

En chans att andas ut

Korttidsvård för personer med minnessjukdom – de närståendes upplevelser

Marthina Wargh

Marthina Wargh

Examensarbete

Vård

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	
Författare:	Marthina Wargh
Arbetets namn:	En chans att andas ut – korttidsvård för personer med minnesjukdom –de närståendes upplevelser.
Handledare (Arcada):	Elisabeth Kajander
Uppdragsgivare:	
<p>Sammanfattning: Detta examensarbete är en undersökning av de närståendes upplevelser av att ha en anhörig med minnessjukdom på korttidsvård. Arbetet är beställt av ett äldreboende i huvudstadsregionen. Tidigare forskning visar att vardagen som närstående till en person som lider av minnessjukdom kan vara krävande, men att det inte heller är lätt att fatta beslut om vård på en avdelning för den anhöriga. Som teoretiskt perspektiv valdes Aaron Antonovskys teori om salutogenes och känsla av sammanhang som består av komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Syftet med studien var att undersöka hur de närstående upplevde korttidsvårdsperioden och att få en bild av vardagen tillsammans med den minnessjuka. Som metod användes innehållsanalys och som datainsamlingsmetod enkätundersökning. Resultatet visar att korttidsvård är en service som de närstående uppskattar mycket och de kände sig väl bemötta av personalen på avdelningen. Vardagen där hemma gick på den minnessjukes villkor och de närstående kände sig bundna till hemmet, eftersom det var svårt att lämna den anhöriga ensam hemma. Korttidsvårdsperioden gav de närstående en chans att andas ut och gav tid för fritidsaktiviteter och umgänge med familj och vänner. De närstående kunde slappna av då de visste att deras anhöriga var i goda händer. Alla informanter önskade att de även i fortsättningen kunde använda servicen.</p>	
Nyckelord:	Närstående, korttidsvård, minnessjukdom, känsla av sammanhang, innehållsanalys
Sidantal:	41
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	nursing
Identification number:	
Author:	Marthina Wargh
Title:	An oppurtunity to breath – short-term care for people with dementia –the experiences of the familymembers.
Supervisor (Arcada):	
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>This is a study of the experiences of the familymembers to a person suffering from dementia regarding short-term care at a nursing home. The study was ordered by a nursing home in the Helsinki region. Earlier research show that life as a familymember to a person suffering from dementia can be challenging, but also that it is not easy to decide on care in a nursing home for the relative. As the theoretic perspeciv Aaron Antonovskys theory on salutogenesis och sense of coherence, which concludes of three components: comprehensibility, manageabilty and meaningfulness, was chosen. The purpose of this study was to investigate how the familymembers experienced the short-term care and to get a picture of their everyday life as a familymember to a person suffering from dementia. Content analysis was chosen as the method and questionnaires were used to gather data. The results show that the familymembers appreciate the short-term care a lot and that they felt well treated by the personnel at the ward. Everyday life was going according to the terms of the relative and the familymembers felt bound to the home, as they felt that they couldn't leave the relative home alone. The short-term care gave the familymembers an oppurtuinty to breath and gave time for freetime activities and for spending time with friends and family. The familymembers could relax when they knew that their relative was in good hands. All of the familymembers wished to use this type of service again.</p>	
Keywords:	Relative, short-term care, dementia, sense of coherence, content analysis
Number of pages:	41
Language:	swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL / CONTENTS

1	INLEDNING	6
2	BEGREPP	6
3	BAKGRUND	7
3.1	Tidigare forskning	7
3.1.1	<i>Artikelsökning</i>	7
3.1.2	<i>Presentation av forskningsartiklar</i>	8
3.2	Minnessjukdomar	10
3.2.1	<i>Alzheimers sjukdom</i>	10
3.2.2	<i>Vaskulär demens</i>	12
3.2.3	<i>Lewy Body</i>	13
3.2.4	<i>Frontallobsdemens</i>	14
4	TEORETISKT PERSPEKTIV	15
4.1	Val av teoretiskt perspektiv	15
4.2	Det salutogena synsättet och KASAM	15
4.2.1	<i>Salutogenesis</i>	15
4.2.2	<i>KASAM</i>	16
	3.2.3.1 <i>Begriplighet</i>	16
	3.2.2.2 <i>Hanterbarhet</i>	17
	3.2.2.2 <i>Meningsfullhet</i>	17
4.2.3	<i>Salutogen demensomsorg</i>	18
5	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	19
5.1	Övergripande syfte	19
5.2	Frågeställningar	20
6	METOD	20
6.1	Val av metod	20
6.2	Kvalitativ metod	20
6.3	Innehållsanalys	22
6.3.1	<i>Att utformna en enkät</i>	23

7	STUDIENS DESIGN	24
7.1	Insamling av material	25
7.2	Analys av material	25
8	ETISK REFLEKTION	26
9	GENOMFÖRANDE AV STUDIEN	27
10	RESULTAT	28
10.1	Presentation av resultat.....	28
10.1.1	<i>Bemötande</i>	28
10.1.2	<i>Information</i>	29
10.1.3	<i>Trivsel</i>	29
10.1.4	<i>De närståendes vardag</i>	30
10.1.5	<i>Längden på vårdperioden</i>	30
10.1.6	<i>Aktivitet</i>	31
10.2	Resultatet i jämförelse med en tidigare forskningen	31
10.3	Resultatanalys mot den teoretiska referensramen.....	32
10.3.1	<i>Genomförande av analys</i>	32
10.3.2	<i>Begriplighet</i>	32
10.3.3	<i>Hanterbarhet</i>	33
10.3.4	<i>Meningsfullhet</i>	34
10.3.5	<i>Hanterbarhet och Meningsfullhet</i>	34
10.3.6	<i>Begriplighet och Meningsfullhet</i>	35
10.4	Resultatet mot syfte och frågeställningar	36
10.5	Sammanfattning	36
11	DISKUSSION	37
12	KRITISK GRANSKNING	38
13	AVSLUTNING	39
	Källor / References	40
	Bilagor / Appendices	42

1 INLEDNING

För en tid sedan påbörjades en ny service på den avdelning där jag jobbar. Det handlade om korttidsvård för personer med demenssjukdom som ännu bor hemma och tas hand om av anhöriga, ofta med hjälp av hemvården.

Personerna som kommit till oss på korttidsvård har varit i varierande skick. En del har behövt mer eller mindre konstant tillsyn, och det har krävt mycket resurser. Gång på gång har jag med tänkt på de anhöriga som tar hand om dessa korttidsklienter när de inte är hos oss. Det kan inte vara lätt. Det är säkert givande på många sätt, men det kan inte på något sätt vara lätt.

Mitt intresse för de närståendes välmående och situationen hemma väckte idén till detta arbete. Jag ville veta om korttidsvården är till det stöd och den hjälp som den strävar till att vara. Om den verkligen ger den andningspaus som vi tror att den ger.

Detta arbete har gjorts i samarbete med det gruppboende där undersökningen gjorts och fungerar därför även som en feedback från de anhöriga. Tanken är dock att resultatet skall kunna spegla ett behov och en situation som inte bara finns just på det här gruppboendet. Jag tror nämligen att behovet att den här typen av service kommer att växa allt mer i och med att de stora generationerna, födda i efterkrigets Finland sent 40-tal, nu närmar sig allt högre ålder. (Tilastokeskus 2012)

2 BEGREPP

Korttidsvård innebär på den här avdelningen att personen inte har en permanent vårdplats på avdelningen utan vistas där under en kortare tidsperiod. Det kan handla om en enstaka gång eller om regelbunda vårdperioder. Periodens längd varierar också, från någon dag till veckor till månader.

Hemmet syftar på beställaren av detta arbete, och är också platsen där undersökningen gjorts. I samförstånd med beställaren fattades beslutet att inte namnge gruppboendet i arbetet, främst för att kunna garantera anonymiteten hos informanterna och, i och med att jag jobbar på detta boende, också bevara tystnadsplikten.

I detta arbete benämns de anhöriga till personen som lider av minnesjukdom som *närstående* och själva personen, och även då korttidsklienten, som *anhörig* eller *korttidsklient*.

3 BAKGRUND

Bakgrunden innehåller en titt på tidigare forskning inom området samt ett kapitel som kort tar upp de vanligaste demenssjukdomarna.

3.1 Tidigare forskning

3.1.1 Artikelsökning

Artikelsökningen gjordes i september 2012. Databasen som användes var Cinahl och sökorden var dementia, caregiver, relative, support, short-term, care och experience. 6 av 7 artiklar är från år 2000 och framåt, en artikel är från år 1997. Det finns artiklar från USA, Europa och Norden. Sökningen begränsades till fulltextartiklar. Forskningsartiklarna presenteras även som en tabell i Bilaga 1.

Det fanns väldigt få bra artiklar som behandlade korttidsvård för minnesjuka som fanns att få i fulltextformat. Eftersom detta arbete inte är en litteraturanlys valde jag att använda mig av artiklar som speglar vardagen som närståendevårdare och upplevelser av att behöva använda sig av permanent vård för den anhöriga istället.

1.1.2 Presentation av forskningsartiklar

I en undersökning gjord av Evridiki Papastavarou m.fl, där 172 närståendevårdare var informanter kom det fram att majoriteten av närståendevårdarna upplever stor stress i vardagen och en stor börda av sin uppgift som närståendevårdare. Som mest påfrestande upplevdes aggressivitet, både fysisk och verbal, medan saker som hade att göra med det försämrade minnet, som att ständigt tappa bort saker mest påverkade de närståendes vardag. Det var också den främsta faktorn som ledde fram till ett beslut att närståendevårdaren inte längre klarar av situationen hemma, utan satte den anhöriga i kö till ett vårdhem. (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari och Sourtzi 2007)

Närståendevårdarna kände sig isolerade från det övriga samhället och kände t.o.m depression i vissa fall. Som copingmetoder användes bön, hopp om mirakel, dagdrömmande, önsketänkande, men även undvikande, att spendera allt mindre tid med den dementa. (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari och Sourtzi 2007)

Forskningen gjord av Meiland m.fl. där 93 närstående intervjuats visade också på att närstående upplevde situationen som stressande och tung. Att ta hand om hushållssysslor tog mest tid av de närståendes vardag, medan oron för konsekvenserna av det förändrade beteendet hos den anhöriga var störst. De av närstående som bodde tillsammans med den dementa upplevde större börda. Att ha ett annat jobb lättade på bördan. De flesta hade en positiv inställning till vårdhem. De faktorer som mest påverkade beslutet att sätta den anhöriga i kö till ett vårdhem var oro över att kvaliteten på vården i hemmamiljö inte var tillräckligt bra och att situationen blev för påfrestande. Kötiden, som ibland kunde bli lång, upplevdes som tung. (Meiland, Danse, Wendte, Klazinga och Gunning-Schepers 2001)

Forskningen gjord av Bramble m.fl tar upp hur de närstående har upplevt beslutet att placera den anhöriga på ett vårdhem. Faktorer som ledde fram till det beslutet var ökad upplevd börda, osäker demensdiagnos, att den anhöriga inte längre kan bo hemma, konstant behov av tillsyn, inkontinens och sömnlöshet. Efter att beslutet tagits kände de närstående sorg, förlust och led av dåligt samvete, men var samtidigt lättade. (Bramble, Moyle och MacAllister 2008)

