



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# **Ibland känns det nästan som ett övergrepp -**

En studie om språkets betydelse i omsorgen för invandrare med demens som bor på särskilt boende

Socionomprogrammet

**C-uppsats**

Författare Jari Rajala

Handledare Stig Grundvall

## Abstract

**Title:** Sometimes it almost feels like an abuse- an essay about the importance of the language in the care of immigrants with dementia living in a special accommodation apartment.  
(Ibland känns det nästan som ett övergrepp - en studie om språkets betydelse i omsorgen för invandrare med demens som bor på särskilt boende)

**Author:** Jari Rajala

**Keywords:** Immigrants, dementia, language, special accommodation apartments, nursing homes, care

**Purpose/aim:** My purpose is to illustrate the significance of the language in communication with immigrants having a different native language, who suffers from dementia. The three main questions have been:

How important is the native language in the communication with immigrant who suffers from dementia?

What consequences can happen for the immigrant who does not understand Swedish?

How can we use the salutogenesis point of view to create satisfactory care for immigrants who has difficulties to make them self understood in the Swedish language?

**Material/method:** I made qualitative interviews with staff working in nursing homes with dementia care. I also searched scientific articles and other findings in this area of science.

**Main results:** The best care for immigrants with dementia is nursing homes where the staff speaks the immigrant's native language. Municipal nursing home does not always provide this kind of service for the immigrant especially if it's only a few immigrants. That's when we need a plan B. The dementia care for immigrants in municipal nursing homes is often self-taught by the staff and is seldom taught outside the nursing home. Some of the staff in my study wanted to learn more and get information how to handle immigrants with dementia. The native language for the immigrant is of great importance for the simple reason that they lose the ability to speak the language in their host country and that is an effect of the dementia. We need the native language for the immigrants if we want to give them a satisfactory care and not just store them until they leave us. If we use the salutogenesis point of view the native language is of importance in creating meaningfulness for the immigrant especially when they lost the host country's language due to dementia. My suggestion for a plan B is a folder with the most common needed words and phrases and pictures in the care of people with dementia.

*Nu ser jag äntligen slutet på denna uppsats.*

*Först vill jag tacka Stig Grundvall, min handledare som stått ut med mina sista minuten  
inlämningar och stannat kvar på skolan när jag inte kunnat komma tidigare.*

*Jag vill även tacka för stöttningen och de goda råden.*

*Sedan vill jag även tacka alla som ställde upp för intervjuerna för utan er hade det inte blivit  
mycket till uppsats.*

*Alla ni som stöttat och frågat frågor som drivit mig framåt ett stort tack.*

*Hälsar Jari Rajala en vacker vårdag i slutet på april*

## Innehållsförteckning

<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Tack till</b> .....	<b>3</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>4-5</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Syfte och frågeställningar</b> .....	<b>7-8</b>
2.1 Syfte.....	7
2.2 Frågeställningar.....	7
2.3 Avgränsningar.....	7
2.4 Begreppslista.....	7-8
<b>3. Tidigare forskning</b> .....	<b>9-11</b>
3.1 Tidigare forskning.....	9
3.2 Svårigheter med tiden.....	10
3.3 Åldersrelaterad sjukdom.....	10
3.4 Livslängd hos invandrare.....	10
3.5 Alternativ kommunikation.....	10
3.6 Kommunikation med autistiska barn.....	11
3.7 Reminiscens.....	11
3.8 Övrigt.....	11
<b>4. Teori</b> .....	<b>12-14</b>
4.1 Salutogent synsätt.....	12
4.2 Kommunikationsteori.....	13-14
<b>5. Metod</b> .....	<b>15-18</b>
5.1 Kvalitativ undersökning.....	15
5.2 Tillvägagångssätt.....	15
5.3 Urval.....	15-16
5.4 Intervjustil.....	16
5.5 Tekniska hjälpmedel.....	16
5.6 Bearbetning av materialet.....	16
5.7 Validitet och realibilitet.....	16-17
5.8 Etik.....	17-18
<b>6. Redovisning av det empiriska materialet</b> .....	<b>19-24</b>
6.1 Bakgrundinformation om informanterna.....	19
6.2 Kommunikation mellan omsorgstagare och givare.....	19-20
6.3 När det svenska språket inte räcker till.....	20
6.4 Konsekvenser av att inte tala samma språk.....	20-21
6.5 Några små ord och meningar.....	21-22
6.6 Skillnader i omsorgen.....	22-23
6.7 De boendes känsla av att inte förstå eller bli förstådda.....	23
6.8 Vad behövs för god omsorg.....	24
6.9 Kultur.....	24

<b>7. Diskussion.....</b>	<b>25-28</b>
<b>8. Slutdiskussion.....</b>	<b>29</b>
<b>9. Förslag till vidare forskning.....</b>	<b>30-31</b>
<b>10. Referenser.....</b>	<b>32-33</b>
<b>11. Bilaga 1.....</b>	<b>34</b>
<b>12. Bilaga 2.....</b>	<b>35</b>
<b>13. Bilaga 3.....</b>	<b>36</b>

## 1. Inledning

Mitt intresse för äldre och framförallt äldre invandrare med någon demenssjukdom har vuxit under min utbildning. Min praktikplats som jag hade under min utbildning har gjort ett stort intryck på mig och många gånger ser jag den som en referens på hur det kan vara när ett boende fungerar bra. En sak som är mindre bra är känslan av att ett bra fungerande boende snarare beror på en enskild enhetschef och dess personal än på politiska beslut.

Under en av mina kurser som kom efter att jag gjort min praktik, skulle jag och några kurskamrater starta ett fiktivt boende för finländare som drabbats av någon form av demenssjukdom. Vi tänkte att vi skulle försöka ge ett exempel på hur det känns att inte förstå vad som sägs. Sagt och gjort vi bestämde att jag skulle börja min presentation av projektet på finska i ca tre minuter, detta utan att vi förklarat vad syftet var med att jag talade finska för våra andra kurskamrater. Den första halvminuten tyckte klassen att det är roligt och skrattar men sedan börjar skratten dö ut och en stund senare var det en som räcker upp handen och säger: *Ursäkta men jag förstår inte* och jag svarade på finska att frågor och annat tar vi senare. Jag talar på finska i ytterligare någon minut och sedan tryckte vi fram bilden där det stod som följer

*”så här är det för en som inte förstår svenska dygnet runt sju dagar i veckan”*

Responsen vi fick efteråt var inte vad vi räknat med. Flera kurskamrater sa att de blev frustrerade, arga alternativt att de var på väg att lämna lokalen och att de upplevde att jag stod och pratade på finska minst en kvart fast det bara var ca tre minuter.

Detta tycker jag visar på hur utsatt en person blir när denne inte kan göra sig förstådd eller förstå vad som händer. Demenssjukdomen gör att man lätt blir förvirrad, lägg då till ytterligare en dimension, att man inte förstår språket. Så kan var och en förstå vilka kommunikationsproblem som kan uppstå.

Efter min praktik ökade mitt intresse för frågor kring demensomsorg och då i första hand finsktalande i Sverige vilket gjort att jag läst artiklar och liknande om ämnet som gör att jag har en del tyst kunskap om ämnet.

I ett första skede tänkte jag skriva om finsktalande med demenssjukdomar men så råkade jag läsa en artikel i engelskspråkiga Deutsche Welle om att upp till fyrtio procent av dem som drabbas av olika demenssjukdomar inte fångas upp av välfärden och att en stor del av dessa har invandrarbakgrund (Internetlänk 01).

Detta fick mig att förstå att det är inte bara de finsktalande som har svårigheter utan jag fick en känsla av att om man skalar bort kultur, historia och religion så är problematiken samma. Detta oavsett varifrån man utvandrat och om landet man invandrat till inte har samma språk som ens ursprung så spelar det ingen roll om man är mexikan som utvandrat till U.S.A eller om man kommit från Turkiet till Sverige, problematiken blir densamma. Då språket är det som försvinner när man drabbas av olika former av demenssjukdomar.

## **2. Syfte och frågeställningar**

### **2.1 Syfte**

Mitt syfte är att belysa den språkliga kommunikationens betydelse för invandrare med annat modersmål, som drabbats av demenssjukdomar. Detta tänker jag göra genom kvalitativa intervjuer med personal som arbetar på gruppbostäder för demenssjuka.

### **2.2 Frågeställningar**

Hur viktigt är hemspråket i kommunikationen med invandrare som har någon form av demenssjukdom?

Vilka konsekvenser kan det få för den boende när denne inte förstår svenska?

Hur kan vi använda oss av det salutogena synsättet för att skapa en god omsorg för invandrare som har svårt att göra sig förstådda på det svenska språket?

### **2.3 Avgränsningar**

Jag har avgränsat mig till att bara titta på sambandet mellan språket och omsorgen, d.v.s vilken betydelse det talade språket kan få för att man skall kunna göra sig förstådd och på så sätt kunna ge och ta emot omsorg. En orsak är att jag har begränsad tid för denna studie. En annan orsak till detta är att jag anser att genom detta så blir min studie användbar oavsett kulturell bakgrund. Studien behöver då inte ta hänsyn till om man kommer från Asien till U.S.A eller om man kommer från Sydeuropa till Sverige, problematiken ser likadan ut.

En annan avgränsning är ekonomiska aspekter då jag inte hittat någon forskning mer än en tidningsartikel som pekar mot att det behöver inte ha en högre driftskostnad med ett språkspecifikt boende. Då jag inte kan bekräfta men har fått den uppfattningen att några har bilden att det skulle kosta mer.

Något annat som jag inte tagit hänsyn till är att om det skiljer sig i beteende hos män eller kvinnor som drabbats av demenssjukdomar. Dels för att majoriteten som bor på särskilt boende är kvinnor och sedan vet jag inte om demenssjukdomarna tar sig olika uttryck för män och kvinnor.

### **2.4 Begreppslista**

Här har jag samlat begrepp som jag tycker behöver en närmare förklaring.

- AAC Augmentative and Alternative Communication är kommunikation där man använder andra alternativ än det mänskliga talet.
- AKK Alternativ och Kompletterande Kommunikation se ovan
- Alzheimers är den vanligast förekommande demenssjukdomen.
- Demens och demenssjukdomar använder jag istället för att nämna varje sjukdomsbild vid namn då det finns många olika former av demens. Demenssjukdomarna orsakar skador på hjärnan.
- Informanter är de undersköterskor som jag intervjuat. De informanter som jag benämner med mindre erfarenhet har endast kommit i kontakt med invandrare som fortfarande kan både svenska och sitt hemspråk.
- Omsorgsgivare i min studie är i huvudsak undersköterskor.

