



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

SOL 065

Ht 05

Omsorgspersonalens tankar kring lugnande- och sömnmedel inom äldreomsorgen

En jämförande studie, utifrån olika boendeformer, inom Eslövs
kommun

Författare:
Petra Lingheimer

Handledare:
Flemming Kristensen

ABSTRACT

The purpose of this essay was to investigate the care personnel's experience, and thoughts concerning the elderly use of sedatives and sleeping tablets. The purpose was also to make a comparison between different forms of living, in an attempt to find out if the form of living in itself was a factor that affected the use of sedatives and sleeping-tablets.

In order to investigate this, the main questions of this essay became:

- To what extent do the patients use sedatives and sleeping tablets?
- What is the care personnel's experience of, and thoughts about the patients' use of sedatives and sleeping tablets?

To obtain answers to my questions I interviewed care personnel working at different types of homes for elderly people and working with elderly people still living at home.

I came to the conclusion that where you live may also have an influence on the use of sedatives and sleeping tablets. This could be seen when a group of elderly people lived together, and some of them were suffering from dementia. Then it could happen that the elderly with dementia were given sedatives and sleeping tablets, not just in order to calm them, but also to give the others a better environment to live in.

1. INLEDNING	1
1.1 Problemformulering	1
1.2 Syfte	2
1.3 Frågeställningar	2
1.4 Avgränsningar	2
2. METOD OCH URVAL	3
2.1 Val av metod	3
2.2 Sondering av ämnesområdet	4
2.3 Urval	4
2.4 Hur jag fick tillträde till intervjuväldet	5
2.5 Karakteristika hos intervjupersonerna	6
2.6 Intervjuguiden.....	6
2.7 Metodens tillgångar och begränsningar.....	7
2.8 Etiska problem.....	7
2.9 Intervjusituationerna och genomförandet av intervjuerna.....	8
2.10 Bearbetning och analys av data	9
2.11 Fortsatt framställning	10
3. TIDIGARE FORSKNING OCH RAPPORTER.....	10
3.1 Åldrandet ur ett socialpsykologiskt perspektiv	10
3.2 Den åldrande individen i samhället	11
3.3 Åldrandets villkor	12
3.4 Äldres medicinering med lugnande- och sömnmedel	12
3.4.1. <i>Rapporter från Socialstyrelsen</i>	12
3.4.2. <i>Rapport från Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning</i>	13
3.4.3. <i>Rapport från Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum</i>	14
3.4.4 <i>Summering av stycke 4.1</i>	14
3.5 Faktorer av betydelse för medicineringen med lugnande- och sömnmedel	14
3.5.1 <i>Rapporter från socialstyrelsen.</i>	14
3.5.2 <i>Rapporter från Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum</i>	17
3.5.3 <i>Boken "Äldre och läkemedel"</i>	17
3.5.4 <i>Summering av stycke 4.2</i>	17
3.6 Slutsats.....	18
3.7 Källkritik.....	19
4. TEORI.....	20
4.1 Individen ur ett livloppsperspektiv	20
4.2 Betydelsen av känslor av sammanhang.....	21
5. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS.....	22
5.1 Fakta kring medicineringen med lugnande medel respektive sömnmedel.....	22
5.1.1. <i>Kärrkras särskilda boende för äldre med demens</i>	22

5.1.2. Kärråkras äldreboende.....	23
5.1.3 Kärråkras korttidsboende.....	23
5.1.4 Hemvården Nord-Väst.....	24
5.1.5 Hemvården Nord-Ost.....	24
5.1.6. Bergagårdens äldreboende.....	25
5.1.7. Slutsats.....	25
5.2 Tankar kring medicineringen med lugnande respektive sömnmedel.....	26
5.3 Tankar kring samspelet mellan den sociala miljön och medicinens betydelse.....	30
6. SLUTDISKUSSION.....	41

BILAGA 1: INTERVJUGUIDE

BILAGA 2: LISTA ÖVER INTERVJUPERSONER

FÖRORD

Jag vill rikta ett stort tack till den omsorgspersonal på Kärråkra, Bergagården och på hemvårdsdistrikten Nord-Väst och Nord-Ost som så villigt ställt upp och tagit av sin tid för att besvara mina frågor.

Ett stort tack också till min handledare Flemming Kristensen, för positiv handledning, och hjälp med att inte tappa fokus.

1 .INLEDNING

1.2 Problemformulering

I tv-programmet ”Fråga Doktorn” på Sveriges television kanal två, togs måndagen den åttonde november 2005, upp att de äldre äter alltmer läkemedel, samtidigt som de faktiskt är extra känsliga för just läkemedel. Man påvisade att vårdtagarna i särskilda äldreboenden i genomsnitt tog 10 olika läkemedel.

Som motvikt till detta visade man Sigtoniagården, ett demensboende utanför Strängnäs, där medicinförbrukningen bland de dementa var mer än halverad. Reportern menade att lösningen nästan lät otrolig. Vad var då denna lösning? Jo, ett positivt mänskligt bemötande. Sjuksköterskan Barbro Broman-Pettersson berättade att det fanns riktlinjer för varje vårdtagare, att vårdtagaren alltid sattes i centrum, och att denne stimulerades och motiverades, samt att man arbetade med att stärka dennes självkänsla. Man kunde också erbjuda en positiv och stimulerande miljö och en verksamhet som utgick ifrån vårdtagaren. Hon menade att då man satte vårdtagaren i centrum och bekräftade denne på rätt sätt, så kunde man minska på läkemedlen.

En viktig hjälp som personalen hade, var en levnadsbeskrivning av varje vårdtagare. Man menade att de gamla ofta vänder tillbaka i den här sjukdomen, och att det därför var viktigt att personalen har kunskap om vilket liv den gamle levt för att kunna stötta och lugna. Slutsatsen som man på Sigtoniagården dragit var att det fungerade bra att möta vårdtagarnas oro med till exempel samtal på varje persons villkor, istället för att ge lugnande medicin. En positiv effekt av detta var att personalen märkt att vårdtagarna blivit mindre rastlösa, de travade inte runt som förr, de hade slutat att sitta och stampa med foten och ha ljud för sig.

Sömnmedel hade helt tagits bort, och man menade att det fungerade bra eftersom de gamla var så pass stimulerade på dagen, att de var trötta när kvällen kom. Man hade också ändrat rutinerna för kvällsmaten, så att de gamla fick ett förstärkt kvällsmå istället för skorpa och kaffe, detta innebar att kvaliteten på sömnen blev bättre, och att färre var tvungna att gå upp och kissa på natten. En positiv bieffekt av att sömnmedlen tagits bort var att fallolyckorna på dagarna helt försvunnit, då de gamla inte längre är så drogade att de går och trillar.

Reportern avrundade reportaget med att konstatera att detta var en aktiv mjukare, personlig tillvaro för de dementa, och på köpet mindre medicin.

Lite senare i programmet fick Kerstin Hulter-Åsberg, läkare och geriatriker, frågan om det finns någon onödig behandling. På detta svarade hon att sömnmedel som tas å ut och å in är ett exempel på en onödig behandling. Hon sa vidare att det inte finns några indikationer på livslång användning av sömnmedel, utan att denna form av medicinering ska användas under

korta perioder av sömnstörningar, i annat fall kan medicineringen ställa till trassel på sikt, vilket hon ansåg som klart onödigt.

Olika rapporter från bland annat Socialstyrelsen, Äldreuppsdraget och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning stödjer tanken om att äldre människor i Sverige är storkonsumenter av läkemedel, och att lugnande medel och sömnmedel utgör en stor del av dessa.

I dessa rapporter samt i annan litteratur, exempelvis i Johan Fastboms bok Äldre och läkemedel (2000) framkommer också att lugnande- och sömnmedel förekommer i större utsträckning på sjukhem än i ordinärt boende.

Nu undrar jag hur situationen ser ut i min lilla hemstad, Eslöv. Är de äldre storkonsumenter av lugnande- och sömnmedel också här, och kan man finna skillnader i konsumtionsmönster vad gäller olika boendeformer? Vilka tankar har omsorgspersonalen om detta?

1.2 Syfte

Uppsatsens syfte är att undersöka omsorgspersonalens upplevelser av, och tankar kring de äldres användning av lugnande- och sömnmedel, i en social kontext, samt att försöka göra en jämförelse olika boendeformer emellan, för att försöka upptäcka om boendeformen är en faktor som påverkar användningen av lugnande- respektive sömnmedel inom äldreomsorgen.

1.3 Frågeställningar

- I vilken utsträckning medicineras vårdtagarna med lugnande- och sömnmedel?
- Vad är omsorgspersonalens upplevelser av, samt tankar kring vårdtagarnas användning av lugnande- och sömnmedel?

1.4 Avgränsningar

I denna uppsats kommer jag av att hålla mig till omsorgspersonalens upplevelser och tankar kring det sociala samspelet mellan dem och de äldre, och personalens upplevelser av hur detta kan påverka de äldres medicinering med lugnande- och sömnmedel. Jag kommer alltså inte att gå in på de äldres egna, eller deras anhörigas tankar kring detta samspel och denna medicinering.

Jag kommer i detta sammanhang inte att gå in på de politiska riktlinjer som styr dagens äldreomsorg, och inte heller vilka resurser som tilldelats äldreomsorgen.

Vidare kommer jag inte att göra några intervjuer med förskrivande läkare. Detta av två skäl; det första är att det förmodligen skulle vara svårt att få någon av dagen tidspressade läkare att ställa upp på en intervju, och det andra att det då skulle bli mindre utrymme för intervjuer med omsorgspersonal på olika typer av boenden, och att det därför skulle bli svårare att göra jämförelser olika boendeformer emellan.

Uppsatsen kommer inte heller att beröra annan medicinering än den som rör lugnande- och sömnmedel.

Det finns också en genusaspekt på beroendet av lugnande- och sömnmedel – fler kvinnor än män (i alla åldrar) är beroende av dessa preparat, denna aspekt kommer jag inte heller av utrymmesskäl att beröra.

Ytterligare en avgränsning kommer att göras; jag kommer att hålla mig till boenden som drivs i kommunal regi, och göra jämförelser dem emellan. Jag kommer således inte att jämföra kommunala boendeformer med privata sådana. Detta för att mitt material är litet, och att jag därför inte vill ha ytterligare en faktor som kan spela in.

2. METOD OCH URVAL

2.1 Val av metod

Det finns olika sätt att samla in data, antingen med hjälp av kvantitativa eller kvalitativa metoder. I denna studie har jag valt den kvalitativa metoden. Enligt Tesch i Denscombe (2000) är det på sin plats när man har ett intresse för betydelser och de sätt människor förstår saker på, eller då man har ett intresse för beteendemönster. Jag anser att dessa intresseinriktningar ligger i linje med det jag avser att undersöka.

Genom den kvalitativa metoden eftersträvas en helhetssyn, och som Holme & Solvang (1991) menar; ett försök att gå på djupet i undersökningen. Detta innebär bland annat att resultatet av denna metod inte bara ska syfta till en beskrivning, utan också mynna ut i en förståelse.

Denscombe (2000) menar att det finns tolerans för tvetydigheter och motsägelser, i det att metoden ger en återspeglning av en social verklighet. Det finns alltså möjligheter till alternativa förklaringar.

Just möjligheten till tvetydigheter och i vissa fall kanske rena motsägelser i det insamlade materialet ser jag som en spännande spegling av den verklighet vi lever i, och som faktiskt sällan är riktigt svart eller vit. Denna möjlighet utgör samtidigt ett stort problem för den som

utför undersökningen, för hur vet man att man tolkat ett material innehållande motsägelser på det sätt som respondenten menade, och har han/hon själv innebörden klar för sig?

Denna tanke leder osökt till nackdelarna med metoden. Det blir svårt, för att inte säga omöjligt, att generalisera utifrån material där man använt sig av kvalitativa metoder, bland annat eftersom man använt sig av djupstudier och därför inte arbetat med ett så stort antal intervjupersoner att man kan dra några generella slutsatser därifrån. Vidare filtreras de erhållna svaren via intervjuarens egen föreställningsvärld, där dennes bagage i form av upplevelser och föreställningar spelar in.

”Forskningen är ”självmedveten”. Det innebär att resultaten med nödvändighet är mer provisoriska och försiktiga, eftersom forskningen bygger på den grundläggande premissen att resultaten snarare är en produkt av forskaren än ett avslöjande av fakta” (Denscombe, 2000, s 261).

Jag avser att använda mig av en tematisk intervjuguide för att försöka fånga upp intervjupersonernas tankar och känslor kring mitt valda ämne.

2.2 Sondering av ämnesområdet

Något av det första som gjordes var en litteratursökning inom ämnesområdet för att se vad som fanns skrivet härom. Källor söktes via LIBRIS, LOVISA, ELIN och olika databaser som exempelvis PUB.MED. denna eftersom mitt ämnesområde tangerade det medicinska området. Resultatet av sökandet blev några artiklar, några böcker men framförallt en hel del rapporter som berörde mitt ämnesområde. Rapporter beställdes också direkt från Socialstyrelsen och Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum.

Nästa steg blev att kontakta de personer som skulle kunna förmedla kontakt med mina tilltänkta intervjupersoner ute på fältet.

2.3 Urval

Mitt urval kommer att ligga åt det subjektiva hållet, men samtidigt är det inte helt godtyckligt, utan jag har ett syfte i åtanke (Denscombe 2000). Jag har tänkt mig att intervjua omsorgspersonal på olika typer av kommunala boendeformer för äldre, för att utröna deras upplevelser och tankar kring det sociala samspelet mellan dem och de äldre, samt personalens upplevelser av hur detta samspel kan påverka de äldres medicinering med lugnande- och

sömnmedel. Min tanke är sedan att försöka jämföra konsumtionsmönstren olika boendeformer emellan, och försöka sätta detta i samband med personalens tankar kring det sociala samspelet mellan personal och vårdtagare.

En annan personalgrupp som i högsta grad är inblandad i vårdtagarnas medicinering med lugnande- och sömnmedel är förskrivande läkare. Dessa ingår också som en del i det sociala sammanhanget kring vårdtagaren och dennes medicinering. Något som har gjort denna bit av det sociala sammanhanget svår att undersöka, är att de flesta vårdtagarna, trots att vissa boenden har läkare som är knutna till dessa, har sina egna husläkare, vilket gör att omsorgspersonalen träffar många olika läkare nere på vårdcentralerna. Som tidigare nämnts under rubriken avgränsningar kommer inga intervjuer att genomföras med läkare.

Jag är medveten om att materialet som jag kommer att framställa på denna grund blir för litet för att kunna göra några generaliseringar, men syftet med denna studie är att beskriva och försöka förstå inte att kunna generalisera.

Jag har som tidigare nämnts under rubriken avgränsningar, funderat på om jag skulle intervjua någon anhörig för att få ett större djup i kunskapen, nackdelen är att det blir färre personal att intervjua, och att den lilla bredd som finns går förlorad. Jag kommer alltså endast att intervjua omsorgspersonal.

Antalet personer jag kommer att intervjua är sju stycken, inte fler, för att jag ska hinna analysera och bearbeta materialet.

2.4 Hur jag fick tillträde till intervjuväldet

För att få "access" eller tillträde till mitt intervjuväld så började jag med att ringa runt till olika enhetschefer inom äldreomsorgen i Eslövs kommun. Dessa fungerade som så kallade "gate-keepers" och gav tillstånd till att genomföra intervjuerna, samt hänvisade vidare till personal ute i de olika boendena som jag kunde intervjua. Min ambition var att nå personal på olika former av äldreboenden, vilket jag också tycker att jag gjort.