De närstående som tidigare tagit hand om den anhöriga ansåg att de hade värdefull information att ge till vårdpersonalen på vårdhemmet, men vissa upplevde att personalen inte alltid var beredd att lyssna på dem och att atmosfären på hemmet ibland var ovälkommande. De allra flesta var dock nöjda, och kände en mening i att de fick ta del i vården tillsammans med vårdpersonalen. (Bramble, Moyle och MacAllister 2008)

Assumpta och Scullion har gjort djupintervjuer med 10 närstående som valt att placera den anhöriga på ett vårdhem. Den främsta orsaken till detta var att hälsotillståndet, antingen hos den anhöriga eller den närstående, blivit sämre. När situationen hemma blev ohållbar fattades beslutet om placering på ett vårdhem. Beslutet kom ibland utifrån, från professionella inom branschen. (Assumpta och Scullion 2000)

Efter att den anhöriga flyttat in på vårdhemmet kände de närstående en känsla av misslyckande, skuld, hjälplöshet, förlust, ånger och sorg, men de flesta konstaterade ändå att det inte hade haft något val och att detta nog var den bästa lösningen för den anhöriga. (Assumpta och Scullion 2000)

Hasselkus och Murray har undersökt välmåendet hos närstående till personer med en demenssjukdom. Resultatet av undersökningen visar att närståendevårdarna upplevde att de inte kunde göra tillräckligt för den dementa och kände skuld p.g.a detta. Vardagen för de närstående påverkades mycket av situationen. Att den anhöriga inte längre kände igen de närstående var smärtsamt, speciellt för partnern till den minnessjuka. Fysiskt våld riktat mot den närstående förekom också. Relationen mellan närståendevårdaren och den dementa var ofta mycket olik den relation de hade haft innan sjukdomen bröt ut. (Hasselkus och Murray 2007) I studien gjord av Almberg m.fl framkommer också att de närstående upplevde den förändrade relationen som tung, det var på ett sätt som att förlora sin anhörig, att bli mamma till sin mamma. (Almberg, Grafström och Winberg 1997)

Almqvist m.fl tar även upp behovet av att få diskutera situationen med andra och vid behov få stöd från professionella utifrån för att klara av uppgiften som närstående till en minnessjuk person. (Almberg, Grafström och Winberg 1997)

En del upplevde ändå stor tillfredställelse av att kunna ta hand om den dementa, och sade att deras relation aldrig varit bättre. Vissa stunder, som då de närstående tog den

anhöriga på en lunch, kunde det nästan kännas som vanligt. De närstående hade dock en god förståelse för att minnesjukdomen kommer att ge allt mer symptom med tiden och att det kommer att förändra situationen. (Hasselkus och Murray 2007)

Knussen m.fl har undersökt hur de närstående hanterar stressen. I resultatet presenteras tre sätt att hantera stressen: 1. Att försöka hitta en balans i tillvaron, genom att ta tid för sig själv och det man trivs med och kopplar av med att göra. 2. Att fokusera på vårdandet, att göra miljön där hemma bättre och söka mera kunskap om sjukdomen och 3. Att undvika situationen, att hoppas att det skall bli bättre eller ta till t.ex. alkohol för att fly vardagen. (Knussen, Tolson, Brogan, R.C Swan, Scott och Sullivan 2008)

Det visade sig att de som försökte hitta en balans i tillvaron kände sig mindre stressade och därför var den mest effektiva metoden, medan de som använde sig att det undvikande sättet inte bara kände sig stressade, men även hade det sämsta förhållandet till den dementa. (Knussen, Tolson, Brogan, R.C Swan, Scott och Sullivan 2008)

3.2 Minnessjukdomar

I detta stycke presenteras korta några olika demenssjukdomar. Tanken med stycket är att ge en bild av hur demenssjukdom kan ta sig i uttryck.

Demenssjukdomar drabbar i första hand centrala nervsystemet, men även andra organ. Sjukdomarna skadar på olika sätt strukturerna i hjärnan. Den vanligaste sjukdomen är Alzheimers sjukdom, andra vanliga sjukdomar är vaskulär demens och frontallobdemens. (Armanius-Björilin, Basun, Beck-Friis, Ekman, Englund, Jönhagen, Gustafson, Lannfelt, Nygård, Björkstén, Terzis, Wahlund och Wimo 2008 s. 11-12)

3.2.1 Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom utvecklas smygande, och det är ofta svårt att avgöra när sjukdomen brutit ut, inte minst eftersom symptomen ofta nekas till en början och det är sällan den som drabbats av sjukdomen som söker hjälp, utan en anhörig. Minnessvårigheter är vanligtvis det första symptomet. (Armanius-Björilin et al. 2008)

s.19-20)

Närminnet försämras i ett tidigt skede av sjukdomen. Det blir allt svårare att komma ihåg saker som hänt dagen innan eller tidigare samma dag. Överenskommelser glöms ofta bort. Här kan den som drabbats av sjukdomen ännu klara av att utforma strategier för att klara av vardagen, som att skriva minneslappar åt sig själv. (Ekman, Jönhagen, Fratiglioni, Graff, Jansson, Robinson, Tjernberg, Wahlund 2007 s.12)

I sjukdomens mellanfas blir minnes- och orienteringssvårigheterna mer och mer uppenbara. Den som drabbats av sjukdomen klarar sig kanske inte längre utan stöd utifrån. (Armanius-Björilin et. al 2008 s.21) Lokalsinnet försämras och det blir allt svårare att hitta på främmande platser. Till sist blir även närmiljön främmande och det blir svårt att hitta i det egna hemmet. Det är inte ovanligt att personen måste leta efter toaletten där hemma. (Ekman et. al 2007 s.12)

Tänkandet och språket är påverkat och meningarna blir ofta på hälft. I denna fas tillkommer även svårigheter att utföra ändamålsenliga rörelser, så som att öppna en dörr. (Armanius-Björilin et al. 2008 s.21) Beteendet förändras också i mellanfasen. Personen kan bli allt från apatisk till aggressiv. Vanföreställningar, sömnsvårigheter samt hallucinationer kan förekomma. Att själv klara av hygien och påklädning blir allt svårare och även bordskicket bli sämre. (Armanius-Björilin et. al 2008 s. 21-22)

I sjukdomens sista fas måste patienten bo på en institution för att klara sig. Patienten är helt desorienterad och har svårt att kommunicera. Beteendet är tydligt påverkat och patienten går ofta omkring och kan vara orolig och aggressiv. Det är ännu svårare att utföra ändamålsenliga rörelser och patienten behöver hjälp med alla dagliga funktioner. I sjukdomens slutskede blir patienten sängliggande. (Armanius-Björilin et. al 2008 s.22)

Alzheimers sjukdom leder till för tidig död. Sjukdomsdurationen varierar allt från ett till tjugo år och är i genomsnitt nio år. (Armanius-Björilin et. al 2008 s.22)

Alzheimers sjukdom är den enda demenssjukdomen som kan behandlas med läkemedel.

Effekten av läkemedlen är än så länge ganska svag, men man tror på att i framtiden kunna ta fram mer effektiva mediciner. Förutom läkemedel som är riktade mot själva sjukdomen behöver ofta sjukdomens symptom dämpas med läkemedel. Ett exempel på detta är att ge lugnande medicin åt en aggressiv patient. (Armanius Björilin et. al 2008 s. 27-33)

Den viktigaste riskfaktorn för att insjukna i Alzheimers sjukdom är ålder. Kvinnor drabbas lättare än män, men här bör man ta hänsyn till att medellivsåldern också är längre för kvinnor. Slag mot huvudet och skallskador kan även vara en riskfaktor. Det forskar mycket kring om man kan förhindra sjukdomen med olika typ av livsstilsval. Forskningen har visat att omega 3-fettsyror till en viss del kan bromsa nedbrytningen av de kognitiva funktionerna när sjukdomen ännu är i ett mycket tidigt skede. Även motion och en aktiv fritid kan ha positiv effekt. Sjukdomen kan vara ärftlig. (Ekman et. al 2007 s.17-19)

3.2.2 Vaskulär demens

Vaskulär demens orsakas av förändringar i hjärnans blodkärl. Det är den näst mest förekommande demenssjukdomen i västvärlden. Förändringarna i kärlen kan vara ateroskleros eller inflammationer. (Armanius-Björilin et. al 2008 s.49)

Till skillnad från Alzheimers sjukdom sker insjuknandet ofta plötsligt. Symtomen debuterar ofta efter en hjärninfarkt eller TIA. Vissa personer med vaskulär demens, speciellt om förändringarna ligger i mindre kärl, kan dock ha ett långsamt insjuknande, vilket gör att det kan vara svårt att åtskilja Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. (Armanius-Björilin et al 2008 s. 49-50)

Medan en person med Alzheimers sjukdom gradvis blir sämre kan en person med vaskulär demens under långa tider ha en oförändrad kognitiv status och sedan plötsligt bli i sämre skick. Motoriken och känslolivet drabbas, och symptomen varierar ofta under dagen. Vissa som lider av vaskulär demens kan vara klara under dagen och ha

kraftiga symptom nattetid. (Armanius-Björilin et al 2008 s.50)

Vaskulär demens drabbar den insjuknades rörlighet relativt snabbt och personen kan förlora sin förmåga att gå i ett rätt tidigt skede av sjukdomen. Man lever i genomsnitt 7-8 år med diagnosen. Sjukdomen framskrider alltså snabbare än Alzheimers sjukdom. (Hartikainen och Lönnroos 2008 s. 90)

3.2.3 Lewy Body

Lewy-Bodydemens diagnostiseras genom att betrakta patientens symptom. Personen blir ofta stel, långsam i rörelserna, får svårt att gå och lider av darrningar. Symptomens svårighetsgrad kan variera mycket inom korta tidsperioder och det är vanligt att personen har synvillor.