- Omsorgstagare är de som får omsorg och bor på särskilt boende.
- Reminiscens är en metod som man använder oftast för någon med demens och för att bromsa upp sjukdomsförloppet genom att hjärnan blir aktiverad genom minnesbilder från förr.
- Salutogent synsätt är att man försöker se det friska hos en person, att man ser vad personen klarar av istället för vad personen inte klarar av. Salutogent synsätt är förknippat med KASAM som står för "Känsla Av SAManhang". Antonovsky 1991
- Somatisk att man har stort fysiskt vårdbehov men att man är oftast klar i huvudet så att man kan tala om vad som är fel.
- Särskilt boende är det som brukar kallas "ålderdomshem" särskilt boende delas upp det i somatiskt boende eller gruppboende för de med demens.



### 3. Tidigare forskning

#### 3.1 Tidigare Forskning

Det är bra att känna till hur det kan vara när någon har en svår demenssjukdom. Det är oftast i detta stadium man bor på särskilt boende och behöver tillsyn dygnet runt. Oftast är det inte lämpligt att man bor kvar i sitt ordinära boende. Olika svårigheter uppstår beroende på vilken sorts demens man drabbas av. Jag kommer att ta upp svårigheter som är vanligt förekommande och framförallt de problem som uppstår när man drabbas av den vanligaste demenssjukdomen Alzheimers.

När man väl flyttar till särskilt boende har man redan börjat få svårigheter med språket och man har svårt för abstrakt tänkande. Man har svårt att svara på frågor som innehåller mer än en frågeställning och ofta kan det ta upp till en minut eller längre innan man svarar. Vanligt är att man börjar använda ord som inte passar in i samtalet och att man börjar upprepa vissa fraser om och om igen. Detta gör att omsorgsgivaren måste börja använda sig av ett enklare språkbruk om man vill undvika missförstånd. När sjukdomen förvärras ytterligare kan den boende fastna i ord som denne upprepar långa stunder ibland flera timmar eller att de pratar oavbrutet om någonting som vi inte kan förstå eller få grepp om. I detta stadium börjar den boende få svårare att förstå ansiktsuttryck och kroppsspråket börjar bli mer obegripligt för den demenssjuke. Den boende använder sig inte heller av dessa uttrycks sätt i samma utsträckning som tidigare. Det är några som blir helt tysta och ger ett intryck av att vara okontaktbara då de inte svarar på tilltal. Man har börjat diskutera om att de kan ta in yttre information men att de inte kan förmedla något eftersom sjukdomen sätter stopp för det (Ekman 2007).

Den forskning som jag hittat på svenska är framförallt Sirkka-Liisa Ekman (1996,2000,2007) som i huvudsak skriver om finländare och den problematiken som uppstår. Hon gjorde en studie som pekar mot att finländare med Alzheimers klarade av uppgifter bättre med en finsktalande omsorgsgivare och att det var mindre konflikter jämfört med en svensktalande omsorgsgivare. Annars är det i huvudsak c-uppsatser på sjuksköterskeutbildningen som tar upp problem med språk och omsorg. Annars hittar man bara att det finns ingen eller lite forskning om just språk och omsorg för demenssjuka.

I en forskningsrapport från NOVA(Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) var det ett exempel på en enhetschef på ett äldre boende som hade gjort en pärm med de vanligaste fraserna och bilder som användes i omsorgen. Detta då hon hade flera olika nationaliteter på sin avdelning och att de boende log så att slutsatsen var att det var någon nytta av att kunna några ord på den demenssjukes modersmål (Ingebretsen, Nergård 2007).

I övrigt så finns det studier från U.S.A men att de är mer inriktade mot de kulturella aspekterna. Ett exempel är artikeln som tar upp att den latinska befolkningen litar inte på andra myndighetsrepresentanter än latinamerikanska för information och utbildning i äldre och sjukdomsfrågor. Man var övertygad om att landsmän är mycket pålitligare när det gällde utbildning i demensfrågor (Internetlänk02). Något som kan bero på att man är invandrare då det finns en svensk studie som visar på samma misstänksamhet mot svensk sjukvård kontra finsk sjukvård. Även om personerna inte hade någon erfarenhet av finsk vård så var de övertygade om att den var bättre i Finland (Heikkilä, Ekman 2000).

Mitt intryck är att Australien ligger på samma nivå som Europa när det gäller att ha tillgång till omsorg på sitt modersmål. Man tittar och konstaterar att man har en befolkning som immigrerat och nu börjar åldras med allt vad det innebär (Runci, O'Connor, Redman 2005).

### ***3.2 Svårigheter med tiden***

Förutom språkliga problem kan man drabbas av svårigheter att uppfatta tid på vanligt sätt. Man får svårt att skilja på om en aktivitet tagit tre minuter, tre timmar, man får svårt för att hålla reda på om det är dag eller natt. Ett annat problem är att man kan hoppa bakåt i sin historia där man ena stunden kan vara trettio år, nästa så kan man vara ett barn för att helt plötsligt vara tillbaka i nutiden. Ett problem med detta är att om de tror att de är trettio år så förstår de inte varför de befinner sig på ett främmande ställe med främmande folk och inte i sin dåvarande bostad. Den som drabbas av detta behöver oftast tid när de skall svara eller vill berätta något. Det kräver tålamod från den som skall ta emot berättelsen så att man inte försöker skynda på den som drabbats, vilket ökar förvirringen hos den drabbade (Ekman 2007).

### ***3.3 Åldersrelaterad sjukdom***

Demens är en ålderssjukdom och risken för att drabbas av någon form av demens ökar ju äldre man blir. I åldersgruppen 75-79 år så är det ca 6% i Sverige som har någon form av demenssjukdom och ser man på gruppen 85-89 år så har antalet med någon form av demenssjukdom ökat till ca 26 % och från 90 år och uppåt så är det ca 45 % drabbats (Ekman 2007).

### ***3.4 Livslängd hos invandrare i Sverige***

Under ett samtal med en enhetschef nämnde jag att det är konstigt att det inte finns många fler invandrare på boenden i Göteborg med tanke på att Göteborg är en ganska invandrartät stad. Då gav denna enhetschef en teori som lät trolig och det var att de som kom som arbetskraftsinvandrare inte lever lika länge som svenskar och det är efter 75 års ålder som demensen brukar bli så allvarlig att man är i behov av ett gruppboende. Jag gjorde en mindre sökning på invandrare och levnadslängd och det verkar som att det finns en viss forskning som stödjer att de flesta invandrare har kortare levnadslängd i genomsnitt jämfört med svenskfödda (Nilsson 2004).

### ***3.5 Alternativ kommunikation***

Det finns något som kallas för "Alternativ och kompletterande kommunikation" (AKK) eller som det heter på engelska "augmentative and alternative communication"(AAC). Detta är tänkt att fungera som ett hjälpmedel för de som inte kan tala och det finns förslag om att även använda detta inom demensomsorgen. Detta är utvecklat för framförallt normalbegåvade barn och till viss del för vuxna med utvecklingsstörning. Det som är speciellt med AKK är att det är mottagaren som definierar om det är en fungerande kommunikation (Heister Trygg 2008).

AKK känns för bred i mitt tycke för att det skall fungera bra inom demensomsorgen då det känns lite som att skjuta mygg med hagelgevär, alltid träffar något rätt. Men jag kan hålla med om att man kan inspireras att tänka i nya banor men att säga att allt som inte är oralkommunikation skulle vara AKK känns för diffust.

### ***3.6 Kommunikation med autistiska barn***

Man har i studier upptäckt, att en person med autism har behov av att till en viss del kunna förutsäga sin tillvaro, man har svårt att handskas med händelser i ens tillvaro som upplevs som tillfälligheter. Som exempel är många med autism hjälpta av information som är tryckt eller fotografier som föreställer aktiviteten och syftet med dessa bilder är att få ordning och förutsägbarhet i sin tillvaro (Gillberg, Peeters, 2002).

### ***3.7 Reminiscens***

Reminiscens är en typ av minnesträning som används inom demensomsorgen och där använder man sig av bilder och andra saker som är tidstypiska för när den med demens var ung. Detta för att händelser från förr försvinner senare än det som är nyare händelser samt att det bromsar upp försämringar i minnet att få minnas ([internetlänk03](#)).

### ***3.8 Övrigt***

Parallellt med ovanstående har jag sökt på olika databaser om tidigare forskning gällande invandrare med demenssjukdomar och språkets betydelse och finner att i Sverige inom socialt arbete finns inte några större mängder forskning utan det är snarare sjuksköterskostudenter som gör den typen av forskning.

## 4. Teorier

### 4.1 Salutogent synsätt

En av teorierna jag valt är det salutogena som går ut på att man ser det friska hos människor istället för det som inte fungerar. Rättsociologen Aaron Antonovsky är den teoretiker som utvecklat det salutogena perspektivet. Det innebär att man fokuserar på det friska. Det som ligger som grund till Antonovskys teori är att man strävar efter en känsla av sammanhang (KASAM). KASAM består av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky 1991).

Begripligheten har att göra med hur man kan hantera situationer och göra händelser förståeliga. Om man har en hög grad av begriplighet klarar man av att ta både förväntade och oförväntade händelser och ge det en struktur. Detta så att man kan förklara och förstå händelserna medan om man har låg grad av begriplighet upplever man det mesta som kaotiskt och slumpmässigt.

Hanterbarheten handlar om att man upplever att man klarar av att handskas med händelser både inom sig självt och med den yttre omgivningens påverkan. Man upplever att man har det stöd som man behöver för att klara av de problem som man stöter på, stödet kan ha många olika skepnader och former men huvudsaken är att man litar på att stödet är till hjälp. Vid en hög känsla av hanterbarhet kommer man klara av de olika situationer man ställs inför under ett liv medan om man har en känsla av låg hanterbarhet kan man känna att man är ett offer för livets olika nycker.

Meningsfullheten riktar in sig mer på den känslomässiga biten och att något har en betydelse. Vad denna betydelse är varierar från person till person. De som har en hög känsla av meningsfullhet har oftast mycket som betyder något positivt för dem. De ser olika livsöden som utmaningar som man skall ta tag i medan om man har en låg grad av meningsfullhet har man ofta få saker som har betydelse och i största mån försöker man även undvika utmaningar som livet ger.

