

Att hitta en meningsfull tillvaro för vårdtagare med demens – En kvalitativ studie utifrån vårdpersonalens perspektiv

Av: Emely Mårtensson
Louise Mejer Nilsson

Socialhögskolan vid Lunds Universitet
SOPA 63
Vt-2011



Handledare: Anders P. Lundberg

Abstract

Author: Emely Mårtensson & Louise Mejer Nilsson

Title: Finding a meaningful life for residents with dementia - a qualitative study based on caregivers perspectives

Supervision: Anders P. Lundberg

As the title says, the study is based on the caregiver's perspectives. The aim of the essay was to study how the caregivers in an accommodation can give a resident with the diagnosis dementia, a meaningful and active existence. The aim was also to find out when shifting housing is timely for the resident. We have focused on two kinds of accommodations; one for residents with the diagnosis dementia and the other with both demented and non-demented residents. We used qualitative methods to derive our empirical work; interviews with six caregivers and one nurse specialized in dementia. In addition we made observations. The caregivers mean that the themes activation, staff, environment and shifting housing timely are important for a demented resident when it comes to having a meaningful and active life. Our analyze is based on these themes, the theory empowerment which means giving a person power and confidence to make own decisions in life and a salutogenic approach that has a focus on what the person can achieve. Caregivers explained that you need to focus on healthy abilities. Our study showed that the themes above are ways to work with and produce healthy abilities that the demented person still has. The conclusion of our empirical work and previous research is that the accommodation for residents with dementia is the most properly customized for a demented person. However the accommodation for both demented and non-demented, can give meaningful interaction.

Keywords: dementia, meaningful life, meeting with; empowerment, salutogenic approach.

Innehållsförteckning

Abstract	1
Förord	4
Inledning.....	5
Problemformulering	5
Syfte	6
Frågeställningar	7
Definition av begreppen ”demens” och ”meningsfull och aktiv tillvaro”	7
Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom	8
Tidigare forskning	9
Aktivering.....	10
Personal	11
Miljö	14
Flytt	15
Tillvägagångssätt.....	16
Val av metod.....	16
Intervju	16
Observation	17
Urval och Avgränsning	18
Metodens tillförlitlighet - validitet samt reliabilitet	19
Bearbetning av data	20
Uppdelning av arbetet	21
Förförståelse	21
Etiska överväganden	22
Teoretiska utgångspunkter.....	23
Val av perspektiv och teori	23
Salutogent perspektiv	23
Empowerment	24
Resultat och Analys	25
Aktivering.....	25
Personal	30
Miljö.....	38
Flytt	41
Sammanfattning	44
Diskussion	45
Referenslista	47

Bilagor.....	50
Information till medverkande i vårt uppsatsarbete.....	51
Intervjufrågor	52

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till all personal som varit med och hjälpt oss att få ihop vår uppsats. Det intresse och engagemang ni har haft för ämnet har för oss varit oerhört inspirerande. Det är genom er vi har kunnat finna kunskap om dementa vårdtagares tillvaro, på de olika boendeformerna. Vi vill även tacka den biståndshandläggare som givit oss information om vilka boendeformer det finns för en dement vårdtagare. Till sist men inte minst vill vi även tacka vår handledare Anders Lundberg för hans hjälp och synpunkter på vår uppsats innehåll.

Emely Mårtensson & Louise Mejer Nilsson

Helsingborg 2011

Inledning

Problemformulering

Demens är en sjukdom som skapar försämringar av de kognitiva förmågorna hos den drabbade, vilket till exempel kan leda till minnesstörningar (Melin Emilsson 2007 s. 278). Demens kan även uttrycka sig genom en försämring av motoriken, perceptionen och ge förändrade känslor och personlighet (Allugander, 2008). En vårdtagare med demens har genom ett biståndsbeslut möjlighet att bo på olika boendeformer. Det finns en möjlighet att bo kvar hemma och få bistånd genom hemtjänst, växelvård, demensboende eller ett särskilt boende (Biståndshandläggare, 2011). Vi har valt att fokusera på de två sistnämnda boendeformerna. På ett särskilt boende bor vårdtagare som både kan vara dementa och icke-dementa, medan det på ett demensboende endast bor vårdtagare som fått diagnosen demens.

För att illustrera det vår uppsats ska kretsa kring har vi valt att inleda med ett citat av en anhörig om en demenssjuk som bytt boendeform och ett citat från en person som arbetar med demenssjuka. Dessa citat visar att det både finns för- och nackdelar med de olika boendeformerna för de demenssjuka vårdtagarna. I det första citatet framkommer det att den demente vårdtagaren kände sig ensam på det särskilda boendet, medan han sedan på demensboendet kunde känna gemenskap och ha tillgång till personal. Det följande citatet visar att det kan finnas en risk för att den demenssjuke vårdtagaren går miste om den meningsfulla tillvaron på ett demensboende, då den enbart samspelar med andra dementa vårdtagare.

”Det fungerade bra på Gläntan då pappa var i ett visst skede i sjukdomen men inte senare. Till slut fick han flytta till ett demensboende och han mår nu jätte bra. Nu får han äta i gemenskap med andra, han har tillgång till gemensamhetsutrymmen, närhet till personal. Ängest och oro försvann.”

(Nybro kommun omsorgsförvaltning, 2009 s. 11)

”[...] de demenssjuka har beskrivit för mig att de inte funnits någon kvalitet i att sitta tillsammans med andra glömska. [...] Det är ingen stimulans att sitta tillsammans med 5-7 demenssjuka personer. Det är inte alltid bäst för demenssjuka att bara vistas med andra dementa”

(Nybro kommun omsorgsförvaltning, 2009 s. 13)

Antalet dementa vårdtagare ökar i takt med att befolkningen ökar i ålder (Socialstyrelsen, 2007). När befolkningen i Sverige blir allt äldre, medför detta att äldreomsorgen och dess lagar blir desto viktigare att reflektera över.

Dagens lagstiftning i socialtjänstlagen säger att socialnämnden ska verka för att den äldre får en meningsfull och aktiv tillvaro i gemenskap med andra (SoL 2001:45). Med denna lagstiftning läggs, i vårt fall, fokus på att man ska verka för att den äldre demente ska få en meningsfull och aktiv tillvaro. Som ovan citat från Nybro kommun visar kan vart och ett av de olika boendeformerna uppfylla en meningsfull och aktiv tillvaro för den demente vårdtagaren. Vidare visar citaten det motsatta, att boendeformerna kan orsaka en känsla av ensamhet, oro och understimulans. Vad som är meningsfullt och en aktiv tillvaro är problematiskt att definiera, eftersom de är subjektiva och varierar från person till person. De som i grunden arbetar för att de dementa vårdtagarna ska ha en bra vardag i boendet är vårdpersonalen. Frågan följer då hur vårdpersonalen arbetar på de två olika boendeformerna för att skapa den meningsfulla och aktiva tillvaro som lagen åsyftar.

I det första citatet beskrivs faderns situation av en anhörig. Vikten av att fadern fick byta boendeform i ett senare stadium av sjukdomen framförs. Detta visar att det särskilda boendet kunde bidra med meningsfullhet över en viss tid. Därmed kan man fundera över om meningsfullhet i boendeformerna, endast kan skapas till en viss gräns. Således väcks en fråga kring, när det enligt vårdpersonalen, kan tänkas vara meningsfullt för den demente vårdtagaren att byta boendeform.

Problemet vi avser att undersöka fokuserar på vårdpersonalens perspektiv. Genom intervjuer med vårdpersonal på de olika boendeformerna, vill vi finna verktyg och metoder som de menar kan bidra till en meningsfull och aktiv tillvaro för en dement vårdtagare. Med kompletterande observationer önskar vi även få en bild över hur arbetet kan fungera i praktiken

Syfte

Syftet med studien i uppsatsen var att studera hur personalen arbetar med att skapa en meningsfull och aktiv tillvaro, för de dementa vårdtagarna på respektive boendeform. Syftet var även att studera när och om det, enligt vårdpersonalen, blir aktuellt för den demente vårdtagaren att byta boendeform. Studien ska bygga på vårdpersonalens perspektiv genom kvalitativa intervjuer och observationer.

Frågeställningar

- Hur definierar vårdpersonalen innebörden i begreppen ”meningsfull och aktiv tillvaro” när det kommer till den demente vårdtagaren?
- På vilka sätt arbetar man, enligt vårdpersonalen, på de olika boendeformerna för att ge en meningsfull och aktiv tillvaro till den demente vårdtagaren?
- När blir det meningsfullt för den demente att byta boendeform enligt vårdpersonalen?

Definition av begreppen ”demens” och ”meningsfull och aktiv tillvaro”

För att kunna hantera och klara av att svara på våra frågeställningar måste vi först och främst förklara innebörden med ”demenssjukdom” och ”en meningsfull och aktiv tillvaro”. Detta görs utifrån vårdpersonalens tankar, då det är deras synsätt vi utgår ifrån.

Demens innefattar olika sorter av demenssjukdomar som till exempel alzheimer och vaskulär demens vilka är kroniska, obotliga och skapar en kognitiv funktionsnedsättning som påverkar den drabbades hela livssituation (Socialstyrelsen, 2007) Allugander beskriver att demens också kan uttrycka sig genom försämring av motorik, perception och en förändrad personlighet (Allugander, 2008 s. 236). Låt oss använda oss av en beskrivning om alzheimer av Allugander, för att ge en blick av vad en demenssjukdom kan innebära. Han beskriver demenssjukdomen alzheimer i olika stadium där de första tre åren innebär symptom som oro och närminnesstörningar. Ett par år efter ökar minnesstörningarna medan språkstörningar, svårigheter att röra sig och känna igen personer/föremål tillkommer. I slutet av sjukdomen är patienten oftast inkontinent och okontaktbar (Allugander, 2008 s. 236).

Det är problematiskt att definiera vad som utgör en meningsfullt och aktiv tillvaro, eftersom begreppen i sig är något subjektivt och varierar från person till person. Vi har dock genom våra intervjuer kommit fram till vissa teman, som personalen anser kan utgöra en meningsfull och aktiv tillvaro för de demenssjuka vårdtagarna. Dessa teman har varit aktivering, personal miljö och flytt

De olika temana kan i vissa sammanhang gå in i varandra, men vi har i arbetet försökt urskilja dem så gott det går. Temat ”aktivering” avser bevarandet av den demente vårdtagarens kognitiva funktioner, hur måltiderna fungerar, samvaro med andra vårdtagare samt vilka

aktiviteter som erbjuds. Tema ”personal” fokuserar på vilket bemötande som krävs ifrån vårdpersonalen i sitt arbete med dementa, vårdtagarens levnadshistoria, vårdpersonalens utbildning/kompetens och personaltätheten. ”Miljön” är ett tema som bygger på hur den fysiska miljön ser ut på boendena och vilka ljud- och störningsmoment som finns. Det sista temat ”flytt” bygger på när personalen anser att det är meningsfullt för den demente vårdtagaren att byta boendeform.

Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsen har skapat nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Därför anser vi att riktlinjerna är viktiga att ta upp i vår uppsats, då dessa bör ligga som grund för att uppnå en bra vårdmiljö för dementa vårdtagare.

Syftet med riktlinjerna är att de ska utgöra ett stöd för öppna och systematiska prioriteringar och är skapade, dels för beslutsfattare och verksamhetsledning och dels för omsorgens personal (Socialstyrelsen, 2010). Vi har valt att se de nationella riktlinjerna som bakgrund till hur personalen arbetar. Detta eftersom rekommendationerna som kommer från socialstyrelsen, har enhetschefen i sin tur försökt att förankra på de olika boendena. Vi kommer i vår resultat- och analysdel att reflektera över om personalens arbetssätt kan kopplas till riktlinjerna. Dock är det viktigt för oss att i arbetet inte se socialstyrelsens riktlinjer som forskning, utan som de politiska riktlinjer de faktiskt är.

Riktlinjerna som socialstyrelsen skapat att vård, omvårdnad och omsorg bör ske på ett personcentrerat arbetssätt. Detta innebär att man fokuserar på att sätta personen i centrum i arbetet med den demente (Socialstyrelsen, 2010). Vidare beskrivs rekommendationer av aktiviteter för demenssjuka. Försämringen av förmågan att utföra aktiviteter som demenssjukdomen kan medföra, tas hänsyn till. Det beskrivs att den demensdrabbade kan bli passiv. Arbetet som riktlinjerna rekommenderar innebär att motverka denna passivitet, genom att ges möjlighet att delta i individuellt anpassade aktiviteter såsom hushållssysslor, underhållning, musik, dans med mera (Socialstyrelsen, 2010). Socialstyrelsen menar att syftet med att aktivera den demenssjuke kan vara att skapa struktur, innehåll, tillgänglighet i

nutiden, en personlig sfär och stärka upplevelsen av vem man är. Syftet kan även vara skapandet av känslan att kunna bidra till något för andra (Socialstyrelsen, 2010).

