

”Vi kan inte göra mer än vad som står i pappret”

- En kvalitativ studie kring undersköterskors syn på den psykiska hälsan bland äldre i hemvården.

Av Jonna Nordkvist och Linnéa Lohr

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)
Ht 2014



Handledare: Karin Kullberg

Abstract

Authors: Jonna Nordkvist och Linnéa Lohr

Title: "We can not do more than what is in the paper" - A study in home care on staff nurses' views on mental health among the elderly.

Supervisor: Karin Kullberg

Examiner: Anna Rypi

The aim of this study was to examine how home care, based on staff nurses perspectives satisfy the needs of older people in relation to what is described in the legal text for elderly, for them to lead a life of dignity and well-being. The questions we wanted to answer were, how do the staff nurses talk about the elderly's psychosocial well being; how do the nurses work with the elderly's psychosocial well being and how do the nurses reason about the addition of a counsellor profession in the homecare team.

This study shows that it's common for elderly people to suffer from mental illness such as anxiety and depression. Statistics also indicate that the mental illness among older people is increasing while the population is getting older. Today's home care consists of a mobile team who performs nursing interventions in the home of the old people. The professions in today's homecare team are working with the physical and medical care of the elderly. We asked ourselves, is anyone working rehabilitative with emotions such as worry, anxiety and fear? If not, how can the criteria on providing the elderly dignity and a sense of well being be fulfilled such as the legal text of elderly provide for.

By conducting this study we discovered that it seems important that the elderly can talk about their psychosocial well being together with someone, but existential and psychosocial issues tend to be neglected in today's homecare. We understand that one reason for this is lack of expertise in the psychosocial field and uncertainty among the nurses about how they can and should address these situations. When a staff nurse comes in contact with elderly who are showing symptom of psychosocial illness we understand that the nurse is the one that is contacted for advice. This study shows that it's common that the elderly gets medical treatment instead of being offered another psychosocial treatment. It is important that elderly have the opportunity to feel wellbeing, meaningfulness, dignity and security in agreement with the legal text. This study shows that the addition of a profession focused on the psychosocial field in the homecare team would mean that the elderly's psychosocial well being have opportunity to be satisfied and as a result of that, the legal text could be fulfilled.

Key words: Äldres psykiska hälsa, äldres behov, kurator i hemvården, livsmening hos äldre

Innehållsförteckning

ABSTRACT	2
FÖRORD.....	4
KAPITEL 1. INLEDNING	5
1.1 PROBLEMFÖRMULERING.....	6
1.1.1 SYFTE.....	7
1.1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR.....	7
1.1.3 DEFINITION AV ÄLDRE.....	7
1.2 BAKGRUND OCH AKTUELL LAGSTIFTNING	8
1.2.1 Hemtjänstens historia och utveckling över tid	8
1.2.2 Aktuell lagstiftning	8
KAPITEL 2. TIDIGARE FORSKNING.....	9
2.1 ÖKAT BEHOV AV STÖD FÖR ÄLDRE	9
2.2 VIKTEN AV TRYGGHET OCH LIVSMENING	10
2.3 ÖKAD MEDICINERING HOS ÄLDRE	11
2.4 UNDERBEHANDLING AV DEPRESSION OCH ÅNGEST	11
2.5 ÅNGESTSJUKDOM VANLIGT HOS ÄLDRE.....	11
2.6 SAMTAL SOM EN INTERVENTION I ÄLDREOMSORGEN	12
KAPITEL 3. METOD.....	13
3.1 VAL AV METOD.....	13
3.2 URVAL	13
3.4 BEARBETNING.....	15
3.5 METODENS BRISTER.....	15
3.6 METODENS TILLFÖRLITLIGHET	16
3.7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	16
3.8 ARBETSFÖRDELNING.....	17
KAPITEL 4. TEORI	18
4.1 MASLOWS BEHOVSTEORI.....	18
4.2 KASAM – SALUTOGEN TEORI.....	19
4.3 ÅLDERISM	21
KAPITEL 5. RESULTAT OCH ANALYS.....	23
5.1 HUR MÅR DE ÄLDRE?.....	23
5.2 VARFÖR MÅR DE ÄLDRE SOM DE GÖR?	24
5.3 VAD ERBJUDS DE ÄLDRE?.....	28
5.4 VAD SAKNAS OCH VAD BEHÖVER TILLFÖRAS?	32
SAMMANFATTNING AV ANALYS	34
SLUTDISKUSSION.....	35
REFERENSER.....	37
BILAGOR.....	39
BILAGA 1	39
BILAGA 2	40

Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till de undersköterskor som avsatt tid för oss, utan er hade vår studie inte kunnat genomföras. Vi vill också tacka vår handledare Karin Kullberg för vägledning och stöd genom vårt uppsatsskrivande.

Jonna Nordkvist och Linnéa Lohr

Kapitel 1. Inledning

Biståndsbedömningen markerade en vändpunkt i livet mot minskad autonomi och social tillhörighet samt innebar en påminnelse om att livet började ta slut.

Resultaten tyder på att biståndsbedömarna bör vara förberedda på att de äldres behov inte enbart är de praktiska/instrumentella utan att andra existentiella och psykologiska aspekter kan vara de mest problematiska (Janlöv, 2006:82).

Ovanstående urklipp skildrar en del av de resultat som Janlövs (2006) studie visar gällande biståndshandläggarnas behovsbedömning för äldre. Hon menar att behovsbedömningen har tendens att främst lägga fokus på individens nuvarande hälsotillstånd samt de fysiska behoven. De psykiska, existentiella, sociala och medicinska behoven riskerar således att försummas. Janlöv anser följaktligen att behovsbedömningsprocessen bör ses över för att främja känslan av sammanhang och delaktighet för de äldre (ibid).

Enligt Hedberg (2010) kan bristande känsla av livsmening vara en bakomliggande orsak till psykisk ohälsa. Hon menar att livsmening behöver ses ur ett samhälls- och hälso/sjukvårdsperspektiv för att förhindra utvecklingen av psykisk ohälsa bland äldre (ibid). På liknande sätt redogör Boström (2014) för begreppet otrygghet och menar att det kan vara en bakomliggande orsak till den psykiska ohälsan bland äldre. Boström beskriver att de äldre uppfattar trygghet som så meningsfullt att en del av dem kan tänka sig offra av sin integritet och självständighet, för att förstärka trygghetskänslan. Personalen tas upp som en viktig resurs för att få de äldre att känna sig behövda samt öka deras känsla av meningsfullhet och trygghet (ibid).

Intresset för att uppsatsens fokus skulle rikta sig mot äldres psykosociala välmående har sedan en tid växt fram hos oss då vi båda arbetat och praktiserat inom hemvården. Under vår tid i hemvårdsverksamheten har vi fått möta många äldre som vi uppfattat visat tecken på nedstämdhet. Oro, ängslan och ångest var känslor vi regelbundet kom i kontakt med hos de äldre. Detta har medfört många reflektioner om varför det inte finns insatser i form av stödsamtal eller andra behandlande samtal inom hemvården. Utifrån egna erfarenheter har vi kunnat se hur noga det var att insatserna utfördes enligt genomförandeplanen. Många talade om ”den skäligena levnadsnivån” i enighet med socialtjänstlagen (se vidare ”aktuell lagstiftning”). Personalen skulle varken göra mer eller mindre än vad som stod i arbetsbeskrivningen. Vi upplevde däremot att det saknades insatser som lade fokus på de äldres psykosociala välmående. Långa diskussioner har förts oss emellan om varför hemvårdsinsatserna enbart

fokuserar på den fysiska omvårdnaden och varför det inte finns en profession vars syfte är att arbeta med det psykosociala välmåendet hos de äldre.

1.1 Problemformulering

Äldre med psykisk sjukdom har dålig prognos och ökad risk att insjukna i somatiska sjukdomar. De flesta psykiska sjukdomar hos äldre är behandlingsbara men kan kräva stor kunskap om så väl sjukdomar som behandlingsstrategier (Karlsson & Skoog, 2013:1).

Ovanstående citat är hämtat från Läkartidningen och problematiserar den ökade psykiska ohälsan bland äldre. Karlsson och Skoog (2013) tar upp depression som den vanligast förekommande sjukdomen hos personer över 65 år. Vidare menar författarna att det finns behov av ökad kunskap bland samtliga yrkesgrupper som arbetar med äldre inom människobehandlande organisationer. Karlsson och Skoog klargör att behandling av depression kan vara avgörande för de äldres liv samt minska behovet av institutionsplacering. Behandling av depression kan således förstås förebygga och minska de somatiska sjukdomar som uppkommer till följd av den psykiska ohälsan (ibid). Utifrån Karlsson och Skoogs resonemang gällande existensen och ökningen av psykisk ohälsa bland dagens äldre, ställer vi oss frågande om de äldre inom hemvården upplever välbefinnande i enighet med 5 kap 4 § SoL (se vidare ”aktuell lagstiftning”).

I vår sökning efter statistik hänvisade Statistiska centralbyrån (SCB) oss till rapporten “Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa”, framtagen av Socialstyrelsen (2013). I rapporten beskrivs psykisk ohälsa som ett vanligt och växande problem bland äldre människor. Vid 75 års ålder menar Socialstyrelsen att 15-25 procent beräknas lida av psykisk ohälsa. Socialstyrelsen (2013) beskriver vidare att SCB uppskattar att antalet äldre kommer öka till 23 procent av befolkningen år 2035, vilket innebär att 0.8 miljoner människor kommer vara över 80 år. Ökningen av äldre i samhället i kombination med att många äldre mår psykiskt dåligt, medför att hemvårdens personal i allt större utsträckning kommer få en närmre kontakt med psykisk ohälsa bland äldre (ibid).

Enligt Socialstyrelsen (2008:25-26) är en form av bistånd som anges i 4 kap 1 § SoL vård som ges i det egna hemmet (hemvård/hemtjänst) som också denna studie inriktar sig på. Hemvården är ett mobilt team bestående av sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster samt undersköterskor. Enligt Nordström (2000:26) har hemvårdsteamet följande uppgifter:

Verksamhetens huvudsakliga uppgift är att tillhandahålla, organisera och praktiskt utföra den hjälp och det stöd

människor behöver, när de av olika anledningar inte klarar sina vardagliga sysslor själva (Nordström, 2000:26).

Det mobila teamet utför vårdinsatserna hemma hos den äldre. Professionerna arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar med det fysiska välmåendet och tar fram hjälpmedel till den enskilde, medan professionen sjuksköterskan arbetar med det medicinska välmåendet. Dessa professioner arbetar således främst med den medicinska och fysiska omvårdnaden av de äldre. Undersköterskan är den profession som ofta har daglig kontakt med den äldre och arbetar utifrån SoL-insatser samt delegerade HSL-insatser (Nordström, 2000). En SoL-insats kan exempelvis vara att hjälpa den äldre med bädd, disk och hygien. HSL är en förkortning av Hälso- och sjukvårdslagen och en sådan insats kan innebära att dela ut medicin.

Vi ställer oss frågan om vem som arbetar rehabiliterande med de äldres känslor så som oro, ångest och ångslan? Om det inte finns en sådan profession, hur uppfylls då kriterierna kring att ge den äldre ett värdigt liv och den känsla av välbefinnande som nämns i 5 kap 4 § SoL? Är den fysiska omvårdnaden prioriterad före det psykiska välmåendet? Finns det kunskap i hemvårdsteamet för att bemöta det sistnämnda? Frågan är dessutom om hemvården är redo att möta och bemöta en ökning av psykisk ohälsa bland äldre som Socialstyrelsens (2013) statistik beskriver.

1.1.1 Syfte

Syftet med vår uppsats är att undersöka hur hemvården utifrån undersköterskors perspektiv tillgodoser de äldres behov, i relation till lagtext om äldres rätt till ett värdigt liv och känsla av välbefinnande.

1.1.2 Frågeställningar

- Hur beskriver undersköterskorna de äldres psykosociala hälsa?
- Hur arbetar undersköterskorna med de äldres psykosociala hälsa?
- Hur resonerar undersköterskorna kring tillförandet av en kuratorsprofession i hemvårdsteamet?

