



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet hos äldre på seniorboende

En enkätstudie på seniorboenden i södra Sverige

Författare: Sanda Johansson och Ruth Nilsson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Magisteruppsats

Januari 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Upplevelse av hälsorelaterad livskvalitet hos äldre på seniorboende

En enkätstudie på seniorboenden i södra Sverige

Författare: Sanda Johansson och Ruth Nilsson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Magisteruppsats

## Abstrakt

**Bakgrund:** Den äldre människans upplevelse av hälsa och livskvalitet påverkas av tillgängliga resurser samt förmåga att tillvarata dessa. Att bevara den äldre människans resurser är av stor betydelse för ett gott åldrande. Ett långsiktigt engagemang och ömsesidig relation mellan distriktssköterskan och vårdtagaren kan leda till att vårdtagaren upplever ett oberoende och en frihet trots sin sjukdom. **Syfte:** Att identifiera faktorer som påverkar upplevelse av hälsa och livskvalitet hos äldre på seniorboende samt att undersöka hur de uppfattar mötet med distriktssköterska och hemtjänstpersonal och om skillnader mellan könen föreligger. **Metod:** Studien är en empirisk, deskriptiv tvärsnittstudie med kvantitativ ansats. I studien deltog 117 respondenter som svarade på enkäten. **Resultat:** Resultatet visade att det finns skillnad mellan män och kvinnors upplevelse av hälsa. Det mest framträdande i studien var kvinnors låga självskattning av fysisk hälsa. Det framkom också i studien att de äldre kände sig trygga i mötet med distriktssköterskan. Generellt visar resultaten att äldre på seniorboendena är positiva och nöjda med hemtjänstpersonalen och distriktssköterskans insatser och attityd.

## Nyckelord

Distriktssköterska, hälsa, livskvalitet, seniorboende, äldre

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Medicinska fakulteten  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	1
Problembeskrivning.....	2
Bakgrund.....	3
Perspektiv och utgångspunkter.....	3
Äldres livskvalitet.....	5
Folkhälsa ur ett genusperspektiv.....	6
Människan, en social varelse.....	6
Syfte.....	7
Hypotesprövning.....	8
Metod.....	8
Design.....	8
Urval av undersökningsgrupp.....	8
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument.....	8
Frågeformuläret: Short-Form 36 (SF-36).....	9
Frågeformulär med självskattning av mötet med vården.....	11
Genomförande av datainsamling.....	11
Genomförande av databearbetning.....	12
Etisk avvägning.....	12
Resultat.....	14
Självskattning av livskvalitet i förhållande till kön.....	14
Självskattning av hälsan i förhållande till fritidsaktiviteter.....	14
Självskattning av hälsan och socialt välbefinnand.....	15
Självskattning av fysisk och psykisk hälsa.....	16
Upplevd livskvalitet enligt SF-36 hos kvinnor och män.....	18
Vårdkontakter.....	19
Äldres självskattning av trygghet i relation med distriktssköterska och hemtjänstpersonal.....	20
Kontakter med distriktssköterska och äldres självskattning av allmän hälsan GH.....	20
Diskussion.....	22
Diskussion av vald metod.....	22
Bortfall och svarsfrekvens.....	23
Diskussion av framtaget resultat.....	24
Trivsel på seniorboende.....	26
Livskvalitet och distriktssköterska.....	26
Slutsats/Fortsatt forskning.....	27
Referenser.....	29
Bilaga 1 (1).....	34

## Problembeskrivning

Alla äldre bör leva och bo självständigt under trygga förhållanden skriver Socialstyrelsen 2012:3 i *Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänsten om omsorg av äldre*.

Vårdpersonalen måste arbeta på ett sätt som skapar förtroende och trygghet. Äldre personer borde få möjlighet att skapa och ha en meningsfull och aktiv tillvaro i gemenskap med andra (a.a.).

En del av distriktssköterskans arbete bedrivs i patientens eget hem (Nilsson, 2001). Arbetet skiljer sig i flera avseenden från vården inom institution. I hemmet betraktas patienten som vårdtagare, där den personliga och kulturella identiteten hos en individ framträder mycket tydligt (a.a.). Äldres hälsa och upplevelsen av livskvalitet påverkas av komplexa faktorer (Hagberg, Hagberg & Saveman, 2002). Forskningen kring livskvalitet avser att öka förståelsen för individens subjektiva upplevelser och reaktioner på fysisk och psykisk hälsa. Det är inte graden av ett handikapp eller en livssituation som avgör vad som är livskvalitet utan den egna upplevelsen (a.a.).

Dålig livskvalitet är ett stort problem för de äldre och en viktig fråga i forskningen av äldre (Hagberg et al., 2002). Borglin et al. (2005) visar att livskvalitetskurvan följer samma kurva som hälsan. Känslan av sammanhang, nivån av socialt stöd, självskattad hälsa och livskvalitet följs åt. Vissa individer har fler hälsoproblem och förutspår låg livskvalitet. Dessa bör fångas upp av hälso- och sjukvårdpersonal och erbjudas förebyggande åtgärder. Det är viktigt att uppmärksamma att äldre kvinnors och mäns behov av hög livskvalitet kan variera (a.a.). I Sverige finns ännu bara en handfull forskare som bedriver forskning med inriktning på subjektiv livskvalitet och tillgången till data och direkta indikatorer på svenska folkets subjektiva livskvalitet är klart begränsad (Fors, 2012).

Distriktssköterskans arbete innebär möte med äldre människor i olika hälso- och sjukvårdstillstånd. Det ingår i dennes kompetens att stärka patientens hälsa och anpassa sig till olika samhälleliga förhållanden (Distriktssköterskeförening i Sverige, 2008). Genom kunskap om äldres hälsorelaterade livskvalitet och vilka faktorer som påverkar den, kan distriktssköterskan skapa preventiva och främjande åtgärder som bibehåller livskvaliteten.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Begreppet livskvalitet började användas redan på 1970-talet av forskare inom sociologi och det används idag inom olika forskningssammanhang, men det finns ingen gemensam definition av begreppet livskvalitet (Brown, Bowling & Flynn, 2004). World Health Organisationens (WHO) definition av livskvalitet är relaterad till individens uppfattning om sitt liv och den miljö han/hon lever i. Det inkluderar normer, mål och förväntningar (WHO, 1993). Bowling och Windsor (2001) beskriver livskvalitet utifrån två perspektiv; ett makroperspektiv som innehåller hushåll, yrke, utbildning och omgivning och ett mikroperspektiv som innebär individens subjektiva värden där lycka, livsstilstillfredsställelse och välbefinnande ingår. Deras perspektiv reflekteras delvis i WHO:s definition. I forskning av livskvalitet används olika begrepp som till exempel livskvalitet, livsstilstillfredsställelse och välbefinnande (Hagberg et al., 2002). Livsstilstillfredsställelse och välbefinnande representerar delar av livskvalitet. Livsstilstillfredsställelse har en mer objektiv valör och inkluderar tillfredsställelse med aktuella resurser och villkor som välfärd och relationer. Välbefinnande innebär känslomässiga reaktioner, resurser och förutsättningar och hur individen och omgivningen använder dessa. Det finns ett samband mellan personlighet och livskvalitet, livsstilstillfredsställelse eller välbefinnande (a.a.).

Äldre utgör en betydande del av Sveriges befolkning och den beräknade medellivslängden, i Sverige, för män är 79 år och för kvinnor 83 år (Statistiska centralbyrån, 2013). Det fanns cirka 1 300 000 personer i åldrarna mellan 65 och 80 år i december 2012 och 440 000 över 80 år (a.a.). Utav Sveriges befolkning över 65 år utgör hemmaboende personer cirka 94 procent och de i särskilda boendeformer cirka 6 procent (Sverige Kommuner och Lansting, 2008). Seniorbonde är en samlings begrepp för former av ordinärt boende och utmärks av bra tillgänglighet och tillgång till gemensamma lokaler och aktiviteter (Sverige Kommuner och Lansting, 2008). Det är avsett för hyresgäster över en viss ålder (55+ eller 65+) och räknas som eget boende. Tanken är att när åldersspridningen minskar ökar möjligheten att finna gemenskaper med grannarna. Lägenheterna erbjuder ett bra boende med tyngdpunkt på tillgänglighet. Belägna på markplan eller kan nås med hiss och har oftast rymliga hygienutrymmen och sovrum (a.a.). År 2006 tillsatte regeringen en äldreboendedelegation med uppgift att analysera behov och utveckling av boende för äldre. Äldreboendedelegationen

föreslog en indelning av äldres boende i fyra kategorier: ordinärt boende, seniorboende, trygghetsboende samt vård- och omsorgsboende(a.a.). De Nordiska länderna har en offentlig äldreomsorg som har det yttersta ansvaret för äldre människors välfärd och inte resten av familjen eller vuxna barn (Socialstyrelsen, 2009).