Vid ett senare stadium av demenssjukdomen, kan det dock vara svårt att aktivera den drabbade. I detta läge rekommenderas stimulans av den enskildes sinne via exempelvis massage eller anpassade miljöer som kan bidra till välbefinnande. Behovet av fysisk träning är av lika stor vikt för en dement som en annan individ, men den demente kan inte tillgodose detta behov själv (Socialstyrelsen, 2010).

Det beskrivs även för hur en flytt mellan boende kan påverka en person. Ångest och känslor av hjälplöshet, hopplöshet samt övergivenhet kan drabba personen. Även fysiska problem såsom viktförlust, magbesvär och sömnsvårigheter, kan uppkomma. Det finns även en risk för att bli nedstämd, förvirrad och socialt isolerad. Vidare kan man läsa att de negativa konsekvenserna kan minskas genom att en flytt förbereds väl för både personal, personen och närstående. Om personen får besöka boendet eller få se en ny bild av boendet kan detta minska de negativa konsekvenserna (Socialstyrelsen, 2010).

De nationella riktlinjerna visar vidare att det finns få studier där man jämför ett boende för demenssjuka och ett särskilt boende. Det är svårt att finna skillnad på dessa boendens effekter av kognitiva och fysisk funktionsförmåga. Riktlinjerna säger att personer med en måttligt svår demenssjukdom har en högre livskvalitet på ett boende specifikt anpassat för sjukdomen, än på ett särskilt boende. Detta specifika boende för demenssjuka personer, kan öka självständigheten i dagliga aktiviteter, samt förbättra samvaron och kommunikationen mellan de inneboende. Rekommendationen är vidare att demenssjuka personer bör erbjudas en plats på ett specifikt boende för demenssjuka. Dock kan inte alla kommuner erbjuda detta på grund av att befolkningsunderlaget är bristande (Socialstyrelsen, 2010).

Tidigare forskning

Vi har valt att hitta tidigare forskning som kan knytas an till de centrala teman personalen givit oss under intervjuerna. Detta valde vi för att beskriva utifrån personalens teman vad en meningsfull tillvaro för den demenssjuke vårdtagaren kan tänkas vara.

Aktivering

Till detta tema söker vi forskning kring bevarandet av den demente vårdtagarens kognitiva funktioner, måltider, samvaro med andra vårdtagare och aktiviteter för en demenssjuk vårdtagare.

Myrra Vernooij-Dassen skriver i sin artikel *Meaningful activities for people with dementia* om vad som kan vara en meningsfull aktivitet, för en demensdrabbad person. Hennes text beskriver att aktivitet är, för den demente, en drivande kraft. Det som är meningsfullt för en vuxen individ är även meningsfullt för den demente. Veernoij-Dassen framför även att en meningsfull aktivitet kan bidra till en förbättring av demensvården och ett ökat välbefinnande (Veernoij-Dasen, 2007).

Sirkka- Liisa Ekman, professor i vårdvetenskap och docent vid Neurotec-institutionen, menar att minnet av musik och sång har visat sig ligga djupare i individen, än till exempel språket och minnet. Om en vårdtagare inte kommer ihåg eller inte förstår, kan en igenkänd musik skapa en känsla av trygghet och andra känslor som är kopplade till den (Ekman, 2004 s.161). Den bästa effekten uppkommer när vårdpersonalen sjunger tillsammans med vårdtagaren. Även dans är något som Ekman anser borde få mer utrymme i vårdarbetet. Forskning har visat att förmågan att kunna dansa och uppfatta rytm ofta inte blir förändrad, även om vårdtagaren är gravt dement (Ekman, 2004 s. 162).

Det viktigast, är inte enligt Ekman, att vårdtagaren alltid orkar och har förmågan att klara av alla saker. Bara genom att sitta och titta på när andra hittar på saker kan ge lugn och ro, eftersom det kan tillfredsställa behovet av gemenskap och delaktighet (Ekman, 2004 s. 175).

När det gäller vårdtagarnas måltider, är det viktigt att miljön i matsalen är utformad på ett sätt som gör det möjligt för vårdtagarna att äta i en lugn miljö, utan vårdpersonal som springer och stressar. Det är även viktigt för de vårdtagare som kan, att få vara delaktiga vid dukningen eftersom detta ger en signal om att det snart är dags för middag och dessutom ökar vårdtagarnas känsla av att vara till nytta. Det bör även finnas plats för vårdpersonalen vid bordet, då detta kan skapa en känsla av samhörighet och att de dementa vårdtagarna kan spegla sig i vårdpersonalen.

När vårdpersonalen tillsammans med vårdtagarna, ser vårdtagarna till exempel hur man använder besticken och hur man för sig vid ett matbord (Ekman, 2004 s.178).

Personal

Detta tema avser personalens bemötande, utbildning/kompetens samt vårdtagarens levnadshistoria.

Linda Örulv menar i sin avhandling ”*Fragile identities, patched-up worlds: Dementia and meaning-making in social interaction*” att vårdtagarens livshistoria kan vara avgörande för att behålla vårdtagarens identitet, vilket behöver ske i sociala relationer. En dement vårdtagares sjukdomsbild kan göra att deras kognitiva funktioner försämras och att deras identitet blir alltmer fragmenterad. Det handlar om att den demente vårdtagaren använder den kommunikation som finns kvar till att upprätthålla sin identitet genom ett självbiografiskt berättande (Örulv, 2008 s. 30-31). Hon beskriver att det finns ett behov av att hjälpa vårdtagarna med att "laga" sina livshistorier i deras interaktion, eftersom vårdtagarnas historier kan bli enformiga och tidsmässigt och/eller geografiskt fel upplagda. Med hjälp av vårdpersonalen kan den demente vårdtagaren lättare konstruera en berättelse och därigenom få en delad uppskattning av historien, tillsammans med de andra vårdtagarna. Vårdpersonalen kan ge stöd genom att hjälpa till att formulera eller få ihop en ofullständig berättelse i en dialog, hjälpa till att "leva" historien och på ett meningsfullt sätt prata om vårdtagarens dagliga liv i små berättelser (Örulv, 2008 s.71). Detta gör att det är viktigt att vårdpersonalen vet tillräckligt mycket om vårdtagarens livshistoria för att kunna henne/honom användbara ledtrådar (Örulv, 2008 s.31).

Örulv beskriver interaktionens betydelse för en dement vårdtagarens identitet. Hon menar att kroppsspråket och mänskliga kontakten kan bli ännu viktigare för den demente vårdtagaren ju längre sjukdomen fortskrider med mer språkliga och kognitiva hinder (Örulv, 2008 s. 64). Studier har visat att vårdtagare med demens och som har svårt att kommunicera verbalt, fortfarande kan använda och tolka icke-verbal kommunikation och därmed kan även personer med grav demens umgås och vara i sociala relationer (Örulv, 2008 s. 20).

Enligt Ekman behöver vårdpersonalen visa för vårdtagarna, att denne kan lita på honom/henne och även visa att hon/han litar på vårdtagarens förmåga att klara av vissa saker. Får vårdtagaren flera gånger känna att han/hon inte blir tagen på allvar eller upplever att hon/han inte blir förstådd, kan detta skapa en känsla av misstro hos vårdtagaren som kan prägla den framtida vårdtiden (Ekman, 2004 s. 148).

Det är viktigt att vårdpersonalen ser till att vårdtagarens självbestämmanderätt tas tillvara och att vårdtagaren har rätt till att bestämma över sin egen situation och vård. Vårdpersonalen måste respektera vårdtagarens val och behöver ges tid till att göra detta (Ekman, 2004 s. 141). Mer utbildning om demenssjukdomar och om kommunikation för vårdpersonalen, kan bidra till en förbättrad möjlighet för de dementa vårdtagarna att ta till vara deras självbestämmande (Ekman, 2004 s.152)

Andra saker som är viktiga när det gäller vårdpersonalens bemötande är att de bör ha ögon- och kroppskontakt, eftersom detta är kopplat till närhet och samhörighet (Ekman, 2004 s.155) En vårdinstitution som fungerar bra, är ofta fyllda av glädje, humor och skratt och det är därför viktigt att vårdpersonalen kan tillgodose även denna bit med till exempel skojande, dans och sång (Ekman, 2004 s.157).

Demenssjukdomens krav på personalen är något som Ulla Melin Emilsson skriver om i sin avhandling *Vardag i olika världar – om dementa och vårdbiträden på tre gruppboenden*. Den bygger på en studie som ger en inblick i hur en vardag ser ut för demenssjuka människor på ett boende. Genom att studera tre olika gruppboenden för dementa har hon försökt bringa ett förståelseperspektiv och studerar då likheter och skillnader mellan gruppboendena (Melin Emilsson, 1998).

Kraven som Melin Emilsson skriver om bygger på hur pass mycket hjälp personalen måste bistå med. Hon delar in dem i fyra nivåer, så kallade kravnivåer. Dessa bygger på hennes egen uppfattning av vilka krav sjukdomstillståndet ställer på omgivningen. Den första kravnivån är demenssjuka som klarar sig själv med det mesta och behöver hjälp med att komma ihåg (Melin Emilsson 1998).

Den andra nivån befinner sig demente där minnesfunktionerna är tydligt nedsatta men den fysiska biten finns i behåll. Personalens krav är då att stötta upp dessa nedsatta minnesfunktioner. På den tredje kravnivån behöver de dementa hjälp med den personliga hygien och har ett större kontaktbehov. På den sista och fjärde kravnivån är både de fysiska och intellektuella bitarna försämrade hos den demente och det är detta som personalen måste hjälpa till med (Melin Emilsson 1998).

Ulla Hällgrens avhandling ”*Störande beteende i interaktionen mellan personer med demens och deras vårdare*” har ett fokus på interaktionen mellan demenssjuka vårdtagare med störande beteende och vårdpersonalen. Det störande beteendet kan enligt Hällgren bland annat vara fysisk aggressivitet, skrikande, rastlöshet, vandrande, hallucinationer och ångest (Hällgren, 2004 s.12). Hon utgår från ett antagande om att det störande beteendet är en meningsfull kommunikation och är vårdtagarens upplevelse av sin situation. En vårdtagare med demens kan ha svårigheter med att uttrycka upplevelser och känslor och deras möjlighet att kommunicera kan vara just genom att agera "störande" (Hällgren, 2004 s. 14). Det finns en tanke om att det störande beteendet minskar om vårdpersonalen är kunniga på att förstå och tolka beteendet (Hällgren, 2004 s.17).

Hällgren beskriver två olika synsätt som man brukar arbeta efter vid vårdandet av vårtagare med demens. Det första är ett personcentrerat förhållningssätt där målet är att bibehålla vårdtagarens själv, fastän dennes kognitiva förmågor blir allt sämre. Vårdpersonalen bemöter då den demente vårdtagarens upplevelser av verkligheten som sanningen. Det andra synsättet är det realitetsorienterade förhållningssättet där det övergripande målet är att leda de dementa vårdtagarna till ”verkligheten” och på det här sättet orientera vårdtagaren till den " rätta väg" (Hällgren, 2004 s.19). Om vårdpersonalen bemöter den demente vårdtagaren utifrån vårdpersonalens egen värld kan det hända att vårdtagaren håller vårdtagaren på avstånd och kan få svårt att vinna vårdtagarens respekt. Däremot om vårdpersonalen bemöter vårdtagaren med demens i den dementes värld och genom att emotionellt förstå den demente vårdtagarens känslor och upplevelser, kan vårdpersonalen få tillåtelse att komma nära (Hällgren, 2004 s.48).

Miljö

Detta tema tar upp den fysiska miljön samt ljud- och störningsmoment och vilken betydelse detta har för en dement vårdtagare.

Hällgren beskriver hur ett störande beteende hos den demente vårdtagaren bland annat kan bero på en reaktion av för höga ljud. (Hällgren, 2004 s.14). För att hjälpa dessa vårdtagare kan vårdpersonalen till exempel skriva och formulera individuella vårdplaner och förändra den fysiska och sociala miljön. (Hällgren, 2004 s.18). Då dementa vårdtagare är även känsliga för stress, är det enligt Ekman viktigt att boendet skapar en trygghet och harmoni (Ekman, 2004 s. 177).

Även Örnlv tar upp miljön i sin avhandling. Hon förklarar att många forskare inom demensvården, har argumenterat för att man ska sträva mot en hemlik miljö på vårdboendena. De menar att boendet bör vara så likt det egna hemmet som möjligt och till detta räknas inte bara inredning, utan även de dagliga rutinerna och interaktionerna. De dementa vårdtagarna får på detta sätt en bekant referensram att hålla tag i, vilket gör att de vet var de är och kan agera meningsfullt i sociala sammanhang (Örnlv, 2008 s.21). Enligt Helle Wijk som är Docent i omvårdnad och vars forskning till största del handlar om miljöer för patienter med demensproblematik, är det vårdtagaren själv som får stå möblemanget i den egna lägenheten. De gemensamma utrymmena bör inredas med saker, som den demenssjuke vårdtagaren kan känna igen från tiden innan sjukdomen. Dessa utrymmen bör även vara överskådliga, så att vårdtagarna med demens lätt kan hitta vårdpersonal och andra vårdtagare (Wijk, 2004). Något annat som får boendemiljön att vara hemlikt är husdjur, vilket Ekman tar upp. Hon framför att demenssjuka vårdtagare, framför allt de som har haft djur tidigare i livet, tycker om och uppskattar att ha husdjur runt omkring sig (Ekman, 2004 s. 176).

