



**HÖGSKOLAN**  
TROLLHÄTTAN · UDDEVALLA

# **Sjuksköterskans hjälpmetoder för guidning av närstående till personer med demens**

**Författare: Agneta Gustafsson & Kerstin Thorsson**  
**Handledare: Madeleine Bergh**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1**  
**Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad**  
**Juni 2002**

## En anhörigs berättelse

Du är som du är.  
Nej.  
Fel av mej.  
Du är inte som du är.  
Ändå vet jag, att det är du.  
Och jag vet hur du egentligen är,  
därför älskar jag dej./.../

Jag vet inte hur mycket du förstår.  
Men det känns skönt ändå, att berätta allt för dej.  
Så som vi alltid har gjort.  
Känns skönt att sitta vid din säng och prata,  
även när du inte svarar./.../

Jag trodde nästan att du höll på att bli bättre ett tag.  
Du log mot mig och lyssnade på vad jag sade. Jag började hoppas.  
Men, fel av mej.  
Din sjukdom är obotlig. Det vet jag ju.  
Herren ger och Herren tar.  
Men skulle Herren ge dej ytterligare några ljusa dagar,  
eller ljusa timmar, eller ljusa minuter, så./.../

**Titel:** Sjuksköterskans hjälpmetoder för guidning av närstående till personer med demens.

Nurses helpmethods for guiding relatives to persons with dementia.

**Institution:** Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

**Arbetets art:** Omvårdnad- utvecklingsarbete, 10 poäng

**Kursbeteckning:** SSK 00:V

**Sidantal:** 27

**Författare:** Gustafsson, Agneta  
Thorsson, Kerstin

**Handledare:** Bergh, Madeleine

**Ort och datum:** Vänersborg, juni 2002

---

**Abstract:**

Some relatives care for persons with dementia in their home. The aim of this literature study was to illuminate how nurses could guide relatives to persons with dementia. The results are presented through Orem's five helpmethods. These are grounded in how nurses act or do for relatives, how they give physical and psychic support, instructions, education and create a safe environment. The result tells us that relatives experienced a burden and felt alone in their situation. They also experienced that the hardest time was in the beginning of the disease, when they didn't know what was wrong. It also tells us that the nurse should guide relatives by analyses and chart their individual needs. Through this she could create a network around the relatives and in their home environment. This could give them information knowledge and confirmation. This result in security for the relatives and persons with dementia.

Keywords: Guiding, relatives, helpmethods, dementia and nurse.

Nyckelord: Guidning, närstående, hjälpmetoder, demens och vårda

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>SID.</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
<b>Individuell omvårdnad vid demens</b>	<b>3</b>
<b>Sjuksköterskans omvårdnadskompetens</b>	<b>4</b>
<b>Orems egenvårdshandlingar</b>	<b>5</b>
<b>Problemprecisering</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>METOD</b>	<b>7</b>
<b>Analys</b>	<b>10</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>11</b>
<b>Fysiska och psykiska stödåtgärder</b>	<b>11</b>
<b>Närståendes upplevelser</b>	<b>11</b>
<b>Sjuksköterskans hjälpmetoder</b>	<b>12</b>
<b>Handledning</b>	<b>13</b>
<b>Närståendes upplevelser</b>	<b>13</b>
<b>Sjuksköterskans hjälpmetoder</b>	<b>14</b>
<b>Handla eller utföra</b>	<b>15</b>
<b>Närståendes upplevelser</b>	<b>15</b>
<b>Sjuksköterskans hjälpmetoder</b>	<b>16</b>
<b>Miljöns betydelse för omvårdnaden</b>	<b>17</b>
<b>Närståendes upplevelser</b>	<b>17</b>
<b>Sjuksköterskans hjälpmetoder</b>	<b>18</b>
<b>Utbildning</b>	<b>19</b>
<b>Närståendes upplevelser</b>	<b>19</b>
<b>Sjuksköterskans hjälpmetoder</b>	<b>20</b>

**DISKUSSION**

**21**

**REFERENSER**

**25**

## INLEDNING

Vi lever i relation till andra människor och en del av dessa människor kallar vi för våra närstående. Om det händer en människa något, drabbar det också de närstående personerna. Vi kan inte välja bort det utan det hör livet till (Arlebrink, 1996).

När vi blir sjuka och måste vårdas, kan det innebära en integritetskränkning och en förlust av den egna autonomin. Människans autonomi dvs. dess självstyre, självständighet och oberoende är mycket betydelsefull. Detta spelar stor roll och påverkar människan (Cullberg, 1992). Det holistiska synsättet och helhetsbilden i omvårdnaden av människor har funnits med under utbildningen då vi läst till sjuksköterskor. I vår framtida yrkesroll som sjuksköterskor kommer vi att ha med oss det holistiska synsättet och helhetsbilden i omvårdnaden som en central utgångspunkt. Vi upplever att det finns tillgångar och brister i vården vid mötet med närstående till dementa personer.

Trygghet finns i att känna igen och förstå saker. Personer med demens förlorar den tryggheten. Dementa personer är ofta bundna till sin egen värld, de har svårt att förstå andra människor. Vårdpersonal behöver förstå den världen och de närstående kan hjälpa oss som personal med kunskap om den demente personens tidigare liv (Norberg, Zingmark & Nilsson, 1994).

För att få kunskap om den enskilde demente personen måste sjuksköterskan söka information och kartlägga hans eller hennes tidigare liv. Det är viktigt med ett nära samarbete med de närstående i syfte att ge en så god omvårdnad som möjligt.

Närstående definieras i SOSFS 1989:14 som anhörig, granne och vänner som har en nära relation till den sjuke. Begreppet får en vidare betydelse än om det bara hade gällt den närmaste familjen. I dagens samhälle står familjen för något annat än den gjorde förr. Människor lever i sambo-, särboförhållanden och storfamiljer, vilket ställer större krav på att lagstiftningen skall vara så vid som möjligt.

## BAKGRUND

Maltén (1997) tolkar Maslow som att människan strävar efter att få sina behov tillfredställda, det gäller även om han eller hon är sjuk. I sjukdom kanske behoven sänks och blir mer och mer grundläggande. I Maslows behovshierarki rangordnas de grundläggande mänskliga behoven, i grunden ligger de fysiologiska som mat och sömn samt fysisk hälsa. Trygghetsbehov som att ha materiell trygghet, fasta rutiner och normer. Tillhörighetsbehov som kontakt med andra, positiva relationer till andra och gruppmedlemskap.

En demenssjukdom är ett förvärvat kliniskt syndrom, som visar sig med försämrad mental funktion i kognition, emotion och konation. I kognitionen finns de intellektuella funktionerna som minnet, analysförmågan, språket och den konstruktiva förmågan. Emotion är hur vi känslomässigt reagerar. Konation är förmågan att initiera, planera och kontrollera vårt beteende (Medicinska forskningsrådet, 1995).

Alla demenstillstånd kännetecknas av en gradvis försämring av intellektuella funktioner som ger sociala konsekvenser. Försämringen kan vara tillräckligt allvarlig för att inverka på den dagliga funktionen och livskvaliteten (Fratiglioni, Aguero-Torres & Winblad, 2001).

