

Anhörigvårdares situation ur ett salutogent perspektiv

Anhörigvårdarforskning fokuserar oftast negativa effekter som leder till ohälsa och hur dessa kan minskas. Detta är viktig kunskap, men anses samtidigt ge en skev och negativ bild av anhörigvårdares situation¹⁻³ och forskning som visar på det som är positivt har efterlysts³⁻⁴. Som kommunsköterska är jag väl medveten om effekterna en alltför positiv bild, exempelvis vid biståndsbedömningar, men jag saknar också kunskap om de individuella och generella resurser anhörigvårdare använder för att må så bra som möjligt *trots* den situation de befinner sig i. Avhandlingens syfte är att generera kunskap om dessa resurser för att kunna använda den i praxis och för att utforma nya typer av anhörigstöd som kan komplettera de riskreducerande som finns idag.

För att kunna studera vad det är som fungerar som individuella och generella resurser för anhörigvårdare användes en speciell teori, Antonovsky's salutogena hälsoteori som utformades för drygt 30 år sedan⁵⁻⁶. Den är resursorienterad och fokuserar hälsans ursprung, inte orsaken till sjukdom. "Hälsa" i teorin ses som ett kontinuum (en linje) från minsta till mesta möjliga hälsa och vi befinner oss alla någonstans utefter detta kontinuum dvs. alla har ett visst mått av hälsa. Antonovsky var intresserad av "mekanismen" som får en person att förflytta sig längs detta kontinuum och fann att de som befann sig närmast mesta möjliga hälsa hade en stark *Känsla av Sammanhang* (Sense of Coherence, SOC) vilket definierades som en livsorientering som beskriver i vilken utsträckning en person finner tillvaron *begriplig, hanterbar och meningsfull*. Stressorer (det som skapar stress) ses som påfrestningar en person inte direkt kan hantera vilket skapar ett spänningstillstånd, en utmaning, som måste hanteras varvid utfallet kan bli patogent (sjukdomsframkallande), salutogent (hälsoframkallande) eller neutralt. För att hantera utmaningarna har vi tillgång till *Specifika och Generella Motståndsresurser* (SRRs/GRRs). De specifika (SRRs) används av enskilda personer för att hantera för dem specifika utmaningar, t.ex. vad en anhörigvårdare gör för att få en lugn måltidssituation. De generella (GRRs) används för att hantera olika typer av utmaningar och utgörs av individuella, kollektiva, materiella och immateriella karaktäristika (t.ex. jagstyrka, socialt stöd, trygg bostad/miljö). Att kunna använda SRRs/GRRs skapar positiva livserfarenheter som förstärker en persons SOC och förflyttar dem närmre hälsa. *Specifika och Generella Motståndsbrister* (SRDs/GRDs) ger negativa livserfarenheter som försvagar SOC⁶.

Trettiofem anhörigvårdare till vårdmottagare 63 år och äldre bosatta i en kommun (inte den jag arbetar i) intervjuades för att ta reda på hur man som anhörigvårdare hanterar de utmaningar man ständigt ställs inför för att uppnå ett positivt resultat⁷. Bland de 32 vårdmottagarna fanns 21 personer som hade svår orosproblematik eller demenssjukdom, oftast i kombination med annan sjukdom eller funktionsnedsättning⁸. Flera av dessa saknade diagnos, men utifrån yrkeserfarenhet och anhörigvårdarnas funderingar tydde beskrivningarna på att det handlade om demenssjukdom. Data analyserades utifrån de teoretiska definitionerna av GRRs och GRDs med fokus på varför anhörigvårdaren hanterade en utmaning på ett speciellt sätt (visade SRRs/GRRs) och varför de inte kunde göra det (visade SRDs/GRDs). Analysen skedde först på individnivå och därefter på gruppnivå⁹. Baserat på varifrån SRRs/GRRs och SRDs/GRDs kom skapades fyra områden (domän); Anhörigvårdar- Vårdmottagar- Dyad- och den Omgivande domänen⁷. Varje domän har en positiv och en negativ sfär med ett tema som beskriver kärnan (essensen) i att ha tillgång till SRRs/GRRs i denna domän eller uppleva hinder med ursprung här (SRDs/GRDs). Dessa teman "sätter ord" på den mekanism som skulle kunna förklara rörelser längs hälsokontinuumet. Efter analysen kunde en syntes av resultaten göras och bilden som skapades av domänerna och deras teman benämndes *Anhörigvårdarskapet* (*Caregivinghood*)⁷ med ett övergripande tema som beskriver upplevelsen av att befinna sig i denna fas av livet utifrån de GRRs anhörigvårdarna har tillgång till och hindren de upplever (GRDs) på gruppnivå.