Artikeln *Den fysiska miljöns betydelse för sjukvård och omsorg – ett miljöpsykologiskt perspektiv* beskriver en del av forskningen kring människors psykologiska och fysiologiska samspel med omgivningen. Syftet är att skapa en humant byggd miljö och en god relation till naturmiljö. Vårdmiljö för äldre människor är något som artikeln skriver om. Vi kunde läsa om hur en grupp alzheimersdrabbade människor fick komma till en miljö som var försedd med

belysning, färgsättning, utsmyckning samt möblering som skulle passa dessa människor (Johansson et al. 2007).

Flytt

Vårt sista tema är flytt som fokuserar på när det är meningsfullt för den demente vårdtagaren att byta boendeform. Det har visat sig vara tunn forskning kring just flytt boenden emellan och vår reflektion är, att detta beror på kvarboendepincipen som gör att flytt inte blir aktuell i många lägen.

Britt-Louise Abrahamsson beskriver om just flyttens påverkan på den demente. Det betyder stora förändringar för en demenssjuk vårdtagares att flytta och därför är det viktigt att boendeflytten sker så smidigt som möjligt och i så få steg som det bara går. Det är då bra att den demenssjuka vårdtagaren flyttar direkt till ett boende som är anpassat för hans/ hennes behov (Abrahamsson, 2003).

En intressant aspekt är när Melin Emilsson berättar om kvarboendepincipen som vid tidpunkten för hennes avhandling var ny. Denna kvarboendepincip som betyder att den enskilde får bo kvar om denne vill skapade förändringar i boendena hon undersökte. En flyttning styrdes innan av de boendes hälsotillstånd och demensgrad och blev den demente gravt dement skedde även en flytt mellan demensboendet till ett sjukhem Förändringen gjorde så att när en piggare dement flyttade in på demensboendet, blev dennes behov inte tillgodosedda, eftersom de sämre vårdtagarna tog energin ifrån personalen. Även personalen kände sig ”besvikna” över att de inte fick någon respons längre och att de inte kunde aktivera de dementa när de kommit längre sin sjukdom. De specialiteter som boendet och personalen hade kunde inte tas tillvara av vårdtagarna längre (Melin Emilsson, 1998).

Tillvägagångssätt

Val av metod

De personer som i sista ledet ska se till att lagen blir till verklighet, och därmed skapa en aktiv och meningsfull tillvaro för den demente vårdtagaren, är vårdpersonalen. Vi har därför valt att bygga undersökningen på vårdpersonalens perspektiv. Empirin består av kvalitativa metoder, då vi anser att det är den metod som bäst hjälper till att belysa vår frågeställning. Detta eftersom det är vårdpersonalens uppfattning, känslor och upplevelser vi vill fördjupa oss i. Den kvalitativa metoden bidrar med den subjektiva upplevelsen vi söker.

Intervju

Intervjuer kan ge oss en bra kunskap om individernas olika erfarenheter, åsikter och känslor (May, 2001, s. 148). Genom intervjuer kunde vi alltså i samspel med den intervjuade få en bild av hur de olika vårdboendena fungerar för dementa vårdtagare. Vi har valt att använda oss av en semistrukturerad intervju. I denna sort av intervju menar May att frågorna brukar vara specificerade samtidigt som intervjuaren har stor möjlighet att fördjupa sig i den intervjuades svar. Den semistrukturerade intervjun är användbar när man är intresserad av ett speciellt tema och använder olika metoder för att omringa det här temat (May, 2001, s. 148-151). Genom denna sort av intervju kunde vi utgå från ett speciellt tema med vissa förberedande frågor. Samtidigt kunde vi genom den intervjuade personens svar ställa följdfrågor som vi kände var av vikt att fördjupa sig i. Därför varade våra intervjuer allt mellan 20-50 minuter.

För att garantera att intervjuaren använder sig av den intervjuades ord, ansåg vi att det var av vikt för oss att använda en diktafon. En annan fördel med en diktafon är att vi istället för att koncentrera oss på att anteckna kunde koncentrera oss på samtalet och den intervjuades kroppsspråk. May menar att en nackdel med en bandspelares närvaro kan vara att det kan bli en hämmande faktor för många människor (May, 2001, s. 168). För att vi skulle få de intervjuade mer komfortabla med en diktafon närvarande, fick vi framföra att det var helt frivilligt för den intervjuade att bli inspelad. Vi framförde vad syftet med inspelningen var och förklarade det som ett bra redskap, i den betydelsen att den intervjuade inte ska kunna misstolkas.

Observation

"En viktig aspekt är att människor ofta säger en sak, men gör en annan."

(Aspers, 2007, s.109).

Citatet beskriver varför vi valde att även göra kvalitativa observationer som kompletterar våra intervjuer. Vi upptäckte att vi behövde lägga till något för att få med en bild av hur vårdpersonalen agerar och bemöter de dementa vårdtagarna. Därför gjorde vi observationer vars syfte var att komma närmre vårdpersonalen och se hur deras arbete utförs i praktiken.

Observationer innebär att observatörerna engagerar sig i vardagslivet och olika aktiviteter för att få en bättre förståelse för de individer som de studerar (May, 2001, s. 179-180). Två observationer gjordes, varav en heldagsobservation var på demensboendet och en var på det särskilda boendet. Heldagen delade vi upp mellan oss, eftersom vi på detta sätt kunde se samma boendeform med olika ögon och perspektiv. Våra observationer utfördes genom pass på tre timmar på vardera boendeform; 08.30-11.30 samt 11.30-14.30.

Närvaron av observatören kan påverka vardagslivet för de observerade och det kan även finnas en misstänksamhet mot observatörens syfte (May, 2001, s. 187). Även om de observerade blir påverkade av forskarens närvaro, orkar de ofta inte upprätthålla denna fasad en längre tid (Aspers, 2007, s. 62-63). Vi behövde med andra ord tänka på risken att de observerade inte agerade som vanligt när de visste att vi skulle observera dem. För att förminska detta lade vi kraft i att presentera oss och tydligt förklara vårt syfte med uppsatsen eftersom vi ville ge en förståelse för varför observationen gjordes. Till alla medverkande delade vi delade ut informationsblad som förklarade vårt syfte med undersökningen och vilka forskningsetiska krav som funnits på oss. Samtycket från vårdpersonalen som ingår i våra studier har vi fått samtycke ifrån genom enhetschefen.

Den observationsteknik vi använde var en "Deltagare - som - observatör" då vi som observatörer både deltar och iakttar på fältet och observatören har en nästan öppen roll (Angelöw & Jonsson, 2006 s. 75). Eftersom de dementa vårdtagarna helt enkelt kan glömma vad vi gör på plats under observationen blir det svårt för oss att för oss att säga vilken observationsteknik vi använde. Vi anser dock att den blev en nästan öppen roll eftersom vårdpersonalen visste vad vi hade för syfte med observationen, medan de dementa

vårdtagarna glömde vad vi var för personer och vad vi gjorde där. Vi svarade dock på vårdtagarnas frågor till oss, men detta kunde ligga i glömska för vårdtagarna direkt därefter.

Observationstekniken använde vi eftersom vi ville bryta ner barriären mellan oss som observatörer och de observerade. Vi ville komma närmre dem och få ett öppet klimat. När det var ett öppet klimat ansåg vi att vårdpersonalen kunde agera och vara sig själva. Det kunde bidra till att vi lättare fick en sann bild av verksamheten. Genom deltagande observation hade vi även möjligheten att ställa frågor. En svårighet med en deltagande observation var att vi kanske inte fick en så objektiv bild av forskningsämnet som vi hade kunnat få om vi stod utanför samspelet, eftersom vi på detta sätt skapar en relation till de observerade. Ett försök att öka vår objektivitet var att reflektera över hur vi själva påverkades över vårt deltagande i samspelet med de observerade.

Urval och Avgränsning

Socialstyrelsen visar att majoriteten av de dementa är äldre som innebär åldergrupp 60 år och uppåt (Socialstyrelsen, 2007, s 14). Vårt arbete inriktar sig därför på de demenssjuka, som är äldre än 60 år.

Vi valde att avgränsa vårt arbete till ett särskilt boende och ett demensboende eftersom vi vill få en inblick i hur vårdpersonalens arbete med de dementa vårdtagarna kan fungera i de olika boendeformerna. Vi valde ett demensboende och ett särskilt boende då vi fann dem mest intressanta för en jämförelse då båda hyser dementa vårdtagare.

Det urval som vi valde att använda oss av var det selektiva urvalet, där man utgår från personer som är viktiga för studien och personer som man tror har en speciell kunskap som passar undersökningen (Aspers, 2007, s.89). En annan typ av urval vi bestämde oss för att använda är den så kallade snöbollseffekten. Fältet hjälper då till att hitta urvalet av personal. Fördelar med denna metod är att lättare komma i kontakt med andra individer. Det är även till fördel då fältkontakten själv kan välja andra i fältet som är erfarna i ämnet och bra att prata med (Aspers, 2007, s.91). Nackdelen med snöbollseffekten är att urvalet sker genom ett begränsat nätverk, fastän forskaren är intresserad av hela området (Aspers, 2007, s.92). Med vår uppsats metod och tidsbegränsning kan vi inte forska kring hela arbetsområdet, t.ex. kan våra kvalitativa intervjuer och observationer inte kan täcka hur boendeformer i andra kommuner arbetar. Vi har då istället valt att fördjupa oss i dessa två boendeformer i samma

kommun. Vi är medvetna om att det kan finnas skillnader i jämförelse med hur andra kommuner arbetar med demenssjuka vårdtagare, men då vi inte har haft detta som syfte har vi inte lagt vikten på det.

Vårt urval av de vi intervjuar handlar alltså om en kombination av ett selektivt urval och snöbollseffekten. Det selektiva urvalet gjordes när vi valde ut enhetschefen vi ville komma i kontakt med. Vi ville att enhetschefen skulle arbeta med både ett demensboende och ett särskilt boende, för att på det viset lättare kunna få kontakt med vårdpersonal från båda boendeformerna. Snöbollseffekten uppstod när enhetschefen föreslog frivillig vårdpersonal hon tyckte att vi kunde intervjuas.

Vi bestämde oss för att intervjuas sex undersköterskor och en demenssjuksköterska. Tre av undersköterskorna intervjuades på ett särskilt boende, de resterande tre undersköterskorna på demensboendet och demenssjuksköterskan som är oberoende med erfarenhet från båda boendeformerna. Då vår undersökning bygger på vårdpersonal från två boendeformer, ansåg vi att vi behövde dela upp intervjuerna i lika delar för att få en inblick i de olika arbetssätten. Asper menar att frågan om hur många individer som ska studeras bestäms efter en mättnad då materialet är tillräckligt stort för att svara på forskningsfrågan (Aspers, 2007, s.93). Eftersom vi även kompletterade våra intervjuer med observationer ansåg vi att antalet intervjuer inte behövde sträcka sig längre.

Metodens tillförlitlighet - validitet samt reliabilitet

Validiteten innebär att vi undersöker det vi avser att undersöka (May, 2001). Det kan finnas en risk att definitionen av vad som är en meningsfull och aktiv tillvaro skiljer sig mellan vårdtagarnas åsikter och vårdpersonalens syn. Då det är personalens perspektiv vi fokuserar på, påverkar dock detta inte validiteten för oss på samma sätt. Validiteten har även påverkats av att den empiri vi fått inte kan generaliseras till hur all vårdpersonal inom fältet, ser på problemet.

Vid användning av en kvalitativ metod måste vi ta del av fältets livsvärld om vi vill kunna undersöka vår frågeställning (Morén & Blom, 2006, s.158). Problemet är att vi hade behövt stå utanför livsvärlden för att kunna studera det hela objektivt, vilket vi inte kunde göra eftersom vi ville få en förståelse av fältet. Våra sinnen används för att ta till oss information från fältet. Därmed kunde vi inte bli fullt objektiva då våra sinnen är kopplade till våra egna

erfarenheter och kunskaper och inte vårdpersonalens. Dock är subjektiviteten av vikt då en kvalitativ metod bygger på personalens upplevelser, tankar och känslor.

Med reliabilitet menas att man ska kunna uppnå samma resultat, även om man gör undersökningen vid olika tillfällen (May, 2001). Något som kan ha påverkat reliabiliteten, är att tid och rum kan påverka vårdpersonalens svar och agerande. Svaren och agerandet kan påverkas av hur den enskilde mår, tänker och känner för tillfället. Vi försökte vara medvetna om detta när vi analyserade och bearbetade vår empiri.