Hos den dementa personen kan minnet, tanken, rumsuppfattningen och orienteringsförmågan vara störd. Personen kan vara helt personlighetsförändrad och individen har stora svårigheter i det praktiska livet (Nystrand, 1994). Mellan fem och tio procent av alla svenskar över 65 år har någon form av demenssjukdom. Fördelningen mellan åldrarna är 5% > 65 år, 15-20% >80 år och 20-30% >90 år. Det är en av våra stora folksjukdomar (a.a.). I Medicinska forskningsrådet (1995) framgår att många studier visar förekomsten av att demenssjukdomar ökar med stigande ålder. Sveriges befolkningsutveckling, med stigande ålder, och ökade möjligheter att behandla sjukdomar medför att antalet demenssjuka personer ökar (Melin & Bang Olsen, 1999).

## Individuell omvårdnad vid demens

I omvårdnaden av den demente personen är det grundläggande att hjälpa individen att klara sitt dagliga liv med tyngdpunkten på att omvårdnaden skall vara individuellt anpassad (Maltén, 1997). De dementa personerna vårdas oftast i sitt hem av en närstående. Det medför stora fördelar för den demenssjuke personen att få bo i en känd miljö och med kända personer runt sig, framförallt i ett tidigt stadium av demensen (Nystrand, 1994).

Vårdbehovet för personer med demens hänger samman med nivån av kognitiv funktionsnedsättning. Det fanns rapporter om fysiska och psykiska konsekvenser som den närstående upplevde när de vårdade dementa personer. Fratiglioni, Agüero-Torres och Winblad (2001) beskrev att många närstående blev utsatta för fysiskt våld och upplevde att de var fångar i sitt eget hem, då de inte kunde lämna den demente personen ensam. Nystrand (1994) poängterade vikten av att de närstående måste få avlastning och stöd i omvårdnaden.

Närstående utför stora insatser utan lön (Johansson, Fahlström & Ericsson, 1993).

Melin och Bang Olsen (1999) fann i sin studie att det var viktigt att stödja närstående så de inte blev utelämnade och ensamma i sin roll som vårdare. Närstående till dementa personer, utan stöd i sin roll som vårdare, kände sig ofta nedstämda.

Närstående har stor del i att vårda sina dementa personer. Två tredjedelar av all hjälp till äldre med demenssjukdomar, som är över 65 år, ges av närstående. Hemtjänstens och hemsjukvårdens personal hade inte klarat sin arbetsbörda om inte närstående hade ställt upp (Bergqvist Månsson, 1998).

De närstående till dementa personer behöver och måste få respons för hur de bedriver sin omvårdnad. De närstående är bra på att ge omsorg till varandra och att ge omsorg inom mycket specifika områden. Lyssnar sjuksköterskan och är mottaglig inför de närstående, kan ny kunskap om den demente personen belysas. Detta ger en ökad relation till de närstående och en ökad trygghet för att den demente personen har det



bra när den närstående lämnar över till den professionella omvårdnaden (Bergh, 1997).

## **Sjuksköterskans omvårdnadskompetens**

Vi har valt att utgå ifrån begreppet omvårdnad. Det är en följd av människans behov av omsorg och behov av att bli omhändertagen när den egna kapaciteten att tillgodose sina behov har brister. Sjuksköterskan som innehar omvårdnadskompetensen skall då kunna skapa goda förutsättningar för att upprätthålla fysiska, psykiska, sociala och kulturellt godtagbara förhållanden i patientens olika sjukdomstillstånd och grader av sjukdom (Johansson, 1988).

Enligt nya Socialtjänstlagen (1998:855) är det kommunens yttersta ansvar att ge stöd och avlastning till de anhöriga som vårdar närstående som är långvarigt sjuka eller äldre. Detta är den lagstiftning som, bland annat, kan hjälpa sjuksköterskan att finna laga kraft till att få resurser för att få arbeta med individen och ge honom eller henne en egen autonomi utifrån förutsättningarna. Andershed (1999) och Cohen, Kennedy, och Eisdorfer (1984) har beskrivit sjuksköterskan som en guide för de närstående. Ordet guide kommer ifrån engelskan och betyder vägvisare.

Omvårdnadskompetensens grundsten skall alltid vara, oavsett den medicinska vården, att underlätta för den sjuke i hans eller hennes situation, oberoende av vilken sjukdom, svaghet eller handikapp som patienten har. Sjuksköterskan skall också kunna erbjuda fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt stöd. Sjuksköterskan guidar närstående då den demente personen har förändrade förutsättningar för att kunna få känna hälsa. Det krävs en omvårdnadskompetens hos sjuksköterskan så insatserna kan läggas på lämplig nivå (Johansson, 1988).

## Orems egenvårdshandlingar

Egenvård kan handla om närståendomsorg, då människans naturliga beteende är att ta hand om omsorgsbehövande närstående (Kristoffersen, 1998). De närstående som vårdar en dement person i hemmet, har ett stort behov av stöd. Sjuksköterskans viktigaste kompetensområde blir då att kunna ta ställning till och överväga vilka behov som skall få styra. Detta kan bero på arbetsplatsen, vårdformen eller arbetets art (Johansson, 1988).

Orem utgår från Maslow i sin beskrivning av egenvårdsbehov. Hon säger att individens ålder, utvecklingsnivå och den miljö individen lever i styr kraven på egenvårdsbehov (Kristoffersen, 1998). Närstående i de dementas miljö är en resurs för sjuksköterskan. Närståendes kunskap om den demente personen kan bli en tillgång för sjuksköterskan i hennes omvårdnad (Bergh, 1997).

Sjuksköterskan har fem generella hjälpmetoder enligt Orem (Kirkevold, 1994; Kristoffersen, 1998; Rooke, 1995) för att tillgodose egenvårdsbehovet:

- ge fysiskt och psykiskt stöd
- ge handledning
- handla eller utföra åt en annan person
- skapa en god miljö som verkar för utveckling
- ge undervisning

Vid de *fysiska och psykiska stödåtgärderna* ska sjuksköterskan kunna ge trygghet och motivation för att närstående ska kunna utföra egenvården. Sjuksköterskan har här också ansvar för att bedöma hur mycket de närstående orkar innan mer hjälp behövs.

När sjuksköterskan delger kunskap eller information använder hon sig av *handledning*. Här kan sjuksköterskan bistå med förslag, råd, rekommendationer, anvisningar, instruktioner och tillsyn. För att sjuksköterskan ska kunna gå in och handleda måste kommunikationen vara god mellan sjuksköterskan och de närstående.

Sjuksköterskan kan *handla eller utföra*, hon kan kompensera brister i egenvårdsbehovet genom att ge stöd och rådgivning.

Det är viktigt för *miljöns betydelse* att sjuksköterskan kan skapa ett sådant klimat som verkar stärkande. För att miljön skall bli sådan krävs det att det finns ömsesidig respekt, att det finns tillit och att sjuksköterskan och de närstående har en tro att det blir så bra som möjligt. Här ligger grunden för att sjuksköterskan ska kunna utföra handledning, undervisning och rådgivning.