Förmågan att lära sig nya saker och närminnet kan vara i rätt gott skick länge. Även talförmågan kan bibehållas en lång tid. Sinnet för humor finns ofta kvar ända till slutet. I diskussion med en som lider av Lewy Body kan det ta länge för personen att svara, men svaret visar ofta på att personen är orienterad. (Hartikainen och Lönnroos 2008 s. 93-94)

Typiskt för sjukdomen är synvillor. Till en början kan det handla om att figurer ur drömmarna finns kvar ännu efter att personen vaknat, men så småningom kommer synvillorna även under dagen. Synvillorna kan vara någon bekant, ett djur, en fiende eller olika föremål. Det är inte ovanligt att personen samtalar med synvillan. (Hartikainen och Lönnroos 2008 s. 94)

I sjukdomens tidiga skede kan den som drabbats ännu förstå att det handlar om synvillor, men med sjukdomens försämring försvinner även den förmågan och det kan framkalla svår ångest och rädsla hos den insjuknade. (Hartikainen och Lönnroos 2008 s. 95)

Aggressivitet är ofta förekommande hos personer som lider av Lewy Body. Ofta är

orsaken till vredesutbrottet lätt att identifiera. För kallt vatten i duschen kan t.ex. leda till svordomar, skrik och slag. Det är viktigt att vårdpersonalen identifierar dessa situationer som leder till ett vredesutbrott för att sedan kunna undvika att samma sak upprepar sig igen. (Hartikainen och Lönnroos 2008 s. 96)

3.2.4 Frontallobsdemens

Frontallobsdemens består av en grupp demenssjukdomar. Man insjuknar i frontallobsdemens i rätt tidig ålder, ofta före 65 års ålder och det är sällan som de första symptomen uppkommer efter 70 års ålder. Sjukdomen utvecklas smygande och det är personligheten och beteendet som drabbas först. Symtomen är ofta affektiva och det talade språket drabbas. De kognitiva symptomen är betydligt mindre än då man jämför med t.ex. Alzheimers sjukdom. Minnet kan vara rätt välbevarat i ett sent stadium av sjukdomen. (Armanius-Björilin et. al 2008 s.55-63)

Frontallobsdemensen blir ofta feldiagnostiserad eftersom de första symtomen kommer i en ålder då man vanligtvis inte ännu misstänker att det kunde röra sig om en demenssjukdom. Personen är ofta ännu i arbetslivet och kan ha barn hemma. Att inte ha en diagnos och en förklaring på det oberäkneliga och förändrade beteendet kan vara svårt för personerna i omgivningen. (Armanius-Björilin et. al 2008 s. 70)

4 TEORETISKT PERSPEKTIV

I detta kapitel presenteras det teoretiska perspektivet som kommer att fungera som ett stöd i analysen av materialet.

4.1 Val av teoretiskt perspektiv

Som teoretiskt perspektiv har jag valt att använda mig av Aaron Antonovskys tankar som det salutogenesis och hans teori om KASAM, känslan av sammanhang. Begreppen blev bekanta för mig i samband med en kurs tidigare i år och när jag inledde detta arbete gick tankarna omedelbart till denna teori. Tror att det är ett perspektiv som väl lämpar sig för detta arbete och hoppas att det kan vara ett verktyg när analysen av materialet skall ske.

4.2 Det salutogena synsättet och KASAM

4.2.1 Salutogenesis

Det latinska ordet *Salus* betyder hälsa och *Genesis* ursprung. Begreppet salutogen kan alltså översättas som hälsans ursprung. Grundtanken för den salutogena teorin är frågan vad som ger människan hälsa och vad som får människan att känna välmående. Inom medicinen används mera ofta det patogena synsättet, som sätter fokus på symptom, sjukdom och diagnos och tanken är mera att hälsa innebär frånvaro av sjukdom. (Westlund 2009 s.10)

Inom äldreomsorgen, och kanske speciellt inom demensvården står man ofta inför det faktum att de äldres sjukdom inte kommer att kunna botas eller ens bli lindrigare. Personens hälsa skulle alltså enligt det patogena synsättet bli sämre och sämre. Antonovsky menar ändå att begreppen sjuk och frisk berättar ganska lite om personen i fråga har hälsa eller inte. En person med svår demens är inte fri från sjukdom men kan

ändå känna välmående. (Westlund 2009 s. 12-14)

Det salutogena tänkandet handlar i ett nötskal om att fokusera på friskfaktorer framom riskfaktorer. När den medicinska vården inte mera har så mycket att erbjuda, så som fallet kan vara inom demensvården och även den palliativa vården, kan det ännu finnas faktorer som får personen att känna hälsa. Salutogen vård går ut på att stödja dessa faktorer. (Westlund 2009 s. 12-14)

4.2.2 KASAM

KASAM betyder alltså *känsla av sammanhang*. Enligt Antonovsky kan en person som upplever KASAM möta svårigheter i livet utan att deras upplevda hälsa nödvändigtvis rubbas nämnvärt. En person med en stark KASAM är mera benägen att hantera den nya, svåra situationen på ett mera lämpligt sätt än en person som inte upplever KASAM. Teorin om KASAM är alltså, enligt Antonovsky, svaret på varför en del personer klara av större motgångar än andra. (Westlund 2009 s. 10, 17)

Antonovsky delar in KASAM i tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Han menar alla dessa delar är av stor vikt för att uppleva sig vara vid god hälsa, men sätter ändå större vikt vid begriplighet och meningsfullhet. För att kunna hantera problem på ett salutogent sätt behöver man dock alla tre komponenter. (Westlund 2009 s.17)

Ett sätt att uttrycka det på är att vi för att kunna känna en stark känsla av sammanhang behöver ”*förstå olika situationer, finna det meningsfullt att hantera dem och tro att vi kan hantera dem.*” (Westlund 2009 s.17-18)

4.2.2.1 Begriplighet

Att känna begriplighet betyder att individen förstår sig själv och sin omgivning, men även upplever sig vara förstådd. När tillvaron innehåller dessa faktorer blir inre och

yttre stimuli strukturerat och ordnat, jämfört med kaotiskt och slumpmässigt som fallet kan vara om personen inte upplever tillvaron som begriplig. (Westlund 2009 s.18)

Begriplighet ger personen möjlighet att känna att livet har ordning och struktur. Personen känner sig mera trygg och kan fatta beslut. När någon saknar denna känsla av begriplighet finns risken att personen känner utanförskap och övergivenhet och personen kan bli orolig, rädd och te sig väldigt hjälplös. Tillvaron känns kaotisk och osammanhängande. (Westlund 2009 s.18)

Begripligheten kan stärkas på flera olika sätt, bland annat genom att ge information och således även öka kunskapen. Ett exempel på detta kan vara en person som är sjuk och har olika symptom. Här kan en diagnos och ökad kunskap om sjukdomen som personen lider av bidra till att begripligheten ökar. Bara en enkel sak som att uppleva att någon lyssnar och ser problemet kan göra att situationen blir mindre kaotisk och mer begriplig. (Westlund 2009 s. 18-19)

4.2.2.2 Hanterbarhet

Att uppleva att tillvaron är hanterbar handlar om att känna att de egna resurserna och övriga tillgängliga resurser räcker för att möta de krav som följer med olika situationer. Hanterbarheten kan ökas med allt från färdigheter till en god fysisk hälsa till adekvata hjälpmedel. (Westlund 2009 s. 20)

Om livet inte känns hanterbart upplever lätt individen sig som ett offer för omständigheterna, belastningarna känns för stora och kan leda till negativ stress och uppgivenhet. Det finns även en risk att icke-hanterbarhet leder till ett utagerande beteende. Om livet tvärtom inte innehåller tillräckligt med utmaningar, och det finns ett överskott av resurser kan det leda till passivitet och en nedstämdhet som på sikt kan vidare utvecklas till en depression. Detta är även orsaken till fenomenet *hospitalisering* som förekommer inom vården, då personens beteende präglas av en inlärdd hjälplöshet som en följd av att de egna resurserna inte tagits tillvara. (Westlund 2009 s.20)

När belastningarna blir för stora behövs mera resurser för att personen igen skall kunna uppleva hanterbarhet. Det kan handla om att utveckla de egna resurserna eller om att delegera vissa uppgifter så att någon annans resurser får stå för dem. Det är viktigt att våga använda sig av andra personers resurser som det behövs, kanske ta hjälp av anhöriga eller söka stöd hos någon professionell inom området. (Westlund 2009 s. 20-21)

Ibland behöver personen som upplever livet som icke hanterbar helt enkelt sänka de egna ambitionerna tills det igen finns resurser. Detta kan göras genom att sänka kraven på handlingarna och deras resultat och om möjligt göra utförandet lite mera enkelt. När det funnits ett överskott på resurser, kan det behövas en motiveringsperiod för att igen fullt ut kunna använda de resurser man har, men som för en längre tid inte använts (Westlund 2009 s. 21)

4.2.2.3 Meningsfullhet

När en person upplever att livet är meningsfullt kan hon även se att det är värt att satsa tid och energi på utmaningar i livet. Dessa personer har ofta drivkraft och visar vilja och engagemang i olika situationer, även situationer som är mera krävande. (Westlund 2009 s.22)

Personer som inte känner att de har något eller någon att leva för upplever meningslöshet, men även avsaknad av intresse och tomhet i livet. Detta kan leda till att de blir helt oförmögna till engagemang. (Westlund 2009 s.22)

Meningsfullhet är ofta en förutsättning för begriplighet, som i sin tur kan ses om en förutsättning för att livet känns hanterbart. Ibland kan dock begriplighet vara en bidragande faktor till meningsfullhet. Även om meningsfullhet nämns som den allra viktigaste komponenten inom KASAM, behöver fallet inte alltid vara så, alla tre komponenter har sin roll. (Westlund 2009 s.22)

Meningsfullhet kan komma från nära relationer, att uppleva att man behövs, eller handla om mera filosofiska frågor, som meningen med livet och vad som händer efter döden. Meningsfullhet kan även komma från olika intressen och olika typer av aktiviteter. De flesta känner mening i en känsla av gemenskap. (Westlund 2009 s. 23)

En annan viktig aspekt är delaktighet, att få vara med och fatta beslut om sitt liv, sin vardag och sin vård. Att låta patienten eller klienten delta i beslutsfattande ger inte bara personen en möjlighet att känna meningsfullhet och delaktighet, men ger även vårdpersonalen viktig information för att göra vården mera individuellt anpassad. (Westlund 2009 s. 23)

4.2.3 Salutogen demensomsorg

En person som lider av demens har förlorat vissa förmågor. Demenssjukdomen påverkar det centrala nervsystemet och bryter ner minnet, intellektet och emotionella förmågor. Personen kan få svårt att kommunicera och även förlora rörelseförmågan. De förmågor som går förlorade leder även till att någon komponent i KASAM försvagas. En salutogen äldreomsorg strävar till att stärka den äldres begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. (Westlund 2009 s. 28,30)

När en person insjuknar i demens drabbas ofta korttidsminnet först. Minnet är viktigt för att kunna känna begriplighet och det är därför en komponent som snabbt försvagas. Det kan ta sig i uttryck som oro, känsla av hjälplöshet och aggressivitet. En orolig person med demensdiagnos blir lätt rastlös, upprepar samma ord om och om igen och tenderar vandra omkring mycket. Oro smittar även lätt till de andra på boendet, och det är därför viktigt att sträva till att öka begripligheten hos den dementa. (Westlund 2009 s. 31-32)

Ett sätt att stärka begripligheten är att stå till hands med information av olika slag. Det kan handla om att förklara olika saker, att finnas till hands för frågor och att helt enkelt bekräfta den äldre och dennes känslor. Vårdaren bör tala tydligt och med korta

meningar, ta ögonkontakt och tilltala den äldre med namn. Ansvar för att öka begripligheten ligger helt hos vårdpersonalen, eftersom den äldre inte längre förmår göra det. (Westlund 2009 s.32-33)

En person med demens är känslig för obalans i hanterbarheten. Blir utmaningarna för stora kan personen reagera med aggressivitet eller börja vandra omkring. Om resurserna å andra sidan inte tas till vara kan det leda till att personen isolerar sig inne på sitt rum och blir passiv och nedstämd. Det är en utmaning för vårdpersonalen att dels stå till förfogande med resurser som personen inte längre har, men även skapa tillfällen där de resurser som finns kvar kan få användas. (Westlund 2009 s. 34-35)

Att skapa meningsfullhet på ett demensboende handlar mycket om välbefinnande just där och då. Demenssjukdomar raderar förmågan att kunna tänka bakåt-framåt i tiden, och all fokus sätts då på nuet. Meningsfullhet på ett boende kan innebära gemensamma aktiviteter, samtal om viktiga saker och de äldre får känna att de är en del av en gemenskap, om än bara för en kort stund. (Westerlund 2009 s. 36)

5 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Till näst presenteras denna studies syfte och frågeställningar.