I artikel 1, *Using the salutogenic approach to unravel informal caregivers' resources to health: Theory and methodology*⁷, presenteras studiens metod, teori, förslag på hur metoden kan utvecklas ytterligare och upplevelsen av att delta i en studie med denna intervjuteknik. Det visade sig vara en positiv, jagstärkande upplevelse som fick många anhörigvårdare att utifrån olika frågeställningar reflektera över hur de hanterade de utmaningar de ställdes inför, gav dem tillfälle att förklara varför de gjorde som de gjorde vilket fick dem att inse att de var "duktiga" anhörigvårdare som hade utvecklat en repertoar av lösningar för olika utmaningar.

Artikel 2, *Unravelling Swedish informal caregivers' Generalised Resistance Resources*⁸, kunde färdigställas och publiceras tack vare stipendiet från Demensfonden. Den presenterar SRRs och GRRs i Anhörigvårdar- och Vårdmottagardomänerna. I resultatdelen finns citat som ger exempel på SRRs anhörigvårdarna använde för att lösa utmaningar de ställdes inför på ett sätt som gav ett positivt utfall. SRRs såsom *att ha gedigen vårderfarenhet, personlig kännedom om den man vårdar* etc. kunde på gruppnivå sammanföras till en GRR som benämndes *Att känna sig kompetent och kapabel* då den användes av många anhörigvårdare för att lösa

olika typer av utmaningar. Tillsammans med domänens övriga GRRs skapades ett tema som beskrev upplevelsen av att kunna använda dem; *Att känna sig betydelsefull i sina egna ögon*. Temat synliggör anhängvårdarnas tro på sig själva och den egna kapaciteten vilket gör att de försöker finna lösningar på de utmaningar de ställs inför även om detta ofta kan kräva flera försök innan de slutligen lyckas⁸.

Vårdmottagardomänen⁸ innefattar SRRs som hör ihop med den vårdades karaktärsdrag, färdigheter etc. Exempelvis kunde en vårdmottagares (positiva) viljestyrka och envishet (SRR) innefattas i en GRR som benämndes *Att ha en egen drivkraft mot förbättring*. En annan GRR i denna domän, *att vara foglig och medgörlig*, innefattade karaktärsdrag hos vårdmottagare med begränsad tillgång till användbara SRRs men som istället ”hjälp till” genom att inte ”sätta sig på tvären”. Domänens tema, *Att vara ”välsignad” med en positiv med-arbetare* sammanfattar upplevelsen av att kunna använda GRRs i denna domän och beskriver anhängvårdarnas övertygelse att vårdmottagarna hjälper till så gott de kan när paret ställs inför utmaningar.

Preliminära slutsatser och studiens potentiella betydelse

Eftersom allt datamaterial är analyserat och sammanställt i de fyra domänen anser jag att det är möjligt att dra vissa slutsatser relaterade till studien som helhet trots att mycket material är opublicerat.