Sjuksköterskan ska också kunna *undervisa* i olika situationer för att kunna tillgodose närståendes behov av att ha rätt kunskaper då de ska utföra egenvårdshandlingar (Kirkevold, 1994; Kristoffersen, 1998; Rooke, 1995).

## **Problemprecisering**

Enligt Orem är brister i omvårdnaden inte en begränsning utan ett förhållande mellan den närståendes förmåga och den demente personens behov av omvårdnad. Sjuksköterskan har fem hjälpmetoder, där hon kan ge fysiskt och psykiskt stöd, handledning, handla eller utföra åt en annan person, skapa en god miljö och ge undervisning. Dessa utgör hennes referensram för att hon skall kunna kompensera egenvårdsbrister hos närstående (Kirkevold 1994; Rooke 1995).

Sjuksköterskan kan ses som en vägvisare i livets resa, där hon guidar de närstående till dementa personer. Guidning värnar om individernas integritet och sammanfattar sjuksköterskans funktioner i linje med Orem´s fem hjälpmetoder.

Problemavgränsning för vårt arbete är att se till situationen för närstående som vårdar sina dementa personer hemma och utför vårdinsatser.

## **SYFTE**

Syftet har varit att belysa hur sjuksköterskan kan guida dementa personers närstående.

Frågeställningar:

- Hur uppfattar närstående situationen?
- Hur kan sjuksköterskan stödja närstående till dementa personer som bor hemma?

## **METOD**

Arbetet bygger på en kvalitativ litteraturstudie. Litteraturen söktes på biblioteket vid Högskolan i Trollhättan/ Uddevalla.

Litteratursökningen har skett via systematisk sökning i databaserna Spriline, SWEMED, PubMed, Cinahl och Libris. Även en manuell sökning har skett där artiklarna har erhållits genom tidigare referenser i funnet material. Sökning av artiklar har kontinuerligt pågått under arbetets gång. De sökord som användes var närstående, familj, demens, sjuksköterska och omvårdnad. Relatives, family, dementia, nurse, nursing.

Sökorden har använts enskilt, men även i kombination. Sökningen i de olika databaserna gav åtskilliga träffar. Sökandet begränsades till 1990-talet och senare. En av artiklarna som var författad av Cohen, Kennedy och Eisdorfer och var skriven år 1984, artikeln bedömdes tillföra en infallsvinkel som gav bredd till resultatet, där sjuksköterskan var beskriven som en guide. Urvalet begränsades till 28 artiklar, åtta var icke vetenskapliga och dessa exkluderades.

Tre av artiklarna exkluderades då de innehöll ett resultat som enbart belyste relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Efter detta återstod 17 artiklar. För att få svar på frågeställningen om hur de närstående uppfattade sin situation, valdes fyra icke vetenskapliga artiklar Askwall, A. och Volmer, M. (1997), Grafström, M. (1999), Raune, I. (1996) och Svensson, E. (1994). En skönlitterär bok av Maj Fant

(1990). Dessa belyste på ett tydligt sätt de närståendes upplevelser och gav en insiktsfull beskrivning av livet med en dement person. I metoden finns alla artiklar som ingått i resultatet uppställda. Detta för att de olika artiklarnas titel och syfte klart skall framgå.

Tabell 1. En sammanställning av urvalet artiklar som använts i litteraturstudien.

---

Adams, T. (2000) J A N

Titel: The discursive construction of identity by community psychiatric nurses and family members caring for people with dementia.

Syfte: Undersökning om hur samarbete och stöd från psykiatrisjuksköterskan påverkar familjen och den demente personen.

Metod och urval: En empirisk delstudie byggd på en kvalitativ metod bestående av 12 interjuver.

Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (1997). J A N

Titel: Caring for a demented elderly person – burden and burnout among caregiving relatives.

Syfte: Undersökning av närståendevårdares känsla av utbrändhet. Om subjektiv känsla av börda ökade risken för utbrändhet.

Metod och urval: Kvalitativ metod på 52 familjer.

Andershed, B. (1999) Theoria

Titel: Att vara nära anhörig i livets slut. Delaktighet i ljuset- delaktighet i mörkret.

Syfte: Att analysera anhörigas delaktighet i vården.

Metod, urval: Kvalitativ metod av en delstudie.

Andershed, B., & Ternstedt, B-M. (1999). Theoria

Titel: Anhörigas delaktighet, att veta, att göra: en jämförelse med begreppen i Swansons omvårdnadsteori.

Syfte: Att identifiera och kategorisera anhörigas delaktighet i vården av svårt sjuka och att utveckla en teoretisk förståelse för delaktigheten.

Metod och urval: Kvalitativ metod på sex personer.

Askwall, A., & Volmer, M. (1997). Ventilen

Titel: Anhöriga i vården- Personalens synpunkter och inställning.

Syfte: Att belysa personalens inställning och åsikter om närståendes närvaro.

Metod, urval: Kvalitativ metod gjord på en empirisk studie av sex personer.

Cohen, D., Kennedy, G., & Eisdorfer, C. (1984). J Am. Ger. Soc.

Titel: Phases of change in the patients with Alzheimers.

Syfte: Att beskriva Alzheimersjukdomens olika faser hos patienten.

Metod, urval: Kvalitativ metod.

Grafström, M. (1999). Nordisk Geriatrik

Titel: Vardagen i demensvården. Anhörigas roll vid vård och omsorg. *Nordisk geriatrik*.

Syfte: Att studera anhörigas situation som vårdare till en dement äldre.

Metod, urval: Longitudinell fall- och kontrollstudie.

Grafström, M., Norberg, A., & Hagberg, B. (1993). J A N

Titel: Relationship between demented elderly people and their families: a follow-up study of caregivers who had previously reported abuse when caring for their spouses and parents.

Syfte: Att undersöka hur förhållandet utvecklade sig under en tid i familjer med för tung belastning och rapporterade skadliga reaktioner mot de dementa personerna.

Metod, urval: Kvalitativ metod. Delstudie med interjuver där 13 familjer deltog.

Grafström, M., Norberg, A., & Winblad, B. (1993). Scand J. Soc. Med

Titel: Abuse is the eye of the beholder.

Syfte: Undersökning av sambandet mellan misshandel och stress från närstående i omvårdnaden.

Metod, urval: Kvalitativ metod gjord på en empirisk studie av 52 närstående.

Johansson, A., Fahlström, G., & Ericsson, K. (1993). Vård i Norden

Titel: Funktionsförmåga, tillsynsbehov och familjebaserade insatser för vårdtagare med stora hjälpbehov i hemvården.

Syfte: Att belysa funktionsförmågan och tillsynsbehovet för vårdtagare med stora hjälpbehov i hemvården.

Kunyk, D., & Olson, J.K. (2001). J A N

Titel: Clarification of conceptualisations of empathy.

Syfte: Att klargöra begreppet "empati" i omvårdnaden.

Metod, urval: Litteraturstudie.

Norberg, A., & Asplund, K. (1990). West. J. N Res.

Titel: Caregivers' Experience of Caring for Severely Demented Patients.

Syfte: Belysa hur vårdgivare upplevde meningen med sin omvårdnad av dementa personer.

Metod, urval: Kvalitativ metod och kvantitativ metod. Gjord på 59 interjuver.