5.1 Övergripande syfte

Det övergripande syftet med detta arbete är att utreda hur närstående till korttidsklienter har upplevt tjänsten, samt att få insikt i hur vardagen hemma med klienten ser ut. Datainsamlingen sker genom en enkätundersökning och materialet kommer att analyseras med hjälp av innehållsanalys och diskuteras mot den tidigare forskningen och det teoretiska perspektivet.

5.2 Frågeställningar

Följande frågor fungerar som frågeställningar i detta arbete:

1. Hur upplever de närstående korttidsvården?
2. Hur ser vardagen som närstående till klienten ut samt hur förändras vardagen av att den anhöriga är på korttidsvård?

6 METOD

I detta kapitel presenteras metoden för arbetet, innehållsanalys.

6.1 Val av metod

Jag har valt att använda mig av kvalitativ metod för min undersökning. Mitt mål med detta arbete är att försöka få en bild av verkligheten genom det som informanterna väljer att berätta. Jag anser att det är mer av intresse för just detta arbete att undersöka informanternas upplevelser genom att ge dem en chans att berätta i form av egna ord jämfört med en undersökning med slutna svarsalternativ. Jag kommer vidare att göra en innehållsanalys av den information som undersökningen ger.

6.2 Kvalitativ metod

Sagt på det enklaste sättet kan man konstatera att man genom kvalitativ metod strävar efter ord och genom kvantitativ metod efter siffror. Kvantitativ och kvalitativ metod behöver inte nödvändigtvis vara varandras motsatser, utan kan ses mer som en skala där rent kvalitativ och rent kvantitativ metod är ändpunkterna, medan forskaren kan välja var på skalan han skall befinna sig för att det bäst skall främja forskningens mål. Ett exempel på när båda metoderna blandas är en enkätundersökning där enkäten innehåller

båda slutna och öppna frågor. (Jacobsen 2007 s. 47-48)

Inom kvalitativ metodik betonas närhet mellan forskaren och informanten. Forskaren strävar till att få så mycket information som möjligt och att kunna gå på djupet med frågorna. (Jacobsen 2007 s. 51) Observationerna som görs i en kvalitativ forskning är mera osystematiska och ostrukturerade jämför med observationerna i en kvantitativ undersökning. Intresset ligger i att förklara detaljer och forskaren eftersträvar att hitta det unika och säregna i materialet. Man eftersträvar mer till att kunna förstå än till att kunna förklara. (Holme och Solvang 1991 s.78)

Nackdelarna med att använda sig av kvalitativ metod är att det är resurskrävande och att man ofta bara kan undersöka en liten del av populationen vilket kan ge en väl smal bild av den större verkligheten. Informationen kan också vara svårtolkad och utmanande att analysera, speciellt om det är fråga om en stor mängd information. Som en nackdel kan även nämnas att den närhet som undersökningen kanske kräver också kan bli ett problem, om närheten blir för stor för forskaren så att förmågan till att granska informationen minskar. (Jacobsen 2007 s.52)

När en utförandet av en kvalitativ forskning planeras är det viktigt att forskaren är öppen inför ny förståelse och strävar till att styra resultatet så lite som möjligt. Under forskningsprocessen kan det krävas att forskaren ändrar på planen efter hur situationen utspelar sig, en flexibilitet är därför nödvändig. (Holme och Solvang 1991 s. 80)

Den öppenhet som betonas inom den kvalitativa metoden kan också bli en utmaning. Att ha ett helt öppet sinne inför det som undersöks utan att de egna uppfattningarna på något sätt påverkar forskningen kräver mycket av forskaren, och kan konstateras vara näst intill omöjligt, eftersom vi ofast inte är medvetna om hur våra förutfattade meningar styr vårt tänkande och vad vi riktar vår uppmärksamhet på. (Jacobsen 2007 s.52)

6.3 Innehållsanalys

För att kunna göra en innehållsanalys måste man ha information att göra innehållsanalysen på. I det här arbetet kommer enkätsvaren att utgöra den informationen. En innehållsanalys görs enligt vissa bestämda faser:

1. Kategorisering – informationen delas in i olika teman eller kategorier
2. Sätta in innehåll i kategorierna, kan illustreras med hjälp av citat
3. Räkna hur många gånger de olika temana nämns i materialet
4. Jämföra innehållet i informationen och söka efter likheter och skillnader
5. Försöka förklara skillnaderna.

(Jacobsen 2007 s.139)

Tanken med att sätta in informationen in i kategorier är att det skapar en struktur i texten. I och med detta rör man sig från den enskilda enheten i datainsamlingen till större helheter och fenomen. Kategorisering förenklar komlicerad data och underlättar jämförelse av materialet. Även om forskaren valt att kategorisera undersökningen innan den indels kan det uppkomma nya kategorier efter att materialet samlats in. (Jacobsen 2007 s. 139-140)

Trots att innehållsanalys är en kvantitativ metod innehåller ofta nästa steg, när man sätter in citat i kategorierna, en enkel kvantitativ analys i och med att forskaren räknar hur många citat kan placeras i en viss kategori. (Jacobsen 2007 s.142)

Den avslutande delen i analysen handlar om att jämföra likheter och skillnader som uppkommit under undersökningen och göra ett försök att förklara varför dessa skillnader finns. (Jacobsen 2007 s. 143)

6.3.1 Att utforma en enkät

En enkät i en kvantitativ undersökning innehåller frågor med slutna svarsalternativ, så att svaren sedan kan omvandlas till siffror och forskaren får statistik på resultatet. (Jacobsen 2007 s.180) Om man gör en kvalitativ undersökning innehåller enkäten öppna frågor, där informanten på ett friare sätt kan svara på frågorna. (Jacobsen 2007 s.195)

Innan enkätefrågorna utformas måste syftet för studien vara klar för forskaren. Då syftet står klart man man fatta beslut om en kvantitativ eller kvalitativ enkät passar den typen av studie bättre. (Trost 1994 s. 15-16)

Det är viktigt att tänka på att enkäten blir möjligast tydlig. Det här åstadkommer forskaren genom att ställa tydliga frågor och genom att tydligt definiera alla begrepp där det finns utrymme för tolkningar. Det är även viktigt att frågorna inte är ledande. Om undersökningen innehåller känsliga frågor är det bra att ställa de frågorna till sist och börja med frågor som kanske är lättare att svara på. Innan enkäten skickas ut kan det vara bra att testa den på någon. (Jacobsen 2007 s.181-199)

Enkäten kan skickas per post, via internet eller via e-post. Man kan även göra en telefonintervju utgående från enkäten eller stämma ett personligt möte med informanten där man går igenom fråga för fråga. Faktorer som påverkar val av metod är kostnader och tidseffektivitet. Ifall budgeten är liten och tiden knapp kan en internetenkät vara att föredra framom att posta enkäten eller träffa informanterna personligen. Andra faktorer som påverkar är hurdana informanter det är fråga om, hur komplicerad enkäten är och hur anonyma informanterna vill eller behöver vara. (Jacobsen 2007 s. 200-204)

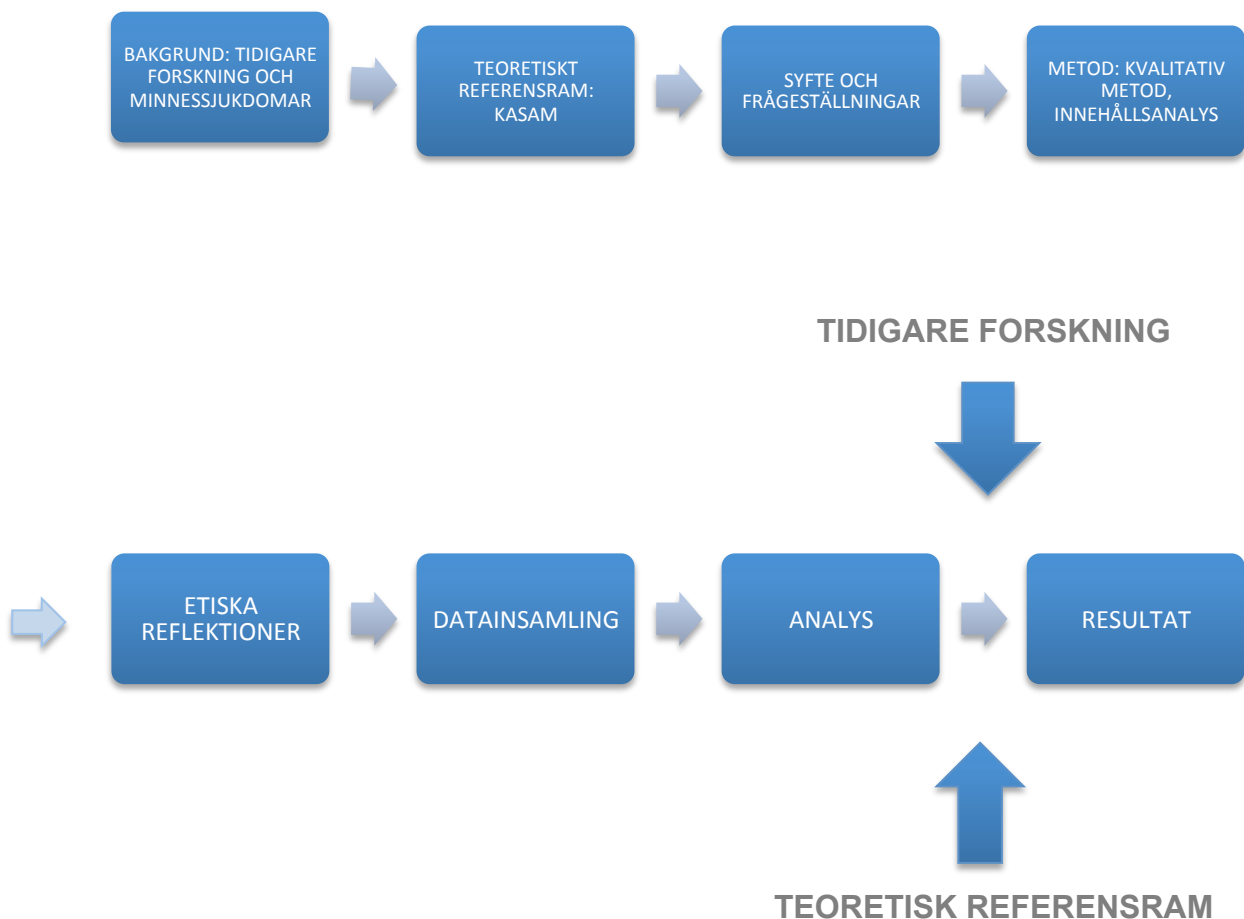
Med alla enkäter bör det följa med ett följebrev som beskriver syftet med undersökningen, hur många som kommer att ingå i undersökningen och kort presenterar den som gör undersökningen. I följebrevet bör det även framkomma att det är frivilligt att delta och ifall informanterna kommer att vara anonyma skall även det påpekas. (Jacobsen 2007 s. 208-209)

Det finns ett flertal nackdelar med att använda enkät som datainsamlingsmetod.