Enligt Antonovsky är alla de tre delarna viktiga men han anser att den viktigaste delen är meningsfullheten då han ser den som motivationskomponent. Så om man har låg grad av meningsfullhet blir det svårt för de två andra delarna att uppväga balansen. Om man vet hur man skall klara av olika svårigheter men inte bryr sig gör detta att man i långa loppet tappar även de två andra delarna. Medan om man har motivation kan man bygga upp de andra delarna. I slutändan så behövs alla tre delarna för att klara av alla svårigheter som ett liv kan ge (Antonovsky 1991).

Peter Westlund och Arne Sjöberg har skrivit *Antonovsky inte Maslow -för en salutogen omsorg och vård* (2005) om hur det salutogena synsättet kan och bör användas i äldreomsorgen och äldreomsorgen. Peter Westlund är FoU-ledare med inriktning mot äldre, forskare och har varit universitetslektor i socialpolitik. Arne Sjöberg är specialist i geriatrik och invärtesmedicin, verksamhetschef på en geriatrisk klinik samt överläkare.

De säger att många kommuner och landsting har valt Maslows behovstrappa när de planerat och driver olika verksamheter som är inriktade mot äldre. Maslows behovstrappa bygger på att man rangordnar en människas behov och menar på att ju fler av basbehoven som är uppfyllda blir de som är högre i behovstrappan mindre viktiga. Om man får sin fysiska, trygghets och samhörighets behov tillgodosedda så är inte behovet av uppskattning lika

viktigt. Maslow menar på att människan i första hand är en biologisk varelse och en social i andra hand.

Har man Maslows synsätt ser man till att de praktiska och grundläggande behoven i huvudsak blir uppfyllt så som hygien, förflyttning, av- och påklädning, hjälp med måltider. Ofta är det mätbara insatser som det är lättare att bygga en budget runt. Det kan bli en hackig omsorg där insatserna kommer vid bestämda tider vare sig man behöver dem eller inte och tar lite hänsyn till det sociala behovet.

Driver man en verksamhet med det salutogena synsättet är en av de viktigaste insatserna att skapa en meningsfullhet och det kräver en medvetenhet om att varje individ har sitt speciella behov. Detta synsätt inom omsorgen är mindre passiverande för den äldre då man försöker göra den äldre delaktig i dess vardag (Westlund, Sjöberg 2005).

#### **4.2 Kommunikations teori**

Den andra teorin är en av många kommunikationsteorier. Genom att det finns en uppsjö av böcker om kommunikation valde jag en som är relativt nyutkommen som är skriven av Björn Nilsson och Anna-Karin Waldemarson. Björn Nilsson är universitetslektor i socialpsykologi och Anna-Karin Waldemarson är dramapedagog, de har skrivit boken *Kommunikation: samspel mellan människor* (2007) tillsammans.

Det finns två huvudinriktningar inom kommunikationsteorier och dessa är processinriktad teori och den andra är semiotik. Den processinriktade teorin är vanlig inom psykologi och sociologi där man fokuserar på sändare, mottagare, budskap och i vilken situation detta utspelar sig. Den semiotiska inriktningen har rötterna i språkvetenskapen där man är mer intresserad av själva budskapet än av sändarna och mottagarna. Det som är intressant för min studie är den processinriktade teorin.

Från latinets ”communicare” har vi fått ordet ”kommunikation” som i sitt ursprung står för att något skall bli gemensamt. Det som skall bli gemensamt är det som vi meddelar och delar med oss av, sådant som handlingar, innebörder, känslor, upplevelser och värderingar. För att möta andra människor behöver vi både språk och kommunikation men även för att kunna förstå oss själva. Det vi i huvudsak skickar till en annan människa är inte idéer och tankar utan snarare budskap eller tecken för dessa tankar i form av symboler som står för tankarna. När vi får en tanke så omkodar vi den till ett budskap som förhoppningsvis tolkas av mottagaren på liknade sätt. Något av det viktigaste i kommunikationen är att både mottagare och sändare ger budskapet liknande innebörd i så stor utsträckning som möjligt. Men som mottagare är man inte passiv utan man vrakar och väljer vad man tar in från ett budskap. Sedan konstruerar mottagaren aktivt en innebörd som i sin tur skapar en svårighet i kommunikationen.

Att kommunikationen sker i ett socialt system gör att deltagarnas förväntningar och attityder påverkar de utväxlade budskapen. Det är många nivåer i samspelet som används i kommunikationen så som avstånd, gester, kroppsrörelser, lukter, mimik, språk, tal och ögonkontakt. När man lägger ihop alla dessa delar får man ett resultat som är viktigt för det slutliga budskapet. Något som man ofta förbiser är att nästan all kommunikation sker i ett socialt sammanhang och att utbytet av budskap sker så ofta att det är vardagligt och inget man reflekterar över. Det har blivit en självklarhet att budskapen skall tolkas på ett visst sätt som är gällande för just den sociala kretsen som man är i. Men man tänker inte på att kommunikation sker på flera områden så som fysiska, kulturella, psykologiska och sociala kontext.

- I den fysiska kommunikationen så påverkar sådant som tid, plats och andra yttre omständigheter.
- I den kulturella delen har språktillhörighet, världsbild, värderingar och attityder sin roll i kommunikationen.
- I det psykologiska kommer behov, erfarenheter, fördomar, förväntningar, känslor och stress att påverka kommunikationen.
- I det sociala kommer eventuella konflikter att påverka och även identitet, makt, relationer och roller påverkar på sitt sätt.

Kommunikationen med andra människor hjälper oss att skapa ordning och detta samspel med andra gör att världen blir begriplig. Sedan ger denna begriplighet oss en möjlighet att förändra saker i den världen. Utan denna begriplighet blir världen meningslös och obegriplig samt att man inte vet hur man skall agera eller hitta vägledning.

Kommunikation bygger i huvudsak på två saker som i sin tur kan delas upp i underkategorier och dessa två saker är tecken och koder. Ett tecken kan vara ett ord, en bokstav eller en handling som kan ha en beskrivande innebörd och delas upp i symboler eller signaler. Symboler har olika betydelse beroende på situation, tidpunkt eller vem som tolkar budskapet eller dess erfarenhet. Det finns en större risk för missförstånd när det gäller symboler då de kräver mer tolkning jämfört med signaler. Signaler har oftast samma betydelse oavsett vem som tolkar eller när signalen tolkas. Exempelvis vid ett bevakat övergångsställe så betyder röd gubbe stanna och det betyder samma i norra som södra Sverige. För att få en ordning på symboler måste de kodifieras så att symbolerna blir begripliga för flertalet. En kod kan vara ett gemensamt språk, historia, kulturell likhet och ur detta tolkar man vissa saker och använder uttryck som kan vara obegripligt för en som inte lärt sig koderna. En social relation är ett utbytande av olika tecken mellan människor (Nilsson, Waldemarsson 2007).

## 5. Metod

### 5.1 Kvalitativ undersökning

Då jag är intresserad av informanternas erfarenheter och tankar, fungerar kvalitativa intervjuer på ett bra sätt. Jag har valt att intervjua undersköterskor för att de som drabbats av demenssjukdomar oftast har svårt att tala för sin egen sak. Genom informanterna undersöks människor som drabbats av demens, och vad detta kan få för konsekvens för deras liv. En semistyrd intervju av undersköterskorna som kommer i kontakt med de boende kan ge oss en insikt i hur det kan vara för dessa personer (Dalen 2007).

### 5.2 Tillvägagångssätt

Jag hade tänkt använda mig av fokusgrupper om 4-6 undersköterskor som diskuterar om invandrare med demenssjukdomar och hur språket påverkar omsorgen. Genom Göteborgsstads äldreboende katalog letade jag upp de boenden som hade 70 eller fler platser då jag kände att det blir lättare att få ihop fokusgrupper då man har en större personalstyrka. Sedan utslöt jag även boenden som fanns i centrum och andra områden som det inte bor många invandrare i. De områden som jag tittade på var de som var kända områden dit arbetskraftsinvandrarna flyttade till på 1960-70 talet. Detta var helt min bedömning med de förutfattade meningar jag har om stadsdelar i Göteborg. Men det visade sig inte vara så lätt då de äldreboenden som hade många invandrare på sitt boende höll antingen på med omorganisation eller en större utbildning. Det visade sig också vara svårt att få ihop fokusgrupper då många boenden inte hade invandrare i någon större utsträckning.

Då jag fick svag eller ingen respons på fokusgrupper omvärderade jag min metod och tänkte att om jag intervjuar en och en kanske det går lättare. Det visade sig vara betydligt lättare att få informanter till intervjuerna och då beslutade jag att det fick bli kvalitativa semistyrda intervjuer. När jag hade ändrat min infallsvinkel att nu blir det enskilda intervjuer med informanterna började jag åter ringa till boenden som jag inte kommit i kontakt med.

Nu lossnade arbetet och enhetscheferna lovade att fråga sina medarbetare om de var villiga att ställa upp på intervjuer för min studie. I samband med att enhetschefen skulle fråga medarbetarna skickade jag via e-mail till enhetscheferna en liten kort presentation (se bil.01) om min studie som de kunde visa för medarbetarna. I presentationsbrevet stod lite information om mig, vad jag läser, och vad intervjuerna skall vara till och även en kort beskrivning av de etiska regler som jag följt plus kontaktuppgifter ifall någon undrade något. Det hela resulterade i att jag fick nio informanter från tre olika stadsdelar i Göteborgs kommun.

### 5.3 Urval

Att se på frågan vem som är primär- eller sekundärkälla ger olika tillförlitlighet genom att den som berättar om egna upplevelser skiljer sig från den som berättar om andras upplevelser (Kylén 2004). I mitt fall blir informanterna både primär- och sekundärkällor genom att de berättar sina egna upplevelser men att de samtidigt även tolkar de boendes upplevelse. De som drabbas av någon form av demenssjukdom kan inte alltid prata i egen sak vilket gör att informanterna blir deras röster. Genom att det skulle bli svårt om inte nästan omöjligt att intervjua de som drabbats av demenssjukdom så det näst bästa är att intervjua undersköterskorna som delar de demenssjukas vardag. I valet av vilka undersköterskor som skulle intervjuas hade jag kravet att de kommit i kontakt med invandrare med demenssjukdom som bott på boende och att de själva kommit i kontakt med omsorgen till de boende.