Ragneskog, H., Kihlgren, M., Karlsson, I., & Norberg, A. (1993). Vård i Norden

Titel: Nursing home staff opinions of work with demented patients and effects of training in integrity-promoting care. Vård i Norden.

Syfte: Att belysa sjuksköterskans val ur ett integritetsperspektiv då detta fanns integrerat i vården.

Metod, urval: Kvalitativ metod med en kvantitativ ansats, gjord på 1188 personer.

Raune, I. (1996). Äldre i centrum

Titel: Anhöriga behöver stöd. Äldre i centrum.

Syfte: Att se till vilket stöd anhöriga behövde som vårdade dementa personer hemma.

Metod, urval: Kvalitativ.

Samuelsson, A M., Annerstedt, L., Elmstål, S., Samuelsson, S-M., & Grafström, M. (2001). Scand. J. Car. Sci

Titel: Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers.

Syfte: Få en djupare förståelse för närståendes känslor och upplevelse, när de vårdar en dement närstående.

Metod, urval; Kvalitativ metod med en kvantitativ ansats.

Svensson, E. (1994). Vårdadministratören

Titel: Hur ska anhöriga orka?

Syfte: Att belysa anhörigas behov av stöd.

Metod, urval: Empirisk studie med en kvalitativ ansats gjord på 15 anhöriga.

Östman, M., & Hansson, L. (2001). Scand. J. Car. Sci

Titel: The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients.

Syfte: Att undersöka vad de närstående använde för copingstrategier för att orka med sen omvårdnad.

Metod, urval: Kvalitativ, interjuver på 78 personer.

## **Analys**

Resultatstrukturen utgörs av omvårdnadsteoretikern Orems fem generella hjälpmetoder som sjuksköterskan kan använda sig av, i sin guidning av närstående till dementa personer. Resultatet är grundat på 17 artiklar som alla blivit sammanfattade av båda författarna. Texterna analyserades utifrån detta och de fem hjälpmetoderna vidgades genom att inte bara se till hjälpmetoden utan också till behov av eller brist på hjälpmetoder i omvårdnaden. Dessa markerades i texterna och sammanställdes till ett resultat som redovisas under fem rubriker. Resultaten sorterades sedan in under rubrikerna som utformades så de belyste närståendes upplevelser och sjuksköterskans hjälpmetoder för guidning. De olika hjälpmetoderna går till viss del in i varandra, detta medförde att vissa resultat hade en liknande innebörd. I arbetet valdes att kalla sjuksköterskan för hon med den motiveringen att det blir lättare för läsaren att följa med i texten.

# RESULTAT

Efter varje resultatdel finns en textruta som sammanfattar innehållet.

## **Fysiska och psykiska stödåtgärder**

### **Närståendes upplevelser**

Att leva med en person som har en demenssjukdom kan vara svårt att hantera för de närstående. Cohen, Kennedy och Eisdorfer (1984) lyfte fram att det för den närstående upplevdes som svårast att lära sig hantera den demente personens nya beteende och personlighet. Oftast kom dessa problem fram i ett tidigt skede av sjukdomen.

Upplevelsen av hur betungande vårdssituationen var berodde på hur bunden den närstående kände sig (Svensson, 1994). Det framkom också att de flesta närstående inte hade valt att bli vårdare, utan plötsligt befann de sig bara i den situationen. Varför de fortsatte att vårda kunde bero på trofasthet, kärlek, moraliska och religiösa motiv. Många närstående upplevde sig ha förlorat en jämbördig partner att dela livet med och blev tvungna att ta huvudansvaret för allt i vardagslivet. Detta kunde enligt Almberg, Grafström och Winblad (1997) leda till att närstående till dementa personer ofta kände en stor stress och löpte en stor risk för att bli utbrända. Anledningen till att närstående kände sig stressade berodde enligt författarna på att de kände sig isolerade och utan positiva influenser i livet.

I studierna gjorda av Grafström, Norberg och Winblad, (1993), Samuelsson, Annerstedt, Elmstål, Samuelsson och Grafström, (2001), Svensson, (1994), Östman och Hansson (2001) framkom det att närstående använde vissa copingstrategier, för att klara av och orka ta hand om sina dementa anhöriga. Författarna framhöll att närstående var tvungna att lära sig leva i en ny livssituation och lära sig ta itu med problem som skapades av den demente personens sjukdom. Det kunde röra sig om rent praktiska problem men också att lära sig den dementes nya beteende och person. Hur de närstående klarade av att hantera sin nya livssituation och sin nya roll som vårdare, visade sig då de närståendes upplevelse av vårdssituationen då de vårdade en dement person var en starkare stressfaktor än den faktiska vårdtyngden i form av praktisk med t ex. tvättning och matning.



Det framgick av Svenssons (1994) studie att de närstående inte visste vilka resurser samhället kunde tillhandahålla och de hade därför inga möjligheter att uttrycka egna önskningsom förbättring. Grafström, Norberg och Hagberg (1993) och Alberg m fl. (1997) belyser i sina studier att närstående inte såg något hoppfullt i framtiden. De såg endast en ljusning när den demente personen skulle vara död. Det fanns också de närstående som var så oroliga och ängsliga över den demente personen att deras egna liv kändes meningslöst. Dessa personer uttryckte att den dagen deras dementa närstående var borta var deras liv också slut. Det som också framkom om närståendes upplevelser av fysiska och psykiska stödåtgärder var att de närstående som inte vågade söka hjälp eller inte orkade, riskerade att "bränna ut" sig. De dementa personerna löpte också en större risk att bli utsatta för misshandel när den närstående inte orkade utföra omvårdnaden, i en hopplös situation (Grafström, Norberg & Hagberg, 1993).

För många närstående är den nya situationen skrämmande. De närstående upplever att de befinner sig i en otrygg situation som de hanterar genom att använda sig av copingstrategier.

### **Sjuksköterskans hjälpmetoder**

Närstående och vårdpersonal som arbetade sida vid sida med dementa patienter var tvungna att låta de vårdinsatser som patienten hade, styra i vilken grad de behövde hjälp. Enligt Johansson m fl. (1993) var det viktigt att i en vårdplanering tänka på den närståendes situation. Det fanns en risk för att de praktiska insatserna övervägde och att de emotionella och existentiella stödet inte tillgodosågs av sjuk-sköterskan. Många närstående uttryckte enligt Grafström, Norberg och Winblad (1993) att den egna fysiska och psykiska hälsan inte längre fanns med och situationen blev ohållbar. Detta innebar att de närstående var i behov av hjälp och stöd. Saknades hjälp och stöd från en sjuksköterska, förelåg större risk för misshandel av de dementa personerna. I omvårdnaden beskrevs ofta att de närstående kände sorg över att ha förlorat den tidigare personen och skuld över att inte räcka till eller vara tillräckligt snäll. För att hantera detta beskrev många också att de valde att ta distans ifrån människan och bara se omvårdnaden av en dement person.

Det var inte bara viktigt att ge de närstående fysiskt och psykiskt stöd, de närstående behövde också hjälp att förstå vad den demente personen klarade och inte klarade av. Cohen m fl. (1984) menade att detta hade betydelse för att förväntningarna inte skulle bli för höga på den demente personen eller för att de närstående skulle hjälpa den demente personen för mycket och på så vis kränka dennes integritet.