Distriktssköterskan har en personcentrerat arbetssätt med fokus på varje individs problematik (SOSFS, 1995). Detta är nödvändigt för att kunna integrera omvårdnad och medicinska ställningstaganden, hälsofrämjande insatser och därmed kunna stödja och stärka individen, familjen och gruppen. Distriktssköterskan skall ha förmåga att anpassa sig till förändringar i samhället. Kunskaper om tekniska, ekonomiska, organisatoriska och sociala principer ställer höga krav på distriktssköterskans kompetens. Hennes arbete kan innebära förutsägbara såväl som oförutsägbara enkla eller komplexa situationer. Distriktssköterskans kompetens omfattar fördjupade kunskaper om faktorer som påverkar människors hälsa, med hänsyn till ålder, kön och kulturell bakgrund (a.a.).

Det framkom i Nakrem et al. (2011) studie att äldre invånare betonar vikten av att distriktssköterskan känner till deras individuella förutsättningar. Detta inkluderar behovet av allmän och specialiserad vård, förebyggande av komplikationer samt hälsofrämjande insatser. De äldre upplevde att deras integritet var i riskzonen i relationen med sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Balansen mellan självbestämmande och beroendeställning påverkar den sociala statusen. Psykosocialt välbefinnande betraktas som viktigt av äldre. Relationen mellan äldre och distriktssköterskan innebär ett långsiktigt engagemang, ömsesidig relation på ett personligt plan och förståelse för varje boendes behov (a.a.). Distriktssköterskan kan underlätta tidig upptäckt av hälsoproblem som påverkar livskvaliteten negativt genom att införa ett aktivt förebyggande arbete och göra grundliga och systematiska bedömningar, skriver Borglin et al. (2005).

Florence Nightingales teori beskriver att patienten är delaktig i sin vård genom att all kommunikation sker direkt och i patientens närvaro (Pettersson, Roth-Möller & Thylen-Nordström, 1989). Sjuksköterskan skall inge förtroende och inte ge falska förhoppningar till patienten. Sociala kontakter med omvärlden främjar läkningen och återhämtningen och bör uppmuntras av distriktssköterskan (a.a.). Människan har en inre naturligt kraft till återhämtning, skriver Pettersson et.al. om Nightingales omvårdnadsteori. Det blir distriktssköterskans uppgift att se människans behov och handla utifrån detta. Att hjälpa

patienten att behålla sin vitalitet och bistå patienten som människa ingår också i sjuksköterskans uppgift. Patientens miljö måste utformas på ett sådant sätt så att naturens egna helande krafter kan verka (a.a.). Rätten till information och inflytande enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) har en avgörande betydelse för patientens möjlighet till att utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i vården. Patienten kan överlämna ansvaret till vården att ta ställning, exempelvis valet av ett behandlingsalternativ kan överlämnas till distriktssköterska i vissa situationer (Socialstyrelsen, 2012). Patienten har också rätt att tacka nej till en behandling. Hur delaktigheten ser ut kan variera från fall till fall (a.a.).

## Äldres livskvalitet

Två begrepp som ofta används för att beskriva det goda åldrandet enligt Hagberg (2000) är subjektivt välbefinnande och livsstillfredsställelse. Välbefinnandet påverkas av att de psykologiska och sociala behoven blir tillgodosedda och avser individens subjektivt upplevda livsstillfredsställelse. Tillfredsställelsen av livsstilen kan på ett enkelt sätt betraktas som ett populärt välbefinnandemått på livskvalité (a.a.). Det finns fyra centrala teman enligt Bradshaw, Playford och Riazi (2012) som påverkar livskvaliteten hos äldre: acceptans, anpassning, samhörighet och omsorg. Äldres positiva inställning till att leva i nuvarande bostad förknippas med anpassning och effektiv coping. En aktiv hållning i det dagliga livet ger äldre en känsla av kontroll över sitt liv. Detta ökar graden av anpassning och acceptans till förändringar i deras vardag. Anhörigas engagemang påverkar positivt deras anpassning. Ett rikt socialt engagemang kan förlänga människans liv (a.a.).

Personlighet är en viktig faktor i hur man tolkar livskvalitet i ålderdomen enligt Hagberg et al.(2002) studie. Det framkom att äldre i Sverige upplever sin nuvarande livskvalitet som lägre än tidigare i livet. Tillfredsställelse med betydande relationer och aktiviteter värderas högre än andra sociala relationer som till exempel relationer med grannar. I samma studie lyfts det fram att känslomässig stabilitet påverkar psykiskt välbefinnande och betraktas vara den viktigaste livskvalitetsfaktor för en god total livskvalitet. Acceptans av den nuvarande livssituationen höjer livskvaliteten. Faktorer som möjliggör för människor att uppleva en bättre livskvalitet under ålderdomen verkar vara att upprätthålla personliga relationer, ha förtroende för andra, tillit till den egna förmågan och känslomässig stabilitet. Olika personlighetsdrag är relaterade till olika dimensioner av livskvalitet och är individuella (a.a.).

## Folkhälsa ur ett genusperspektiv

Idag finns stor ojämlikhet mellan könen när det gäller ohälsa och dödlighet. I Sverige lever kvinnor längre än män men är sjukare och söker oftare vård än män (Folkhälsorapport, 2009 och Smirthwaite, 2007). Bakomliggande faktorer, skriver Smirthwait i sin rapport, till den ojämlika ohälsan kan bero på sociokulturella faktorer och biologiska förutsättningar. I studier där befolkningen självskattar sin hälsa rapporterar 22 procent av kvinnorna ökad psykisk ohälsa med symptom som oro, ångest och sömnbesvär. Detta jämfört med männen som representerar 13 procent (a.a.). Borglin et al. (2005) studie visar att 18 procent av de 600 äldre deltagarna var kvinnor som hade låg livskvalitet, var äldst och mer sårbara. Kvinnorna hade självskattat låg hälsa, hade hög frekvens av hälsoproblem, lågt socialt stöd, mindre känsla av sammanhang och lägre grad av fysisk aktivitet.

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen skall vård och behandling erbjudas på lika villkor. Detta oavsett ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, utbildning, bostadsort, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet. En jämlik vård skall utgå ifrån varje individs behov (SFS, 1982:763). Folkhälsoarbetet i Sverige stödjer sig på en ny folkhälsopolitik grundad på riksdagens proposition ” Mål för folkhälsa ” från 2003, skriver Ewles och Simmet (2007). Inom målområdet 6 beskrivs en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård med de vardagliga möten som hälso- och sjukvården bedriver som den största folkhälsopotential. Hälso- och sjukvård och distriktssköterskan ska förebygga sjukdom genom att ge stöd till individer eller grupper med ökad sårbarhet, genom att stödja ett jämlikt hälsoarbete. Vården kan utforma strategier som utvecklar det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet (a.a.).

## Människan, en social varelse

Svedberg (2003) beskriver människan som en social varelse som utvecklas till att känslomässigt relatera till och interagera med andra människor. Människan beskrivs som en person som lever i två världar. Den inre världen som kan hanteras av individen själv och den yttre som man själv inte alltid kan påverka. Individens sätt att uppfatta sig själv och omvärlden är till viss del omedvetna. Alla sociala erfarenheter påverkar och formar individen ständigt. Denna inre värld ledsagar människan genom livet och i möten med verkligheten (a.a.). Människan försöker att hitta mening med allt som möts i livet, skriver Svedberg.



Meningsskapandet är en ständig process som har sin grund i behovet att skapa och vidmakthålla en social fungerande identitet. Psykosocialt välbefinnande är en stor fråga enligt Nakrem, Visnes och Seim (2011). Studien visar att en viktig roll för vårdpersonalen är att hjälpa de äldre att balansera behovet av social kontakt, bevara ett socialt nätverk och att vara ensam.

Känsla av sammanhang är en beskrivning av en individs styrkor eller resurser, vilket har sin utgångspunkt i hur en individ förhåller sig till sin tillvaro (Antonovsky, 1991). Antonovskys salutogena perspektiv handlar om att se de faktorer som främjar hälsan. KASAM beskrivs som en global orientering som har tre komponenter som utgör resurser för människan och kan höja livskvaliteten (a. a.). *Begriplighet* som menas i vilken utsträckning man upplever inre och yttre stimuli som gripbara. *Hanterbarhet* som innefattar till vilken grad en människa upplever att resurser finns till förfogande och *Meningsfullhet*. *Meningsfullhet* är kasambegreppets motivationskomponent (a.a.). När äldreomsorg drivs med Antonovsky som ledstjärna skriver Westlund, 2005 har verksamheten i sin utgångspunkt i vad som är meningsfullt för den enskilde och då prioriteras den sociala nivån samt människors behov av samhörighet med andra (Westlund, 2005). Människor med ett starkt KASAM talar alltid om områden som betyder något, som är viktiga för honom eller henne och finner livet meningsfullt (Antonovsky, 1991).

Denna studie kommer att beskriva den hälsorelaterade livskvaliteten hos äldre som bor på seniorboende. För att ge en ökad kunskap och förståelse samt förbättra distriktssköterskans omvårdnad och hälsofrämjande arbete presenteras detta ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Det finns få studier som fokuserar på den äldres egna upplevelser av livskvalitet, oavsett boendeform (Borglin, Jakobsson, Edberg & Hallberg, 2005).

## **Syfte**

Syftet med studien var att identifiera faktorer som påverkar upplevelse av hälsa och livskvalitet hos äldre på seniorboende samt att undersöka hur de uppfattar mötet med distriktssköterska och hemtjänstpersonal och om skillnader mellan könen föreligger.