Ett hemvårdsdistrikt, ett särskilt boende för dementa, två äldreboenden samt ett korttidsboende.

Repstad (1999) menar dock att detta förfaringssätt, då det är "gate-keepers" som ska välja ut vem som ska intervjuas, kan innebära ett trovärdighetsproblem för studien, eftersom man kan misstänka att dessa väljer ut de personer som anses som mest följsamma, och som ger den bästa bilden ur ledningens perspektiv.

Nu kommer min undersökning att inrikta sig på de boendes/vårdtagarnas användning av lugnande- respektive sömnmedel i relation till den sociala miljön och deras boendeform, och

inte i förhållande till exempelvis hur tillmötesgående omsorgspersonalen är ur vårdtagarnas synvinkel, därför tror jag inte att detta ska ställa till några problem i det här fallet.

2.5 Karakteristika hos intervjupersonerna

Omsorgspersonalen som jag har intervjuat, totalt sju stycken, var samtliga kvinnor. Deras ålder var mellan 27 och 51 år. Medianåldern var 43 år, och medelåldern låg på 38,7 år. Samtliga kvinnor var undersköterskor, och sex av dem var dessutom teamledare, vilket innebär att de utöver undersköterskesysslorna också skötte vissa personalärenden. Två av kvinnorna jobbade inom hemvården, en på ett särskilt boende för dementa, en på ett korttidsboende för äldre och tre på två olika äldreboenden.

2.6 Intervjuguiden

Jag har valt att använda mig av en intervjuguide, där frågorna är indelade efter teman (se bilaga 1). Under varje tema har jag vissa huvudpunkter (kursiverade på intervjuguiden) som jag tänkt söka svar på. Uppdelningen i teman och huvudpunkter gör att intervjuguiden kan användas som en minneslista (Repstad, 1999) där man får med nödvändiga uppgifter, utan att behöva följa den slaviskt.

Intervjuguiden har arbetats fram efter inläsning av litteratur som berör ämnesområdet. Också det i inledningen nämnda tv-programmet gav upphov till funderingar vilka slutligen mynnade ut i olika frågeställningar.

Intervjuguidens teman:

- Formalia och statistik.
- Fakta kring medicinering med lugnande- respektive sömnmedel.
- Tankar kring medicineringen med lugnande- respektive sömnmedel.
- Tankar kring samspelet mellan den sociala miljön och medicinens betydelse.

Under temat tankar kring medicineringen med lugnande- respektive sömnmedel berörs ämnen som tankar kring eventuella biverkningar, medicineringens längd, eventuellt beroende av lugnande och/eller sömnmedel, samt alternativa metoder till medicinering.

Temat tankar kring samspelet mellan den sociala miljön och medicinens betydelse täcker in tankar kring när olika beteenden blir till problem, faktorer som påverkar att vårdtagarna känner oro, bemötandets, arbetssättets och vårdtagarnas livshistorias betydelse för

medicineringen med lugnande- och/eller sömnmedel. Under detta tema tas även upp tankar kring om vårdtagarnas upplevelser av meningsfullhet, självbestämmande och trygghet påverkar deras behov av denna typ av medicin, samt om gruppdynamiken på avdelningen kan sättas i relation till medicineringen. En av de sista frågeställningarna rör omsorgspersonalens tankar kring huruvida vårdtagarnas boendeform kan sättas i relation till deras medicinering med lugnande- respektive sömnmedel.

2.7 Metodens tillgångar och begränsningar

Jag har valt att begränsa mig till sju stycken intervjuer för att hinna bearbeta och analysera materialet. Repstad (1999) har i detta sammanhang höjt ett varningens finger, han menar att det finns en risk med att intervjua för många personer, denna risk ligger i att analyserna kan bli för ytliga, och att man därmed går miste om poängen med den kvalitativa metoden.

En styrka jag kan se i metoden är det mellanmännsliga mötet, där bland annat kroppsspråk och kontext kan hjälpa till förtydliga intervjupersonernas svar. Här finns också möjligheter till följdfrågor och förtydliganden, både från intervjuarens och intervjupersonernas sida.

2.8 Etiska problem

Ett etiskt problem i samband med denna studie är att den, så att säga görs över de äldres huvuden, i det att intervjuerna vilka ska ge information om de äldres konsumtion av lugnande- och sömnmedel görs med personalen istället för med de gamla själva.

Att jag har valt denna inriktning beror till största del på att många av vårdtagarna på sjukhemmen och äldreboendena numera är dementa, och att intervjuer med dessa skulle vara direkt olämpliga ur en etisk synvinkel, och dessutom inte besvara mina frågor. Vidare är det min förförståelse att den sjukvårdsutbildade omsorgspersonalen har en mer övergripande kunskap gällande dessa läkemedel i sig; lämpligheten i dess förskrivning, verkningar och biverkningar och så vidare. Jag har även en tanke om att omsorgspersonalen kanske kan se på de äldres medicinska status och livssituation, här och nu, med lite distans, och kanske i ett vidare sammanhang.

Samtidigt är jag medveten om att denna vinkling gör att jag missar mycket relevant kunskap som flera av de äldre skulle kunna bidra med själva. Kunskap om hur de äldre upplever det

sociala samspelet med omsorgspersonalen, och kunskap om hur de själva sätter det i samband med sin medicinering med lugnande- respektive sömnmedel.

Rosmari Eliasson (1995) menar att vi i dagens samhälle brister i respekten för den erfarenhetsbaserade kunskapen. Hon erfar att samma brist på respekt för erfarenhetsbaserad kunskap som sådan, kan leda till bristande respekt för gamla människor och för deras kunskaper och erfarenheter. Hennes utgångspunkt är att man i forskningsarbetet rimligen måste utgå från att de äldre bär på kunskaper och erfarenheter som behövs i samhället.

Det Eliasson för fram här är väl värt att beakta. Dock ändrar det inte mitt ställningstagande gällande mina intervjupersoner, eftersom faktum kvarstår, att många av de äldre är dementa och därför inte kan svara på mina frågor. Ytterligare ett argument för att intervjua personalen istället för de gamla är att jag, om jag skulle intervjuat de gamla, sannolikt hade fått en snedfördelning i både hälsa och boendeform, eftersom det skulle innebära att de var de friskaste av de äldre, de som själv kunde föra sin talan, som skulle blivit intervjuade.

Ett annat etiskt problem som också måste tas i beaktande är den maktposition som intervjuaren, det vill säga jag, har. I detta fall har jag svårt att tänka mig att respondenterna känner sig i något underläge eftersom de har mer utbildning på området än vad jag har, och eftersom frågorna rör deras arbete och i samband med detta en tredje part. Frågorna är inte heller av känslig karaktär, så att någon behöver känna sig utlämnad.

Dock har jag som intervjuare tolkningsföreträdare över det sagda. Vidare har den intervjuade ingen kontroll över hur insamlad data skrivs ut, dokumenteras, tolkas och sprids (Svensson och Starrin, 1996). Detta kan även i en situation då man inte känner sig speciellt utlämnad vara en ganska otrevlig känsla. Medvetenheten om detta, och att man är tydlig då man informerar intervjupersonerna om studiens syfte, hur det insamlade materialet kommer att behandlas och även erbjudande av anonymitet om så skulle önskas, är viktiga inslag för att de intervjuade ska känna sig trygga och tillfreds i intervjusituationen.

En av mina intervjupersoner hade blivit intervjuad tidigare, i ett annat sammanhang, och hade erfarenheter med sig i bagaget, gällande hur olika talspråk och skriftspråk, kan te sig. Jag fick därför lova att jag så att säga skulle snygga till texten, så att den inte skulle uppfattas på fel sätt. I övrigt upplevde jag att intervjupersonerna kände sig trygga och tillfreds med intervjusituationerna.

2.9 Intervjusituationerna och genomförandet av intervjuerna

Intervjuerna med sju omsorgspersonal inom äldreomsorgen genomfördes under senare hälften av november månad år 2005.

Varje intervjusituation inleddes med att jag som intervjuare presenterade mig, och redogjorde för varifrån jag kom. Syftet med intervjun klargjordes, och jag redogjorde kort för innehållet i de övergripande frågeställningarna, för att ge intervjun en ram. Jag frågade om det gick bra att banta intervjun, och redogjorde i korthet för hur jag tänkte handskas med det insamlade materialet, att jag tänkte skriva ut informationen från banden så noggrant som möjligt, och därefter radera dem. Jag berättade också att utskrifterna skulle analyseras för att se hur den sociala situationen påverkade vårdtagarnas användning av lugnande- respektive sömnmedel, samt att det skulle göras jämförelser olika boendeformer emellan. Jag förhörde mig också om att det gick bra för intervjupersonen att ha med sitt namn på min lista över intervjupersoner. Intervjupersonen fick också tillfälle att ställa frågor, om något var oklart.

Intervjuerna genomfördes ute på arbetsplatserna, i de flesta fall på den intervjuades kontor. I ett fall genomfördes en intervju ute i ett dagrum, där även en av de boende, en dement dam, satt med. Denna intervju var speciell, på så sätt att den blev avbruten fler gånger än andra eftersom den äldre damen som satt tillsammans med oss var väldigt orolig den dagen. Samtidigt gav den ovärderlig information vid sidan om själva intervjun angående hur man som personal kan använda sig av andra medel än mediciner för att försöka lugna oroliga äldre. Jag såg prov på detta i form av vänliga ord, kroppskontakt - att hålla handen, med saft och kaka samt med omätligt tålamod.

Intervjuerna tog i genomsnitt cirka 45 minuter per respondent att genomföra. Jag använde mig av min interjuguide, som var indelad i olika teman, och huvudpunkter (kursiverade, se bilaga 1) och följde upp med olika följdfrågor där jag ansåg att det behövdes, eller där det framkom något speciellt intressant som jag ville veta mer om, under intervjuns gång.

Avslutningsvis erbjöd jag mig att komma tillbaka med det färdiga materialet, så att intervjupersonerna kan se hur deras tankar och uttalanden tolkats och använts i mitt material. Detta var något som alla sju ställde sig positiva till.

2.10 Bearbetning och analys av data

Samtliga sju intervjuer bandades, och skrevs ut så ordagrant som möjligt. Fördelen med detta är att man inte missar något av det som sagts, nackdelen kan vara att en utskrift av det talade ordet ibland kan ge en orättvisande bild av den intervjuade, eftersom en utskrift av talspråk

kan framstå som förvirrat och osammanhängande tal. Kvale (1997) menar i detta sammanhang att man antingen kan skriva om intervjun till mer flytande skriftlig form, eller att skriva ett brev bilagt intervjun med information om skillnaden mellan tal- och skriftspråk. Jag kommer att försöka göra en varsam redigering av citaten, för att få texten att flyta, men samtidigt inte förvanska intervjupersonernas uttalanden.

För att göra materialet så överskådligt som möjligt så har jag delat in det under samma rubriker som i intervjuguiden (se bilaga 1). Citaten har också delats upp, varje boende för sig, för att kunna göra jämförelser olika boenden emellan. Jag har därefter valt ut delar av det sammanställda materialet som jag funnit särskilt intressanta, vilka jag har analyserat och ställt det mot tidigare forskning.

2.11 Fortsatt framställning

Jag kommer framöver att redovisa tidigare forskning på ämnesområdet, mestadels i form av olika rapporter, för att senare kunna ställa denna forskning mot det resultat som jag har fått fram vid mina intervjuer. Därefter kommer ett kapitel innehållande teori, detta för att kunna sätta mitt valda ämne i ett socialt sammanhang. Vidare kommer jag att presentera en sammanställning och analys av det material jag har samlat in på fältet, vilket slutligen mynnar ut i en slutdiskussion.

3. TIDIGARE FORSKNING OCH RAPPORTER

3.1 Åldrandet ur ett socialpsykologiskt perspektiv

Vad är åldrande? En generell definition av åldrande enligt Schroots i Thornstam (2001, s 22) lyder; ”Begreppet åldrande refererar till en händelsekedja av förändringar eller transformationer, där varje sådan förändring eller transformation innebär en kumulativ förändring av tidigare förhållanden”.

Åldrandet är alltså en pågående process, något som pågår hela vårt liv. Definitionen handlar enligt Thornstam (2001) enbart om förändring, den är alltså neutral. Förändringen kan i vissa fall innebära nedgång, till exempel vad gäller olika kroppsliga funktioner, men den kan också innebära en uppgång om man till exempel tittar på kunskaper och erfarenheter som man samlat på sig under sin tid i livet.

Åldrande innefattar alltså mer än bara den biologiska aspekten, här finns även en social och en psykologisk aspekt att ta hänsyn till. Olika modeller har arbetats fram för att försöka öka förståelsen för åldrandet och ålderdomen.

3.2 Den äldre individen i samhället

Alla är vi individer i någon form av mänsklig grupp eller samhälle, var vi än befinner oss geografiskt, och var vi än befinner oss i livet. Detta innebär också att vi måste dela på de tillgångar som finns i gruppen eller i samhället. Enligt Goldberg (2000) så har man i vårt mänskliga samhälle olika intressen både ur politiska och ekonomiska synvinklar. Man värderar också vad som är gott, rätt och riktigt på olika sätt. Goldberg ser alltså samhället med utgångspunkt i ett konfliktperspektiv, vilket innebär att det naturliga tillståndet i samhället består av konflikter. Anledningen till detta är att resurserna i samhället inte är jämt fördelade. Jag är beredd att hålla med Goldberg i detta sammanhang, i det att jag menar att det svenska samhället av idag är ett samhälle där alla åldersgrupper vill ha sin del av kakan och mycket ska produceras och åstadkommas på kort tid. Vi har i det närmaste nått ett totalt marknadstänkande, där inte bara varor, utan även tjänster likställs med produkter vilka ska framställas på kortast möjliga tid för att nå full effektivitet, och därmed bidra till den kostnadseffektivaste lösningen. Goldberg benämner otillräcklighet eller misslyckanden i själva det sociala systemet som social desorganisation, där individernas egna mål och samhällets kollektiva mål inte uppnås i önskvärd utsträckning, och där kanske dessa skulle kunna uppnås bättre i ett annat socialt system.

Min förförståelse var att jag skulle uppleva denna sociala desorganisation inom äldreomsorgen. Här tänkte jag att politikerna delvis infört ett marknadsekonomiskt tänkande, vilket i min tankevärld inneburit att personaltäteten numera inte är så hög som många äldre och även personal skulle önska. Jag tänkte mig att resultatet skulle ha blivit mindre tid för den enskilde gamle, och personal som känner att de inte alltid kan göra ett fullgott jobb, eftersom tiden inte räcker till. Jag hade vidare en tanke om att detta kanske kunde vara en av flera möjliga orsaker till att de äldre inom äldreomsorgen känner sig oroliga, otrygga och lider av sömnrubbingar. Denna min förförståelse fick jag väl ute på fältet revidera, då den visade sig vara ganska onyanserad. Visst fanns det tillfällen och dagar av stress inom äldreomsorgen, men jag såg inte till den underbemanning och kroniska stress inom äldreomsorgen som många gånger målas upp i media. Jag såg istället en äldreomsorg i förändring mot ett större brukarfokus, vilket bland annat inneburit att den enskilde gamle fått mer personlig tid till sitt förfogande. Jag träffade dessutom personal som berättade att man den mesta tiden var nöjd med sitt arbete och sina arbetsinsatser, och som inte kände igen den bild som media många gånger målar upp av deras arbetsområde, där man kunde se sönderstressad personal sprang runt och inget blev gjort.