Sjuksköterskan kan motivera närstående genom att ge stöd. Det kan handla om att i en otrygg situation stödja genom att ge verbal uppmuntran och ge närstående en förståelse för vilka förväntningar som är rimliga.

## **Handledning**

### **Närståendes upplevelser**

”Kungsholmsprojektet” var en undersökning som gjordes i Stockholm (Grafström 1999) om anhöriga i hembaserad demensvård. Detta projekt visade bland annat att de närstående upplevde störst svårigheter i början av demenssjukdomen då personen ännu inte fått sin diagnos. De närstående kände att något var förändrat hos personen och de kunde inte förstå att det rörde sig om en sjukdom. Grafström (1999) menade att i denna fasen hade de ofta väldigt liten kontakt med hälso- och sjukvården. Situationen för de närstående blev då som Samuelsson m fl. (2001) lyfte fram i sitt resultat, att de kände sig stressade och störda av den demente personen, när omvårdnaden upptog hela deras relation. Närståendes tidigare relation med den demente personen var av betydelse för hur omvårdnaden blev. Om relationen tidigare varit god blev omvårdnaden lättare att hantera för den närstående. För att klara av den nya relationen beskrev författarna att närstående använde sig av olika problemlösningar för att undvika känslan av att känna sig otillräckliga. Ett exempel var ”emotionell distansering”, där de närstående helt enkelt undvek situationer som var för svåra att hantera.

Det ställdes stor krav på de närstående när de dementa personerna hade svåra beteenden som verbala aggressiva utspel, skrik, hot och slag. Även nattliga störningsmoment upplevdes som mycket tunga. Grafström (1999) menade vidare att

det var utifrån dessa situationer, då den demente personen hade ett aggressivt beteende, som den närstående kunde vara på gränsen till sammanbrott. Flera av de närstående i studien berättade om fysiska och psykiska övergrepp mot den demente personen. Närstående beskrev ofta att det var tyngst psykiskt i början av demenssjukdomen. När sjukdomen utvecklades, blev det tyngre fysiskt då den demente personen behövde allt mer hjälp med ADL och tunga lyft (Grafström, 1999).

För att orka leva med en dement person krävdes det att de närstående orkade vara aktiva varje dag och att de kände tillfredställelse och mening med det som utfördes. Cohen (1984) framhöll att om de närstående befann sig i denna situationen, upplevde de mycket mindre stress.

Närstående beskriver att bördan är tyngst i början av sjukdomen då de inte har kunskap eller kontakt med sjukvården. Aggressivitet och andra hot som de närstående utsätts för av den demente personen medför att många närstående är på gränsen till sammanbrott. Även övergrepp riktat mot den demente personen kan förekomma vid brist på handledning.

### **Sjuksköterskans hjälpmetoder**

En tidig demensdiagnos och en kontinuerlig kontakt med primärvården betydde mycket för vården av dementa personer. Grafström (1999) menade att närståendevårdare var en viktig resurs och kunde innebära att institutionaliseringen fördröjdes för den demente personen. För att hjälpa dessa närstående visade Grafströms resultat att hälso- och sjukvården borde öka sina arbetsinsatser för att söka upp familjer med demenssjuka personer i syfte att upprätta en långvarig relation som innebar stöd under många år. Ett förslag var en uppsökande verksamhet speciellt riktad till de familjer, med de svåraste fallen.

De flesta närstående önskade att de fick kunskap om sjukdomen och utbildning i ett tidigare skede menar Svensson (1994), detta för att kunna lära sig hantera problemen på bästa sätt. Det handlade också om närståendes känsla av att känna sig som ett stöd

och en betydelsefull resurs för den demente personen. Fanns kunskap hos de närstående om sjukdomen, förloppet och vad de kunde hjälpa till med, ledde detta till en bättre livskvalitet och ett större ansvarstagande i egenvården. Almqvist m fl.(1997) och Raune (1996) belyser vikten av att i ett tidigt stadium kunna gå in och informera de närstående om avlastning och det stöd som finns att tillgå.

Sjuksköterskan kan ge närstående information om sjukdomen. Detta kan fördröja att den demente personen behöver annat boende. Den tidiga kontakten med en sjuksköterska är också viktig, då de närstående behöver information om vilka hjälpinsatser och typer av avlastning som finns att tillgå.

## **Handla eller utföra**

### **Närståendes upplevelser**

Det vi inte vet något om kan verka skrämmande menar Raune (1996). De närstående till dementa personer är ofta själv äldre och kanske också sjuka. I denna situation kände de sig ytterst isolerade, och önskade avlösning, mer information och mer kunskap om sjukdomen och om vilken hjälp som fanns att tillgå.

En makes berättelse:

När jag tvättar och klär på henne, försvarar hon sig alltid, hon sätter sig på tvären och är aggressiv. Jag försöker att lugna henne, att vara försiktig men när hon är så motsträvig och besvärlig, så tappar jag tålamodet. Jag böjer hennes armar och ben med tvång och jag tvingar henne att göra det jag vill hon skall göra. Efteråt gråter jag, jag känner sådan skuld.

Fritt översatt från engelska av oss författare (Grafström, Norberg & Winblad, 1993, s. 252-3).

Grafström, Norberg och Winblad (1993) menar att i vissa fall i omvårdnaden av dementa personer kunde det uppfattas av de som utförde den, att deras handling gjorde mer skada än nytta. Norberg och Asplund (1990) beskriver liknande känslor hos närstående, som mannen i citatet ger uttryck för. Det kunde handla om situationer där den demente personen blev tvingad att tvätta sig eller att äta.

Närstående kompenserar den demente personens brister genom att hjälpa honom eller henne med sin ADL. Ibland uppfattar de närstående att de gör mer skada än nytta.

### **Sjuksköterskans hjälpmetoder**

I svåra situationer för närstående framhöll Norberg och Asplund (1990) att sjuksköterskan behövde lyfta fram att närstående utförde en meningsfull handling, där kontakten, både den kroppsliga och den verbala, hade stor betydelse för den demente personen. Det viktigaste var att de uttryckte sig på rätt sätt och att de hade tålamod. Kunskap om den demente personen och närstående byggde på kommunikation uttryckte Johansson m fl. (1993). Vid vård i hemmet är förmågan och möjligheten till att kommunicera mycket central och nästintill oundgänglig. Andershed och Ternestedt (1999) kom fram till att sjuksköterskan behövde kunskap om hur de närstående önskade vara delaktiga i omvårdnaden. Vad de ville göra för den demente personen, vad de ville veta om sjukdomen och hur de kunde få vara delaktiga i vården? Det var också viktigt att sjuksköterskan stöttade de närstående så de orkade hålla uppe hoppet.

Andershed och Ternestedt (1999) och Östman och Hansson (2001) beskriver att sjuksköterskan gav de närstående en social relation genom samtalet där hon kunde ge information om vad som skulle hända. Närstående fick då en möjlighet att känna sig delaktiga. Sjuksköterskan hade även en stödjande funktion, där faktakunskap om omvårdnaden och medicinsk kunskap kom fram. Sjuksköterskan skulle kunna individualisera detta och på så vis stötta de närstående och deras dementa person, utifrån deras specifika behov.

