



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Anhörigas upplevelser när en familjemedlem som drabbats av demens flyttar in på ett särskilt boende.

En litteraturöversikt

**Relatives' perceived experiences when a family member suffering from dementia moves to assisted living.
A Literature Review**

Examensarbete nr: [Klicka här för att ange nummer.](#)

Författare: Inger Moberg

Handledare: Gunnel Balaile

Examinator: Anna Ehrenberg

Granskare: Ingrid From

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Poäng: 7,5 högskolepoäng

Betygsdatum: [Klicka här för att ange betygsdatum.](#)

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

SAMMANFATTNING

Bakgrund: När beslutet att flytta in på ett särskilt boende fattats förändras livssituationen för både den som drabbats av demens som för de anhöriga.

Syftet: Syftet med denna litteraturöversikt var att studera och beskriva anhörigas upplevelser i samband med att en person som drabbats av demens flyttar in på ett särskilt boende. Metod: Studien genomfördes som en litteraturöversikt. Litteratursökningarna gjordes i databaserna Medline och Cinahl efter relevanta artiklar. Sökord som användes var relatives, experience, caregivers burden, coping, dementia, nursing home, placement, decision, Sweden, family caregivers. Sexton vetenskapliga artiklar analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i fem olika kategorier: att skapa en relation att känna sig delaktig, att känna skuld, att känna osäkerhet samt att fatta rätt beslut. Resultat: Att ta beslutet att flytta en person som drabbats av demens var svårt, eftersom det ofta är förknippat med skuld känslor, att inte känna sig delaktig, samt en känsla av osäkerhet, och en oro om att inte ha tagit rätt beslut. Slutsats: Rollen som anhörig till en person som drabbats av demens är svår och det innebär en hög belastning samt en hög nivå av stress. Det är viktigt att den anhörige får stöd och uppmuntran och där har vårdpersonalen en viktig roll.

Sökord: anhörig, särskilt boende, upplevelser

key word: , experience, , nursing homes, relatives

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	4
BAKGRUND.....	4
Referensram.....	6
Problemformulering.....	7
Syfte.....	7
Frågeställning.....	8
Definition.....	8
METOD.....	8
Design.....	8
Urval.....	8
Inklusionskriterier.....	8
Exklusionskriterier.....	9
Datainsamling.....	9
Mätinstrument vid granskning av artiklar.....	9
Analys.....	9
Forskningsrisker överväganden.....	10
RESULTAT.....	17
Att skapa en relation.....	17
Att känna sig delaktig.....	18
Att känna skuld.....	18
Att känna osäkerhet.....	19
Att fatta rätt beslut.....	20
DISKUSSION.....	21

Sammanfattning av resultat.....	21
Resultatdiskussion.....	21
Metoddiskussion.....	24
Slutsats.....	25
Förslag till vidare forskning.....	25
REFERENSLISTA.....	26
Tabell 1.....	11
Tabell 2.....	12
Bilaga 1	

INTRODUKTION

I Sverige fanns det år 2010 cirka 148 000 individer med demenssjukdom och risken att insjukna i demens ökar med stigande ålder. Varje år dör cirka 24 000 med demenssjukdom och ungefär lika många insjuknar varje år (Socialstyrelsen, 2010). Demenssjukdomen drabbar både den som insjuknat och de anhöriga. Av dem som drabbas av demens är det 70 % som vårdas av anhöriga och detta innebär i sin tur att de anhörigas livssituation förändras (Almberg & Wallis, 2002). Att ta beslutet att ansöka om ett boende för den de vårdar är ett svårt beslut (Meiland, Danse, Wendte, Klazinga & Gunning-Schepers, 2001).

BAKGRUND

Demens är ett samlingsnamn för ett antal symtom som visar att hjärnan blivit skadad av olika anledningar. Sjukdomen orsakas av hjärnskador som i sin tur påverkar olika mentala funktioner som uppmärksamhet, minne, språk, koncentration med mera (Cars & Zander, 2009). Förmågan att kommunicera förändras av sjukdomen vilket medför att den som drabbats av demens får svårt att uttrycka sina behov och önskemål. Även koncentrationsförmågan försämras och detta medför att individen får svårt att umgås med flera personer samtidigt, vilket i sin tur medför att det blir svårt att leva ett normalt socialt liv (Svanström & Dahlberg, 2004). Personen som utvecklat en demens känner sig också ofta mindervärdig eftersom hon/han gång på gång misslyckas och ofta kan hamna i situationer där handlandet blir fel. Vardagen kan bli svårare att hantera och detta kan leda till att kontrollen över det egna livet går förlorat vilket i sin tur kan innebära förödande effekter för personens självkänsla (Cars & Zander, 2009). Eftersom den som drabbats av demens och dennes anhörig lever tätt tillsammans blir även den anhöriga drabbad av detta (Svanström & Dahlberg, 2004). Den som drabbats av demens får svårare att knyta an till andra på ett djupare plan och får även svårare att upprätthålla en relation till andra och detta kan leda till isolering både för den som drabbats av demens och dennes anhöriga (Cars & Zander, 2009). Samtidigt som kontaktförmågan minskar vid demens blir den som drabbats av demens mer och mer beroende av sin maka/make. Åtgärder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör vara inriktade på att lindra symtom och finna

olika sätt för att kompensera för de olika funktionsnedsättningar som individen drabbats av eftersom demenssjukdomen inte går att bota. Vidare är det viktigt att ge individen en så god livskvalitet som möjligt och att underlätta livet under sjukdomens olika skeden. Stödet till anhöriga är en viktig del i detta (Socialstyrelsen, 2010).

Att vårda en person som drabbats av demens är en stor börda som påverkas av att den anhörige drabbades av negativa psykiska och fysiska konsekvenser visade en undersökning som gjorts i Spanien (Losanda, Marquez-Gonzalez, Knight, Yanguas, Sayegh & Romero-Moreno, 2009). Faktorer som påverkade hur de anhöriga upplever bördans tyngd kan vara relaterat till vilken utbildning samt vilken inkomst de hade visade en undersökning i Grekland (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari & Sourtzi, 2007). I en undersökning av Andrén och Elmståhl (2005) visade det sig även att den som vårdar en person som drabbats av demens kände tillfredsställelse av olika slag oberoende av vilka belastningar eller vilken hälsa de hade. Nyckeln till att få bättre strategier för att fortsätta att vårda personer som drabbats av demens var att minska deras belastningar, och samtidigt öka deras tillfredsställelse i samband med att de vårdade sin anhörige i hemmet (Andrén & Elmståhl, 2005). Det har visat sig att de anhöriga som vårdar sin make/maka i hemmet inte slutar vårda när han/hon flyttar in på ett särskilt boende (Gaugler, Mittelman, Hephurn & Newcorner, 2010). I en studie från Italien av Di Mattei, Prunas, Novella, Marcone, Cappa och Sarno (2008) tog de anhöriga ett större ansvar genom att döttrar och makar fortsatte att ta hand om personen som drabbats av demens genom att bo tillsammans med den dementa personen, det var mindre vanligt att de placerades på ett särskilt boende.