Som tidigare nämnts i avsnittet avgränsningar är makroperspektivet ingenting jag har innefattat i mina frågeställningar till omsorgspersonalen i samband med vårdtagarnas medicinering med lugnande- och/eller sömnmedel, eftersom jag känner att detta är en för stor frågeställning för min uppsats. Däremot vill jag ta upp att jag är medveten om att vårdtagarnas användning av lugnande- och/eller sömnmedel inte enbart har sina rötter i individplanet, utan även måste ses ur ett makroperspektiv, där politikerna sätter ramarna för hur äldreomsorgen ska organiseras, och vilka resurser som tilldelats verksamheten.

3.3 Åldrandets villkor

Enligt Rundgren i Grimby (2001) så lider minst 15 procent av hemmaboende äldre över 65 år av någon psykisk sjukdom. Dessutom menar man att risken att få någon psykisk sjukdom ökar med stigande ålder. Hos äldre sjukhusvårdade patienter ligger denna siffra på 40-50 procent, medan den hos patienter på sjukhem ligger på 70-90 procent.

Det konstateras också att av den vuxna befolkningen så tar ungefär en procent sömnmedel regelbundet, medan sju till åtta procent gör det vid behov. Användningen ökar med stigande ålder, och bland 80-åringarna är det mer än 30 procent som regelbundet tar sömnmedel. På servicehus och sjukhem är siffran ännu högre, där tar mer än 40 procent regelbundet sömnmedel.

I sammanhanget konstateras att sömnmönstret hos äldre ser annorlunda ut än hos yngre. Insomningstiden ökar med stigande ålder tillsammans med nattliga uppvaknanden och spontant tidiga uppvaknanden. Tillsammans ger detta en försämrad sömnkvalitet för många äldre människor.

3.4 Äldres medicinering med lugnande- och sömnmedel

3.4.1. Rapporter från Socialstyrelsen

”Läkemedel på sjukhem” 1996:1, Claesson (1996).

I denna rapport framgår (tabell 5, s 19) hur stor andel av de boende på sjukhem som i april 1994 hade ordinerats ett visst läkemedel. Totalt hade 77 % av de boende vid det tillfället någon psykofarmakon, och med detta menas någon typ av lugnande medel, sömnmedel, neuroleptika eller medel mot depression. Andelen boende som använde sig av psykofarmaka varierade mellan 50 och 95 %.

Rapporten menar att användningen av psykofarmaka på svenska sjukhem är mycket hög (s 36). I samband med detta konstaterande ställs frågor som om den är för hög, och i så fall

varför den är så hög. Möjliga förklaringar som rapporten tar upp återfinns under nästa underrubrik.

”Äldreuppsdraget” Årsrapport 1998:9, Johansson (1998).

Här tas upp (s 59) att åldersgruppen 75år och däröver är storkonsumenter av läkemedel. Uppgifter om att äldre som besökt sin vårdcentral har omfattande behandling med olika läkemedel framkommer också (ibid), här listas även de vanligast förekommande läkemedlen, och det visar sig att efter urindrivande medel så är lugnande- och sömnmedel tillsammans med hjärtmedicin de vanligast förekommande.

”Läkemedel på sjukhem – en uppföljning av kvaliteten”, Schmidt (1999).

Denna rapport påvisar (s 9) att det i en svensk studie från 1989 framkom att 54 % av patienterna på sjukhem använde ett eller flera medel mot psykiska sjukdomar. Fem år senare visade resultat från en annan svensk studie att 77 % av de boende på svenska sjukhem använde en eller flera psykofarmaka. Här redogörs också för att neuroleptika (antipsykotiska läkemedel) tidigare har använts som orosdämpande läkemedel till personer med demens.

”Kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos äldre” 2000:8, Fastbom & Jallow (2000).

Här framkommer (s 10) att personer som är 75 år eller äldre utgör 9 % av befolkningen, samtidigt som man svarar för drygt 25 % av de läkemedel som förskrivs i öppenvården i Sverige. Man kan vidare läsa att de vanligast förekommande preparaten är psykofarmaka av olika slag, där neuroleptika, lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva medel ingår.

”Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning” KÄLLA-projektet, Fastbom & Olsson (2004).

Här pekas på (s 13) att en studie i Kungsholmsprojektet visade att psykofarmakaanvändningen bland äldre med demens i SÄBO (gruppboende och sjukhem) från slutet av åttiotalet till mitten av nittiotalet stigit från 56 % till 71 %, huvudsakligen till följd av en dubblerad användning av lugnande medel och en tiofaldig ökning av antidepressiva.

3.4.2. Rapport från Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, Guttormsson (2004).

I Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) rapport gällande drogutvecklingen i Sverige för 2004 (rapport nr. 82) dras också slutsatsen att bruket av

lugnande medel och sömnmedel är betydligt mer vanligt bland dem över 50 år, där båda könen har den i särklass största konsumtionen i de äldsta åldersgrupperna, vilket inte minst gäller det dagliga bruket. I tabell 88 (s 265) kan man se hur försäljningen av lugnande- och sömnmedel mot recept i antal dygnsdoser per 1000 invånare startar på två vid 15-19 års ålder och slutar på 383 för männen respektive 443 för kvinnorna vid 95-99 års ålder.

3.4.3. Rapport från Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

”Hemsjukvårdspatienternas läkemedelsanvändning i Maria-Högalid, Katarina-Sofia och Enskede 1997:5, Claesson (1997).

I denna rapport konstateras (s 11) att sömnmedel användes av totalt 29 % av hemsjukvårdspatienterna, och lugnande medel av 17 % av hemsjukvårdspatienterna på dessa hemvårdsdistrikt. Samtidigt förklaras dock (s 4) att en total bild av hemsjukvårdens läkemedelsanvändning idag inte med säkerhet kan erhållas ur något av de dokumentationssystem som finns idag. Man ser problem då läkare på andra vårdcentraler än den ordinarie eller privatläkare stått för förskrivningen, eller då läkemedel utan recept köpts, dessa faller då utanför dokumentationssystemet. Sekretess utgör också ett problem då information om mediciner ska överföras, i synnerhet då vårdgivarna har olika huvudman.

3.4.4 Summering av stycke 4.1

En kort summering av dessa rapporter påvisar att vi i Sverige har en stigande läkemedelskonsumtion som korrelerar till vår ålder. Denna ökade läkemedelskonsumtion innefattar lugnande läkemedel och sömnmedel, vilka tycks ha ökat inte bara med individens ålder, utan också till följd av en trend i samhället. Med detta menar jag att statistiken påvisar att man i högre utsträckning idag använder medicin mot oro och sömnlöshet än man gjorde i till exempel början på åttiotalet.

3.5 Faktorer av betydelse för medicinering med lugnande- och sömnmedel

3.5.1 Rapporter från socialstyrelsen

”Läkemedel på sjukhem” 1996:1, Claesson (1996).

Här påvisas (s 13) att man kan se ett klart samband mellan användningen av läkemedel mot psykiska sjukdomar och faktorer som institutionens storlek, bemanningssituationen, vårdtyngden och personalens kompetens. Vidare framkom att även diagnoser och var man bodde innan man kom till sjukhemmet spelade in. Boende som kom från sjukhus använde signifikant mer sömnmedel än de som kom från eget boende. Andra möjliga förklaringar till

den höga användningen av psykofarmaka i denna studie uppges vara (s 36) skillnader i datainsamlingsmetoder olika studier emellan, skillnader i sjuklighet hos de boende, förekomst av demens hos de boende. Man menar i sammanhanget att dessa faktorer tillsammans kan ge upphov till en situation där vårdpersonalen ser ett behov av att använda beteendemodifierande läkemedel.

”Läkemedel på sjukhem – en uppföljning av kvaliteten”, Schmidt (1999).

Man tar i rapporten upp vad man kommit fram till i amerikanska studier (s 12) där det påvisas att faktorer som spelar in vid användningen av lugnande och sömnmedel på sjukhem är institutionens storlek, bemanningssituation, vårdtyngd samt personalens attityder och kompetens. Det nämns också att man i en svensk studie från 1995 kommit fram till att det förskrevs något mer psykofarmaka på de sjukhem där antalet personal per boende var under genomsnittet. En annan faktor som man funnit spelar in, är läkarnas ”behandlingstradition” (ibid) vad gäller förskrivning av läkemedel, innefattande lugnade och sömnmedel. Faktorer som läkarnas ålder, kön, utbildning och år i klinisk verksamhet är faktorer av betydelse i sammanhanget. Det sistnämnda faller utanför mina avgränsningar, men jag ville ändå ha det med eftersom det utgör en länk i ett orsakssamband.

”Socialt klimat, läkemedel och vårdkvalitet på tio svenska sjukhem” 2000:6, Schmidt (2000).

I denna rapport sätts läkemedelsanvändningen, innefattande lugnande- och sömnmedel, i relation till det sociala klimatet, där god vård och omsorg ingår. Här påvisas att god vård och omsorg bland äldre (s10) bör ta hänsyn till fysisk och psykisk miljö, personlig omvårdnad, hälsovård anhörigas engagemang, delaktighet och tillräcklig bemanning med kompetent personal. Man pekar också på en modell utarbetad av McCullough som har utvecklats från de äldres perspektiv, där det framgår att följande aspekter är av vikt för medicineringen: den fysiska miljön, att få sin identitet bekräftad, relationer, god vård och hälsa, vårdgivarens arbetsbörda, vårdens kostnader och säkerhet. En svensk modell utarbetad av Samuelsson och Edebalk redovisar följande aspekter som betydelsefulla för äldre med hemtjänstinsatser: personalens yrkeskompetens, förhållningssätt, kontinuitet, tillgänglighet, brukaranpassning, personaltid per tjänsteinsats, information och kommunikation. Man har sammanfattat stycket med att konstatera att vårdens kvalitet för många är en betydelsefull del av deras livskvalitet.

”Kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos äldre” 2000:8, Fastbom och Jallow (2000).

Här konstateras (s 28, tabell 3), att personer i särskilt boende använde psykofarmaka, där lugnande- och sömnmedel ingår, i betydligt större utsträckning än personer i ordinärt boende. Det framkom också (ibid) att psykofarmakaanvändningen tenderade att vara högre hos personer 85 år och äldre.

”Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning” KÄLLA – Projektet, Fastbom och Olsson (2004).

I denna rapport har man funnit att antal förskrivare inverkar dels på antalet läkemedel som skrevs ut per individ, ju fler läkare som var involverade i läkemedelsförskrivningen desto fler läkemedel skrevs ut, samt att ju fler läkare desto större kvalitetsbrister i medicineringen. Återigen är detta något som faller utanför ramarna för detta arbete, men som utgör en intressant del av orsakssambandet kring de äldres medicinering, bland annat med lugnande medel och sömnmedel.

”Läkemedel och äldre – en kunskapsöversikt”, Nordqvist & Strömsten (1985).

Här konstateras (s 64) att sömnlöshet och oro är vanliga problem i alla åldrar, som dock tenderar att öka med ålder, något som avspeglar sig i den höga konsumtionen av sömnmedel och lugnande medel hos äldre människor. Man konstaterar också att äldre människor sover mindre än yngre, och att deras sömn avbryts oftare. Många sover också under dagen, vilket minskar behovet att sova under natten. I denna rapport menar man att man i första hand bör ta reda på orsaken till sömnlösheten, då det kanske inte är sömnmedel som behövs, utan andra åtgärder. Om nu sömnmedel skulle behövas så påtalas det i rapporten att detta ska användas för att hjälpa patienten under en kortare tid, då slentrianmässig långtidsbehandling kan vara till mer skada än nytta.

Ett annat faktum konstateras också i rapporten (s 27) nämligen det att medicineringen inte alla gånger i första hand är till för den orolige själv. Här påtalas att en del patienter är så oroliga och störande att de inte kan vårdas på vanliga avdelningar utan att först få lugnande medel.

Äldreupptragets årsrapport för 1998, Johansson (1998).

Här pekar man på regionala skillnader, där olika faktorer som läkartäthet, traditioner hos förskrivande läkare, synen på användning av psykofarmaka i behandlingsarbetet och sjukvårdens utbyggnad tycks påverka de äldres bruk av lugnande- och sömnmedel.

3.5.2 Rapporter från Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

Antidepressiva läkemedel hos äldre på sjukhem i Stockholm, Fastbom & Schmidt (2003).

Här konstateras (s 26) att det tyvärr är troligt att läkemedel ibland får ersätta annan typ av vård som skulle vara mer önskvärd: mänsklig kontakt, tid för samtal och uppmärksamhet, promenader och andra aktiviteter som kan höja stämningläget. Det uppges också att läkaren i 43 % av fallen i studien uppgivit att den antidepressiva läkemedelsbehandlingen (mediciner som lugnande och sömnmedel används ibland vid depression, s 17) inte skulle behövt om det funnits tillräckligt med tid och resurser för andra åtgärder.

Hemsjukvårdspatienternas läkemedelsanvändning i Maria-Högalid. Katarina-Sofia och Enskede, Claesson (1997).

I Rapporten nämns att sömnmedel används av totalt 29 % och lugnande av 17 % av hemsjukvårdspatienterna (s 11). Här påvisas också att dämpande psykofarmaka (lugnande medel) användes av 57 % av hemsjukvårdspatienterna i särskilt boende och av 43 % av de som bodde i ordinärt boende. Sömnmedel användes av 35 % av hemsjukvårdspatienterna i särskilt boende och av 27 % av dem som bodde i ordinärt boende. I denna studie hade man emellertid kommit fram till att lugnande och sömnmedel användes till största delen av de allra äldsta. Siffrorna man redovisade för lugnande var att 56 % av de allra äldsta (80+ år) 48 % av de yngre-äldre (60-80 år) och 32 % av de yngre (40-59 år) av hemsjukvårdspatienterna använde lugnande. Motsvarande siffror för sömnmedel låg på 30 % för dem över 60 år, och 11 % för åldersgruppen 40-59 år.

Resultatet man kom fram till var att (s 39) färre patienter inom hemsjukvården jämfört med sjukhem äter psykofarmaka, där lugnande- och sömnmedel ingår. Ändå ställs frågan om inte användningen av medel mot psykiska sjukdomar och symtom möjligen kan förbättras.

3.5.3 Boken "Äldre och läkemedel", Fastbom (2000).

I denna bok har Fastbom (2000) kommit fram till att de vanligaste läkemedlen hos äldre är medel som påverkar nervsystemet, medel mot hjärt-kärlsjukdomar och mag-tarm preparat. Däremot konstaterar han att det ser annorlunda ut om man specifikt tittar på sjukhem. Där dominerar användningen av psykofarmaka av olika slag tillsammans med smärtstillande, urindrivande och laxermedel. Nära hälften av de boende på sjukhem äter lugnande eller sömnmedel enligt Fastbom.

3.5.4 Summering av stycke 4.2

Denna kunskapsöversikt har givit en liten inblick i olika faktorer som bidrar till att de äldre vårdtagarna medicinerar eller medicineras med lugnande- och sömnmedel. Man har konstaterat att äldre normalt sover sämre än yngre, och hur man som gammal hanterar det är av betydelse. Även sjuklighet, och huruvida man är dement spelar in på medicineringen, i den mån att de sjukaste och dementa i högre grad medicineras med lugnande och sömnmedel. Ytterligare sådant som institutionsstorlek, bemanning, vårdtyngd, personalkompetens och läkarnas behandlingstraditioner är av betydelse för denna typ av medicinering, här kan man tänka att tidsfaktorn spelar in, det vill säga om personalen har tid att lugna och trösta de gamla på andra sätt än med mediciner. En annan sak som delvis hänger ihop med det förra och som verkar vara av stor betydelse i detta sammanhang är det sociala klimatet runt den gamle, saker som mänsklig kontakt, uppmärksamhet, bekräftelse och så vidare, vilket när man arbetar utifrån detta tycks kunna lindra oro och i vissa fall även påverka sömnstörningar i positiv riktning, och därmed minska behovet av lugnande- och sömnmedel.