De som intervjuats har enbart varit kvinnor och kan i huvudsak delas upp i två större åldersgrupper. Fyra av informanterna ligger i spannet 30-40 års ålder och fem av informanter ligger i spannet 50-60 års ålder. Det var två informanter som hade mindre än tio års erfarenhet men det är inte helt kopplat till deras ålder.

#### ***5.4 Intervjustil***

Att använda sig av strukturerad eller ostrukturerad intervju beror på vad man som intervjuare är intresserad av att få för svar. Vill man ha reda på vissa frågor vid kortare intervjuer kan det vara en fördel med strukturerade intervjuer (Kylén 2004). Jag har använt mig av semistrukturerade frågor, dels för att jag är intresserad av ett begränsat område, och dels för att låta informanterna berätta så fritt de kunde vilket gjorde att jag kunde få svar på flera frågor fast jag bara ställt en fråga.

#### ***5.5 Intervjusituation***

Intervjuerna skedde på informanternas arbetsplatser. På ett boende fick jag låna ett kontor som enhetschefen ordnade åt mig där jag gjorde intervjuerna och på de andra boendena ordnade informanterna själva utrymmen som intervjuerna genomfördes i.

Till min hjälp hade jag en intervjuguide (se bilaga.2) som stöd och ibland fick jag svar på flera frågor när jag ställde en fråga och hoppade då över den frågan som de redan svarat på, på ett eller annat sätt. Efter intervjuerna frågade jag några av informanterna vad de tyckte om frågorna och de tyckte att frågorna var relevanta och att frågorna var ganska rakt på sak. Sedan var någon informant som tyckte att frågorna var lite väl akademiska.

#### ***5.6 Bearbetning av materialet***

Jag använde mig av en mp3-spelare som spelar in med acceptabel ljudkvalitet och för att bearbeta dessa ljudfiler förde jag över dem till en dator och där kunde jag lyssna med hörlurar, och sedan transkribera intervjuerna. Ett fåtal gånger kunde det vara svårt att höra vad de sa. Jag ville undvika anteckningar för att kunna fokusera helt på informanterna och deras berättelser. Denna text har jag sedan bearbetat genom att sortera texten så att de olika informanternas svar på fråga 1 i intervjuguiden låg under fråga 1. Samma procedur gjordes med alla frågorna som fanns i intervjuguiden. Detta gjorde det lättare att se likheter och olikheter i svaren från informanterna. Ibland fick jag svar på flera frågor fast jag bara ställt en fråga men jag tyckte att det var bättre att de fick prata fritt än att avbryta. Dessa svar sorterades under den fråga som besvarades bäst men kunde även ligga som svar under flera frågor. Efter denna sortering gjorde att jag fick en bra översikt och gjorde det lättare att analysera de olika frågorna. Vidare tog jag mina slutsatser efter svaren och den tidigare forskningen som jag kommit i kontakt med.

#### ***5.7 Validitet och reliabilitet***

Validitet har att göra med trovärdighet, om man uppfyllt sitt syfte och om man har fått in det material man var ute efter. Reliabilitet handlar om hur tillförlitligt material som man fått in och om man gör undersökningen igen skall man få liknande svar även om man intervjuar en annan grupp (Kylén 2004). Validiteten i min studie ser jag som att den är hög då jag tycker att jag fått in material som efterfrågats och att det är användbart. Reliabiliteten ser jag även den



som hög genom att jag fått liknande svar på frågorna och ser att om någon ställer samma frågor på andra boenden med liknande erfarenheter så kommer svaren att bli liknande.

### **5.8 Intervjuareffekten**

Intervjuaren påverkar situationen framförallt när det är parintervjuer. Olika aspekter som påverkar enligt studier är ålder, kön och utbildning (Kylén 2004). Att jag som man kommer och intervjuar i ett kvinnodominerat arbetsfält kan ha en viss betydelse och även att jag är en medelålders man som kommer från universitetet för att få deras åsikter och erfarenheter. Under intervjuernas gång fick jag ofta lägga band på mig för att inte påverka informanterna. Sedan om det var något som vi pratat om under intervjun som jag kände att jag ville dela med mig av mina erfarenheter eller vad jag hittat i studier så tog jag det efter att intervjun var klar. Detta för att då kunde jag inte påverka materialet som jag skulle arbeta med även om jag delvis påverkat informanterna via mina frågor, och bara det faktum att jag är där och kommer från Universitetet och skall intervju dem. Då någon eller några av mina frågor var sådant som de kanske inte tänkt på att de gör men nu när de fick en fråga om det, så kom det fram att de använder sig av kunskaper som de inte tänkt att det är kunskaper.

### **5.9 Förförståelse**

När forskaren är medveten om sin förförståelse får denne ett verktyg som gör att han kan använda intervjumaterialet på sådant sätt att forskaren kan hitta nya teoretiska infallsvinklar. Forskaren måste även vara medveten om att förförståelsen kommer att påverka hur denne tolkar sitt material (Dalen 2008).

Jag inser att jag har en del förförståelse som jag anskaffat under min studietid och att jag även är påverkad av min praktik på ett äldreboende. Detta då jag drivs av en nyfikenhet om äldrefrågor och framförallt frågor som gäller invandrare och demens. I huvudsak har jag varit intresserad av finsktalandes problematik i samband med demenssjukdomar men en kort tid innan jag började med denna studie insåg jag att språkproblematiken ser likartade ut för de flesta invandrare. Det är likartade kulturella saker som kommer att skilja de olika invandrargrupperna men ser man bara till det språkliga skiljer sig inte grupperna åt nämnvärt.

### **5.10 Etik**

Jag har utgått från Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska (HSFR 1999) regler som innebär att man skall följa dessa grundprinciper: Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Internetlänk04).

Informationskravet är att man förklarar vad man vill veta och hur man skall samla in informationen. Detta gjordes på två sätt, först fick informanternas chefer ett e-mail med bilaga 1 som hade en kort presentation om vad jag skall skriva om och ovanstående forskningsregler. Sedan gav jag informanterna informationen muntligen innan jag intervjuade dem så att det inte fanns oklarheter om vad reglerna innebär och förklarade när det behövdes. Jag hade samma tillvägagångssätt med de resterande reglerna.

Samtyckeskravet är att det är helt frivilligt att delta i undersökningen och att man får avbryta när man vill.

Konfidentialitetskravet är att om någon annan läser studien skall de inte kunna veta vem som sagt vad och om någon uttrycker sig på ett speciellt sätt skall man ändra på orden men inte innebörden. Det vill säga att man får vara anonym.

Nyttjandekravet är att det som deltagaren säger får bara användas i forskningssyfte.

Jag anser att jag uppfyllt alla fyra kraven genom att jag skickade ett e-mail (bilaga1) med information till de berörda deltagarna och de fick denna information cirka en vecka innan själva intervjun. Vidare informerade jag muntligen de etiska reglerna ytterligare en gång till innan vi genomförde intervjuerna och gick igenom om det var något oklart med dessa fyra etiska regler.

## **6. Redovisning av det empiriska materialet**

### ***6.1 Bakgrundsinformation om informanterna***

Jag har gjort nio kvalitativa intervjuer och informanterna arbetar på boende för dem som drabbats av demenssjukdomar. De tre boendena är placerade i tre stadsdelar i Göteborg och har inget samarbete mer än det som är kommunövergripande, så vitt jag vet. Några av informanterna kan de boendes hemspråk vilket gör att de har en annan inblick i frågorna.

Genom att några av informanterna ville vara helt anonyma kommer jag att redovisa deras ålder i åldersintervaller. De boendes modersmål kommer att benämnas som land och hemspråk för att försvåra identifieringen av informanterna och som anonymisering av de boende som kommer att nämnas.

Informanterna kan i huvudsak delas upp i två större åldersgrupper. Fyra av informanterna ligger i spannet 30-40 års ålder och fem av informanter ligger i spannet 50-60 års ålder.

Informanterna som ingått i min studie har ett brett spann av erfarenhet inom omsorgsycket. Den informant som har kortast erfarenhet har ca 7 år i yrket medan den som har längst har ca 40 år i yrket. Det var två informanter som hade mindre än tio års erfarenhet, det är inte helt kopplat till deras ålder.

De har i varierande grad haft erfarenhet av invandrare med demenssjukdomar men alla informanter har kommit i kontakt med det i någon grad. Jag kommer att dela upp informanterna i två delar, de med mer och de med mindre erfarenhet och orsaken till detta är att några med mindre erfarenhet inte kommit i kontakt med invandrare som tappat svenskan helt vilket gör att omsorgen har andra förutsättningar jämfört med när svenskan saknas.

En orsak till att jag kommer att göra uppdelningen mer och mindre erfarenhet är att informanterna som har mindre erfarenhet inte har haft samma svårigheter som de som har mer erfarenhet.

De flesta har mer eller mindre hela sin yrkeskarriär inom service och omsorg, de flesta känner också att de har haft nytta av sina tidigare erfarenheter i någon form.

Det var bara några av informanterna som hade kommit i kontakt med utomeuropeiska invandrare med demens. De invandrare som i dagsläget drabbas av någon demenssjukdom och bor på gruppboende har i huvudsak kommit till Sverige som arbetskraftsinvandring och flera av de boende hade inte tappat alla sina svenska kunskaper. De förstod alltså svenska i någon grad. Detta har gjort att flera av informanterna klarat av att ge omsorgen på svenska.

### ***6.2 Kommunikation mellan omsorgstagare och omsorgsgivare***

Här skiljer sig kommunikationen beroende på om den boende fortfarande har svenska kunskaper då dessa omsorgstagare kunde kommunicera på svenska med omsorgspersonalen. Detta gör att informanterna inte har behövt hitta ett alternativt sätt att kommunicera med de boende. Här märktes en mindre skillnad mellan informanterna som hade mer erfarenhet och de med mindre. När de boende svarade på sitt hemspråk var det några informanter som hade den uppfattningen att de boende kunde förstå och svara på svenska om informanterna sa till dem att de måste prata svenska.

*.../man fick säga till den ena i alla fall att nu får du prata svenska för nu  
förstår jag inte vad du säger*

Det är inte säkert att personen med demens är medveten om att de pratar på sitt hemspråk och det kan skapa en frustration som gör att svenskan inte kommer fram.

### **6.3 När svenska språket inte räcker till**

Den vanligaste alternativa kommunikationen var kroppsspråk i någon form. Informanterna försökte peka med händerna, tala med mild röst eller klappa på sängen för att visa vad man vill. Överlag sa informanterna att de boende tappade förmågan att prata på svenska framförallt när de boende var upprörda, ledsna eller arga och då var det svårt att nå fram på svenska. De var inte säkra på att de boende förstod svenska när de var i den sinnesstämningen.