Personen som får enkäten kan välja att låta bli att svara, vilket sänker svarsprocenten vilket i sin tur kan påverka slutresultatet. Risken finns också att informanterna tolkar frågorna på olika sätt, eller att de ger svar som de tror att forskaren önskar få. (Notter och Hott 1996 s. 110)

7 STUDIENS DESIGN

Följande kapitel presenterar studiens design i form av en figur, samt med en förklaring i textform hur materialet kommer att samlas in och analyseras.



Arbetet inleds alltså med en titt på tidigare forskning inom området och försätter sedan med den teoretiska referensramen innan syftet och frågeställningarna presenteras. Därefter följer ett kapitel om metoden som kommer att användas i analysen av materialet. Kapitlet efter det tar upp etiska reflektioner.

Efter att datainsamlingen har beskrivits och gjorts sker analysen av det material som kommit in. Förutom att materialet analyseras jämförs resultatet också mot den tidigare forskningen och sedan följer en andra analys genom det teoretiska perspektivet. Arbetet avslutas med en slutdiskussion.

7.2 Insamling av material

Jag har valt att använda mig av en enkät (Bilaga 2) för att samla in materialet för min undersökning. Valet grundar sig på att jag önskar att få ta del i så många personers tankar och åsikter som möjligt, eftersom jag tror att det gynnar studien. Enkäten kommer att ges till informanterna tillsammans med följebrevet och ett kuvert som kan slutas. Detta kommer att ske när informanterna kommer med den anhöriga till Hemmet. Tanken är att den ifyllda enkäten lämnas in i ett slutet kuvert när informanterna hämtar hem den anhöriga vid vårdperiodens slut. För att garantera anonymiteten kommer inget kuvert kommer att öppnas innan alla svar kommit in.

7.3 Analys av materialet

I resultatkapitlet kommer materialet som fås via undersökningen att analyseras med hjälp av innehållsanalys. Resultatet kommer att jämföras med den tidigare forskningen och analyseras mot den teoretiska referensramen med hjälp av innehållsanalys. Resultatet kommer sedan vidare att diskuteras i slutdiskussionen.

8 ETISKA REFELEKTIONER

I *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada* framkommer att Arcada har förbundit sig till de riktlinjer för god vetenskaplig praxis som år 2002 utfärdades av Forskningsetiska delegationen i Finland. Detta gäller alla skriftliga uppgifter som studerande presterar, så även examensarbetet. (*God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*)

För att en forskning överhuvudtaget kan ses som etisk godtagbar och tillförlitlig måste den följa god vetenskaplig praxis. Detta innebär att forskningen bör göras med noggrannhet, omsorg och ärlighet i alla delar av processen. De metoder som används för insamling av data och undersökningsmetoderna måste vara både etiskt hållbara samt vara förenliga med de kriterierna som finns för vetenskaplig forskning. (Forskningsetiska delegationen i Finland 2002)

God etik innebär också att ta hänsyn till andra forskares material och arbete i det egna arbetet. Forskningen skall planeras, genomföras och presenteras så att de krav som finns på vetenskapliga fakta uppfylls. (Forskningsetiska delegationen i Finland 2002)

Om den som forskar har dålig sakkunskap om ämnet eller gör arbetet med slarv minskar tillförlitligheten och forskningen kan i värsta fall betraktas som helt utan värde. Till avvikelserna från god vetenskaplig praxis hör även att inte ge tidigare forskare den respekt som de förtjänar i arbetet, inte ge korrekta källhänvisningar samt att förvara eller presentera resultatet på ett bristfälligt sätt. (Forskningsetiska delegationen i Finland 2002)

Ingen form av fabricering, plagiering, förfalskning eller stöld får förekomma, varken i forskningsprocessen eller i det färdiga arbetet. (Forskningsetiska delegationen i Finland 2002)

I *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada* framkommer även att forskaren bör ta hänsyn till etiken inom det egna yrkesområdet. Här kan man därför också ta in de etiska riktlinjer för sjukskötare som Finlands sjuksköterskeförbund godkände år 1996. Till sjukskötarens uppgift hör enligt dessa riktlinjer att ”främja och upprätthålla

befolkningens hälsa, att förebygga sjukdom och att lindra lidande.” Sjukskötaren skall även sträva till att i arbetet stödja de kraftresurser de människor som sjukskötaren jobbar med har och arbeta för att förbättra deras livskvalitet. (Finlands sjuksköterskeförbund 1996)

Innan ett empiriskt examensarbete kan genomföras på Arcada skall planen vara godkänd av Etiska rådet vid Arcada, Etix. Studerande lämnar in en förkortad plan för examensarbetet måste godkännas innan den empiriska delen av arbetet kan inledas. (*God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*)

I följbrevet (Bilaga 3) som följer med enkäten framkommer tydligt att undersökningen är helt frivillig och hur anonymiteten hos informaterna kan garanteras. Beställaren för arbetet är ett äldreboende i huvudstadsregionen, men boendets namn framkommer inte på något ställe i arbetet. Jag har valt att använda namnet *Hemmet* för boendet.

9 GENOMFÖRANDE AV STUDIEN

Tanken var att enkäterna skulle ges till de närstående när klienten hämtades till Hemmet. Bland annat p.g.a att jag själv inte alltid var på jobb då, och inte kommit ihåg att delegera uppgiften till en kollega fick ibland den närstående enkäten i mitten av vårdperioden. Enkäter gavs till alla närstående som hade tät kontakt med klienten. I de fall då t.ex. hemtjänsten skötte om transporten från och till Hemmet, och de anhöriga verkade ha väldigt lite kontakt med klienten, och överhuvudtaget inte kom på besök, gavs inga enkäter ut.

Allt som allt gavs 10 enkäter ut och 6 stycken returnerades. Det ger en svarsprocent på 60%. Eftersom det framkom så tydligt i följbrevet att undersökningen är frivillig valde jag att inte påminna informanterna om enkäten. Några personer valde att posta enkäten efteråt.

De slutna kuverten öppnades efter att undersökningen avslutats och jag var säker på att

inga fler svar skulle komma in. Materialet renskrevs ord för ord på dator, som är låst med lösenord. Inga utomstående kommer därför åt materialet. Råmaterialet förvaras i ett slutet kuvert fram till att detta arbete presenterats. Därefter kommer materialet att förstöras.

10 RESULTAT

I detta kapitel redovisas resultatet av undersökningen. Till först en presentation av resultatet, sedan följer en jämförelse mot den tidigare forskningen och en analys mot det teoretiska perspektivet med fokus på begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Citaten är helt och hållet informanternas egna ord. Endast små språkfel och felstavningar har korrigerats, men på ett sätt så att innehållet inte påverkas.

10. 1 Presentation av resultat

Till följande presenteras resultatet av undersökningen genom en innehållsanalys där enkätsvaren satts i kategorier. Många av kategorierna motsvarade automatiskt en fråga i enkäten. I detta kapitel benämns den person som lider av minnesjukdom som *anhörig* och familjemedlemmarna som *närstående*.

10.1.1 Bemötande

Alla informanter ansåg att de hade blivit välbemötta vid ankomsten och att deras anhöriga trivts bra på avdelningen. Personalen beskrevs som vänlig, snäll och glad. Möjligheten att få prata sitt modersmål, i det här fallet svenska, sågs som viktigt av en informant.

För att låna min mors ord: vänligare människor får man leta efter. (Informant 1)

Personalen var vänlig, trevligt att få tala svenska. (Informant 6)

10.1.2 Information

De närstående ansåg även att förhandsinformationen hade varit bra, även om två av de närstående menade att det var mycket på deras ansvar om de fick någon information. En av informanterna efterlyste en mer detaljerad blanket för att kunna ge mer information om klienten. Saker som specialintressen och specialkost skulle enligt denna informant vara viktigt att vårdpersonalen känner till.

En närstående efterlyste en rundvandring på avdelningen vid ankomsten och önskade också att de övriga invånarna skulle bli presenterade för korttidsklienten.

Då vi kom så skulle någon kunnat visa runt och berätta vad man gör där. Kanske också presentera de andra. (Informant 6)

10.1.3 Trivsel

De närstående upplevde att klienten trivts bra på avdelningen och en närstående skriver att dennes anhörig blev på bättre humör under vårdperioden. En informant ansåg att enkäten kom i för tidigt skede för att helt kunna svara på frågan om den anhöriga trivts på avdelningen.

Förflyttningen till och från avdelningen beskrevs i ett fall som utmanande. En informant efterlyste mera pratsällskap åt sin mor, som tydligen var i något bättre skick än de övriga som bor på avdelningen.

Fick inte respons av de andra invånarna. Tyckte att stämningen ibland var t.o.m. tråkig då någon gnällde över småsaker. Skulle möjligen trivas bättre på en avdelning där man diskuterar mera? (Informant 6)

10.1.4 De närståendes vardag

De närståendes vardag påverkades mycket av rollen som närstående till en person med minnessjukdom. Vardagen gick på den anhörigas villkor och flera av de närstående berättade att de är mycket bundna till hemmet, eftersom det känns svårt att lämna den minnesjuka ensam hemma. I ett fall, där den närstående inte bodde tillsammans med sin minnessjuka mamma, hade personen mycket svårt att lämna mamma och åka hem till sig.

Korttidsvårdperioden påverkade vardagen i positiv riktning för de närstående. De kände att de kunde slappna av på ett helt annat sätt i vetskap om att den anhöriga var i en trygg miljö. Förutom en chans till att vila upp sig lite gavs också möjlighet till att göra saker som resurserna annars inte räcker till för, som att träffa vänner och familj och tid för fritidssysselsättningar.

Det har varit tryggt att veta att hon är under uppsikt. (Informant 2)

10.1.5 Längden på vårdperioden

2 veckor ansågs vara en lämpligt lång tidsperiod för korttidsvård, även om en informant tyckte att 11 dagar var maximi, eftersom det var svårt för klienten att igen vänja sig vid livet hemma efter det. En närstående ansåg att en vecka per månad skulle vara en bra lösning.

Några gånger 1 v, en gång 2v, vilken tid var mer avkopplande och önskar att få vara ledig i 2 v i fortsättningen. (Informant 4)

En vecka är ganska kort period. 2 eller x veckor skulle vara bra. (Informant 2)

Alla informanter önskade att få använda servicen igen. 2 av 6 hade erfarenhet av liknande vård på ett annat ställe. En informant framhöll hur viktigt det är att få tala sitt modersmål, något som inte hade varit möjligt på det andra stället där den anhöriga varit på korttidsvård.