Med ett särskilt boende menas ett boende som är individuellt behovsprövat vilket ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Individen kan där erbjudas vård dygnet runt (Socialstyrelsen, 2010). På särskilda boenden finns det många personer som drabbats av demens och det visade sig att 69 % av alla som vårdades på ett särskilt boende hade någon form av kognitiva störningar (Gaugler m.fl., 2010). För personer med demenssjukdom i Sverige kan det erbjudas särskilda boenden speciellt anpassat för

dem. Socialstyrelsen förordar små boenden vilket innebär att ett mindre antal personer bor där och får vård och bor i en hemlik boendemiljö med en liten personalgrupp (Socialstyrelsen, 2010). Rekommendationer som socialtjänsten kunde göra för att underlätta flytten var att ge utförlig information och ge möjlighet till platsbesök och det ansågs även viktigt att engagera de anhöriga (Socialstyrelsen, 2010). Svanström och Dahlberg (2004) visade att anhöriga ofta tog ett stort ansvar för personen som de vårdade och fick många gånger även fatta besluten för deras räkning (Svanström & Dahlberg, 2004).

Ett beslut att ansöka om ett boende för sin närstående var svårt för de anhöriga och ofta väntade de tills de inte kunde se någon annan utväg (Meiland m.fl., 2001). Att sedan flytta en person som drabbats av demens till ett särskilt boende var inte alltid något som lättade på bördan för den anhörige (Svanström & Dahlberg, 2004). I undersökningen visade det sig att de anhöriga var så utmattade att de inte orkade mer, men de fick inte genast en plats utan blev uppsatta på en väntelista. De anhöriga och personerna de vårdade upplevde detta negativt (Meiland m.fl., 2001).

Referensram

Watsons omvårdnadsteori valdes eftersom hon menar att all omvårdnad riktar sig till den enskilde individen genom social, moralisk och vetenskaplig verksamhet. (Rooke, 1995). Jean Watson teori beskriver även att människan är mer än summan av delarna och att människan och miljön står i ett ömsesidigt växelspel med varandra. Teorin betonar att alla åtgärder som riktas mot patient/ anhörig bygger på en människa till människa process. Det vill säga att en tydlig interaktion mellan sjuksköterska och patient/anhörig är nödvändig, vilket är kärnan i sjuksköterskans yrkersutövande (Rooke, 1995). Watson menar vidare att för att kunna visa mänsklig omsorg är det viktigt att ha kunskap om mänskligt beteende, mänskliga svar på aktuella eller tänkbara hälsoproblem, förståelse för individuella behov, hur de kunde svara på andras behov, våra begränsningar och våra styrkor, vem den andra personen är, hans/hennes styrkor och begränsningar, vad situationen betyder för honom/henne samt konsten att trösta och visa medkänsla (Watson, 1993). Watson menar att målet med omvårdnad är att hjälpa patienten/anhörig till en upplevelse av hälsa och en upplevelse av harmoni genom en fördjupad dimension

vilket enligt Watson kan göras genom de tio karativa omvårdnadsfaktorena (Rooke, 1995). Genom en mellanmänsklig relation mellan sjuksköterska och patient/anhörig kan omvårdnadens mål förverkligas (Watson, 1993).

Watson beskriver tio karativa omvårdnadsfaktorer som innefattar åtgärder och handlingar som berör och som även är teorins grundpelare (Rooke, 1995).

1. Ett humanistisk och altruistiskt värdesystem
2. Tro och hopp
3. Känslighet mot självet och andra
4. Att skapa en relation genom förtroende och hjälpsamhet.
5. Att uttrycka både negativa som positiva känslor.
6. En omsorgsprocess som är kreativ och problemlösande.
7. Transpersonellt undervisning och lärande
8. Stödjande, skyddande och förbättrande av den psykiska, fysiska, sociala och andliga miljön.
9. Att mänskliga behov tillgodoses.
10. Existentiella- fenomenologiska-andliga krafter (Rooke, 1995).

Problemformulering

Den sociala tillvaron förändrades i samband med att en person drabbades av demens, vilket också påverkade deras anhöriga, som tog ett stort ansvar för vården. Många gånger kunde de anhöriga uppleva en tillfredställelse av att vårda sin närstående och fortsatte därför att göra detta tills de inte orkade mer. Att vara anhörig och ta beslutet att maken/makan skall flytta in på ett särskilt boende kan vara svårt. Många anhöriga fortsätter även att vårda sin närstående även efter inflyttningen, vilket visade att bördan inte lättade trots flytten till särskilt boende (Svanström & Dahlberg,2004;Gaugler m.fl., 2010). Det är därför viktigt att studera anhörigas reaktioner i samband med flytt till ett särskilt boende.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva anhörigas upplevelser i samband med att en äldre person som drabbats av demens flyttar in till ett särskilt boende.

Frågeställning

Vilka upplevelser och erfarenheter hade de anhöriga när en person som drabbats av demens flyttar in på ett särskilt boende?

Definition

Med anhörig menas enligt Nationalencyklopedin (2011) den som är bland de närmaste släktingarna.

Den äldre som drabbats av demens och flyttar in på ett särskilt boende för dementa benämns vårdtagare.

METOD

Design

Studien genomfördes som en litteraturstudie då avsikten var att beskriva ett samlat vetenskapligt underlag av anhörigas upplevelser i samband med att en person som drabbats av demens flyttar in på ett särskilt boende.

Urval

Litteratursökningarna har gjorts i databaserna Medline samt Cumulative Index of Nursing and Allied Health (CINAHL) via Högskolan Dalarnas bibliotek.

Sökord som använts är *relatives, experience, caregivers burden, coping, dementia, nursing home, placement, decision, Sweden, family caregivers*. Artiklarna vid sökningarna innehöll både kvalitativa och kvantitativa studier.

Tabell 1 visar de olika sökorden och kombinationer, antalet träffar, lästa abstrakt samt antalet användbara artiklar. Totalt 18 artiklar lästes i sin helhet. Enligt William, Stoltz & Bahtsvani (2006) innebär kvalitativa studier att upplevelser, känslor och erfarenheter studeras.

