i att de får ”ge tillbaka”. Att de som vårdade sin man eller hustru i hemmet kan uppleva såväl tillfredsställelse som hög arbetsbörda samtidigt, tror jag att beror på att man kan känna att man verkligen bryr sig om sin partner, men att det samtidigt är en mycket påfrestande situation då den man delar sitt liv med plötsligt inte längre klarar sig självständigt och kanske även har ändrats som person.

6.1.1 Stödandet av aktivitet

Grunden i ergoterapi är en syn på att människan själv ska ha möjlighet till att påverka sin vardag, sin hälsa och sitt välbefinnande genom egna val av aktiviteter. I det vardagliga livet erbjuder aktiviteter möjlighet till interaktion med andra människor. Den sociala betydelsen med aktiviteter betonas starkt och medför social mening i livet. Det är på vår fritid som vi har chansen att välja aktiviteter som är meningsfulla och tillfredsställande för oss. Aktiviteter som anses meningsfulla har även en inverkan på människans lycka och tillfredsställelse i livet (Christiansen & Townsend 2010 s. 13-15, 25).

För att närståendevårdaren, som bor tillsammans med den vårdbehövande som inte klarar sig ensam hemma ska kunna utföra aktiviteter utanför hemmet, upplever jag utgående från resultatet, att är beroende av avlastningsvård. Avlastningens omfattning borde bestämmas utgående från närståendevårdarens och den vårdbehövande seniorenns önskemål. Avlastningsvården skulle kunna utnyttjas som chans för rehabilitering där formella yrkeskunniga skulle handleda senioren.

Som stöd för närståendevårdarens insatser i omvårdnaden av den äldre, borde närståendevårdaren få lämplig handledning, t.ex. gällande förflyttningar och lyft av den vårdbehövande. Detta både för att stöda vårdarens egen hälsa, som för den vårdbehövandes säkerhet. Att närståendevårdaren skulle ha tid för att ta hand om sitt eget välmående och sin egen fysik skulle vara mycket viktigt med tanke på förebyggande av t.ex. belastningsskador. Att de vårdbehövande skulle få planera sin dag med meningsfulla aktiviteter kunde tillfredsställas genom anpassning av aktiviteten eller omgivningen samt olika stödinsatser.

För främjandet av sociala aktiviteter skulle färdtjänst, dagcenterverksamhet samt evenemang och gruppträffar kunna ordnas, såväl för senioren som för dess närståendevårdare. Gruppträffar kunde ordnas av formella insatser eller med stöd av formella insatser. IKT-service i hemmet kunde även som resultatet i forskningsöversikten visade främja närståendevårdarens sociala växelverkan med människor utanför hemmet.

6.1.2 Stödandet av människan

I den tidigare forskningen i kapitel 2.4 förknippas livstillfredsställelse i vardagen hos seniorer med nedsatt funktionsförmåga med att kunna utföra meningsfulla aktiviteter så som tidigare, att ha ett socialt nätverk med vänner, att känna att man har kontroll och råvar över sitt eget liv (Johannesen et al. 2004).

Med tanke på närståendevårdarnas upplevelser av vårdbörd är det viktigt att komma ihåg och beakta och stöda dem i sitt arbete. Även om man vill ta hand om sin man eller fru för såväl dennes som för sitt eget bästa, kan man samtidigt lätt glömma det man själv anser är viktigt i livet, när man är emotionellt engagerad i omvårdnaden. Att både den vårdbehövande och närståendevårdaren skulle få behålla sitt självbestämmande, sin frihet, sitt oberoende och sin värdighet på bästa möjliga sätt, borde alltid vara utgångsläget och målet med stödinsatserna från- och samarbetet med yrkeskunniga. Att erbjuda stödpersoner för närståendevårdarna i form av en annan närståendevårdare eller yrkeskunnig, kunde vara ett annat sätt att stöda närståendevårdaren.