*.../mycket kroppsspråk ja väldigt mycket minspel.*

*.../ försöka visa med händer eller försöka få fram vad de vill men det är ju väldigt svårt när det gäller dementa dom vet inte riktigt vad de vill heller.*

*Dom har ju kunnat ganska bra svenska men det kommer ändå ord från deras länder om man säger så.../*

*.../ försöka prata svenska försöka lära dom att prata svenska också ja men det var inte lätt*

I ett samtal mellan omsorgstagare och omsorgsgivare

*.../kan du inte säga det på svenska /.../ hon tyckte att hon sa det på svenska men det kom ju då hemspråk eller hemspråk. Svenska, svenska kanske hon sa då.*

Några informanter efterfrågade mer kunskap då demensomsorg skiljer sig från somatisk omsorg och att kunna hantera invandrare som drabbats kräver mer kunskap i demensomsorg.

*.../i framtiden måste vi ha riktlinjer på om det så är böcker, broschyrer eller vad som helst. Vi måste ju kunna kommunicera om de inte kan någonting för det kan ju bli så, det vet man ju inte heller /.../det är väldigt viktigt att man kan kommunicera*

Kroppsspråket fungerar bara till en viss nivå och då behövs mer kunskap i hur man löser kommunikationen.

### **6.4 Konsekvenser av att inte tala samma språk**

Majoriteten av informanterna tycker att det hade varit bra att kunna de boendes språk framförallt när de boende visat att de har ont men inte kan tala om var eller hur ont de har. Något annat som informanterna tog upp var när de boende var ledsna, oroliga, arga eller frustrerade. Informanterna tycker att det är frustrerande att inte kunna ta reda på vad det är som gör att de boende känner som de gör.

*.../ det är ju bra om man har ont så man kan säga ifrån att man har ont sådana där grejer.../*

*.../ det är svårt och förstå om de har ont om man ska fråga liksom om det är någonting så att de inte går och har ont/.../*

*.../ om dom har ångest eller sådär och uttrycker och försöker uttrycka det man inte förstår/.../*

*Ja vi har två stycken här nere nu en som är från land och en som är från land som skriker och gapar och blir arg men vi vet ju inte varför för vi förstår inte/.../*

*.../ att få reda på varför dom är oroliga man ser att någon kanske är ledsen och du kan inte fråga varför dom inte förstår dig och du förstår inte dom. Då kan du inte hjälpa dem heller eller hur, så enkelt är det.*

*.../ det borde vara en förutsättning att du kan prata alltså det är, det är där det börjar, att du blir förstådd och att du kan förstå har man inte den biten så är det jätte jätte svårt/.../ det blir svårt för alla.*

En informant berättar att hon kommit i kontakt med några utomeuropeiska boende som hela tiden kallar på uppmärksamhet men att de väldigt sällan träffar rätt på vad de boende vill ha trots att man försöker använda sig av kroppsspråket vilket oftast ledde till att den boende inte fått det de ville ha och informanten känner att hon inte kunde hjälpa vilket leder till att båda parter känner sig frustrerade.

*.../ ingen förstod dem och då blir det liksom ja vad ska jag göra åt henne, man försöker allt och då går man bara därifrån för du vet inte vad dom vill /.../*

Här upplevde de med mer erfarenhet att det blev missförstånd i högre utsträckning.

### **6.5 Några små ord och meningar**

Informanterna med mer erfarenhet har kommit i kontakt med boenden som gått så långt i sin demenssjukdom att de tappat all svenska och där de boende upprepat något ord på sitt hemspråk om och om igen. För att få reda på vad det är har de frågat anhöriga som kommit på besök eller försökt att hitta någon kollega som kunnat språket och ofta har det varit basala saker som att de boende vill ha sina tofflor eller att de tycker att det är kallt på rummet.

*.../ en kvinna som hela tiden sa "xxxx, xxxx " och då till slut förstod jag liksom att det var skor, att hon vill ha tofflorna./.../ Sen har jag frågat anhöriga vad det betyder/.../*

Här nämner de även att det är viktigt att man försöker lära sig ett och annat ord på den boendes språk då de upptäckt att det ibland kan räcka med ett enda ord för att få de boende att skina som solar. Boende som har ett aggressivt sätt brukar bli lugnare om man kan något eller några ord på deras språk men att det är lite osäkert om aggressionen beror på språket, personkemin eller demenssjukdomen.

*.../nu som vi har en dam här och hon kan ju vara lite aggressiv och så där men jag vet hur man gör henne så att hon skrattar så gott, /.../ då så säger jag "svordom,hemspråk" och du vet hon skrattar hon tycker detta är så roligt*

*alltså, förstår du, liksom bara sådana här små fraser/.../ hon blir på så gott humör/.../ och lära sig vissa fraser och så där det tror jag är jätteviktigt det tycker jag vi har gjort allihopa här.*

Några av de erfarna informanterna tyckte att det borde göras en ordlista med de vanligaste orden då informanternas erfarenhet är att språket försvinner gradvis och då är det lättare om man redan har lärt sig lite ord på den boendes språk. Att lära sig några ord på den boendes språk har informanterna gjort på eget initiativ för att de tycker att det underlättar i den dagliga omsorgen och de har gjort det lite efter hur behovet har sett ut.

*De boende som kan båda språken (svenska+hemspråk.min.anm.) att de inte glömmet bort svenskan helt heller helt och hållet så vi försöker prata svenska till dem/.../.*

*Men man märker att dom blir glada när man säger någonting på deras hemspråk det märker man, alltså dom blir glada på nåt sätt.*

Några informanter uttrycker att när alla ordinarie omsorgsgivare är lediga och att det endast finns personal som kan svenska så kan det bli kaotiskt på avdelningen.

## **6.6 Skillnader i omsorgen**

Här skiljer det sig lite mellan de erfarna och mindre erfarna informanterna men en faktor som gör den skillnaden är att de boende som de mindre erfarna kommit i kontakt med dem som fortfarande hade vissa svenska kunskaper medan de erfarna har erfarenhet där av att demenssjukdomen gått längre. De mindre erfarna har inte behövt problematisera i samma utsträckning som de erfarna.

*Det tror jag inte/.../ man får ju ta hand om dem med.*

*/.../ att man använder väldigt mycket kroppsspråk och hur man närmar sig/.../ hur man bemöter/.../ övertydlig kanske till och med.*

*Det skiljer sig väldigt mycket för att de som kan svenska talar man ju om/.../ vad det är man ska göra exakt vad det är, nu ska du borsta tänderna eller nu kammar jag ditt hår/.../ medan de som inte förstår, för de har ju tappat svenskan helt och hållet. Dom gör vi bara sakerna på så att det blir ju en helt annan /.../ Ibland kan det kännas som övergrepp för man vet liksom inte varför hon skriker när jag kammar, hon kanske har jättont där man vet ju inte.*

*Det blir mycket lättare att arbeta med när man kan språket att man kan prata med varandra samtidigt när man sköter om vårdtagaren*

Här uppgav informanterna att man använde sig i större utsträckning kroppsspråket och att man försökte vara övertydlig ibland. De mer erfarna förklarade att man i vanliga fall förklarar hela tiden vad det är man skall göra som exempelvis att nu skall vi borsta tänderna men att informanterna inte kunde göra det med de boende som tappat svenskan. En informant uttryckte sig att:

*Ibland känns det nästan som ett övergrepp för man vet liksom inte varför hon skriker*

En informant berättar att hon kommit i kontakt med några utomeuropeiska boende som hela tiden kallar på uppmärksamhet men att de väldigt sällan träffar rätt på vad de boende vill ha trots att man försöker använda sig av kroppsspråket vilket oftast ledde till att den boende inte fått det de ville ha. Informanten känner att hon inte kunde hjälpa vilket leder till att båda parter känner sig frustrerade.

*/.../du vet inte vad dom vill du pekar på vatten, du pekar på mat, du pekar på sängen, blöjan nä nä nä det blir bara kalla handen vad gör man då och det kan vara nåt annat men du förstår dom inte, det är en fruktansvärd situation, skrämmande.,*

Ett exempel var duschningen att många äldre inte vill duscha så ofta men att man försöker övertala de boende att de blir duschade minst en gång i veckan och här ser informanterna att om det är en som kan svenska så kan de boende säga att idag är ingen bra dag kan vi ta det imorgon medan en som inte kan göra sig förstådd blir duschad även om denne skulle föredragigt en annan tidpunkt. Detta kan leda till att omsorgstagaren blir frustrerad och arg.

### **6.7 De boendes känsla av att inte förstå eller bli förstådda**

Så gott som alla informanter uppgav två ord som de tror att de boende känner och det är *frustration* och *fruktansvärt*. Många uppgav att det blir frustrerande för både personalen och de boende då man försöker att fråga flera olika saker men att det ofta inte är något av det utan det kan lika gärna vara minnen från förr som de vill prata om men att det får man inte reda på som personal då man inte förstår.

*/.../ säkert att vi är knäppa i huvudet som inte förstår dem, jag tror att de känt väldigt frustration./.../ har du ont? Är du hungrig? man försöker hela tiden, är det wc? Och så är det inte det ändå kanske det. Är något från förr i tiden som har kommit upp då?*

*/.../det är säkert väldigt frustrerande som där man inte kan språket när de inte förstår vad man säger. Det är säkert väldigt jobbigt för dem, de kan inte tala om vad de vill liksom.*

*/.../ vi har uppe hos oss även svenskar som inte har talet kvar och hur handikappade dom är och frustrerade /.../ det måste ju va ännu svårare om du kommer från ett annat land och inte förstår språket längre som talas till dig och du kan inte göra dig förstådd. Det måste ju fruktansvärt, fruktansvärt*

*Fruktansvärt det måste vara fruktansvärt att inte kunna göra sig förstådd att inte kunna säga att man vill ha ett glas vatten eller att behöver gå på toaletten /.../ jag vet vad kissa heter.*

*Fruktansvärt det måste vara jätte jobbigt, de kan ju inte göra sig förstådda så det måste ju vara jätte besvärligt.*

Kort sammanfattat kan man säga att informanterna upplever att de inte skulle vilja vara i den situationen som de som bor på boende och inte kan svenska.