Inklusionskriterier

Sökningarna gällde artiklar publicerade under tiden 2000-2011, samt att deltagarna i artiklarna var 65 år och äldre. Övriga inklusionskriterier var att artiklarna var i fulltext och peer-reviewed inom det aktuella området. Artiklarna bedömdes enligt de granskningsmallar som gäller för Högskolan Dalarna. Artiklarnas kvalitet skulle vara av medel eller hög kvalitet enligt Högskolans Dalarnas modifierade granskningsmallar. Artiklarnas innehåll skulle vara relevant utifrån studiens syfte

och handla om anhörigas upplevelse i samband med att en person som drabbats av demens flyttar in på ett särskilt boende.

Exklusionskriterier

De artiklar som inte uppfyller ovanstående inklusionskriterier och som inte uppfyller kraven enligt Högskolan Dalarnas granskningsmallar exkluderades. Studien har en kvalitativ ansats, vetenskapliga artiklar med kvantitativ ansats har exkluderats.

Datainsamling

Underlaget till studien består av internationellt vetenskapliga artiklar. Databaserna som använts vid sökningarna var CINAHL och Medline via Högskolan Dalarnas bibliotek. Sökningen har skett med olika sökord och i olika kombinationer vilket kan utläsas i tabell 1. Ett första urval gjordes genom att författaren läste titlarna och därefter lästes abstrakten på de artiklar som verkade intressanta uppfyllde studiens syfte och frågeställningar. Via databaserna hittades 43 artiklar. Av tabell 1 framgår de olika kombinationerna och sökstrategier som använts vid samtliga sökningar. Slutligen valdes 16 artiklar till denna litteraturöversikt som därefter sammanställdes. De artiklar som låg till grund för denna studie redovisas i tabell 2.

Mätinstrument vid granskning av artiklar

Högskolan Dalarnas modifierade version av William, Stoltz och Batsevani protokoll för kvalitetsgranskning (William, Stolz & Bahtsevani, 2006) och Forsberg och Wengströms checklista för kvalitetsgranskning har använts (Forsberg & Wengström, 2008).

Granskningsmallarna innehåller frågor som besvaras med ja eller nej. Varje fråga som besvarats med ett ja motsvarar ett poäng. Mallen för kvalitativa studier ger 25 poäng som. Gränsen för hög kvalitetsnivå när det gäller granskningen av de kvalitativa artiklarna är > 20 poäng (80 %).

Gränsen för medel kvalitetsnivå är 15 -19 poäng (60 %). Artiklar med < 15 poäng värderade ha en låg kvalitet.

Analys

Som tidigare beskrivits under exklusionskriterier så exkluderades alla vetenskapliga artiklar som hade kvantitativ ansats och då återstod 18 vetenskapliga

artiklar som lästes i sin helhet för att få en fördjupad förståelse för helheten och sammanhanget. Artiklar med medel och hög kvalitet användes. Sammanlagt erhöles 16 vetenskapliga artiklar som uppfyllde dessa kriterier. Dessa lästes åter i sin helhet för att utifrån frågeställningarna identifiera olika teman som besvarar frågeställningarna. Innehållet i artiklarna analyserades, klassificerades och kodades för att identifiera mönster och teman för att kunna dra slutsatser (Forsberg & Wengström, 2008). Granskningsmallar för kvalitativa studier användes vid bedömning och poängsättning av artiklarnas kvalitet som användes för resultatet (Willman m.fl., 2006).

Forskningsetiska överväganden

Eftersom arbetet är en litteraturstudie har inget tillstånd sökts från Högskolan Dalarnas forskningsetiska nämnd. Artiklarna i denna litteraturstudie är godkända från tidigare forskningsetiska nämnder och kommer från vetenskapliga tidskrifter. Vidare kommer alla artiklar som användes att återges objektivt och sanningsenligt som de är skrivna. I tabell 2 redovisas de artiklar som kvalitetsgranskats för detta arbete. Antal artiklar som bedömdes vara användbara var 43.

Tabell 1 sökning av litteratur

Sökord	Databaser - träffar		Totala träffar	Lästa abstrakt	Användbara Artiklar
	Medline	CINAHL			
Dementia AND Nursing home AND Placement	29	23	52	52	4
Dementia AND Nursing home AND Decision	6	7	13	13	3
Dementia AND Caregivers AND Experience	52	45	97	50	10
Caregivers burden AND Nursing home AND Dementia	48	52	100	28	5
Sweden AND family carers AND Placement	6	7	13	12	4
Relatives AND experience AND Dementia	72	54	126	35	8
Nursing home AND caregivers burden	32	16	48	20	5
Dementia AND Caregivers burden	21	27	48	24	4
Totalt	266	231	497	234	43

Tabell 2 resultat översikt

Författare (land)	årtal	Titel	Design/m etod	Syfte	Antal deltagare (Bortfall)	Resultat	Gransknings- poäng
Andersson, Pettersson, Sidenvall, (Sverige)	2000	Daily life after moving into a care home –experiences from older people,relatives and contact persons	Kvaliativ intervjuer	Att beskriva äldre människors erfarenheter av det dagliga livet efter intagning på vård-hemmet, deras uppfattningar av delaktighet i beslutet att flytta. Samt att studera deras anhörigas och kontaktpersonernas erfarenheter.	13 äldre personer 10 anhöriga 11 kontakt-personer	Majoriteten av de äldre upplevde att det var bra att bo på hemmet. De anhöriga var nöjda, säkra och uppskattade den hemlika atmosfären och att det kändes privat. Personalen måste lära sig att se behovet hos de äldre att de även behöver prata med varandra.	24/25
Annerstedt, Elmståhl, Ingvad, Samuelsson, (Sverige)	2000	An analysis of the caregiver´s burden and the breakpoint when home care becomes inadequate.	Kvaliativ Semistrukturerade intervjuer	Att fokusera på familjevårdssituationen I en avgörande tid, när bristningsgränsen, är nådd och vård i hemmet inte längre erbjuder tillräckligt med stöd för Alzheimers och patienter med vaskulära demenser.	79 personer 72 kvinnor 7 män	En nära relation till patienten innebar att de anhöriga kände en högre börda. Kön, social klass och tidigare institualisering av patienten påverkade inte känslan av börda.	22/25