Vi använde oss av en diktafon vid våra intervjuer, vilket ökar empirins trovärdighet. Det stärker reliabiliteten, då vi har kunnat transkribera materialet. När vi använder oss av dessa metoder, riskerar vi inte att sätta våra egna ord på den intervjuades mening. Då kan även utomstående ta del av det som faktiskt sagts under intervjuerna.

Bearbetning av data

Efter det att vi hade spelat in vår empiri från intervjuerna på en diktafon, började vi att transkribera materialet. När vi började transkribera såg vi till att varje ord från vårdtagarna fanns med i den transkriberade empirin och att även tankepauser återgavs. Detta gjorde vi för att empirin skulle få en så tydlig bild som möjligt av det verkliga samtalet. Inspelningarna av intervjuerna och de transkriberade texterna fanns och finns förvarade hos oss som författare och kommer till att raderas så fort det inte kan komma till användning i vår uppsats längre. Efter transkriberingen kodade vi vår empiri utifrån de fyra olika teman som vårdpersonalen tog upp som viktiga, för skapandet av en meningsfull och aktiv tillvaro.

Under våra observationer antecknade vi allt som hände på fältet och de anteckningar som inte kunde göras på plats av olika skäl, skrev vi ner direkt efter observationen avslutats. Vi ville få ner allt skriftligt så fort som möjligt, då det annars fanns en risk att vi skulle glömma värdefull data. Därefter kodade vi även observationerna utifrån de fyra olika temana.

Genom att vi sammanfattade den data vi fick från vårdpersonalen, gav illustrativa citat och gav exempel från våra observationer, ville vi förtydliga det innehåll vi fått fram och även göra det lättare att hantera i vår analys.

Uppdelning av arbetet

Vi bestämde oss för att göra intervjuerna tillsammans eftersom vi då kunde hjälpas åt med att ställa följdfrågor, vilket minimerade risken att vi skulle missa viktigt information. En av oss höll i det färdiga intervjuformuläret medan den andra lyssnade och iakttog. Detta gjorde det lättare att fånga upp saker som den andre i samtalet missade då denne koncentrerade sig på att få svar på de redan förberedda frågorna.

Observationerna gjorde vi var för sig, eftersom vi ville se om vi hade olika uppfattningar om vad som skedde på boendena. En av oss transkriberade intervjuerna medan den andra kodade observationerna och letade tidigare forskningsmaterial. Tillsammans tittade vi sedan igenom formalia och gav genom bearbetning texten en röd tråd.

Förförståelse

Asper menar att förförståelse är en del av forskarens vardagsförståelse. Det kan vara svårt för forskaren att vara både en professionell och en privat person. Ju mer forskaren känner till om det forskade området, desto mer förståelse har denne för vad som händer och vilka motiv de observerade har. Däremot gör detta det svårare för forskaren att se området med en vetenskaplig syn, vilket ger ett "vardagsperspektiv" med risken att se allt som något naturligt och oproblemiskt (Aspers, 2007, s. 34-35).

Vi har fått en förförståelse av äldreomsorgen, då vi har fått lära oss en del om ämnet under vår tid på socialhögskolan. Även kunskap som vi fick med oss från vår empiri och annan forskning på området kan ha påverka vårt tankesätt i vidare arbete. En betydande del för vår förförståelse är att vi båda har arbetat inom äldreomsorgen. Detta kan få en påverkan på vår undersökning eftersom vi har egna tankar och idéer om hur allt fungerar, vad personalen tänker och hur vårdtagarna brukar vara. Eftersom vi varit två har vi under arbetets gång kunnat föra diskussion och reflektera över våra slutsatser. Att ha en förförståelse kan enligt May även vara till en fördel.

Att ha en viss förförståelse över sitt forskningsfält kan vara fördelaktigt. För att förstå hur de observerade individerna hanterar fältet, behöver man som forskare ha kunskap om området sedan innan (May, 2001, s. 191).

Etiska överväganden

Forskningsrådet HSFR, som idag har lagt ner, har tagit fram fyra stycken krav som är de viktigaste etiska principerna (Socialhögskolan vid Lunds Universitet, 2010). Under vår undersökning har vi följt dessa krav, vilka presenteras i följande text:

Öppenhetskravet innebär att alla berörda i vår undersökning har fått information angående vilket vår uppsats syfte har varit, hur vi skulle gå tillväga samt var eller hur man kan finna vår färdiga uppsats. *Självbestämmandekravet* betyder att de medverkande själva har fått bestämma om, hur länge och på vilka villkor de velat vara med i undersökningen.

Konfidentialitetskravet innebär att de inblandade parterna inte kan urskiljas i uppsatsen och att deras personuppgifter inte har röjts. Vilken kommun vår undersökning har skett i är inte heller av vikt, då det inte är relevant för vår frågeställning. Till slut användes *Autonomikravet* som innebär att den empiri vi har samlat in, inte kommer användas i andra sammanhang än för vårt forskningsändamål.

Att göra observationer kan vara känsligt för alla inblandade och därför bestämde vi oss för att enbart göra observationer där vårdtagarna umgås gemensamt. Observationerna gjordes därför på gemensamma utrymmen som aktivitetssal, matsal/kök och vardagsrum. Det vi velat undersöka anser vi har kunnat besvaras utan att det behövt inkräkta mer på vårdtagarnas privatliv. Därför har vi exempelvis inte gått in i en vårdtagares lägenhet.

Att diskutera samtycke är en viktig etisk del av arbetet. Samtycket från vårdpersonalen som ingår i vår studie, gick genom enhetschefen. Ett samtycke från den demente vårdtagaren är däremot en problematisk punkt i vårt arbete. Vi hade möjlighet att fråga vårdtagarna efter ett samtycke, men på grund av den kognitiva försämringen som sjukdomen orsakar, ansåg vi att denna information kunde göra mer skada än nytta för vårdtagaren. Frågan efter samtycke trodde vi skulle kunna leda till oro, då det fanns en risk att de dementa vårdtagarna inte skulle förstå vårt syfte, samt att de kunde glömma vad vi har sagt. Dessutom kan en dement vårdtagare, ha svårt för att uttrycka sig verbalt och ett muntligt samtycke kan vara vårt att få. Under observationerna kunde vi få frågan från den demente vilka vi var och vad vi gjorde och detta besvarade vi.

Eftersom denna problematiska punkt fanns i vårt arbete, fann vi det av vikt att fråga enhetschefen om vi skulle kontakta vårdtagarnas anhöriga efter ett samtycke. Enhetschefen

ansåg att vårdpersonalen och de anhöriga hade så pass bra kontakt och menade att de anhöriga litade på de inte skulle göra något som är dåligt för vårdtagarna. Därför kunde vi göra våra observationer utan att behöva kontakta några anhöriga.

Teoretiska utgångspunkter

Val av perspektiv och teori

Under arbetets gång har vi använt oss av en induktiv strategi. Detta innebär att vi efter insamlande av data funnit lämplig teori att applicera som slutsats på vårdpersonalens arbete med dementa vårdtagare. Vi valde att använda oss av ett salutogent perspektiv som utmynnar i teorin empowerment. Detta valde vi för att vi funnit det applicerbart på vår empiri och en bra hjälp för att kunna ge konkreta exempel på verktyg man använder sig av som vårdpersonal för att skapa en meningsfull och aktiv tillvaro. Vi vill mena att det salutogena perspektivet och begreppet empowerment kan kopplas samman på det sätt att man vill finna en frisk egenskap hos en individ som man vill ta tillvara på och utveckla. Det salutogena perspektivet kan ses som en grundtanke för det praktiska arbete som empowerment innebär. I arbetet med dementa handlar empowerment i praktiskt arbete om att stärka den demente vårdtagaren, vars kognitiva och kommunikativa förmågor reduceras på grund av sjukdomen. Utmaningen ligger därmed i att som personal kunna se och stärka friska egenskaper som man förstår kommer att reduceras. Genom det salutogena tankesättet och empowerment försöker vi finna vilka verktyg vårdpersonalen på de olika boendeformerna använder i olika situationer för att stärka individen.

Salutogent perspektiv

Jan Gassne skriver om begreppet salutogenes som skapades av Aaron Antonovsky. Begreppet kommer från latinets salus som betyder hälsa eller välgång samt från grekiskans genesis som kan översättas med ursprung. Salutogenes syftar då till hälsans ursprung. Patogenes förklaras som salutogenes motsats, där man fokuserar på orsaker till ohälsa och sjukdom (Gassne, 2008 s. 12). Vidare förklaras ett salutogent perspektiv som ett synsätt, där fokus ligger på de som klarar svårigheter (Gassne, 2008 s. 11). I vårt fall innebär det fokus på friska förmågor istället för på de reducerade och förlorade förmågorna en dement vårdtagare har.

Empowerment

Målet med empowerment beskrivs i *Modern teoribildning i socialt arbete* av Malcolm Payne. Payne menar att man hjälper brukaren/vårdtagaren att skaffa makt till att fatta beslut och skapa handlingsutrymme i sina liv, genom att minska på sociala och personliga hinder. Det handlar inte om att ge dem makten utan att försöka öka vårdtagarnas förmåga när det kommer till att de själva tar makt och använder den. Därmed kan empowerment skapa en positiv miljö för vårdtagare som befinner sig på institutioner. (Payne, 2008 s. 416-417) Det finns en policy gällande att försöka eftersträva en livsstil inne på institutionerna som liknar den livsstil människorna utanför institutionerna har (Payne, 2008 s. 429).

Vidare förklarar Payne, att som socialarbetare/vårdpersonal ska man försöka förstå sin brukares/vårdtagares verklighet och samtidigt uppmuntra dem att uttrycka sig själva och acceptera sin förmåga. Att ge denna sort av bekräftelse och acceptans till vårdtagaren är viktigt eftersom detta kan få dem att uttrycka sina önskemål och sig själva (Payne, 2008 s. 430).

Boken *Empowerment i teori och praktik* av Ole Petter Askheim och Bengt Starrin beskriver begreppet empowerment utifrån olika perspektiv. Begreppet beskrivs vara diffust och svårt att definiera. Power är ett ord som betyder styrka, makt och kraft. En människa vill känna sig stark och kraftfull med makt och kontroll över sitt liv (Askheim & Starrin, 2007).

Bengt Starrin berättar i samma bok om empowerment som förhållningssätt. Motsatsen till empowerment kan beskrivas som en destruktiv skam. Den destruktiva skammen kan innebära att bli förlöjligad, kränkt och/eller förödmjukad som i sin tur kan leda till undergivenhet, aggression, psykisk ohälsa och våld. Starrin menar att denna skam leder till att handlingskraft och initiativförmåga minskas. Starrin förklarar att stolthet hos en individ ökar dennes benägenhet att handla och att ta egna initiativ. Detta är något empowerment har som grund att leda till (Starrin, 2007).

Anna Tengqvist har i *Empowerment i teori och praktik* skrivit ett kaptiel om empowerment som förhållningssätt. Hon beskriver makt som ett centralt begrepp i empowerment och menar

att makt kan skapa förutsättningar för förmågor som en individ innehar. På detta sätt begränsar makt inte individen utan bidrar till respekt och lika värde. Man möter människor med ett förhållningssätt som respekterar varandras makt vilket underlättar för människor att använda sig av makt (Tengqvist, 2007).

Tabitha Wright Nielsen skriver i sin avhandling ”*Viljen til at frigøre -En undersøgelse af empowerment i praksis*” om empowerment ur olika perspektiv med en analys byggd på makt. Bland annat kan man utläsa om empowerment i förhållande till normaliseringsprincipen. Normaliseringsprincipen bygger på att alla individer ska ha lika möjligheter, vilket empowerment också arbetar för. Normaliseringsprocessen kan ses som det praktiska arbete empowerment innebär och ha en frigörande inverkan. Detta frigörande skapar lika möjligheter för alla individer och verktyg för att förändra sin situation (Nielsen Wright, 2009, s 53). Man kan se empowerment både som en förändrings- och normaliseringsprocess på samma gång (Nielsen Wright, 2009, s 54). Genom empowerment förändras individen efter normer och värderingar i samhället (Nielsen Wright, 2009, s 53).

Resultat och Analys

Resultat- och analysdelen bygger på de teman som vårdpersonalen fört fram som mest centrala för att ge en tydligare struktur. Även vårt teorival som vi presenterat tidigare i uppsatsen, empowerment, kommer att analyseras genom vår empiri.

