



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Aktivitet och delaktighet

Personer i den tredje ålderns reflektioner kring åldrandet

Författare: Erika Hintz
Camilla Nilsson

Handledare: Charlotte Löfqvist

December 2009

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2009-12-14

Aktivitet och delaktighet Personer i den tredje ålderns reflektioner kring åldrandet

Erika Hintz & Camilla Nilsson

Sammanfattning

Den tredje åldern kännetecknas av friska personer som är fria från ansvar i yrkesarbete, barnuppfostran och kan i högre grad börja förverkliga sig själva. Den ökande medellivslängden och ökad hälsa i västvärlden gör att antalet år en person befinner sig i den tredje åldern blir fler. Syftet med studien var att undersöka hur personer som idag befinner sig i den tredje åldern reflekterar kring aktivitet och delaktighet under åldrandet. Gruppen informanter bestod av nio personer, fem män och fyra kvinnor. Studien hade en kvalitativ ansats och data samlades in genom fokusgruppsmetoden. Analysen gjordes genom innehållsanalys med en induktiv ansats. I resultatet framkom att informanterna hade en rädsla för vad framtiden kunde innebära. Vidare framkom reflektioner kring hjälpinsatser och innebörden av att vara delaktig, informanternas upplevelse av välbefinnande samt planering inför framtiden. Mer forskning behövs inom området men resultatet av studien kan ligga till grund för utveckling av arbetsterapeutiska insatser i arbetet med äldre.

Nyckelord: arbetsterapi, hälsa, pensionärer, livskvalitet

Kandidatuppsats Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

1. Bakgrund	4
1.1 Åldrandet	4
1.1.1 Tredje åldern	5
1.2 Definitioner av hälsa	5
1.2.1 <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>	6
1.2.2 <i>Aktivitet och delaktighet</i>	7
1.3 Tidigare forskning om äldres aktivitetsrepertoar	7
1.3.1 <i>Pensioneringens påverkan på aktivitetsutförandet</i>	7
1.3.2 <i>Aktiviteter och roller hos personer över 65 år</i>	7
1.3.3 <i>Att vara beroende av hjälp</i>	8
2. Syfte	9
3. Metod	9
3.1 Metod för datainsamling	9
3.2 Procedur och urval	9
3.3 Bearbetning av insamlad data	11
3.4 Etiska övervägande	11
4. Resultat	12
4.1 Rädsla	12
4.1.1 <i>Rädsla för sjukdomar</i>	13
4.1.2 <i>Rädsla för att förlora oberoendet</i>	13
4.2 Hjälp	13
4.2.1 <i>Viktiga faktorer för upplevelsen av trygghet</i>	14
4.2.2 <i>Förväntad hjälp från nära relationer</i>	14
4.2.3 <i>Förväntningar på hjälp från samhälle och kommun</i>	14
4.2.4 <i>Utveckling av hjälpinsatser</i>	16
4.3 Delaktighet	17
4.3.1 <i>Nära relationer</i>	17
4.3.2 <i>Delaktighet i samhället</i>	17
4.3.3 <i>Föreningsliv</i>	18
4.3.4 <i>Hinder för delaktighet</i>	18
4.4 Upplevelse av välbefinnande	18
4.4.1 <i>Hälsa</i>	18
4.4.2 <i>Livskvalitet</i>	19
4.5 Planering inför framtiden	19
4.5.1 <i>Egenansvar</i>	19
4.5.2 <i>Boendet</i>	20
4.5.3 <i>Anpassning av aktivitetsutförande</i>	20
5. Diskussion	22
5.1 Metoddiskussion	22
5.2 Resultatdiskussion	24
5.3 Konklusion	26
Referenser	28
Bilagor	

1. Bakgrund

Idag beräknas 17 % av Sveriges befolkning vara över 65år. De äldres andel av befolkningen förväntas öka på grund av ökad medellivslängd och att stora årskullar närmar sig pensionsåldern. I genomsnitt har dagens kvinnor över 65 år 21 år kvar att leva och män 18 år. 2030 förväntas en femtedel av befolkningen vara pensionärer (Socialstyrelsen, 2009). Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009) visar även att en ökning har skett i antalet äldre som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott. Att ha kunskap om åldrandeprocessen är grundläggande för att förbättra äldres välbefinnande (Dehlin & Rundgren, 2000). Kunskapen kring hur äldre reflekterat kring sin framtid är viktigt för möjliggöra anpassningen av arbetsterapeutiska insatser för denna grupp.

1.1 Åldrandet

Gerontologi är läran om åldrandet. Begreppet gerontologi är brett och definitionen innehåller åldrandeprocessen, studier av äldre, det historiska och filosofiska perspektiven av åldrandet samt om hur gerontologi tillämpas för att förbättra äldres välbefinnande (Dehlin & Rundgren, 2000). Kriterier gällande åldrandeprocessen inom gerontologin är att åldrandet sker långsamt samt att alla förändringar sker oberoende av yttre påverkan. Åldrandeprocessen är universal vilket innebär att alla förändringar drabbar människor på liknande sätt. Åldrandet är irreversibelt vilket innebär att förändringarna är bestående och till slut leder till döden (Dehlin & Rundgren, 2000).

Inom gerontologin finns många olika sätt att definiera åldrandet. Det vanligaste sättet att beskriva hur gammal en person är görs genom den kronologiska åldern. Det innebär det antal år en människa levt och beskriver inget om funktionsförmågan. Det sociala åldrandet innebär hur människans olika roller förändras under livet. Psykologiska åldrandet rör exempelvis komponenter som individens personlighet, minne, intelligens. När det gäller fysiska förändringarna talas det om det biologiska åldrandet (Dehlin & Rundgren, 2000).

Ett annat sätt att se på ålder är utifrån ett livsloppsperspektiv. Öberg (2002) definierar livsloppsperspektivet med att beakta åldrandet under hela livet. Livsloppet förändras med hänsyn till samhällets modernisering och indelas i fyra åldrar där ålderdomen delas in i tredje och fjärde åldern. Denna definition av åldrandet följer inte personens kronologiska ålder. Den första åldern karakteriseras av beroende, socialisering, omogenhet och utbildning. Ålder två

kännetecknas av oberoende, mognad och ansvar. Den tredje åldern beskrivs som självförverkligande och den fjärde åldern om det slutgiltiga beroendet, skröplighet och död (Laslett, 1991).

1.1.1 Tredje åldern

Eftersom livsloppsperspektivet inte följer den kronologiska åldern blir den tredje åldern ofta först möjlig efter pensioneringen. Den tredje åldern kännetecknas av friska personer som är fria från ansvar i yrkesarbete, barnuppfostran och kan i högre grad börja förverkliga sig själva (Gilleard, Higgs, Hyde, Wiggins & Blane, 2005). Den ökande medellivslängden och ökad hälsa i västvärlden gör att antalet år en person befinner sig i den tredje åldern blir fler. Detta i samband med moderniseringen av samhället innebär en utmaning av existerande strukturer i samhället. Något som även påverkar längden på den tredje åldern är att äldre idag uppmuntras att ta ett större personligt ansvar för sin hälsa (Öberg, 2002). Att personer i den tredje åldern blir fler innebär i förlängningen att personer i den fjärde åldern även kommer att öka. I den fjärde åldern blir hjälpbehovet större, därför är viktigt att ta reda på vad framtidens äldre har för krav och förväntningar på samhället.