## *Hypotesprövning*

I denna studie jämförs också män och kvinnor statistiskt för att se om det föreligger en skillnad i hälsa och livskvalitet. Vid all hypotesprövning måste minst två hypoteser ställas mot varandra. Den första hypotesen är den hypotes som ska prövas i det statistiska testet och kallas ofta *nollhypotes* eller *hypotesen om ingen skillnad*. Oftast ställs nollhypotesen upp enbart för att kunna förkastas (Ejlertsson, 2003).

## Metod

### Design

Studien är en empirisk, deskriptiv tvärsnittstudie med kvantitativ ansats. Urval av populationen är icke slumpmässigt.

### Urval av undersökningsgrupp

Populationen i studien bestod av samtliga 502 individer som bor på två seniorboenden i en stad i södra Sverige. Inklusionskriterier: alla som har bott på seniorboende längre än en månad. Exklusionskriterier: nyinflyttade som hade bott där kortare tid än en månad. Resultaten i studien byggdes på 117 besvarade enkäter. Medelålder redovisas i studieresultaten, vilket har betydelse för tolkningen av resultaten (Sullivan et al., 2002).

### Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Hälsorelaterad livskvalitet kan mätas med allmänna och specifika metoder, i en liten eller stor skala, ibland i kombination med personliga intervjuer och livshändelseinventering skriver Grimby (2001) i boken Åldrandets villkor. Två vanliga instrument som används i Sverige för

att mäta hälsoupplevelse är Nottingham Health Profile (NHP) och Short-Form (SF-36). Dessa metoder har använts i undersökningar av äldre eftersom det finns pålitliga jämförelser av data för äldre, uppdelade i olika åldersintervaller, sjukdomstillstånd och andra bakgrundsfaktorer. Dessa instrument inkluderar fysiska, emotionella och sociala dimensioner (a.a.). En större undersökningsgrupp kan nås under en kortare tid genom att använda enkät som instrument i sin forskning skriver Olsson och Sörensson (2011). Fördelen med enkäter är den standardiserande utformningen som gör att alla respondenter får samma frågor samt att forskare inte får någon intervju effekt. Respondenterna har möjlighet att i lugn och ro fundera över sina svar utan att bli påverkade av intervjuarens närvaro eller andra yttre faktorer (a.a.).

Instrumentet som använts i denna studie är SF-36. SF-36 anses ha hög reliabilitet och validitet och har använts i flera studier över hela världen, inklusive i Sverige (Keller et al., 1998 och Ware & Gandek, 1998). Alla äldre som bodde på någon av seniorboendena fick ett brev som innehöll information om projektet, SF-36 instrumentet och ett kort frågeformulär som skapades av författarna, tillsammans med ett svarskuvert (bilaga 1 och 2). Svarskuverten var okodade för att säkerställa anonymiteten. I brevet förklarades syftet med studien. Brev och frågeformulären utformades av författarna tillsammans med handledaren för studien. Svaren samlades sedan in och bearbetades statistiskt i Excel. Licens för att använda SF-36 skaffades genom kontakt med QualityMetric i U.S.A. Tillåtelse att använda SF-36 erhålls genom registrering och mailkontakt med företaget. Efter telefonkontakt med Health Related Quality of Life- gruppen, ett kunskapsföretag vid Göteborgs Universitet([www.hrql.se](http://www.hrql.se)) fick författarna en Svensk Manual och tolkningsguide som inkluderar material som tolkningskoder för beräkning av skalor och index, exempel på beräkningar och tolkningar av resultat. Manualen innehåller även normtabeller för SF-36 i den svenska befolkningen och information för att kunna sammanföra svarsmönster till skalor.

### *Frågeformuläret: Short-Form 36 (SF-36)*

Frågeformulärets fullständiga namn är Short Form 36 Health Survey (Sullivan, Karlsson & Taft, 2002). Instrumentet utvecklades under två decennier fram till 1988 av en amerikansk forskningsgrupp ledd av John Ware Jr och utformades för att kartlägga hälsotillstånd. Den används idag i kliniska tester och undersökningar, politiska hälsoutvärderingar och allmänna hälsoundersökningar i England, Sverige och mer än ett 40-tal andra länder. Spridningen har

varit snabb sedan 1992 (a.a.). Metodutvecklingen har utgått ifrån ett brett hälsobegrepp och föregåtts av omfattade fältstudier (Ware & Gandek, 1998). I början av 1990-talet testades instrumentet i flera olika länder och även en svensk version utformades och provades (Keller et al., 1998). Den svenska versionen har utvecklats och testats för validitet och reliabilitet och den slutliga versionen fastställdes under år 1992 (Sullivan, Karlsson & Ware Jr, 1995 och Ware & Gandek, 1998).

SF-36 är en mångsidig men kort hälsoundersökning som mäter åtta områden inom hälsorelaterad livskvalitet: smärta, fysisk funktion, rollfunktion-fysisk, rollfunktion-emotionell, social funktion, psykiskt välbefinnande, vitalitet samt allmänt hälsotillstånd. Frågeformuläret innehåller 11 frågor som täcker alla åtta områden och är uppdelad i två delar: funktionsskalor och välbefinnandeskalor. Formuläret mäter individens HRQoL (Health-Related Quality of Life) i allmänhet de senaste fyra veckorna. Enkäten tar 5-10 minuter att besvara och kan användas från tonåren och framåt (Ware & Gandek, 1998). Några av skalorna som används har relativt låg test-retest reliabilitet och därför bör resultatet på individnivå gällande dessa skalor tolkas med en viss försiktighet (Sullivan et al., 2002). SF-36 kan användas vid olika specifika sjukdomstillstånd och kompletteras med andra frågor. Erfarenheterna med SF-36 är dokumenterad i nästan 4000 publikationer från 1988 till 2000 och instrumenten har förbättrats under tiden. De flesta av frågorna har sina rötter i ett instrument som har varit i bruk tidigare under 1970- och 1980- talet. SF-36 används på gruppnivå och oftast i stora studier på populationsnivå (a.a.).

I föreliggande studie har SF-36 standard använts, vilket innebar att respondenter självskattade sin hälsa 4 veckor tillbaka. Svaren från alla frågor, utom en av de som behandlar självrapporteringen av hälsas övergång används för att poängsätta SF-36 skalor. Varje post används i endast en skala. Instrumentet betraktas ha en hög grad av acceptans och datakvalitet (Ware & Gandek, 1998). Den första skalan är Physical Function (PF) och mäter fysisk hälsa (Sullivan et al., 2002). Den sista Mental Health (MH) validerar psykisk hälsa. Skalorna mellan beskriver komponenter som beror på och påverkas av den fysiska hälsan samt den psykiska hälsan. Dessa är följande: Role - Physical (RP), Bodily Pain (BP), General Health (GH), Vitality (VT), Social Functioning (SF), Role –Emotional (RE ). RP definierar problem på arbetet eller andra dagliga aktiviteter som en följd av den fysiska hälsan. I GH ingår självskattning av egen hälsa och i VT graden av trötthet och energi. RE definieras som

problem relaterade till känslomässiga problem samt RH som upplevelse av känslor av nervositet, glädje, lugn, depression (a.a.) (bilaga 1).

### **Frågeformulär med självskattning av mötet med vården**

Tillsammans med SF-36 skickades också ett eget komponerat frågeformulär ut som innehåller 10 stycken slutna ja- och nej- frågor gällande kontakten med omvårdnadspersonalen och distriktssköterskan (bilaga 2). Sex stycken av frågorna syftar på hur ofta deltagarna träffade personalen och hur trygga de kände sig i denna relation. Ejlertsson (2005) skriver att för att öka enkätens validitet kan en pilotstudie göras för att få reda på om respondenterna tolkar frågorna på samma sätt som författarna. Fyra distriktssköterskor som var verksamma inom hemsjukvården i Malmö stad inkluderades i pilotstudien. Frågorna diskuterades med författarna och eftersom samtliga deltagare misstolkade vissa frågor fick de omformuleras. Vid diskussion kring frågorna uppkom tre nya frågor som svarade mot studiens syfte. En fråga handlade om äldres deltagande i fritidsaktiviteter. På seniorboende organiserades många fritidsaktiviteter och de varierade under året.

### **Genomförande av datainsamling**

För att få respondenterna positiva till deltagande i undersökning, skriver Ejlertsson (2005) bör studien vara sanktionerad hos ledningen. Seniorboende räknas som eget hem och därför fanns ingen verksamhetschef som kunde ge författarna tillåtelse att fullfölja studien. Ett medgivande från programdirektören för distriktssjuksköterskeutbildningen vid Medicinska Fakulteten i Lund inhämtades innan studien genomfördes. Ett seniorboende är privat och har en verkställande direktör (Vd) som inte uppfyller samma funktion som en verksamhetschef och har endast ansvar för fastigheten och andra organisatoriska frågor kring det. Vd kontaktades först via telefon och visade sig vara positiv till studien. Tillsammans med Vd bestämdes att information om studien skulle lämnas till respondenter via seniorsboendets veckoblad och anslagstavlan. Det andra seniorboendet var kommunalt. Information om studien togs upp med receptionisten som även hade en administrativ funktion. Efter muntligt godkännande från Vd delades enkäterna ut. Enkätutdelning gjordes av författarna direkt i de boendes brevlåda. Enkäterna samlades i en placerad låda i receptionen. Två veckor efter utdelningen hämtades

enkäterna upp av författarna. Författarna tydliggjorde också att det inte handlade om utvärdering av seniorboendet utan om egen självskattning av livskvalitet. Författarna fann ingen anledning till att respondenterna skulle manipulera svaren genom att till exempel lämna in flera ifyllda enkäter.