10.1.6 Aktivitet

En närstående önskade att man skulle erbjuda mera utevistelse för klienterna på avdelningen. Denna närstående hade som förslag att civiltjänstgörare kunde anställas för att hjälpa till att förverkliga utevistelse.

Önskemål nummer ett är utan tvekan ökade möjligheter för klienter att vara ute...ute är den bästa medicinen för minnet. (Informant 1)

Mera sysselsättning efterlystes också av en informant, medan en annan önskade att den anhöriga skulle få vara uppe så mycket som möjligt.

...Om möjligt uppe ur sängen dagligen om det går. (Informant 3)

Mera sysselsättning, såsom lekar, jumppa, utepromenader. (Informant 6)

10.2 Resultatet i jämförelse med den tidigare forskningen

Både resultatet i denna undersökning och den tidigare forskning som presenterats i kapitel 2 visar på att det inte är lätt att vara närstående till en person som lider av minnesjukdom. Det binder den närstående till hemmet och är stressigt och betungande.

Alla informanter i denna undersökning upplevde korttidsvården som en positiv upplevelse. Ingen av informanterna nämnde att de skulle ha känt skuld över att lämna över vårdansvaret till personalen på avdelningen. Här verkar det finnas en skillnad om man jämför med det som framkommer i resultatet av de artiklar som presenterats i kapitlet om tidigare forskning i detta arbete.

Där uppgav de närstående att de kände skuld, hjälplöshet, sorg och ånger efter att de fattat beslutet att deras anhörig behöver långtidsvård. (Bramble, Moyle och MacAllister 2008) (Assumpta och Scullion 2000) Här är det givetvis skillnaden att det handlar om olika långa vårdperioder. Undersökningarna är gjorda i helt olika kontext och det är svårt att jämföra bördan där hemma eftersom varje person med en minnesjukdom betar

sig så olika. Men det är kanske nog ett faktum att korttidsvård är en vårdform som är lättare för de närstående att ta till, åtminstone som ett första steg.

I både den tidigare forskningen och i denna undersökning uttryckte de närstående en lättnad över att deras anhörig nu får vård av professionella och kunde se att de var i trygga händer.

10.3 Resultatanalys mot den teoretiska referensramen

I detta kapitel analyseras materialet mot det teoretiska perspektivet genom innehållsanalys. Kategorierna förbestämdes innan och citaten har placerats i den mest lämpliga kategorin.

10.3.1 Genomförande av analys

Analysen av materialet gjordes i flera steg. Först skrevs materialet av enkäterna i pappersform och över till ett dokument på datorn. Citaterna färgkodades sedan enligt kategori, till exempel så att röd färg innebar att citatet mest behandlade meningsfullhet. Vis-sa citat föll under två kategorier.

10.3.2 Begriplighet

Begriplighet innebär alltså att förstå sin omgivning. Att ge information kan därför stärka begripligheten. Enkätens första fråga som handlade om förhandsinformationen var tillräcklig eller inte kan därför sättas i denna kategori. De flesta av informanterna ansåg att förhandinformationen hade varit tillräcklig. Ett par av informanterna ansåg att ansvaret för att få information låg på dem själva, att de hade behövt fråga efter information för att få den.

Förhandsinformationen var tillräcklig, men beroende på egen aktivitet. (Informant 1)

Har vi förfrågan fått information, vet inte om information går ut på annat sätt. (Informant 5)

Möjligheten att få tala sitt modersmål har en positiv inverkan på begripligheten. Att bli tvingad till att kommunicera på ett språk man inte helt behärskar kan medföra svårigheter med att förstå omgivningen och försvagar således begripligheten.

... för en minnessvag person är det av stor vikt att få tala sitt modersmål. (Informant 5)

10.3.3 Hanterbarhet

Flera av informanterna skrev att deras vardag påverkas av sin roll som närstående till en person med minnessjukdom. De kände sig bundna till hemmet och hade svårt att lämna den anhöriga ensam hemma. Detta kan anses vara en sak som försvagar hanterbarheten hos den närstående.

Vardagen fungerar helt på mammas villkor. Man strävar till att resursen på vårdinrättningar skall vara minst 0,7 på klient, men var är procenten i anhängvården då man sköter så väl förvärvsarbete, hur, gård, den anhöriga m.m. (Informant 1)

Från detta citat kan man se att personens upplevda hanterbarhet är försvagad och att det känns som att de egna resurserna inte riktigt vill räcka till.

Min mamma bor ensam hemma och det känns väldigt tungt att lämna henne ensam hem. (Informant 2)

Man är väldigt bunden vid hemmet, vågar inte lämna mannen ensam hemma. (Informant 4)

Rörelsefriheten begränsad eftersom medicineringen måste skötas av mig och det inte heller i övrigt är önskvärt att min man är långa tider ensam. Mitt arbete hemma störs också, svårt att få arbetsro långa tider. (Informant 5)

Alla svar pekade på att korttidsvården bidrog till en ökad känsla av hanterbarhet för de närstående. Perioden gav en chans att andas ut, ta hand om sig själv och slappna av i vetskapen att den anhöriga var i goda händer.

Oerhört viktigt att denna kortvård finna tillgänglig. Hur mycket man än älskar sin partner blir minnessjukdomen en börda som tär på nerver och krafter. En paus för livskvaliteten mycket bättre för båda närståendevårdarna och patienten/partnern. (Informant 5)

Fick lite andas ut då jag visste att mor var i goda händer. (Informant 6)

En informant beskrev förflyttningarna till och från Hemmet som svåra, och att det kräver en extra ledig dag av den närstående efter vårdperioden. Det här kan tolkas som att hanterbarheten tillfälligt försvagas.

Kräver 1 ledig/semesterdag av anhörig efter varje vårdperiod att komma igång där hemma. (Informant 1)

... förflyttningen till och från Hemmet alltid är svår. (Informant 1)

10.3.4 Meningsfullhet

Detta stycke handlar främst om meningsfullhet för den anhöriga och inte för se närstående. Jag anser dock att det kan finnas en koppling mellan att se att den anhöriga känner att livet är meningsfullt och att känna välmående själv.

Jag har valt att placera trivsel under kategorin meningsfullhet. Trivsel på ett gruppboende kan ses som att ta del av en gemenskap och må bra av det. Det kan vara ett sätt att få livet att kännas mera meningsfullt.

Hon trivdes bra. Hennes humör blev gladare. (Informant 2)

Vissa informanter kom med förslag som kunde öka känslan av meningsfullhet genom olika aktiviteter. Utevistelser, sällskap, lekar och gymnastik nämndes som förslag.

Ett svar illustrerar delaktighet, som ju är en viktig del av meningsfullheten. Att känna att man får vara med och bestämma kan vara en källa till känsla av mening i just den situationen.

Hemmet kunde utveckla en/ett blankett/infohäfte där dels anhöriga erhåller detaljerad information dels möjlighet för anhöriga att fylla i detaljerad info om kunden. (specialdiet, allergier, specialintressen, natur...) (Informant 1)

10.3.5 Hanterbarhet och Meningsfullhet

Flera av svaren på frågan om vardagen för den närstående förändrades under perioden för korttidsvård beskriver både en stärkt hanterbarhet och meningsfullhet. De närstående fick en chans att vila ut, men det gav samtidigt också ett tillfälle att göra saker som känns meningsfulla. Saker som resurserna inte räcker till för under de perioder som den anhöriga bor hemma.

En möjlighet till nattsömn, en möjlighet att jobba in ogjort arbete på jobbet, en möjlighet att uträtta ärenden, läkarbesök, träffa vänner. (Informant 1)

Det blev möjligt att vila och uträtta ärenden och besöka vänner (Informant 3)

Känslan av att bra ta hand om mig själv, och kunna delta i olika fritidssysselsättningar och kunna resa och hälsa på hos vår dotter har betytt mycket. (Informant 6)

Det är också viktigt att närståendevårdaren får tid för barn och barnbarn som blir försummande p.ga. vårdbehovet. (Informant 5)

10.3.6 Meningsfullhet och Begriplighet

En informant önskade att den anhöriga i fortsättningen kunde placeras på en avdelning där det finns fler personer som är ungefär i samma skick som dennes anhöriga. Att vistas på en avdelning där de andras minnesjukdom är längre framskriden kan ha en negativ verkan på både meningsfullheten och begripligheten. Det finns kanske inte personer som klienten kan känna gemenskap med och tillvaron är inte helt ordnad och kan kanske te sig smått kaotisk, speciellt för en person som inte tidigare kommit i kontakt med svårt minnesjuka personer.

Fick inte respons av de andra invånarna...Skulle möjligen trivas bättre på en avdelning där man diskuterar mera? (Informant 6)

...då var det på avdelningen också patienter vars minnessjukdom var längre kommen. Dåligt med pratsällskap. (Informant 6)

10.4 Resultatet mot syfte och frågeställningar

Studien hade alltså två frågeställningar: 1. *Hur upplever de närstående korttidsvården?* och 2. *Hur ser vardagen som närstående till klienten ut samt hur förändras vardagen av att den anhöriga är på korttidsvård?*

Som redan nämnts i tidigare stycken upplevde de närstående korttidsvården som mycket positivt och ville gärna också i fortsättningen använda sig av liknande service. De kände sig väl bemötta av personalen på avdelningen och ansåg även att deras anhöriga hade trivts bra. Korttidsvårdsperioden gav de närstående en chans att koppla av och gav tid för fritidssysselsättningar, vila och att träffa familj och vänner. Som förslag på förbättringar gavs bland annat mera aktiviteter och utevistelse och att korttidsvården skulle anpassas bättre efter hur pass svår minnessjukdom klienterna har.

Vardagen gick väldigt mycket på de anhörigas villkor, och de närstående som bodde tillsammans med den anhöriga kände sig bundna till hemmet. De som inte bodde med den minnessjuka kände att det var tungt att lämna den anhöriga ensam hemma. Vardagen var alltså utmanande och krävde mycket tålamod. Korttidsvården blev ett välkommet avbrott i vardagen.

10.5 Sammanfattning

Som en sammanfattning kan det konstateras att korttidsvården i det stora hela stärkte KASAM hos de anhöriga. Tillvaron blev mera hanterbar under tiden som den anhöriga var på avdelningen och det fanns tid över för aktiviteter som kändes meningsfulla. Vardagen blev antagligen också mindre kaotisk och mera ordnad vilket kan ses som stärkande faktorer för begripligheten.

När det gäller själva kontakten med grupphemmet hade det även en positiv inverkan på begripligheten för den stunden i alla fall. När de närstående kände att de fått information så att de visste vad korttidsvården gick ut på kan man kanske anta att det gjorde det lättare för dem att lämna över de anhöriga.

Alla informanter ansåg att deras anhöriga trivts bra på avdelningen. Trivsel kan ses som en typ av välmående som är grundtanken för KASAM. Därför kan den slutsatsen tas att korttidsvården även fungerade som en stärkande faktor för korttidsklienterna.

11 DISKUSSION

Precis som jag förväntade mig att den skulle ha denna undersökning har pekat på vilken viktig service korttidsvården är. Det ger de närstående en chans att koppla av och göra saker som annars skulle vara omöjligt. Det fungerar som en kraftbesparande service som med stor säkerhet förlänger tiden som den närstående orkar ta hand om sin anhöriga som lider av en minnesjukdom.