I forskningsöversiktens resultat visade det sig att närståendevårdarna upplevde att det var viktigt med kunskap och handledning, så att de kunde ställa realistiska målsättningar för sin anhöriga och således erbjuda en så bra och omfattande vård som möjligt. I vården av demenssjuk person kan det t.ex. vara viktigt att veta att även om en svårt dement person kan glömma bort det som händer för fem minuter sedan, betyder det ändå inte att det inte skulle vara meningsfullt för personen att delta i aktiviteter. Även om aktiviteten snabbt glöms bort förblir känslan kvar hos människan, och således finns det alltid en mening med aktivitet för människans välbefinnande.

Som jag nämnde innan, anser jag att det är ett stort problem att man inte alltid identifierar närståendevård situationer i hemmen hos äldre i ett tidigt skede. För att identifiera dessa situationer skulle man årligen kunna skicka ett frågeformulär på posten till seniorer över 70 år, med några frågor gällande om man hjälper någon i hemmet eller själv behöver hjälp. Det skulle även kunna ingå ett informationshäfte om att åldras, seniorverksamhet, ergo- och fysioterapi samt t.ex. demenssjukdomar. Om de äldre skulle vilja att en yrkeskunnig tar

kontakt skulle de enkelt kunna skicka en kostnadsfri svarsblankett, och såldes kunde fler seniorer få rätt stöd för närståendevården de står för eller mottar.

6.1.3 Anpassning av omgivningen

Hälsa och välmående är starkt relaterat till miljön där människan tillbringar sin tid. Även om det är viktigt att omgivningen har naturliga och fysiska resurser, är det ändå den sociala växelverkan och de sociala aspekterna som visar sig ha den största inverkan på livskvalité och välmående i vardagen. En tillgänglig anpassad fysisk miljö kan möjliggöra aktivitet hos personer med nedsatt fysisk funktionsförmåga (Christiansen & Townsend 2010 s. 274, 320-321).

För att en människa ska klara av att bo självständigt hemma, måste man klara av att utföra vardagliga aktiviteter. Till dessa vardagliga aktiviteter hör bl.a. skötsel av personlig hygien, att tillreda mat samt att göra inköp. (Kettunen et al. s. 234) Enligt den tidigare forskningen i kapitel 2.4 är det meningsfullt och viktigt för senioren att kunna bo i det egna hemmet (Dahlin-Ivanoff et al. 2007).

Med tanke på den fysiskt tunga vården av seniorer som ofta erbjuds av en jämnårig närståendevårdare, är det betydande att anpassa levnadsmiljön så att t.ex. flytt och lyft går att utföra så smidigt som möjligt. Hemmet borde överlag anpassas enligt den äldres behov, så att t.ex. trösklar och onödiga mattor avlägsnas, stödhandtag installeras, höjning för toaletten, att belysningen är rätt och att föremål är så tillgängliga som möjligt. I dagens läge finns det hjälpmedel för det mesta, med syftet att antingen underlätta eller kompensera i aktivitetsutförandet. Det är ändå inte en självklarhet att alla vet vilka hjälpmedels finns och hur dessa skaffas, i synnerhet för dem som inte är vana med Internet. På grund av detta betonar jag vikten av bedömning i den äldres hem, för anpassning av den fysiska omgivningen och förslag på hjälpmedel.

I vården av demenssjuk anhörig i hemmet visade resultatet i forskningsöversikten att närståendevårdarna ständigt upplevde att de behövde övervaka den vårdbehövande, då denne inte klarade av att vara ensam. För att stöda detta kunde man, såväl för den vårdbehövandes- som för närståendevårdarens integritet och frihet, anpassa omgivningen så att den är så

trygg som möjligt. Man kan även anta att hemmets funktion ser annorlunda ut hos närståendevårdare som bor tillsammans med den vårdbehövande, då hemmet blivit en arbetsplats där ansvar och arbete kring den närstående råder. Det som i den tidigare forskningen i kapitel 2.4 ansågs som meningsfullt med hemmet, tror jag inte att förändras fastän närståendevårdaren i det egna hemmet är tvungen att ge mycket av sin tid till att vårda den anhöriga. I stöddandet av närståendevården borde man därför även sträva efter att tillfredsställa vårdarens behov av trygghet och frihet i hemmet.