Enligt dessa rapporter och bok, tycks även själva boendet ha betydelse för de äldres användning av lugnande och sömnmedel. Boende på sjukhem tycks enligt statistiken i dessa rapporter använda mer lugnande- och sömnmedel än de som bor i ordinärt boende. Är det så att boendet är en faktor som kan kopplas till medicineringen med lugnande- och sömnmedel? Och i så fall, varför?

3.6. Slutsats

Denna litteraturgenomgång har givit för handen att åldrandet är en pågående process för alla människor, denna process utgör en serie kroppsliga och själsliga förändringar, och pågår hela livet. Icke desto mindre tycks sjuklighet, oro och sömnlöshet öka för de flesta människor med stigande ålder.

De äldre i Sverige har enligt vad som kommit fram i rapporterna som redovisats en stor konsumtion av läkemedel, innefattande lugnande- och sömnmedel. De äldre utgör en del av samhället, där begränsade ekonomiska resurser ska fördelas så att olika intressegrupper får ut så mycket som möjligt, vilket inte är någon lätt ekvation. Detta faktum, att resurserna är begränsade påverkar givetvis äldreomsorgens utformning, och i förlängningen även hur den sociala miljön kommer att se ut för de äldre.

Litteraturgenomgången har visat på olika faktorer som kan påverka de äldres användning av lugnande- och sömnmedel, där inte minst den sociala miljön tycks ha stor betydelse i sammanhanget. Slutligen har den påvisat att boendeformen verkar spela in då det gäller de äldres medicinering med lugnande- och sömnmedel. Detta att boendeformen tycks ha

betydelse för medicineringen, med lugnande- och sömnmedel, anser jag vara intressant tanke. Frågan om varför boendeformen tycks vara en faktor som spelar in kan ha många aspekter. Rapporten "Socialt klimat, läkemedel och vårdkvalitet..." från socialstyrelsen innehåller några intressanta tankar (2000, s 13) angående detta. I denna rapport berättas om en undersökning där vårdkvaliteten skulle skattas av de gamla. Resultatet visade att äldre på servicehus och geriatrika avdelningar var mer kritiska till vården, än de gamla på sjukhemmen, och de som hade hemsjukvård. Man såg också att de äldre på servicehus ansåg att personalens medicinsk-tekniska kompetens var av mindre betydelse. Två slutsatser drogs av detta; den ena var att skillnaderna kan bero på att de äldre vid olika vård- och boendemiljöer har olika behov, och den andra var att man i en viss vård- eller boendemiljö förmodligen hade förväntningar som var kopplade till just den specifika miljön. Dessutom menade man att individuella karaktäristika hos vårdtagarna givetvis spelade in, sådant som ålder utbildning, kön självskattad hälsa, psykiskt välbefinnande och känsla av sammanhang. Detta att det inte bara är vårdtagarnas hälsostatus och personlighet som spelar en avgörande roll för användningen av lugnande- och sömnmedel, utan att även miljön runtomkring spelar en viktig roll, är nog de flesta överens om, men tanken om att det så att säga i väggarna på olika institutioner inom äldreomsorgen skulle sitta olika förväntningar, var åtminstone för mig en ny tanke. En intressant sådan, som tyvärr dock inte alltid är så lätt att undersöka. En annan tanke kring varför de äldres boende kan påverka deras medicinering med lugnande- och sömnmedel kom upp i rapporten läkemedel och äldre (1985, s 27) där det konstaterades att en del patienter är så oroliga att de inte kan vårdas på vanliga avdelningar utan att först få lugnande medel. I detta fall var alltså medicineringen i första hand till för de andra på avdelningen, och inte för den som blev medicinerad. Här kan jag tänka att boendeformen är av stor betydelse, då en dement vårdtagare förmodligen upplevs som mer störande på ett blandat dygnet runt boende, än på ett särskilt boende med enbart dementa boende.

Dessa tankar kring medicineringen med lugnande- och sömnmedel i en kontext upplevde jag som intressanta, och spännande att gräva lite mer i, vilket jag har för avsikt att göra i min hemkommun Eslöv.

Bakgrundskunskapen jag fick genom litteraturgenomgången hjälpte mig att forma mina övergripande frågeställningar samt intervjuguiden med dess teman och huvudpunkter, vilka jag sedan kommer att arbeta med i mina intervjuer ute på fältet.

3.7 Källkritik

De rapporter och böcker jag har läst om ämnet har, enligt mig, varit väl underbyggda, och har redovisat sina syften och metoder på ett bra sätt. Det jag reagerat på är dock att samma författarnamn dyker upp flera gånger både i vissa böcker om ämnet, och i olika rapporter från både Socialstyrelsen och Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. Man har också i olika rapporter använt sig av samma referenslitteratur, och i den löpande texten hänvisat till samma amerikanska undersökningar. Visserligen har en del av rapporterna varit uppföljare på andra, men jag menar ändå att det kan finnas risk för viss enögdhet inom ämnet. Med detta menar jag att ju färre författare till olika rapporter, desto färre nya infallsvinklar och förklaringar kan komma fram. Det finns då risk att man hamnar i samma gamla hjulspår.

Den andra sidan av myntet är att det kan vara bra att det är samma personer som gör uppföljningarna på föregående studier, eftersom man då kan använda sig av samma metod, och att man tolkar materialet på samma sätt som föregående gång, risken för felkällor bör då rimligen minska.

4. TEORI

4.1 Individen ur ett livslöppsperspektiv

Ur ett livslöppsperspektiv ses individens liv som en helhet, där ålderdomen utgör en integrerad del av ett helt liv (Thornstam, 2000). Detta perspektiv har ett värde i det att ålderdomen inte blir något lösryckt, det kan därmed öka förståelsen för olika beteenden och tankemönster som den gamle har. Som nämndes i avsnittet problemformulering, tyckte personalen på demensboendet Sigtoniagården, att det var till en ovärderlig hjälp att ha en levnadsbeskrivning av varje vårdtagare, så att de vid behov kunde förstå, trösta och stötta, vilket dämpade de gamlas oro. Personalen menade att denna förståelse mynnade ut i ett förhållningssätt som var en av anledningarna till att man kunde dra ner på vårdtagarnas medicinering med lugnande medel. Här tänkte man alltså utifrån ett livslöppsperspektiv.

Livslöppsperspektivet har kritiserats i det att det har använts i så många olika betydelser och så ospecifikt att det blivit ett samlingsbegrepp utan teoretisk bärkraft (Passuth och Bengtsson i Thornstam, 2000). Icke desto mindre tycker jag att det är ett perspektiv som har ett förklaringsvärde vad gäller individen, det levda livet och åldrandet. Med detta perspektiv i bagaget kan man många gånger svara på frågan om varför en individ handlar på ett visst sätt. Detta innebär förhoppningsvis i sin tur att man kan bemöta denne på ett sätt så han/hon känner sig lugnare och tryggare.

4.2 Betydelsen av känslor av sammanhang

Aaron Antonovsky menar att man inom medicinen alltför länge haft ett patogenetiskt synsätt, där man lägger fokus på det sjuka (Tamm 2002). Han menar att man istället bör ställa frågan vad det är som gör att vissa människor förblir friska, sjukdomar och påfrestningar till trots. Han tänker här att man bör göra en intresseförskjutning där man från att ha tittat på individens sjukdomar övergår till att titta på hennes historia, innefattande hennes livsproblem, och se hur hon kan hantera dem. Här menar Antonovsky att människan i livet utsätts för olika situationer som leder till stress och spänningstillstånd, och att dessa måste hanteras. Blir resultatet av hanteringen hälsa så har personen kommit tillrätta med stressituationen på ett framgångsrikt sätt.

Han har med detta infört det salutogena sättet att tänka. (ibid.) Ordet kommer av det latinska *salus* vilket kan översättas med hälsa eller frihet, och *genesis* som betyder tillblivelse eller ursprung. I detta sätt att tänka lägges fokus på faktorer som befrämjar hälsa istället för på faktorer som orsakar sjukdom.

Antonovsky ansåg vidare att man inom medicinen tänkte i reduktionistiska banor, man delade in människan i diagnoser och organsystem (ibid.). Han förespråkade istället en holistisk människosyn, där man såg människan i hennes totala livssammanhang. Detta livssammanhang utgjordes av hennes livshistoria, den samhällsklass och den kulturella krets hon ingår i samt hennes ålder och kön. Dessa faktorer samverkar enligt Antonovsky och avgör hur individen löser sina problem vad gäller livet och hälsan.

Dessa Antonovskys tankar tycker jag harmonierar väl med hur man ur ett livsloppsperspektiv ser på människan. Ur båda perspektiven tittar man på individen i en kontext. Hon är inte delbar, det är inte heller möjligt att rycka loss henne från hennes historia eller omgivning om man vill söka förstå hennes tankar och handlingar i nuet.

Antonovsky har utformat en förklaringsmodell för att öka förståelsen av hälsoproblematiken. På svenska kallas modellen KASAM (ibid.) vilket står för känsla av sammanhang. För att uppnå känsla av sammanhang i tillvaron behövs enligt Antonovsky att vi kan förstå eller begripa, olika situationer, att vi tror att vi kan hantera dem och slutligen att vi tycker att det är meningsfullt att försöka hantera dem. Av dessa anser han att meningsfullheten är den viktigaste faktorn.

Enligt Antonovsky kan en människa inte engagera sig i allt i livet, utan hon måste göra vissa gränsdragningar, hur vid eller smal ens livssfär blir efter dessa gränsdragningar varierar. Dock finns det fyra sektorer som måste finnas kvar för att människan ska ha ett starkt KASAM. Dessa omfattar personens känsloliv, nära relationer, huvudsaklig sysselsättning och

existentiella aspekter som misslyckanden, död och sorg. Dessa kan inte anses oviktiga, eftersom mycket av en människas liv kretsar kring dessa. Antonovsky menar också att de sektorer man finner meningsfulla, och engagerar sig i varierar med ålder (ibid.).

I detta sammanhang har jag en förståelse om att vårdtagarnas känslor av sammanhang, alltså tillvarons begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet har betydelse för hur oroliga de är och kanske även om de får sömnrubbingar. Jag tror i detta sammanhang att hur omsorgspersonalen bemöter vårdtagarna, samt hur den sociala miljön där vårdtagare och omsorgspersonal interagerar ser ut, har stor betydelse för hur meningsfull och begriplig vårdtagarnas vardag kommer att te sig, vilket i sin tur påverkar medicineringen med lugnande- respektive sömnmedel.

Jag har även en tanke om att de som har starkare KASAM klarar av att härbärgera känslor av oro och olust, utan att känna att de måste ha lugnande- eller sömnmedel.

Jag tycker att Rennemark gör en bra sammanfattning av betydelsen av känsla av sammanhang och den sociala kontextens betydelse för hälsan i det han skriver: "Health is a complex construct, which may be viewed and described in several ways. Even if the most common reason to feel ill is illness itself, it can be assumed that not only physical factors direct old peoples' experiences of feeling ill. Also individual characteristics, such as health beliefs, personality and competence, as well as contextual factors, such as social network characteristics, may play an important role" (1999 s 14). Enligt Rennemark är det alltså inte bara ohälsan i sig som gör att vi mår dåligt, utan upplevelserna av ohälsan, tillsammans med kontextuella faktorer, påverkar också hur vi upplever vår hälsosituation, vilket också överensstämmer med Antonovskys sätt att se på hälsa och ohälsa.

5. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS

Här följer en redovisning av resultaten från intervjuerna med omsorgspersonalen inom äldreomsorgen. Resultaten presenteras under samma rubriker som jag använt mig av i intervjuguiden (se bilaga 1).

5.1 Fakta kring medicineringen med lugnande medel respektive sömnmedel

5.1.1 Kärråkas särskilda boende för äldre med demens

Antalet boende som medicinerades med lugnande medel på denna avdelning var en sex, sju stycken, och åtta använde sömnmedel, av totalt 12 stycken boende, plus en boende på växelvård, där denne bodde två veckor på avdelningen och två veckor hemma.

De boendes ålder låg för närvarande på mellan 65 och 89 år.

Åldern på dem som stod på denna typ av medicinering var ungefär 75 år och uppåt.

Viss lugnande medicin, som Haldol, sattes inte ut, utan den hade de boende alltid, medan man annars i möjligaste mån försökte sätta ut både lugnande- och sömnmedel. Detta gjordes ofta när de boende blivit äldre och sämre i sin sjukdom, och inte kunde vandra så mycket, utan satt i rullstol till slut, då var ofta oron oftast också mindre påtaglig.

De boende hade en egen husläkare som skrev ut medicinerna. Sjuksköterskorna hade hand om medicinhanteringen och undersköterskorna delade ut den till de boende. De boendes mediciner finns uppskrivna på listor.

Personaltätheten låg på fyra som jobbade samtidigt på dagen och tre på natten.

Rummen är enkelrum.

5.1.2. Kärråkras äldreboende

Antalet boende som medicinerade med lugnande medel på denna avdelning var en fyra, fem stycken, ingen hade för närvarande sömnmedel, av totalt 14 stycken boende.

De boendes ålder låg för närvarande på mellan 61 och 94 år.

Det var oftast de äldre som stod på denna typ av medicinering.

Viss lugnande, eller ångestdämpande medicin, som Soloft kunde de boende stå på kontinuerligt, livet ut.

Det finns en läkare knuten till boendet, men flera boende föredrar att behålla sin husläkare. Sjuksköterskorna hade hand om medicinhanteringen och undersköterskorna delade ut den till de boende. De boendes mediciner finns uppskrivna på listor.

Personaltätheten låg på 10 på dagen och tre på natten.

Rummen är enkelrum.

5.1.3 Kärråkras korttidsboende

Antalet boende som medicinerade med lugnande- och/eller sömnmedel var totalt en elva tolv av totalt 15 stycken boende.

Åldern på de boende var för närvarande mellan 55 och 93 år.

Denna typ av medicinering användes av de boende i alla åldrar på denna avdelning. Just nu använde den yngsta på avdelningen väldigt mycket mediciner, medan den äldsta inte gjorde det. Här spelade sjukdomsbilden in.

Detta är ett korttidsboende, hit kommer man för att få vård i livets slutskede, eller i väntan på ett annat boende, så här ändrar man inte så mycket på vårdtagarnas medicinering.

Det finns en läkare knuten till boendet, men många boende föredrar att behålla sina egna läkare. Sjuksköterskorna hade hand om medicinhanteringen och undersköterskorna delade ut den till de boende. De boendes mediciner finns uppskrivna på listor, i en pärm inne på rummen.

Personaltätheten låg på 11 på dagen och tre på natten.

Rummen består av två dubbelrum och resten enkelrum.

5.1.4 Hemvården Nord-Väst

Antalet vårdtagare som medicinerade med lugnande- och/eller sömnmedel var ungefär hälften av totalt 50 stycken vårdtagare.

Vårdtagarna var i varierande åldrar, för närvarande mellan 65 och 96 år.

Denna typ av medicinering användes av vårdtagarna i alla åldrar på distriktet, men med tyngdpunkt hos de lite äldre.