Sjuksköterskan kan stötta de närstående genom att ge dem råd och stöd inför den omvårdnad de utför. Sjuksköterskan kan också gå in och utföra omvårdnaden utifrån de närståendes önskemål.

## **Miljöns betydelse för omvårdnaden**

### **Närståendes upplevelser**

Många närstående blev tvungna att göra saker mot sin egna vilja. Östman och Hansson (2001) menade att närstående hade svårigheter att klara situationen om de blivit tvungna att sluta arbeta eller tvingat den demente personen att göra något mot dennes vilja. För att orka vidare använde de sig av olika strategier. Vilken strategi eller vad de närstående gjorde spelade inte så stor roll, det viktiga var att situationen fick styra. Detta berodde också på var den demente personen befann sig i för fas av sjukdomen. Cohen m fl. (1984) kom fram till att vissa familjer upplevde en känsla av lättnad då de fick vetskap om vad som var fel. De behövde inte längre försvara och dölja den demente personens beteende. Både närstående och omgivningen fick en ökad förståelse, då de visste att det handlade om en sjukdom.

- Glömskan är en tillgång ibland, inte minst för henne. Ibland skojar vi om det och skrattar tillsammans åt det. Du är åtminstone billig i drift, mormor, säger dotterdottern. Du kan ju läsa samma Hänt i veckan en hel månad, behöver inte köpa någon ny för du har ju redan glömt vad som stod där. Då skrattar mamma, och ibland, i klara stunder så kommer hennes härliga humor fram.
- Vet du, det är väl inte konstig. Det står ju aldrig något nytt i tidningarna nuförtiden. Samma bilder på samma människor är det också jämt.

(Fant, 1990 s. 23)

Askwall och Volmer (1997) studie visade att miljön runt omkring de närstående ofta var ohållbar och det medförde att de hade svårt att ta egna beslut om saker i den aktuella situationen. Grafströms (1999) studie visade att närstående, oftast döttrar, använde mer psykofarmaka än befolkningen i stort. Då den demente personen flyttat till annat boende sjönk bruket avsevärt. Speciellt komplicerat blev det då den tidigare relationen, mellan den demente personen och den närstående inte varit bra. Ett citat i Grafström, Norberg och Winblads (1993) studie bekräftar detta. Hustrun uttryckte: ”han har alltid varit elak, nu skall jag ge igen.” (s. 254). Det visade sig i Grafström Norberg och Winblad (1993) och Samuelssons m fl. (2001) resultat att de närstående upplevde att situationen var mer belastande om relationen tidigare varit dålig.

Närstående upplever ofta sin miljö som stressande vilket kan medföra ett ökat behov av psykofarmaka. Vissa närstående fann svårigheter i att visa respekt gentemot den demente personen.

### **Sjuksköterskans hjälpmetoder**

Andershed (1999) kom i sitt resultat fram till att sjuksköterskans förhållningssätt betydde mycket för de närstående. Den närstående levde i en komplicerad situation där en mängd olika problem behövde lösas, samtidigt som den egna sorgen inför den nya livssituationen gjorde sig påmind. Frågor som sjuksköterskan kunde ställa sig var: Hur mycket visste de om sjukdomen? Fick de själv bestämma? Hur delaktiga fick de lov att vara?

Empati finns hos alla människor, framhåller Kunyk och Olson (2001). Sjuksköterskan var expert och kunde med hjälp av detta kartlägga individens behov. Närståendes behov av hjälp var individuellt. Sjuksköterskan kunde stödja närstående menar författarna som beskrev i sitt resultat att om hon analyserade olika behov, med hjälp av empati, då kunde de närståendes grundläggande behov tillfredställas. Det framkom också att sjuksköterskan behövde se vilka förutsättningar familjen hade för att kunna ge stöd och hjälp till de närstående.

Närståendes fysiska och psykiska hälsa ökade, menar Grafström (1999), och Raune (1996), om de blev erbjudna avlastning en gång i veckan. Detta resulterade i att de närstående, utan att känna oro eller dåligt samvete, kunde få ägna sig åt att vårda sin sociala situation.

Askwall och Volmer (1997) menade att många närstående befann sig i en kris, när de blev vårdare till en dement person. De var blockerade över vad som höll på att hända med den nära som blivit sjuk. Den närstående kunde ha praktiska och sociala problem som sjuksköterskan behövde uppmärksamma. Sjuksköterskan kunde behöva hjälpa de närstående att fatta beslut. Detta handlade om att se till den närståendes välbefinnande och försöka undvika att de närstående blev utbrända.

Sjuksköterskan behöver kunna se familjernas förutsättningar och uppmärksamma praktiska och sociala problem, hjälpa närstående att fatta beslut i syfte att stödja individens utvecklingsmöjligheter och att försöka undvika utbrändhet.

## **Utbildning**

### **Närståendes upplevelser**

I Grafströms (1999) resultat framkom att närstående inte kunde förstå vad som höll på att hända, då det handlade om att den demente personen blev förändrad i det tidiga skedet av sjukdomen, orsaken var att kunskapen saknades. I detta tidiga stadium hade de närstående mycket liten kontakt med hälso- och sjukvården.

En kväll fick hon för sig att hon skulle in till grannen mittemot och leta efter ”svarta damen” som just försvunnit in dit. Grannfrun var oförstående och hade dessutom gäster. Men mamma stod på sig, trängde sig förbi och in i lägenheten. Hon var stark och aggressiv. ”Svarta damen” var en realitet, för mamma. Hon kom mest in på nätterna eller när mamma låg i sin säng och vilade. Vad hon ville och sade var och förblev oklart, men att hon gjorde



mamma ytterst oroad var uppenbart. Inte blev det bättre av att vi i familjen inte ville tro på hennes ”syner”, varken på ”svarta damen” eller på mannen i trappan.

(Fant, 1990 s.55)

Det var svårt för de närstående att förstå de dementa personernas beteende, Cohen m fl. (1984) lyfte fram att de närstående behövde få hjälp med kunskap om detta. Denna kunskapen hade inte bara betydelse för de närstående, utan kunde också ligga till grund för hur den demente personen hanterade situationen.

Många närstående har svårt att acceptera den demente personens beteende och önskade mer kunskap om detta. Det är också viktigt att stödja närstående, att våga berätta för omgivningen om demenssjukdomen. Detta medför att den demente personens förutsättningar ökar för att bli bekräftad för den som han eller hon är.

### **Sjuksköterskans hjälpmetoder**

Kunskapen om sjukdomen saknades inte bara hos de närstående. Ragneskog, Kihlgren, Karlsson och Norberg (1993) kom fram till att personal (ej sjuksköterskor) som arbetade med dementa patienter tyckte att deras arbete saknade meningsfullhet. Många i personalen hade egna närstående med demens, men ansåg inte att den omvårdnaden de kunde erbjuda var tillräckligt bra. Anledningen till den dåliga motivationen ansågs vara att arbetsbördan kändes för hög och kunskapen hade stora brister. Efter studiens genomförande kom problemet upp till ytan och personalen blev medveten om att fler delade deras känslor av att inte ha någon motivation. Kompetensen höjdes genom att personalen fick utbildning och detta räckte till för att få en ökad motivation och att de kände en större tillit till varann. Personalen kunde stötta den som hade en arbetsam dag.