Frågeställningar som Öberg (2002) även tar upp är vilken betydelse ålder har i ett åldrande samhälle samt om de sociala rollerna under ålderdomen blir mer ostrukturerade eller mer flexibla. I dagens samhälle är det lätt att äldre ses som en homogen grupp. Det innebär att gruppen omfattar alla personer över 65 år från de aktivt arbetande till personer som är helt beroende av olika hjälp insatser från hälso- och sjukvården (Schoots, Fernández- Ballesteros & Rudinger, 1999). Den homogena synen på äldre gör det svårt att dra generella slutsatser av gruppen äldre då den innehåller många undergrupper. Moderniseringen av samhället gör även att personer i den tredje åldern har andra förväntningar på hjälp för att kunna fortsätta utföra de aktiviteter de vill (Öberg, 2002). Det kommer att öka kraven på arbetsterapeuter som yrkeskår att förnya och utveckla sina insatser för att möta äldres behov för att bibehålla sin hälsa.

1.2 Definitioner av hälsa

Medin och Alexandersson (2000) redovisade i en litteraturstudie tre olika modeller som visade hälsa i relation till sjukdom. De tre modellerna var *abcense model*, kontinuum modellen och den multidimensionella modellen. I *abcense model* innebar hälsa avsaknad av

sjukdom. Kontinuum modellen menade att det finns en skala som går mellan hälsa och sjukdom. I den multidimensionella modellen togs även hänsyn till fler dimensioner som välbefinnande och livskvalitet. Den multidimensionera modellen stämmer väl överens med världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa. WHO har gått från att se hälsa som ett ideal tillstånd till att se det som en resurs och en mänsklig rättighet. WHO:s nuvarande definition tar upp vikten av att ha resurser för att uppnå sina livsmål. Ansvaret för tillgången till basala resurser för hälsa ligger hos individen, gruppen och samhället. Att personal inom hälso- och sjukvården arbetar utifrån en gemensam definition av hälsa är viktigt för begreppet ska vara praktiskt tillämpbart i verksamheten (Medin & Alexandersson, 2001). WHO utformade 2001 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Klassifikationen har som syfte att skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa (Socialstyrelsen, 2003).

1.2.1 International Classification of Functioning, Disability and Health

ICF syftar till en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd. ICF omfattar olika aspekter av en individs hälsa som kallas för hälso- eller hälsorelaterade domäner i klassifikationen. Domänerna är indelade i komponenter som alla beskriver hur hälso- och hälsorelaterade tillstånd påverkar förutsättningar för god hälsa. Komponenterna innebär kroppsfunction och kroppsstruktur, genomförande och kapacitet av aktivitet och delaktighet samt kontextuella faktorerna. Klassifikationen täcker dock inte socioekonomiska faktorer (Socialstyrelsen, 2003).

Komponenterna som används inom ICF påverkas och formas av varandra. Genom att använda ICF tydliggörs vilka faktorer som formar hälsa och hälsorelaterade tillstånd. Klassifikationen kan synliggöra vilka komponenter som eventuellt behöver förändras för att förbättra en persons hälsa (Socialstyrelsen, 2003). Aktivitet och delaktighets domäner täcker en individs aktivitetsutförande inom olika livsområden. Genom detta kan en beskrivning göras av vad en person gör i sin aktuella omgivning. Det kan även beskriva individens kapacitet att utföra en uppgift eller handling (Socialstyrelsen, 2003). Genom att använda klassifikationen möjliggörs jämförelser i hälsa mellan länder, olika delar av hälso- och sjukvården, service- och tjänsteverksamhet samt jämförelser över tid (Socialstyrelsen, 2003).

1.2.2 Aktivitet och delaktighet

Att utföra aktiviteter är ett centralt behov för människan och har stor betydelse för hälsan vilket ofta tas för givet (Wilcock, 2005). Att vara aktiv innebär inte enbart det fysiska görandet utan delaktighet i en aktivitet kan engagera hela människan fysiskt, psykiskt, socialt samt spirituellt (Miller- Polgar & Landry, 2004). Delaktighet är ett resultat av individens egna beslut att utföra aktiviteten, förmågan till utförandet samt omgivningens inverkan på ett naturligt deltagande. En individs möjlighet att kontrollera och välja sitt deltagande i aktivitet är påverkat av samhällets strukturer. En individ har olika roller i samma aktivitet under olika faser i livet. Att vara nybörjare, expert, utbildare samt hjälpberoende är alla roller som en individ kan ha i utförandet av en aktivitet. För att förstå en individs beteende räcker det inte med att enbart veta vilka aktiviteter individen utför. Det är även viktigt att synliggöra varför aktiviteten utförs och vad aktiviteten innebär för individen och samhället (Miller- Polgar & Landry, 2004). I ValMO modellen beskrivs olika värden en aktivitet har för utövaren. Aktiviteter kan ha konkreta, symboliska och självbelönande värde (Erlandsson & Persson, 2005). Arbetsterapeuter arbetar till stor del med att hitta aktiviteter som har ett värde för individen. Behov av hjälpinsatser för att vara aktiv och delaktig förekommer oftare med stigande ålder (Berg, 2007).

1.3 Tidigare forskning om äldres aktivitetsrepertoar

1.3.1 Pensioneringens påverkan på aktivitetsutförandet

Forskning om övergången till pensionering har visat sig påverka aktivitetsutförandet genom en lägre livsrytm, ny aktivitetsbalans och förväntningar på framtiden. Även aktiviteters mening förändrades i denna övergång. Utvecklingen av en ny aktivitetsrepertoar är vanligt vid pensionering. Många vardagliga aktiviteter utfördes på dagtid under veckorna. Helgerna och kvällarna var avsedda för rekreativa aktiviteter. Denna nya aktivitetsrepertoar innebar för några en obalans avsedd att de inte kunna fylla sin tid med meningsfulla aktiviteter. Framtidsplanerna sträckte sig inte längre än ett år framåt (Jonsson, Borell & Sadlo, 2000).

1.3.2 Aktiviteter och roller hos personer över 65 år

I en studie som undersökte hur ökad ålder påverkade aktiviteter och roller hos personer över 65 år visade det sig att 85 % av tiden under en vecka spenderas i det egna hemmet. I resultatet framkom även att 58 % av tiden spenderades i sällskap med andra personer (McKenna,

Broome & Liddle, 2007). I studien gjordes jämförelser mellan åldergrupperingarna 65-74, 75-84 samt 85 och över. Resultatet visade att stigande ålder medförde en markant ökning i tiden som personerna spenderade ensamma. De aktiviteter som en person över 65 år spenderade större delen av dygnets vakna timmar på var enskilda fritidsaktiviteter, I-ADL, sociala fritidsaktiviteter samt P-ADL (McKenna et al., 2007). Deltagarna i studien trodde inte rollförluster skulle ske i framtiden utan en del trodde att rolldeltagandet skulle öka med tilltagande ålder. Att vara en vän och familjemedlem var de två roller som de över 65 år skattade som mest betydelsefulla (McKenna et al., 2007).