## 6.8 Vad behövs för att få god omsorg?

Här har informanterna svarat efter vad de tror och vad de har för erfarenheter inom området.

*Det vore att det startade ett boende så att det fanns personal som kan det språket kan jag tycka./.../ det är väl bra att det finns personal som kan språk, olika språk men det är ju inte alltid de är i tjänst om man säger så. Det är svårt att förklara du får vänta till imorgon för då kommer hon, det är ju nu den personen vill ha hjälp, ja det är ju så.*

*Att det finns små boenden, där man kommer in direkt och där det finns folk som pratar ens språk och har kunskaper om kultur o traditioner, ja allting som gör att man är den man är.*

*språket betyder ju väldigt mycket, självklart men vi har en som pratar båda språken och hon blandar vissa stunder hon pratar bara svenska och sen övergår hon till hemspråket så att det är blandat språk i hennes huvud./.../ så förstår hon helt och hållet vad jag säger ja och sen ja det händer också att hon inte förstår.*

De flesta informanterna uppger att boende för olika hemspråk vore det bästa och som ett alternativ att det finns personal tillgänglig som kan samma hemspråk som de boende.

## 6.9 Kultur

En majoritet av informanterna såg musik som något positivt som man kunde använda sig av i omsorgen. De har den erfarenheten att när de boende fått musiken på sitt språk har de blivit lugnare och ibland börjat sjunga fast de i vanliga fall inte pratar. Flera av informanterna gav exempel på när de boende brustit ut i skönsång och att informanterna blev berörda av att de boende kunde sjunga på ett sådant sätt och kunna alla orden. Informanterna är övertygade om att musik har en välgörande del som borde användas i omsorgen.

När informanterna fick prata helt fritt så kom den kulturella biten in som en viktig faktor i omsorgsarbetet och det kunde gälla historiken som man har med sig men även religiösa traditioner som kan skilja sig mellan södra och norra Europa.

*/.../Lika mycket kultur och tradition runt omkring.*

Det finns mycket som talar för att musik sitter djupare i minnet än språket som sådant men att traditioner också verkar ha betydelse även om man är långt gången i sin demenssjukdom.



## 7. Diskussion

Nu kommer jag att ta upp egna funderingar, tankar och förslag till förändringar. En del är sådant som jag fått till mig på ett eller annat sätt. Alternativt att jag inte hittat något om ämnet utan det är helt mina egna funderingar om hur och vad man skulle kunna göra.

Den lilla mängd forskning som jag lyckats hitta pekar på att om man drabbas av demens som invandrare och är tvungen att flytta till ett särskilt boende så är det bästa att få omsorgen på sitt egna hemspråk. Jag är övertygad om att det bästa är att alla som behöver får sin omsorg på ett språk som de förstår och det bästa är ofta omsorg av landsmän då det inte är enbart språket som man behöver utan även kulturella koder och traditioner. Att man hör till en gemenskap som man delar en historia med. Detta baserar jag delvis på Sirkka-Liisa Ekman (1996) som kom fram till liknande resultat baserat på finländare boende på svenska särskilda boenden. Jag är övertygad om att det gäller de flesta som är i den situationen att man drabbas av demens i ett land man immigrerat till.

Men nu lever vi inte i ett samhälle där alla kan få sin omsorg på sitt hemspråk och flytta till ett boende där personalen kan språket man behöver. Det är dessa konsekvenser som jag funderat kring. Vidare har jag haft funderingar på vad man kan göra istället för att kunna erbjuda ett bra boende för dessa personer som inte längre kan eller har kunnat svenska. En nödlösning eller plan b på vad man kan göra.

Mitt intryck av informanterna är att de har en hög kompetens i att arbeta med invandrare som har demens men att deras kompetens ofta är självlärd och väldigt sällan sprids utanför den egna avdelningen. Sedan finns det vissa luckor men det beror mycket på att några inte behövt problematisera vissa saker. Jag tycker att man borde ta tillvara på den kompetens som informanterna besitter och i någon form sprida den så att kunskapen blir tillgänglig för fler.

Det finns ett behov hos informanterna att få lära sig mer om hur demenssjukdomar drabbar framförallt invandrare och vilka problem de får i jämförelse med svenskar. Ett av de större problemen i mitt tycke kan vara när den boende växlar mellan svenska och sitt hemspråk för då kan det bli att man förutsätter att den boende kan svenska hela tiden. Men som det framkommer av det empiriska materialet så är det främst när den boende har starka känslöyttringar som de tappar det svenska språket och det då de behöver någon som förstår dem som mest.

De informanter som jag har intervjuat har lång erfarenhet inom service och omsorgsyrken. Ett intryck jag får är att det är ojämnt hur mycket man kan om invandrare med demens men att det beror på vilka erfarenheter man har. Den kunskapen som informanterna besitter är till stor del självlärd. De har införskaffat turistparlörer eller frågat anhöriga till den boende om olika ord och vad de betyder. En annan sak är att dessa kunskaper inte verkar tas tillvara och sprids endast mellan de egna arbetskollegorna. Det jag saknar efter intervjuerna är att inte ett enda av de tre boendena som jag var på har en handlingsplan för hur och vad man kan göra när det kommer en med ett annat modersmål än svenska.

Demenssjukdomarna i allmänhet gör att man får det svårare att förstå sin omgivning och det förvärras för de som tappat det språket som pratas i omgivningen. En som är svensk kan få hjälp med sin oro till viss del genom att någon förklarar vad som händer. En som inte förstår svenska kan uppleva att helt plötsligt kommer någon och börjar dra av kläderna och säger

något man inte förstår och kan hamna i panikartat tillstånd. Medan för de som förstår svenska vet att det är dags för en dusch.

Som det framkommer så klarar man sig inte enbart med kroppsspråket då det ofta blir missförstånd och att vissa demenssjukdomar gör att man tappar förmågan att läsa både mimik och kroppsspråk. Det är därför det är så viktigt att man kan samma språk som den äldre.

Här har jag en ide om att man skulle kunna använda sig av bilder i kombination med fraser på den boendes hemspråk. Jag har hittat ett exempel från en norsk rapport (Ingebretsen, Nergård 2007) där en enhetschef satt samman en pärm med vanliga fraser och bilder men det framgick inte av rapporten vilken sort bilder de använt sig av. Det som jag funderat på är om inte ett fotografi av det egna badrummet är bäst med en fras om att duscha eller bada skulle fungera bra.

En del av denna tanke har jag fått från praktikplatsen jag hade termin 5 på min utbildning där de hade satt upp fotografi på den som bor i lägenheten med resultatet att oron i korridorerna minskade och att de hittade till sina lägenheter. Sedan används fotografier under reminiscens som träning för minnet vid framförallt demenssjukdomar så varför kan man inte använda det i den dagliga omsorgen och då riktad mot invandrare som har demens.

Under den tid som jag skrivit denna studie har jag förstått att bildserier används för autistiska barn som ett sätt att få dem att kunna förutse vad som kommer att hända i den närmsta framtiden (Gillberg, Peeters 2002). Är det provat i äldreomsorgen om det kan fungera även där? Jag är av den åsikten att det borde kunna användas bilder i den dagliga omsorgen då det används bilder för reminiscens träning. Vad jag har förstått klarar en demenssjuk av bilder lättare än text och siffror.

Varför tycker jag att det är en bra ide att göra så här? Utav den enkla orsaken att de som bor på boende skall veta vad det är som händer och genom detta känna att de är delaktiga i sitt liv. En annan orsak är att det blir någon form av kommunikation och man kan förutse att nu blir det kaffe, frukost eller något annat. Alternativet är att någon kommer och börjar dra i en och man vet inte vad de vill eller vad som skall hända i den närmsta framtiden. Det är här som man börjar tänka att hur kan man skapa en meningsfullhet för de äldre? Jag inser att det kan låta som en låg målsättning att bara man vet vad som väntar i den omedelbara framtiden är det bra, men då får man även räkna med att de som drabbats av demenssjukdomar ofta har inte något långt tidsperspektiv framåt.

Ett ord på ett språk som man förstår kan göra att man för det lilla ögonblicket får lite ordning och något som är bekant även om stora delar av dagen är kaotisk. Här måste jag poängtera åter igen att jag tycker personligen att det bästa vore en landsman som omsorgsgivare till den boende men när det inte finns att tillgå vad gör man då? Det är här pärmen med bilder och fraser kommer in, för jag ser inte det som ett bra alternativ att skicka omsorgsgivarna på språkkurs. Däremot ser jag det mer som en realistisk lösning att man läser innantill från en pärm och det som gäller är korta och enkla meningar, precis vad som gäller för svenskar med demens. Det är inte några längre diskussioner det är frågan om utan att man kan lösa det mest nödvändiga och samtidigt få in lite värdighet. Som en så enkel sak att man behöver gå på toaletten och bli förstädd eller att man tycker att det är kallt och få en varm tröja, något som de flesta tar som en självklarhet. Jag är övertygad om att det finns ensamma invandrare med

demens på olika boenden i Sverige som inte hör sitt modersmål mer än vid enstaka tillfällen och tror att bara ett enstaka ord kan betyda mycket för deras välbefinnande.

Jag har en misstanke om att det finns personer som medicineras för aggressivitet när den riktiga orsaken är att man inte förstår varandra. Den boende är frustrerad och personalen vet inte varför utav den enkla anledningen att man inte förstår varandra. Jag har fått berättat för mig på olika håll om hur personer har fått eller varit på väg att felaktig behandling eller mediciner på grund av man inte förstått vad den boende sagt.

En del av aggressiviteten beror på skadorna som demenssjukdomen gör på hjärnan och det kan medicineras i vissa fall. Något som skapar frustration är när de misslyckas med sådant som de klarat tidigare men kan även vara att de är uttråkade för det finns för lite aktiviteter (Ekman 2007).

Det är svårt att säga vad som kan vara meningsfullt för en person med någon form av demenssjukdom men ett grundkrav borde vara att man förstår och blir förstådd.

Ser man till det salutogena synsättet så är meningsfullhet en av tre viktiga delar och här skall man försöka få fram något som en person ser som en uppgift som ger glädje eller att man känner sig nyttig (Antonovsky 1991). Då är min enkla fråga hur skall man få reda på vad som är meningsfullt för en person som man inte kan förstå och hur kan något vara meningsfullt om ingen förstår?