Sjuksköterskan kunde erbjuda guidning till de närstående (Cohen m fl. 1984), i och med detta framkom en större förståelse för den demente personens beteende. Samuelsson m fl.(2001) lyfte fram att den tidiga kontakten med en sjuksköterska var av stor betydelse och kunde hjälpa de närstående. Följden blev att de närstående kunde få tillgång till rätt resurser redan på ett tidigt stadium. Adams (2000) och

Ragneskog m fl. (1993) menade att om de fick utbildning och kunskap i hur de kunde bearbeta sina känslor, stärktes de i sin omvårdnad, även av att få möjligheten att dela sin problematik med andra i samma situation. I dessa fall såg sjuksköterskorna, som arbetade med de närstående, att livskvaliteten ökade för dem och det öppnade en möjlighet att orka vidare.

Får vårdpersonal och närstående guidning i sin omvårdnad ökar motivationen och klimatet blir bättre. De närstående stärks och deras livskvalitet ökar. Det är också viktigt att få dela sina erfarenheter med andra i liknande situationer. Den tidiga kontakten med hälso- och sjukvården har också betydelse.

## **DISKUSSION**

Vi som sjuksköterskor kommer att möta närstående till dementa personer både inom öppen- och slutenvård. Vi ville med litteraturstudien göra en analys och sammanfatta vad sjuksköterskan kan guida närstående med. Intentionen var att utgå ifrån de närståendes upplevelser och koppla detta till sjuksköterskans hjälpmetoder. Det finns svårigheter i att ge exakta metoder för detta, då vi utgår från att omvården ska vara individuellt anpassad. Olika personer behöver olika stöd och med användning av de fem hjälpmetoderna ökar chansen att rikta ett specifikt och anpassat stöd för närstående till dementa personer.

Det finns mycket material som handlar om närstående och deras vård av dementa personer. I vår litteraturstudie bekräftades mycket av det vi själv upplevt inom demensvården. Bland annat närstående som kände sig utlämnade och sökte stöd och hjälp utan att få det.

I resultatet belystes att närståendes arbetsinsats många gånger är osynlig. Svensson (1994) ansåg att i Sverige är anhörigas insatser ett komplement i den professionella vården. Vår fundering blir givetvis då, hur kan två tredjedelar av alla närstående som vårdar en dement person (Bergqvist Månsson, 1998) kallas för enbart ett komplement? Vården av dementa personer skulle stå och falla om det inte fanns

närstående som engagerade sig. Många närstående till dementa personer kände sig ensamma med sina problem. Det var svårt att orka med förlusten av den tidigare friske familjemedlemmen. Sjuksköterskan kunde här medverka till att skapa ett nätverk kring den närstående och den demente personen. Syftet med detta kunde vara att samla alla resurser som fanns kring en person. Vinsten blev att den närstående kunde dela situationen med fler. På så vis blir sjuksköterskan en guide i livets resa.

Målet för stöd till dementa personer och deras närstående bör enligt resultatet vara, att ge en möjlighet till att kunna bo kvar hemma så länge som det är möjligt. Sjuksköterskans funktion kan då vara som en kontakt/resursperson, att ge praktiska råd och vara en vardaglig samtalspartner (Bergqvist Månsson, 1998). Genom att analysera och kartlägga vilka behov varje familj har, skulle sjuksköterskan kunna ge ett individuellt stöd både till den närstående och den demente personen menar Kunyk och Olson (2001).

Vi skulle vilja se sjuksköterskan göra upp en individuell plan för hur stödet skall se ut, gemensamt med de närstående. Detta kan ge stora vinster både för den närstående som slipper känna sig ensamma och kommunens ekonomi, då det möjliggör för den demente personen att bo hemma längre. Detta framkom även i Grafströms (1999) resultatet där hon belyser vikten av att närstående som får guidning har en större chans att orka med omvårdnaden.

En stödåtgärd kan vara att känslomässigt stötta de närstående i deras situation. Ett förslag på detta tycker vi kan vara att det i varje kommun skall finnas speciella demenssjuksköterskor. Det finns behov av en kontaktperson, så att den närstående vet vem de kan kontakta. Det är viktigt att det finns ett team med sjuksköterska, läkare och några kontaktpersoner runt varje familj som har en dement person under omvårdnad och som känner till deras situation, vilket även styrks av Bergqvist Månssons (1998) resultat.

I vårt resultat kom vi fram till att närstående inte väljer att bli vårdare utan det är något som sker av trofasthet, kärlek och moral. Vad händer då inte detta fanns? Vilken omvårdnad fick maken till kvinnan i Grafström, Norberg och Winblad (1993)? Hennes främsta motiv med omvårdnaden var ”att ge igen”. Vid en tolkning

av detta kan vi dra slutsatsen att sjuksköterskans insats ska finnas i de närståendes och de dementa personernas hemmiljö och där ge ett riktat stöd i deras hemsituation. Närståendes upplevelse av vårdssituationen, var den starkaste stressfaktorn framhåller Svensson (1994), själva vårdtyngden hade inte den avgörande betydelsen.

Vi vill belysa att det är viktigt att få rätt form av stöd, från sjuksköterskan. Detta kan ge en anpassning och en balans i situationen med den demente personen. Närstående behövde förståelse för att sjukdomen hörde till det oundvikliga realiteterna i livet. Ruth och Eloniemi (1992) menade att en närstående som levt i en ohållbar situation och sedan fått hjälp med avlastning inte ville ta hem den demenssjuke personen igen.

Sjuksköterskans arbete kan innebära att bekräfta de närståendes arbete och att de får psykologiskt stöd via samtal. Hon ger utrymme för att lyssna på de närståendes känslor och tankar och kan genom detta påverka och underlätta deras situation. Stödet från sjuksköterskan kan ge hjälp att ändra inställning och attityd till situationen, genom bekräftelse på att de gör ett betydelsefullt arbete. Det är viktigt för sjuksköterskan att tänka på att vi alla är olika individer och därför behöver olika närstående olika stöd.

Grafström (1999) fann i sin studie att bruket av psykofarmaka ökade, framför allt hos kvinnorna, när de vårdade en dement person i hemmet. Fick dessa närstående rätt form av stöd? Att ha kunskap, att veta hur saker och ting ligger till och vad som gäller, innebär trygghet. Att veta vad man kan förvänta sig av andra och vad andra förväntar sig av en själv, detta resulterade i, menade Hanssen (1997), att de närstående hade större möjlighet att klara av situationer som uppkom. Information, bekräftelse och kunskap gav trygghet. Här kan vi se att sjuksköterskan fyller en betydande roll för att ge de närstående den trygghet de behöver.

Den informativa kommunikationen kan interagera i båda riktningarna, mellan sjuksköterska och närstående till dementa personer. De närstående kan få kunskap om de olika stadierna i demenssjukdomen och blir därmed bättre rustade för att möta sjukdomsutvecklingen. Sjuksköterskan får i sin tur information om den demente personens tidigare livshistoria och kan därmed individualisera omvårdnaden och specificera stödet till de närstående.