1.1.3 Definition av äldre

När vi i vår uppsats talar om äldre menar vi personer från 65 år och äldre som blivit beviljade insatsen hemvård.

1.2 Bakgrund och aktuell lagstiftning

1.2.1 Hemtjänstens historia och utveckling över tid

Enligt Nordström (2000:11-14) växte omsorgen om äldre fram under mitten av 1900-talet. Innan dess hade kyrkan haft stor inverkan tillsammans med tanken om "den barmhärtiga gärningen". Äldre som var i behov av hjälp och stöd placerades på institutionsboende som en del av fattigvården. I slutet av 1950-talet utvecklades lagen om äldre och medförde att äldre mer och mer sågs utifrån deras individuella behov. Det tillkom även professioner som socionom och psykolog, vilket innebar att definitioner av mänskliga behov utvecklades. År 1967 gjordes en offentlig utredning med syftet att varje kommun skulle söka fördjupad kunskap om äldres behov. Författaren menar att hemvården växte fram som ett komplement till institutionsvården. Vidare menar hon att det började med verksamheter som skapades av Röda korset och därefter skedde utvecklingen snabbt. År 1957 hade 666 kommuner av 1036 någon form av hemvård. År 1960 stod endast 26 kommuner utan hemvård (ibid).

1.2.2 Aktuell lagstiftning

Nedan presenteras relevant lagstiftning som vi använder oss av i vår studie.

4 kap 1 § SoL- Skälig levnadsnivå

Enligt 4 kap 1 § SoL har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat vis rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning samt livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en *skälig levnadsnivå*. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv (Lag 2010:52).

Med hänvisning till Regeringens proposition *värdigt liv i äldreomsorgen*, bestäms *skälig levnadsnivå* utifrån särskilda omständigheter i det enskilda fallet. Propositionen beskriver att insatserna inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och att den äldre ska få ett gott bemötande (Proposition, 2009/2010:116). Det framkommer således inte en konkret beskrivning av vad *skälig levnadsnivå* innebär, utan begreppet framställs som en tolkningsfråga för professionella som kommer i kontakt med den äldre.

5 kap 4 § SoL - Äldres välbefinnande

Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Lag (2010:427).

Kapitel 2. Tidigare forskning

För att få en relevant kunskapsorientering kring tidigare forskning har vi valt att använda oss av tvärvetenskaplig forskning. Vi anser det intressant att titta på hur området kring äldre berörs och diskuteras inom olika professioner och ur ett samhällsperspektiv. När det gäller specifik forskning liknande vår undersökning, har vi varken funnit svenska eller internationella studier där undersköterskornas perspektiv står i fokus. Vi menar att vi inte har hittat forskning kring hur undersköterskor upplever att hemvården tillgodoser de äldres psykosociala behov i förhållande till lagtext. Den forskning som presenteras nedan berör vår studie på olika sätt. Vi har valt att belysa hur de äldre mår idag, för att få en bild av och om det finns behov av stöd inom området. Genom att få en inblick i hur äldre själva ser och uppfattar begreppet trygghet, fick vi även deras perspektiv på vårt forskningsområde och därmed en möjlighet att uppnå djupare förståelse inom området. Slutligen presenteras forskning om de insatser som finns idag för att förebygga och arbeta mot den psykiska ohälsan bland äldre. Samtliga forskningsresultat kan vara intressanta för oss att knyta an till i kommande analyskapitel.

2.1 Ökat behov av stöd för äldre

Nyligen rapporterades att nästan en tredjedel av icke-dementa 95-åringar uppfyllde kriterier för en psykisk sjukdom; 17 procent led av depression, 9 procent av ångesttillstånd och 7 procent av psykotisk sjukdom (Karlsson & Skoog, 2013: 1).

Ovanstående citat skildrar vad forskning kring den psykosociala hälsan hos äldre har kommit fram till. Depression är den vanligaste form av psykisk sjukdom hos individer över 65 år och beskrivs som en grundläggande faktor till upplevelser av försämrad livskvalitet (Karlsson & Skoog, 2013). Psykiska sjukdomar som ångest och depression beskrivs som mycket vanliga bland äldre men har trots det fått mindre uppmärksamhet än exempelvis demenssjukdomarna. Karlsson och Skoog menar att depression ofta är en bidragande orsak till ökad självmordsbenägenhet hos äldre och att behandling kan vara avgörande för individens liv. Vidare har behandling av depression visat sig kunna förebygga och minska de somatiska sjukdomar som kan uppkomma till följd av psykisk ohälsa (ibid).

Socialstyrelsen fick år 2008 i uppdrag av Regeringen att i samråd med Sveriges kommuner och landsting (SKL) ta fram en kartläggning av hemsjukvården och dess omfattning. Resultatet av kartläggningen visade att många äldre har omfattande vårdbehov och att det är av stor vikt att deras behov ses utifrån ett holistiskt, det vill säga helhetsperspektiv, vilket också Janlöv (2006:83) betonar i hennes studie. Äldre individer är oftast i behov av både socialtjänst- hälso- och sjukvårdsinsatser, vilket

förutsätter en samverkan mellan vårdkedjorna, vilket Socialstyrelsen (2008:117-118) menar är otillräcklig idag. Janlöv (2006:81-86) problematiserar huruvida de äldre har möjlighet att påverka behovsbedömningsprocessen, vilket visat sig vara svårt till följd av att den äldre känner orkeslöshet eller lider av psykisk ohälsa. När äldre blir beroende av insatser i det egna hemmet upplever de ofta svårigheter med att hantera den nya situationen. Således menar Janlöv att relationen med vårdpersonalen är av stor vikt, för att den äldre ska känna välbefinnande i den nya situationen (ibid). Studiens resultat visar att många äldre upplever brist på sammanhang i livet och att nedräkningen börjat (Janlöv, 2006:81). I studien nämns nedstämdhet och sorg som vanligt förekommande känslor hos de äldre när de inte längre klarar sig själva. Studiens resultat visar att de äldres behov behöver ses som mer än praktiska sådana. Med det menar Janlöv att det är av stor vikt att biståndshandläggaren intar ett holistiskt perspektiv (jfr Socialstyrelsen, 2008) vid bedömningen av den äldres behov och att existentiella och psykologiska behov tas med som en naturlig del i biståndsbedömningen. Janlöv (2006:81-86) betonar slutligen vikten av att biståndsbedömningen görs begriplig för den äldre och att den enskilde får möjlighet att delta aktivt i processen, vilket kan leda till en stärkt känsla av sammanhang (ibid).

2.2 Vikten av trygghet och livsmening

För att kunna stärka äldre människors trygghet menar Boström (2014:4) att de äldre måste få utrymme inom vården för att själva kunna beskriva vad de anser att trygghet är i den unika situationen. Forskning kring äldres uppfattningar om begreppet trygghet, har nämligen visat att det anses vara så viktigt för de äldre, att de är beredda att offra av sin frihet, integritet och självständighet för att uppnå en stark känsla av trygghet (Boström, 2014). Vidare framkom det att känslor av oro, otrygghet och rädsla drabbade de äldre extra mycket under nätterna. De äldre uttryckte även en saknad av att få prata om ”upplevd sorg efter makens död eller att få mildra ensamheten genom att ha en vän att prata med” (Boström, 2014:48). Vikten av att få beskriva sin livssituation ansågs som betydelsefull för att uppnå en förstärkt känsla av trygghet (Boström, 2014:58).

Forskning kring livsmening hos äldre visar att kvinnor uppskattar livsmening i mindre grad än män (Hedberg, 2010). Kvinnorna i studien visade sig samtidigt vara mer positiva till att åldras och beskrev sociala relationer samt kontakt med ett andligt plan som avgörande för att kunna uppnå livsmening. Män såg ofta på begreppet livsmening i relation till arbete och tidigare minnen i livet. Hedbergs studie visar följaktligen att känslan av livsmening inte nödvändigtvis skyddar de äldre mot att drabbas av depression. Hon menar däremot att förlust av livsmening ökar risken att drabbas av psykisk ohälsa. För att motverka den negativa utvecklingen av psykisk ohälsa bland äldre menar Hedberg att livsmening måste ses utifrån såväl samhälls- som sjukvårdsperspektiv (ibid).

2.3 Ökad medicinering hos äldre

Kragh (2004:994) har forskat kring föreskrivningen av läkemedel på 21 äldreboenden i nordöstra Skåne. I studien deltog totalt 762 personer. Studien visar att två tredjedelar av vårdtagarna fått ordinerat tio eller fler läkemedelssubstanser, varav hälften av dessa var lugnande medel som sömn- och antidepressiva sådana. En tredjedel av vårdtagarna ordinerades regelbundet tre eller fler psykofarmaka. 52 procent av studieobjekten medicinerades och behandlades mot depression, 53 procent tog lugnande medicin och 48 procent ordinerades sömnmedel. Andelen äldre som regelbundet medicinerades med tre eller fler olika psykofarmakasubstanser var 33 procent. Kragh menar att användningen av psykofarmaka har ökat bland äldre och ofta skrivs ut som ”vid behov medicin”. Vidare anser Kragh att det är viktigt att vara uppmärksam att inte läkemedlen ersätter bristande resurser inom äldreomsorgen som personal och utbildning. Användning av medicinering för oro och- eller sömnproblem visade sig även ha biverkningar som dagtrötthet, ökad risk för fall och nedsatta kognitiva funktioner som följd (ibid).

2.4 Underbehandling av depression och ångest

Karlsson (2001) har forskat kring den psykiska ohälsan bland äldre och menar att det finns en allvarlig underbehandling av den. Forskningen visar att antidepressiva preparat är mest använt bland äldre mellan 75-80 år. Karlsson menar även att sambandet mellan depression och suicid är tydligt hos äldre personer. Hög ålder är således en av de bakomliggande riskfaktorerna för suicid. Det framkommer i artikeln att 70 procent av alla suicidfall bland äldre grundar sig i depression. Karlsson tar upp vikten av att äldre får tillgång till stödterapi och problematiserar att de depressiva symptomen ofta misstolkas som normala ålderstecken. Vidare tas de anhöriga upp som en viktig resurs, för att hjälpa och stödja den äldre i sitt åldrande. Trots detta menar Karlsson att socialtjänsten och primärvården har ett stort ansvar (ibid).

2.5 Ångestsjukdom vanligt hos äldre

I sökningen efter internationella studier som berör forskningsfrågor likt våra fann vi artikeln ”Anxiety disorders in later life” (Deeg et al, 1998). Artikeln presenterar en studie utförd under en tio-årsintervall i Amsterdam, bland 462 personer i åldrarna 55-85 år. Syftet med studien var att undersöka förekomsten av samt riskfaktorer för olika ångestsjukdomar. Studiedeltagarna delades in i olika åldersintervaller, nämligen (1) 55-64, (2) 65-74 och (3) 75-85 år. Studiens resultat visade att ångestsjukdom var vanligt förekommande. Så många som 17,1 procent av studiedeltagarna uppvisade någon form av ångestsjukdom. Studien visade däremot inget signifikant samband mellan ångestsjukdom i förhållande till vilken åldersgrupp personen tillhörde. Vidare problematiseras det faktum att så många som 86 procent av äldre personer lider av någon form av fysisk problematik, vilket ofta står i samband med ångestsjukdom (ibid).

Vid undersökningen av vilka faktorer som kunde tänkas påverka risken att drabbas av ångestsjukdom, kom forskarna fram till att *förlust av livskamrat* förekom i hög utsträckning (Deeg et al, 1998). En annan gemensam riskfaktor för samtliga åldersintervaller, var att förlora delar av sin rörelsefrihet och således bli begränsad i det vardagliga livet. Social isolering samt medvetenheten om att döden närmar sig, visade sig även vara två påverkande aspekter. Deeg et al (1998) menar likt Hedbergs (2010) studie visar, att *tidigare familjebakgrund* hade en högre påverkande effekt hos männen än kvinnorna. Hos kvinnorna däremot visade sig *bristen på socialt stöd* vara den största riskfaktorn för att drabbas av ångestsjukdom (ibid).