6.2 Metoddiskussion

Valet av forskningsöversikt som metod anser jag med tanke på mina frågeställningar var ett solklart val. Det finns inte heller så mycket litteratur om ämnet och forskningsöversikten anses ha ett högre evidensvärde än litteraturstudien. Jag ville även göra en forskningsöversikt p.g.a. att de är systematiska och logiska, och således passar mig.

Både kvantitativa och kvalitativa artiklar hittades och inkluderades i forskningsöversikten. Med tanke på att de kvalitativa artiklarna studerade ett litet sampel och därför inte värderas lika högt som litteraturstudier eller kvasiexperimentella studier, kunde dessa resultat endast stöda de övriga studierna, t.ex. vid kartläggningen av närståendevårdarens upplevelser kring situationen. Detta ansåg jag var krävande att hålla i åtanke i resultatredovisningen. Överlag tycker jag att arbetet blev mycket omfattande, vilket jag tycker är styrkan i arbetet.

En inklusionskriterie var att artiklarna skulle vara utförda i Norden, och till min förvåning fann jag inte en enda studie från Danmark eller Island i datasökningen. De flesta artiklarna som täckte inklusionskriterierna visade sig vara från Sverige, två studier var från Finland och en från Norge. Jag tycker att det är synd och samtidigt intressant att det inte hittades vetenskaplig evidens kring närståendevård från Danmark eller Island, eller fler artiklar från Norge och Finland. Jag anser även att det är intressant att flera av de svenska studierna hade samma författare, som t.ex. Hallberg som var forskare i fem studier och Elmståhl som medverkat i fyra forskningar.

En brist i min forskningsöversikt var databassökningen, då den gjordes under flera olika tillfällen och datasökningarna gav olika antal träffar även om sökorden var desamma. Bris-

ter upptäckte jag även i checklistorna av Forsberg & Wengström. En checklista för kvasi-experimentella studier utan jämförelsegrupp saknades och lika så t.ex. för fallstudier. Dessutom hade jag svårt att tolka checklistan för kvantitativa artiklar där man skulle svara på frågorna om bias; ”Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? ja/nej” och ”Finns risk för bias?” ja/nej. Enligt poängsättningen skulle det således vara bra att det finns risk för bias i den granskade artikeln.

Jag upplevde även att det kunde uppstå tolkningsproblem i checklistan för kvasiexperimentella studier då frågan lyder ”Är frågeställningarna tydligt beskrivna?”. Jag tycker att det skulle vara tydligare att använda orden ”avgränsning” eller ”problemformulering” istället för ”frågeställning”. I checklistan för kvalitativa artiklar saknades även alternativen till poängsättning, även om frågan var en ”ja/nej” fråga, t.ex. ”Beskrivs metoderna för datainsamlingen tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?”.

Eftersom jag har gjort arbetet ensam, är jag den enda som har kvalitetsgranskat de inkluderade studierna, vilket kan ha lett till under- eller övervärdering i poängsättningen av studierna. Jag upplevde i början av kvalitetsgranskningen att det var svårt att välja rätt checklista för studierna, och checklistornas olika skalor gjorde att bevisvärdet inte blev rättvist mellan de olika studierna. De kvalitativa studierna kunde missa betydligt fler poäng och ändå nå ett högt bevisvärde med högst 18 poäng. I checklistan för systematiska litteraturstudier med högst sju poäng, kunde bevisvärdet endast vara ”medelmåttligt” eller ”mycket lågt”, trots att poängen endast skiljde med ett. Litteraturstudien av Magnusson et al. (2004) fick ett mycket lågt bevisvärde (4/7 poäng) men inkluderades oavsett. Det ingick inte någon metaanalys i någon av de två inkluderade litteraturstudierna, och enligt Forsberg & Wengström (2003 s. 32-33) är orsaken till att det finns så få metaanalyser inom omvårdnadsforskning att det sällan förekommit experimentella studier inom den typens forskning.