## **Genomförande av databearbetning**

Databearbetning gjordes med deskriptiv och analyserande statistik där SF-36 testades mot kön och alla de åtta hälsoområdena som anses vara universella och representerar basal mänsklig funktion och välbefinnande (Sullivan et al., 2002). Materialet matades in för analys i Excel. För att analysera SF-36 beräknades värdena för enkäten med hjälp av en förprogrammerad syntax som beskrevs i den svenska användarmanualen. Genom att titta på frekvenser för en speciell delfråga vid olika skalvärden från 0 till 100 kunde hälsotillståndet utifrån skalan tolkas och beskrivas. Skalvärdet representerar ett medelvärde eller medeltal. För alla 117 deltagarna har skalorna i SF-36 analyserats separat, medelvärdet beräknades i Excel och summerades i två övergripande hälsoindex, psykiska hälsan (Mental Health = MCS) och fysisk hälsa (Physical Health = PCS). För att kontrollera om det föreligger skillnader mellan könen användes ett två sidigt t-test och en signifikansnivå på 0,05. Standardiserande svenska normer för SF-36 som användes i databearbetning hämtades i användarmanualen.

## **Etisk avvägning**

Enligt The World Medical Association (2008) har Helsingforsdeklarationen, som ligger till grund för medicinskt forskningsarbete i syfte att skydda individens välmående före alla andra eventuella intressen. Hit tillhör principer som handlar om bland annat skydd av människans värdighet och liv, skydd av personuppgifter och privatlivet (WMA, 2008). Principerna betonar respekten för individen genom att syftet med forskningen ska vara av större värde än riskerna för individen och att deltagaren ska få god information om studien i förväg (a.a.). Deltagandet i studien ska vara helt frivilligt och information om studiens syfte ska lämnas till alla deltagare. Andra aspekter som är viktiga att beakta är rätten att vägra delta utan att ange någon orsak samt att skriftligt samtycke skall ges. Deltagare ska inte heller kunna identifieras vid presentation av studiens resultat (a.a.). Etikprövningslagen som avser forskning av

människor (SFS 2003:460) som trädde i kraft januari 2004, grundades på Nürnbergkodexen, Helsingforsdeklarationen och Europarådets konvention för skydd av mänskliga rättigheter och värdighet i tillämpningen av biologi och medicin och innehåller bestämmelser om etikprovning (a.a.). I vår studie delades ut enkäterna tillsammans med ett informationsbrev i vilket gavs information om deltagarfrihet och att resultaten kommer att redovisas och presenteras utan att den enskilde kan identifieras. Enkäterna innehöll inga personliga uppgifter så att konfidentialitet kunde garanteras. Respondenternas svarsformulär betraktades som ett samtycke till studien.

Författarnas förhållningssätt till de yrkesetiska övervägandena var mycket viktiga. Kunskap om människan kan skaffas genom ämnen som har människan som föremål för studie och kan även studeras ur olika perspektiv (Collste, 2002). Det var viktigt att populationen vi valde till enkätundersökningen fick en korrekt information om studien. Eftersom denna boendeform är en vanlig hyresrätt, finns det därför inte någon ”ansvarig” att vända sig till när det gäller tillåtelse till studie. Av denna anledning inhämtades ett medgivande från programdirektören för distriktssköterskeutbildningen vid Medicinska Fakulteten i Lund innan studien genomfördes. Respondenternas svarsformulär betraktades som ett samtycke. Informationsbrevet innehöll våra namn, telefonnummer och vid vilken institution vi bedriver våra studier för att underlätta kontakten vid frågor. Oberoende av situationen eller individen skriver Öresland, 2010 ska det vara möjligt att ta beslut i etiska frågor med hjälp av universella etiska principer, vilket garanterar rättvisa vid etiska beslut.

Ett rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden VEN 48-13, VEN inhämtades före studiens början eftersom den innehöll område som etikprovningenslagen berör. Deltagandet i studien var frivilligt och respondenterna kunde när som helst avsluta sitt deltagande i studien utan att behöva ange någon orsak. Vid publicering av studieresultaten kommer författarna att verka för att respondenterna ska behålla sin anonymitet. Svarsformulären/enkäten kommer inte att kunna knytas till respektive deltagare. Materialet förvaras inlåst och kommer att förstöras efter studiens slut.

## Resultat

Resultat till denna studie baseras på 117 enkäter som samlades in av författarna under juni månad 2013. Totalt trycktes och delades ut 502 enkäter. Svarsfrekvens blev 23 % och en sned fördelning mellan kvinnor och män, 78 respektive 33 svar. Mer än dubbelt så många kvinnor än män svarade på enkäten. Sex respondenter svarade inte vilket kön de hade. Medelålder på hela populationen är 82,81 för män och 83 för kvinnor. Bortfallet redovisas för vissa frågor där studieförfattarna vill uppmärksamma på att det kan påverka resultaten i hög grad.

### **Självskattning av livskvallitet i förhållande till kön**

Skillnaden mellan män och kvinnor presenteras under varje underrubrik och bedömdes med hjälp av SF-36 och övriga frågor i formulären. Om svar saknades behandlades SF-36 enligt instruktionen som finns i svenska manualen d.v.s. om den svarande har svarat på minst 50 % av delfrågorna i en skala substitueras uteblivna svar med medelpoängen av genomförda frågor i respektive skala (Sullivan et al., 2002). Svenska referensvärden för män och kvinnor över 80 år saknas i tolkningsmanualen, jämförelserna med normvärden kan endast göras med det totala värdet.

### *Självskattning av hälsan i förhållande till fritidsaktiviteter*

Det var 51 procent av de svarande som deltog i olika fritidsaktiviteter av dem var 16 procent män och 35 procent kvinnor. Om fritidsaktiviteter separeras i män och kvinnor visar det sig att deltagandet är likvärdigt mellan könen.

I SF-36 undersöks hur respondenterna självskattar sin hälsostatus (GH). Tabell 1 illustrerar medelvärden och standardavvikelsen på respondenternas egen värdering av deras allmänna hälsa (GH) i förhållande till normvärdet för äldre över 80 år som är 57. Medelvärdet för kvinnliga respondenter är 49 och indikerar sämre välbefinnande. Ett högre värde på 63 som männen rapporterar anger bättre hälsostatus.



**Tabell 1.** Allmän hälsa (GH) per kön enligt SF-36.

	Medel värde	Standard avvikelse	Konfidens intervall 95 %	Normvärde *
Totalt	53	22,92	4,26	57
Kvinnor	49	21,92	4,86	
Män	63	22,92	7,47	

\* Svenska referensvärdet för äldre över 80 år

### *Självskattning av hälsan och socialt välbefinnande*

Sociala funktioner (SF) som innebär upprätthållande av ett vanligt socialt umgänge i och utanför hemmet ingår i SF-36. SF-36 mäter i vilken utsträckning problem med hälsan har stört det vanliga sociala umgänget, både ur en kvantitativ och ur en kvalitativ aspekt.

Studieresultaten visar att det finns en skillnad mellan kvinnors och mäns medelvärde då kvinnliga deltagare hade ett medelvärde på 69 och männen 81 (tabell 2). Som framgår ur tabell 3 är mäns medeltal 3 skalenheter högre än normvärdet och kvinnors medeltal 9 skalenheter lägre d.v.s. kvinnor upplever sitt sociala välbefinnande något sämre jämfört med medelvärdet för riket medan männen ligger i paritet med normvärdet. Den högsta möjliga poängen på skalan är 100 och innebär att respondenterna upplever sitt sociala liv som tillfredsställande.

**Tabell 2.** Social funktion (SF) per kön enligt SF-36.

	Medel värde	Standard avvikelse	Konfidens intervall 95 %	Normvärde *
Totalt	73	26,11	4,85	78
Kvinnor	69	27,20	6,03	
Män	81	26,11	9,28	

\* Svenska referensvärdet för äldre över 80 år

## Självskattning av fysisk och psykisk hälsa

SF-36 variansanalys visade att boende skattade sin fysiska hälsa på olika sätt. Fysiska hälsan i SF-36 utgörs av flera delskalor. Nedan presenteras detaljerade resultat från fysisk funktion (PF) och rollfunktion-fysiska orsaker (RP) (tabell 3 och 4). Kvinnliga deltagare rapporterade lägre medelvärde (45 och 33) än män (65 och 42) i bägge delskalorna. Som framgår ur tabell 4 självskattar männen sin fysiska funktion högre än genomsnittsvärdet på 54 i delskalan PF d.v.s. en variation på 11 enheter.