2.6 Samtal som en intervention i äldreomsorgen

Grimby (1999) utförde ett interventionsprojekt bland efterlevande i Göteborg då hon särskilt intresserade sig för sorg som uppstår hos äldre efter livspartners bortgång. Det visade sig att studiedeltagarna upplevde svårigheter med att hantera negativa livshändelser som detta. Särskild vikt lade Grimby vid det första året efter bortgången. Studiens resultat visade att ensamhet, nedstämdhet, gråt och ångslan var vanligt förekommande känslor efter att ha förlorat maken/makan. Studiedeltagarnas främsta stöd var barn eller vänner, men en av fem uppgav att de inte erbjudits eller fått tillräckligt med stöd under det första sorgeåret. Grimby såg bland annat att erbjudande av stöd vid sorg bemöttes med positiva reaktioner hos de äldre och menar att tidigt insatta stödinsatser i form av samtal skulle kunna bespara onödigt lidande hos den äldre. Forskaren menar att, om de äldre får upplevda känslor bekräftade som naturliga i en sådan situation, kan det lugna och vara avgörande för individens psykiska mående. Tidigt insatta stödsamtal och rådgivning skulle enligt Grimby därmed kunna bespara både oro och lidande (ibid).

Kapitel 3. Metod

3.1 Val av metod

Vår empiri är hämtad från undersköterskornas uppfattningar. Därför är det relevant för oss att reflektera över Ahrne och Svenssons (2013: 22-23) resonemang kring att tolka andras upplevelser. Författarna menar att andras uppfattningar är något vi forskare aldrig kan vara säkra på att vi förstår men vi kan uppfatta olika uttryck för upplevelser. Ett sätt att förstå en persons upplevelser är genom språkliga redogörelser. Forskaren måste då vara medveten om att hen förutsätter att vi människor genom samtal kan beskriva våra inre upplevelser verbalt (ibid).

Ahrne och Svensson (2013:23) belyser att olika metoder producerar olika typer av data och att forskaren därmed måste avgöra vilken typ av data som är relevant i förhållandet till forskningens frågeställningar och syfte. Den kvalitativa forskningsmetoden studerar oftast en liten grupp individer och strävar till skillnad från den kvantitativa forskningsmetoden mot ett djup och inte en bredd i det slutgiltiga resultatet (Bryman, 2011:355). Det är inte möjligt att dra några generella slutsatser om ett fenomen inom kvalitativ metod, utan fokus ligger istället på att sociala fenomen måste tolkas och förstås utifrån sammanhanget det studeras i (ibid).

Eftersom vi ville veta hur personer som dagligen kommer i kontakt med äldre människor, uppfattar de äldre har vi valt att använda oss av kvalitativ intervju som metod. För att vi skulle ha möjlighet att vara flexibla under intervjuprocessen valde vi att nyttja vad Bryman (2011:415) beskriver semistrukturerade intervjuer. Det innebär att vi förberett en intervju med specifika teman som utgångspunkt (se bilaga 1). Vi hade där med möjlighet att ställa öppna frågor till respondenterna samt följdfrågor inom de teman vi ansåg vara intressanta och relevanta för vår studie (ibid). Bryman (2011:425) förklarar att det kan underlätta för respondenterna att uttrycka och koppla sina åsikter till konkreta fall. Vi skapade därför en vinjett kring en äldre individ, för att få en samlad förståelse om hur personalen resonerade och reflekterade kring ett unikt fall (se vinjett i bilaga 2).

3.2 Urval

Ahrne och Svensson (2013:24) menar att det kan vara intressant att studera flera miljöer i en forskningsstudie, då det kan utgöra en möjlighet att jämföra eventuella likheter/skillnader mellan dem (ibid). I enighet med författarnas resonemang valde vi att studera och jämföra tre jämnstora politiskt styrda kommuner där vi intervjuade två personer från varje kommun. Anledningen till att vi inte valde mer än två personer från varje kommun var att vi förstod att det skulle vara tidskrävande för

verksamheterna att låta sina medarbetare bli intervjuade.

Valet av vilka personer inom verksamheterna vi skulle intervjuar var inte helt självklart. Först tänkte vi att det kunde vara intressant att intervjuar samtliga professioner i teamet, (undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska) för att få olika perspektiv på de äldres psykosociala välmående. Vi insåg däremot att vi då skulle behöva utföra fyra olika intervjuguider, sammanställa och koda materialet även inom olika professioner, för att sedan jämföra och dra slutsatser i vår analys. Eftersom vår studie är tidsbegränsad insåg vi att tiden inte skulle räcka till, då vi i enighet med den kvalitativa metoden eftersträvar djup i våra intervjuer snarare än en bredd. Genom att låta undersköterskorna förmedla sina upplevelser och tolkningar ansåg vi att vi fick ett så kallat ”från golvet perspektiv” där vår empiri grundade sig i dagliga vardagsinsatser.

De personer som har blivit intervjuade i vår studie är alla utbildade till undersköterskor. De har fyra-23 års arbetslivserfarenhet inom hemvården. De flesta av dem har även innan utbildningen arbetat inom äldreomsorgen och någon har arbetat som läkare i ett annat land.

3.3 Tillvägagångssätt

Vi inledde med att kontakta respektive kommuns kundtjänst som gav oss kontaktuppgifter till enhetschefer inom kommunerna. Det var svårt att få tag på cheferna via telefon och en del tackade nej på grund av tidsbrist. De övriga enhetscheferna vi kommit i kontakt med bad att få återkomma efter att de tagit del av vårt informationsbrev via mail. I samband med att vi kontaktade de olika kommunerna förstod vi att det var tidskrävande för verksamheterna att avsätta tid för oss, därför hade vi inte möjlighet att själva slumpmässigt välja ut respondenterna som Ahrne & Svensson (2013:42) menar är fördelaktigt för en studie. Respondenterna valdes istället ut av enhetschefer, samordnare eller gruppleddare. För att vi skulle få insikt i hur urvalet av deltagarna gått till frågade vi respondenterna om detta vid intervjutillfället. Vi uppfattade det som att de blev utvalda av olika anledningar, de var nämligen utbildade undersköterskor och hade möjlighet att avsätta tid för en intervju. Två undersköterskor från olika kommuner blev slumpmässigt utvalda när vi var på plats och blev utvalda på grund av att de hade en fri tid i schemat. Slutligen, efter avtalade bokningar, avbokningar och flexibilitet från vår sida fick vi träffa två undersköterskor i respektive kommun. Intervjuerna hölls i ett enskilt rum på respektive undersköterskas arbetsplats. Varje intervju tog ungefär 45 minuter och vi tillbringade totalt cirka fem timmar fördelat över de tre verksamheterna.

Likt vad Bryman (2011:420) menar är fördelaktigt vid intervjuer, spelade vi in respondenternas utsagor på band. Detta gjorde det lättare för oss att fånga respondenternas utsagor utifrån deras egna ord. Under

intervjuerna följde vi Brymans resonemang om att vi som intervjuare skulle vara lyhörda inför respondenternas svar, för att fånga intressanta tankar som vi sedan hade möjlighet att ställa följdfrågor på (ibid). Vi inledde varje intervju med att presentera oss själva, åter igen informera om studiens syfte samt att vi var väldigt tacksamma för deras medverkan. Vi använde oss av ett vardagligt språk under intervjuerna och om vi uppfattade att en fråga kändes oklar för respondenterna, formulerade vi om den på nytt, för att vi skulle vara säkra på att respondenterna förstod den rätt. För att bekräfta om vi förstod respondenterna rätt vid en fråga, återkopplade vi till respondenterna för att få deras utsagor bekräftade.

3.4 Bearbetning

När vi utfört alla sex intervjuer var det dags att sammanställa materialet. Eftersom vi inte fört anteckningar på respondenternas utsagor, utan spelat in respektive respondents utsaga, följde ett tidskrävande transkriberingsarbete. Det är under transkriberingen Ahrne och Svensson (2013:54) menar att forskaren "lär känna" sitt material och får idéer om hur materialen sedan kan kodas. I enighet med Ahrne och Svensson fick vi tankar om hur vi kunde dela upp empirin inom olika teman inför vår analys.

Enligt Jönson (2010:56-58) innebär kodning att forskarna strukturerar och delar in materialet i kategorier, mönster och begrepp inför kommande analys. När vi kodade vårt material markerade vi respondenternas utsagor med olika markeringsfärger och fördelade ut dem under olika rubriker som representerade olika teman. Jönson menar att det är fördelaktigt att sortera in empirin efter olika teman, då inte någon intervju ska riskera att utelämnas. Varje tema bildar på det sättet en helhetsbild av respondenternas utsagor (ibid).

3.5 Metodens brister

I det här avsnittet kommer vi presentera fyra aspekter som kan ses som brister i vår studie, som vi försökt förhålla oss till under intervjuprocessen. Den kvalitativa forskningsmetoden har bland annat kritiserats för att vara för subjektiv. Kritiken grundar sig i att forskaren själv har möjlighet att vinkla resultatet utifrån det/de perspektiv hen vill belysa (Bryman, 2011:368-369). För att kunna uppnå trovärdighet i studien valde vi att låta respondenterna själva redogöra för vilka ämnesområden de ansåg vara viktiga. En annan aspekt vi varit medvetna om under studien, var svårigheten med att dra generella slutsatser, då vår kvalitativa undersökning använde oss av en liten grupp av den stora populationen. Vi behövde således vara medvetna om att miljön och området vi genomförde studien i, kan ha påverkat vårt slutgiltiga resultat (ibid). En annan aspekt som kan påverka studiens tillförlitlighet är den så kallade "intervjuareffekten". Ahrne och Svensson (2013:21) beskriver intervjuarens möjlighet att påverka utfallet i forskningen genom de frågeformulär, följdfrågor och responser intervjuaren har. Författarna

belyser vikten av att forskaren strävar efter neutralitet och distans för att minska sin egen medverkan i forskningsprocessen (ibid). Vi har därför reflekterat över vår position som intervjuare och försökt vara neutrala genom samtliga intervjuer.

Vidare menar Bryman (2011:229) att en intervjudeltagare kan ha en benägenhet att skapa en positiv bild av sin verksamhet och av sig själva i intervjuarnas närvaro. Även den här aspekten har vi reflekterat över under vår intervjuprocess och kommit fram till att två respondenter i början av intervjun tog till denna metod. I efterhand insåg vi däremot att då vi efterfrågade mer personliga upplevelser och tankar dess mer förändrades denna aspekt hos respondenterna, och istället kom de med mer trovärdiga och utvecklade svar.

3.6 Metodens tillförlitlighet

Det är viktigt för oss att vår studie har en hög tillförlitlighet, Bryman (2011:355) menar att tillförlitligheten kan stärkas genom respondentvalidering. Respondentvalidering beskriver Bryman är när forskaren återkopplar till respondenterna för att vara säker på att hen uppfattat rätt (ibid). På grund av tidsbrist har vi inte möjlighet att hinna skicka ut studien innan den ska bedömas. Under intervjutillfällena var vi däremot noga med att återkoppla löpande till respondenterna för att bekräfta att vi uppfattat respondenternas utsagor på ett korrekt sätt. Respondenterna kommer också att få ta del av studien i efterhand.

Ett annat sätt en forskare kan styrka studiens trovärdighet på menar Ahrne och Svensson (2013:27-28) är triangulering. Inom den kvalitativa forskningen kan triangulering fungera genom att forskaren kombinerar olika metoder, teoretiska perspektiv eller tidigare forskningsresultat för att studera ett och samma fenomen från olika håll. På så vis menar Ahrne och Svensson att forskarens resultat blir en objektiv och sann beskrivning jämfört med om bara en metod använts (ibid). Då vi utfört en tidsbegränsad studie hade vi dessvärre inte möjlighet att använda oss av denna trovärdighetsprövning. Det som varit fördelaktigt för vår trovärdighetsform är att vi spelat in respondenternas utsagor, vilket gör att vi i lugn och ro ordagrant kunnat förmedla respondenternas utsagor i ett dokument. Då vi valt att intervjua sex undersköterskor från tre olika kommuner anser vi därmed att studien kan uppnå en högre trovärdighet än om vi valt att enbart intervjua undersköterskor med samma enhetschef. Sex undersköterskor kan därför ses som tillräckligt för att studien kan anses tillförlitlig.