Här upplevde man att många kunde stå på lugnande- och sömnmedel länge. Som exempel togs upp en äldre dam som stått på Sobril så länge man kunde minnas.

Var och en av vårdtagarna har sin egen husläkare. Vidare håller sköterskorna koll på medicineringen, och undersköterskorna delar ut den. Medicinunderlag finns hos varje vårdtagare.

Personaltätheten låg på 16 stycken i arbetslaget, där åtta jobbar dag, och två kväll. Sen är det fyra i nattpatrullen, i hela Eslövs kommun.

5.1.5 Hemvården Nord-Ost

Antalet vårdtagare som medicinerade med lugnande medel var en, och det var två stycken som använde sömnmedel, av totalt 35 stycken på distriktet. Denna siffra hade legat konstant under en längre tid.

Vårdtagarnas ålder låg för närvarande på mellan 75 och 99 år. De flesta var runt 85-90 år.

Åldern på dem som använde denna typ av medicin var cirka 85 år.

Personalen menar att om man står på den här typen av medicinering så fortsätter man med det, dock upplevde man att medicinen inte var så skarp. Det har även hänt att man har provat att sätta ner de svagare hos den ene vårdtagaren, men det gick inte.

Vårdtagarna har sin egen husläkare. Sköterskorna håller koll på medicineringen, och undersköterskorna delar ut den. Underlag för medicineringen finns hemma hos alla vårdtagare.

Personaltätheten låg på sex på dagen som jobbade samtidigt, och två på kvällen.

5.1.6. Bergagårdens äldreboende

Antalet vårdtagare som medicinerade med lugnande medel var 10 av 15 stycken boende. Medicinering med sömnmedel var inte så vanligt, däremot var det vanligare att man fick insomningsmediciner, eller lugnande medel innan sänggåendet.

De boendes ålder låg för närvarande på mellan 68 och 99 år. Genomsnittet var mellan 88-90 år.

Denna typ av medicinering användes av de boende i alla åldrar.

Man upplevde att det var vanligt att man stod kvar på den här typen av medicinering inom äldreomsorgen, när man väl blivit insatt på den.

Än så länge har de boende egna läkare, men man kan få hembesök. Det kommer att bli så inom en snar framtid, att en läkare kommer att komma dit varannan vecka, för att vara tillgänglig för de boende. I övrigt så har sköterskan den övergripande kontrollen över medicineringen, och undersköterskorna delar ut den. Delningslistor finns på rummen.

Personaltätheten ligger på nio morgon- och kvällspersonal, där minibemanningen på vardagsmorgnar är tre och två på kvällen. Nattpersonalen består av två stycken.

Rummen är enkelrum, där alla har sin egen lilla lägenhet.

5.1.7. Slutsats

Som man har kunnat se av denna genomgång, så är de olika boendeformerna jämförbara vad gäller vårdtagarnas ålder. Vårdtagarna ute på hemvårdsdistrikten är alltså i motsats till vad man kanske skulle kunnat föreställa sig inte signifikant yngre än vad vårdtagarna inne på de olika boendena är.

Omsorgspersonalen upplevde på alla typerna av boendeformer att det var vanligt att man stod kvar på lugnande- och sömnmedel om man en gång blivit insatt på detta.

Läkemedelsförskrivningen och hanteringen såg i stort sett likadan ut på de olika typerna av boenden. Vårdtagarna ute på hemvårdsdistrikten hade en egen husläkare, medan det på

Kärråkras olika boenden fanns en läkare knuten till avdelningarna, dock valde flera av de boende att behålla sina husläkare. På Bergagården hade de boende sina egna läkare, men man skulle snart få en läkare knuten till boendet även här. Sjuksköterskorna hade den övergripande kontrollen över vårdtagarnas mediciner, och undersköterskorna delade ut dessa. Listor eller medicinunderlag där vårdtagarnas mediciner stod uppskrivna fanns hos vårdtagarna på samtliga boenden och hemvårdsdistrikt, och där kunde personalen kontrollera att det stod rätt till med medicineringen.

Personaltätheten såg i stort sett likadan ut på de olika boendena, medan man ute på hemvårdsdistrikten hade betydligt fler vårdtagare per personal att ta hand om.

Vad gäller antalet vårdtagare som medicinerade med lugnande- och sömnmedel, så kan man se att hemvården Nord-Ost utmärkte sig med i sammanhanget extremt låga siffror, hemvården Nord-Väst hade ganska låga siffror och detta hade även Kärråkras äldreboende.

5.2 Tankar kring medicineringen med lugnande respektive sömnmedel

Här diskuterades för och nackdelar med behandling med lugnande och sömnmedel. Något som var genomgående från intervjuerna inne på samtliga olika boenden, både från Kärråkra särskilda boende för äldre med demens, äldreboende och korttidsboende samt Bergagårdes äldreboende, som jag tolkar det, var att man tyckte att det var svårt att hitta en balans mellan lugna och sövda vårdtagare. Som man kan utläsa av det tredje och fjärde citatet, upplevdes också i vissa fall nackdelar med att de boende efter ett tag blev tillvanda och därför upplevde sämre effekt av sin medicinering.

”Nackdelen är att man kan klubba dem, så man inte alls får kontakt med dem. Det är tråkigt när de är uppjagade, men ibland känns det nästan bättre än att man klubbar dem så att de ligger hela dagarna. Fördelen är ju att de får sova, vissa tassar hela natten, och då är fördelen att de får sova nångång.”

”Jo, jag har ju märkt av tröttheten, att de har blivit utslagna. Då har vi fått byta till något annat, eller minska ner på det.”

”Min erfarenhet är att det är jättesvårt att hitta ett mellanläge, där man är lugn, men ändå inte sövd. De gamla har ju en annan nedbrytning. Så jag kan känna att alla lugnande och psykmediciner är svåra att sätta in på gamla. De som behöver det bäst, där är det sämst effekt.”

”Fördelen för de dementa som inte klarar av att se skillnad på dag och natt är att de får sova, och det kan jag tycka är jättebra. Däremot ska man ju inte bedöva dem bara.../..Och jag skulle nog vilja säga att den största biverkningen är att det efter en tid inte hjälper.”

”Vi är medvetna om biverkningarna, det är en gammal kropp som påverkas jättemycket av lugnande och sömnmedel. Man blir borta man är inte med. /../Får de för mycket blir de passiva människor, och så vill ingen ha det.”

Ute på hemvårdsdistrikten tycktes man se något mer positivt på medicineringen med lugnande och sömnmedel.

” Är det en människa som är väldigt orolig och så, så visst är det skönt att för då får de ju ro. För jag vet att vi har ju haft en del som har hört röster och sett människor och en massa, och får de då sin medicin så blir de lugna. Sen nackdelen är ju det man har i sig, att det är vanebildande. Men det är klart att är man då 90 år.. då kanske det kan kvitta. Det är skillnad på en 60-åring och en 90-åring, i det fallet.”

”Det är väl bra på ett vis, det är ju lite lugnare för dom själva. /../Och sömnmedel, får man sova på natten så klarar man ju mer sedan på dagen.”

Möjliga förklaringar till att omsorgspersonalen ute på hemvårdsdistrikten har en något mer positiv syn på medicineringen med lugnande och sömnmedel kan vara att personalen på hemvårdsdistrikten är hos vårdtagaren, i dennes hem, en relativt kort tid jämfört med personalen på ett boende, och därför kanske inte hinner uppleva nackdelar och biverkningar av vårdtagarens medicinering i samma utsträckning som man gör på ett boende, där omsorgspersonalen vistas hela arbetspasset. En annan tanke är att det är färre vårdtagare som använder sig av denna typ av medicinering på hemvårdsdistrikten, än på de flesta boendena, och att de negativa effekterna därför inte blir så uttalade.

En nackdel som omsorgspersonalen på det ena hemvårdsdistriktet dock nämnde i sammanhanget vad gäller denna typ av medicinering är att den är beroendeframkallande. Detta var emellertid något som man inte upplevde hade så stor betydelse, om vårdtagaren var tillräckligt gammal. Då var välbefinnandet i dagsläget det överordnade.

En annan sak som diskuterades var användningen av alternativa metoder till medicinering med lugnande och sömnmedel.

”Vid oro så kan vi mycket väl ge en smörgås och ett glas mjölk. Eller att man kanske sitter med dem en stund, man pratar bort det, säger att jamen, vi tar lite kaffe först..”.

”Ett tag körde vi lite med taktill stimulering, vi satt och höll dem i handen, och masserade och tog lite handkräm och satt och pratade lite lugnt. Det var både positivt och negativt, av fem så hjälper det kanske på en eller två. Det kan fungera, men man får inte sitta och vara stressad, för det känner de av direkt.”

”Vi försöker få tid att sätta oss och prata. Och det är sällan någon är orolig när vi är i köket och pysslar, men så fort vi börjar lägga, så kommer de ”hallå jag skulle på toaletten” vi kan se det som ett tecken på att det är en trygghet när vi finns. Eller när vi är ute med någon, då är det aldrig någon som är orolig, sällan i alla fall. Så det är mycket psykiskt.”

På dessa beskrivningar från demensboendet, äldreboendet och korttidsboendet på Kärråkra tycker jag att man kan utläsa att det här tycks vara en vanlig alternativ metod när någon är orolig att helt enkelt försöka få tid att sätta sig ner och prata, samtidigt som man kanske ger lite massage, eller till exempel lite mjölk och en smörgås. Dessa metoder kan, som jag ser det hjälpa de boende att känna trygghet samt att deras vardag har en mening och att det finns ett sammanhang i densamma, vilket ligger i linje med Antonovskys (Tamm 2002) sätt att se på hur man kan hjälpa till att bevara och stimulera det friska hos människan. Det tycks här vara genomgående att man försöker lugna med något annat, innan man ger mediciner. I det sista citatet kan man se att omsorgspersonalen har märkt av att de boende känner en trygghet enbart av att personalen är i deras närhet.

I sammanhanget kan också nämnas att man på det särskilda boendet för dementa höll sig med en huskatt, för att man menade att detta hade en positiv och lugnande inverkan på de boende.

Ute på det ena hemvårdsdistriktet menade omsorgspersonalen att man inte använde sig av några alternativa metoder till medicinering vid oro, medan man på det andra pekade på den personliga tiden, där man kunde sitta och prata, och därmed lugna vårdtagarna.

”Numera har man personlig tid, heter det. Då kan man sitta ner och prata, dricka kaffe och titta på kort och så. Man har en tid, och sen vad man vill göra på den tiden bestämmer man själv.”

I detta sammanhang kan man fundera på om det faktiska förhållandet på det första hemvårdsdistriktet är att man lugnar enbart med mediciner, eller om man även här går in med samtal eller något annat, men att det är en så naturlig del av arbetet i vardagen, att man inte reflekterar över detta. En fråga som jag i sammanhanget var tvungen att ta ställning till mig var hur många följdfrågor jag i ett sådant här fall skulle ställa. Å ena sidan hade jag en förförståelse om att det kanske fanns mer information att få å andra sidan stämde kanske inte

min förförståelse, och intervjupersonen kanske skulle känna sig pressad att svara vad denne trodde att jag ville få fram. Jag beslöt mig att ta upp ett exempel från ett annat boende, men då jag fortfarande fick ett nekande svar, så kände jag mig nöjd, och fick gå vidare.

Inne på Bergagården upplevde jag att man använde sig mycket av närhet för att försöka dämpa ångest och lugna. Detta att våga visa närhet var ett medvetet förhållningssätt på detta boende. Från det första citatet tycker jag att man kan utläsa att denna närhet dels ligger på ett fysiskt plan, med beröring och något mjukt att hålla i, och dels på ett mentalt, där man ibland försökte få de boende att överge det som oroade dem, och tänka på någon annan istället.

Från det andra citatet tycker jag att man kan se hur det kan gå till då omsorgspersonalen först försöker gå in och lugna utan medicin, men då detta inte fungerar, går in och tar till mediciner för att kunna lindra den boendes ångest.

”Ja.. demens och ångest, då finns det många möjligheter. När det gäller demens, så är den här grejen bra att de får en liten nallebjörn, att de har något mjukt att ta på och hålla i. Och kramas är bra, och att hålla handen. Och jag kan också tycka att det är bra att lägga över.. att inte bara bry sig om, utan att låta dem bry sig lite. Faktiskt, så att de släpper sitt eget lite. Ibland fungerar det.”

”Vi använder oss mycket av närhet. Vi har en tant som har svårt att sova, och på natten ligger hon här på min axel, så somnar hon. Och ibland ser man att hon vill ha hjälp med sin ångest, sitter man då hos henne och ser att detta inte hjälper, då är det klart att hon ska få hjälp. Då ringer man sjuksköterskan. Men man provar annat först. Man går inte in med tabletter meddetsamma. Men det är mycket viktigt att man inte ska vara rädd för att hålla någon i handen, krama någon, att någon ligger på ens axel så de somnar. Den närheten är otroligt viktig.”

En intressant sak som, jag tidigare tagit upp under rubriken intervjusituationerna och genomförandet av intervjuerna, men som jag tycket är värd att nämnas igen är att den första intervjun på Bergagården genomfördes i ett dagrum, där en äldre dement dam satt tillsammans med oss. Detta var inte för att det var tvunget att det skulle vara så på grund av tids- eller personalbrist, utan för att min intervjuperson tyckte att damen, som denna dag var ovanligt orolig, skulle få lite omväxling och förhoppningsvis också mening i vardagen, och för att hon kanske skulle känna sig lugnare och tryggare i vår närhet. Dessa tankar, anser jag, harmonierar med Antonovskys (ibid) sätt att tänka sig att människans upplevelser av sammanhang och mening i vardagen kan hjälpa henne att må bättre psykiskt och fysiskt. Intervjun blev ganska uppbruten, men den gav information om alternativa metoder till medicinering vid oro inte bara i ord, utan även i praktisk handling. Damen fick under

intervjuns gång saft och kaka, blev hållen i handen och uppmuntrad med vänliga ord. Exempel på det senare var ”jamen, du kan väl sitta kvar, vi tycker ju att det är så trevligt att ha dig med” och ”vi vill ju gärna höra vad du har att säga också du kan väl stanna” nu gick det inte att lugna damen på detta sätt i längden, utan till sist fick man följa med henne till hennes rum, och lägga henne, vilket var vad hon just då ville. Huruvida damen fick lugnande mediciner eller inte förtäljer inte historien. Däremot belyses hur man på detta boende i praktiken försöker lugna med annat än mediciner i första hand.

5.3 Tankar kring samspelet mellan den sociala miljön och medicinens betydelse

Något som här diskuterades var om det har någon betydelse för vårdtagarnas medicinering med lugnande respektive sömnmedel huruvida personalen känner till deras livshistoria. För att göra en återkoppling till teoridelen så ansåg ju Anonovsky (ibid) att man inom medicinen ofta tänkte i reduktionistiska banor, man delade in människan i diagnoser och organsystem. Han förespråkade istället en holistisk människosyn, där man såg människan i hennes totala livssammanhang. Detta livssammanhang utgjordes av hennes livshistoria, den samhällsklass och den kulturella krets hon ingår i samt hennes ålder och kön. Dessa faktorer samverkar enligt Antonovsky och avgör hur individen löser sina problem vad gäller livet och hälsan. Detta menade man också, som jag tolkar det, på Kärråkras boende för äldre med demens, äldreboende och korttidsboende, var av betydelse vilket jag tycker följande citat visar:

” Ja, vi har ju levnadsberättelser, och sen är ett av våra mål för enheten att få en så bra anhörigkontakt som möjligt, och det är ju alltid bra. För vet man till exempel att de har jobbat med det eller det, så vet man ju varför... ibland hjälper det med; ja, ja men jag tar hästarna. Att man kan lugna utifrån att man vet vad det handlar om.”