**Tabell 3.** Fysisk funktion (PF) per kön enligt SF-36.

	Medel värde	Standard avvikelse	Konfidens intervall 95 %	Normvärde *
Totalt	51	30,86	5,74	54
Kvinnor	45	30,50	6,76	
Män	65	27,03	10,40	

\* Svenska referensvärdet för äldre över 80 år

**Tabell 4.** Rollfunktion-fysiska orsaker (RP) per kön enligt SF-36.

	Medel värde	Standard avvikelse	Konfidens intervall 95 %	Normvärde *
Totalt	36	41,67	7,75	44
Kvinnor	33	40,43	8,97	
Män	42	41,67	13,79	

\* Svenska referensvärdet för äldre över 80 år

Både kvinnor och män i studien självskattar sin psykiska hälsa lägre än genomsnittsvärdet för den svenska befolkningen över 80 år. Tabellen nedan illustrerar det statistiska resultatet.

**Tabell 5.** Psykiskt välbefinnande (MH) per kön enligt SF-36.

	Medel värde	Standard avvikelse	Konfidens intervall 95 %	Normvärde *
Totalt	68	21,21	3,94	77
Kvinnor	66	20,81	4,61	
Män	74	21,21	7,10	

\* Svenska referensvärdet för äldre över 80 år

Delskalan för fysisk hälsa (PSC) innehåller Fysisk funktion (PF), Fysisk rollfunktion (RP), Kroppslig smärta (BP) och Allmänt hälsa (GH). PSC visar lägre skattning för både män och kvinnor (tabell 6).

**Tabell 6.** Fysisk hälsa (PCS) respektive psykisk hälsa (MSC) per kön.

	Medel värde PSC	Medel värde MCS
Alla	49	60
Kvinnor	45	56
Män	61	69

Via den statistiska analysen kan det inte verifieras att det finns skillnader mellan könen i populationen. PCS har ett p-värde på 0,07 och MCS på 0,18. Resultaten visade ett lägre värden för kvinnor jämfört med männen i populationen. Den mest framträdande avvikelserna var kvinnornas låga självskattning av fysisk hälsa (PCS). MSC består av Socialfunktion (SF), Emotionell roll funktion (RE), Psykiskt välbefinnande (MH) och Vitalitet (VT).

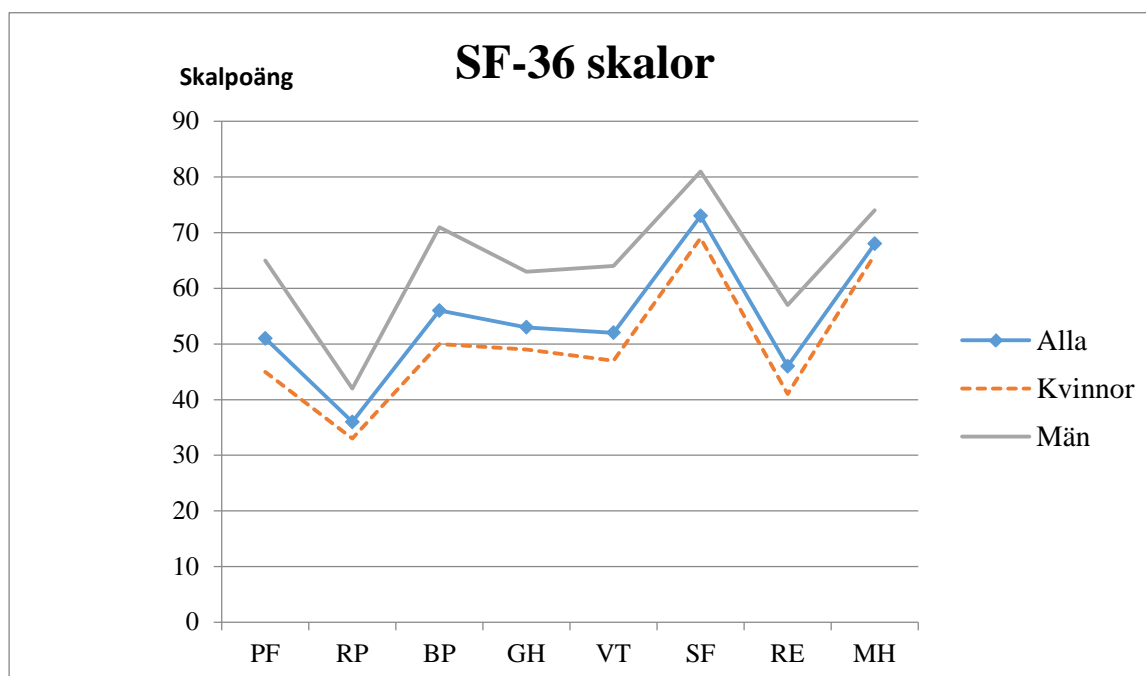
## Upplevd livskvalitet enligt SF-36 hos kvinnor och män

Medelvärden på de självskattande delskalorna i SF-36 för kvinnor varierar mellan 33 (Fysisk rollfunktion) och 69 (Social funktion) (tabell 7 och figur 2). Hos män ligger variationen mellan 42 (RP) och 81 (SF). Högst skattat värde finns på skalor som berör psykisk hälsa (MSC), både hos män och hos kvinnor.

**Tabell 7.** Självskattad livskvalitet enligt SF-36 per kön.

Delskalor	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Medelvärde (alla)	51	36	56	53	52	73	46	68
Medelvärde (kvinnor)	45	33	50	49	47	69	41	66
Medelvärde (män)	65	42	71	63	64	81	57	74
Normvärden	54	44	58	57	48	78	63	77

**Figur 2.** SF-36-profil för respondentgruppen per kön.



Profilens ”toppar” och ”dalar” (se figur 2) sammanhänger med konstruktionen av olika delskalor. De fem skalorna PF, RP, BP, SF och RE är konstruerade så att högsta möjliga

poäng (100) erhålls när inga funktionsbegränsningar eller hälsorelaterade problem har rapporterats d.v.s. männen i studiepopulationen självskattar högre sina funktioner och hälsotillstånd än kvinnorna. De lägsta värdena för både kvinnor och män i populationen tillhör delskalan RP och är 33 och 42. Frågan belyser svårigheter med att utföra regelbundna aktiviteter som kräver extra fysisk ansträngning till exempel arbete eller träning.

## Vårdkontakter

Totalt hade 97 respondenter svarat med ”ja” eller ”nej” på frågan om de hade kontakt med hemsjukvården. Av dessa hade 22 äldre kontakt med distriktssköterskan i hemmet, av vilka 19 var kvinnor och 2 var män (se tabell 8). Alla 117 respondenter svarade på frågan angående kontakten med distriktssköterskan på vårdcentralen. Tabellen nedan visar även antalet män och kvinnor som hade kontakt med omvårdnadspersonalen inom hemtjänsten.

**Tabell 8.** Äldres kontakt med distriktssköterska och hemtjänstpersonal.

	<b>Totalt</b>	<b>Män</b>	<b>Kvinnor</b>
Kontakt med distriktssjuksköterska Hemsjukvården	21	2	19
Kontakt med distriktssjuksköterska Vårdcentralen	40	12	28
Kontakt med omvårdnadspersonal Hemtjänsten	48	9	39

Av de svarande var det 24 kvinnor och 3 män som träffade hemtjänstpersonalen dagligen, 6 kvinnor och ingen man träffade distriktssköterska dagligen, 4 kvinnor och 2 män hade kontakt med distriktssköterska varje vecka och 9 kvinnor och 1 man hade ”mer sällan” kontakt med henne.

### *Äldres självskattning av trygghet i relation med distriktssköterska och hemtjänstpersonal*

På frågan om respondenterna kände sig trygga i relationen med omvårdnadspersonalen som arbetar inom hemtjänsten svarade totalt 9 äldre nekande. Inga respondenter upplevde otrygghet i relationen med distriktssköterskan på vårdcentralen eller hemsjukvården. Resultaten redovisas i tabell 9.

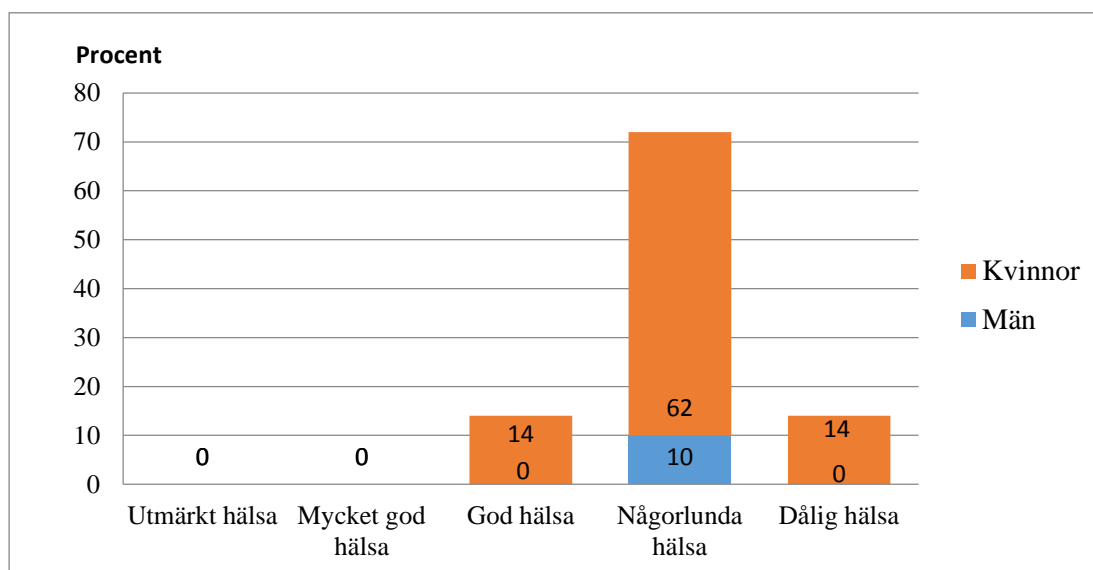
**Tabell 9.** Äldres upplevelse av trygghet i kontakt med distriktssköterska och hemtjänstpersonal.