1.3.3 Att vara beroende av hjälp

Forskning kring upplevelser av att vara beroende av hjälp i sitt dagliga liv har visat att många äldre upplever det som positivt men kan även innebära en känsla av bundenhet, belastning och brist på kontroll (Ellefsens, 2002). Enligt Ellefsens forskning (2002) av äldre framkom att hjälpinsatser vid vardagliga aktiviteter kan möjliggöra att bo kvar i egna hemmet. Det innebar även att de äldre sparade energi till att kunna utföra de aktiviteter de ville. Hjälp från hemtjänsten upplevdes som en trygghet, framförallt genom att få hjälp om de ramlat. Detta innebar en känsla av frihet. Känslan av osäkerhet framkom även när det gällde att vara beroende av hjälp. Osäkerheten beskrevs genom att inte veta vem som kommer, när de kommer eller vilken kunskap de har i de sysslor de skulle utföra. Möjligheten att bibehålla flexibiliteten för personer som var beroende av hjälp var svårt. Patienternas dag var styrd av hemtjänstens rutiner och möjligheten att vara spontan i sitt aktivitetsutförande var nästan omöjlig (Ellefsens, 2002).

Att möjliggöra för personer att vara aktiva och delaktiga långt upp i åldrarna är en samhällelig utmaning. Faktorerna i ICF är en hjälp i att förstå vad som formar hälsa och hälsorelaterade tillstånd (Socialstyrelsen, 2003). Författarna anser det som viktigt att arbetsterapeuter skapa sig en bild av vad framtidens insatser skall vara inriktade mot för att möta äldres behov. Att undersöka hur personer som idag befinner sig i den tredje åldern reflekterar kring att fortsätta vara aktiva och delaktiga samt hur de ser på att i framtiden vara beroende av hjälp med sina dagliga aktiviteter är betydelsefullt. Det skapar en bild av vad som är viktigt på både en samhälls- och individ nivå. Arbetsterapeutiska insatser kan vara en del av samhällets ansvar för att möjliggöra hälsa vilket enligt WHO är en mänsklig rättighet (Socialstyrelsen, 2003).

2. Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur personer som idag befinner sig i den tredje åldern reflekterar kring aktivitet och delaktighet under åldrandet

3. Metod

3.1 Metod för datainsamling

Fokusgrupp valdes som metod för undersökningen. När syftet med en studie är att skapa en större förståelse för något är fokusgruppsintervjuer en lämpig datainsamlings metod än vid individuella intervjuer (Depoy & Gitlin, 1999). Wibeck (2000) skriver att ett lämpligt antal deltagare i en fokus grupp inte är mindre än fyra och inte heller fler än sex stycken.

Fokusgrupper genomförs genom gruppdiskussioner där författarna vill att nya aspekter, tankar och idéer ska synliggöras (Wibeck, 2000). Denna studie byggde på gruppdiskussioner med öppna frågeställningar och teman utformade med inspiration från ICF:s komponent aktivitet och delaktighet (Se bilaga 1). För att förbereda informanter skickades ett stimulusmaterial ut innehållande diskussionsfrågorna. Wibeck (2000) skriver att ett stimulusmaterial inte skall innehålla färdiga argument som kan påverka analysen. Innan stimulusmaterialet skickades ut till informanterna genomfördes en enskild provintervju, med en man som varit pensionär i tio år, för att fastställa att diskussionsfrågorna kunde ge svar på studiens syfte. Genom provintervjun tillfördes livskvalitet som ytterligare ett tema relevant för studien. (Se bilaga 1).

3.2 Procedur och Urval

Efter att ha fått godkännande från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) kontaktades de tre största pensionärsföreningarna i Skåne. En kontaktperson i en av föreningarna gav tips om att besöka en av föreningens gruppaktiviteter för att komma i kontakt med möjliga informanter. Kriterier för deltagande i studien var att informanterna skulle vara aktiva pensionärer samt att gruppen skulle innehålla både män och kvinnor. Vid gruppaktiviteten tillfrågades 16 personer om de ville delta i studien med avsikt att bilda två fokusgrupper. Tolv av dessa personer visade ett intresse och deras kontaktuppgifter samlades in. Informationsbrev, samtyckesblankett och frankerat svarskuvert samt stimulusmaterial skickades därefter ut till dessa tolv personer (Se bilaga 1). Sammansättningen av fokusgrupper styrdes av informanternas möjlighet att delta vid tider som angivits vid inbjudan. På grund av att informanterna hade svårighet att medverka vid föreslagna tider formades tre fokusgrupper

som genomfördes på två olika platser. När fokusgrupperna skulle genomföras hade tre informanter förhinder. Detta resulterade i att det totala antalet informanter i studien blev nio stycken. Det externa bortfallet blev alltså tre stycken, inget internt bortfall uppkom. Samtliga nio informanter tillhörde den såkallade tredje åldern och speglade en bredd avseende antalet år som pensionär samt boendeformer (Se tabell 1). Samtliga informanter hade varit förvärvsarbetande inom vitt skilda yrkesområde. Första fokusgruppen bestod av tre informanter som var bekanta sedan innan, varav ett gift par. Fokusgruppen två bestod av två informanter som inte kände varandra. Den tredje gruppen bestod av två gifta par som var bekanta (Se tabell 1). Alla informanterna i studien levde ihop med sin partner.

Tabell 1 Beskrivning av informanterna i de tre fokusgrupperna

Grupp	Antal informanter	Kön	Antal år som pensionär	Boende	Civilstånd
1	3	Kvinna	15	Lägenhet	Gift
		Man	4,5	Villa	Gift
		Kvinna	1	Villa	Gift
2	2	Man	5	Lägenhet	Gift
		Man	3	Lägenhet	Gift
3	4	Man	11	Lägenhet	Gift
		Kvinna	11	Lägenhet	Gift
		Man	*	Lägenhet	Gift
		Kvinna	10	Lägenhet	Gift

* Uppgift saknas

Fokusgrupp nummer ett ägde rum hemma hos två av informanterna och fokusgrupp två och tre ägde rum i en lokal som fanns i anslutning till gruppaktiviteten. Samtliga fokusgrupper leddes av en av studiens författare. Wibeck (2000) kallar personen som är ledare för en fokusgrupp för moderator. Den andra författaren agerade medhjälpare men på grund av sjukdom byttes medhjälparen ut vid fokusgrupp två och tre. Medhjälparen vid fokusgrupp två och tre var en medstudent från samma utbildning.

Varje fokusgrupp inleddes med att moderatören och medhjälparen presenterade sig. Därefter presenterade sig informanterna för varandra. Moderatören introducerade diskussion och styrde fokusgruppen utifrån intervjuguiden (Se bilaga 2). Fokusgruppsdiskussionerna varade mellan 50 och 80 minuter. Direkt efter varje fokusgrupp träffades moderatören och medhjälparen för att prata kring första intrycket av det som kommit fram vid diskussionerna. I samband med varje fokusgrupp bjöds det på fika för att skapa en god stämning. Vid samtliga fokusgrupper användes en diktafon för ljudinspelning av diskussionerna.