”O, ja. Jättemycket. Vi har ju ett ankomstsamtal, och då har vi den sociala omsorgsplanen, och där ska vara ifyllt även lite bakgrundshistoria, då har man ju det att gå efter. Och de anhöriga berättar gärna. Det arbetssättet gör att man kanske inte behöver så mycket medicin.”

” Ja, har det, och den känner vi ju oftast till, även om det är ett korttidsboende. Vi har ju sådana här sociala omsorgsplaner, som vi fyller i till alla, och där står ju med om man har en fru och om man har barn och så kortfattat. Och om någon säger ”var är nu han” då vet jag, just det, det är sonen han måste vara på jobbet, han ringer säkert sen. Visst kan man lugna dem med det. Eller så hjälper man dem att ringa till dem. Så även om de bara är här i tre dagar så är det nästan en nödvändighet att känna till fru och barn.”

Jag upplever att man också på hemvårdsdistrikten menar att man arbetar utifrån tanken om att mycket som oroar idag kan ligga bakåt i tiden, och att livshistorian därför är viktig att känna till. Man menar, som jag ser det, att denna kan ge förklaringar till hur och varför vårdtagarna vill ha det på ett speciellt sätt idag.

”Ja det tycker jag att det har, vi har ju de gula pärmarna nu, och där står livshistorian, eller ska stå. Som man då kan fråga de som själv kan svara, annars får man fråga de anhöriga. Där kan det ju då komma fram, det kan vara mycket som ligger bakåt i tiden, som oroar.”

”Svår fråga. Det är inte något som jag har tänkt på faktiskt. Det bör ju ha det, att man vet lite om hur de har haft det. Då vet man ju lite hur de vill ha det, och vad de tycker om. För det den ene tycker om, tycker ju inte den andre om. Det är likadant själv, att man kan vara pigg och glad på ett ställe, men så får man dämpa sig hos en annan, för de klarar inte av att man är för pigg och gapäg. Det gäller att känna av var och en.”

Även på Bergagården ansåg man, enligt vad jag upplevde, att det var värdefullt att känna till de boendes livshistoria för att kunna få en bakgrund till varför man kände oro. Här reflekterade man också över hur man som människa många gånger gör återkopplingar till sitt tidigare levda liv, när olika situationer dyker upp i nuläget. Man försökte även se till den boendes sociala bakgrund för att kunna tillgodose deras behov och önskningar, vilket också det ligger i linje med Antonovskys (ibid) sätt att tänka sig människan som en helhet, detta för att kunna höja de boendes livskvalitet.

”Jag tror att det används rätt mycket psykmediciner, jag tror det. Och sen är det ju helt och hållet vad man är för en människa, hur orolig man är i sig själv, eller vad man har gått igenom i livet, som gör att man är den man är. Och då tror inte jag att medicinen kan ta alltihop. För det är ju ändå så att som människa så förknippar man en situation med en annan situation, så är man ju.”

”Ja, vi försöker få reda på deras sociala bakgrund, och få reda på deras intressen. För det är viktigt att veta hur den personen vill ha det med, ja allt, det kan vara klädstil. Hur man tidigare har klätt sig, man kanske vill fortsätta men vågar kanske inte säga hur man vill ha det, för man vill kanske inte belasta personalen, eller vill ha målade naglar eller rullat hår. Då är det viktigt att man ska kunna få det här också. Det är livskvalitet.

En annan sak som togs upp var tankar kring om det finns något samband mellan av vårdtagarna upplevd meningsfullhet och självbestämmande i vardagen och deras medicinering med lugnande respektive sömnmedel. För att uppnå känsla av sammanhang i tillvaron behövs

ju enligt Antonovsky (ibid) att vi kan förstå eller begripa, olika situationer, att vi tror att vi kan hantera dem och slutligen att vi tycker att det är meningsfullt att försöka hantera dem. Av dessa anser han att meningsfullheten är den viktigaste faktorn.

Följande citat kommer från Kärråkras särskilda boende för dementa, äldreboende och korttidsboende:

”Ja, är man lugn så kan man vara med på olika saker, men är man orolig så har man inte tid att sitta still, då blir allting yrt. Vi har tidningsläsning varje förmiddag, och är man lugn så kan man sitta där och prata. Och man kan vara med på underhållning, och så. Och nu är det ju nytt i kommunen att man satsar på det här Investors in People, och där ska varje brukare få vara med och bestämma vad de vill göra. Så en timme i veckan har man personlig tid, heter det. Och då är det bara jag och den boende, så då får den själv bestämma vad den vill göra. Och den personen känner att det är bara du och jag, liksom.”

”Ja, det har det ju, tycker man att livet är kasst, och ingenting är roligt, då blir man ju gärna orolig eller så. Då kan man ju behöva något som antingen dämpar eller höjer en. Så därför försöker vi få igång lite aktiviteter. Att se vad de har för mål, och vad de vill göra. Om det är någonting som de gamla som de skulle vilja göra fortfarande. Det är väldigt populärt att ut och gå, men har vi då 14 boende, och vi är tre på morgonen, så inte en chans att alla kommer ut samma dag.”

”Vår uppgift är ju nu att alla brukare ska ha personlig tid, och det ska ge dem en meningsfullare tillvaro. Men man kan inte jämföra detta med ett boende, här är man kanske extra sjuk, här vill rätt många vila, och sen tar de upp sitt liv igen, när de kommer hem. Men man har en chans att få välja.”

Här tycker jag att man kan urskilja en intressant tanke, nämligen denna att omsorgspersonalen känner att de genom att de engagerar sig och genom att de anordnar olika aktiviteter för de boende kan hjälpa dessa att skapa en meningsfullhet i sina liv. Omsorgspersonalen kopplar alltså de boendes känsla av sammanhang i nuläget till aktivitet av olika slag, vilket man som personal är med och anordnar. Här tänker man sig alltså som jag tolkar det, att man genom meningsskapande åtgärder kan få de boende att använda sig av mindre lugnande- och sömnmedel. Dock fungerar detta, som jag har tolkat andra citat, inte alltid utan medicin måste ibland sättas in ändå.

Numera så får den boende sig också personlig tid tilldelad, där denne får bestämma över hur tiden ska disponeras, de boendes självbestämmande har alltså ökat, något som också kan påverka upplevelsen av meningsfullhet i positiv riktning.

Följande citat angående tankar kring om det finns något samband mellan av vårdragarna upplevd meningsfullhet och självbestämmande i vardagen och deras medicinering med lugnande respektive sömnmedel kommer från de två hemvårdsdistrikten:

”Det tycker jag att det har. Men sen, många vill ju inte det här som att delta i aktiviteter. För vi försöker ju mer och mer, för det händer en hel del inne på Karidal. Just att säga till och så men nej, det vill de inte.”

”Ja, får man inte medicin mot det sjuka, så blir ju inte det friska bra heller, och då kommer man ju lätt in i en ond cirkel. Och du kan ju göra mer än om du blir helt.. går och oroar dig jättemycket, då kan du inte göra någonting. Och när det gäller aktiviteter så får de erbjudandet, och de får hjälp dit och hem, och sen är det upp till dem själva om de vill. Det finns ju underhållning inne på Karidal och ibland har de gudstjänster och lite så, och då får de lov att komma dit. Men det är ingen som har nappat ännu, de tycker att det är för jobbigt. De ska både förflytta sig dit, och sen är där en massa folk som de inte känner. Sen är det ju från person till person, hur de har gjort innan.”

Jag tolkar det som att man återigen kan se att vårdragarnas upplevelser av meningsfullhet i vardagen kopplas till aktiviteter i dagsläget, men att vårdragarna själva får bestämma om de vill delta i dessa eller inte, vilket de flesta väljer att inte göra. I det sista citatet framkommer att många ute på hemvårdsdistriktet finner det jobbigt att delta i aktiviteter, eftersom det blir så mycket runtomkring med transporter och nya ansikten. Här återkommer tanken om att hur man väljer att leva sitt liv idag faktiskt beror på ens personlighet, och det liv man tidigare levit. Var och en upplever en känsla av sammanhang i tillvaron på sina egna premisser, där valfriheten blir en viktig ingrediens.

Följande tankar från Bergagården påvisar att man också på detta boende, enligt min tolkning, anser att de boendes självbestämmande är en viktig ingrediens för att de ska uppleva meningsfullhet i vardagen:

”Man mår ju bra av att få bestämma själv. Och egenbestämmandet idag hos de boende är mycket, mycket större än vad det var bara för en tio år sedan. Fokus på de gamla blir större och större, respekten också. Det är inte de som arbetar som bestämmer, det är den boende som bestämmer. Man ska gärna börja dagen med att sätta sig ner och säga, vad vill du göra idag. Men det är väldigt nytt, det är här fokuset ligget, och kommer att ligga 2006, tror jag.”

”Det är mycket viktigt. De ska ha mening i livet. Man är gammal, man behöver hjälp, man har kommit på servicehus och är beroende av andra, men man är människa. Man ska aldrig glömma att de har sina behov som de måste få tillfredsställda, det är jätteviktigt. Vårt mål är att kunna ge personlig tid varje dag. Man ska planera detta, men man ska också kunna handla spontant. Man planerar att man ska bada till exempel, vi har ju

badrummet där man kan få bada med bubblor, lyssna till musik, och slappna av. Sådant måste planeras. Men om man kanske ser att dottern inte har kommit som hon lovat, så kan man gå in och prata lite och höra hur det känns. Det är helheten igen, att man ser till individen, där självbestämmande är viktigt.”

I det sista citatet tycker jag att man kan se att personalen försöker se till helheten, och dagsläget för att hjälpa de boende att uppleva en känsla av sammanhang i sin vardag. Man har alltså här anammat den holistiska människosyn som Antonovsky förespråkar (ibid). Även här kopplas i viss mån aktiviteter samman med de boendes upplevelser av meningsfullhet.

I sammanhanget diskuterades också huruvida man arbetade utifrån ett salutogent perspektiv inom äldreomsorgen ute på de olika avdelningarna och distrikten. Antonovsky (ibid) menade ju att detta synsätt kunde bidra till att människor kunde hålla sig friska, sjukdomar och stresstillstånd till trots. På Kärråkras olika boenden menade man, som jag såg det, att man hade en bit kvar till målet.

”Vi försöker väl ta fasta på det friska, men det är klart man orkar ju inte alltid heller.”

”Vi försöker ju bevara det friska så länge som möjligt, och ha så lite medicin som möjligt.”

”Vi har i alla fall fått en uppmaning att vi ska försöka ta fasta på det friska. Men om jag ska vara riktigt ärlig så tänker vi nog mycket på att de är sjuka. Jag vet att det nya är att man ska se till det friska istället, men om jag ska vara ärliga så är vi nog inte så duktiga på det, men vi försöker. Men kanske omedvetet att vi gör det, jag kan inte säga att här tänker vi på det friska, men vi vet att det ska vara så. Och jag tror det gör skillnad, för ofta så kan du ju dra fördel av din sjukdom, och om jag då kan se med andra ögon, så kanske de också kan göra det.

I det sista citatet menar jag att man kan se att en medvetenheten om fördelarna av detta sätt att tänka finns där. Detta citat kommer från Kärråkras korttidsboende, på vilken man vårdar många svårt sjuka, samt ger vård i livets slutskede, något som kan påverka det faktum att det kanske många gånger förhåller sig så att det salutogena synsättet får stå tillbaka för det patogenetiska.

Jag upplevde att omsorgspersonalen ute på hemvårdsdistrikten också tyckte att man inte riktigt nått målet att tänka utifrån det salutogena perspektivet, vilket följande tankar visar:

”Vi får ju papper på vad den och den behöver hjälp med, sen är det ju inte alltid som det stämmer, en del kan ju faktiskt mer. Men .. man ska ju utgå från det friska. Man försöker ju, men det handlar ju om tid också”

”Ja.. men får man inte medicin mot det sjuka, så blir ju inte det friska bra heller, och då mår de ju inte bra. Då kommer man lätt in i en ond cirkel.”

I det första citatet tas det här med tidsaspekten upp, att det är svårare att ha ett salutogent perspektiv när man på relativt kort tid ska uträtta vad som står på en arbetsorder. Jag kan också tänka mig att det är svårare att tänka i dessa banor när man faktiskt har fått ett papper i handen, där det tas upp vad som hos de olika vårdtagarna inte fungerar. Det sista citatet påvisar, enligt mig, att man givetvis inte kan utesluta det ena för det andra. Här kände jag att min intervjuperson och jag tänkte i olika banor. Medan jag tänkte att man genom det salutogena perspektivet kanske skulle kunna hjälpa den psykiskt upplevda hälsan på traven, så upplevde jag att hon nog mer tänkte i banor av att när det sjuka väl var avhjälpt så kunde man ta fasta på det friska. Här tycker jag att man kan se hur olika förförståelser och kunskap på olika arbetsområden kan spela in vad gäller vilket utgångsläge man har, och hur man på grund av detta tänker.

Följande tankar angående det salutogena perspektivet kommer från Bergagården:

”Om man tänker utifrån det här med bemötande, så är det ju hur den personen själv vill bli bemött. Och många gånger så vill de inte att man ska se till det sjuka, utan se mig för den jag är, inte för vad jag har.”

”Det är faktiskt ganska viktigt att det blir rätt. Vi har till exempel en cancersjuk boende, men vi bemöter inte denne som cancersjuk, utan som människa. Man har en helhetssyn, och det är viktigt. Det är läkarnas uppdrag att bara se till sjukdomen.”

På detta boende tycks man uppleva att man har nått målet att arbeta utifrån det salutogena perspektivet, i det att man menar att man har ett holistiskt synsätt på människan, i detta fall den boende, och ser henne för den hon är som person, och inte för den sjukdom hon eventuellt har.

Följande tankar kommer att beröra vid vilka tillfällen de äldre upplevs bli oroliga, och behöver lugnas. På Kärråkras särskilda boende för dementa, äldreboende och korttidsboende har man märkt av följande:

”Det märker man av påkvällarna, vi är tre stycken, och när vi börjar lägga så försvinner vi ju en period, och då blir det lite oroligare. Då letar de gärna upp oss, vi är nog tryggheten som liksom går här./../De vill hem. Ibland är det till barndomshemmet. Eller så ska man släppa ut djuren, eller fåbarnen till skolan.”

”Det kanske är något som har hänt nyligen, kanske är det någon närstående som har gått bort, eller något sådant. Man får tänka lite runt det här med bakgrundsbild, och utifrån det väljer man hur man ska lugna. Och vi har haft någon som är dement här, då glömmet de, sen kommer de ihåg, och så springer de och letar efter dem (de anhöriga). Vissa sjuka oroar sig över om det är nå jag dör av, när dör jag, dör jag idag eller...”

”När de ska sova, det är ju då vi är som minst folk, och alla ska läggas samtidigt, då är de som mest oroliga. Man märker att när vi håller på och pysslar i köket så är det ingen som säger något, men när vi börjar lägga, så kommer de ”hallå jag skulle på toaletten” vi kan i alla fall se det som ett tecken på att det är en trygghet när vi finns./../Hos oss är det oro inför döden, eller förvirrig, oftast i det stadiet innan man har fått diagnosen.. Eller om man har psykiska problem. Oro kommer av vissa sjukdomar, eller av att man har det i sig i sitt sätt, du kan ju ha varit en orolig själ sen du var 25, att det är personligheten.”