För att sjuksköterskan skulle kunna stödja de närstående krävdes det ett bra möte. Det krävdes en arena med en fysisk plats som måste ge goda förutsättningar för ett samtal (Bergh, 1997). Då menar vi inte i dörren till sjuksköterskeexpeditionen, där vi av egen erfarenhet vet att närstående ofta får information.

I vårt resultat lyftes flera svårigheter fram. Det handlade om brist på fysisk, psykisk hälsa, kunskap och stöd. I ett av citaten ur Fant (1990) kom betydelsen av humor fram. Är detta inte ett sätt att hantera situationen, också? För visst måste det i en relation, som bygger på kärlek och trofasthet, finnas tid för glädje och att få skratta tillsammans? En av oss författare är närstående till en dement farmor, och visst skrattar vi tillsammans. Vi talar om hur det var när jag var liten och min farmor säger, med skrattårar i ögonen, att jag lärde mig läsa på hennes toalett. Hon kommer ihåg, ibland. Vissa gånger tror hon att jag är min mamma. De gångerna är det lite tyngre att hälsa på, men farmor skrattar och är glad över besöket.

I samtalet använder sjuksköterskan sin omvårdningskompetens för att stötta de närstående att finna hälsa, trots att den närståendes livssituation är förändrad (Johansson, 1988). Sjuksköterskan skulle kunna öka tryggheten och få till stånd en bra relation om hon var mottaglig och lyssnade på de närstående menar Bergh (1997).

Sammanfattningsvis visar denna studie att det fysiska och psykiska stödet från en sjuksköterska är viktigt för de närstående. De behöver guidning i hur de ska handla, kunskap och utbildning i hur den demente personen förändras och handledning i hur de kan hantera sin situation med hjälp av att ha en sjuksköterska att vända sig till. Tillhandahålls detta stödet så skapas det en utvecklande miljö både för den demente personen och de närstående.

Då det finns närstående som upplever sin situation så hopplös och stressande att de misshandlar sina dementa personer verbalt och fysiskt, hade det här varit intressant att se hur Orems fem hjälpmetoder fungerat i praktiken. Kunde sjuksköterskan ha hjälp av detta i sitt försök att ge närstående utrymme och stöd med hjälp av guidning i livets resa med en dement person?

## REFERENSER

- Adams, T. (2000) The discursive construction of identity by community psychiatric nurses and family members caring for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 4, 791-798.
- Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person – burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing*. 25, 109-106.
- Andershed, B. (1999) Att vara nära anhörig i livets slut. Delaktighet i ljuset-delaktighet i mörkret. *Theoria*. 2, 22-35.
- Andershed, B., & Ternestedt, B-M. (1999). Anhörigas delaktighet, att veta, att göra: en jämförelse med begreppen i Swansons omvårdnadsteori. *Theoria*. 3.
- Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Askwall, A., & Volmer, M. (1997). Anhöriga i vården- Personalens synpunkter och inställning. *Ventilen*. 2.
- Bergh, A. (1997). *Anhörigvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergqvist Månsson, S. (1998). *Anhörig - i glädje och sorg*. Stockholm: Utbildningsförlaget brevskolan.
- Cohen, D., Kennedy, G., & Eisdorfer, C. (1984). Phases of change in the patients with Alzheimers. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1, 11-15.
- Cullberg, J. (1992). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fant, M. (1990). *Att bli mamma till sin mamma*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fratiglioni, L., Aguero-Torres, H., & Winblad, B. (2001). *Demens- ett stort och ökande folkhälsoproblem*. Rapport 18. Projekt Äldre och Folkhälsan. Stockholm: Äldrecentrum.
- Grafström, M. (1999). Vardagen i demensvården. Anhörigas roll vid vård och omsorg. *Nordisk geriatrik*. 4, 61-3.
- Grafström, M., Norberg, A., & Hagberg, B.(1993). Relationship between demented elderly people and their families: a follow- up study of caregivers who had previously reported abuse when caring for their spouses and parents. *Journal of Advanced Nursing*. 11, 1747-57.
- Grafström, M., Norberg, A., & Winblad, B. (1993). Abuse is the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 4, 247-255.
- Hansen, I. (1997). Kapitel 10. *Kommunikation* N. J. Kristoffersen. (red) *Allmän omvårdnad del 2*. Stockholm: Liber.

- Johansson, B. (1988). *Från allmänmänsklig kompetens till omvårdnadskompetens*. Stockholm: HLS Förlag.
- Johansson, A., Fahlström, G., & Ericsson, K. (1993). Funktionsförmåga, tillsynsbehov och familjebaserade insatser för vårdtagare med stora hjälpbehov i hemvården. *Vård i Norden*. 1, 11-17.
- Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier - Analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristoffersen, N. J. (1998). *Allmän omvårdnad del 1. Kapitel 6*. Stockholm: Liber AB.
- Kunyk, D., & Olson, J.K. (2001). Clarification of conceptualisations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*. 3, 317-325.
- Maltén, A. (1997). *Pedagogiska frågeställningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Medicinska forskningsrådet. (1995). *Demenssjukdom: diagnostik, tidig behandling och anhörigas insatser*. Stockholm.
- Melin, E., & Bang Olsen, R. (1999). *Handbok i demens*. Stockholm: Kommentus förlag.
- Norberg, A., & Asplund, K. (1990). Caregivers' Experience of Caring for Severely Demented Patients. *Western Journal of Nursing Research*. 1, 39-43.
- Norberg, A., Zingmark, K., & Nilsson, L. (1994). *Att vara dement. Människa instängd i trasig hjärna*. Stockholm: Bonniers.
- Nystrand, A. (1994). *Demens. Apoteken informerar om sjukdom och hälsa*. Stockholm: Apoteksbolaget AB.
- Ragneskog, H., Kihlgren, M., Karlsson, I., & Norberg, A. (1993). Nursing home staff opinions of work with demented patients and effects of training in integrity-promoting care. *Vård i Norden*. 1, 5-10.
- Raune, I. (1996). Anhöriga behöver stöd. *Äldre i centrum*. 2, 8-9.
- Rooke, L. (1995). *Omvårdnad. Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Stockholm: Liber.
- Ruth, J-E., & Eloniemi, U. (1992). *Omvårdnad vid demens*. Arlöv: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Samuelsson, A M., Annerstedt, L., Elmstål, S., Samuelsson, S-M., & Grafström, M. (2001). Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15, 25-33.

Socialtjänstlagen, (1998:855). *Allmänna riktlinjer för socialnämndens verksamhet*.

SOSFS 1989:14. *Socialstyrelsens allmänna råd om bedömningen inom hälso- och sjukvården av rätt till ersättning och ledighet för närståendevård*.

Svensson, E. (1994). Hur ska anhöriga orka? *Vårdadministratören*. 4, 18-22.

Östman, M., & Hansson, L. (2001). The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15, 159-164.



Högskolan i Trollhättan/Uddevalla  
Institutionen för omvårdnad  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521-26 42 01 Fax 0521-26 42 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)