Man skall ha en förmåga att möta olika sorters stimuli som man helst skall kunna förutse i en framtid men även handskas med sådant man inte förutsett och ändå lyckas skapa en ordning eller en förklaring till händelsen (Antonovsky 1991). En person med demens har svårt för att hantera överraskningar eller något som faller utanför den dagliga rutinen. En hög känsla av begriplighet är det få personer med demens som har då dessa personer har svårt för abstrakta tankar gällande framtiden längre bort än den omedelbara framtiden. För en del kan det vara så att framtiden är något som finns någon minut framåt och allt bortom det finns inte. Här kan det då vara bra att man säger till i förväg vad som skall hända i den närmsta framtiden men återigen hur gör man det när man inte delar samma språk?

Till den tredje delen behöver man resurser som kan hjälpa en att hantera olika former av stimuli. Hanterbarheten behöver inte vara personen själv som har resurserna utan det går bra med andra personer som man litar på. Har man en låg grad av hanterbarhet kan man tycka att livet är orättvist eller att man är ett offer för omständigheterna (Antonovsky 1991). Ser man från en som tappat språkets synvinkel blir det inte mycket som blir hanterbart då man själv inte kan göra sig förstådd om vad man vill eller förstå vad de andra vill. Hur skapar man ett förtroende till någon man inte förstår?

För att kunna skapa en miljö där man använder sig av det salutogena synsättet gäller det att ledningen både tillåter och informerar personalen om hur det skall gå tillväga. De som arbetar med de äldre måste få lov att skapa egna lösningar tillsammans med den äldre och på så sätt även skapa ett förtroende dem emellan. Då det brukar vara den som arbetar med den äldre som även känner till behoven och önskingarna (Westlund, Sjöberg 2005). Mitt intryck från några av informanterna i mitt material att de hade en viss frihet att hitta på lösningar för de invandrare som tappat svenska språket, som exempelvis att de sjöng tillsammans med den äldre fast personalen vet inte vad de sjöng då de inte kunde språket.

Kommunikation kräver att det finns en mottagare och en sändare men att man är båda rollerna samtidigt. I kommunikationen finns flera delar som hur man upplever den andra personen men också information, känslor och bekräftelser (Nilsson, Waldemarson 2007). Ser man till vad som framkommit i mitt empiriska material är det inte mycket till kommunikation vi har för de som drabbats av demens och har ett annat hemspråk än svenskan. Det finns kommunikation till en viss del som de som inte tappat språket helt eller när omsorgsgivarna lär sig ett eller flera ord på den som har demens hemspråk. Som exemplet med informanten lärde sig en svordom på ett annat språk och fick den som hade demens att skratta och le, de flesta av oss ser kanske inte detta som någon bra kommunikation. Då tycker jag man skall ställa sig frågan att om man kan få någon på bra humör spelar det då så stor roll hur?

Inom kommunikationsteorin pratar man om återkoppling som ett sätt att få veta vad den andre tycker om det vi sagt då den andre visar någon form av reaktion till det man gjort eller sagt. Det skapas en osäkerhet om återkopplingen saknas eller blir bristfällig som gör att man kan börja misstro den andre (Nilsson, Waldemarson 2007). Ser man till den grupp som jag valt till min studie blir återkopplingen bristfällig genom att de inte vet vad som kommunicerats. Hur skall man kunna ge en återkoppling som blir riktig om man inte förstår varandra och förstår man inte varandra kommer misstro om den andre personen.

Demensförbundet har tagit fram riktlinjer hur man bör vara och agera när man kommer i kontakt med demenssjuka personer (bilaga3, Internetlänk06). Jag tycker att det är något som alla som kommer i kontakt med demenssjuka borde kunna men de har missat en mycket väsentlig fråga. Hur gör man med en demenssjuk som inte förstår svenska för riktlinjerna är baserade på att man talar samma språk.

Slutligen vill jag även nämna vad Statsminister Reinfeldt tog upp i regeringsförklaringen 2006 (Internetlänk05) gällande äldre att:

”Alla har rätt till en trygg och värdig äldreomsorg. Äldreomsorgen måste bedrivas med respekt för människovärdet.”

Då är den stora frågan att gäller det även de invandrare som drabbas av demenssjukdom och tappat det svenska språket? För om man börjar titta närmare på boenden runt om i Sverige och hittar de invandare som bor ensamma på ett boende utan några landsmän och ingen personal som kan deras språk. Har dessa personer ett tryggt och värdigt boende där de känner att de har ett människovärde?

## 9. Slutdiskussion

Nu i slutet på min studie har jag kommit fram till några slutsatser. En av slutsatserna är att om vi skall ha en värdig omsorg för invandrare och inte bara förvaring måste språkfrågan lösas på ett eller annat sätt. Som några av informanterna har införskaffat turistparlörer eller lärt sig några ord på den demenssjukes hemspråk och upplever att det varit lättare att ge omsorg och att omsorgsmottagaren varit på bättre humör.

För många av dessa invandrare som bor på boende gäller Maslows behovstappa där de får mat för dagen och tak över huvudet tillgodosedda men i stort sett inget mer. Om de skall få en värdigt och meningsfullt liv i salutogen anda måste språkfrågan lösas då språket är grunden för en social tillvaro och förståelse för sin omgivning.

Har jag besvarat mina frågeställningar? Jag börjar med den första frågan.

Hur viktigt är hemspråket i kommunikationen med invandrare som har någon form av demenssjukdom? Min studie visar att språket är avgörande för de äldre på flera plan. Framför allt om vi skall kunna erbjuda ett värdigt boende där de äldre är delaktiga i sitt eget liv. I mitt tycke är språket det som skiljer ett värdigt boende från förvaring. Som en av mina informanter uttryckte sig "ibland känns det nästan som ett övergrepp" och jag tycker att det visar tydligt på hur viktigt språket är i omsorgen.

Vilka konsekvenser kan det få för den boende när denne inte förstår svenska? Det kan få flera konsekvenser så som att den äldre blir isolerad och känner sig förvirrad. Detta kan leda till en aggressivitet som beror på frustration eftersom den äldre inte vet vad som händer och kan inte göra sig förstådd. Det finns en stor risk att det blir en ren förvaring i väntan på döden för den äldre då denne inte kan uttrycka sina önskemål och sina känslor. Personalen som arbetar med de äldre kan uppleva frustration och hopplöshet då de inte förstår vad de äldre vill.

Hur kan vi använda oss av det salutogena synsättet för att skapa en god omsorg för invandrare som har svårt att göra sig förstådda på det svenska språket? En av grundpelarna i det salutogena synsättet är meningsfullheten och för att kunna skapa en meningsfullhet för de äldre måste det finnas ett sätt att kommunicera. Vi måste fråga oss vad kan den äldre vilja mer än bara mat för dagen och tak över huvudet, vad motiverar den äldre att gå upp varje morgon? Vad kan vi göra för att bryta isoleringen och skapa lite ordning i det kaos som de upplever? Jag tycker att i första hand skall man försöka hitta ett boende som har den språkspecifika inriktningen då det är större sannolikhet att den äldre kommer att känna sig trygg och hemma i en sådan miljö. Har vi inte personal som kan språket måste vi försöka hitta om det finns inom organisationen någon som kan språket. Eller så kan mitt förslag om pärm med de vanligaste omsorgsfraserna och bilder vara ett delmål.

Mitt syfte att belysa språkets betydelse för invandrare med demens i omsorgen är uppfyllt genom mitt empiriska material och den tidigare forskning som jag tagit fram. Slutsatsen är att språket är väldigt viktig för en person med demenssjukdomar då språket ofta blir den äldres enda trygghet i en annars kaotisk värld.

## 10. Förslag till vidare forskning

Hur många av invandrarna med demens är medicinerade för aggressivitet när grundorsaken är frustration över att inte förstå eller bli förstådd.

Här känner jag att jag vill skilja på de som kommit under 1950-60-70-talet som arbetskraftsinvandring och de som kommit som flyktingar under 1980 och framförallt de som kommit under 1990-talet fram tills i dag. Det som skiljer dem åt enligt mig är att de som kom som arbetskraft kom som unga individer i åldrarna 20-30 år och sedan arbetat större delen av sitt liv i Sverige.

Ett litet sidospår men det finns flera studier och forskning som visar på att anhöriga vårdar sin anhöriga med demenssjukdom längre än vad de har kapacitet för vilket leder till att det finns risk för att den anhöriga som vårdat också behöver hjälp och vård (Grafström 1997). Medan många av de som kommit som flyktingar har tagit hit sina äldre som anhöriginvandring och har haft liten eller ingen integration i det svenska samhället. Men samtidigt blir de i större utsträckning omhändertagna av sina anhöriga och söker sig sällan till ett kommunalt boende. En fråga som jag ställer mig är vad händer om många av de som vårdar sina anhöriga idag upptäcker att de tagit på sig en uppgift som blivit för stor? Kommer kommunerna att kunna lösa ett värdigt boende för dessa som inte hunnit integreras i Sverige? Kan man få tag i personal som kan samma språk?

När det gäller rekrytering av andra och tredje generationens invandrare är frågan finns det tillräckligt många som har både språkkunskaperna som krävs och viljan att arbeta inom omsorgen? Här är det väl främst de som är barn till de som kommit som arbetskraftsinvandrare på 1950-60-70-talet som jag tänker på och hur många av dessa barn har integrerats i Sverige men samtidigt tappat mycket av sitt ursprung. Här tänker jag på mina egna landsmän och min erfarenhet är att många av dem som är barn till dem som kom som arbetskraftsinvandring tappat mycket av det finska språket. En del för att man inte använder finskan mycket mer än när man har kontakt med sina föräldrar. Sedan finns det de som skaffat sig en partner som inte kan finska och då använder man hemspråket mindre. Att man inte har användning av det finska språket mer än samtal med andra finländare och att de flesta kontakter i samhället sker på svenska. Jag har fått indikationer att det är liknade i de andra språkgrupperna som kom under denna period.

Något som jag anser att man bör forska vidare på är att se om hur man kan göra tillvaron bättre för de invandrare med demens som bor på särskilt boende. Här anser jag och den forskning jag hittat att en landsman är det bästa men vad gör man om det inte finns att tillgå. Jag har inte lyckats hitta någon mer forskning om vad man gör när det inte finns en landsman förutom en rapport från Norge. Där nämns i förbifarten om ett boende där man använder bilder och fraser i en pärm. Invandrarnationerna U.S.A och England får jag intrycket av att det skall ses som nästan en självklarhet att omsorgen sker på det språket som man kan. Därför finns det inte mycket forskning om det från dessa länder, då de inte verkar ha samma problem som vi har i norra Europa och Australien. I Australien har man börjat titta på om hur man skall lösa problemet och hur man skall kunna garantera att den som invandrat kan få kontakt med en landsman några gånger i månaden. Men de har inte tittat på frågan riktad mot personer med demens utan att kontakten är oavsett om du har en demenssjukdom eller ej. I mitt tycke så tar de inte upp språkfrågan i samband med demenssjukdomar utan mer i form av kulturell

aspekt. För när jag letat efter kombinationen demens och språk så är de få resultaten som jag fått fram oftast från ett nordiskt land.