3.3 Bearbetning av insamlad data

Det inspelade materialet från de tre fokusgrupperna transkriberades av författarna och materialet utgjorde studiens sammantagna analysenhet. En kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2003) genomfördes på materialet. Analysen hade en induktiv ansats vilket innebär en förutsättningslös tolkning av det insamlade materialet (Lundman & Graneheim, 2008). Materialet lästes noggrant av båda författarna. Oberoende av varandra identifierade författarna meningsbärande enheter, kondenserade menings enheter samt koder vilket skrevs ner i ett separat ordbehandlingsdokument. Att kondensera meningsenhet innebär att förkorta textmassa men att bevara grundsatsen i texten. Kodning av texten innebär att tolka på en högre logisk nivå (Lundman & Graneheim, 2003). Dokumenten med meningsbärande enheter, kondenserade menings enheter och koderna skrevs ut för att underlätta kategorisering. Genom en diskussion mellan författarna utformades kategorier och subkategorier utifrån de identifierade koderna. Enligt Lundman & Graneheim (2008) får inget av materialet som svarar på syftet uteslutas ur resultatet. Koder bör heller inte överlappa två kategorier.

3.4 Etiska övervägande

En ansökan till VEN gjordes för godkännande att genomförandet studien. Informanterna informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som kunde avsluta sin medverkan. Under arbetet med studien hölls det inspelade materialet inlåst och förstördes när arbetet var godkänt. Studiens resultat redovisades så att ingen av informanterna kunde identifieras.

4. Resultat

Resultatet redovisas genom de kategorier och underkategorier som framkom genom analysen (Se tabell 2). Dessa bildar rubriker under resultatpresentationen. Varje stycke underbyggs med citat från det transkriberade resultatet.

Tabell 2. Redovisning av resultatets kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Rädsla	Rädsla för sjukdomar Rädsla för att förlora oberoendet
Hjälp	Viktiga faktorer för upplevelsen av trygghet Förväntad hjälp från nära relationer Förväntningar på hjälp från samhälle och kommun Utveckling av hjälpinsatser
Delaktighet	Nära relationer Delaktighet i samhället Föreningsliv Hinder för delaktighet
Upplevelse av välbefinnande	Hälsa Livskvalitet
Planering inför framtiden	Egenansvar Boendet Anpassning av aktivitetsutförande

4.1 Rädsla

I fokusgruppsdiskussionerna var det till en början svårt för informanterna att sätta sig in i frågeställningarna. De uttryckte en rädsla för att tänka på framtiden.

4.1.1 Rädsla för sjukdomar

Det framkom att informanterna hade flera förutfattade meningar kring sjukdom som är vanliga hos äldre. Det uttrycktes en oro och rädsla för att drabbas av sjukdomar som exempelvis demens och hjärt- och kärlsjukdomar.

”-Jag vet inte vad det kommer göra med mig och hur jag tänker i den situationen...

-Ja, det är ju som sagt vissa såna saker som man ärrädd för vad som ska hända alltså....som man inte vill tänka på...”

Informanterna jämförde sig med sina egna föräldrar och sjukdomar de råkade ut för. De diskuterade även upplevelser av att se sina föräldrar sjuka. Vilket bidrog till den uttrycka oron för framtiden och rädslan för att råka ut för samma sak.

”jag vill inte tänka på det...nej...den dagen jag kommer bli dement alltså då vet inte jag hur jag skall göra... jag har upplevt detta...min mamma blev väldigt dement och ja upplevde detta som väldigt jobbigt”

4.1.2 Rädsla för att förlora oberoendet

Att inte ha kontroll över sitt aktivitetsutförande upplevdes som skrämmande. I fokusgruppsdiskussionerna framkom det att informanterna uttryckte det som jobbigt att eventuellt bli beroende av någon annan. Kontroll innebar för informanterna att kunna tänka, ta beslut och vara medveten om vad som händer runt omkring dem. Deras erfarenheter av den hjälp som kan fås av kommunen idag uttrycktes som att det var oundvikligt men inget som de såg framemot.

”bara sitta såhär rakt upp och ner i en stol till hemtjänsten kommer”

4.2 Hjälp

I diskussionerna kring hjälp framkom både åsikter kring befintlig hjälp som samhället erbjuder samt önskemål kring utveckling av denna hjälp. Informanterna hade även tankar kring vem som skulle bistå med hjälpen och vad som är viktigt för att trivas med hjälpen.

4.2.1 Viktiga faktorer för upplevelsen av trygghet

Trygghet lyftes fram som en stor del för att kunna trivas med hjälpen som informanterna eventuellt kommer att behöva i framtiden. Denna trygghet innebar framförallt att ha samma människa som kommer och hjälper en. Även vikten av att bygga upp en god relation till honom eller henne lyftes vid diskussionerna. Att inte behöva berätta varje dag vad de tycker om och vilken slags hjälp de önskade var viktigt för informanterna.

”och att det är viktigt att det är samma människa som kommer varje gång så att det stämmer i kontakten”

4.2.2 Förväntad hjälp från nära relationer

Aktiviteter som informanterna trodde sig behöva hjälp med i framtiden handlade mycket om ekonomi, läkarbesök och resor. Den hjälp som informanterna främst lyfte fram var hjälp från nära sociala relationer i dessa aktiviteter.

”och komma ut på något kul och resa...jag hoppas då på barn och barnbarn kan hänga med..”

Andra aktiviteter som uttrycktes kunde bli problem var att kunna ringa samtal till olika myndigheter och läkare. Problemet kunde främst kopplas till att det ansågs krångligt och att det kunde försvåras ytterligare av försämrad syn och hörsel.

”du kanske ser lite dåligt och hör lite dåligt det är inte så jäkla lätt och sitta där och komma fram till nån..”

4.2.3 Förväntningar på hjälp från samhälle och kommun

Informanterna förväntade sig att få hjälp med de vardagliga aktiviteterna från kommun och samhälle då de inte längre kan utföra dessa själva. Det var tydligt i diskussionerna att aktiviteter som handling, städning och matlagning inte var något anhöriga skulle behöva hjälpa till med. Informanterna jämförde detta med den hjälp de själva tillhandahöll till sina föräldrar och svärföräldrar. Det framkom att de själva hade haft förväntningar på sig att hjälpa till vilket då upplevdes som väldigt jobbigt.

”-Och sen är det ju så att barnen skall ju inte behöva

hjälpa till.

- *Nej...det ska de inte behöva känna sig tvingade till.*
- *Nej nej...verkligen inte...*
- *Nej för du xx hade ju en mor som ...som vi eller eh ja... jag alltid fick åka hem till..för att städa och hjälpa henne och handla gjorde man ju också sista tiden..*
- *Ja, jag tror att den generationen krävde det...att de förväntade att man skulle ställa upp på detta...att man skulle ta hand om sina gamla men...men så är det inte idag..”*

I fokusgrupperna diskuterades att det var viktigt att klara sig själv ute på stan och i andra offentliga miljöer. Det uttrycktes en oro för att vara till besvär för personer i sin omgivning. Informanterna hade en positiv bild av hjälpen som samhället kan erbjuda och förväntade sig denna vid behov. Att ta hjälp av personer som har det som yrke eller i sin yrkesbeskrivning upplevdes som självklart.

”Om jag kommer körande med min rullstol och skall upp ett tåg så finns det ju personal som kan lyfta upp stolen eller hämta rampen jag inbillar mig i alla fall att man i dagens läge kan få den servicen.. Man kan ju inte begära att vanliga människor som står där på perrongen skulle hjälpa en..”