6.3 Förslag för framtiden

Artiklarna som hittades tog inte specifikt upp närståendevård situationen i hemmet ur den vårdbehövandes synvinkel, och som förslag och på fortsatt forskning skulle det vara mycket intressant att undersöka hur den vårdbehövande senioren upplever närståendevården i

hemmet. Med tanke på den allt större betydelsen av närståendevård i vården av äldre, skulle det även vara intressant att utveckla en postenkät som årligen skulle kunna tillämpas för att stöda och identifiera begynnande närståendevård situationer i hemmen hos de äldre.

7 AVSLUTNING

Med tanke på det stigande antalet äldre personer i befolkningsstrukturen och därmed även närståendevårdarens växande ställning i vården av seniorer, har detta examensarbetet varit såväl meningsfullt som givande för mig. Att det finns litteratur om hur man ska gå till väga i en forskningsöversikt, har resulterat i att det har varit lätt att vara systematisk och att jag har vetat vad nästa steg i processen är. Mitt intresse för ämnet har vuxit i takt med arbetsprocessen och de uppnådda resultaten är relevanta för mitt yrke som ergoterapeut.

Genom forskningsöversikten kunde jag få svar på mina frågeställningar och således nå syftet med arbetet. Syftet med examensarbetet var att utgående från forskning kartlägga närståendevården av seniorer, för att därmed kunna bidra med insatser för att stöda omvårdnaden av den äldre i hemmet. Resultatet kartlägger närståendevårdarens situation i vården av den äldre i Norden på ett omfattande sätt, och kan med stöd av aktivitetsperspektivet tillämpas i praktiken. Det finns ett behov av ergoterapeuter inom stödandet av närståendevården av seniorer i hemmet i form av bedömning, handledning och bostadsanpassning.

Ingen vill bli gammal eller vara beroende av andra människor, men tyvärr går detta inte att bortse från. Det vi däremot kan göra, är det yttersta för att varje människa med de stödinsatser som behövs möjligast länge kan få uppleva ett meningsfullt åldrande i det egna hemmet.

KÄLLOR

Tryckta källor

Böcker

Aalto, A-M. et al. 2003, *Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*, 2 uppl., Helsinki: Stakes, 158 s.

Backman, J. 1998, *Rapporter och uppsatser*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 213 s.

Christiansen, C. & Townsend, E. 2010, *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living*, 2 uppl., USA: Pearson Education, 434 s.

Forsberg, C. & Wengström, Y. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm: Natur & Kultur. 215 s.

Kettunen, R. et al. 2005, *Modern rehabilitering – en resurs (Kuntoutumisen mahdollisuudet, 2002)*, Tammerfors: Utbildningsstyrelsen, 380 s.

Khan, K. S. et al. 2003, *Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine: how to review and apply findings of healthcare research*, London: Royal Society of Medicine Press Ltd, 136 s.

Kielhofner, G. 2004, *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. 3 uppl., Philadelphia: F. A. Davis Company, 284 s.

Willman, A.; Stoltz, P. & Bahtsevani, C. 2006, *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 172 s.

Ordböcker och uppslagsverk

Bonniers svenska ordbok. 2010, 10. uppl., Bonnier fakta, 896 s.

Tidskriftsartiklar

American Journal of Occupational Therapy. 2008, *Glossary A-W*, vol. 62, nr. 6, s. 669-676.

Saarenheimo, M. 2005, Omaishoitajan arkea, *Vanhustyö*, nr. 4, s. 17-19.

Samuelsson, A. M. et al. 2001, Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 15, s. 25-33.

Vehkaperä, U. 2007, Monessa mukana –toimintaterapeuttien asiakasryhmät laajentuneet ja työnantajatahot monipuolistuneet, *Suomen toimintaterapeuttiliitto ry:n jäsenlehti*, nr. 4, s. 20-22.