Chang, Kraenzle, Schneider, (Kina)	2009	Decision-making process of nursing home placement among chinese family caregivers	Kvaliativ Individuella intervjuer	Att förstå processen och svårigheter som de kinesiska anhängvårdare upplever när de beslutar om vårdhemsplacering för sina nära och kära som drabbats av demens.	30 anhängvårdare 19 kvinnor 11 män	Ett ramverk skapades som beskrev anhängvårdarnas beslutprocess och vilka svårigheter de mötte under processen, och hur de övervann svårigheterna för att kunna fatta besluten.	20/25
Duggleby, Williams, Wright, Bollinger, (Canada)	2009	Renewing everyday hope: the hope experience of family caregivers of persons with dementia	Kvaliativ intervjuer	Att utforska upplevelsen av hopp för familjemedlemmar som vårdar släkting som drabbats av demens.	20 (3) 14 kvinnor 3 män	Deltagarna i studien fick nytt hopp genom att se nya möjligheter varje ny dag och genom att försöka se det positiva i situationen.	20/25
Elliott, Gessert, Peden-McAlpine, (USA)	2008	Family decision-making in advanced dementia :narrative and ethics	Kvaliativ , åtta fokusgrupper	Att beskriva och förstå det etiska tänkandet som används vid livets slut för att fatta beslut I egenskap av familjens ställföreträdare på uppdrag av en kognitivt nedsatt äldre person.	39 familjemedlemmar	Familjemedlemmarna som ingick i fokusgrupperna använde den äldres livshistoria när de utformade sina beslut om vården.	20/25
Eloniemi-Sulkava, Rahkonen, Suihkonen, Halonen, Hentinen, Sulkava, (Finland)	2002	Emotinal reactions and life changes of caregvers of demented patients when home caregiving end	Kvaliativ intervjuer	Att undersöka vårdgivarens upplevelser till dementa patienter när vården upphörde och hur vårdgivarens liv förändrades efter denna händelse samt vilka emotionella reaktioner som förutspåddes när livet förändrades.	64 anhängvårdare 47 kvinnor 17 män	Många emotionella reaktioner hos de anhöriga. Många ensamma, depressiva och sorgsna för att inte ha någon att ta hand om.	22/25

Fjelltun, Henriksen, Norberg, Gilje, Norman, (Norge)	2008	Nurses` and carers` appraisals of workload in care of frail elderly awaiting nursing home placement	Kvaliativ intervjuer	Att beskriva vårdares och sjuksköterskors bedömningar av arbetsbelastningen vid vård av svaga äldre som väntar på vårdhemsplacering.	22 personer 11 sjuksköterskor 11 anhörigvårdare	Betygsättningen av arbetsbelastningen visade både likheter och olikheter. De tre mest ansträngande faktorerna som var lika i båda grupperna var att känna ansvar, utbrändhet samt ambivalens.	20/25
Hertzberg, Ekman, (Sverige)	2000	`We not them and us`views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permantly living in nursing home	Kvaliativ Observation Tre grupper A B C	Att beskriva anhöriga och personalens erfarenheter av varandra I deras relationer och interaktioner vid vård av äldre samt identifiera hinder och initiativtagande.	22 personer 12 personal 12 anhöriga	Resultatet visade att de erfarenheter de hade av varandra var relaterade till frågor som inflytande, delaktigheter, förtroende samt vilka åtgärder som togs för att undvika konflikter. Förslag på åtgärder för att förbättra relationer var informella samtal med feedback.	21/25
Jansson, Nordberg, Grafström, (Sverige)	2001	Pattern of elderly spousal caregiving in dementia care: an observational study.	Kvalitativ observation	Att beskriva vilka omvårdnadsaktiviteter åtta makar utförde när de tog hand om sin partner som drabbats av demens, och på vilket sätt dessa aktiviteter hade genomförts.	16 personer 8 anhörigvårdare (2 män 6 kvinnor) 8 vårdtagare (2 kvinnor, 6 män)	Analysen gav fyra teman (ADL. Kommunikation, handledning och aktiviteter) som inkluderade nio kategorier (hygien, måltider, kommunikation, empati, närhet, handledning, påminnelser, psykiska aktiviteter och mental stimulering)	23/25
Kellet, (Australien)	2006	Seizing possibilities for positive family caregiving in nursing home	Kvalitativ Intervjuer observationer	Att undersöka hur familjemedlemmar skapar mening för en positive vård genom att utnyttja de bästa möjligheter som finns på ett vårdhem.	14 anhörigvårdare	Analysen resulterade i fem delade meningar associerade med att se möjligheter för en god omvårdnad: Nytt sätt att vårda, vara delaktiga i vården, se helheten, lära sig vara lugnare och se möjligheter för sig själv.	22/25

Li, (USA)	2004	Hospitalized elders and family caregivers: a typology of family worry.	Kvalitativ Intervjuer och observationer	Att utforska olika typer av oro och upplevelser hos anhörigvårdare när deras äldre släktingar vårdas på sjukhus.	10 6 anhörigvårdare 4 sjuksköterskor	Fyra kategorier av familjers oro definierades: Oro för vårdtagarens kondition, oro för vilken vård vårdtagaren fick av vårdpersonalen, oro för framtiden samt oro för ekonomin.	23/25
Lund, Sandberg, Nolan, (Sverige)	2000	I dont have any other choice: spouse's experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden.	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer	Att uppmärksamma de erfarenheter som svenska makar har som har placerat en partner i ett vårdhem för äldre.	14 11 kvinnor 3 män.	Visades en brist i planeringen vid inflyttningen på det särskilda boendet och vidare att personalen har en dominant roll i detta stadiet. Det var svårt att upprätthålla relationer.	22/25
Ryan, Scullion, (Irland)	2000	Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers	Kvalitativ intervjuer	Att studera några av de faktorer som leder anhörigvårdare att placera sin äldre släkting på ett vårdhem.	10 7 kvinnor 3 män	Att placera sin make/maka på ett särskilt boende var ett svårt beslut. Majoriteten av anhörigvårdarna kände sig ambivalenta och känslor som var vanliga var att de kände sig avlastade men samtidigt kände de skuld att de inte kunde fullfölja sin plikt.	20/25
Svanström, Dahlberg, (Sverige)	2004	Living with dementia yields a heteronomous and lost existence	Kvalitativ Ostrukturerade intervjuer	Att undersöka den levda erfarenheten av demens för makar där en av dem diagnostiserats med demens.	14 par (9 par) En person/par var dement	Personen som drabbats av demens upplevde att de blev främlingar i sin egen värld. Samma upplevelse delades även av deras partner. Förlorad existens. Ingen lösning på problemet samt enkänsla av hopplöshet.	23/25

Train, Nutrock, Manela, Kitchen, Livingston, (England)	2004	A qualitative study of the experiences of long-term care for residents with dementia, their relatives and staff	Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer	Att utforska positiva och negativa aspekter av erfarenheter hos familjevårdare, personal och personer som drabbats av demens.	21 boende 17 anhöriga 30 personal	Huvudresultatet av intervjuerna var att de anhöriga kände att de kunde välja, och genom att relationerna mellan anhöriga och personalen förbättrades och reducerades stressen och detta hjälpte även vårdaren att känna empati	18/25
Westin, Öhrn, Danielsson, (Sverige)	2009	Visiting a nursing home: relatives' experiences of encounters with nurses	Kvalitativ intervjuer	Att utforska och tolka innebörden av anhörigas erfarenheter av möten med sjuksköterskor när de besöker boende i sjukhem.	13 anhöriga	Fyra teman kom fram i resultatet vilka var att få uppmärksamhet, bli ignorerad, bli involverad samt att bli trygg och säker	20/25