Det fanns ett behov av att fortsätta utvecklas genom aktivitet. Lustfyllda aktiviteter i en social kontext ansågs viktigt. Olika förslag på aktiviteter som fortsätter utveckla personen och behovet att utföra dessa diskuterades bland informanterna. Att träffa andra, se på film, gå på underhållning, läsecirklar och att delta i gruppdiskussion var exempel på utvecklande aktiviteter. I diskussionerna framkom det att informanterna ansåg att det kommer att finnas ett behov av hjälp från samhället för att kunna utföra dessa aktiviteter i framtiden.

”-... eller alltså prata om någonting det är som nått föredrag som fortfarande ger någonting...jag tror den sociala kontakten är jätteviktig..

-Ja när man klarar sig själv då är det inga problem...men när jag sitter här i min rullstol och inte kan göra någonting det är då jag behöver hjälp för att få livet att bli bättre”

4.2.4 Utveckling av hjälpinsatser

Det uttrycktes många åsikter kring de hjälpinsatser som kommunen erbjuder idag i fokusgruppsdiskussionerna. Behovet av en mer flexibel och individanpassad utveckling av insatser betonades av informanterna. Framförallt en möjlighet till variation i både miljö och social kontext lyftes fram.

”Nej, jag hade hellre alltså kommit bort och fått den sociala kontakten...ja det hade jag tyckt varit mycket trevligare och komma hemifrån...hemma kan man ju sitta ändå”

Konkreta förslag som gavs var att bli hämtad med buss och körd till ett annat ställe för att ha möjlighet att äta tillsammans med andra samt att få möjligheten att följa med till affären och handla. Något som även diskuterades i de tre grupperna var att handla och beställa varor över Internet. Gruppernas åsikter av denna typ av insats skilde sig åt, både positiva och negativa aspekter lyftes. Det ansågs smidigt men för de som inte hade så mycket datorvana upplevdes det kunna vara komplicerat. Andra förslag på utveckling av hjälpinsatser som informanterna gav var att bo tillsammans i större kollektiv där det skulle finnas gemensamma lokaler, tid och möjlighet att utföra olika aktiviteter tillsammans. Aktiviteter som nämndes var att ha möjlighet att t.ex. laga mat tillsammans.

I diskussionerna framkom även vikten av att hjälpen skulle vara flexibel. Att få hjälp med det som var viktigt som t.ex. byta gardiner, glödlampor men även förberedelser inför olika högtider nämndes av informanterna. Utformningen av denna hjälp skulle vara att ha en person att ringa vid behov. Genomgående i diskussionerna uttrycktes att förslagen som gavs på utvecklingen av hjälpinsatser var ett önsketänkande och upplevdes inte vara genomförbara. Orsaken till detta var den upplevda bristen på ekonomiska resurser i samhälle och kommun.

4.3 Delaktighet

Olika typer av delaktighet framkom i resultatet. Det var framförallt tre perspektiv som lyftes. Det var nära relationer, delaktighet i samhället samt föreningsliv. Diskussionerna handlade även om hinder för delaktighet.

4.3.1 Nära relationer

Informanterna definierar delaktighet som en nära relation till familj och vänner. Att träffas och hålla kontakten var viktigt. Det var tydligt att de tyckte att sociala relationer håller en frisk.

”Sen tycker jag att man håller hjärnan igång av att vara delaktig. Då blir det ju det att man har fler att tänka på än bara sig själv. Det är bra”

Att tillhöra en grupp var enligt informanterna ett sätt att vara delaktig. Det sades vara betydelsefullt att ha ett socialt nätverk och ha en roll i gruppen. Det skapade enligt informanterna trygghet.

”är det någon som är borta flera gånger så saknar man denna och tar reda på varför inte han eller hon har varit här.”

4.3.2 Delaktighet i samhället

Sociala nätverk som bestod av personer från yngre generationer ansågs av informanterna vara viktigt. Att ta del av deras aktiviteter bidrog enligt informanterna till en fortsatt delaktighet i samhället.

*”-Det jag tycker är det viktiga det är att man inte hamnar i att man bara har gamla alltså i vår ålder och äldre för då stannar man upp va...
- då blir man ju själv äldre...
- att få in yngre människor som man kan umgås med för då samtidigt får man inblick i hur det sociala livet är för de yngre med familjer, barn och sånt va..”*

4.3.3 Föreningsliv

Ett deltagande i en pensionärsförening uttrycktes även i fokusgrupperna som möjliggörande för delaktighet på samhällsnivå. Aktiviteter i en pensionärsförening anpassas utefter gruppens behov och det skapar trygghet och kontroll. Informanterna upplevde att det kan medföra en ökad delaktighet i samhället genom att föreningen möjliggör utförandet av aktiviteter genom sina arrangemang. Exempel som kom upp i diskussionerna var att gå på teater, utföra olika sporter, spela kort eller andra spel.

”...sen så ser man på teatern och sen åker man hem med bussen det är jättepraktiskt och bra..”

4.3.4 Hinder för delaktighet

Utveckling av teknik diskuterades i fokusgrupperna kunna innebära hinder för delaktighet i samhället. I diskussionerna lyftes svårigheter för många äldre som inte har någon vana i att använda datorer. Aktiviteter som informanterna uttryckte oro över att kunna fortsätta utföra var bankärende, kontakt med myndigheter, samt beställning av varor och tjänster. Det var tydligt att det fanns en oro bland informanterna över den snabba tekniska utvecklingen som skulle innebära ett hot mot deras självständighet i att fortsätta utföra dessa aktiviteter.

”...då måste du ha nån i samhället så då får dom fixa nån som man kan ha kontakt med som kan hjälpa annars är man råttorna..”

4.4 Upplevelse av välbefinnande

Att uppleva välbefinnande innebar för informanterna att känna hälsa och ha livskvalitet. I beskrivningen av begreppet livskvalitet ingick att kunna utföra meningsfulla aktiviteter och vara delaktig i sociala relationer.

4.4.1 Hälsa

Informanternas syn på hälsa var starkt kopplat till fysiska och psykiska funktioner. I diskussionerna framkom vikten av att kunna röra sig, känna ork och ta egna beslut.

”Men hälsan är ju det allra viktigaste...sen allt annat ordar sig”

4.4.2 Livskvalitet

I diskussionerna framkom vikten av att fortsätta utföra meningsfulla aktiviteter samt att ha aktiviteter att se fram emot för att känna livskvalitet. Informanterna ansåg att det krävs mer än att få hjälp med de basala behoven.

”Det är jättebra att man kommer i säng och att man blir tvättad och att man får mat va det är ju det som är jätteviktigt men alltså bara det ger ingen livskvalitet ”

Informanterna upplevde även att vara delaktig i sociala relationer var viktigt. Synen på ett fortsatt nära socialt umgänge var en viktig faktor för ett långt liv. Att få träffa sina familjemedlemmar och vänner prioriterades och var en källa till stor glädje.

”livskvalitet...det tycker jag är att man har nån närstående som man tycker om.”

4.5 Planering inför framtiden

Det framkom i diskussionerna att informanterna hade funderat kring framtiden inom vissa områden. Det gällde strategier för att fortsätta vara aktiv i framtiden, boendet och i vissa fall en förändring i aktivitetsutförandet.