Socialstyrelsen gjorde en verksamhetstillsyn 2004 och valde ut 50 boenden där de undersökte hur många läkemedel de äldre som bor på särskilt boende hade i genomsnitt i åldersgruppen 86-106 år. Personerna hade i genomsnitt 9 läkemedel per person men en hade så många som 27 läkemedel per dag (Westlund, Sjöberg, 2005). Jag skulle tycka att det vore intressant och få veta hur många av dessa har invandrarbakgrund och medicineras för aggressivitet.

## Referenser

- Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium*. Köping, Bokförlaget Natur och Kultur
- Dalen, Monica (2008) *Intervju som metod*. Malmö, Gleerups utbildning AB
- Ekman, Sirkka-Liisa (1996) *Monolingual and Bilingual Communication Between Patients With Dementia Diseases and Their Caregivers*. Sid.127-132. International Psychogeriatrics, 1996, Vol.8, Suppl.1
- Ekman, Sirkka-Liisa, m.fl (2007) *Alzheimer*. Stockholm, Karolinska Institutet University Press
- Gillberg, Christopher, Peeters, Theo (2002) *Autism: Medicinska och pedagogiska aspekter*. Stockholm, Cura Bokförlag och Utbildning AB
- Grafström, Margareta, Winblad, Bengt, Almberg, Britt (1997) *Caring for a demented elderly person- burden and burnout among caregiving relatives*. Sid.109-116 Journal of Advanced Nursing Vol.1997:25
- Heikkilä, Kristiina & Ekman, Sirkka-Liisa (2000) *Health Care Experiences and Beliefs of Elderly Finnish Immigrants in Sweden*. Sid. 281-289. Journal of Transcultural Nursing 2000 Vol. 11, No. 4.
- Heister Trygg, Boel (2008) *Kommunikativ omvårdnad : om alternativ och kompletterande kommunikation för personer med demens, förvärvad hjärnskada och grav utvecklingsstörning*. Vällingby, Hjälpmedelsinstitutet
- Ingebretsen, Reidun, Nergård, Trude Brita (2007) *Eldre med innvandrerbakgrunn*. NOVA Rapport 13/70 NOVA – Norwegian Social Research
- Kylén, Jan-Axel (2004) *Att få svar*. Stockholm, Bonnier Utbildning AB
- Nilsson, Björn, Waldermarson, Anna-Karin (2007) *Kommunikation: Samspel mellan människor*. Lund, Studentlitteratur
- Nilsson, Åke (2004) *Långt liv i Sverige*. sid. 22-23 Välfärd, 2004:3 SCB
- Runci, Susannah J, O'Connor, Daniel W, Redman, Jennifer R (2005) *Language needs and service provision for older persons from culturally and linguistically diverse backgrounds in south-east Melbourne residential care facilities*. Sid. 157-161. Australasian Journal on Ageing 2005, Vol.24, Nr3
- Westlund, Peter, Sjöberg, Arne (2005) *Antonovsky inte Maslow-för en salutogen omsorg och vård*. Solna, Fortbildningsförlaget.



## **Internetlänkar**

Alla nedanstående länkar var aktiva och fungerade 090419.

Internetlänk 01

<http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,2616581,00.html>

Internetlänk 02

<http://www.minoritynurse.com/culturally-sensitive-dementia-care>

Internetlänk03

<http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Reminscens/Reminiscens-vacker-minnen-till-liv/>

Internetlänk04

<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

Internetlänk05

<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/70232>

Internetlänk06

<http://www.demenscentrum.se/Leva-med-demens/Om-du-ar-anhorigvardare-/Bra-forhallningssatt/>

Hej!

Jag heter Jari Rajala och läser min sjunde och sista termin på socionomprogrammet vid Göteborgs Universitet. Som en sista uppgift skall jag skriva en c-uppsats och det jag har tänkt mig att skriva om är:

”Invandrare med någon form av demenssjukdom som bor på gruppboende och språkets betydelse för omsorgen”.

En orsak till undersökningen är att nu börjar många av dem som kom som arbetskraftsinvandring på 60-70 talet bli gamla med allt vad det innebär och även denna grupp kommer att drabbas av demenssjukdomar. Demenssjukdomarna skapar många hinder för personen som drabbats och ett brukar vara att man tappar det svenska språket. Språket är viktigt för alla människor men hur gör man om det inte finns där längre och hur gör man som personal om man inte kan samma språk som den boende. Jag har fått en uppfattning om att det inte verkar vara så många kommuner som tänkt på hur de skall göra för att dessa personer skall få ett så värdigt liv som möjligt och det är lite det som är tanken med uppsatsen att man försöker hitta lösningar innan det blir ett problem.

Det är till det jag behöver din hjälp då jag tänkt att jag skall intervjua undersköterskor/vårdbiträden där du berättar om dina erfarenheter av att ge omsorg till invandrare med demenssjukdomar och då främst hur du kommunicerat med den boende. Min tanke är att jämföra forskning och hur det ser ut i ”verkligheten”.

Så här har jag tänkt mig att det skall gå till, jag intervjuar i ca 30-40 minuter om din kommunikation med boende som jag spelar in på en mp3-spelare och det materialet skall jag använda delar av till att jämföra med tidigare forskning men även för att väcka nya frågor.

Jag kommer att utgå från Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska regler som innebär att man skall följa dessa grundprinciper: *informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet*

Informationskravet är att jag förklarar vad jag vill veta och hur jag skall samla in informationen.

Samtyckeskravet är att det är helt frivilligt att delta i min undersökning och att man får avbryta när man vill.

Konfidentialitetskravet är att om någon annan läser min uppsats skall de inte kunna veta vem som sagt vad och om någon uttrycker sig på ett speciellt sätt skall jag ändra orden men inte innebörden. Det vill säga att du får vara anonym.

Nyttjandekravet är att det som du säger får bara användas i forskningssyfte.

Om det är något du undrar kan du kontakta mig på:

Mobil XXXX-XX XX XX

E-e-mail: xxxx@xxxx.xx.se

## Intervjufrågor

### **bakgrund frågor:**

- 1.Hur gammal är du?
- 2.Hur länge har du arbetat som undersköterska/vårdbiträde?
- 3.Har du arbetat med annat än omsorg och i så fall har du haft nytta av det i ditt omsorgsarbete?
- 4.Vad har du för erfarenheter av invandrare med någon form av demenssjukdom?
- 5.Om du inte har kunnat samma språk som den boende hur har du kommunicerat med den boende?
- 6.Kan du ge exempel på när språket har varit viktigt? Exempel. något som avvikit från den dagliga omsorgen där det skulle ha underlättat får båda om man kunnat språket? något i den dagliga omsorgen som skulle minska missförstånd mellan den boende och omsorgsgivare?
- 7.Om man bortser från språket tycker du att det är någon skillnad i omsorgen till en utlandsfödd?
- 8.Vad har ni för rutiner gällande kommunikationen för invandrare som har demens och hur bra eller dåligt fungerar dessa tycker du?
- 9.Hur tycker du att den perfekta omsorgen skulle se ut för invandrare med demens, om man ser till kommunikationen mellan omsorgstagare och omsorgsgivare?
- 10.Hur tror du att den boende känner när denne inte kan svenska?
- 11.Tror du att exempelvis musik där de sjunger på samma språk som den boende kommer ifrån gör någon skillnad för den boende? om Ja hur tror du att det gör skillnad?
- 12.
- 12.Är det något som du tycker att jag glömt fråga eller något som du vill tillägga?

## Nio bra förhållningssätt

Det är naturligt att känna sig rådvill i kontakten med en demenssjuk person, det gäller även om man är nära anhörig. Hur ska man kunna hjälpa till, kanske undvika att personen skadar sig, och samtidigt visa respekt för integritet och självbestämmande? Demensförbundet har sammanställt en lista med bra förhållningssätt.

**Samtala som vanligt.** Om personen ”lever” i gamla tider, prata om gamla tider. Glöm inte att det är en vuxen människa du talar med.

**Försök inte att rätta personen.** Säg aldrig ”du kan inte göra så där, det blir ju fel förstår du väl”.

**Fånga personens känslor och pressa inte hennes minne.** Säg inte ”minns du vad vi gjorde idag?” Säg istället ”idag var vi ute och gick och plockade vitsippor som var så vackra.”

**När du känner att ilskan kommer hos dig.** Det är klart att man kan bli arg, men visa det inte. Gå ifrån och låt det rinna av dig eller, om det är möjligt, be någon annan ta över,

**Om personen råkat bete sig olämpligt.** Påpeka inte för henne att det var olämpligt. Förmodligen kommer hon inte ihåg händelsen och ett sådant påpekande kan skapa olustkänslor.

**Prata inte förbi personen.** Påpeka inte hennes brister inför andra människor. Demenssjukas känsloliv fungerar bättre än de intellektuella förmågorna. Ingen vill göra bort sig inför andras ögon.

**Även om du inser att personen inte klarar av situationen, visa det inte för henne.** Försök att underlätta och lägg tillräta lite försiktigt. Säg till exempel ”Vi kan hjälpas åt att göra det”, istället för ”om jag gör det där så blir det bättre”.

**Försök inte leda personen om hon vill något annat.** Var följsam och försök att styra henne i rätt riktning. Det kanske är matdags men hon vill gå en tur i korridoren. Locka då med ”oj vad det skall bli gott med köttbullar” eller ”nu skulle det smaka gott med köttbullar. Skall vi se om det finns några?”

**Försök att använda din ”fingertoppskänsla”.** Med andra ord, sunt bondförnuft! Hur kan personen tänkas reagera och känna inför det jag säger, eller vill att hon skall utföra. Är det min eller hennes önskan som är drivkraften?

Kopierad från Demenscentrums hemsida:

<http://www.demenscentrum.se/Leva-med-demens/Om-du-ar-anhorigvardare-/Bra-forhallningssatt/>