3.7 Etiska överväganden

Publikationen "Vetenskapsrådets forskningsetiska principer" (2002) tar upp fyra viktiga etiska krav, *informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet*. I enighet med

informationskravet informerade vi respondenterna genom ett informationsbrev om syftet med vår studie samt villkoren för respondenternas medverkan (se bilaga 1). Vid intervjutillfället informerades respondenterna att deras medverkan bygger på frivillighet och att studiens resultat enbart kommer användas i forskningssyfte och i enighet med *nyttjandekravet* inte kan lånas ut eller användas i icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2002:7). I enighet med *konfidentialitetskravet* informerade vi respondenterna angående vår aidentifiering av text, för att undvika att utomstående ska få kännedom om vilka respondenter studien bygger på (Vetenskapsrådet, 2002:12–14). Intervjupersonerna har dessutom blivit tilldelade fiktiva namn (Berit, Margit, Lena, Filippa, Anna, Åsa) i vår studie. Vi informerade även om att det bara är vi intervjuare och vår handledare som kommer att ta del av materialet innan vi kasserar våra dokument.

Gällande *konfidentialitetskravet* reflekterade vi över ett eventuellt etiskt dilemma, nämligen om de chefer, gruppleddare och samordnare som gjort urvalet av undersköterskor på något vis kan urskilja vems utsaga som tillhörde respektive respondent. Då vi har sex olika respondenter från tre olika kommuner ansåg vi det osannolikt. I enighet med samtyckeskravet begärde vi ett muntligt samtycke av alla respondenter, när vi påbörjade intervjuerna (Lag, 2003:460). Vi förtydligade också att samtycket när som helst kan dras tillbaka av respondenterna men att det material som framkommit innan samtycket drogs tillbaka fortfarande får användas i studien (Lag 2003:460). Slutligen informerades intervjupersonerna om att intervjumaterialet kommer förstöras när studien publicerats.

3.8 Arbetsfördelning

Vi valde att skriva kandidatuppsatsen som par, då vi ansåg att det kunde vara fördelaktigt att resonera och reflektera tillsammans med någon i en forskningsstudie. Vi utförde alla intervjuer tillsammans, dock hade en av oss huvudansvaret i varje enskild intervju. Detta för att vi inte skulle missa något av våra teman men också för att vi inte ville att respondenterna skulle tycka det blev otydligt under intervjun. Vidare har vi inte fördelat arbetsuppgifter mellan oss och om det uppstått oklarheter har vi kunnat resonera kring problematiken direkt.

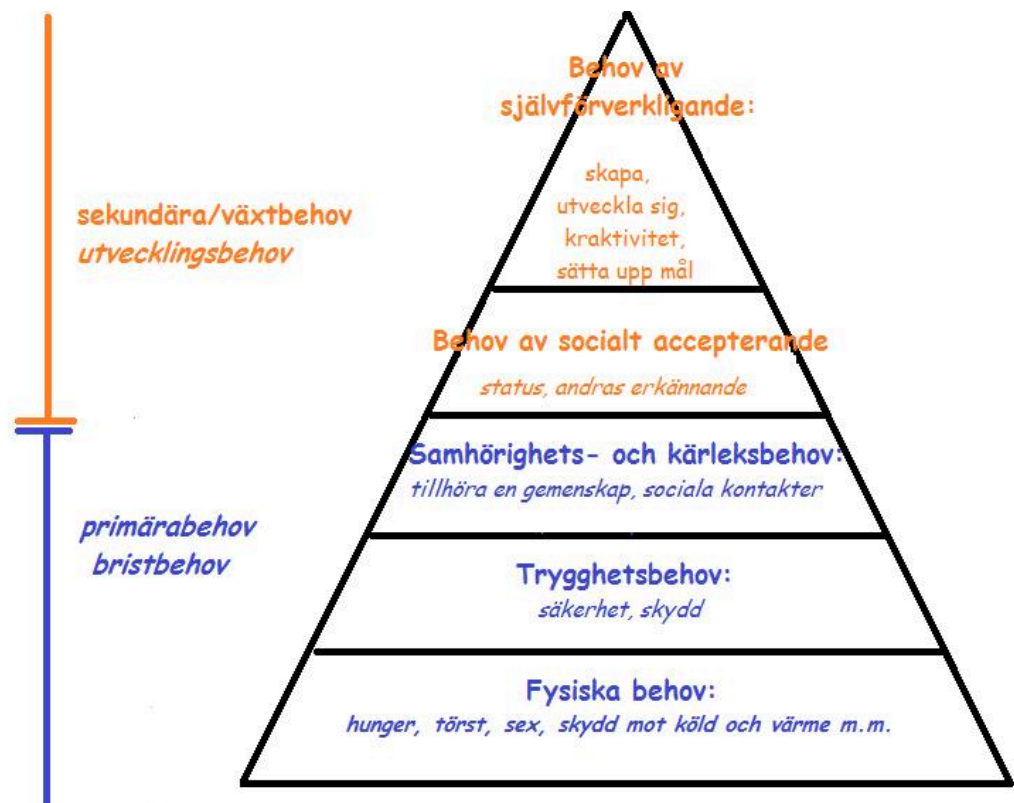
Kapitel 4. Teori

I teorikapitlet beskrivs de teoretiska utgångspunkter som uppsatsens analys baseras på. Vi har utgått från tre teorier: *Maslows behovsteori* (1954), *KASAM - salutogen teori* (Antonovsky 1970) samt *Ålderism* (Andersson, 2008; Jönson, 2002) som vi anser är teorier som kompletterar varandra och kan hjälpa oss att förstå de äldres behov.

4.1 Maslows behovsteori

Maslows behovsteori grundar sig i det humanistiska perspektivet och innebär att människans utveckling påverkas av den närliggande miljön (Karlsson, 2007:109). En av de mest kända psykologerna inom den humanistiska psykologin var Abraham Maslow (1908-1970) som satte grunden till teorin om behovstrappan (även kallad behovshierarkin och behovspyramiden).

Maslow (1999:190-191) menade att människan har olika behov som behöver tillfredsställas för att hen ska kunna utvecklas och känna välbefinnande. Andra forskare har utifrån Maslows idéer tagit fram den så kallade behovspyramiden (se figur 1) där mänskliga behov delas upp i *bristbehov* samt *växtbehov* (Karlsson, 2007:111). *Bristbehoven* är de *primära behov* som individen måste få tillgodosedda för att utvecklas optimalt samt för att känna välbefinnande. Det är först när individen fått de *primära behoven* tillfredsställda hen kan möta de *växande/sekundära behoven* (ibid).



Figur 1.

Bildens tre första trappsteg visar *de primära behoven* som måste uppfyllas för att individen ska utvecklas och för att *de sekundära behoven* ska uppstå. *De sekundära behoven* kan aldrig bli helt tillfredsställda, vilket är unikt för människan och skiljer oss från andra djur. Det faktum att *sekundära behov* aldrig kan tillfredsställas helt, gör att människan alltid strävar efter att utvecklas och uppnå full potential som människa (Maslow, 1999:190-191).

Teorin om behovstrappan kan också ses ur ett utvecklingsperspektiv. Individen utvecklas och tar sig stegvis upp för trappan genom att få behoven tillgodosedda och kan liknas med olika skeenden i livet (Maslow 1999). Maslow (1999:54-64) belyser det lilla barnet som befinner sig på de två nedersta trappstegen som främst uttrycker behov av mat och trygghet och menar att det är först när barnet är moget som hen kan förflytta sig till ett högre trappsteg. Tonåringen befinner sig i mitten av trappan, vilket innebär att sociala behov och en känsla av sammanhang är viktigast under denna period (Karlsson, 2007:112). Den vuxne strävar ofta (sent) i livet efter att uppnå självförverkligande vilket innebär människans strävan att uppnå full potential som också är det sista trappsteget (ibid). Enligt Maslow (1999:190) kan olika skeenden i livet så som sjukdom, olyckor och sorg leda till att individen backar tillbaka några steg. Konsekvensen av att backa tillbaka på behovstrappan kan vara att de primära behoven som trygghet och kärlek blir av större vikt igen. Där av blir de sekundära behoven som kreativitet och självförverkligande mindre viktiga och människans känsla av välbefinnande anses då inte vara helt tillfredsställt (ibid). Maslow (1999:143-145) ansåg att vi bör vara aktsamma vid möten med en individ som befinner sig i en ”jobbig fas i livet” och att inställningen ”det är bara en fas du går igenom, du kommer över det så småningom” kan göra att individen känner sig förolämpad och orättvist bemött (ibid).

Maslow har likt andra teorier fått en del kritik, bland annat för att sakna empiri som stödjer teorin. Vissa menar att människan är mer komplex och att vi har många fler (och mer individuella) behov som spelar en betydande roll för vår utveckling (Karlsson, 2007:112). Vi är medvetna om att teorin kritiserats men anser ändå den vara relevant och användbar för vår studie.

4.2 KASAM – salutogen teori

Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att: (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre

värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar värda investering och engagemang” (Antonovsky, 2011:46).

Begreppet KASAM är synonymt med känsla av sammanhang och grundades av sociologen Aaron Antonovsky (1923-1994) i slutet av 1970-talet. Antonovsky intresserade sig för människans förmåga att hålla sig frisk vid negativa påfrestningar i livet. Salutogen teori försöker således förstå bakomliggande faktorer till att en del människor trots påfrestningar behåller hälsan medan andra blir sjuka (Antonovsky, 2011:9). Antonovsky (2011:58-59) beskriver olika stressorer vilka påverkar individens KASAM. En stressor liknas med ”krav ”och delas av Antonovsky in i (1) kroniska stressorer, (2) livshändelsestressorer samt (3) dagliga förtretligheter. Den kroniska stressorn är permanent och innefattar bland annat individens bakgrund och personlighet vilka kan påverka hur individen ställer sig inför påfrestningar i sitt liv, de är således grunden till individens generella KASAM-nivå. Därefter beskrivs viktiga livshändelser som till exempel en anhörigs bortgång eller att gå i pension. Slutligen handlar de så kallade dagliga förtretligheterna om vardagliga motgångar så som att misslyckas på arbetet eller hamna i konflikt med partnern (ibid).

Nedan förklaras de tre beståndsdelar som Antonovsky anser utgör grunden för en individs KASAM:

Begriplighet, vilket kortfattat kan förstås som människans förståelse och förmåga att värdera och förklara olika företeelser. Begripligheten är av stor vikt och kan liknas med människans kognitiva förmåga. Om människan erhåller en hög grad begriplighet kan hen vid mötet med olika skeenden i livet åtminstone ordna och finna en förklaring till det svåra (Antonovsky, 2011:44).

Hanterbarhet, handlar om människans förmåga att hantera och bemöta olika svårigheter genom egna resurser eller med hjälp och stöd från omgivningen, för att undvika att falla offer av olika situationer. En människa med stark grad av hanterbarhet kan vid svåra skeenden och utmaningar i livet reda ut sin situation istället för att fastna i den (Antonovsky, 2011:45).

Meningsfullhet kan jämföras med människans grad av motivation och i vilken utsträckning livet har en meningsfull innebörd (Antonovsky, 2011:45-46). Antonovsky menar att detta är människans känslomässiga inställning till händelser i livet. Det kan till exempel handla om att människan har något/någon som betyder mycket och anses vara värt att jobba för. En individ som känner låg grad av

meningsfullhet har inte lika lätt att möta svåra situationer eller utmaningar i livet då hen inte anser det vara värt känslomässig investering eller engagemang. Med det sagt behöver det inte betyda att individen inte skulle känna sig ledsen om en närstående dör. Däremot har en person med hög grad av meningsfullhet lättare att finna en mening i vad som hänt och göra det bästa av situationen (ibid).