Det var möjligt att utifrån den salutogena teorin identifiera och beskriva GRRs/GRDs, vilket är viktigt ur ett teoretiskt perspektiv då få studier beskrivit vad de teoretiskt bärande begreppen GRRs/GRDs kan bestå av sedan teorin myntades, trots att den salutogena teorin används flitigt i praktisk verksamhet och forskning.

Vid analysen av materialet framkom aspekter som överrensstämmer med Riksrevisionens¹⁰ avseende anhängstöd och det förefaller möjligt att den salutogena ansatsen som användes i studien skulle kunna generera kunskap som bör kunna användas för att utveckla kommunalt anhängstöd, hälsofrämjande arbete och policys i den riktning som Riksrevisionen föreslår¹⁰. I artikeln som beskriver anhängvårdar- och vårdmottagardomänen⁸ dras t.ex. slutsatsen att det är viktigt att se paret som en enhet när man utformar anhängstöd bl.a. för att de mest positivt beskrivna livserfarenheterna skapades när vårdmottagaren var delaktig då en utmaning hanterades dvs. när bådas SRRs användes. En annan slutsats var att många anhängvårdare ville ha avsevärt mycket mer individuellt resursbevarande stöd *i situationen*, inte enbart den typ av stöd som finns idag och syftar till att de *kommer ifrån* situationen (såsom växelvård, avlösning).

Det är också troligt att metoden, och i viss mån resultatet, kan få praktisk betydelse inom kommunal äldreverksamhet vid utvecklingen av dokumentation och genomförandeplaner syftande till ökad aktivitet och delaktighet¹¹⁻¹² och det förefaller som om de flesta politikområden behöver involveras vid utformningen av anhängstöd eftersom flera GRRs/GRDs bara går att komma åt om olika aktörer samverkar tex. avseende infrastruktur och andra typer av samhällsplanering som påverkar anhängvårdarnas SRR/GRR-användning (opublicerat material). Och till sist en personlig reflektion; det är roligt och stimulerande att arbeta utifrån ett salutogent perspektiv och de trevande försök vi gör på min arbetsplats genom att låta den salutogena teorin genomsyra verksamheten på ett äldreboende förefaller ha stora framtidsutsikter och positiva effekter för de boende, deras anhöriga, personalen och hela det lilla samhället där boendet är beläget.

Referenser

1. Cohen, C.A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184-188. doi:10.1002/gps.561
2. Mackenzie, A., & Greenwood, N. (2012). Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 34, 1413-1422. doi:10.3109/09638288.2011.650307
3. Kramer, B.J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37, 218-232. doi:10.1093/geront/37.2.218
4. Miller, B., & Lawton, P. (1997). Finding balance in caregiving research. *The Gerontologist*, 37, 216-217. doi:10.1093/geront/37.2.216
5. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
6. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. Samt den svenska översättningen av denna bok: Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
7. Wennerberg, M.M.T., Lundgren, S.M., & Danielson, E. (2012). Using the salutogenic approach to unravel informal caregivers' resources to health: Theory and methodology. *Aging & Mental Health*, 16, 391-402. doi:10.1080/13607863.2011.628974
8. Wennerberg, M.M.T., Eriksson, M., Danielson, E., & Lundgren, S.M. (2015). Unravelling Swedish informal caregivers' Generalised Resistance Resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, On-line, doi: 10.1111/scs.12292
9. Ayres, L. Kavanaugh, K., & Knafl, K. (2003). Within-case and across-case approaches to qualitative data analysis. *Qualitative Health Research*, 13, 871-882. doi:10.1177/1049732303255359
10. Riksrevisionen. (2014). *Stödet till anhöriga omsorgsgivare*. Riksrevisionens granskningsrapport, RiR, 2014:9. URL: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utredningar/Riksrevisionens-granskningsrapporter/Stodet-till-anhoriga-omsorgsgi_H2B59/
11. World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). URL: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
12. Socialstyrelsen (2013). *Beskriva äldres behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård – Urval ur ICF och KVÅ*. URL: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-10-19#_UvjT-fl5OZg