Elektroniskt material

E-tidskrifter

Andrén, S. & Elmståhl, S. 2008a, Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 22, s. 98-109. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Andrén, S. & Elmståhl, S. 2008b, The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, s. 790-799. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Andrén, S. & Elmståhl, S. 2005, Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 19, s. 157-168. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Borg, C. & Hallberg I. R. 2006, Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 20, s. 427-438. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Dahlin-Ivanoff, S. et al. 2007, The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 14, s. 25-32. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 20.9.2009.

Ekwall, A. K. & Hallberg, I. R. 2007, The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, s. 832-844. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Ekwall, A. K.; Sivberg, B. & Hallberg I. R. 2004, Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 18, s. 239-248. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Fisher, A.G.; Atler, K. & Potts, A. 2007, Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 14, s. 240-249. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 1.10.2009.

Hellström, Y. & Hallberg, I. R. 2004, Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 18, s. 387-395. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Jansson, W.; Nordberg, G. & Grafström, M. 2001, Patterns of elderly spousal caregiving in dementia care: an observation study, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 36, s. 804-812. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Johannesen, A.; Petersen, J. & Avlund, K. 2004, Satisfaction in everyday life for frail 85-year-old adults: a Danish population study, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 11, s. 3-11. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 22.9.2009.

Karlsson S. et al. 2008, Functional ability and health complaints among older people with a combination of public and informal care vs. public care only, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 22, s. 136-148. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 20.9.2010.

Kuuppelomäki, M. et al. 2004, Coping strategies of family carers for older relatives in Finland, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, s. 697-706. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Magnusson, L.; Hanson, E. & Borg, M. 2004, A literature review study of information and communication technology as a support for frail older people living at home and their family carers, *Technology and Disability*, vol. 16, s. 223-235. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Magnusson, L. & Hanson, E. 2005, Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 51, s. 645-657. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Salin, S.; Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2009, Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, s. 492-505. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Stoltz, P.; Udén, G. & Willman, A. 2004, Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 18, s. 111-119. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Tamm, M. 1999, Relatives as a help or a hindrance – a grounded theory study seen from the perspective of the occupational therapist, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 6, s. 36-45. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 30.9.2009.

Torp, S. et al. 2008, A pilot study of how informal and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway, *Health and Social Care in the Community*, vol. 16, s. 75-85. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 23.8.2010.

Öppet material tillgängligt på internet

Lag om stöd för närståendevård 2.12.2005/937, Finlands författningslag. Tillgänglig: Finlex

[http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2005/20050937?search\[type\]=pika&search\[pika\]=n%C3%A4rst%C3%A5endev%C3%A5rd](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2005/20050937?search[type]=pika&search[pika]=n%C3%A4rst%C3%A5endev%C3%A5rd) Hämtad 14.1.2010

- FPA. 2010, *Ålderspension*. Uppdaterad 10.10.2009. Tillgänglig: <http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/091003122939MP> Hämtad 29.8.2010
- Khan, K. S. et al. 2001, *Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness. CRD's Guidance for those Carrying Out or Commissioning Reviews*, 2 uppl., York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. 152 s. Tillgänglig: http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/crdreport4_complete.pdf Hämtad: 26.8.2010
- Nordiska ministerrådet. 2009, *Norden, De nordiska ländernas officiella samarbete, Äldre*. Tillgänglig: <http://www.norden.org/sv/samarbetsomraaden/aldre> Hämtad 29.10.2009
- Salanko-Vuorela, M. et al. 2009-2010, *Tiedä, taida, selviydyt... - PALVELUOPAS 2009-2010 omaishoitajille, vammaisille, pitkäaikaissairaille ja ikääntyville*, 13 uppl., Helsingfors: Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry, 35 s. Tillgänglig: www.omaishoitajat.com/files/palveluopas.pdf Hämtad 2.9.2010
- Tilastokeskus. 2009, *Suomen väestö 2008*. Publicerad 27.3.2009. http://www.stat.fi/til/vaerak/2008/vaerak_2008_2009-03-27_tie_001_fi.html Hämtad 29.10.2009
- Tilastokeskus. 2010, *Alle 15-vuotiaiden määrä Suomessa pienin yli 100 vuoteen*. Publicerad 19.3.2010. Tillgänglig: http://www.stat.fi/til/vaerak/2009/vaerak_2009_2010-03-19_tie_001_fi.html Hämtad 26.8.2010