Antonovsky (2011: 46) betonar att meningsfullheten är den beståndsdel som har störst betydelse för individens hälsa. Han menar att en människa med hög grad av meningsfullhet också känner motivationen att bemöta och hantera sin situation, vilket speglar hur viktigt det är att en människa känner meningsfullhet i livet (ibid). Trots att meningsfullheten enligt Antonovsky (2011:46) är mest avgörande för människans hälsa är de olika komponenterna sammanflätade med varandra. Däremot riskerar individen att förlora både känslan av begriplighet och hanterbarhet om hen inte känner meningsfullhet. Det kan således innebära en stor risk för att människan ska drabbas av ohälsa. Antonovsky menar vidare att en människa med stark KASAM erhåller ett slags inre lugn och ser positivt på att hantera nya situationer utan att låta sin hälsa påverkas negativt. En människa med rigid (även kallad oäkta/falsk) KASAM menar att hen redan vet och förstått helheten av en situation eller händelse vilket innebär att människan redan bestämt sig om hur det är vilket Antonovsky menar kan leda till att människans liv upplevs falla samman. Bland annat menar Antonovsky att *känslan av sammanhang* är svår att bevara i en kaotisk och oförutsägbar värld, alltså om individen har låg grad av begriplighet (ibid).

4.3 Ålderism

Ålderismen innebär kortfattat diskriminering mot äldre i samhället. Ålderism (ageism) som begrepp myntades första gången av Robert Butler 1969 med definitionen: ”en stereotyp åldersuppdelning med påföljande avhumanisering och diskriminering” (Jönsson, 2002:24). Efter Butler har flera forskare vidareutvecklat och diskuterat begreppet. Andersson (2008:54-60) menar att ålderismen behöver ses utifrån ett stigmatiserande perspektiv. Stigmatisering kan liknas med att en grupp individer blir utstötta på grund av en mindre värderad egenskap. Stigmatiseringen mot äldre hänger ofta samman med fysiska, psykiska eller neurologiska förluster och åldrandet blir således ett ”misslyckande”. Vår negativa och föraktfulla inställning till att bli gamla har sina rötter i ”de nyuppväckta drömmarna av ett evigt liv” (Andersson, 2008:60). Andersson hänvisar till andra forskare inom området så som Greenberg, Schimel och Mertens (2004) vilka menade att åldersfördomar beror på människans egen rädsla inför döden. Vissa hävdar att åldrandet upplevs som ett hot mot vår självkänsla, till följd av att självkänslan i vårt samhälle till stor del jämförs med fysiska och utseendemässiga faktorer. Den negativa inställningen till att åldras har således samband med ens egen rädsla inför det. När samhället till stor del är uppbyggt utifrån utseendemässiga faktorer, kan de äldres ”skröplighet” upplevas som ett

hot mot den yngre generationen och att ”deras egna framtida öden i form av minskad skönhet, försämrad hälsa och slutligen död” närmar sig (Andersson, 2008:62).

Andersson (2008:85) beskriver att ”den äldre patienten befinner sig i underläge på flera plan” och nämner sjukvården, arbetslivet och media som några exempel på områden där ålderismen fått fäste. I denna studie fokuserar vi främst mot ålderismen inom hälso- och sjukvården. Inom sjukvården sker ålderism utifrån att det görs en hel del prioriteringar när sjukvården behöver spara resurser. En sådan strategi är att sätta åldersbestämmelser på vissa behandlingsmetoder. Andersson (2008) refererar till Henwood (1993) som kom fram till att det finns särskilda riktlinjer för till exempel screening för bröstcancer som sträcker sig upp till personer som är 69 år fyllda. Är du över 70 år blir du inte längre kallad till mammografiundersökning. Ett annat område där äldre stängs ute är läkemedelsindustrin och när nya läkemedel ska testas. Andersson (2008:79-80) menar att läkemedel helt och hållet testas på yngre personer, trots att äldre är de som förbrukar dem mest. Författaren ställer sig frågande varför äldre ska behöva acceptera en ”naturlig” försämring av hälsan. Tidigare studier har visat att äldre patienter med depression mestadels behandlas med psykofarmaka och inte psykoterapi, trots att det är en lika effektiv behandlingsmetod som för yngre patienter (ibid). En studie från Kalifornien visade liknande att läkare och psykologer är negativt inställda till att behandla äldre suicidala patienter, till skillnad mot yngre, då det ansågs att symptomen var ”normalt tillhörande” hos den äldre gruppen (Andersson 2008:84). Det visade sig också vara färre äldre individer som remitterades vidare till specialistsjukvård till skillnad mot yngre individer (ibid).

För att knyta ihop Maslows teori om människans behov samt Antonovskys KASAM-teori vill vi påvisa likheter mellan dem. Maslow menar att människan har primära behov som måste uppfyllas för att hen ska kunna nå till de växande/sekundära behoven som gör att människan kan bemöta och hantera eventuella påfrestningar eller kriser i livet. Om de primära behoven inte tillgodoses riskerar nämligen människan att inte känna välmående i sitt liv. Likt detta menar Antonovsky att människan behöver känna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet för att uppleva en känsla av sammanhang och kunna hantera negativa påfrestningar i livet. För att uppnå ytterligare djup i vår analys valde vi teorin ålderism, då vi ansåg att den kunde hjälpa oss förstå hur samhällets syn på äldre kan vara en påverkande aspekt till deras psykosociala välmående. Samtliga teorier har hjälpt oss att analysera empirin vi samlat in och har medfört att studiens syfte samt frågeställningar besvarats.

Kapitel 5. Resultat och analys

I följande kapitel presenterar vi vår empiri som vi kommer tolka och söka fördjupad förståelse kring med hjälp av valda teoretiska utgångspunkter samt tidigare forskning. Empirin framställs med hjälp av direkta citat hämtade ur vårt transkriberingsmaterial. För att studiens resultat ska bli tydligt har empirin delats in i rubrikerna: ”hur mår de äldre, varför mår de äldre som de gör, vad erbjuds de äldre och vad saknas – vad behöver tillföras i hemvården.

5.1 Hur mår de äldre?

Socialstyrelsen (2013:10) redogör i sin rapport att många äldre uttrycker eller uppvisar känslor som oro, ångest och ängslan, vilket kan vara tecken på psykisk ohälsa. Samtliga sex intervjuade bekräftade att känslorna finns inom hemvården, vilket beskrivs enligt följande:

Oh, ja! Känslor av oro, ångest och ängslan är dagligen förekommande i hemvården (Anna).

Man kan märka periodvis att någon kanske larmar jättemycket men säger inte att den är orolig eller så, men att man ändå märker det på de som kanske inte säger det. Men just det här med svårt att sova och vaknar på natten och att de ligger och funderar och många det här med, 'varför ska man bli så gammal'? (Margit).

Många läser i tidningarna om personer som tar sig in hos ensamma äldre personer när de sover eller knackar på och sedan ligger de äldre och tänker på det hela nätterna (Berit).

Janlövs (2006) beskrivning kring de äldres psykosociala reflektioner, handlar om de centrala känslor som framkommer ovan. Att de äldre känner på detta sätt kan inte ses som någon överraskning i förhållande till Janlövs (2006:81) studie om att de äldre saknar sammanhang i livet. Janlövs studie förmedlar att sådana känslor kan leda till starka depressioner (ibid). Depression ses som ett allvarligt tillstånd i Karlsson och Skoogs (2013:3) artikel kring psykisk sjukdom. De menar att depression kan bidra till självmordsbenägenhet hos äldre, vilket vår intervjuperson Åsa bekräftar nedan:

Jag har haft suicidfall, alltså verkligen en som tog en brödkniv och skar sig på halsen (Åsa).

Även en annan man som också levde med ångest och oro sa att 'jag kommer göra det, jag kommer hoppa ut'. Nej, menade vi, vi vill inte uppleva det. Men han gjorde det ändå och fullföljde det hela vägen (Åsa).

Det anses viktigt att äldre som uppvisar tecken på depression eller annan psykosocial problematik får tillgång till tidig behandling i hemmet, om de inte kan ta sig ut själva (Karlsson & Skoog, 2013). Författarna menar att det kan vara en avgörande faktor för den äldres liv. Riskfaktorer som ensamhet, isolering, dåligt socialt nätverk och negativa livshändelser innebär att de äldre löper större risk att drabbas av depression. Det står också klart att depression och ångest kan leda till en upplevelse av försämrad livskvalitet. Saknad av livskvalitet kan i sin tur leda till att den äldre upplever nedstämdhet, vilket Karlsson och Skoog menar står i direkt samband med ökad dödlighet (ibid).

Åsas redogörelser för de två äldre personernas öden ger oss direkta bevis på att självmord kan uppstå till följd av ångest och depression. Om Karlsson och Skoogs (2013) slutsats stämmer, att det råder ett samband mellan psykisk ohälsa och självmord, kan det anses intressant att ifrågasätta om självmordsbenägenheten hade kunnat förhindras om de äldre hade fått tillgång till stödinsatser i hemmet.

5.2 Varför mår de äldre som de gör?

Vi ser att ensamheten och de existentiella frågorna kan vara en trolig förklaring till den ökade psykiska ohälsan bland äldre vilket exemplifieras i detta avsnitt.

Varför ska man bli så gammal, varför ska jag leva så här
(Margit).

Ofta kan man höra de äldre säga; jag förstår inte
varför jag känner mig så ledsen, jag har ju haft ett bra
liv (Anna).

En vårdtagare sa till mig att man ska passa på att leva
för det kommer en dag då det bara är minnet som gör
dig glad (Berit).

Hedberg (2010:6-7) betonar vikten av att känna livsmening och menar att saknad av livsmening kan leda till psykisk ohälsa så som depression. Det visade sig att livsmening skiljde sig åt mellan män och kvinnor i hennes studie (ibid). Kvinnorna uppfattades tycka sociala kontakter vara av stor vikt, vilket är i enighet

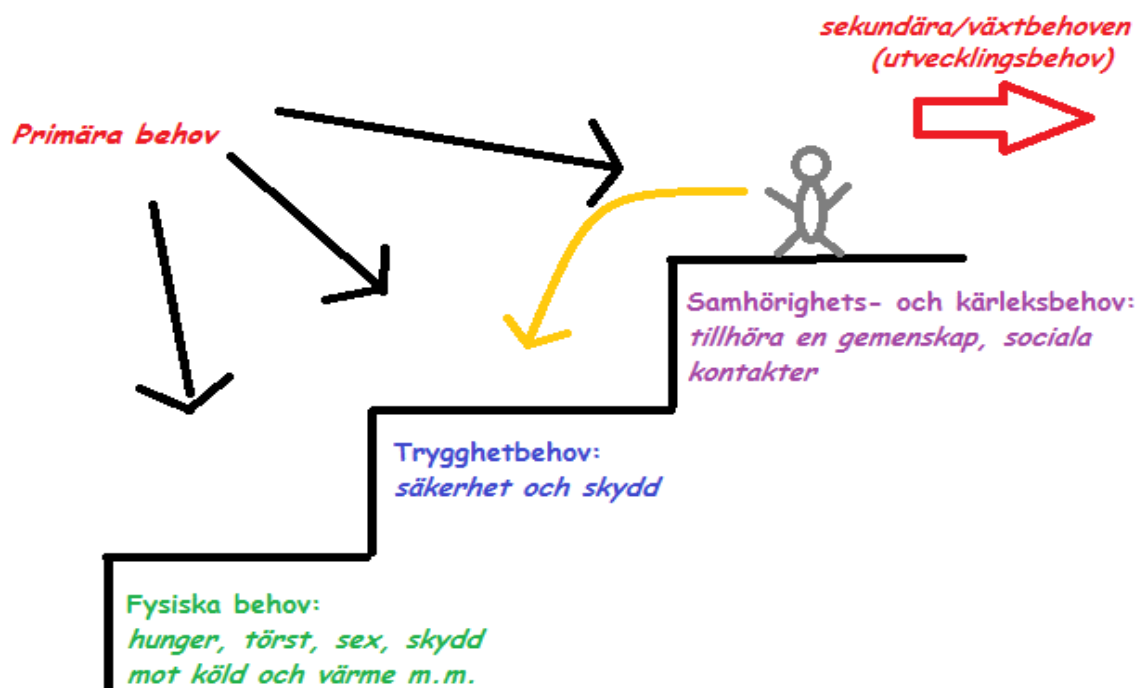
med ett av Maslows primära behov, samhörighets- och kärleksbehovet (Karlsson, 2007). Männerna ser ofta tillbaka på tidigare skeenden i livet för att uppnå livsmening, vilket är intressant och kan tolkas med hjälp av Maslow (1999) att de inte känner tillfredsställelse i sitt nuvarande liv (Hedberg, 2010:7). Liknande slutsatser drog även Deeg et al (1998) i studien om ångestsjukdom och dess bakomliggande orsaker. Likt Hedberg (2010:6-7) menar Deeg et al (1998) att den tidigare familjebakgrunden hade högre påverkande effekt hos männen än hos kvinnorna i samband med ångestsjukdom. Hos kvinnorna visade sig istället bristen på socialt stöd vara en påverkande faktor för att drabbas av ångestsjukdom (ibid). Livsmening som begrepp skulle kunna jämföras med Antonovskys (2011) meningsfullhet och dess relevans för människan. Människan riskerar nämligen att förlora både känslan av begriplighet och hanterbarhet vid saknad av meningsfullhet (ibid). Det kan således innebära ökad risk för att människan ska drabbas av psykisk ohälsa (ibid). För att förebygga den psykiska ohälsan och dess konsekvenser kan det därmed anses viktigt att aktivt arbeta med att få de äldre att känna livsmening.