Aktivering

Aktiviteter är viktiga för den demente och dennes identitet (Veernoij-Dassen, 2007 & Örullv 2008) och socialstyrelsens rekommendationer är att aktivera den demente, för att motverka försämringen som sjukdomen medför (Socialstyrelsen, 2010). Ekman framför att musik kan skapa en känsla av trygghet och menar att dans och rytm kan finnas kvar även hos en gravt dement (Ekman, 2004). Ett salutogent synsätt framgår här, då man tar vara på förmågor som en gravt dement har. Genom intervjuer har det kommit fram att musik och dans är en vanlig och meningsfull aktivitet i det särskilda boendet:

Personal särskilda boendet: ”Alltså till dem som är demenssjuka har vi kanske lite aktiviteter bara en personal och den demenssjuke. Och det kan va sjunga lite, dansa men bara en personal och den demenssjuke, sen dem som kanske bara inte har kommit så långt i sin sjukdom dem, man märker också om dem kan va med där det e fler men vi försöker anpassa till alla.”

E: ”Tror du det finns nåt som är extra meningsfullt för dessa personerna?

Personal särskilda boendet: ”Ja de ser, det ser man ju. Vi har ju en tant här, hon älskar musik.”

Även demensboendet visade sig under observation använda musik och sång som aktivitet:

På demensboendet är musik igång och en av vårdpersonalen sätter igång och sjunger med en vårdtagare. En annan vårdtagare nickar med i sången. Vårdtagarna sjunger gärna med i slutet ”Tjohej!”.

Empowerment sätter förmågan att ta egna initiativ och att handla i centrum (Starrin, 2007) Vi reflekterar genom de ovan nämnda aktiviteterna, att man stärker den egna individens identitet genom att sjunga och dansa. Aktiviteten blir således betydelsefull eftersom det består i en handling, men även förmågan till att kunna dansa tas tillvara på. Starrin som beskriver stolthet som en viktig del i empowerment (Starrin, 2007) och kopplingen ser vi mellan det Starrin menar och aktiviteterna är stoltheten av sin handling, såsom att kunna dansa.

På demensboendet anser vårdpersonalen att det är viktigt att vårdtagarna får göra saker de tycker om och är vana vid att göra. Därför har de inte något fast schema med aktiviteter, utan dessa utförs när vårdtagarna är tillräckligt pigga.

I riktlinjerna menar socialstyrelsen att aktiviteterna bör anpassas efter individen samt att omsorgen och omvårdnaden bör ske på ett personcentrerat arbetssätt (Socialstyrelsen, 2010). En meningsfull aktivitet kan bidra till ett ökat välbefinnande för den demente (Veernoij-Dassen, 2007).

Ett utdrag från intervju med personal på demensboende: ”Piggare och friskare dementa som kommit kan säga själva hur dem vill ha det och vad de vill hitta på. Någon eftermiddag kan vi spela bingo eller kortspel, vi har rätt så många som vill ut och gå. Vissa gillar att läsa tidningen och lösa korsord. Det är inte helt spikat, utan vi har det lite olika, det är lite hur pigga dem är den dagen.”

Makt är ett centralt begrepp i empowerment (Tengqvist, 2007) och det kan användas för att skapa större handlingsutrymme (Payne, 2008). Vi tolkar möjligheten att få besluta om man vill delta i en anpassad aktivitet som ett utövande av empowerment.

På demensboendet får den enskilde möjlighet att välja en aktivitet som är anpassad och har därmed makt över sina aktiviteter i vardagen. Även på det särskilda boendet tog man i den mån man kunde hänsyn till vad den enskilde tyckte om. Ett utdrag ur en observation på det särskilda boendet visar ett exempel på detta:

Personalen lyfte upp katten i sin famn. Till vänster om mig satt den dam och log mot katten. Personalen gick sedan fram och satte katten i damens knä. Damen pratade mycket med katten; ”Fin kissekatt, åhh, var här hos mig katten”

Sjuksköterskan berättade på intervjun om ett exempel på en individuellt anpassad aktivitet på demensboendet:

”borta på demensboendet har ju aldrig varit så rent från löv och sådant utanför, där gick en dam i höstas och plockade löv och la i säckar och kastade. Sen när hon hade gått och lagt så var man ute ibland och hällde ut en påse till för annars hade hon inget att göra dagen efter för det var så rent så man hittade inte någonting. Så stod hon där så pratade jag med henne så ahh så hon och tittade bort vid restaurangen längs kanten. Där var jättemycket löv, ja egentligen tillhör ju inte detta

mig men jag tror jag får ta lite där borta också för det ser ju inte snyggt ut.”

När vi frågade personal på demensboendet om det fanns aktiviteter anpassade för just dem dementa besvarade de med exempel på aktiviteter som är gemensamma såsom bowling och bingo. På det särskilda boendet fann vi att aktiviteterna där kunde vara gemensamma men att man valde att vara själv med den demente just på grund av sjukdomen. Ett utdrag ur en intervju med personal på det särskilda boendet följer:

”Vi har både och ja, alltså till dem som är demenssjuka har vi kanske lite aktiviteter bara en personal och den demenssjuke. Och det kan vara typ sjunga lite, dansa men mer bara en personal och den demenssjuke, sen de som kanske inte har kommit så långt i sin sjukdom dem, man märker också om dem kan var med där det är fler men vi försöker anpassa till alla.”

Enligt sjuksköterskan finns det fall där interaktionen inte fungerar på ett särskilt boende och där den boende kan bli utsatt:

”Man blandar de som har en demenssjukdom och de som har en normalt åldrande hjärna och där man inte alltid är så snälla mot varandra, utan man pratar väldigt mycket om mobbing i skolan. Jag tror det är ganska så lindrigt i jämförelse i hur man kan vara på ett äldreboende där man kan vara riktigt elaka mot varandra.”

Vi har utifrån sjuksköterskan tolkat att då en dements kognitiva förmåga försämras och därmed kan denne inte göra aktiviteten i samma takt som en frisk äldre. Detta kan göra den demente utsatt och risken för att bli mobbad blir större. Örulv menar dock att de sociala interaktionerna är viktiga för den demente och för att motverka fragmentering av identiteten (Örulv, 2008). Ekman berättar att bara genom att sitta och titta, kan behovet av gemenskap skapa lugn hos den demente vårdtagaren (Ekman, 2004). Personalen på demensboendet förklarade för oss att den demente kan nöja sig med att endast samtala:

”En del tycker ju inte om, alltså är inte så intresserade och bli aktiverade mer än att man sitter och pratar, för det tycker ju nästan alla människor om.”

Socialstyrelsens riktlinjer beskriver att det är viktigt att motverka passivitet hos de dementa och att aktiviteterna som görs, ska vara individuellt anpassade (Socialstyrelsen, 2010). Riktlinjerna som socialstyrelsen har skapat, menar att syftet med att motverka passivitet som demenssjukdomen åsamkar är bland annat att skapa en känsla av att kunna bidra till något för andra (Socialstyrelsen, 2010). Ekman framför att det är viktigt, för de vårdtagare som kan, att få hjälpa vid dukningen, vilket ökar känslan av att kunna bidra med hjälp (Ekman, 2004). Genom att låta den demente som fortfarande kan duka få göra detta, menar vi är ett salutogent arbetssätt.

På demensboendet menade vårdpersonalen att det fanns vissa positiva saker med att som dement, befinna sig på ett särskilt boende och som hjälper till med att behålla dennes friska funktioner.

”Man kanske sitter, då kanske man kan se liksom hur en frisk äldre när den äter. Jaja det är så jag ska göra.”

Eftersom empowerment innebär att stärka förmågan till att ta egna initiativ och att handla (Askheim & Starrin, 2007) ser vi att empowerment kan skapas genom interaktion vårdtagare emellan. På det särskilda boendet finns äldre som kan, medvetet eller omedvetet, hjälpa den demente hur man äter som utdraget ur intervjun ovan visar.

Ekman menar att fördelen om personalen sitter och äter med vårdtagarna kan de skapa en samhörighet och fungera som en spegel. Detta genom att vårdtagarna kan se hur man använder besticken och hur man för sig vid bordet. Hon har även framfört att det är viktigt för den demente, att det är lugn och ro i miljön vid måltiderna (Ekman, 2004). Under våra observationer fann vi skillnad hos arbetsätten på de olika boendena. En observation på demensboendet:

Vårdpersonalen satt till exempel ner och åt tillsammans med vårdtagarna. Det var en lugn stund då de umgicks och pratade med varandra, samtidigt som de satt och åt frukost. Dessutom plockades ingen disk undan under måltiderna, för att skippa oljud och skrammel.

På det särskilda boendet var det lite mer rörelse och ljud:

Tv:n befann sig i samma rum som matsalen och den sattes igång emellanåt när någon vårdtagare ville titta. Personalen försökte dock ha ljudet tyst och stängde av den så fort en vårdtagare inte satt och tittade på den. Radion var igång tyst ute i köket och då och då kunde man höra skratt från vårdpersonalen i korridoren. Vårdpersonalen plockade undan disk, städade undan i köket och gick förbi med sopor, medan frukosten pågick för några av vårdtagarna.

Sammanfattningsvis menar vi att empowerment och salutogent synsätt har kommit fram i hur måltiderna fungerar, stoltheten av att göra något och vikten av att ta egna initiativ. För en demenssjuk person är handlandet av vikt, eftersom det motverkar sjukdomens symptom och risken för att bli passivitet. Nästa tema är personal och inbjuder till bland annat, hur vi sett att man kan använda ett salutogent synsätt och empowerment i bemötandet.

Personal

I detta tema har personalens utbildning, boendets personaltäthet och bemötandet visat sig vara av stor betydelse. På demensboendet berättade vårdpersonalen att det finns åtta vårdtagare och att de är olika många i personalen, beroende av att de själva lägger sitt schema och på vilket av passen det är. De kunde vara tre till fyra i personalen på dagen och ibland endast två som arbetar på helgerna. På det särskilda boendet, där det bor tretton vårdtagare, lägger de också schemat själv. På tretton boenden finns tre till fyra i personal på dagen och två till tre på kvällen. En i personalen på det särskilda boendet hade även arbetat på ett demensboende. Hon förklarade att det är svårare att arbeta på ett särskilt boende, då det kräver en flexibilitet i bemötandet och personaltätheten är mindre:

”Jag tycker nästan att det är svårare och jobba på ett blandat än vad det är på ett rent demensboende, för du får hela tiden växla om. Från vanligt sjuka till kanske psykiskt sjuka och så ska du backa när du kommer till en dement och hela tiden, nej nu ska jag ta det lugnt och så är det det som gäller. Ja faktiskt och så då kanske mindre folk också”.

Under våra observationer märkte vi av att vårdpersonalen verkade ha mindre tid till att sitta ner med vårdtagarna under deras måltider än på demensboendet. När de pratade med varandra stod vårdpersonalen lutade över bordet och sprang sedan vidare till andra vårdtagare.

”Ni springer så kvickt härifrån”, uttryckte sig en vårdtagare. (vet dock inte om personalen hörde detta).

Även vårdpersonalen på demensboendet tycker det är en fördel med ett demensboende, eftersom de har en högre personaltäthet. De menar att detta behövs då de dementa vårdtagarna ofta är oroliga och behöver närhet till andra människor.

Kontakt och närhet till andra människor, menar Örulv kan vara ett sätt för att hjälpa den demente vårdtagaren till att lättare behålla sin identitet (Örulv, 2008).

Personal på demensboende: Jag tror det blir mycket mer lugn, vi är ju lättare till hands här och du behöver ju inte leta efter oss på samma vis.” ”många är oroliga, vill hålla en i handen alltså så här mycket och då måste man vara ett visst antal ju.”

Målet med empowerment beskrivs som att man hjälper vårdtagaren att skaffa makt till att göra beslut och skapa handlingsutrymme i sina liv, genom att minska på sociala och personliga hinder (Payne, 2008). För att vårdpersonalen ska kunna hjälpa vårdtagaren med att skaffa makt över sin egen tillvaro, krävs det således att det finns tillräckligt med personal som kan och har tid att göra just detta.

Socialstyrelsen menar att vård och omsorg bör ske på ett personcentrerat arbetssätt (Socialstyrelsen, 2010). På demensboendet menar vårdpersonalen att de använder en individanpassad omsorg och med det menas att varje vårdtagare får vården speciellt anpassad efter hur de är som individ, vilket är i linje med socialstyrelsens riktlinjer.

Personal på demensboende uttrycker det så här: ”Det som alltså är prioritet ett när det gäller dementa personer de är att man kör individanpassas omsorg. Jag menar alltså att, tycker jag om att lösa korsord så tycker jag att någon i personalen ska kunna gå in till mig i min lägenhet och så ska vi sitta där en stund. Inte kanske de här gruppaktiviteterna där alla sitter och spelar bingo, det är också viktigt men jag tycker också det är viktigt att, alltså att man får en liten stund varje dag.”

På det särskilda boendet förklarar en av personalen att anpassning sker till alla:

”Men det är ju inte bara dem dementa för det är ju alla som jag säger, var och en man får ju ha sitt förhållningssätt till. Jag menar vi är ju alla olika individer sen kvittar det om vi är unga eller gamla utan vi måste ju anpassa oss.”