Samtidigt är det inte ett definitivt beslut på samma sätt som permanent vård är, även om det kanske kan ses som en övergångsperiod som slutligen leder fram till det eftersom minnesjukdomar blir allt svårare med tiden. Man kan också tänka sig att det underlättar den dag som det är dags att börja fundera på permanent vård, när de närstående och även den anhöriga fått en inblick i hur demensvård på en avdelning fungerar.

Det ger även vårdpersonalen på avdelningen en chans att utvärdera hur svårt sjuk i demens korttidsklienten är. I fall där personalen känner att klienten helt enkelt är i för dåligt skick för att mera bo hemma finns det här en chans att påverka och rekommendera en permanent vårdplats. Givetvis är inte tanken att "ta" den anhöriga från de närstående, utan att fungera som ett stöd och en kraftkälla, men kanske även som en väckarklocka och en påminnelse om att man inte behöver orka mer än man gör.

Den här undersökningen visar nog bara på toppen av ett stort isberg. Det handlar om en mycket liten del av de närstående till personer med minnessjukdom. Dessa personer har haft förmånen att ta del av den här servicen, jag har svårt att tänka mig att det är fallet i för alla närstående. Hur vi kan nå de som lider av minnessjukdom, men som inte har

regelbunden kontakt med närstående eller personer inom social- och vårdsektorn är en sedan också en helt annan fråga och en rejäl utmaning.

Det finns utrymme för fortsatt forskning inom detta ämne. En större kvantitativ enkätundersökning som når alla närstående som berörs av denna typ av service kunde göras. Även djupare intervjuer som tar upp flera aspekter skulle vara intressant att göra.

Vårdpersonal som jobbat på enheter där korttidsvård erbjuds kunde även intervjuas om deras syn på vårdformen. En kalkylering som tar i beaktande de som troligen kommer att lida av minnessjukdom i framtiden och hur tillräckliga resurser vi har att möta deras vårdbehov kunde även ge ett intressant resultat.

12 KRITISK GRANSKNING

Jag anser att detta arbete är relevant för framtiden och tror att korttidsvård är en vårdform vi kommer att se allt mer av framöver. Min förhoppning är att arbetet kan hjälpa grupphemmet som erbjuder denna service att utveckla den till att blir allt mer anpassad till de verkliga behoven.

Arbetets svagaste punkt ligger, enligt mig, i att antalet informanter är rätt lågt. Min förväntan var att fler personer skulle lämna sina svar. Mer material skulle säkert ha gett nya infallsvinklar och ett bredare resultat. Eftersom undersökningen var frivillig är det ändå svårt att se vad som kunde ha gjorts annorlunda och gett fler svar. En möjlighet kunde ha varit att förlänga tiden för datainsamlingen. Eftersom antalet informanter var så litet kan inga bredare generaliseringar dras i och med denna undersökning.

Personen som gör en undersökning är aldrig helt neutral, trots att man enligt bästa förmåga försöker vara det. Det kan säkert diskuteras om min roll som vårdare på samma avdelning där undersökningen gjordes påverkade resultatet. Det finns både för- och nackdelar med detta.

Jag skulle aldrig ha gjort detta arbete om jag inte skulle ha jobbat på avdelningen. Det var lätt att få ut enkäterna och jag hade möjlighet att förklara vad undersökningen går ut på ansikte mot ansikte. Jag kan inte uttala mig om informanterna skulle ha svarat annorlunda om jag inte hade jobbat på avdelningen.

All information om korttidsklienterna som jag fått på annat sätt än via undersökningen framkommer inte på något ställe i arbetet, förutom kort i inledningen och avslutning. Jag vill därför påstå att resultatet inte påverkats ur den synpunkten i alla fall.

13 AVSLUTNING

Processen med och intresset för detta arbete inleddes redan långt innan jag skrev under kontraktet med arbetets beställare. Jag märkte i ett tidigt skede att jag hade många tankar och åsikter om ämnet och nickade ofta igenkännande då jag läste igenom artiklar och böcker. Jag hade sett det som stod i litteraturen hos mina klienter, patienter och i kontakten med de anhöriga.

När det gäller åldringsvården i vårt land kommer vi nog aldrig att sluta debattera, och utmaningen att få det att gå ihop blir allt större. Fraser i stil med *Vi vill ge resurser och stöd för att de äldre skall kunna bo hemma* låter fina och väl övervägda också då man ser på etiska aspekter.

Min fråga blir ändå *till vilket pris?* Under de år jag jobbat inom äldreomsorgen har jag sett så många exempel på situationer när vård i hemmet har skapat en tillvaro för en åldring som är på gränsen till omänsklig. Jag har också träffat på närstående som är på gränsen till att bli utbrända och inte ser någon utväg.

En permanent vårdplats på ett gruppboende känns kanske som ett stort steg, och man vill kanske inte genast utesluta möjligheten att ännu någon gång kunna bo hemma. Därför kanske korttidsvård eller intervallvård är lösningen. Flera personer ryms på en vårdplats, och personerna får även tillbringa tid hemma med de anhöriga.

Det känns som ett läge där alla parter vinner.

KÄLLOR:

Böcker:

Armanius Björilin Gunilla, Basun Hans, Beck-Friis Barbro, Ekman Sirkka-Liisa, Englund Elisabeth, Eriksdotten Jönhagen Maria, Grustafson Lars, Lannfelt Lars, Nygård Louise, Sparring Björkstén Karin, Terzis Neata, Wahlund Lars-Olof och Wimo Anders. *Om demens*. 2008. Stockholm.

Ekman, Sirkka-Liisa, Jönhagen Maria Eriksdotter, Fratioglioni Laura, Graaf Caroline, Jansson, Wallis, Robinson, Petra, Tjernberg, Lars och Wahlun Lars-Olof. *Alzheimer*. 2007. Karolinska Institutet University Press.

Hartikainen, Sirpa och Lönnroos Eija. *Geriatra arvinnoista kuntoutukseen*. 2008.

Holme, Magne Idar och Solvang, Krohn Bernt. *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 1991. Studentlitteratur. Sverige.

Jacobsen, Dag Ingvar. *Förståelse, beskrivning och förklaring : introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. 2007. Stockholm.

Notter E Lucille och Hott Rose Jacqueline. *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. 1996. Studentlitteratur. Sverige.

Trost, Jan. *Enkätboken*. 1994. Studentlitteratur. Sverige.

Westlund, Peter. *Salutogen GPS för ett gott bemötande*. 2009. Stockholm.

Artiklar:

Almberg, Britt, Grafström, Margareta och Winblad Bengt. *Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives*. 1997. Stockholm. Journal of Advanced Nursing

Assumpta, Ann Ryan och Hugh F. Scullion *Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers*. 2000. Journal of Advanced Nursing

Bramble, Marguerite, Moyle, Wendy och McAllister, Margaret. *Seeking connection: family care experiences following long-term dementia care placement*. 2008. Journal of Clinical Nursing

Hasselkus, Betty och Murray J Bridget. *Everyday Occupation, Well-Being, and Identity: The Experience of Caregivers in Families With Dementia*. 2007. The American Journal of Occupational Therapy

Knussen, Christina, Tolson Debbie A, Brogan, Clare R. C. Swan, Iain J. Stott, David och Sullivan, Frank *Family caregivers of older relatives: Ways of coping and Change in distress*. 2008. Psychology, Health & Medicine

Meiland, Franka , Danse, Jos MC, Wendte, Johannes F, Klazinga, Niek S och Gunning-Schepers, Louise J. *Caring for relatives with dementia – Caregiver experiences of relatives of patients on the waiting list for admission to a psychogeriatric nursing home in The Netherlands*. 2001. University of Amsterdam. Academic Medical Center. Department of Social Medicine, Amsterdam, Scand J Public Health

Papastavrou, Evridiki, Kalokerinou, Athena, Papacostas, Savvas Tsangari, Haritini och Sourtzi, Panagiota. *Caring for a relative with dementia: family caregiver burden*. 2007. *Original Research*.

Nätsidor:

Statistikcentralen. Hämtad 19.2.2013

http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-03-12_001.html?s=1

Arcadas etiska råd, Etix. Hämtat 26.3.2013

<http://studieguide.arcada.fi/att-studera-pa-arcada/examensarbete-skrivguide/etiska-radet>

God vetenskaplig praxis vid studier på Arcada. Hämtat 26.3.2013

http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510

Forskningsetiska delegationen i Finland 2002. Hämtat 26.3.2013

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_SVE.pdf

BIBLIOGRAFI	METOD/DATAINSM -LING	SYFTE	RESULTAT
<p data-bbox="225 510 501 656"><i>Caring for a relative with dementia: family caregiver burden</i></p> <p data-bbox="225 786 432 931">Papastavrou, Evridiki, PhD, RN</p> <p data-bbox="225 976 501 1066">Kalokerinou, Athena, PhD, RN</p> <p data-bbox="225 1111 472 1200">Papacostas, Savvas S, MD</p> <p data-bbox="225 1245 501 1335">Tsangari, Haritini, PhD</p> <p data-bbox="225 1379 501 1469">Sourtzi, Panagiota, PhD, RN</p> <p data-bbox="225 1514 453 1559">Original research</p> <p data-bbox="225 1603 293 1648">2007</p>	<p data-bbox="523 510 823 600">172 närståendevårdare var informanter</p>	<p data-bbox="845 510 1091 768">Att undersöka den börda som familjer som vårdar en anhörig med demens upplever.</p>	<p data-bbox="1118 510 1366 712">48,3 % av närståendevårdarna var döttrar, 41,3% maka/make</p> <p data-bbox="1118 835 1366 1037">Majoriteten upplevde bördan som stor och kände stress.</p> <p data-bbox="1118 1171 1366 2078">Aggressivitet hos den dementa upplevdes som mest påfrestande, medan beteende som hade med det försämrade minnet att göra påverkade vardagen för närståendevårdaren mest, och var ofta den faktorn som mest ledde fram till ett beslut om att sätta den dementa i kön till ett vårdhem.</p>

			<p>Anhöriga med högre utbildning upplevde mindre grad av stress.</p> <p>Kvinnor var mer stressade än män.</p> <p>Närståendevårdarna kände sig isolerade och, i vissa fall, deprimerade.</p> <p>Som copingmetoder användes bön, hopp om mirakel, dagdrömmande och önsketänkande, men även tendens till att undvika att spendera för mycket tid med den dementa.</p>
<i>Caring for relatives with dementia</i> –	Intervju av 93 närstå-	Att undersöka närståendevårda-	Att vara närståendevårdare påver-