De sitter mycket ensamma och har ingen att ventilera sina tankar med. Ibland kan de ha förlorat både vänner och familj men pratar inte om det med någon, samtidigt som de snart vet att det är deras tur (Filippa).

För många av de som bor hemma kan man se att ensamheten förtär, att man blir inbunden och lite låg då man inte får någon mental stimulans (Margit).

Det är inte konstigt att de är nedstämda när de äldre aldrig får någon möjlighet att prata ut med någon (Lena).

Ovanstående intervjupersoner skildrar vikten av att de äldre blir sedda och får möjlighet att reflektera kring sitt liv tillsammans med någon. Saknaden och vikten av att få träffa någon som har tid att prata om hur de mår och som kan hjälpa dem att hantera deras välmående framkommer tydligt. På liknande sätt beskriver Janlöv (2006:81) att de äldres psykosociala behov måste ses. Boström (2014) menar att personalen är viktig för de äldre när de känner sorg. Hon belyser vikten av att personalen frågar de äldre kring deras sorg och hjälper de äldre att successivt hantera sin ensamhet, för att de ska känna sig trygga i sin nya situation (ibid).



Figur 2

Likt vad som tidigare nämnts i teorikapitlet menar Maslow (1999) att människans tre primära behov måste uppfyllas för att de äldre ska få möjlighet att nå de sekundära behoven som också är människans växtbehov/ utvecklande behov. Det innebär att det inte endast är fysiska behov som törst, hunger, sex, skydd mot köld och värme som är de viktigaste för människan, utan även trygghet och samhörighetskänslor är av stor betydelse. Berättelserna ovan visar att de äldre ofta saknar detta och om inte trappstegen uppfylls riskerar individen att backa tillbaka ner på trappan igen, vilket kan leda till att individen inte utvecklas optimalt eller kan känna välbefinnande i sitt liv (ibid). Bilden ovan illustrerar hur den äldre backar tillbaka ner på behovstrappan och åter igen behöver få alla de primära behoven uppfyllda, för att återfå sitt optimala välmående.

I nedanstående citat skildrar Filippa att många äldre anser tryggheten som något betydelsefullt.

Många äldre säger att det inte spelar någon roll om de får hjälp med att läsa tidningen på kvällen så länge

de vet att vi kommer i alla fall. Jag menar egentligen ska vi ju inte hoppa över det men jag menar de är oftast oroligare på kvällarna (Filippa).

Likt vad vi tidigare nämnt beskriver Boström (2014) trygghet för äldre som så meningsfullt, att en del av dem kan tänka sig att offra delar av sin integritet och självständighet för att förstärka sin trygghetskänsla. Det kan enligt Maslows (1999) behovstrappa förstås som att den äldre frivilligt backar tillbaka på trappan för att de eftersträvar en ännu starkare trygghetskänsla än vad de har idag. Den äldre person som Filippa beskriver i ovanstående citat, kan förstås prioritera trygghetskänslan före något annat som social samvaro i form av att få hjälp att läsa tidningen. Enligt socialtjänstlagen ska den äldre få möjlighet att känna välbefinnande, vilket däremot kan ifrågasättas när den äldre själv väljer att backa tillbaka ner på behovstrappan. Det kan enligt Maslow (1999) förstås som att hemvården idag endast tillgodoser "steg ett" de fysiska behoven men att hemvården redan börjar brista vid "steg två" gällande trygghet och säkerhet för individen. Resterande trappsteg på behovstrappan kan då uppfattas bli åsidosatta av hemvården. En anledning till detta kan förstås genom teorin ålderism. Andersson (2008:62) menar nämligen att äldre riskerar att stigmatiseras och diskrimineras till följd av samhällsstrukturen, då det finns en bild av att äldre utgör "ett hot" mot den yngre generationen. Andersson (2008:85) menar som tidigare nämnts att "den äldre befinner sig i underläge på flera plan". Ålderismen inom hälso- och sjukvården tar sig i uttryck genom att yngre patienter prioriteras före äldre och kan därmed ses som en orsak till att de äldres psykosociala behov förminskas och bortprioriteras inom äldreomsorgen. Utifrån Anderssons (2008:62) resonemang kan det ses som att äldres psykiska ohälsa riskerar att ses som "normalt tillhörande" läggs det därför få eller inga resurser alls på det.

Filippa, Margit och Lena beskriver hur de ser på äldres brist av meningsfullhet i vardagen:

Ibland kan man känna sig väldigt glad att en person sitter och väntar på att jag som personal skall komma men om man sedan vänder på det och tänker, 'en kvart', vad är det egentligen att sitta och vänta på? (Filippa).

Många undrar varför de har varit här i livet så länge? Men jag tror det är mest undrar på grund av att de är ensamma. Hade de haft familjer, vänner och de som de älskar runt omkring så hade man inte tänkt så. Då vill man ändå leva/.../(Lena).

/.../ Det kan hända att det är så på grund av att folk är så upptagna. Familjerna fattar inte att de måste engagera sig lite mer för sina släktingar så. Och det blir konflikter, de klagar till socialtjänst och till hemtjänsten men vad gör de själva? (Lena).

Antonovsky (2011:45) menar att beståndsdelarna *meningsfullhet*, *hanterbarhet* och *begriplighet* behöver uppfyllas för att individen ska uppnå känsla av sammanhang i livet och på så sätt undvika att fastna i psykosocial ohälsa. *Hanterbarhet* handlar enligt Antonovsky om individens förmåga att hantera och bemöta svårigheter utifrån egna resurser eller med hjälp och stöd från omgivningen. Således kan Lenas utsaga tolkas utifrån att de äldre saknar båda beståndsdelarna *meningsfullhet* och *hanterbarhet* för att möta de olika påfrestningar som ålderdomen kan innebära. Lena och Berit belyser dessutom de anhörigas bristande närvaro, vilket enligt KASAM-teorin kan vara ett av de stöd som de äldre saknar för att kunna hantera sin situation och behålla sitt välmående.

5.3 Vad erbjuds de äldre?

Det finns ju hjälp att erbjuda på vårdcentralen, men det är inte säkert att det passar dem. Samtidigt, det här med att ta sig hemifrån är en jättestor affär för många, det är oerhört svårt och blir en stor sak. Det måste vara folk som kommer ut, för som sagt just det här med att ta sig hemifrån är en jättestor bit (Margit).

Vid behov av hjälp som till exempel stödjande eller behandlande samtal hänvisas de äldre ofta till sjukvården. Margit lyfter däremot aspekten av att många äldre upplever det som mycket problematiskt att ta sig hemifrån. Hon förklarar att det kan skapa oro som stör den äldre i flera veckor inför besöket, vilket i sin tur ökar risken att drabbas av psykisk ohälsa istället för att minska den. Eftersom det anses viktigt att de äldre får mental stimulans för att inte utveckla depression kan besöket hos vårdcentralen ses som avgörande (Karlsson & Skoog 2013).

Om vi kommer i kontakt med sådant som vi tycker visar tecken på psykosocial ohälsa hos äldre så kontaktar vi vanligtvis sjuksköterskan. Om sjuksköterskan är eller blir inkopplad i fallet skrivs ofta rogivande medicin ut till den äldre (Anna)

/.../ inte för att jag själv förespråkar medicinering som en långsiktig lösning. (Anna).

Den fysiska förmågan är viktig för att de äldre ska kunna vara aktiva i samhället och klara sig själva i hemmet. Men, man behöver prata också! Den mentala biten skall också tas om hand om och inte bara ge en tablett! (Lena).

Berättelserna skildrar att sjuksköterskan är den profession som kontaktas om de äldre visar eller uttrycker tecken på psykisk ohälsa. Vidare gör undersköterskorna det tydligt för oss att de äldre oftast medicineras vid uppvisande tecken på psykisk ohälsa och vid känslor som oro, ångest och ångslan.

Forskning inom området visar att det är vanligt att äldre får utskrivet olika former av psykofarmaka vid behov (Kragh, 2004). När de äldre får utskrivet ”lugnande medicin” mot oro eller sömnproblem menar författaren att de äldre istället kan utsättas för biverkningar så som dagtrötthet, risk för att trilla samt *nedsatta kognitiva funktioner*. I enighet med forskarens resonemang skulle det kunna tolkas som att vården ”skapar” nedsatthet av kognitiva funktioner hos de äldre och blundar för individens grundläggande problematik som i många fall kan bero på den psykiska hälsan (ibid). Utifrån Maslows (1999) teori kan det även förstås som att hemvården erbjuder den äldre att få behovstrappans första steg tillgodosett men att det brister vid steg två och tre gällande trygghet och samhörighetsbehovet, då medicineringen försummar den äldres kognitiva tänkande. Den äldre kan därmed enligt Maslows teori aldrig få möjlighet att nå de resterande trappstegen som han anser var människans växande och utvecklingsbehov (ibid). Socialtjänstlagens resonemang kring att äldre ska få möjlighet att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande kan då uppfattas som problematisk att uppfylla.

För att dra en parallell med ålderismen inom hälso- och sjukvården uppger också Andersson (2008:53-54) att äldre är den patientgrupp som använder mest psykofarmaka. Författaren problematiserar en negativ inställning hos många läkare och psykologer för att använda psykoterapi och samtal som behandlingsmetod för äldre med psykisk ohälsa. Andersson menar att det finns en negativ attityd gentemot att behandla äldre patienter jämfört med yngre (ibid). Ålderism kan således förstås vara något som existerar även inom hemvården, där den psykiska ohälsan prioriteras bort framför den fysiska. Likt Andersson menar att det finns en tendens att äldres psykiska ohälsa ses som ”normalt tillhörande”, riskerar symptom på psykisk ohälsa således att förminskas och inte tas på allvar (Andersson, 2008:84).

För att se om det fanns skillnader mellan kommunerna om hur personalen uttrycker att de skulle gå tillväga när de bemöter äldre med tecken på psykisk ohälsa, använde vi oss även av en vinjettperson (se bilaga 2). Nedan presenteras undersköterskornas lösningar:

./.../Vi har haft en människa som började bli deprimerad och det man kan göra då är att prata med sina kollegor att

man tänker på att man pratar med henne så mycket så möjligt när man är hos henne och diskar, tvättar osv. För det kan vara de här 20 minuterna som hon lever upp till. (Filippa).