Här kan man, enligt min mening, se att omsorgspersonalen upplever att det är faktorer både i dagsläget såsom förlust av trygghet, sjukdomsbild och oro inför döden, samt faktorer som kan härledas bakåt i tiden, speciellt vid demens, som kan orsaka oro. Dessutom upplevde personalen på korttidsboendet att de boendes personliga läggning spelar in, när det gäller hur orolig man blir i olika situationer. Det sista stämmer väl överens med Antonovskys antagande om att hur en människa hanterar sina livsproblem under livets gång kommer att påverka hur hon mår idag, och i detta fall hur känslig för stressorer hon är idag.

Följande tankar kommer från hemvårdsdistrikten:

”Många känner sig trygga med oss, när vi kommer, de känner ju oss. Men det är ju det här när man ska gå det är ju ofta dått... ska du redan gå /../Ensamheten är väl det många känner.”

”Det kan ju bli ett problem om det kommer för många, om någon är sjuk och det kommer nya vikarier varenda dag. Då blir de oroliga för då vet de inte deras rutiner, som vi kan som går där dagligen. /../Och det är det här att de känner sig trygga med vissa, och mindre trygga med andra. Och går då inte personkemin ihop med vårdtagare och personal, så försöker man att inte sätta ihop dem.”

Också ute på hemvårdsdistrikten tycks känslor av oro kopplas ihop med förlust av trygghet, i form av personalens närvaro, i nuläget. I det sista fallet konstaterades, som jag tolkar det, dock att man inte rätt och slätt kunde sätta likhetstecken mellan närvaro av personal och trygghet, utan att det rörde sig mycket om personkemi och kontinuitet i kontakterna mellan vårdtagare och personal, för att trygghetskänslan skulle infinna sig.

Följande citat kommer från Bergagården:

”Det är ju helt och hållet vad man är för en människa, hur orolig man är i sig själv, eller vad man gått igenom i livet som gör att man är som man är.”

”Ja nyinflyttade kan ha problem med miljöanpassning, vi kan se första dan.. känslan av att man är övergiven, att nu är det slutet, och det här huset.. många ser det som ett fattighus, nu är jag överlämnad för att jag varit jobbig för mina anhöriga, eller jag är här för att jag är ensam i livet, jag har ingen.. och vi försöker lyssna. Att bara lyssna och finnas tillhands är viktigt. ../Dödsfall bland de gamla väcker tankar. Vi brukar duka fint till eftermiddagskaffet, och tända ljus, och så berättar vi att till exempel Edith har gått bort. Det är ingen hemlighet, det är viktigt att de får reda pådet.”

Återigen påtalas att den personliga läggningen, och de livserfarenheter man gjort, har stor betydelse för graden av oro man upplever idag. I detta sammanhang kommer jag att tänka på Renemarks (1999) slutledning, där han menar att det inte bara är ohälsan i sig som gör att vi mår dåligt, utan att även upplevelserna av ohälsan påverkar hur vi upplever vår hälsosituation. Jag menar att man kan applicera samma tanke på känslor av oro, att det inte bara är själva oron som påverkar oss, utan även upplevelserna av oron.

I det senare citatet kan man se att personalen har märkt av en anpassningsfas vid nyinflyttningen, där de boende har många tankar kring sitt nya boende i relation till sin livshistoria, och att personalen känner att det är viktigt att finnas tillhands med ett lyssnande öra i dessa situationer.

Också på detta boende upplever personalen att de boende av naturliga skäl känner oro vid dödsfall på boendet. Här upplever jag att man menar att det är viktigt att informera de övriga boende på ett bra sätt för att minska oro.

Följande tankar kommer att beröra huruvida gruppdynamiken på de olika boendena och hemvårdsdistrikten på något sätt påverkar vårdtagarnas oro och eventuell medicinering med lugnande och sömnmedel.

Så här tänkte man på Kärråkras särskilda boende för dementa, äldreboende och korttidsboende:

”De påverkar varandra, men inte så det går in på deras medicinering. Ibland nästan slår de varandra. Men då försöker vi gåemellan och lugna.”

”Nej, det tycker jag inte. Vi har ju de som bara vill sitta inne på rummet och läsa sin tidning där, och då får de det. Och de som vill vara med och aktiveras, de får ju det, sådet är blandat hela tiden.”

”Gruppdynamiken.. javisst påverkar de varandra, jättemycket. Friska människor kan ju helt plötsligt bli sjuka för att man betalar ju lika mycket, och får då grannen hjälp med benen.. Men inte tabletter precis, det försöker vi ge de flesta på rummen, och där har de inte heller riktig koll..

../Och medicineringen med lugnande, det är ju inte bara för vår skull, för det kan man ju läsa i media om att det är för att personalen ska sitta och fika. Det är klart att det är lite för vår del för att vi ska orka med, men det är framförallt för deras medpatienter som bor här, och för deras egen del, för har man nångång sett någon lida av ångest så.. Just nu har jag ett jättebra exempel, det är en man, han är dement, och rätt som det är så kommer han ut alldeles naken i korridoren, i bara blöja och med fullt av avföring på händerna, och så går han in till någon annan som är döende, då gör man det för deras skull, och man gör det för hans skull. Så jag tycker att det är fel att säga att man gör det för personalens skull../Man skulle önska att man kunde ge så att de blev lugna mer jämt, men så är det inte. Sen är det väl det också så att vi blir uppstressade av det, sen tar det mycket längre tid för oss att gå ner, vi som personal känner just nu väldig stress över att här är mycket rörigt, så det är kanske vi som skulle haft lugnande istället.”

En tanke som jag tycker är intressant i sammanhanget är att när man talar om gruppdynamiken på avdelningen så tycks omsorgspersonalen i första hand tänka på den dynamik som förekommer mellan de boende, och inte mellan de boende och olika typer av personal.

På demensboendet kunde man se att vågorna ibland gick höga mellan de boende på avdelningen, vilket skapade oro. Dock menade man att personalen kunde lugna detta utan mediciner.

På äldreboendet menade personalen att man inte märkt av att de boende påverkade varandra i någon större utsträckning.

Personalen på korttidsboendet upplevde däremot att de boende i hög grad påverkade varandra. Här påvisas också väldigt konkret hur medicineringen faktiskt påverkas då vårdtagaren är en

del av en i detta fall mycket heterogen grupp. Den demente mannen i exemplet blev medicinerad med lugnande inte enbart för sin egen skull, utan också för att de övriga på avdelningen skulle få en dräglig miljö. Här innefattas de övriga boende och även personalen. På detta boende reflekterade man också över hur man själv påverkades av de boendes oro och stress, i det att man konstaterade att de boendes oro smittade av sig på personalen så att de också blev uppstressade.

Följande tankar kommer från hemvårdsdistrikten:

”Det är ju inte så mycket här. Det är förstås en del som vi hämtar in som äter i matsalen inne på Karidal, istället för att få hem mat. Det är en sex, sju stycken, så sitter de där inne och umgås, de sitter ju alltid vid samma bord, och så Det tycker de är trevligt.

../Många upplever nog att det är mer trygghet på ett boende. Jag tror, det är alltså vad jag tror, att man behöver mer lugnande hemma. På ett boende finns ju alltid någon att få tag i. Det finns det ju inte när man bor hemma på samma sätt, händer det något så kan de trycka på larmet, men det tar ju tid innan det kommer någon. Även om de känner sig trygga med oss, de känner ju oss, men det är ju det där när man ska gå. ska du redan gå? På ett boende finns ju möjligheten att kunna gå ut ifrån, nu vet jag ju att många sitter och klurar på sina rum, men där finns ju ändå en närhet på ett annat sätt.”

”Det är ju de som ska må bra. De bor ju själva, och det är vi som kommer dit.

../På något vis kan jag tro att det är lugnare hemma, där är du ju van att vara. För flyttar du in på ett hem så är allting nytt, och du hittar kanske inte dina grejer, och så Men det är säkert från person till person. Detta är ju bara mina tankar. Sen tror jag att de känner sig trygga med detta också att de har sina larm, och de flesta kan trycka, det är bara ett fåtal som inte kan. Se har de ju våra telefonnummer på larmet, så de får hjälp ganska snabbt.”

Omsorgspersonalen menar som jag tolkar det att det inte finns så mycket gruppdynamik att tala om på hemvårdsdistriktet. Från det första citatet kan utläsas att då man som vårdtagare umgås i grupp vid middagen, så upplevs detta som något positivt, och något som man själv valt. I övrigt funderar man i banor som att det ute på det egna boendet ibland känns ensamt och otryggt, och att vårdtagarna av den anledningen ibland känner sig oroliga.

Från det andra distriktet konstateras, enligt mig; att det är vårdtagarna själva som är i fokus, medicinering med lugnande och sömnmedel är alltså till för att den enskilde vårdtagaren ska må bra, här behöver man inte ta hänsyn till andra boendes, eller till personalens välbefinnande. Detta kan jag tänka bidrar till att det på hemvårdsdistrikten används betydligt mindre lugnande och sömnmedel än inne på de flesta typer av boenden. En annan sak som jag

upplever som intressant i sammanhanget är att personalen på det senare distriktet, i motsats till det förra, upplevde att vårdtagarna här kände sig trygga och tillfreds i sina hem. Det var för övrigt på detta distriktet som medicineringen med lugnande och sömnmedel var mycket låg. Hur kan detta komma sig? Kanske är förekomsten av sjuklighet och demens lägre på detta distrikt än i övrigt? Kan det vara så att personalens upplevelser av meningsfullhet och känslor av sammanhang i vardagen var större på detta distrikt än på det andra distriktet och på övriga boenden, och att detta smittar av sig på vårdtagarna? Detta är inget jag har svar på. Det enda jag säkert vet är att personalen på detta distrikt har talat om att vårdtagarna i väldigt liten utsträckning deltar i de aktiviteter som anordnas inom hemvården. Annars var ju just aktiviteter något som omsorgspersonalen satte i samband med vårdtagarnas upplevelser av meningsfullhet i vardagen.

Från Bergagården framkom följande angående gruppdynamiken i samband med av de boende upplevd oro, och för denna eventuell medicinering:

” I en grupp såhar man olika människor, dåär det ofta någon som är en avundsjuk människa, och det är ju gärna så att den kan sitta och bli lite elak mot någon som är lite skör. Och då blir den jätteorolig och jätteledsen, och kan behöva något att sova påjust då. Och sen kan det ju också vara det här att man behandlar en människa med någon slags psykmedicin, alltså lugnande på grund av att de inte ska störa andra, det händer faktiskt. För att okay.. så här betar du dig, och det glömmet du, men det glömmet inte de andra, så därför måste vi medicinera dig. Det händer. Jag tror inte det hade hänt om vissa hem hade varit uppbyggda enbart för personer med demens.”

” Ja, det är ju den här blandningen av de som är dementa och de som har andra sjukdomar.. men jag tycker aldrig att det blir så drastiskt, för vi finns tillhands. Och ofta får vi hjälpa de dementa till rummen, för de hittar inte rätt, och då ser de andra att de går fram och tillbaka, och oro smittar av sig. Man börjar ”ah har det hänt något” men ser vi att någon är orolig och går i korridoren, då är det till att sätta sig ner och prata med dem, det lugnar hela stämningen./../Sen tror jag att det känns tryggare här än i ett eget hem, hemma är man ensam, man har anhöriga, men inte ständigt. Här är folk ständigt. Hemma har de inte samma möjligheter att välja, de har personlig tid, men inte i samma utsträckning som vi har här, inte på natten. Tanten som bor hemma kan inte sova på någons axel. Det finns mer resurser här.”

I det första citatet upplever jag att man extra tydligt kan se hur de boende kan bli oroliga och behöva medicineras inte enbart för sin egen del utan även för de andra boendes. I det första exemplet var det för att den boende blivit orolig för vad någon annan sagt och gjort denna, och i det andra fallet var det på grund av det motsatta, för att inte oro eller störa de andra boende. Personalen upplever att blandningen av dementa och icke dementa boende gör att

man medicinerar de boende med lugnande i högre utsträckning än på ett boende med enbart dementa.

Samma sak konstateras i det senare citatet angående de blandade boendena. Dock menar man här att personalen kan lugna ner stämningen genom samtal. Här upplever jag att man kan urskilja att omsorgspersonalen inser att man ingår som en viktig del vad gäller gruppdynamiken på boendena. Bland annat i det att man genom samtal många gånger kan lugna och hjälpa de boende att se och känna sammanhang i sin och de övriga boendes vardag.

En sak som i sammanhanget kan diskuteras är det insamlade materialets tillförlitlighet. Som tidigare nämnts under rubriken val av metod så är ju resultatet av en studie som denna enligt Denscombe (2000) snarare en produkt av forskaren själv än ett avslöjande av fakta, eftersom materialet tolkats genom dennes sätt att se på hur tingen i världen hänger ihop. Något annat som Dencombe (ibid) pekar på är att texten dekontextualiseras vid analysen, och att innebörden därigenom kan gå förlorad. Ytterligare en faktor som pekas på är att det kan finnas risk att förklaringen kan bli alltför förenklade i jakten på teman och likheter. Alla dessa faktorer föreligger vid denna studie, precis som i andra. Möjligen skulle en annan intervjuare med samma intervjuguide komma fram till svar som låg i linje med mina, men vilka tankar som ansågs intressanta, samt tolkningarna av dessa skulle förmodligen skilja sig väsentligt från mina. Detta är, enligt mig, en del av det som gör det kvalitativa arbetssättet så spännande, men som samtidigt innebär att man måste vara försiktig då man drar slutsatser härur.

6. SLUTDISKUSSION

På de olika äldreboenden och hemvårdsdistrikt som jag har undersökt i Eslövs kommun har de flesta varit jämförbara, vad gäller användningen av lugnande och sömnmedel, med de rapporter som socialstyrelsen sammanställt från andra delar av landet (Claesson 1997, 1999). Dock låg Kärråkras äldreboende något under dessa siffror och hemvårdsdistriktet Nord-Ost låg markant under siffrorna i dessa rapporter. Man kunde också se att Kärråkra korttidsboende låg på samma höga siffror som sjukhemmen, något som var väntat eftersom sjukligheten här var hög, många kom hit för att få vård i livets slutskede, samt att de boende var en väldigt heterogen grupp där blandningen bestod av boende med olika sjukdomsbild tillsammans med dementa boende. Dessutom varierade vårdtiderna allt emellan tre dagar och ett halvår, vilket

gjorde att mediciner sällan sattes ut på denna avdelning, för antingen var man mycket sjuk, eller på väg till ett annat boende.

Något som gör det svårt att jämföra hur användningen av lugnande och sömnmedel både i skrivna rapporter, och med utgångspunkt i intervjuerna, är att olika vård- och omsorgspersonal kategoriserar dessa preparat olika. Vissa rapporter beskriver psykofarmakaanvändningen (Claesson, 1996) där lugnande och sömnmedel ingår tillsammans med neuroleptika och antidepressiva medel, medan andra talar om läkemedel mot psykiska sjukdomar där lugnande medel ingår. Det blir då svårt att få ut några entydiga siffror vad gäller specifikt lugnande och sömnmedel. Även under intervjuerna märkte jag att det ibland var svårt för omsorgspersonalen att kategorisera vad som var lugnande eller sömnmedel, eftersom en del mediciner som var antidepressiva eller ångstdämpande också var lugnande. Vidare användes lugnande medel i vissa fall på kvällen för att de boende skulle somna. Detta gör att man med olika datainsamlingsmetoder kan få olika siffror (Claesson 1996). Inom den kvalitativa forskningen kan man också få olika siffror beroende på hur den intervjuade själv väljer att kategorisera just den här medicinen.