Empowerment handlar om att plocka fram styrkan och makten hos varje enskild individ för att denne ska kunna ta beslut i sitt liv gällande hur han/hon vill ha det och att göra saker de tycker är meningsfulla (Payne, 2008) Detta tolkar vi som att ett personcentrerat arbetssätt handlar om, då den enskilda individen är i centrum. Det betydelsefulla för varje enskild individ, är vad denne anser är viktigt och han/hon att få uppleva sig själv som självständig individ, även fortsatt efter att de blivit dementa.

Vårdpersonalen på demensboendet uttalar att det är viktig hur personalen bemöter vårdtagare med demens. Vårdpersonalen anser att saker som lyhördhet, försiktighet och respekt är viktiga att tänka på. På det särskilda boendet framförde personal att det är viktigt att till exempel inte rusa förbi en dement, att vara lugn och hålla ögonkontakt. Även Ekman tar upp att

vårdpersonalen bör ha ögon- och kroppskontakt med vårdtagarna, som ett exempel på ett bra bemötande (Ekman, 2004). Demenssjuksköterskan understryker att bemötandet och utbildningen som personalen har är viktig.

L: ”Jag tänker, är det just denna tid det handlar om att personalen har möjlighet och lägga på vårdtagaren som inte man har på ett blandat boende då?”

SSK: ”Mm, det är delvis det. Men också tror jag kunskapsmässigt. Mm, för ju mer vi vet om själva sjukdomen och vad den gör, ju lättare har vi för och bemöta också.”

Anna Tengqvist menar att makt bidrar till respekt och lika värde. När vårdpersonalen möter vårdtagaren på ett sätt som respekterar dennes makt, underlättar det för vårdtagaren att faktiskt använda sig av sin makt (Tengqvist, 2007). Starrin menar att om vårdtagaren blir kränkt eller förödmjukad med till exempel ett dåligt bemötande, kan leda till att vårdtagarens handlings- och initiativförmåga minskar (Starrin, 2007). Vi ser med vår empiri och forskning att ett bra bemötande bidrar till att den dement kan få ett bättre välbefinnande genom lika värde och respekt.

Utifrån sjuksköterskans citat drar vi även slutsatsen att ju mer kunskap vårdpersonalen har om demens, empowerment och det salutogena synsättet desto bättre förutsättningar blir det för ett bra bemötande.

Hällgren menar att ett störande beteende, som ett skrikbeteende, kan minska om vårdpersonalen är kunniga på att förstå och tolka detta beteende (Hällgren, 2004). På demensboendet menar vårdpersonalen att skrikbeteendet ofta har en anledning och att det därför behöver utredas om varför beteendet uppkommer.

E: men om den demente skulle ha ett skrikbeteende?

Vårdpersonal på demensboende: ”Alltså ofta måste man ju utreda varför den har ett skrikbeteende. De säger ju att oftast så är där ju en

anledning och man får vara lite detektiv. Man får vara lite finurlig och påhittig.”

Ett exempel när det gäller att vårdpersonalen måste vara lite påhittig, var när en vårdtagare från demensboendet under observationen tog på sig sina ytterkläder och gick ut. Vårdtagaren gick ut eftersom hon ville ”hem” och en vårdpersonal sprang efter henne. Vårdpersonalen försökte övertala vårdtagaren om att en vårdpersonal skulle följa med henne, men detta var inte vårdtagaren intresserad av. Vårdtagaren går snabbt därifrån medan vårdpersonalen hämtar hjälp från en annan vårdpersonal. Efter ca 20 min kommer både vårdtagaren och vårdpersonalen tillbaka in till demensboendet. Vårdpersonalen berättade att hon gått efter vårdtagaren en bit bakom och när vårdtagaren såg henne göra detta, förklarade vårdpersonalen beteendet med att säga till vårdtagaren ”jaha går du också den här rundan, det brukar jag också göra. Om vi nu ska gå samma runda, är det kanske trevligare att gå tillsammans? Detta hade vårdtagaren glatt sagt ja till.

Detta är ett exempel på att vårdpersonalen använder ett synsätt, som Hällgren kallar för ett ”personcentrerat förhållningssätt”. Vårdpersonalen bemöter då den demente vårdtagarens upplevelser av verkligheten som sanningen och på det här sättet orienterar de vårdtagaren till den ”rätta vägen” (Hällgren, 2004). Payne förklarar att man i empowerment ska bemöta vårdtagaren i dennes verklighet, samt låta vårdtagaren uttrycka sig och acceptera sin förmåga (Payne, 2008). Vi kopplar ihop det personcentrerade förhållningssättet av Hällgren och Paynes förklaring av empowerment, i exemplet från demensboendet. På demensboendet mötte vårdpersonalen den dementes sanning som om hon faktiskt var på väg hem och försökte sedan leda in henne till verkligheten, på hennes villkor. Hällgren menar vidare att om vårdpersonalen emotionellt kan förstå den demente vårdtagarens känslor och upplevelser, kan vårdpersonalen få tillåtelse att komma nära (Hällgren, 2004). Detta anser vi är vad som händer mellan vårdpersonalen och vårdtagaren, då vårdtagaren först inte ville ha något sällskap, men som tillslut till och med gladde sig över att denna vårdpersonal ville göra henne sällskap ”hem”.

Det är även viktigt för vårdpersonalen på demensboendet att vårdtagarna får göra egna val i sin egen vardag. Enligt Ekman behöver vårdpersonalen visa för vårdtagarna att hon/han litar på vårdtagarens förmåga att klara av vissa saker själv. Ekman menar att det även är viktigt att vårdpersonalen ser till att vårdtagarens självbestämmanderätt tas tillvara. Detta innebär att vårdpersonalen måste respektera vårdtagarens val och ge vårdtagaren tid till att göra detta (Ekman, 2004). På demensboendet fann vi genom intervju:

”Vi har ju så att i alla fall man har två måltider man få välja på”

E: får jag fråga hur det fungerar med en dement person, glömmar de vad de har beställt?

”Ja, det kan de göra, men i ögonblicket då man väljer då får man chansen att välja. Så det är faktiskt bra”

En observation på det särskilda boendet visar att man fick byta frukost upprepade gånger till en dam:

Vårdpersonalen kommer med en smörgås till damen. Damen svarar att hon inte brukar äta smörgås. Vårdpersonalen frågar då om hon vill ha gröt istället vilket hon tackade ja till. Efter ett par tuggor på gröten säger damen att hon vill äta smörgås istället och då gav personalen henne smörgås istället.

Under observation på demensboendet fann vi en annan typ av situation där vårdtagaren fick välja:

En av damerna fick frågan av en vårdpersonal om hon ville ha håret rullat. Damen svarar med ”det får ni i personalen bestämma”. Personalen kontrar med att det är damen som själv bestämmer detta. Damen säger återigen att det är personalen som får bestämma. Personalen säger ”då rullar vi håret till dig?”. Damen blev glad och svarar ”jag har det bra, säger hon”. Damen fick efter detta samtal håret rullat i köket, i gemenskap av de andra vårdtagarna.

Exemplet ovan visar när vårdpersonalen försöker få en av vårdtagarna att själv bestämma och göra ett val när det gäller hennes omvårdnad. Vid upprepade tillfällen försöker vårdpersonalen fråga damen om hon vill ha håret rullat. Till slut var det ändå vårdpersonalen som fick ta beslutet, men vårdtagaren hade ändå fått uppleva att hon hade en valmöjlighet för stunden. I detta exempel anser vi att vårdpersonalen försökte använda sig av empowerment genom att få vårdtagare att ta makten och göra ett val, men som inte helt lyckades rakt igenom. Vårdpersonalen försökte få vårdtagaren att göra val som damen själv hade gjort i sitt tidigare liv utanför institutionen.

Enligt Payne som diskuterar empowerment så finns det en policy gällande att försöka eftersträva en liknande livsstil inne på institutionerna, som den livsstil människorna utanför institutionerna eftersträvar (Payne, 2008). Wright Nielsen förklarar att man kan se empowerment både som en förändrings- och normaliseringsprocess (Nielsen Wright, 2009). Vi har förstått på personal att demens gör en individ passiv. Vi tolkar då att Nielsens förändringsprocess innebär att aktivera den demente. Exemplet på damen som fick rullat håret visar på denne process där man ”förändrar” situationen så att hon kan få välja själv. Att rulla håret själv har innan varit ett normalt beteende och det är denna normaliseringsprocess personalen uppnår genom att damen själv får välja.

En annan sak vårdpersonalen på demensboendet har ansett vara viktig för de dementa vårdtagarna är att behålla deras levnadshistorier. Enligt Örulv kan vårdpersonalen hjälpa vårdtagarna med att "laga" sina livshistorier i deras interaktion, då vårdtagarnas historier kan bli enformiga och tidsmässigt och/eller geografiskt fel upplagda (Örulv, 2008). Även ett av Melin Emilsson krav, vilka bygger på hennes egen uppfattning av vilka krav sjukdomstillståndet ställer på omgivningen, är bland annat vårdpersonalens krav att stötta upp vårdtagarens nedsatta minnesfunktioner (Melin Emilsson, 1998).

E: ”Du pratade lite om att dem har en egen historia, är det något ni tar vara på?”

Personal demensboende: ”Ja, det är ju egentligen viktigt för då blir man ju en person. Det kan jag tycka är jätteviktigt för man ska kunna bemöta dem på den nivån dem är.” ”Ibland vet de inte vem de är, men

många gånger kommer ju minnet om man får lite stöd ifrån ett fotoalbum till exempel. Det är ju härligt för dem att kunna gå tillbaka i en tid när de är friska och krya.”

För att bevara vårdtagarnas levnadshistoria tog vårdpersonalen på demensboendet fram kort med olika teman på.

Observation på demensboende: ”Vad har du haft för husdjur?” stod det på ett kort som vårdpersonalen läste upp. Vårdtagarna runt bordet svarade vilka olika husdjur de har haft. En vårdtagare hade haft underlater som lät och en annan beskrev hur dennes hundar hade sett ut.

En annan fråga ställdes av vårdpersonalen ”Vad lekte ni när ni var små?” vårdtagarna berättade att de bytte bokmärke, hade dockor man gjorde själva, hoppade hopprep och i höbalar på loftet.

”Vilken låt tycker ni om?” Personalen säger sig veta vilken låt en viss vårdtagare tycker om. Hon hämtar en cd-skiva och sätter på en låt. Vårdtagaren lyser upp och börjar sjunga med.

Frågorna verkade uppskattas av vårdtagarna då de skrattade och visade intresse genom att prata och lyssna. Det ställdes följdfrågor och de visade engagemang.

Det särskilda boendet tog även fram levnadshistorier som viktig i intervjun:

”Jag kommer ju ihåg hur det var när jag växte upp. Och ibland kan jag ju sitta och prata med vårdtagarna då om hur det var och många gånger kommer de ihåg det.”

Genom levnadshistorier och att ta tillvara på den demente vårdtagarens tidigare liv, gör att vårdtagaren lättare kan behålla sin identitet och behåller det friska. På så sätt anser vi att vårdpersonalen har ett salutogent synsätt, eftersom det finns meningsfulla minnen hos den demente som man kan tillvarata.

Även om den demente vårdtagaren inte kan kommunicera verbalt, så kan han/hon fortfarande kommunicera på andra sätt menar vårdpersonalen på demensboendet. Studier har visat att vårdtagare med demens och som har svårt att kommunicera verbalt, fortfarande kan använda och tolka icke-verbala kommunikation och därmed kan även personer med grav demens, umgås och vara i sociala relationer. (Öruly, 2008 s. 20).

Personal demensboende: ”Bemötandet är superviktigt och miljön runtom är superviktig för de läser av dig direkt. Ditt kroppsspråk, även om inte dem kan uttrycka sig verbalt så har du ett kroppsspråk som de är superkänsliga på att läsa av.”

Även detta kan kopplas till ett salutogent perspektiv. Även om den demente vårdtagaren förlorar sin förmåga att kunna kommunicera verbalt, så tar personalen vara på förmågan att kommunicera med kroppsspråket istället. Vårdpersonalen går inte efter vad vårdtagaren inte kan göra, utan vad de faktiskt kan göra.

En sammanfattning av hur empowerment och salutogent synsätt kopplas till temat personal, visar sig vara att vårdpersonalen bemöter den demente som en frisk människa. De försöker sedan stärka och tillvarata på de friska förmågorna den demente vårdtagaren har, på ett sätt som vi anser kan kopplas empowerment.

Miljö

Det som visat sig vara av mest vikt, enligt vårdpersonalen personalen, när det kommer till boendemiljön för en dement vårdtagare, är planlösningen och hemliknelsen. Vårdpersonalen på det särskilda boendet tyckte att planlösningen skulle vara annorlunda än hur de har det, samt att det inte ska vara så många vårdtagare. De gemensamma utrymmena bör enligt Wijk vara överskådliga, så att vårdtagarna med demens lätt kan hitta vårdpersonal och andra vårdtagare (Wijk, 2004).