BILAGOR

BILAGA 1

Checklista för systematiska litteraturstudier

A. Syftet med studien

B. Litteratururval

I vilka databaser har sökningen genomförts?

Vilka sökord har använts?

Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning? Ja Nej

Har författaren sökt efter icke publicerade forskningsresultat? Ja Nej

Vilka var inklusionskriterierna för att ta med artiklar?

Vilka begränsningar har gjorts?

Är inkluderade studier kvalitetsbedömda? Ja Nej

C. Resultat

Hur många artiklar togs med?

Hur många artiklar valdes bort? Redovisas dessa? Anges motivering för uteslutning av dessa?

Vilka var huvudresultaten?

Gjordes en metaanalys? Ja Nej

Om ja, vilket resultat erhöles?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du? Ja Nej

Om nej, varför inte?

D. Värdering

Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja Nej

Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas? Ja Nej

Motivera varför eller varför inte!

(Källa: Forsberg & Wengström 2008 s. 194-196)

BILAGA 2

Checklista för kvantitativa artiklar – kvasiexperimentella studier

A. Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna?	Ja	Nej
Är designen lämplig utifrån syftet?	Ja	Nej

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Vilken urvalsmetod användes?

- Randomiserat urval
- Obundet slumpmässigt urval
- Kvoturval
- Klusterurval
- Konsekutivt urval
- Urvalet är ej beskrivet

Är undersökningsgruppen representativ?	Ja	Nej
Var genomfördes undersökningen?		

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad?	Ja	Nej
Var validiteten diskuterad?	Ja	Nej

D. Analys

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?	Ja	Nej
Om nej, vilka skillnader fanns?		

Hur stort var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys?	Ja	Nej
Var den statistiska analysen lämplig?	Ja	Nej
Om nej, varför inte?		

Vilka var huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader?	Ja	Nej
----------------------------------	----	-----

Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du?

Ja

Nej

E. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population?

Ja

Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja

Nej

Ska denna artikel inkluderas i forskningsöversikten?

Ja

Nej

Motivera varför eller varför inte!

BILAGA 3

Checklista för kvantitativa artiklar – kvasiexperimentella studier (utan jämförelsegrupp)

A. Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna? Ja Nej
Är designen lämplig utifrån syftet? Ja Nej

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Vilken urvalsmetod användes?

- Randomiserat urval
- Obundet slumpmässigt urval
- Kvoturval
- Klusterurval
- Konsekutivt urval
- Urvalet är ej beskrivet

Är undersökningsgruppen representativ? Ja Nej
Var genomfördes undersökningen?

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?
Var reliabiliteten beräknad? Ja Nej
Var validiteten diskuterad? Ja Nej

D. Analys

Hur stort var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys? Ja Nej
Var den statistiska analysen lämplig? Ja Nej
Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du? Ja Nej

E. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population?

Ja Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja Nej

Ska denna artikel inkluderas i forskningsöversikten?

Ja Nej

Motivera varför eller varför inte!

BILAGA 4

Checklista för kvalitativa artiklar

A. Syftet med studien

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? Ja Nej

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? Ja Nej
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Var genomfördes undersökningen?

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes?