I denna studie hade många av de boende/vårdtagarna sina egna husläkare ute på vårdcentralerna, detta gällde även de olika boendena på Kärråkra, där många boende valde att stanna kvar hos sin husläkare trots att en läkare var knuten till boendena. Det blir därför svårt för omsorgspersonalen att bilda sig en uppfattning om dessa läkares behandlingstraditioner (Claesson 1999). Detta skulle annars kunnat vara till hjälp när man vill veta varför medicinanvändningen hos vårdtagarna ser ut som den gör.

Som tidigare nämnts fanns inga större skillnader vad gäller bemanning på de olika boendena, dock kunde man också här få lite olika svar beroende på huruvida den intervjuade tänkte på hur stor hela personalstyrkan var, eller om man tänkte på hur många som var inne och jobbade samtidigt. Detta fick sedan redas ut med hjälp av följdfrågor. Ute på hemvårdsdistriktet hade man av naturliga skäl betydligt fler vårdtagare att ta hand om än inne på boendena, antalet vårdtagare varierade också från dag till dag.

Medicinunderlag eller listor fanns på alla avdelningar och distrikt. Medicingenomgångar var sällsynta. Personalen inne på boendena hade tankar om att man i ett eget boende nog inte stod kvar på en viss medicin hela livet, något som inte riktigt visade sig stämma, eftersom personalen ute på hemvårdsdistrikten också upplevde att vårdtagarnas mediciner, innefattande lugnande och sömnmedel, sällan sattes ut.

De intervjuer som jag genomfört påvisar att omsorgspersonalen upplever att man inte alltid kan lugna utan mediciner, men att det är svårt att nå balansen mellan lugn och sövd.

Jag upplever att det också har visat sig skillnader i varför man medicinerar de boende/vårdtagarna. Ute på hemvårdsdistriktet tycks det i första hand vara för att lugna den boende själv, medan det inne på de olika formerna av boenden också tycks vara för att de övriga, både boende och personal, skulle få en dräglig miljö. Detta faktum stämmer väl överens med olika rapporter från socialstyrelsen (Claesson 1996, Nordqvist & Strömsten 1985), där man menar att många vårdtagare är så oroliga och störande att de inte kan vårdas på vanliga avdelningar utan att först få lugnande medel.

Rapporten läkemedel och äldre (1985) framhåller att oro och sömnstörningar är vanliga problem i alla åldrar, men att dessa tenderar att öka med stigande ålder. I samband med detta kan man tänka sig att boende/vårdtagare som upplever att deras liv har en mening och upplever en känsla av sammanhang i tillvaron skulle klara av att härbärgera en viss oro, eller sömnlöshet utan att känna att man behöver mediciner för att döva detta. Denna tanke harmonierar väl med Antonovskys (2002) sätt att se på människan, i det att han menar att om en person kan förstå en viss situation, och att hon tror att man kan hantera den, samt att hon tycker att det är meningsfullt att göra detta, då har hon funnit ett sätt att lösa sin kris på ett lyckat sätt, och kan gå vidare i livet med den erfarenheten i bagaget. Hur man löst sina kriser genom livets gång är alltså av betydelse för hur man hanterar olika situationer i dagsläget. De olika boendena och distriktet jag undersökte hade, som jag upplever det, tagit fasta på detta och arbetade utifrån livsloppsperspektivet, i det att man menade att personalen genom att känna till vårdtagarens livshistoria, eller åtminstone delar av den, kunde lugna viss oro, utan mediciner. Jag upplevde också att man på de olika formerna av distrikt och boenden arbetade på att i möjligaste mån kunna erbjuda ett socialt klimat där vårdtagarna skulle få möjlighet att uppleva trygghet och mening i sitt liv och i sin vardag. Dessa meningsskapande åtgärder kunde se olika ut. Något som omsorgspersonalen på de flesta boenden och distrikt funnit effektivt, som jag ser det, var att ta sig tid att sätta sig ner och prata. Annars tänkte man mycket i banor som rörde olika former av aktiviteter, där omsorgspersonalen menade att de genom att aktivera vårdtagarna kunde hjälpa till att skapa mening i deras liv, vilket man i en hel del fall, dock långt ifrån alla, upplevde kunde ha en gynnsam inverkan på medicineringen med lugnande och sömnmedel. Faktorer som gjorde vårdtagarna oroliga i dagsläget kunde bland annat vara ångest inför döden samt demens. I dessa fall menade personalen, enligt min tolkning, att det många gånger behövdes mediciner för att lugna, dock försökte man i de flesta fall i första hand med andra åtgärder.

Ett boende som i extra hög grad, enligt mig, tyckes fånga upp detta med att skapa trygghet och mening, genom sin medvetenhet om de boendes behov var Bergagården, vilket jag tycker att följande citat därifrån visar.

”Man är gammal, man behöver hjälp, man har kommit på servicehus och är beroende av andra, men man är människa. Man ska aldrig glömma att de har sina behov som de måste få tillfredsställda, det är jätte viktigt.”

”Att vi är tillgängliga, att vi skapar trygghet, att vi har tid att sitta och hålla i hand och prata. Visa uppmärksamhet, skapa omväxling, att de känner sig sedda och får bekräftelse. Det är viktigt.”

Dock visade det sig att medicineringen med lugnande medel på detta boende låg ganska högt. Detta kan, enligt min mening, förmodligen härledas till att det är ett blandat boende med både dementa och ickedementa boende. Sjukligheten på boendet spelar också in.

Man kan också fråga sig vad det är som gör att man på hemvårdsdistrikt Nord-Ost ligger så lågt vad gäller medicineringen med lugnande och sömnmedel. Ute på distriktet har man ju av naturliga skäl mindre tid för varje vårdtagare än inne på ett boende. En tanke i sammanhanget kan vara att omsorgspersonalen på detta distrikt kanske själva upplever en meningsfullhet samt känslor av sammanhang i sin vardag. Detta är enbart en tanke, och det finns inga belägg för att det skulle vara så. Dock upplevde omsorgspersonalen på detta distrikt att vårdtagarna kände sig trygga och tillfreds i sina bostäder. Kanske kan personalens upplevelser av att vårdtagarna känner sig trygga smitta av sig, så att de verkligen gör det? Detta är återigen bara en fundering, och ingenting som jag har belägg för. En sak som spelar in är att det bor färre dementa ute på distrikten än inne på boendena, samt att man inte behöver medicineras av den anledningen att man stör omgivningen, då man bor i ett eget boende.

På de boenden där jag har intervjuat omsorgspersonal, har man i stort sett arbetat utifrån samma riktlinjer som på Sigtoniagården utanför Strängnäs. Man har strävat efter att ha ett positivt mänskligt bemötande, där vårdtagaren står i centrum och man har försökt att stimulera och motivera denna. Det boende som speciellt utmärkte sig på detta plan, var Bergagården. Dock var medicineringen med lugnande på detta boende fortfarande ganska hög. Faktorer som kan spela in här är att Sigtoniagården var ett demensboende, medan Bergagården var ett blandat boende, där man kan tänka att de boende kanske stör varandra i högre grad. Ett boende som mer är jämförbart med Sigtoniagården är då Kärråkras särskilda boende för personer med demens, här arbetade man också utifrån samma riktlinjer, men fortfarande så låg medicineringen med lugnande på en sex, sju av tolv, och med sömnmedel på åtta av tolv. Det framkom inte om Sigtoniagården hade någon läkare knuten till boendet, men på Kärråkra särskilda boende valde många att behålla sin egen husläkare, trots att en

läkare var knuten till boendet, kanske kan detta spela in. Även ute på hemvårdsdistrikten arbetade man efter samma riktlinjer. Dock under lite andra förhållanden, eftersom man träffade sina vårdtagare under mycket kortare tid per dag än vad omsorgspersonalen inne på boendena gjorde. Trots detta utmärkte sig, vilket tidigare nämnts, distrikt Nord-Ost med i sammanhanget extremet låga siffror vad gäller användningen av lugnande och sömnmedel.

Detta är en liten studie i Eslövs kommun där olika former av äldreboenden kopplas samman med vårdtagarnas medicinering med lugnande och sömnmedel, i ett försök att se om boendeformen utgör en faktor i sammanhanget.

Det går naturligtvis inte att dra några generella slutsatser ur en så här pass liten studie, men det jag har kommit fram till är att boendeformen spelar in, i den meningen att man inne på ett boende medicinerar vårdtagarna med lugnande och sömnmedel inte bara för deras egen del, utan också för att de andra boendes skull. Detta blir särskilt påtagligt då boendet är blandat, det vill säga då vissa av de boende är dementa, och andra inte.

I övrigt har jag sett en äldreomsorg där jag har upplevt att man på samtliga boenden och distrikt har strävat efter att de gamla ska uppleva en så meningsfull tillvaro som möjligt, och där man i första hand försöker lugna med andra metoder, innan man sätter in medicinering, och där man upplever att det finns resurser att tillgå Jag vill gärna avsluta med följande citat:

”Det finns personal och resurser att tillgå På tv ser man ofta att de säger att det är brist på personal. Det stämmer inte här, här finns ingen personalbrist. Men media rapporterar oftast om det som har varit dåligt, inte det positiva, som att personalen på Bergagården påstår att det inte finns någon personalbrist.”

LITTERATURFÖRTECKNING

Rapporter

Claesson, Cecilia (1997) *Hemsjukvårdspatienternas läkemedelsanvändning i Maria-Högalid, Katarina-Sofia och Enskede*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.

Claesson, Cecilia (1996) *Läkemedel på sjukhem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Fastbom, Johan & Jallow, Amadou (2000) *Kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Fastbom, Johan & Olsson, Jonny (2004) *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-Projektet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Fastbom, Johan & Schmidt Ingrid (2003) *Anitdepressiva läkemedel hos äldre på sjukhem i Stockholm. På vilka grunder ordinerar de och hur följs behandlingen upp?* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.

Guttormsson, Ulf (2004) *Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2004*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport nr 82. Stockholm: Edita Ljunglöfs.

Johansson, Lennart (1998) *Äldreuppsdraget. Årsrapport 1998*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Nordqvist, Percy & Strömsten, Ulf (1985) *Läkemedel och äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Schmidt, Ingrid (1999) *Läkemedel på sjukhem – en uppföljning av kvaliteten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Schmidt, Ingrid (2000) *Socialt klimat, läkemedel och vårdkvalitet på tio svenska sjukhem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Böcker

Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, Rosmari (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.

Fastbom, Johan (2000) *Äldre och läkemedel*. Falköping: Elanders Gummessons.

Goldberg, Ted (2000) "Inledning" i Goldberg T, red, *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Holme, I.M & Solvang, B.K. (1991) *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Rennemark, Mikael (1999) *Wellbeing in old age – life history evaluations, sense of coherence and social networks in relation to health*. Lund: KFS

Repstad, Pål (1999) *Närhet och distans – kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur (3:e upplagan).

Rundgren, Åke (2001) "Sjuklighet hos äldre" i Agneta och Gunnar Grimby, red, *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Tamm, Maare (2002) *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Tornstam, Lars (2001) *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Prisma.

INTERVJUGUIDE

Formalia och statistik

- Namn?
- Ålder?
- Nuvarande yrkesbefattning?
- Formell kompetens, eller utbildning?
- Nuvarande arbetsplats?
- Arbetsuppgifter?
- Hur många vårdtagare finns på avdelningen/distriktet?
- I vilka åldrar är vårdtagarna på avdelningen/distriktet?
- Hur ser rummen ut, enkel- dubbel- flerbäddsrum?
- Personaltäthet?

Fakta kring medicinering med lugnande och/eller sömnmedel

- *Hur många* av vårdtagarna på avdelningen/distriktet, *medicineras* för närvarande med lugnande medel? Respektive sömnmedel?
- Ungefärlig *ålder* på dessa vårdtagare?
- På vilket sätt kommer du i *kontakt* med vårdtagarnas *medicinering*?
- Hur *länge*, genomsnittligt brukar vårdtagarna *medicineras* med lugnande medel? Respektive Sömnmedel?
- Vilka *diagnoser* brukar vara de vanligaste, då vårdtagarna *medicineras* med lugnande medel? Respektive sömnmedel?
- Vem *skriver ut* medicinen, finns någon läkare knuten till boendet/distriktet?
- Vilka olika *personalgrupper* är involverade i medicineringen?
- Görs *läkemedelsgenomgångar*, isåfall hur ofta, och vilken personal är inblandad?
- Finns *listor* på vårdtagarnas mediciner?

Tankar kring medicineringen med lugnande och/eller sömnmedel

Tankar kring:

- för- och nackdelar vid medicinering med lugnande medel? Respektive sömnmedel?
- vårdtagarnas upplevelser av *biverkningar* av sin medicinering med lugnande medel? Respektive sömnmedel?
- medicineringens (med lugnande respektive sömnmedel) *längd*?

- dina upplevelser av huruvida vårdtagarna är *beroende* av sina lugnande medel? Respektive sömnmedel?
- om Ni på er arbetsplats använder Er av några *alternativa metoder* till lugnande- och/eller sömnmedel?
- (om så är fallet) fördelar respektive nackdelar med de alternativa metoderna?
- vilka faktorer Du tror påverkar huruvida vårdtagarnas oro och sömnrubbingar medicineras eller behandlas på annat sätt?

Tankar kring samspelet mellan den sociala miljön och medicinens betydelse

Tankar kring:

- när olika *beteenden* blir ett *problem*.
- vilka *faktorer* som kan påverka att vårdtagarna känner *oro*. Respektive upplever *sömnrubbingar*.
- om det har någon betydelse för vårdtagarnas medicinering (med lugnande- resp. sömnmedel) huruvida personalen känner till deras *livshistoria*. Arbetar man på avdelningen/distriktet utifrån detta?
- om olika *arbetsätt* kan bidra till att medicinering (med lugnande- respektive sömnmedel) kan minskas.
- *bemötandets* betydelse för medicineringen (med lugnande- respektive sömnmedel), tankar kring det patogena respektive *salutogena* perspektivet.
- om det finns något samband mellan av vårdtagarna upplevd *meningsfullhet* i vardagen och deras medicinering (med lugnande- resp. sömnmedel).
- *Självbestämmande, medinflytande, integritet, trygghet, helhetssyn och normalisering*.
- om olika *aktiviteter* för vårdtagarna påverkar deras medicinering (med lugnande- resp. sömnmedel). Hur aktiveras vårdtagarna på avdelningen/distriktet?
- om *gruppdynamiken* på avdelningen påverkar medicineringen (med lugnande- resp. sömnmedel).
- om vårdtagarnas *boendeform* kan ha betydelse för deras medicinering med lugnande- resp. sömnmedel?

Bilaga 2

Film/dokumentär:

”Fråga doktorn,” dokumentär inspelad från svt2, 2005-11-08

Intervjuer:

- Jenny Holm, Kärråkras särskilda boende för äldre med demens, 2005-11-14
- Carina Persson, Kärråkras äldreboende, 2005-11-15
- Carina Johansson, Kärråkras korttids boende, 2005-11-17
- Lisbeth Harnfeldt, hemvårdsdistrikt Nord-Väst, 2005-11-21
- Carina Lindblad, hemvårdsdistrikt Nord-Ost, 2005-11-23
- Annika Mårtensson, Bergagårdens äldreboende, 2005-11-24
- Jasmina Muric, Bergagårdens äldreboende, 2005-11-24