Personal särskilda boendet: ”Jag tror på små boende, inte för stora boende, små enheter där man har mer tid och engagemang”.

Personal särskilda boendet: ”Det är jättesvårt i och med att vi har så långa korridorer, så är inte det idealiskt med en dement person anser ju jag. Det märker man ju också när man börjar vandra som en dement så blir man väldigt orolig, det tar inte slut för dem. Det är så långa korridorer.”

Vårdpersonal på demensboende: ”Är du orolig och vill hitta någon så räcker det med att man öppnar sin dörr här. Här är ju folk i rörelse och det är mycket lättare att få fatt i någon och fråga eftersom dem ser alltid oss.”

Under vår observation på demensboendet kunde vi se att det var en stor skillnad i hur planlösningen på de olika boendeformerna ser ut. På det särskilda boendet fanns en lång korridor och det fanns inga större öppna ytor då gemensamhetsutrymmet bestod av både en matsal och en tv-hörna med två fåtöljer. På demensboendet fanns däremot ett stort gemensamhetsutrymme direkt utanför vårdtagarnas egna lägenheter.

Våra observationer visar även att demensboendet har en färgsättning, en röd färg, på väggarna som är tänkt att passa dementa vårdtagare. Det var även mycket färgsättning på det särskilda boendet då det var målat i olika rosa nyanser. Vi kunde även se att det på demensboendet var högt i tak och att det fanns många fönster, vilket gjorde boendet ljust. På det särskilda boendet gjorde däremot de långa korridorerna så att utrymmena inte blev lika ljusa.

Färgsättning och belysning är saker vilka är viktiga att anpassa efter dementa vårdtagare enligt Johansson (Johansson, 2007).

Demenssjuksköterskan: ”man ska ha lite färger för de uppfattar man som demenssjuk. Bra ljus, men inte alltför skarpt för att det kan man också reagera på, alltså ögonen förändras också i demenssjukdomen.”

Örulv tar i sin avhandling upp hur forskning talar för att vården ska eftersträva en hemlik miljö på boendena (Örulv, 2008) Även Wijk är inne på samma spår och menar att de gemensamma utrymmena bör inredas med saker, som den demenssjuke vårdtagaren känner igen från tiden innan sjukdomen (Wijk, 2004).

Vid intervjuerna med vårdpersonalen, blev planlösningen på boendet uppmärksammat, men sjuksköterskan betonade också han om vikten med att boendet har en hemlik miljö:

SSK: ”Rummet ska vara präglad av deras saker, sådant som de kommer ihåg. Om de har haft någon stol de alltid suttit i, fotografier på barn och barnbarn och på de själv oftast, fotografier från när de växte upp kan man prata om. Ehm så hemligt som möjligt så att säga, så snarlikt det hus eller den lägenheten man har bott i fast i mindre form.”

Ekman menar att demenssjuka vårdtagare, framför allt de som har haft djur tidigare i livet, tycker om och uppskattar att ha husdjur runt omkring sig (Ekman, 2004). Under våra observationer på de två olika boendeformerna kunde vi observera det här:

På demensboendet hade vårdtagarna ett akvarium med färgglada fiskar och på båda boendeformerna fanns en katt som strövade runder i byggnaden.

När demensboendet byggdes och inreddes gjordes en öppen planlösning, många fönster som ger ljus, en färgsättning som tilltalar en dement samt en hemlik miljö. Vi analyserar att detta skapar en trygghet för den dementa vårdtagaren. De dementa vårdtagarna hamnar inte lika lätt i ett vandrarbeteende, när det inte finns långa korridorer att vandra i. Med en öppen planlösning och med inglasat personalrum kan vårdtagaren lätt nå vårdpersonal när denne behöver och kan känna att han/hon har kontroll och makt över sin situation. Enligt Askheim och Starrin som beskriver empowerment vill en människa känna sig stark och kraftfull med kontroll över sitt liv (Askheim & Starrin, 2007). Vi vill mena att vi ser empowerment i temat miljö, då man försöker få den demente att känna sig så stark som möjligt trots sin sjukdom.

Flytt

Vårdpersonalen berättar i intervjuerna att de följer kvarboendepincipen vilket innebär att vårdtagarna har rätt till att bo kvar på det boende där de har fått en plats. Det är vårdtagarens val när det kommer till att göra ett beslut om en eventuell flytt.

Personal på demensboende: ”Jag ska ha rätt till att bo kvar” ”Har jag flyttat till ett boende ska jag inte behöva flytta en gång till.”

Melin Emilsson beskriver kvarboendepincipens konsekvenser i sin avhandling. Principen gjorde att inneboende på ett demensboende blev sämre och sämre, då vårdtagarna kunde besluta sig för att bo kvar och inte behöva flytta vidare. När de dementa vårdtagarna befann sig i olika stadium så kände vårdpersonalen att de inte kunde tillgodose alla vårdtagares behov då de behövde lägga sin energi på de som behövde hjälp (Melin Emilsson, 1998). I vårt fall kan problematiken som Melin Emilsson beskriver, finnas på det särskilda boendet där dementa vårdtagare bor kvar bland friskare äldre.

Sjuksköterskan berättar, genom hans arbetsroll, hur en flytt kan bli aktuell i citatet ovan. Han är alltså inblandad när flytt blir aktuell och berättar för oss att den enskilde bestämmer alltid själv om den vill flytta, således denna vårdtagare förstår sitt eget bästa.

L: ”Ja hur... Jag tänker om vi då har kommit till Agda och hon behöver flytta då... vem är det som bestämmer det och så?”

SSK: ”Ja det gör ju biståndshandläggare och jag.. och enhetschef och tillsammans med den boende och anhöriga.. och kan man inte ta med den boende i dialogen där man har kommit så långt i sin sjukdom att man inte förstår sitt eget bästa.. så är det ju anhöriga vi får föra den diskussionen med.. ”

Vi ställde frågan till vårdpersonalen kring när det är meningsfullt för en dement vårdtagare, att byta boendeform. En flytt emellan boendeformerna visar sig inte ske ofta:

Personal från demensboende ”Det är inte ofta de kommer från andra vårdboenden, för de kommer ofta hemifrån.”

Personal särskilda boendet ”Ja. Vi har bara haft en som gjort det och det var på grund av de här korridorerna.”

De två personalgrupperna verkar även vara överens om att en boendeflytt är mer meningsfull, beroende till i vilket stadium de dementa vårdtagarna är i. Någon menar att det inte är bra med en boendeflytt till ett demensboende för en dement vårdtagare som är i ett tidigt stadium i sin sjukdom, då detta kan göra vårdtagaren sämre och inte lika lätt kan behålla det friska. Samtidigt anser vårdpersonalen att den demente vårdtagaren helst inte ska vara långt gången innan en flytt till ett demensboende görs, eftersom vårdtagaren ska hinna dra nytta av de extra resurser och aktiviteter som finns att ta del av på demensboendet.

Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar att demenssjuka personer bör erbjudas en plats på ett specifikt boende för demenssjuka. Riktlinjerna anser att personer med en måttligt svår demenssjukdom har en högre livskvalitet på ett boende specifikt anpassat för sjukdomen än på ett vanligt särskilt boende. Demensboendet kan hjälpa till att öka självständigheten i vårdtagarens dagliga aktiviteter, samt förbättra samvaron och kommunikationen mellan vårdtagarna (Socialstyrelsen, 2010).

Personal på särskilt boende: ”Det behöver inte demensboende tycker jag, när man kanske är i början på sin demens, för då blir det fel. För har du gått ner långt ner i sin demens så kommer du inte ihåg något, medan den som precis har kommit i sin demens kommer ihåg ändå rätt så mycket och då blir det tosig.”

L: ”Man får inget socialt utbyte menar du?”

Personal på särskilt boende: ”Nej då blir man så fort mycket sämre.”

Personal på särskilt boende: ”Jag tillhör den som tycker att när man blir gammal så ska man ha det bra och kan man då komma in på ett

boende och ha en meningsfull tid där, man kan vara med på aktiviteter, hitta på lite saker, åka iväg med någon personal och hitta på någonting, då tycker jag att man ska få komma in innan man kommer så långt ner i sin demens”.

Demensboendets personal: ”Det är ju skillnad när dem inte är så långt gångna för de vill liksom mer dölja det och det är lite mer detektivarbete och man har ut någonting av att det händer saker och aktiviteter som vi satsar på mer här kanske mer än på ett vanligt boende.”

Personal på demensboende: ”Alltså har du gått väldigt långt i din demenssjukdom så kanske det inte har så stor betydelse om du bor på ett demensboende eller ett om du bor på ett vanligt boende. Just det här med hur mycket aktivitet behöver du? Hur mycket stimulans behöver du? Har det någon betydelse vem det är som kommer och vårdar dig? Är man väldigt långt gånge så kanske det inte har någon så stor betydelse, man kanske inte blir så orolig och uppretad. Ofta så när de har gått långt så blir de ju mer, alltså oftast sitter de ju i rullstol och alltså det blir med sjukvård.”

Vi tolkar att en flytt blir aktuell när den demente inte mår bra i det aktuella boendet, vilket försvårar behållandet av det friska. Vidare tror vårdpersonalen att det kan var dags för den demente vårdtagaren att flytta från ett särskilt boende till ett demensboende, när det gäller att skapa en trygg och lugn miljö för dementa vårdtagare.

Personal på demensboende: ”jag kan tänka mig en som är jättejätteorolig. Det är ju mycket stökigare på ett särskilt boende, ljudmässigt och ljudnivå och du har inte möjligheten att skärma av, få lugn och ro, allt det här utan då får man in på sitt rum.” ”För här är ju långsamhetens vård kallar jag det för, för man måste vara långsam.”

Både vårdpersonalen har svårt för att se fördelar med att en dement vårdtagare behöver byta boendeform från ett demensboende till ett särskilt boende på grund av att denne inte får en meningsfull och aktiv tillvaro.

Demensboende ”vi har ju inte flyttat någon härifrån för att dem har blivit för dåliga.”

Oftast flyttar inte vårdtagare då detta kan skapa otrygghet och oro hos individen, men om en flytt skulle komma på tal är det alltid vårdtagarens val om denne vill stanna eller flytta då man utgår från kvarboendepincipen. De får alltså inte flytta en vårdtagare, som inte själv har gjort ett beslut och det är här empowerment kommer in. Vårdpersonalen måste på något sätt få fram vad vårdtagaren vill genom att fråga och diskutera frågan. Skulle det ske en flytt till en annan boendeform, görs detta mycket på grund av att den demente vårdtagaren ska kunna få behålla det friska, ett salutogent synsätt. Demensboendet kan erbjuda aktiviteter och mer tid tillägnad åt varje enskild vårdtagare. En flytt från ett demensboende till ett särskilt boende, händer nästan aldrig och det vårdpersonalen i så fall hade kunnat tänka sig, är om vårdtagaren känner någon där eller är så pass dålig att man inte har något utbyte av att bo på ett demensboende heller. Det salutogena synsättet verkar dock försvinna när vårdpersonalen anser att vårdtagaren med grav demens inte har något utbyte, på något av boendeformerna längre.

Sammanfattning

Vi anser efter vår empiri och tidigare forskning att det betydelsefulla för den demente på ett boende, är att det finns aktiviteter i en form som passar den enskilde och att man har makten att säga ifrån om man vill delta i en aktivitet eller inte. Aktiviteterna bör även ses från ett salutogent synsätt, genom att vårdtagarna får vara delaktiga i vardagssysslor för att bevara deras kognitiva funktioner.

Vårdpersonalen anser att de bör bemöta de dementa vårdtagarna på ett sätt som är individuellt och som anpassas efter var och en och dennes speciella behov. För att göra detta krävs dock att personalen vet vad vårdtagaren vill ha och tycker om. För att vårdpersonalen ska kunna veta detta krävs det i sin tur att vårdpersonalen känner till vårdtagarens levnadshistoria och att vårdtagaren har makten att faktiskt tala om vad han/hon vill. Då kan det vara bra om

vårdpersonalen använder empowerment för att hjälpa vårdtagaren att använda sin makt för att kunna göra beslut i sin vardag. Med en högre personaltäthet anser de båda personalgrupperna, att den demente vårdtagaren lättare kan få den meningsfulla tillvaro som behöver. Med en högre personaltäthet får vårdtagaren lättare kontakt med vårdpersonal och får över mer tid till att göra tillvaron aktiv med rätt anpassade aktiviteter. Personalen måste även ha ett lugnt bemötande, vilket kan bli svårare på ett särskilt boende då de har fler vårdtagare på färre vårdpersonaler där.

När det kommer till boendemiljön anser vårdpersonalen på de båda boendeformerna att boendets miljö ska vara anpassat efter dementa vårdtagare och detta kan enligt vårdpersonalen demensboendet ge. Det bör enligt vårdpersonalen inte finnas några långa korridorer, utan en mer öppen planlösning. Boendet bör även vara så hemligt så möjligt så att den demente vårdtagaren kan känna igen sig och ha en känsla av trygghet.