/.../Man kan erbjuda nattillsyn. Jag hade kontaktat i samråd med Josefin sjuksköterskan om hon behöver något rogivande. Man kanske behöver något rogivande för att komma till ro på kvällen (Lena).

Vinjetten besvaras på liknande sätt av alla undersköterskorna. Deras lösning för vinjettpersonen var att kontakta sjuksköterskan för att eventuellt kunna ge ”rogivande medicin” samt ringa biståndshandläggaren för att be om en extra stödinsats på kvällen inför natten. Vi kunde där med inte se någon markant skillnad mellan kommunernas undersköterskor.

För att få en bild av hur undersköterskorna tolkade och arbetade utefter Socialtjänstlagen 5 kap 4 § SoL tog vi upp de centrala begreppen som *meningsfullhet*, *värdighet* och *trygghet*. Följande citat skildrar därmed deras tankar om hur lagen uppfylls samt vad som kan anses brista inom hemvården.

Jag vet inte vad jag ska säga om lagen. Men vem är det som bestämmer vad som är ett värdigt liv för de äldre, jag menar varför sitter de äldre ensamma om det nu är så många som inte vill det? (Berit).

Det är just det här med ensamheten igen, vår tids folksjukdom. Den icke valda ensamheten är ju grym (Margit).

/.../ men så är det hemtjänst och hemtjänst är tid. så är det och det har vi ju att rätta oss efter, vi har ju personal efter vad vårdtagarnas behov. Så vi måste ibland bromsa och tänka att hemtjänst är hemtjänst. Tiden räcker tyvärr inte till för att stanna kvar och prata med alla som är oroliga. (Filippa).

Citaten kan uppfattas ifrågasätta huruvida personalen inom hemvården har möjlighet att tillgodose Socialtjänstlagen och om de äldre verkligen upplever *meningsfullhet*, *värdighet* och *trygghet*. Enligt Maslows (1999) teori kan ovanstående utsagor tolkas som att det primära behovet, *samhörighet* och *kärleksbehovet*, åter igen inte blir tillfredsställt hos de äldre utan endast steg ett och två uppfylls. Filippas uttalande konkretiserar att det saknas tid för personalen inom hemvården att kunna hjälpa de äldre att uppfylla de tre primära stegen på trappan, vilket gör att de äldre inte kan uppnå de sekundära/ växande

behoven som utgör individens utveckling och känsla av välbefinnande. På liknande vis menar Antonovsky (2011) att meningsfullheten är av störst betydelse för individens hälsa. När

individerna känner meningsfullhet, finns också motivationen att bemöta och klara av olika situationer och händelser (ibid). Detta innebär att om en äldre inte känner meningsfullhet i sitt liv, har hen inte heller lika stark möjlighet att bemöta motgångar, vilket kan leda till psykisk ohälsa.

Särskilt tror jag, att för äldre människor så tänker man inte på det psykiska välmåendet, utan det är något de bara får bära med sig. Man är inte van att fundera över det. Ingen vet riktigt om man ska prata om det och 'vem ska jag vända mig till' (Anna).

Ovan nämnda berättelse kan förstås utifrån vad Janlöv (2006) uppger kring äldres psykosociala välmående. Författaren menar att biståndsbedömningen för äldre främst fokuserar på individens nuvarande hälsotillstånd samt de fysiska behoven. De psykiska, existentiella, sociala och medicinska behoven blir lidande och tas inte upp i behovsbedömningen (Janlöv 2006). Tankar kring de äldres nuvarande tillhörighet, deras sociala nätverk och frågor kring deras upplevda minskade värde i samhället, beskriver författaren i studien som centrala. Genom sådana reflektioner uppvisade de äldre känslor av motstånd, förnekelse, likgiltighet och saknat självförtroende till att acceptera sin nuvarande situation och behov av hjälp (ibid). Undersköterskan Lena förklarar att en sådan motreaktion kan innebära begränsade insatser för den äldre:

Vi kan inte göra mer än vad som står i pappret.
Och många gånger, om de inte erkänner vissa saker till
biståndshandläggaren kan de inte få det som de vill (Lena).

I enighet med Janlöv (2006) är biståndsbedömningsprocessen avgörande för att den äldre ska få sina behov tillgodosedda. Det kan också liknas med vad Maslow (1999) menar, nämligen att de primära behoven måste tillfredsställas, för att en individ ska kunna sträva mot de sekundära behoven. Enligt Maslows behovsteori innebär det att de äldres psykosociala behov är avgörande för att individen ska kunna utvecklas och känna välbefinnande samt sträva mot självförverkligande. Om de psykosociala behoven, *social tillhörighet*, *gemenskap* och *trygghet* inte tillgodoses i hemvården, uppfylls inte två av tre primära behov på behovstrappan, vilket gör att den äldre åter igen inte kan känna välbefinnande utan *endast* kan förlita sig på att de fysiska behoven tillgodoses (*hunger, törst, skydd mot köld och värme*). I

enighet med ovanstående resonemang kan det tolkas att begreppet ”skälig levnadsnivå” endast tillgodoser Maslows första primära behovet av tre (se figur 1).

5.4 Vad saknas och vad behöver tillföras?

Nedan följer några undersköterskors resonemang avseende att tillföra ytterligare en profession i hemvårdsteamet, inriktad på det psykosociala välmåendet:

Det är aldrig fel att ha professionell hjälp när det gäller vissa bitar. En kurator kan ju säkert vägleda mycket om man kör fast. Det är konstigt, för inom sjukvården får du ju alltid stöd om du till exempel har förlorat en livskamrat. Till och med övriga anhöriga erbjuds stöd. Jag tror speciellt att det skulle vara bra att äldre som förlorat sin livskamrat kan få hjälp med att hantera detta (Berit).

En del personal agerar för daltande och tycker synd om de äldre och en del är för objektiva och kalla mot de äldre. Inget av det hjälper, så en kurator som profession kunde hjälpa att medla på ett bättre sätt mellan personal och vårdtagare. Ofta upplever jag att personalen är osäkra i situationer när vårdtagaren är nedstämd eller har ångest. Ibland beroende på hur man agerar med sina vårdtagare kan man öka problemet eller minska det (Lena).

/.../ Det är som Cesar Milan (mannen som talar med hundar). Tycker du synd om din hund, då hjälper du inte din hund. Man måste ju vara en bra lärare för att kunna hjälpa sin hund (Lena).

Samtliga undersköterskor ger i vår studie uttryck för att det finns ett behov av ytterligare en profession inom hemvårdsteamet, med inriktning mot det psykosociala välmåendet vilket Berit och Lena exemplifierar ovan. En profession inom det psykosociala området skulle enligt Lena även hjälpa personalen i olika situationer, då de känner sig osäkra. Hennes berättelse kan ses som en längtan efter gemensamma handlingsmönster och strategier, för hur undersköterskorna ska bemöta äldre som visar tecken på psykisk ohälsa, likt vad Karlsson och Skoog (2013) bekräftar saknas idag. Författarna menar vidare att ökad kunskap inom området kan vara avgörande för många äldres liv (ibid).

Med hänvisning till Grimby's (1999) forskning kring äldre som förlorat sin livspartner kan ovanstående skildringar tolkas utifrån att stödinsatser som exempelvis samtal, är något som saknas och efterfrågas

inom hemvården idag. Att erbjudas stöd vid behov uppskattades och bemöttes med positivitet av intervjudeltagarna i Grimbys studie (ibid). Ovanstående utsagor ger direkta bevis på att det inte finns inom den hemvård som råder idag. Det kan även vara en orsak till att personalen uttrycker osäkerhet i möten med äldre. Detta kan bero på bristande resurser inom det psykosociala området och kan således vara en bakomliggande orsak till den ökade psykiska ohälsan bland äldre, då personalstyrkan inte besitter de redskap och den kompetens de behöver för att kunna bemöta den psykosociala problematiken (Karlsson och Skoog, 2013).

Sammanfattning av analys

Avsnittet har för avsikt att sammanfatta de centrala resonemang som framkommit i vår analys, för att vi sedan ska få en intressant diskussion. Trots att våra respondenter härstammar från tre olika kommuner, har vi inte kunnat se några nämnvärda skillnader, utan vi anser att deras redogörelser var eniga. Därför är det inte relevant för oss att vidare diskutera kring eventuella skillnader.

Genom att analysera undersköterskornas utsagor har vi uppfattat att många äldre som undersköterskor möter inom hemvården, inte känner välbefinnande i sin livssituation. Det förekommer ofta att de äldre uppvisar och uttrycker känslor av ångest, ångslan och oro vilket enligt analysen kan förstås utgöra en grund för psykisk ohälsa. Vår analys visar att de äldre sitter mycket ensamma och är isolerade, vilket innebär en ökad risk för depression. Då 70 procent av de äldre som begått självmord visats lida av depression måste det anses som en allvarlig sjukdom. Vidare framkommer det i analysen att de äldre inte känner en tillräckligt stark känsla av trygghet, meningsfullhet och livsmening som kan anses nödvändig för individens välmående

I vår studie framkommer det att det är av största vikt att de äldre får prata om sitt psykosociala välmående tillsammans med någon. Tyvärr tenderar existentiella och psykosociala frågor att försummas inom hemvården. En anledning till detta förstås vara bristande kompetens inom det psykosociala området samt osäkerhet hos personalen kring hur de kan och ska bemöta dessa frågor. I dagens hemvård är sjuksköterskan den profession som kontaktas, vilket innebär att den äldre får medicinsk behandling istället för att erbjudas en profession med psykosocial kompetens. Vidare framkommer vikten av att äldre får möjlighet att känna välbefinnande, meningsfullhet, värdighet och trygghet i vår studie som också är i enighet med 5 kap 4 § SoL. Om det tillförs en profession inriktad mot det psykosociala området i hemvårdsteamet, skulle det enligt vår studie innebära att även de äldres psykosociala välmående har möjlighet att tillfredsställas. Detta kan enligt studien betyda att socialtjänstlagen på så vis kan uppfyllas, då undersköterskornas utsagor visar att många äldre mår psykiskt dåligt och saknar verbalt stöd.

Slutdiskussion

I följande kapitel kommer vi att redogöra för våra egna reflektioner och tankar samt våra åsikter om vad som kan vara intressant för vidare forskning inom området.

Vi förstår genom tidigare forskning samt utifrån studiens resultat, att äldres psykosociala välmående är ett område som inte uppmärksammas tillräckligt. I dagens hemvårdsteam syftar vården främst till de äldres fysiska och medicinska välmående. I enighet med vår studie är vi medvetna om vikten av att den äldres fysiska funktioner fungerar så bra som möjligt. Funktionerna kan ofta vara avgörande för om den äldre människan kan ta sig ut och delta aktivt i samhället. Genom att förebygga och träna de fysiska funktionerna kan det bidra till att den äldre kan vara aktiv under en längre tid. Den medicinska professionen ser vi också som självklar då det är många äldre som lider av diverse sjukdomar som kräver medicinsk behandling. Vi förstår däremot inte varför det psykosociala välmåendet inte prioriteras inom hemvården? Enligt tidigare presenterad forskning, står det klart att det psykosociala välmåendet kan ha en direkt koppling till människans fysiska förmågor. Till följd av psykisk ohälsa uppges nämligen psykosomatiska sjukdomar kunna uppstå. Det kan innebära att vi idag behandlar och tränar äldre människors fysiska välmående, vars grundläggande problematik egentligen kan ses som psykosocial, det kan alltså pågå en form av felbehandling. Vidare framkommer det i vår analys att äldre människor ofta medicineras för att få bukt med sin oro eller ångest, att de inte ens ges möjlighet till att få behandlande samtal innan medicin sätts in. Det kan ifrågasättas om det anses vara etiskt korrekt? Bemöter samhällets vård de äldre etiskt korrekt genom att "dämpa" känslorna, vilket gör att de inte i lika stor utsträckning ifrågasätter livets mening? I enighet med vad som framgått i vår studie kan det psykosociala välmåendet spela stor roll för individens välbefinnande och för att hen ska känna livsmening. Lagen 5 kap 4 § SoL beskriver att den äldre ska få möjlighet att känna välbefinnande och meningsfullhet i livet. Är det allmänna resonemanget idag, att medicinering ska vara vägen att uppfylla socialtjänstlagen på inom hemvården?