- Strategiskt urval
- Snöbollsurval
- Teoretiskt urval
- Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

Är undersökningsgruppen lämplig? Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamling)? Ja Nej

Beskriv:

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

Ange datainsamlingsmetod:

- ostrukturerade intervjuer
- halvstrukturerade intervjuer
- fokusgrupper
- observationer
- video-/bandinspelning
- skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)? Ja Nej

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om:

- teman är utvecklade som begrepp
- det finns episodiskt presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?	Ja	Nej
Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?	Ja	Nej
Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?	Ja	Nej
Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?	Ja	Nej
Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?	Ja	Nej
Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?	Ja	Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?	Ja	Nej
Stöder insamlade data forskarens resultat?	Ja	Nej
Har resultaten klinisk relevans?	Ja	Nej
Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?	Ja	Nej
Finns risk för bias?	Ja	Nej
Vilken slutsats drar författaren?		
Håller du med om slutsatserna?	Ja	Nej
Om nej, varför inte?		
Ska artikeln inkluderas?	Ja	Nej

(Källa: Forsberg & Wengström 2008 s. 206-210)

BILAGA 5

Checklista för ekonomiska utvärderingsstudier

1. Finns det en välformulerad fråga?	Ja	Nej
2. Finns det en omfattande beskrivningar av alternativen?	Ja	Nej
3. Är alla viktiga och relevanta kostnader samt resultat för varje alternativ identifierade?	Ja	Nej
4. Har den kliniska effekten kunnat bevisas?	Ja	Nej
5. Är kostnader och resultat noggrant mätta?	Ja	Nej
6. Är kostnader och resultat trovärdigt värderade?	Ja	Nej
7. Är kostnader och resultat justerade för olika tidpunkter?	Ja	Nej
8. Finns det en inkrementell analys av kostnader och konsekvenser?	Ja	Nej
9. Utfördes känslighetsanalyser för att undersöka osäkerheter i utvärderingarna av kostnader eller konsekvenser?	Ja	Nej
10. Är resultaten användbara?	Ja	Nej

(Källa: Khan et al. 2001 s. 67. Fritt översatt och modifierad av författaren.)

BILAGA 6

Definition av begrepp

Bias: Bias, eller systematiskt fel, innebär en störning av forskningsresultat som uppstår genom procedurfel under en undersökning, eller genom fel som sker i tolkningen eller hanteringen av resultaten. Med bias menas inte störningar som uppstår slumpmässigt. (Willman 2006 s. 164-165)

Kvasiexperimentell studie: Med kvasiexperimentella studier menas studier där fördelningen av deltagarna i en test- och jämförelsegrupp kontrolleras av forskaren. Metoden innefattar således inte en randomiserad fördelning av samplet. (Khan et al. 2001, s.57) P.g.a. detta värderas inte de kvasiexperimentella studierna lika högt som t.ex. randomiserade kontrollerade studier (RCT). Till de kvasiexperimentella studierna hör även andra öppna icke-randomiserade studier utan jämförelsegrupp (Forsberg & Wengström 2008 s. 100).

Metaanalys: I kvalitetsgranskning av litteratur sammanfattas resultatet kvantitativt i metaanalys, som innebär en statistisk sammanvägning. Detta innebär att resultaten m.h.a. statistiska metoder vägs samman från många små studier. Studierna som används ger kanske var för sig inga säkra svar, medan alla studier tillsammans kan ge meningsfulla resultat. Således ligger metaanalysens styrka i att små skillnader som inte visat någon statistisk signifikans, i sin tur tillsammans kan leda till användbara resultat. Detta är dock även svagheten med metaanalys, eftersom systematiska fel därmed också adderas och blir större i resultatet. (Willman 2006 s. 89)

Tvärsnittundersökning: Med tvärsnittundersökning som design anses att alla variabler studerats vid samma tillfälle. Studiens syfte kan t.ex. vara att studera samband mellan variabler eller att kartlägga det nuvarande läget. Enstaka tvärsnittundersökningar anses ha ett lågt bevisvärde. (Forsberg & Wengström 2008 s. 99-100) I tvärsnittundersökningen måste samplet väljas slumpmässigt (Willman 2006 s. 86).