RESULTAT

Analysen av artiklarna innehåll resulterade i fem kategorier som redovisas i nedanstående tabell (Tabell 3). Kategorierna kommer att presenteras var för sig

Tabell 3 översikt över kategorier

Kategorier
Att skapa en relation
Att känna sig delaktig
Att känna skuld
Att känna osäkerhet
Att fatta rätt beslut

Att skapa en relation

De anhöriga ansåg att det var viktigt att känna sig välkomna till boendet där personen som drabbats av demens levde, att bli mött i dörren och visad till rätt rum var också något de ansåg var av vikt och även att bli presenterad för de övriga vårdtagarna och personalen. Det togs vidare upp att det första mötet hade en stor betydelse för hur relationen vidare skulle utvecklas mellan anhöriga och personal. Det var viktigt att de från början klargjorde för varandra vilka roller och ansvar var och en hade och vilka förväntningar som fanns, samt vilken vård och stöd som kunde erbjudas på boendet. Något som var viktigt för att skapa en bra relation var att de anhöriga upplevde sig sedda av sjuksköterskorna. Känslan av att känna sig som hemma var viktigt för många anhöriga, att känna sig sedda och välkomna fick dem att känna sig lugna och säkra och genom detta känna mindre stress (Westin, Öhrn & Danielsson, 2009).

I en undersökning av Davies och Nolan (2004) visade det sig att när personalen och de anhöriga etablerade en relation tidigt, och där personalen engagerade sig och gjorde en bedömning av de behov personer som drabbades av demens hade underlättades flytten (Davies m.fl., 2004). För att undvika konflikter mellan personal och anhöriga föreslog undersökarna förplanerade informella samtal där parterna kunde ge varandra feed-back i de situationer som uppstod. Detta skulle

kunna förbättra samarbetet mellan anhöriga och personal (Hertzberg & Ekman, 2000). Det var även viktigt för många anhöriga att de kände sig som en del i gemenskapen och att de tillsammans med personalen delade upplevelsen av att vara ett team kring den som drabbats av demens med gemensamma mål för att vårdtagaren skulle må bra (Westin et al., 2009). En av sjuksköterskans viktigaste uppgift var att få den anhöriga och vårdtagaren att finna sig tillrätta i den nya situationen vilket kunde ske genom att sjuksköterskan läste av deras reaktioner i samband med inflyttningen, vilket kunde ske genom kommunikation, stöd och att hjälpa dem att finna nya strategier (Andersson, Pettersson & Sidenvall, 2006).

Att känna sig delaktig

Flera anhöriga beskrev en känsla av att känna sig utanför och beskrev den maktlöshet de hade känt i samband med att personen som drabbats av demens hade flyttat till ett särskilt boende (Lund, Sandberg & Nolan, 2000). Personalen hade i detta skede stora möjligheter att kunna påverka den anhörigas upplevelser i denna situation att känna sig delaktiga (Davies & Nolan, 2004). Genom att de anhöriga lärde sig att se nya möjligheter i olika situationer och försökte se det positiva i det som hände kunde deras hopp så småningom stärkas (Duggleby, Williams, Wright & Bollinger, 2009). Train, Nutrock, Kitchen och Livingstone (2004) menade att det även var viktigt att det fanns regelbundna möten där vårdtagare deltog tillsammans med anhöriga och vårdpersonal. Resultatet i en undersökning gjord av Kellet (2006) visade fem gemensamma värderingar hos de anhöriga vilka var ett nytt sätt att vårda, att känna sig som en del av det särskilda boendet, att se helheten, att vårda med mindre stress och även lära sig att se möjligheter för sig själva. Genom att tillåtas att bli delaktiga kunde de lära sig att bli mer aktiva och delta mer i omvårdnaden av personen som drabbats av demens (Kellet, 2006).

Att känna skuld

Det var vanligast att makar till den som drabbats av demens kände skuld i samband med inflyttningen till ett särskilt boende, barn eller syskon kände oftare en lättnad över att ansvaret för vårdtagaren flyttats över från dem till vårdpersonal (Eloniemi-Sulkava, Rahkonen, Suihkonen, Halonen, Hentinen & Sulkava, 2002). I undersökningen av Annerstedt, Elmståhl, Ingvad och Samuelsson (2000) visade det sig att om relationen var nära upplevde den anhöriga mer skuld oberoende av

vilken social status eller kön de hade (Annerstedt m.fl., 2000). En anhörig berättade att han kände skuld när han blev arg på personen som drabbats av demens. Trots att han insåg att det var normala mänskliga känslor kände han att denna känsla var tabubelagd (Fjelltun, Henriksen, Norberg, Gilje & Normann, 2009). Vissa anhöriga kunde även känna skuld för att de inte kunde fullfölja sina åtagande att vårda den person som drabbats av demens, på grund av olika saker, de var oroliga för sin ekonomi eller för vårdtagarens hälsa. Oron kunde även vara för att vårdtagaren inte fick den vård de behövde eller en oro för framtiden både för sig själva och också den person som drabbats av demens (Li, 2003). Trots att känslor av skuld var vanliga hos de anhöriga när de inte längre kunde vårda sin maka/make kunde de samtidigt även uppleva en känsla av befrielse när vårdtagaren flyttat in på boendet (Ryan & Scullion, 2000). Personalen som mötte de anhöriga kunde ofta se att de anhöriga levde med en känsla av skuld men kände sig oförmögna att reducera den (Hertzberg & Ekman, 2000). Andra anhöriga upplevde att det inte var förrän flytten till det särskilda boendet som separationen blev ett faktum för dem, och känslorna av skuld och att inte ha gjort tillräckligt för sin partner uppkom, vilket ofta förstärktes av beskyllningar från släkt och vänner (Lundh m.fl., 2000).