4.5.1 Egenansvar

Informanterna hade många strategier för bibehållandet av både fysiska och psykiska funktioner för att fortsätta vara aktiv. Detta var framförallt genom ett utförande av olika aktiviteter som att lösa korsord, spela bridge och boule. Det var även tydligt att detta var något som informanterna ansåg att de hade ett egenansvar för och kunde påverka.

”ren träning alltså sådär...det är mycket sånt där som gör att man kan förbättra livet för sig själv..”

Informanterna uttryckte även ett egenansvar när det gällde vikten av att äta rätt kost och ta vitamintillskott för att bibehålla hälsa. Ansvaret för sitt sociala umgänge för att hålla sig ung och pigg och även vikten av att umgås med yngre generationer nämndes.

*”men så länge man kan blanda sig med andra yngre
Människor och barn och sånt där...det håller ju igång
en också”*

4.5.2 Boendet

Informanterna hade planerat för hur och var de hade tänkt sig bo i framtiden. Det innefattade att de hade satt upp sig i kö till serviceboende eller sett över anpassningar av befintlig bostad för att möjliggöra att kunna bo kvar. Viktiga aspekter som lyftes fram vid en eventuell flytt var att flytta inom samma bostadsområde. Detta för att bibehålla det sociala nätverk i form av grannar och vänner.

*”- det är bara det att jag inte fått tummarna loss än...
och då har jag tänkt på sånna här seniorboende...men
som sagt jag har inte fått tummarna loss än...har du anmält dig?
- ja vi är anmälda på ett ställe...vi har skrivit in oss på ett boende
nära oss...vi tyckte det att vi skulle bo kvar i det området..”*

Synen på ålderdomshem var både positiv och negativ bland informanterna. Att flytta upplevdes som ett tvång hos vissa. Positiva saker som nämndes var att det verkade trivsamt med fina lokaler och mycket anordnade aktiviteter.

*”och ålderdomshem tycker jag bara är trevligt för jag
har ju sett här borta...det är så tjustigt och bra så det
har jag ingenting emot alls...det är inte som Astrid
Lindgens sagor om fattighusen..”*

4.5.3 Anpassning av aktivitetsutförande

I diskussionerna visade det sig att informanterna inte upplevde det som något problem att förändra utförandet av vissa aktiviteter. Aktiviteter som nämndes var handling men även att

transport av olika typer. Att anpassa utförandet av aktiviteterna trodde informanterna skulle innebära självständighet och ett framskjutet hjälpbehov.

*”Man får nog anpassa sig mer till vad man handlar,
när man handlar och var man handlar om man skall
ta bussen...man är ju formbar”*

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussionen

Samtliga informanter som deltog i studien var medlemmar i en pensionärsförening. Det var ett medvetet val att vända sig till denna grupp eftersom författarna ville komma i kontakt med utåtriktade och aktiva personer som kunde bira med mycket material som svarade mot studien syfte. Även om rekrytering av informanter från en pensionärsförening var ett framgångsrikt sätt att nå informanter, kan det selektiva urvalet ha påverkat studiens resultat. Det vill säga, alla informanterna var väldigt aktiva personer med många fritidsaktiviteter som de ägnade sig åt regelbundet vilket kan ha präglat hur de tänker kring aktivitet och delaktighet. Att rekrytera informanter på annat sätt hade möjliggjort en större spridning vad det gäller exempelvis informanternas ekonomiska förutsättningar, kulturella bakgrunder samt civilstånd. Samtliga bodde i stadsmiljö där tillgången till olika fritidsaktiviteter är fler samt avstånden mindre vilket även kan ha en inverkan på aktivitet och delaktighet. Genom resultatet i denna studie kan inget anspråk göras på att det är överförbart på alla personer som idag tillhör den såkallade tredje åldern. En viss överförbarhet kan antas för personer med samma urvalskriterier som i denna studie. Resultatets överförbarhet bygger på i vilken utsträckning det resultatet kan överföras på andra personer än de deltog i studien (Lundman & Graneheim, 2008).

Det var samma moderator vid samtliga fokusgrupper. Enligt Wibeck (2000) ökar reliabiliteten när samma moderator håller i alla fokusgrupper som ingår studie. Ett hot mot validiteten kan vara att utföra fokusgrupperna på en plats där informanterna känner sig främmande (Wibeck, 2000). Med detta i beaktning valdes två av fokusgrupperna att utföras i informanternas föreningslokal samt att fokusgrupp ett i två av informanternas hem. Författarna upplevde det som positivt att genomföra fokusgrupper i för informanterna kända miljöer. Det bidrog till en avslappnad och trygg stämning under diskussionerna. Utskicket av stimulus material var även positivt då informanterna fick möjlighet att tänka till kring aktivitet och delaktighet innan de kom till gruppdiskussionerna. Alla informanterna bidrog aktivt i diskussionerna.

Första och andra fokusgruppen bestod enbart av två respektive tre informanter. Enligt Wibeck (2000) ska en fokusgrupp bestå av minst fyra personer. Då detta inte gick att genomföra på grund av externt bortfall medförde detta att fokusgrupperna blev snarlika enskilda intervjuer.

Moderatorn och medhjälparen försökte medvetet hålla sig i bakgrunden för att möjliggöra en diskussion mellan informanterna. För att undvika externa bortfall kunde en större första förfrågan ha gjorts. Detta hade kunnat optimera ett lämpligt antal informanter i fokusgrupperna uppnåddes samt en mer dynamisk diskussion med fördjupat resultat.

Användningen av redan existerande grupper upplevdes inte som något negativt för att få svar på syftet. Under vissa delar av diskussionerna fick moderatorn gå in och styra tillbaka fokus på syftet av studien. För att utveckla en säkrare roll som moderator kunde en testgrupp med fler deltagare ha genomförts. Det resultat som framkom i undersökningen anses svara på studiens syfte. Författarna är medvetna om att deras egna förförståelse som arbetsterapeutstuderande kring begreppen aktivitet och delaktighet kan ha haft påverkan på resultatet och i analysarbetet. Efter snart genomförd arbetsterapeututbildning har författarna en tolkning av aktivitet och delaktighet präglad av hur dessa begrepp definieras inom arbetsterapi. Arbetsterapeuter har en förståelse över hur viktigt det är för individen att vara aktivt och delaktig. För en ökad tillförlitlighet av resultatet kan en analys genomföras av en extern person och sedan jämföras med författarna (Lundman & Graneheim, 2008). På grund av begränsad tid för studiens genomförande fanns inte möjlighet att ta in extern granskare under arbetet med analysen. Genom att författarna i denna studie under analysen oberoende av varandra identifierade meningsbärande enheter, kondenserade meningsenheter samt koder stärktes tillförlitligheten (Lundman & Graneheim, 2008).

Att arbeta med fokusgrupper som metod möjliggör att det finns olika sätt att analysera det insamlade materialet. Utefter Wibeck (2000) valde författarna att genomföra den vanligaste analysmetoden innehållsanalys som även används vid individuella intervjuer. Om tid hade funnits hade det varit intressant att analysera samspelet i grupperna. Fokus hade då varit vilka argument som används, interaktionen mellan deltagarna samt kommunikativa strategier (Wibeck, 2000). Författarna upplevde att det var öppna diskussionerna i grupperna men inga större meningsskiljaktigheter mellan informanterna. Det fanns en viss skillnad mellan grupperna i vissa teman exempelvis i diskussioner kring datoranvändande och boendefrågan. Som nämns ovan hade kanske diskussionerna blivit mer olika genom en större spridning av informanter med annan kulturell bakgrund, civilstånd samt ekonomiska förutsättningar.