<p><i>Caregiver experiences of relatives of patients on the waiting list for admission to a psychogeriatric nursing home in The Netherlands</i></p> <p>Meiland, Franka JM</p> <p>Danse, Jos MC</p> <p>Wendte, Johannes F</p> <p>Klazinga, Niek S</p> <p>Gunning-Schepers, Louise J</p> <p>University of Amsterdam</p> <p>Academic Medical Center</p> <p>Department of Social Medicine, Amsterdam</p> <p>Scand J Public Health</p> <p>2001</p>	<p>endevårdare</p>	<p>res upplevelser då den dementa anhöriga sätts i kö till ett vårdhem el dyl.</p>	<p>kade vardagen mycket, t.ex. hushållssysslor upplevdes som speciellt betungande.</p> <p>Även det förändrade beteendet hos den dementa oroadade ständigt de anhöriga.</p> <p>Närståendevårdare som bodde tillsammans med den dementa upplevde en större börda, medan närståendevårdare som även hade ett annat jobb klarade sig bättre.</p> <p>De flesta hade en positiv inställning till vårdhem.</p> <p>Ibland kom initiativet till att sätta den dementa i kön av utomstående,</p>
---	--------------------	--	--

			<p>såsom professionella inom branschen.</p> <p>Faktorer som ledde fram till beslutet var bl.a. oro för att vården hemma inte var tillräckligt kvalitativ och att det blev för påfrestande.</p> <p>Det blev en utmaning att orka med situationen under hela köperioden, som kunde kännas lång.</p>
<p><i>Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives.</i></p> <p>Almberg, Britt, UL</p>	<p>Baserad på en tidigare undersökning av 46 närståendevårdare</p>	<p>Att undersöka hur familjemedlemmar som vårdaren en anhörig hantlar påfrestningen.</p>	<p>Närståendevårdarna upplevde att det var svårt att inte kunna kommunicera på samma sätt med den dementa längre, de kunde inte njuta av diskussioner eller gemensamma</p>

<p>Grafström, Margareta, PhD, RNT</p> <p>Winblad Bengt, PhD, MD</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>1997</p> <p>Stockholm</p>			<p>minnen.</p> <p>Det förändrade beteendet hos den dementa upplevdes som svårt att hantera.</p> <p>Närståendevårdarna sörjde förlusten av den person som den dementa tidigare varit och hade svårt att anpassa sig till de nya rollerna, att bli ”mamma åt sin mamma”.</p> <p>Det väckte mycket känslor, så som sorg, oro och skuld, men vissa hade lärt sig att acceptera situationen.</p> <p>Genom att ta med t.ex. foton och mat vid besöken blev</p>
---	--	--	--

			<p>situationen lättare.</p> <p>Att få stöd utifrån och mera kunskap om situationen upplevdes som väldigt viktigt.</p> <p>De som pratade om situationen och hade stöd av andra samt av professionella hade bättre ork, och hanterade situationen bättre.</p>
<p><i>Seeking connection: family care experiences following long-term dementia care placement</i></p> <p>Bramble, Marguerite</p> <p>Moyle, Wendy</p> <p>McAllister, Margaret</p> <p>Journal of Clinical</p>	<p>Sampel på 10 deltagare i en större undersökning, slumpmässig utvalda.</p> <p>Semistrukturerad intervju</p>	<p>Att utreda närståendevårdarens upplevelse av att den anhöriga sätts i långtidsvård.</p>	<p>Faktorer som påverkade beslutet om långtidsvård: ökad upplevd börda, osäker demensdiagnos, klarar sig inte längre hemma, behöver konstant tillsyn, inkontinens och sömnlöshet.</p> <p>Efter att beslutet</p>

<p>Nursing</p> <p>2008</p>			<p>tagits upplevde närståendevårdarna sorg, förlust och hade dåligt samveten, men var samtidigt lättade.</p> <p>Förändringen var i vissa fall så stor att den tidigare närståendevårdaren upplevde sig vara i behov av professionellt mentalt stöd.</p> <p>Situationen blev värre om personalen på vårdhemmet var ovälkomnande och inte ville samarbeta. Upplevelse av att systemet bara tog över.</p> <p>De anhöriga ansåg att det hade en massa viktig information om den dementa och upp-</p>
----------------------------	--	--	--

			<p>levde att vårdpersonalen inte alltid var beredda att lyssna på dem.</p> <p>De flesta var ändå nöjda och uppgav att det goda samarbetet med vårdpersonalen gav en känsla av mening, att de fick vara med i vården.</p> <p>Vissa kände oro för att miljön och fastigheten inte passade för den dementa. De kände olust över att patienternas kläder blandades om.</p>
<p><i>Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers.</i></p> <p>Assumpta, Ann Ryan MEd BSc RMN RGN RNT</p>	Djupintervju, 10 informanter	Att undersöka vilka faktorer som får de anhöriga att placera patienten på ett vårdhem.	Den allra främsta orsaken till beslutet var ett försämrat hälsotillstånd, antingen hos den anhöriga eller hos närståendevården.

<p>PGCTHE</p> <p>Hugh F. Scullion</p> <p>MSc BSc RMN</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>2000</p>			<p>När situationen blev ohållbar så gjordes ofta beslutet om vårdhem.</p> <p>Beslutet kom ibland utifrån, ex. från professionella inom branschen.</p> <p>Vårdhemmet valdes utgående från läge eller rykte.</p> <p>Efter att den anhöriga flyttat till ett vårdhem kände närstående vårdaren en känsla av misslyckande, skuld, hjälplöshet, förlust, ånger och sorg, men de flesta kunder konstatera att de nog inte haft något val och att det var det bästa beslutet för den anhörigas bästa.</p>
<p><i>Everyday Occupation, Well-Being,</i></p>	<p>Kvalitativa telefonintervjuer av 33 in-</p>	<p>Att undersöka välmåendet hos</p>	<p>Närstående vårdarna njöt av stunder</p>

<p><i>and Identity: The Experience of Caregivers in Families With Dementia.</i></p> <p>Hasselkus, Betty , PhD, OTR, FAOTA.</p> <p>Murray, Bridget J, MSc, SROT</p> <p>The American Journal of Occupational Therapy</p> <p>2007</p>	<p>formanter.</p>	<p>närståendevårdare till anhöriga med demens.</p>	<p>då det t.ex. kunde ta ut den anhöriga på en lunch och situationen nästan var som innan demensen bröt ut.</p> <p>Närståendevårdarna mådde dåligt på grund av att de kände att de inte kunde göra tillräckligt för den anhöriga. Situationen påverkade vardagen mycket. Även fysiskt våld riktat mot närståendevårdarna hade förekommit.</p> <p>Att den dementa inte längre kände igen närståendevårdaren, var speciellt för maken eller maken mycket smärtsamt.</p> <p>Relationen mellan närståendevårdaren och den dementa förändrades ofta drastiskt, ”ser ut</p>
--	-------------------	--	---

			<p>som mamma, men betar sig inte som mamma”.</p> <p>Vissa närståendevårdare upplevde djup tillfredställelse av att kunna ta hand om den anhöriga, en del sade t.o.m. att deras relation aldrig varit bättre.</p> <p>Vissa hade positiva upplevelser av hjälp utifrån, andra negativa. Stöd från omgivningen upplevdes som viktigt.</p> <p>Närståendevårdarna hade en god förståelse av att den dementa med tiden skulle bli mer och mer påverkad av sin sjukdom.</p>
<p><i>Family caregivers of older relatives: Ways of coping and change in distress</i></p> <p>Knussen, Christina</p>	<p>Analys av upplevelser av 115 par av närståendevårdare och anhörig</p>	<p>Att undersöka sambandet mellan hur närståendevårdares hantlade stressen och hur stressade de</p>	<p>Tre sätt att hantera stressen:</p> <p>1.Hitta en balans i tillvaron: Ta tid för</p>

<p>Tolson Debbie, A. Brogan, Clare R. C. Swan, Iain J. Stott, David Sullivan, Frank Psychology, Health & Medicine 2008</p>		<p>upplevde sig efter en tid.</p>	<p>sig själv, ha hob- byn, planera nog- grant, ha tilltro till sig själv som när- ståendevårdare osv.</p> <p>2 Fokusera på vår- dandet: göra hem- met till en så bra miljö som möjligt, söka information om sjukdomen osv.</p> <p>3 Undvikande: hoppas att proble- met skall för- svinna, utagera genom att t.ex. skrika, ta till mat eller alkohol som stresslindring osv.</p> <p>Att försöka hitta en balans i tillvaron visade sig vara det bästa sättet att han- tera stressen, me- dan de som an- vända sig av ett undvikande sätt inte bara upplevde sig vara stressade,</p>
---	--	--	---

			men även hade sämre relation till den anhöriga.
--	--	--	---

4. På vilket sätt påverkas Er vardag av Er roll som anhörig till en person med minnesjukdom?

5. Förändrades Er vardag under den period som Er anhörig var hos oss?

6. Under hur lång period var Er anhörig hos oss på Hemmet? Kändes det som en lämpligt lång tidsperiod? Om inte, hur länge önskar Ni att perioden varit?

7. Önskar Ni att använda er av denna service igen i framtiden?

8. Har Er anhörig fått ta del av likande vård tidigare på något annat ställe?
Hur upplevde Ni den tjänsten i jämförelse med den vi erbjuder på Hemmet?

9. Övriga kommentarer och önskemål.

Vänligen returnera enkäten i det kuvert som följde med blanketten och slut kuvertet. Era svar kommer inte att läsas innan alla svar kommit in. På detta sätt garanteras Er anonymitet. Vid eventuella frågor finns kontaktuppgifter i följebrevet.

Stort TACK för Er tid!

Bästa informant,

Mitt namn är Marthina Wargh och jag studerar till sjuksköterska på Arcada -Nylands svenska yrkeshögskola. Jag jobbar samtidigt som vårdare på avdelningen där Er anhörig är korttidsklient. Jag önskar att göra mitt examensarbete om Era upplevelser av tiden Er anhörig varit korttidsklient på Hemmet. Jag gör detta arbete i samarbete med Hemmet. Som handledare på Arcada fungerar Elisabeth Kajander och på Hemmet X.X, enhetsansvarig.

Detta är en relativt ny tjänst som Hemmet erbjuder och vi vill gärna ha Era synpunkter och upplevelser för att kunna göra ett så bra jobb som möjligt. Vi önskar även att få vet hur Er vardag tillsammans med Er anhöriga ser ut och hur er vardag påverkades av att Er anhöriga var klient hos oss.

Studien går till på följande sätt: Anhöriga till alla korttidsklienter under december 2012 och januari 2013 får med sig en enkät, detta följebrev och ett kuvert när klienten lämnas på Hemmet. När Ni hämtar klienten tillbaka hem önskar vi att ni har fyllt i enkäten och lämnar in dem i ett slutet kuvert till någon av personalen på avdelningen. Inget kuvert kommer att öppnas innan alla svar kommit in. Enkätsvaren kommer endast att läsas av den studerande som gör arbetet. De övriga i personalen kommer endast att ha tillgång till en sammanfattning i det färdiga examensarbetet. Enkätsvaren kommer att förstöras efter avslutat arbete. På så sätt kan Er anonymitet garanteras.

Undersökningen är givetvis frivillig, men för att kunna utveckla tjänsten uppskattar vi om Ni tar Er tid att göra enkätundersökningen. Era upplevelser är viktiga för oss.

Varmt tack på förhand för Er tid!

Har Ni frågor kan ni kontakta någon av oss:

Marthina Wargh,

studerande

warghmar@arcada.fi

Elisabeth Kajander

handledare

elisabeth.kajander@arcada.fi

x.x

beställare

e-postadress