Att känna osäkerhet

Många anhöriga kände sig ambivalenta i samband med placeringen på det särskilda boendet. De kunde känna att vårdtagaren skulle få det mycket bättre på både vad det gällde livskvaliten som säkerheten för vårdtagaren, men ändå var det svårt att släppa taget eftersom de kände ett dåligt samvete för att de inte kunde fullfölja sin plikt (Fjelltun m.fl., 2009). De anhöriga kunde även känna en osäkerhet ifråga om att vårdtagarna var uttråkade eller inte på det särskilda boendet, men även om de kunde se att vårdtagaren inte orkade med mer aktiviteter än de gjorde kände de ett ansvar för att vårdtagaren skulle aktiveras mer för att de själva skulle må bättre (Andersson m.fl., 2006). Anhöriga såg sig inte som jämbördiga parter när det gällde beslutfattandet kring vårdtagaren (Train m.fl., 2004). De vågade inte tala om vad de upplevde och tyckte om vården relaterat till rädslan för konsekvenser för personen som drabbats av demens eller att bli sedda

som bråkmakare trots att personalen ansåg att de anhöriga hade en viktig roll och talade om detta för de anhöriga (Train m.fl., 2004). Flera anhöriga kände en osäkerhet över att personalen inte skulle klara av att vårda personen som drabbats av demens relaterat till att personalen var för unga och de anhöriga upplevde att de saknade en empatisk förmåga (Hertzberg & Ekman, 2000). I en undersökning gjord av Li (2004) visade det sig även att de anhöriga inte bara var oroliga över vårdtagarens allmäntillstånd utan var även oroliga för att de själva inte skulle kunna vara delaktiga i den fortsatta vården. De upplevde även en osäkerhet att de skulle förlora sina nära och kära genom att de dog och de inte var närvarande och valde därför ofta att vara kvar hos dem ofta istället för att stanna hemma (Li, 2003).

Att fatta rätt beslut

Att fatta beslutet att placera sin nära och kära på en institution kunde många gånger vara svårt. I undersökningen av Chang och Schneider (2010) kartlades denna process och genom att identifiera de olika stadierna i beslutfattandet för den anhörige och även genom att ta hänsyn till den anhöriges upplevelser kunde personalen hjälpa den anhörige på ett bättre sätt (Chang & Schneider, 2010). Många anhöriga vacklade mellan beslutet att flytta sina släktingar till ett vårdhem eller att fortsätta vårda dem hemma (Chang & Schneider, 2010). Det visade sig att trots att när de anhöriga inte längre hade ansvaret för vården av den som drabbats av demens fortsatte nivån av psykologisk stress att vara hög, vilket delvis kunde härledas till att det hade uppkommit problem mellan vårdare och anhöriga (Train m.fl., 2004). En del av de anhöriga upplevde att de tagit rätt beslut om de kände att de fick vara delaktiga (Davies & Nolan, 2004). De anhöriga kunde även känna en stor sorg och förlust över att personen som drabbats av demens blivit personlighetsförändrad och tiden de hade haft tillsammans skulle inte komma tillbaka, samtidigt kunde de känna en stor glädje att personen som drabbats av demens hade fått en plats på ett särskilt boende när de väl fattat beslutet (Eloniemi – Sulkava m.fl., 2002). Många anhöriga kunde känna en lättnad när vårdtagaren flyttat in till boendet och kände att när de väl hade fattat beslutet så hade de ingen ånger, utan upplevde att de fått mer tid för sig själva och sina intressen (Eloniemi-Sulkava m.fl., 2002). Beslutet till placeringen kunde då resultera i att den anhörige

upplevde mer frihet vilket kunde leda till nya möjligheter (Lund m.fl., 2000). Andra anhöriga kände en stor sorg och kunde även bli deprimerade på grund av att de blev ensamma (Eloniemi – Sulkava m.fl., 2001).

DISKUSSION

Sammanfattning av resultat

Syftet med denna litteraturstudie var att studera vilka upplevelser anhöriga har i samband med att en person som drabbats av demens flyttar in på ett särskilt boende. I resultatet framkom att de anhöriga påverkades olika beroende på viken relation de hade till den som drabbats av demens (Eloniemi – Sulkava m.fl., 2002). Resultatet resulterade efter analysen i fem kategorier: att skapa en relation, att känna sig delaktig, att känna skuld, att känna osäkerhet samt att fatta rätt beslut.

Resultat diskussion

Watson menade att det är en konst att utveckla en relation till andra människor och det konstfulla grundade sig i att en människa tar emot en annan människas uttryck för känslor, genom hörsel, syn och även intuition och kunde på detta sätt bli delaktig i samma känsla (Watson, 1993). Att ge de anhöriga ett fullgott stöd ställer höga krav på strategier för vården både när det gäller hälso- och sjukvården som socialtjänsten vilket kunde ske genom att utveckla förhållningssättet och även bemötandet av de anhöriga (Socialstyrelsen, 2009). Det som visades i resultatet var att de anhöriga kunde uppleva många olika känslor i samband med att de tog beslutet att flytta personen som drabbats av demens till ett särskilt boende. Det var en lång process och detta tog lång tid och i takt med att personen som drabbats av demens förändrades, förändrades även de anhörigas livssituation (Chang m.fl., 2010). Enligt Socialstyrelsen (2009) kan de anhöriga göras delaktiga genom att anhörigperspektivet genomsyrade hela vården och omsorgen och på detta sätt kunde perspektivet vidgas. Vidare talades det om att all personal som möter anhöriga skall respektera de anhöriga vilket kunde ske genom att samarbeta med dem och se varje anhörig som en individ (Socialstyrelsen, 2009). Något som visade sig vara viktigt i resultatet var att personalen skapade en bra relation till de anhöriga (Westin m.fl., 2009., Kellet, 2006). Det är en viktig uppgift för sjuksköterskan men även för den övriga personalen att arbeta för att de anhöriga

känner sig välkomna och inte upplever att de står utanför (Westin m.fl., 2009). Viktigt var också att det sker på den anhörigas villkor och inte på personalens anser författaren. Det är viktigt att se varje anhörig som en individ, vilka var och en har sin historia och sina behov. Den första, andra och tredje omvårdnadsfaktorn i Watson`s teori integrerar med varandra, tillit, tro och hopp har en stor kraft i omvårdnaden både för vårdtagaren och också för den anhörige (Rooke, 1995). Om sjuksköterskan bidrar till att bygga upp ett förtroende och visar att hon/han bryr sig om vårdtagaren problem och livssituation kommer omvårdnaden få en annan dimension och vårdtagarens tillit och tro och förtroende kommer att utvecklas (Rooke, 1995) Relaterat till detta kommer även den anhörigas livssituation att påverkas på ett positivt sätt genom att vi bryr oss om varandra och har ett humanistiskt synsätt anser författaren.