5.2 Resultatdiskussion

Genomgående i fokusgrupperna framkom det att informanterna tyckte att det var jobbigt att prata om framtiden och något de undvek att tänka på. Oron av att inte kunna vara aktiv och delaktig kunde knytas till rädslan för att drabbas av sjukdomar som inverkar på fysiska och psykiska förmågor samt att mista kontrollen i sitt aktivitetsutförande. Den upplevda bristen på ekonomiska resurser i samhället och kommunen var även en bidragande del till informanternas oro. Detta kan knytas till begreppet *occupational disruption* som karakteriseras av att en persons normala aktivitetsmönster störs på grund av yttre omständigheter. Det kan uppstå vid sjukdom eller flytt. Det är ett övergående fenomen som kan lösas genom stödjande insatser (Whiteford, 2000). Författarna menar att bland annat arbetsterapeutiska insatser kan räknas till dessa.

För att uppleva hälsa och livskvalitet krävs en balans i sitt aktivitetsutförande (Townsend & Wilcock, 2004). Informanterna i denna studie hade en rädsla för att i framtiden inte kunna utföra sina dagliga aktiviteter vilket kan leda till en aktivitetsobalans. Ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv finns även en risk för att informanterna utvecklar en aktivitetsobalans genom för många aktiviteter. Detta berodde på informanternas korta framtidsperspektiv och deras upplevda stress av att utföra många aktiviteter i nuet.

Att leva i ett socialt sammanhang och ha möjlighet till variation av sin fysiska miljö ansågs av samtliga informanter som betydelsefullt för att känna delaktighet. Tidigare forskning har visat att med stigande ålder ökar antalet timmar som spenderades ensam samt även tiden äldre personer är i det egna hemmet (McKenna et al., 2007). Slutsatser av detta är att arbetsterapeutiska insatser i framtiden bör vara inriktade på att skapa förutsättningar för att möjliggöra sociala kontakter. Resultatet i denna studie stödjer även behovet av en bred syn på hälsa i arbetet med äldre vilket uttrycks i ICF (Socialstyrelsen, 2003). I statens folkhälsoinstituts rapport Redovisning av uppdraget äldres hälsa (2008) framkom att ha ett socialt nätverk är positivt för äldres hälsa samt att mötesplatser kan vara ett bra sätt för äldre att utöka sitt sociala nätverk. Rapporten ligger till grund för arbetet med att främja äldres hälsa genom ett samarbete mellan statens folkhälsoinstitut, kommuner, landsting och ideella sektorn(<http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/evenemang/2009/Aldres-halsa-rapport-del-1-feb2009.pdf>).

Ett begrepp som kan diskuteras för gruppen äldre är *occupational injustice*. Begreppet definieras av att olika grupper i ett samhälle inte har lika stora möjligheter att vara aktiva (Wilcock & Townsend, 2004). Wilcock och Townsend (2004) ger förslag på detta genom att alla inte har samma möjlighet att gå i skolan, vara aktiva i en institutionsmiljö eller delta fullt i familjen eller samhället. Fokus för gruppen äldre, som författarna kan se, är framförallt att samhället inte alltid möjliggör för äldre att fortsätta vara aktiva och delaktiga. Wilcock och Townsend (2004) menar att *occupational injustice* kan leda till *occupational deprivation*, *occupational alienation* och *occupational imbalance*. Resultatet i denna studie visar att en oro fanns bland informanterna över att inte fortsätta vara delaktiga i samhället. Detta anser författarna kan förhindras genom att ha kunskap kring risken för *occupational injustice* med sig i utveckling av arbetsterapeutiska insatser i framtiden för denna grupp.

Informanterna upplevde att den tekniska utvecklingen kan innebära hinder för delaktighet i samhället. Samhällets strukturer inverkar på personens förmåga att kontrollera och välja att delta i aktiviteter (Miller- Polgar & Landry, 2004). Dessa hinder skapas dels genom funktionsnedsättningar men även i brist på kunskap. Det kommer krävas anpassning av tekniken vilket även kan vara ett arbetsområde för arbetsterapeuter och andra yrkesgrupper. E- tillgänglighet definieras genom ett övervinnande av tekniska hinder för äldre och personer med funktionsnedsättning. Det skall enligt riktlinjer finnas en möjlighet att ta del av informationssamhället i synnerhet webbtillgänglighet på lika villkor till år 2010 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0804:FIN:SV:PDF>).

I diskussionerna kring eventuella hjälpinsatser i framtiden framhöll alla informanter tryggheten som viktigast. En känsla av trygghet skapas enligt informanterna genom en god relation till vårdgivaren, att den som hjälper har utbildning samt är insatta i vårdtagarens rutiner. Detta stämmer väl med Ellefsens (2002) resultat av sin forskning på personer som idag är beroende av hjälp. Osäkerheten gjorde att vara beroende av hjälp kändes som en börda (Ellefsen, 2002). I sin forskning kom Ellefsen (2002) även fram till att möjligheten till en flexibel vardag var näst intill omöjlig för de personer som var beroende av hjälp. Denna brist på flexibilitet kan även ligga till grund för begränsade möjligheter att utföra sina meningsfulla aktiviteter. Christansen (2004) menar att utförandet av meningsfulla aktiviteter och fritidsaktiviteter är viktigt för att uttrycka sin identitet. Resultatet i denna studie visar även att informanterna efterlyste flexibilitet i hjälpinsatser samt att det var viktigt för informanterna att i framtiden får hjälp med utförandet av aktiviteter som upplevdes som utvecklade. Denna

kunskap är viktig för arbetsterapeuter i arbete med äldre personer. I utvecklingen av insatser är det viktigt att ha ett framtidsperspektiv och hitta nya arenor och möjligheter för aktivitet hos äldre. "Det goda åldrandet" betecknas som personlig tillfredsställelse, aktivt engagemang i livet, meningsfull sysselsättning samt samstämmighet mellan önskade och uppnådda mål. Att inte förvärva ny kunskap kan för äldre medför en känsla av främlingskap i tillvaron (Dehlin & Rundgren, 2007).

I resultatet framkom det att informanterna tyckte att det var viktigt att fortsätta umgås med yngre generationer för att känns sig ung och pigg. Det uttrycktes som ett egenansvar. Dessa åsikter är inte enbart intressanta för den enskilde individen utan även ur ett angeläget mål på samhällsnivå. Genom att exempelvis placera förskoleverksamhet i samma byggnad som ett serviceboende skapas en möjlighet att umgås naturligt över generationsgränserna.

5.3 Konklusion

Genom denna studie kan vi se att personer i den tredje åldern har en risk att i framtiden utveckla en aktivitetsobalans. Sociala kontakter och att umgås över generationsgränserna var viktigt för informanterna. I framtiden bör arbetsterapeuter inrikta sina insatser som möjliggör detta. Det är även viktigt att arbetsterapeuter har ett framtidsperspektiv för att hitta nya arenor för aktivitet i arbetet med äldre och ICF upplevs som en bra ram att arbeta utifrån för att synliggöra hälsa. För att bibehålla delaktighet i samhället för personer i den tredje- och fjärde åldern är det viktigt att anpassa tekniken. Detta kan vara ett framtida arbetsområde för arbetsterapeuter och andra yrkesgrupper.