	Män		Kvinnor	
	Trygga	Otrygga	Trygga	Otrygga
Kontakt med distriktssköterska Hemsjukvården	3	0	18	0
Kontakt med distriktssköterska Vårdcentralen	19	0	53	0
Kontakt med omvårdnadspersonal Hemtjänst	8	4	37	5

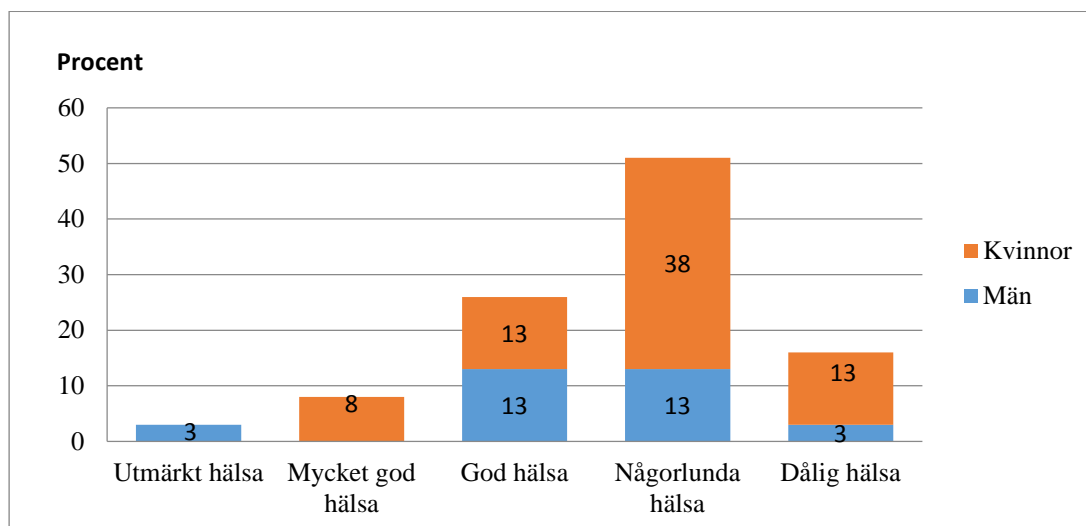
### *Kontakter med distriktssköterska och äldres självskattning av allmän hälsa GH*

Resultaten från eget frågeformulär angående kontakten med distriktssköterska sammanställdes i Excel tillsammans med resultaten från delskalan GH från SF-36. Allmän hälsa (GH) innehåller flera svarsalternativ: ”utmärkt hälsa”, ”mycket god hälsa”, ”god hälsa”, ”någorlunda hälsa”, ”dålig hälsa”. Det är totalt 22 respondenter som svarade att de träffade distriktssköterskan inom hemsjukvården. Två av dessa var män. Kontakt med distriktssköterska på vårdcentralen hade 40 respondenter, varav 28 kvinnor och 12 män. Svaren illustreras procentuellt i figur 3 och 4.

**Figur 3.** Upplevd hälsa hos dem som har kontakt med distriktssköterska inom hemsjukvården.



**Figur 4.** Upplevd hälsa hos dem som har kontakt med distriktssköterska på vårdcentralen.



Det är 3 kvinnor som har rapporterat dålig hälsa och hade kontakt med distriktssköterska inom hemsjukvården och 5 som hade kontakt med distriktssköterska på vårdcentralen. Endast en man som rapporterat dålig hälsa hade kontakt med distriktssköterska på vårdcentralen.

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Syftet med denna studie var att beskriva faktorer som påverkar upplevelsen av hälsorelaterad livskvalitet hos äldre på seniorboende, skillnader mellan män och kvinnor samt äldres självskattning av mötet med distriktssköterska och hemtjänstpersonalen. Vi anser att vald metod bidrog till att besvara studiens syfte. Kvantitativ metod användes för att kunna behandla SF-36 enligt dess manual. En studie med kvantitativ ansats kan enligt Olsson och Sörensen, (2011) undersöka olika faktorer inverkan på upplevd livskvalitet. Studien utfördes som en tvärsnittstudie för att kunna nå så många respondenter som möjligt vid ett tillfälle (a.a.). Studiens urval var icke slumpmässigt. Olsson och Sörensen (2011) skriver att den svagaste formen för urval är tillfällighetsurval, d.v.s. ett icke slumpmässigt urval av individer eller enheter som för tillfället finns tillgängliga. Svagheten i dessa studier är att respondenterna inte är representativa för hela populationen (a.a.). Vi vill förtydliga att seniorboende är en blandning av kollektivhus och servicehem där även yrkesverksamma äldre över 55 bor. Eftersom vi inte hade någon tillgång till register över populationen kunde vi inte dela upp individerna i olika grupper förutom män och kvinnor. Exempelvis uppdelning i yrkesverksamma eller pensionärer. Med en svarsfrekvens på 23 procent hade författarna genom att göra ett andra urval riskerat att minska den statistiska säkerheten (för små urvalsgrupper). Ett randomiserat urval kunde inte heller göras av ovan nämnda skäl.

Enkäten bestod av två delar, ett eget komponerat frågeformulär och SF-36 (bilaga 1). Frågeformuläret testades på fyra distriktssköterskor med lång erfarenhet av att arbeta med äldre inom hemsjukvården. En pilotstudie görs för att få reda på om respondenterna tolkar frågorna på samma sätt som författarna (Ejlertsson, 2005 ). Frågan i formuläret ”känner ni er trygga med kontakten på er vårdcentral?” kunde ha preciserats och varit tydligare. Frågan syftar till kontakten med distriktssköterska men risken för missförstånd finns. Respondenterna kanske tänkte på andra yrkeskategorier som arbetar på vårdcentralen.

I tabellerna 8 och 9 kan läsaren observera små avvikelser. Detta på grund av att respondenterna inte har svarat på alla frågor och författaren har valt att redovisa siffrorna korrekt. Ett exempel kan vara att: 51 respondenter, varav 39 kvinnor och 9 män har uppgett



att de hade kontakt med omvårdnadspersonalen i hemtjänsten. Tre av respondenterna som svarade på frågan har inte uppgett kön. Vid frågan om de kände sig tryggare hemma med hemtjänst svarade 47 personer ja och 10 nej. Alla äldre som har svarat på frågan om tryggheten har dock inte svarat på frågan om de har eller inte har hemtjänst.

Med SF-36 kan bedömning av graden av skillnader mellan olika grupper göras endast genom att göra jämförelser mellan flera mätningar utförda vid olika tidpunkter eller mellan grupper som män och kvinnor alternativt genom att göra klassindelningar efter ålder. Fördelen med användning av övergripande hälsoindex som PSC och MCS är att det ger en bild om skillnaden mellan fysisk och psykisk hälsa men kan samtidigt dölja specifika effekter som synliggörs i SF-36 alla delskalor (Sullivan et al., 2002). SF-36 är ett internationellt enkätinstrument med hög reliabilitet och validitet enligt Sullivan et al. (2002), vilket vi ser som en fördel. Att använda sig av SF-36 har varit tidsbesparande eftersom vi inte har behövt konstruera enkäten själva. Det hade varit mer tidskrävande att intervjua respondenterna. Styrkan i denna studie har varit metodens objektivitet som innebär att resultatens tillförlitlighet ökar. I kvalitativa metoder är forskaren subjektiv och eventuella tolkningar som skulle kunna göras av författaren kan påverka resultaten (Olsson & Sörensen, 2011).

I resultatdelen redovisas både konfidensintervall och p-värde vilket författarna ansåg vara relevant för att uppnå syftet med denna studie. Olsson och Sörensen (2011) skriver att i många studier kan det vara bättre att redovisa ett konfidensintervall i stället för p-värde, eftersom det ger bättre information om hypotesprövning och information om den variation som kan finnas. I beskrivande statistik ska rapporteringen av p-värde göras hos de grupper som jämförts. Ett p-värde på mindre än 0,05 antogs visa en statistiskt signifikant skillnad (a.a.).