En slutsats av analysen är att undersköterskor i hemvården efterfrågar ett stöd för de äldre, även personalen inom hemvården önskar kunna bemöta denna psykosociala problematik. Vi ser att kuratorstjänster inom hemvårdsteamet med samma position som arbetsterapeuten, sjukgymnasten och sjuksköterskan hade kunnat förebygga och behandla de äldres psykosociala välmående. Vår analys visar att många äldre är ensamma med sina existentiella frågor, både gällande deras omgivning men även sig själv. I studien framkommer det att många äldre upplever "att nedräkningen har börjat", och att de är nedstämda över det. Kan detta vara en följd av att de inte får hjälp med att se positivt på den tid de faktiskt har kvar i livet? Återigen kan vi fråga oss om det anses värdigt att bortse från dessa frågor eller

“medicinera bort dem”? Vi menar inte att “lugnande eller rogivande” medicinering på något vis ska tas bort, utan att det ska finnas ett erbjudande av ett professionellt samtal *innan* den sätts in. Dels för att vi tycker att den äldre ska erbjudas samtal som insats, liksom vad vårdcentralen kan erbjuda sina patienter. För att ytterligare förtydliga vårt resonemang vill vi jämföra en äldres känslor av dödsångest med en 40-årig man/kvinnas dödsångest. Om du i yngre ålder är medveten om att du inte har lång tid kvar att leva erbjuds du av sjukvården stödande samtal, till och med dina anhöriga kan erbjudas denna funktion. En äldre som inte kan ta sig ut erbjuds däremot inte stödande samtal i hemmet, trots att dödsångesten finns där. Vi frågar oss därmed vad skillnaden är mellan dödsångest och dödsångest?

När äldre uppvisar tecken på psykisk ohälsa, vems ansvar är det att bedöma att den äldre är i behov av professionell hjälp? Ska vi förlita oss på att de äldre själva uttrycker att “nej, NU måste jag prata med någon annars tar jag livet av mig” eller är det något vi förväntar oss att undersköterskorna bör se? I analysen framkommer även att undersköterskorna som träffar de äldre har svårt att hantera komplicerade frågor. De vet inte hur de ska bemöta de äldres funderingar kring oro, ångest och problematik kring dödsångest. De vet inte alltid hur de ska bemöta de äldre. Enligt vår mening kan vi inte förvänta oss att undersköterskor eller sjukgymnaster ska veta hur de ska hantera psykosocialt välmående hos de äldre. Vi ser däremot att det är viktigt att det finns en profession i teamet som har kunskapen och redskapen att kunna möta samt hjälpa personalen att hantera dessa viktiga frågor.

I analysen framgår det att det finns ett samband mellan depression och självmordsbenägenhet, vilket vi ser som allvarligt. Detta utgör grunden till vår åsikt att vi behöver hantera dessa frågor med hög prioritet och att en kuratorsprofession sätts in i hemvårdsteamet. Vi kan inte acceptera att äldre tar livet av sig om vi tillsammans kan förhindra det.

Referenser

- Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Andersson, Lars (2008) *Ålderism*. Malmö: Studentlitteratur.
- Boström, Martina (2014) *Trygghet – på vems villkor? - Uppfattningar om och erfarenheter av trygghet hos äldre personer med behov av omsorg*. Jönköping: Ineko AB.
- Bravell Ernsth, Marie (2011) "Gerontologi - vad är det?" i Bravell Ernsth, Marie (red). *Äldre och åldrande - grundbok i gerontologi*. Stockholm: Gothia förlag AB.
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Deeg et al. (1998) "Anxiety disorders in later life" I *International journal of geriatric psychiatry* nr 13. Amsterdam: Department of psychiatry/departement of Sociology.
- Grimby, Agneta (1999) "Stöd och rådgivning underlättar i sorgen" I *Läkartidningen* Nr 15. Volym 96.
- Harnett, Tove och Larsson, Birgitta (2011) "Att åldras med omsorg" i Bravell Ernsth, Marie (red) *Äldre och åldrande - grundbok i gerontologi*. Stockholm: Gothia förlag AB.
- Hedberg, Pia (2010). *Purpose in life among very old people*. Umeå: Umeå Universitet.
- Janlöv, A.C. (2006). *Participation in needs assessment of older people prior to public home help*. Medicinska fakulteten, Lunds universitet.
- Jönson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Jönson, Håkan (2002). *Ålderdom som samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, Ingvar (2011) "Depression och ångest hos äldre fortfarande underdiagnostiserade - SSRI-preparat i förening med psykoterapi effektiv behandling" I *Läkartidningen* Nr 8. Volym 98.

Karlsson, Ingvar & Skoog, Ingmar (2013) ”Psyisk sjukdom hos äldre vanligare än demens” I *Läkartidningen* Nr 45.

Karlsson, Lars (2007) *Psykologins grunder*. Studentlitteratur.

Kragh, Annika (2004) “Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel - Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne” I *Läkartidningen* Nr 11. Volym 101.

Maslow, Abraham (1999) *Toward a psychology of being - third edition*. Canada: J. Wiley and sons

Socialstyrelsen (2008) *Hemsjukvård i förändring nr - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer nr 126-59* (elektronisk)

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf

(Hämtad 2014-10-15)

Socialstyrelsen (2013) *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa nr 6-3* (elektronisk),

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf>

(Hämtad 2014-10-16)

Socialstyrelsen (2012) *Kartläggning om skälig levnadsnivå*

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18574/2012-1-24.pdf>

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

(elektronisk), <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (Hämtad 2014-10-15)

Bilagor

Bilaga 1



LUNDS
UNIVERSITET

Förfrågan

Vi är två studenter från Lunds universitet i Helsingborg som studerar socionomprogrammet. Vi läser nu vår sjätte termin, vilket innebär att vi skriver vår kandidatuppsats. Syftet med vår uppsats är att undersöka hur undersköterskor upplever att de tillgodoser de äldres behov i relation till vad som står i 4 kap 1 § SoL samt 5 kap 4 § SoL. Centrala begrepp för oss är “skälig levnadsnivå”, “välbefinnande” och “trygghet”.

Vi skulle därmed vilja komma i kontakt med undersköterskor för att göra enskilda intervjuer om hur de upplever de äldres psykosociala välmående och om det saknas en profession inom det psykosociala området. Vi önskar få intervjua två undersköterskor i fyra olika kommuner och beräknar att intervjuerna kommer ta cirka 45-60 minuter. Vi planerar att intervjuerna kommer hållas vecka 47-48.

Deltagandet är frivilligt och det går bra att avbryta sin medverkan när som helst. Materialet kommer enbart användas i vår forskningsstudie och endast att läsas av oss samt vår handledare. Vi kommer kassera materialet när vår studie är publicerad. Intervjupersonerna och kommunen förblir anonyma under hela forskningsstudien.

Om det finns två undersköterskor inom hemvården i er kommun som har möjlighet och vill ta emot oss för intervju vänligen kontakta:

Jonna Nordkvist

Tel: 0709990720

Email: soc12jn3@student.lu.se

(Det är bra om ni hör av er även om ni inte har möjlighet att ställa upp)

Vår handledare är universitetslektor Karin Kullberg och kan nås via mail: karin.kullberg@soch.lu.se

Med vänliga hälsningar

Jonna Nordkvist & Linnea Lohr

Bilaga 2

Intervjuguide



LUNDS
UNIVERSITET

1. Presentation av vår studie och syfte:

- Informera angående konfidentialiteten samt aidentifiering av både kommun och individ.
- Informera om att studien är frivillig och kan avslutas av individen när som helst.
- Informera om att vi skickar ut vår studie så att intervjupersonerna får möjlighet att ta del av den.

2. Inledningsfrågor:

- Kön, årtionde?
- Hur länge har du arbetat inom hemvården?
- Är du utbildad undersköterska (när i så fall)?
- Hur ser dina arbetsuppgifter ut som undersköterska?

3. Frågor angående lagtext:

- Har du kommit i kontakt med begreppet “skälig levnadsnivå”?
- Om ja, i vilket sammanhang samt vad betyder begreppet för dig?

Presentera 4:1 SoL angående skälig levnadsnivå

Presentera 5:4 SoL angående, äldres behov av trygghet och välbefinnande.

- Hur tycker du att hemvården förhåller sig till den lagtext som råder i Socialtjänstlagen?

Intervjuarna ställer följdfrågor utifrån undersköterskornas svar.

- Vid nej: Förklara och beskriv vad som saknas?

- Vid ja: Hur och kan det förbättras mer? Finns det något som du anser är bristande?

4. Presentation av statistik:

- Rapporter från Läkartidningen visar att äldre med psykosocial problematik ökar i takt samhällsutvecklingen. Känslan av oro, ångslan och ångest förekommer ofta enligt socialstyrelsen hos äldre.

Antalet äldre beräknas öka till 23 % av befolkningen 2035, vilket innebär att 0.8 miljoner människor kommer att vara 80 år eller äldre. Tillökningen medför att kommuner kommer att få större kontakt med psykisk ohälsa bland äldre.

- Upplever du som undersköterska att du har kommit i kontakt med äldre som har uttryckt känslan av ångest, ångslan och oro?
- Hur bemöter du det?
- Finns det riktlinjer eller handlingsmönster som ni gemensamt följer vid tecken av psykisk ohälsa hos de äldre?

5. Vinjettbeskrivning:

“Josefin 79år bor ensam i den stora lägenhet som hon och den avlidna maken köpte för 30år sedan. Josefin har beviljats insatser i form av bädd, påklädning, stödstrumpor och slänga sopor, vilket uppskattningsvis innebär 20 minuter avsatt tid. Josefin kan inte ta sig ut själv och önskar heller inte att få komma ut. Josefins barn och barnbarn bor i Stockholm och hälsar inte på så ofta. Josefin vaknar alltid tidigt på morgon, strax innan kl. 05.00 sätter hon sig i köket och väntar på att trevliga hemvården skall komma kl. 07.30. När hemvården kommer till Josefin en dag upplever de att Josefin känns nedstämd. De frågar hur det är med henne, Josefin bekräftar genom att säga att hon känner sig ensam och mycket orolig på nätterna men vill verkligen inte flytta hemifrån. Hon gråter en skvätt och kramar undersköterskan och säger “jag förstår inte varför jag känner mig så ledsen, jag har ju haft ett bra liv och ska inte klaga”.

- Hur skulle du bemöta Josefin? → Vad tänker du, känner och gör efter att du lämnat Josefin?
- Anser du att det finns något annat sätt att bemöta Josefin?

6. Beskrivning av kuratorns arbetsuppgifter

Kuratorn är den psykosociala experten i hälso- och sjukvården. Det psykosociala arbetet innefattar utredning, bedömning och behandling i form av till exempel krisstöd och samtal.

Ofta är olika huvudmän involverade i patienten utifrån sina olika uppdrag. Kuratorn har en samordnande funktion och handleder även annan vårdpersonal i psykosociala frågor. I kuratorns arbetsuppgifter ingår bland annat att vara en länk mellan hälso- och sjukvård, försäkringskassa, arbetsförmedling och socialtjänst. En del av arbetet handlar om att hjälpa patienter att förstå lagar och regler samt att hjälpa till att överklaga beslut. Genom att ge patienter rätt vård på rätt nivå och med hjälp av rätt profession, effektiviserar vården. Antal besök hos läkare kan därmed minimeras och sjukdomsperioder förkortas och förebyggas. Patienter kommer därmed snabbare igång med arbete och rehabilitering. Läkarnas arbete renodlas och tillgängligheten inom vården ökar.

- Hur ser du att en kuratorsprofession skulle fungera i hemvårdsteamet?

- Upplever du att handledning inom det psykosociala önskas
- Har du några frågor eller finns det något du vill tillägga?