Med hjälp av en omvårdnadsteori kan mötet mellan sjuksköterska och vårdtagaren/anhörig kvalitetssäkras (Rooke, 1995). Genom att lära sig lyssna på ett verkligt sätt och höra det som inte sägs (Watson, 1993) kan relationerna förbättras genom möten (Train m.fl., 2004). Den mänskliga omsorgsprocessen fodrar avsikt och vilja, en relation och handlingar menar Watson. Omsorgen beskrivs som en process som bevarar det mänskliga genom ett moraliskt ideal (Watson, 1993). Det är viktigt att vara medveten om att personalen har en stor makt och kan påverka hur de anhöriga upplever sin situation genom vilka relationer de etablerar med personalen (Davies & Nolan, 2004., Duggleby m fl, 2009). Watson menar vidare att det är svårt att arbeta som sjuksköterska då arbetets art gör att sjuksköterska ofta ställs inför problem som är svåra att lösa, det är viktigt att ”livets mysterium” värderas och ses ur olika perspektiv och på så sätt utvecklas och integreras i sjuksköterskeutbildningen (Watson, 1993). Hertzberg och Ekman (2000) kom fram till att flera anhöriga upplevde en osäkerhet relaterat till att personalen var unga och upplevde även att de saknade empatisk förmåga det är därför viktigt att detta impleteras i sjuksköterskeutbildningen.

I resultatet visades att när en person som drabbats av demens flyttat in på ett särskilt boende var det vanligt att anhöriga kände skuld. Upplevelserna kunde vara olika, en del anhöriga kunde uppleva en känsla av lättnad och upplevde att de fick

mer tid för sig själva och sina egna intressen (Ryan & Scullion, 2000; Eloniemi-Sulkava et al., 2002). Andra anhöriga kunde känna en stor skuld (Hertzberg & Ekman, 2000., Lundh m.fl., 2000). Det är viktigt att ha en bra balans mellan sinne, kropp och själ, och att känna skuld kan leda till självanklagelser som kan leda till ett oroligt inre vilket kan leda till sjukdom, och detta kan i sin tur leda till lidande (Watson, 1993).

När anhöriga känner trygghet och förtroende för personalen och har insyn i vården visade det sig att det minskade deras skuldkänslor och de kände att de har tagit rätt beslut (Westin m.fl., 2009). Detta var något som kunde göras på många olika sätt och det första mötet visade sig vara av största vikt för hur relationen skulle komma att utveckla sig i framtiden (Davies & Nolan, 2004). Anhöriga har en viktig roll i den fortsatta vården av personen som drabbats av demens och det är viktigt att de får fortsätta att vara en del av den om de vill anser författaren. Resultatet visade vidare att det var viktigt att personal och anhöriga möts i både planerade som oplanerade möten ((Hertzberg & Ekman, 2000; Train m.fl., 2004) för att förbättra och vidmakthålla sina relationer. Upplevelsen att anhöriga känner skuld var något som bekräftades i många vetenskapliga artiklar (Annerstedt m.fl., 2000; Eloniemi-Sulkava m.fl., 2002; Fjelltun m.fl., 2009; Li, 2003; Lundh m.fl., 2000; Ryan & Scullion, 2000). Det framkom i resultatet att det var en vanlig upplevelse att känna skuld och det är därför av största vikt att vårdpersonalen tar detta i beaktande anser författaren. Många anhöriga upplevde en dubbel förlust, först när personen de levde blev personlighetsförändrad och sedan att de flyttade isär (Eloniemi – Sulkava m.fl.; 2002; Chang m.fl., 2010).

Anhöriga uttryckte att de kände osäkerhet dels för att personalen inte skulle klara av att vårda deras make/man och dels att de kände att personalen inte hade tillräcklig empatisk förmåga (Hertzberg & Ekman, 2000., Li, 2003). Watson menade att kärlek och omsorg är de mest universella och mest kraftfulla krafterna (Rooke, 1995). En av de viktigaste uppgifterna för att minska osäkerheten är att sjuksköterskan visar vårdtagaren och de anhöriga omsorg och kärlek. Omtanke och kärlek både till sig själv och andra är något som omvårdnaden skall vara grundad på enligt Watson (Rooke, 1995). Människor måste först lära sig att

behandla sig själva med varsamhet och värdighet för att sedan lära sig att respektera och ge omsorg till andra med samma varsamhet och värdighet (Watson, 1993). Watson menar att mänsklig omsorg har fått allt mindre betydelse både på grupp- som individnivå inom hälso- och sjukvård (Watson, 1993). Detta kan vara en av anledningarna till att anhöriga känner och upplever så mycket i samband med att de fattar detta svåra beslut att den som drabbats av demens flyttar in på ett särskilt boende (Chang & Schneider, 2010., (Eloniemi – Sulkava m.fl., 2002., Lund m.fl., 2000., Train m.fl., 2004). Watson menar vidare att mänsklig omsorg endast kan upplevas och utövas på ett interpersonellt plan. Vi måste lära oss att vi kan vara mänskliga genom att vi lär oss att identifiera oss med andra, och genom detta kommer det mänskliga att avspglas i varandra (Watson, 1993).

Metod diskussion

För att uppnå syftet söktes vetenskapliga artiklar på två olika databaser och de som fanns att tillgå i fulltext samt var granskade och skrivna mellan 2000 -2011 valdes. Vidare valdes kvalitativa artiklar eftersom de beskriver känslor och behov, och syftet avser att beskriva upplevelser och behov. När sökningen utökades med begreppen dementia, caregivers och experience fann författaren mer som svarade mot frågeställningen. Underlaget skulle eventuellt kunnat bli bredare om inte sökningen begränsat till vissa årtal samt bara artiklar i fulltext. Kvalitetsgranskningen av de vetenskapliga artiklarna var svår och kan ha påverkats av oerfarenhet och brist på kunskap och kan påverkat bedömningen av artiklarna gett några artiklar både en för låg eller för hög kvalitetsgradering. Med hjälp av tabeller visas databaser, sökord och hur många artiklar som funnits. Totalt hittades 43 artiklar. Eftersom litteraturoversikten har en kvalitativ ansats exkluderades de kvantitativa artiklarna för resultatet, 18 vetenskapliga artiklar bedömdes vara användbara men efter att artiklarna granskats exkluderades två av dessa. Således har 16 vetenskapliga artiklar används i resultatet. Författaren har för att behålla trovärdigheten undvikit egna tolkningar och försökt återge upplevelserna i resultatet från artiklarna så korrekt som möjligt.

Slutsats

Anhöriga kunde uppleva både positiva såväl som negativa känslor i samband med flytten av personen som drabbats av demens. Av resultatet kan slutsaten dras att det är viktigt att en god relation byggs upp på ett tidigt stadium mellan anhörig och personal. Det är viktigt att de anhöriga får stöd redan när de vårdar vårdtagaren i hemmet för att beslutet skall vara lättare att ta. När den anhöriga fattat beslutet är det viktigt att personalen är aktiv i att bygga upp en bra relation så att den anhöriga känner sig trygg och får tillit till personalen, det medverkar till att den anhörige kommer att känna att beslutet var rätt och deras skuldkänslor minskar.