### *Bortfall och svarsfrekvens*

Antalet respondenter var hög (117), vilket ger studien styrka men svarfrekvensen blev lägre än förväntat. En låg svarfrekvensen på 23 procent och en sned fördelning av resultaten ökar den statistiska osäkerheten i jämförelsen mellan män och kvinnor samt minskar möjligheten av att generalisera studieresultaten. Antalet svar visade sig vara lägre på ett av boendena. En

orsak kan vara att respondenterna fick information om studien via veckobladet och anslagstavlan. Den låga svarfrekvensen i studie medför att det är svårt att veta om respondenterna är representativa för hela målgruppen. Fördelningen efter kön ökade trovärdigheten något. Ambitionen var hela tiden att nå så många äldre som möjligt men vetskapen att det inte skulle kunna gå fanns. Studiens reliabilitet hade ökat med ett mindre externt bortfall. Åtgärder som har vidtagits för att minska det interna bortfallet är beskriven i metoddelen.

Antalet kvinnor som har svarat på vår enkät är mer än dubbelt så många som antalet män. En anledning kan vara att det är fler kvinnor som bor på seniorboende eller att kvinnorna visade större intresse för att delta i undersökningen. Det är välkänt att kvinnor i Sverige lever längre än män, men att de är sjukare och söker vård oftare (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). Att kvinnor lever längre men är sjukare kan tyckas vara paradoxalt.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Studieresultaten visar att tolkningen och generalisering bör göras med försiktighet.

Resultaten visar att kvinnor på seniorboende självskattar sin hälsa lägre än det svenska referensvärdet för äldre över 80 år. I studien är medelvärde för GH 49 medan referensvärdet i Sverige är 57. Medelvärdet för SF är 69 och referensvärdet är 78. Medelvärdet för PF ligger på 45 och normvärdet på 44. Även resten av skalorna ligger under referensvärdet (se tabell 7). Skalorna som mäter GH, VT och MH är bipolära och mäter ett brett spektrum av negativa och positiva hälsotillstånd. Spridningen över hela skalvidden är därför större för dessa skalor och medeltalen ligger lägre än för de skalor som mäter funktionsstatus (se figur 2). Det mest framträdande i studiens resultat var kvinnornas låga självskattning av sin fysiska hälsa. Det gällde kvinnornas självskattning av fysisk funktion och rollfunktion-fysiska orsaker enligt beräkningar gjorda med SF-36. Resultaten visar en signifikant medelvärdes differens mellan män och kvinnor. Medelvärdet i alla delskalor är lägre hos kvinnor än hos männen i populationen. Referensvärdet för äldre svenskar över 80 år visar också att kvinnornas fysiska hälsa är sämre än männens (Sullivan et al., 2002).

Den allmänna hälsan (GH) påverkar äldres möjlighet att delta i fritidsaktiviteter tycker författarna. På grund av detta redovisades resultaten angående respondenternas självskattning av hälsostatus (GH) under rubriken ”Självskattning av hälsan i förhållande till fritidsaktiviteter”. Det var 51 procent av respondenterna som deltog i fritidsaktiviteter och det bedöms som positivt av författarna. Studieresultaten visar att män och kvinnors deltagande i fritidsaktiviteter är lika stort om det tas hänsyn till att antalet kvinnor som svarade på enkäten var tre gånger större. I Folkhälsorapporten (2009) rapporteras det dock att det är vanligare med en stillasittande fritid bland äldre kvinnor (65-84 år) än bland kvinnor i yngre ålder. Sämre fysisk hälsa kan hindra kvinnor att delta i fritidsaktiviteter och påverkar deras upplevelse av livskvalitet negativt.

Det sociala välbefinnandet innefattar olika aspekter som mellan mänskliga relationer och sociala nätverk. Tryggheten innebär att man känner tillit till andra människor som exempelvis vårdpersonal, samt att få besök av vänner och närstående. Det är viktigt att kunna känna tillhörighet med sin familj trots boendeformen. Arvidsson och Skärsäter (2006) belyser att det är viktigt med social gemenskap och värdefulla aktiviteter för att människan ska uppnå en bra hälsa. Hälsoupplevelser påverkar i förlängning livskvaliteten (a.a.). Hälsa är beroende av individens upplevelser (Nordenfelt, 2004). Män bedömer sin SF högre (medelvärde 81) än genomsnittsvärden i Sverige för befolkningen över 80 år (medelvärde 78). Kvinnors självskattning är lägre (medelvärde 69) både jämfört med männen i populationen och referensvärdet. Enligt den svenska SF-36 tolkningsmanualen betyder lägsta möjliga värde av SF omfattande och ofta förekommande störningar av det normala umgänget i och utanför hemmet på grund av fysisk eller psykisk ohälsa (Sullivan et al., 2002). Den högsta möjliga poängen på skalan i SF-36 är 100 och det innebär att respondenterna upplever sitt sociala liv som tillfredsställande. Detta stämmer överens med det välkända begreppet KASAM av Antonovsky (1991) som beskriver känslan av sammanhang. Trygghet och tillit i sociala sammanhang ökar känslan av hanterbarhet och meningsfullhet för alla människor, även äldre. Hälsa och sjukdom, enligt samma författare, befinner sig i var sin ände av en kontinuerlig skala. Livets påfrestningar kan bli bearbetade och självkänslan kan byggas upp i mogen ålder (a.a.).

### *Trivsel på seniorboende*

Studiens resultat visade att 106 respondenter trivdes i sin nuvarande bostad, 28 procent män och 67 procent kvinnor. Respondenterna som inte trivdes i sin bostad hade inte kontakt med distriktssköterska. Detta kan tyckas vara positivt eftersom det kan tolkas att det finns andra faktorer än hälsa och kontakten med vården som påverkar boendetrivsel. En respondent som svarade nekande på samma fråga hade kontakt med hemtjänsten dagligen. Bostadsfrågan är viktig i många människors liv. De som trivs i sitt boende är också mer nöjda med sitt liv. En orsak till att respondenterna trivs kan vara deras goda sociala liv och möjligheten till att delta i fritidsaktiviteter. Gemenskapen och närhet till olika fritidsaktiviteter gör att många kvinnor trots sämre allmän hälsa och fysisk funktion kan delta.

### *Livskvalitet och distriktssköterska*

Alla respondenter, män och kvinnor, svarade att de känner sig trygga i kontakten med distriktssköterska såväl inom hemsjukvården som på vårdcentralen. Generellt visar resultaten att äldre på seniorboendena är positiva och nöjda med hemtjänstpersonalens och distriktssköterskans insatser.

Det var 62 äldre, lite mer än hälften av populationen, som har kontakt med distriktssköterska. Det innebär att hon/han får möjlighet att påverka äldres hälsa och livskvalitet positivt. Antalet äldre som har hemtjänst är 51. Det är inte definierat i vår studie vilken typ av hjälp de får av hemtjänsten. All hjälp som äldre får från kommunen tillhör inte hälso- och sjukvårdsinsatsen utan även socialtjänstlagen. Distriktssjuksköterskan är arbetsledare för hemtjänstpersonalen som utför omvårdnadsåtgärder och har som skyldighet att påtala behovet för en ökning för hemtjänstinsatser genom kontakt med biståndsbedömare även om dessa insatser tillhör socialtjänstlagen. Kunskapen om distriktssköterskans arbetssätt har bägge författarna fått under tiden vi har arbetat inom hemsjukvården. På grund av författarna fortfarande arbetar inom hemsjukvården så finns ett genuint intresse för hur äldre upplever sin hälsa och livskvalitet inom olika boendeformer samt vilka möjligheter som finns för att påverka deras hälsa i positiv riktning finns. Förförståelsen som författarna besitter påverkade vilka delar i det statistiska resultatet som vi valde att redovisa. Distriktssköterskan skall enligt SOSFS 1995:5 arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Hälsofrämjande verksamhet innebär att

förbättra hälsotillståndet för såväl enskilda individer som grupper. Distriktssköterskan är ledare för hälso- och sjukvården och har ett omvårdnadsansvar för den äldre människan på boende (Distriktssköterskeförening i Sverige, 2008). Hälsöfrämjande insatser prioriteras inte alltid av distriktssköterskan om arbetsbelastningen är för hög.

Enligt Statistiska Centralbyrån kommer antalet 80-åringar och äldre att öka (Sveriges Regering, 2010). Äldreomsorgen och hälso- och sjukvården har tydliga brister när det gäller att ta hand om denna grupp. Kontakterna och samarbetet mellan kommunen och primärvården fungerar inte alltid tillfredställande. Det är vanligt att äldre hamnar ”mellan stolarna” trots många kontakter och mycket personal runt den äldre. Studieresultaten visar att alla 62 äldre som hade kontakt med distriktssköterska var nöjda och kände sig trygga i det. Regeringen har beslutat i budgetpropositionen 2010 att statsbidraget till äldre gradvis ska riktas till ett mer prestationsbaserade system. Målet är att kommunen och hälso- och sjukvården systematiskt ska förbättra arbetet med de mest sjuka och äldre (Sveriges regering, 2010).

### **Slutsats/Fortsatt forskning**

Studiens resultat visar att i alla SF-36 delskalor självskattar kvinnor sin hälsa lägre än männen i populationen. Kvinnorna på seniorboende upplevde sig ha en lägre livskvalitet vad det gäller faktorer som allmän hälsa (GH), social funktion (SF), fysik (PF) och psykisk hälsa (MH) än Sveriges befolkning i allmänhet, äldre än 80 år. Männen självskattar sin livskvalitet högre än genomsnittsvärdet för den svenska befolkningen över 80 år utom rollfunktion-fysiska orsaker (RP) och psykisk hälsa (MH). Fysisk hälsa uppskattas vara sämre än psykisk hälsa av bägge könen.