Vi har ställt frågan när vårdpersonalen tycker det är meningsfullt för en dement och byta boendeform. Båda personalgrupperna menar att en flytt mellan de olika boendeformerna sällan sker, eftersom de dementa vårdtagarna kan bli förvirrade av flytten då de har vant sig och känner trygghet i det första boendet. När det kan tänkas vara dags för den demente vårdtagaren att flytta beror på i vilket stadium den demente är i och en mätning mellan vad en flytt kan göra för skada och vilken skada det gör för den demente att stanna kvar.

Diskussion

Vi har efter vårt arbete förstått att människan är unik oavsett om den har en demenssjukdom eller inte. Därför anser vi att boendet och vården bör vara unik och anpassas efter individernas behov. Vi menar även att det salutogena synsättet kan hjälpa till att bringa en meningsfull och aktiv tillvaro för den enskilde. Genom att använda sig av det friska som den demente har, kan man aktivera denne. Detta tror vi kan ske både på båda boendeformer om kunskap kring demens och de fyra nämnda teman i arbetet finns hos vårdpersonalen. Om vårdpersonalen kan förstå beteende hos den demente, kan de också med empowerment och salutogent synsätt finna verktyg för att hjälpa denne i sin vardag.

Dock har vår empiri, forskning och socialtjänstens nationella riktlinjer framfört att ett demensboende är bäst anpassat, för att skapa en meningsfull och aktiv tillvaro för en dement person. De särskilda boendena är inte fysiskt anpassade till en dement vårdtagare och

personalens resurser räcker inte alltid till. Det finns dock en aspekt som visar på en meningsfull och aktiv tillvaro för en dement vårdtagare på ett särskilt boende. Aspekten bygger på att de friska äldre i ett särskilt boende kan bidra med en viktig interaktion vid aktiviteter och måltider.

Tillslut kan man diskutera om en dement person kan bli så dement att det komma till ett stadium, där det salutogena synsättet inte användas av vårdpersonalen längre.

Vårdpersonalen berättade att en flytt från ett demensboende till ett särskilt boende nästan aldrig sker och att ett demensboende är det boende som är bäst anpassat för en dement vårdtagare. Dock menade personalen att om vårdtagaren är så pass dålig i sin demenssjukdom, att de inte längre har något utbyte av att bo på ett demensboende, kan ett särskilt boende utföra samma slags arbete som ett demensboende. Personalen menar att den demenssjuke i ett senare stadium av sin sjukdom, mest behöver sjukvård och detta klarar ett särskilt boende av lika bra som ett demensboende.

Det salutogena synsättet verkar försvinna här, då vårdpersonalen anser att vårdtagaren med grav demens inte har något direkt utbyte, på något av boendeformerna längre.

I vilket stadium av demenssjukdomen, riskerar man att tappa det salutogena synsättet, eller i hård benämning, tappa hoppet om människan?

I ett av boendena som Ulla Melin Emilsson studerade, fanns en tavla som beskrev arbetets innehåll för personalen. Detta anser vi avslutar vårt arbete med den bild vårdpersonalen givit oss:

”Vi skall för de Boende på (namnet) gruppboende skapa en hemlik miljö och göra dagarna meningsfulla genom aktivering och stimulering utifrån individuella behov och förutsättningar så att de kan leva ett så bra liv som möjligt trots sin sjukdom.”

(Melin Emilsson, 1998, s 115)

Referenslista

Litteratur

Abrahamsson, Britt-Louise (2003). *Demens – omsorg och omvårdnad*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

Allugander, Christer (2008) *Introduktion till klinisk Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Angelöw, B & Jonsson, T (2006) *Introduktion till socialpsykologi*. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Aspers, Patrik (2007). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber, 270 s.

Biståndshandläggare (2011). Samtal med en av kommunens biståndshandläggare gjordes, för att se vilka boendeformer kommunen kan erbjuda dementa vårdtagare.

Ekman, Sirkka-Liisa (2004) ”Omvårdnadsrelationer i demensvården” I Katarina Tiger, (red.): *Om demens: klinisk bild, utredning, vård och omvårdnad. Konfusionstillstånd. Genetik och biokemi. Patologi. Minnesfunktioner. Vardagslivets aktiviteter. Sexualitet och demens. Frågor om tvång och självbestämmande. Hälsoekonomi*. Falköping: LIBER.

May, Tim (2001). *Samhällvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur, 297 s.

Melin Emilsson (2007) "Demens - det normala på äldreboende?" I Kerstin Svensson, (red.): *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Morén & Blom (2006) "Förklara kunskapsbildning - i teori och praktik" I Björn Blom, Stefan Morén & Lennart Nygren, (red.): *Kunskap i socialt arbete - om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Payne, Malcolm (2008) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Falun: Natur och Kultur. Andra svenska utgåvan.

Socialhögskolan vid Lunds universitet (2010) *Socialhögskolan rekommenderar: Råd och anvisningar för uppsatsarbete*. Lund.

Starrin, Bengt (2007) "Empowerment som förhållningssätt – kan vi lära oss något av Pippi Långstrump?" I Askheim, Ole Petter & Starrin Bengt, (red.): *Empowerment i teori och praktik*. InterGraf AB: Malmö.

Tengqvist, Anna (2007) "Att begränsa eller skapa möjligheter – om centrala förhållningssätt i empowermentarbete" I Askheim, Ole Petter & Starrin Bengt, (red.): *Empowerment i teori och praktik*. InterGraf AB: Malmö.

Wijk, Helle (2004). *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*. Lund: Studentlitteratur.

Artiklar

Bakker, Rosemary (2003) "Sensory Loss, Dementia and Environments" *Generations* 27, 1, 46-51.

Johansson, M. Küller, R. Laike, T. & Thufvesson, C. (2007) "Den fysiska miljöns betydelse för sjukvård och omsorg – Ett miljöpsykologiskt perspektiv" *Omsorg - Nordisk tidskrift för palliativ medicin*, 24, 2, 47-52.

Vernooij-Dassen, Myrra (2007) "Meaningful activities for people with dementia" *Aging & Mental Health*, 11, 4, 359-360.

Nätet

Nybro Kommun Omsorgsförvaltningen (2009) "Omsorg och vård för personer med demens - En kartläggning om den demensdrabbades situation" (elektronisk), *Google Scholar* <<http://www.nybro.se/upload/Dokument/St%C3%B6d%20och%20omsorg/%C3%84ldreomsorg/Kvalitetsenk%C3%A4t/Omsorg%20och%20v%C3%A5rd%20f%C3%B6r%20personer%20med%20demens,%202009%20feb.pdf>> (2011-04-01).

Socialstyrelsen (2007) ”Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005” (elektronisk), *Socialstyrelsens officiella hemsida*
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9206/2007-123-32_200712332.pdf> Artikelnummer: 2007-123-32, (2011-04-02).

Socialstyrelsen (2010) ”Nationella riktlinjer för vård och omsorg 2010 – stöd för styrning och ledning” (elektronisk), *Socialstyrelsen officiella hemsida*
<<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1> > (2011-09-05).

Socialtjänstlagen (2001:453) ” 5 kap. Särskilda bestämmelser för olika grupper - Äldre människor 4 §” (elektronisk), *Sveriges riksdags officiella hemsida*
<<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2001:453#K5>> (2011-04-02).

Avhandlingar

Gassne, Jan (2008) *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Lund: Lunds Universitet Socialhögskolan.

Hällgren, Ulla (2004) *Störande beteende i interaktionen mellan personer med demens och deras vårdare*. Umeå Universitet: Umeå University Medical Dissertations New Series No 906.

Melin Emilsson, Ulla (1998) *Vardag i olika världar: om dementa och vårdbiträden på tre gruppboenden*. Lunds Universitet: Arkiv Förlag.

Nielsen Wright Tabitha (2009) *Viljen til at frigøre - En undersøgelse af empowerment i praksis*. Lund: Lunds Universitet Socialhögskolan.

Örulv, Linda (2008) *Fragile identities, patched-up worlds: Dementia and meaning-making in social interaction*. Linköping University: Linköping Studies in Arts and Science No. 428 Linköping Dissertations on Health and Society No. 12.

Bilagor

Information till medverkande i vårt uppsatsarbete

Vilka är vi?

Vi heter Emely Mårtensson och Louise Mejer Nilsson. Vi studerar på Socialhögskolan i Helsingborg till socionomer och ska nu skriva vår c-uppsats.

Vad är det för arbete vi ska göra?

Syftet med vår uppsats är att jämföra ett blandat boende och ett demensboende, när det kommer till en meningsfull och aktiv tillvaro för den demente vårdtagaren. Syftet är även att undersöka när det kan bli aktuellt för en dement vårdtagare att byta boendeform. Detta ska vi undersöka genom intervjuer och observationer.

Hur går intervjuerna och observationerna till?

Vi kommer båda närvara under varje intervju och vi har en önskan om att få spela in intervjun. Till intervjun har vi dels färdiga frågor men vi kan även ställa andra frågor under intervjun som vi märker är intressanta att få svar på. Observationerna kommer vi göra en och en vid olika tillfällen. När vi utför observationen kommer vi sitta så obemärkta som möjligt på en neutral plats och anteckna.

Vilka rättigheter har jag som medverkar i er uppsats?

Vi kommer under våra intervjuer och observationer följa fyra etiska krav. Dessa kallas: Öppenhetskravet, självbestämmandekravet, konfidentialitetskravet och autonomikravet. Det första kravet – öppenhetskravet – innebär att alla som medverkar i vår undersökning har fått information om vad syftet med vårt arbete är, hur det går till och var man kan hitta det färdiga arbetet sen. Det andra kravet betyder att vi som utför undersökningen ska informera dem medverkande om att de själv bestämmer om hur länge och på vilka villkor de vill vara med i undersökningen. Därmed kan du som blir inspelad be om att inte få bli det under hela intervjun eller delvis – på dina villkor.

Konfidentialitetskravet betyder att inga personuppgifter i texten ska kunna urskiljas och därmed ska texten inte göra skada för någon enskild. I vår uppsats skriver vi inte ut vilken kommun vi utför vår undersökning i, då detta inte har någon relevans för uppsats. Med andra ord kommer vi att avidentifiera alla inblandade parter i arbetet. Det sista kravet innebär att vi endast använder allt insamlat material till vår forskning och inte till andra sammanhang.

Hur får vi ta del ert arbete?

Vi kommer att ett x av vår uppsats till alla inblandade. Det kommer även framgå information vart ni kan hitta arbetet på internet.

Sist men inte minst vill vi förmedla ett stort **tack** till dig som medverkar i vår undersökning, utan dig hade vi inte kunna utföra ett lika bra arbete.

Intervjufrågor

Snabbfrågor:

Yrkestitel?

Hur många år har du arbetet inom äldreomsorgen?

Har du någon utbildning inom demens?

Hur många i personalen är ni respektive pass?

- Vad anser du att där finns för fördelar med ett demensboende?
- Vad anser du att där finns för nackdelar med ett demensboende?
- Finns där en nackdel i att det enbart finns dementa vårdtagare tillsammans på ett boende?
- Hur tror du de dementa vårdtagarna känner inför att bo enbart med andra dementa/blandat?
- Vad anser du att där finns för fördelar med ett vanligt vårdboende?
- Vad anser du att där finns för nackdelar med ett vanligt vårdboende?
- Hur är boendet du arbetar på anpassat för de dementa vårdtagarna?
- Hur ser din drömbild för de äldre ut?
- Hur tror du att de friska äldre ser på sin situation med att ha dementa personer som grannar?
- Hur fungerar måltiderna tillsammans?
- Berätta om de dementa vårdtagarna känner en meningsfullhet i de aktiviteter ni erbjuder dem? Varför är det så tror du?
- Berätta om hur ni anpassar aktiviteter till de demenssjuka vårdtagarna? Vilka är dessa aktiviteter?
- Berätta hur de sociala relationerna mellan vårdtagarna fungerar?
- Kan du berätta om hur personalens bemötande av dementa vårdtagare ser ut? Hur gör ni för att kommunicera tillsammans?
- Hur bemöter ni dementa vårdtagare som har ett skrikbeteende?
- Pratar ni i personalen med de dementa vårdtagarna om deras livshistoria och hur de har levt innan? Hur hjälper ni dem att prata om detta?
- Känner du att du kan ge alla den hjälp och uppmärksamhet de behöver? - Berätta
- Det finns olika stadier i demensutvecklingen, vid vilken tidpunkt anser du att det är dags för den demente att lämna det blandade boendet för ett demensboende?

- Vem bestämmer när den demente vårdtagaren ska flytta?
- Vem upptäcker när det blir dags för den demente vårdtagaren att flytta?
- Berätta om det finns tillfällen då en dement vårdtagare bor på demensboende, men borde bo på ett blandat vårdboende?

Ca 60 min