Genom denna studie kan författarna se att det finns ett behov för personer i den tredje åldern att förbereda sig inför framtiden. Efter avslutade fokusgrupper uttryckte informanterna positiva åsikter kring att dessa frågor togs upp och att de var nyttiga att tänka igenom. Vi kan se att arbetsterapeuter kan arbeta preventivt med denna grupp. En fortsättning skulle kunna vara att diskutera liknande frågor i grupp och utveckla ett program inspirerat av Lifestyle Redesign (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke & Clark). Författarna upplevde under studiens gång att många informanter hade bristande kunskap kring framförallt sjukdomar men även vilka insatser samhället och kommunen erbjuder. Att skapa ett liknande program för personer i den tredje åldern skulle möjliggöra ett utbyte av erfarenheter samt öka kunskapen kring hjälpinsatser, åldrandet och sjukdomar som är vanligt hos den åldrande människan. Detta skulle göras genom diskussionsgrupper där det fanns möjlighet att bjuda in tvärvetenskapliga

specialister. Författarna tror även att dessa grupper skulle möjliggöra ett tryggt sammanhang för att få svar på frågor som finns. Att fokusera på preventiva insatser i denna växande grupp ger en större möjlighet för personer i den tredje åldern att vara aktiva och delaktiga längre.

Referenser

- Berg, S. (2007). *Åldrandet: individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber.
- Christiansen, C. (2004). Occupation and identity: becoming who we are through what we do. In Christiansen, C. H., & Townsend, E. A (Eds.), *Introduction to occupation: the art and science of living* (s 197- 220). New Jersey: Prentice Hall.
- Dehlin, O & Rundberg, Å. (2000). Åldrandet; olika begrepp och definitioner samt åldersutveckling. I Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G., Sjöbeck, B (Red.), *Gerontologi: Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv* (s. 24- 28). Falköping: Natur och Kultur.
- Dehlin, O & Rundberg, Å.(2007). *Geriatrik*. Polen: Pozkal
- DePoy, E.& Gitlin,L.N.(1999). *Forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- [Ellefsen, B.](#) (2002). Dependency as disadvantage: patients' experiences. *Scandinavian journal of caring science*, 16(2), 157- 164.
- Erlandsson, L. & K. Persson, D. (2005). Brott och smuttstvätt. In Frydendal, Pederson, E & Altenborg, U (Eds.), *Aktivitetsvetenskap i et nordisk perspektiv*. Köpenhamn: FADL´s Forlag Aktieselskab.
- Gilleard, C., Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, D. (2005). Class, Cohort, and Consumption: The British Experience of the Third Age. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60B(6), 305–310.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24, 105-112.

Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5). 326-335

Jonsson, H., Borell, L. & Sadlo, G. (2000). Retirement: an occupational transition with consequences for temporality, balance and meaning of occupations. *Journal of occupational science*,7(1), 29-37.

Laslett,P.(1991). *A fresh map of life: the emergence of the third Age*. USA: First Harvard University Press.

Lundman, B. & Hällgren- Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård (159-171)*. Lund: Studentlitteratur.

McKenna, K., Broome, K., & Liddle, J. (2007). What do older people do: time use and exploring the link between role participation and life satisfaction in people aged 65 years and over. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 273-284.

Medin, J., & Alexandersson, K. (2001), *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Miller- Polgar, J., & Landry, J. (2004). Occupations as a means for individual and group participation in life. In Christiansen, C. H., & Townsend, E. A (Eds.), *Introduction to occupation: the art and science of living* (s 197- 220). New Jersey: Prentice Hall.

Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Stockholm: Bjurner och Bruno AB.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros.

Schoots, J.J.F., Fernández- Ballesteros, R. & Rudinger,G. (1999). Introduction: Perspectives

and Prospects. In Schoots, J.J.F., Fernández- Ballesteros, R. & Rudinger, G (Red.), *Aging in Europe* (s.1-4). Amsterdam: IOS Press.

Townsend, E. & Wilcock, A. (2004). Occupational justice. In Christiansen, C. H., & Townsend, E. A (Eds.), *Introduction to occupation: the art and science of living* (s 197- 220). New Jersey: Prentice Hall.

Whiteford, G. (2000). Occupational deprivation: global challenge in the new millennium. *British journal of occupational therapy*, 63(5), 200-204.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Wilcock, A. A. (2005). Relationship of occupations to health and well-being. In Christiansen, C. H., & Baum, C. M (Eds.), *Occupational therapy: performance, participation and well-being* (3rd ed.). (s.135- 157). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Öberg P. (2002). Livslopp i förändring. Andersson, L.(Red). *Socialgerontologi*.(s. 44-63). Lund: Studentlitteratur.

Om tillgänglighet i informationssamhället.(u.å). Hämtad 24 November, 2009, från

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0804:FIN:SV:PDF>

Statens Folkhälsoinstitut.(2008). Redovisning av uppdraget av äldres hälsa. Hämtad 12 december, 2009, från Statens Folkhälsoinstitut webbsida:
<http://www.fhi.se/Documents/Aktuellt/evenemang/2009/Aldres-halsa-rapport-del-1-feb2009.pdf>

Diskussionsfrågor

Detta är de frågor som vi tänkt diskutera. Vi ber er att fundera kring frågeställningarna innan vi träffas. Diskussionen kommer sedan att vara knuten till temana nedan.

Hur tänker ni kring att leva ett aktivt liv?

Vad är viktigt för att fortsätta leva ett aktivt liv i framtiden?

Vad innebär det för er att vara delaktig?

Hur blir det om man inte kan vara aktiv och delaktig?

Hur skulle hjälpen för att fortsätta vara aktiv och delaktig utformas för att passa er på bästa sätt?

Diskussionstema:

Hemliv

Livskvalitet

Relationer

Samhällsgemenskap

Transport

Viktiga livsområden

Intervjuguide för fokusgrupper

Hälsa Välkomna

Inledning :

Gör en kort presentation av studien.
Är det någon som har några frågor?

Tydliggörande:

Det är tänkt att detta tillfälle skall byggas kring en diskussion mellan er. Därför finns det inte så många fasta frågeställningar utan det är tänkt att ni skall ha en diskussion som bygger på de diskussionsfrågor och tema som vi skickade med inbjudan. Om det är något ni känner att ni inte vill svara på så behöver ni inte göra det.

Presentation

Börjar med en kort presentation av fokusgruppen deltagare. (ex namn, antal år som pensionär, boendeform, familj)
Moderator börjar och sedan medhjälparen

Frågeställningar

Hur tänker ni kring att leva ett aktivt liv?

Vad är viktigt för att fortsätta leva ett aktivt liv i framtiden?

Vad innebär det för er att vara delaktig?

Hur blir det om man inte kan vara aktiv och delaktig?

Hur skulle hjälpen för att fortsätta vara aktiv och delaktig utformas för att passa er på bästa sätt?

Diskussionstema

Hemliv

Livskvalitet

Relationer

Samhällsgemenskap

Transport

Viktiga livsområden