Nästan hälften av de svarande hade kontakt med omvårdnadspersonalen inom hemtjänsten och de flesta var kvinnor. En tredjedel av populationen hade kontakt med distriktssköterska på vårdcentralen och inom hemsjukvården. Alla respondenter kände sig trygga i relationen med distriktssköterskan.

Beskrivningar av livskvaliteten för äldre är ett utforskat område där mer forskning behövs. Kvinnorna uppgav sig vara sjukare än männen och sökte oftare vård. Kvalitativa studier behövs då de kan ge en ingående och djupare beskrivning av vad äldre män och kvinnor

upplever som livskvalitet, således studier som inte inriktar sig på sjukdomar och symtom som påverkar livskvaliteten. Även större kvantitativa studier av livskvaliteten hos äldre på seniorboende med slumpmässiga urval behövs för att öka möjligheterna att kunna generalisera resultaten.

Antalet vårdplatser på sjukhus har minskat och svårt sjuka patienter blir utskrivna snabbare. En konsekvens av detta blir att andelen äldre som behöver kvalificerad hemsjukvård blir allt fler (Melin-Johansson, 2010). Distriktssköterska får ständigt vara beredd på att bedöma olika hälso- och ohälsotillstånd, föreslå behandling och utvärdera effekter av given behandling. Distriktssköterka ska se till att patientens samlade behov uppmärksammas och tillfredsställs med hänsyn tagen till patientens tillstånd. Att se patienten i dennes livsvärd innebär att ha ett holistiskt synsätt

## Referenser

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (2006). *Psykiatriskomvårdnad-att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.

Borglin, G., Edberg, A.-K. & Rahm Hallberg, I. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19, 201-220. doi:10.1016/j.jaings.2004.04.001.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg A.-K. & Rahm Hallberg, I. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of live among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 147-158. doi: 10. 1111/j.1365 - 2524.2006.00603.x

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg A.-K, Rahm Hallberg, I. (2006) Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health and Social Care in the Community*, 14(2), 136-146. doi:10. 1111/j1365-2524.2006.00603.x

Bowling, A. & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of the dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*,(2),55-81. doi 10. 1023/A: 1011564713657.

Bradshaw, S.A., Playford, E.D. & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41(4),429-440. doi: 10. 1093/ageing/afs069.

Brown, J., Bowling, A. & Flynn, T. (2004). Models of Quality of life: A Taxonomy, overview and Systematic Review of the Literature. EQUAL. Hämtad 16 januari, 2013 från [www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/gol](http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/gol)

Collste, G.(2002). *Inledning till etiken*. Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeförbundet i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Stockholm: Svensksjuksköterskeförbundet.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Ewles, L. & Simnett, I. (2007). *Hälsöarbete*. Poland: Studentlitteratur.

Folkhälsorapport. (2009). Socialstyrelsen. Hämtad 14 december, 2012 från [www.socialstyrelsen.se/publicationer2009/2009-126-71](http://www.socialstyrelsen.se/publicationer2009/2009-126-71)

Fors, F. (2012). *Nya mått på välfärd och livskvalitet i samhället* (Underlagsrapport nr.4 till Framtidskommissionen). Stockholm: Elanders Sverige AB Hämtad den 18 januari, 2014 från <http://mb.cision.com/Main/2414/9349714/77355.pdf>

Grimby, A. (2001). Livskvalitet på gamla dar. I A.Grimby & G.Grimby (Red.), *Åldrandets Villkor* (s.117-128). Lund: Studentlitteratur.

Hagberg, M., Hagberg, B. & Saveman, B.-I. (2002). The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people. *Aging & Mental Health*, 6 (2), 178-185. doi: 10.1080/13607860220126754.

Hagberg, B. (2000). Det goda åldrandet. I O. Dehlin, B. Hagberg, Å. Rundgren, G. Samuelsson & B. Sjöbeck (Red.), *Gerontologi* (s.226-246). Falköping: Natur och Kultur.

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Kristoffersen, J. (1998). Olika syn och perspektiv på hälsa och sjukdom. I J. Kristoffersen (Red.), *Allmän Omvårdnad* (s.21-81). Stockholm: Liber.



Keller, S.D., Ware, J., Bentler, P.M., Aaronson, N.K., Alonso, J., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M. & Gandek, B. (1998). Use of Structural Equation Modeling to Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 1179-1188.

Hämtad 10 december, 2012 från [www.sciencedirect.com/ludwing.lub.lu.se/science/article/pii/S0895435698001103](http://www.sciencedirect.com/ludwing.lub.lu.se/science/article/pii/S0895435698001103)

Melin-Johansson, C. (2010). Kvalificerad vård i hemmet. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (s.133-138). Studentlitteratur: Lund.

Nakrem, S., Guttormsen Vinsnes, A. & Seim, A. (2011). Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2001), 1357-1366. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.012.

Nilsson, A. (2001). *Omvårdnadskompetens inom hemsjukvården - en deskriptiv studie*. Göteborg: ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS.

Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa; Teori och Kritik* (2. uppl.), Linköpings universitet, Institution för hälsa och samhälle. Hämtad 30 september, 2013 från <http://www.liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:17087/fulltext01.pdf>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Kvalitativa och Kvantitativa perspektiv. Forskningsprocessen* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Pettersson, I.-M., Roth-Möller, H. & Thylen-Nordström, G. (1989). Florence Nightingales liv, hennes teori för omvårdnad samt praktisk tillämplig av teorin. I R. Wendt (Red.). *Florence Nightingale FoU rapport 31 Anteckningar om sjukvård...ur vårt tidsperspektiv* (ny uppl., med tillägg). Skellefteå: Artemis.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 10 januari, 2013 [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskförfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 10 oktober, 2013, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)

Smirthwaite, G. (2007). *Ojämsställdhet i hälsa och vård - en genus medicinsk kunskapsöversikt*. Sverige kommuner och Landsting: EO Grafiska.

Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 15 december, 2012. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-5>

SOSFS 1995:5. *Socialstyrelsens allmänna råd om kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svedberg, L. (2003). *Gruppsykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Sullivan, M., Karlsson, J. & Taft, C. (2002). *SF-36 Hälsoenkät svensk manual och tolkningsguide* (2.uppl.). Göteborg: Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Sullivan, M., Karlsson, J. & Ware JR, J.E. (1995). The Swedish SF-36 Health Survey-I. evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general population in Sweden. *Soc. Sci. Med*, 41(10),1349-1358, doi:10.1016/0277-9536(95)00125-Q

Statistiska centralbyrån. (2013). *Sveriges befolkning efter kön och ålder december 2012*. Hämtad 11 december, 2013 från <http://www.scb.se/sv /Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/ 25788/25795/ Helarsstatistik--Riket/262459/>

Sveriges kommuner och lansting. (2012). *Seniorbostäder, 55+, 65+ bostäder-kommunkartläggning år 2011*. Hämtad 16 december, 2012 från [http://www.skl.se/vi arbetar\\_med/socialomsorgochstod/publikationer/seniorbostader-2011](http://www.skl.se/vi arbetar_med/socialomsorgochstod/publikationer/seniorbostader-2011)

Sveriges regering. (2010). *Prestationsaserat stadsbidrag till insatser för äldre- en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting*. Hämtad 20 september, 2013 från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/139090>

Ware, J.E. & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*, 51 (11),903-912. doi:10.1016/S0895-4356(98)00.081-X

Westlund, P. (2005). Meningsfullhet och överlevnad. I P. Westund och A. Sjöberg (Red.), *Antonovsky inte Maslow - för en salutogen omsorg och vård* (s.37-62). Solna: Fortbildningsförlaget.

WMA. (2008). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 10 oktober, 2013, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Öresland, S. (2010). Sjuksköterskor går på visit- aspekter på hembesök, etik och genus. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (s.37-51). Lund: Studentlitteratur.

# Hej !

Bilaga 1(1)

**Vi heter Sanda och Ruth och arbetar idag som sjuksköterskor inom Hemsjukvården och vi läser just nu vidare till distriktssköterskor. Vi vore tacksamma om ni svarar på hälsoenkäten och nedanstående frågor inom en vecka.**

**Svaret lämnas i receptionen.**

**Resultaten kommer att presenteras under hösten 2013.**

## **FRÅGOR ANGÅENDE KONTAKTEN MED VÅRDEN**

Har ni hemtjänst?

Ja      Nej

Om ja, Hur ofta ?

Dagligen      2-3 ggr/veckan      Några ggr per månad

Känner ni er tryggare hemma med hemtjänst?

Ja      Nej

Har ni kontakt med hemsjukvården?

Ja      Nej

Om ja , Hur ofta ?

Dagligen      Varje veckan      Varje månad      Mer sällan

Känner ni er trygga med i kontakten med hemsjukvården?

Ja      Nej

Har ni kontakt med distriktssköterska på er vårdcentralen ?

Ja      Nej

Om ja på föregående fråga:

Varje vecka      Varje månad      Mer sällan

Känner ni er trygga med kontakten på er vårdcentral ?

Ja      Nej