Förslag till vidare forskning

Frågan om anhörigas upplevelser i samband med att de måste ta beslut om att en person som drabbats av demens ska flytta in på ett särskilt boende är viktig men även när de flyttat in på ett särskilt boende. De anhöriga har fortsatt många gånger känslor av skuld och att de svikit sin maka/make. Mer forskning skulle kunna inriktas på hur sjuksköterkan skulle kunna stödja den anhöriga när de tagit beslutet och flytten är genomförd så att deras upplevelse av att vara delaktig ökar.

REFERENSLISTA

Andersson, I., Pettersson, E. & Sidenvall, B. (2007). Daily life after moving into a caring home – experiences from older people, relatives and contact persons.

Journal of Clinical Nursing 16, 1712 -1718.

Almberg, B., & Jansson, W. (2002). *Att vara anhörig till en person med demenssjukdom*. I Edberg, A-K. (red). (2002). *Att möta personer med demens* (p.189). Lund; Studentlitteratur.

Annerstedt, L., Elmståhl, S., Ingvad, B., & Samuelsson, S-M. (2000). Family caring in dementia an analysis of the caregiver`s burden and the “breaking-point” when home care becomes inadequate. *Scandinavian Journal of Public Health* 28; 23-31.

Andrèn, S., & Elmståhl, S. (2005). Family caregivers subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence . *Scandinavian Journal of Caring Science*; 19; 157-168.

Cars, J. & Zanders, B. (2009). *Samvaro med personer med demenssjukdomar, råd till anhöriga och personal om bemötande*. Stockholm: Gothia Förlag AB.

Chang, Y-P., & Schneider, J. (2010). Decision-making process of nursing home placement among Chinese family caregivers. *Perspektives in Psychiatric Care*; 46.2; 108 -118.

Davies, S., & Nolan, M. (2004). `Making the move`: relatives `experiences of the transition to a care home. *Health and Social Care in the Community*; 12(6); 517-526.

Di Mattei,V., Prunas, A.,Novella, L., Marcone, A.,Cappa, S. & Sarno,L. (2008).The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurological Sciences*; 29: 383 -389.

Duggleby, W., Williams, A., Whright, K. & Bollinger, S. (2009). Renewing everyday hope: the hope experience of family caregivers of persons with dementia. *Mental Health Nursing ;30:514-521.*

Elliott, A., Gessert, C. & Peden-McAlpine, C. (2009). Family decision- making in advanced dementia: narrative and ethics. *Scandinavian Journal of Caring Science; 23; 251-258.*

Fjelltun, A-M., Hendriksen, N., Norberg, A., Gilje, F. & Normann, H. (2009). Nurses and carers appraisals of workload in care of frail elderly awaiting nursing home placement. *Scandinavian Journal of Caring Science; 23; 57-66.*

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Natur och kultur.

Gaugler, J., Mittelman, M., Hepburn, K. & Newcorner, R. (2010). Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *Biomed Central Medicine , 8:85.*

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measure to achieve trustworthiness. *Nurse education today, 24, 105 -11.*

Hassmen, N. & Hassmen, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder.* Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Hertzberg, A. & Ekman, S-L. (2000). "We not them and us?" views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing 31(3), 614-622.*

Jansson, W., Norberg, A. & Grafström, M. (2001). Pattern of elderly spousal's caregiving in dementia care: an observational study. *Journal of Advanced Nursing* 34 (6) 804-812.

Kellet, U. (2006). Seizing possibilities for positive family caregiving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1479-1487.

Lepp, M., Ringsberg, K., Holm, A-K., & Sellersjö, G. (2003). Dementia-involving patients and their caregivers in a drama programme: the caregivers' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 12; 873-881.

Li, H. (2005). Hospitalized elders and family caregivers: a typology of family worry. *Journal of Clinical Nursing* 14, 3-8.

Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B., Yanguas, J., Sayegh, P. & Romero-Moreno, R. (2009). Psychological factors and caregivers distress: Effects of familism and dysfunctional thought. *Aging & Mental Health* ; 14, 2, 193-202.

Lund, U., Sandberg, J. & Nolan, M. (2000). I don't have any other choice: spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 32 (5), 1178-1186.

Meiland, F., Danse, J., Wendte, J., Klasinga, N. & Gunning – Schülers, L. (2001). Caring for relatives with dementia - Caregiver experience of relatives of patients on the waiting list for admission to a psychogeriatric nursing home in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Public Health*; 29: 113-121.

Nationalencyklopedin anhörig. Hämtad 2012-03-11. <http://www.ne.se/engelsk-ordbok/anh%C3%B6rig/525774>, Nationalencyklopedin.

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S., Tsangari, H. & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*; 58 (5), 446-457.

Rooke, L. (1995). *Omvårdnad. Teoretiska ansatser I praktisk verksamhet*. Arlöv: Almqvist & Wiksell förlag.

Ryan, A. & Sculion, H.F. (2000). Nursing home placement: an exploration of the experiences of family carers. *Journal of Advanced Nursing*; 32(5), 1187-1195.

Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen (2009). Meddelandeblad (artikel nr 2009-11-32) Stockholm: Socialstyrelsen.

Sulkava, U., Rahkonen, T., Suikonen, M., Halonen, P., Hentinen, M., & Sulkava, R. (2002). Emotional and life changes of caregivers of demented patients when home caregiving ends. *Aging & Mental Health*; 6 (4):343-349.

Svanström, R. & Dahlberg, K. (2004). Living with dementia yields a heteronomous a lost existence. *Western Journal of Nursing Research* ; 26 (6), 671- 687.

Train, G.H., Nurock, S.A., Manela, M., Kitchen, G. & Livingston, G.A. (2004). A qualitative study of experiences of long-term care for residents with dementia, their relatives and staff. *Aging & Mental Health*; 9(2): 119-128.

Watson, J. (1985). *Nursing : Human science and human care*. Connecticut : Apple –century-croft/Norwalk.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad. Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Westin, L., Öhrn, I. & Danielsson, E. (2009). Visiting a nursing home: relatives experiences of encounters with nurses. *Nursing Inquiry*; 16(4):318 -325.

Willman, A., Stolz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1

Granskningsmall kvalitativa studier

	Fråga	ja	nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerats?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterierna beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabel?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvarats studiens syfte?		
22	Beskriver författaren vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författaren studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författaren studiens etiska aspekter?		
25	Diskuterar författaren studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng:25

Erhållen poäng:

Kvalitet: låg medel hög

Mallen är en modifierad version av William, A., Stolz, B.& Bahtsevani, C.(2006) och Forsberg, C.&Wengström, Y.(2008)