



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

Identifiering av och insatser mot ofrivillig ensamhet bland äldre

- erfarenheter från kommunala arbetsterapeuter.

Författare: Vendela Lindskog

Maja Staf

Handledare: Marianne Granbom

Maj 2016

Kandidatuppsats

Adress: Hälsa, vård och samhälle, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00
Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet

2016-05-15

Identifiering av och insatser mot ofrivillig ensamhet bland äldre

- erfarenheter från kommunala arbetsterapeuter.

Vendela Lindskog & Maja Staf

Abstrakt

Flertalet studier visar på att ofrivillig ensamhet leder till försämrad hälsa. Samband kan även ses mellan ökad ofrivillig ensamhet och åldrande. Syftet med denna studie var att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter från identifiering av och insatser mot ofrivillig ensamhet inom kommunal äldreomsorg. Åtta arbetsterapeuter inom kommunal verksamhet intervjuades med en egenkonstruerad intervjuguide. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i en huvudkategori, *Det mesta arbetet mot ofrivillig ensamhet sker indirekt*, samt fyra underkategorier: *Identifierar ofrivillig ensamhet i äldres vardag*, *Prioriteringsfråga*, *Åtgärder mot ofrivillig ensamhet* och *Förbättringsmöjligheter*. Mer forskning behövs kring arbetsterapeutiska interventioner mot ofrivillig ensamhet med förhoppning att förebyggande sociala insatser implementeras i äldreomsorgen.

Nyckelord: rehabilitering, social delaktighet, social isolering, motivation

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUND UNIVERSITY

Faculty of Medicine

Arbetsterapeutprogrammet

2016-05-15

Identification and mitigation of loneliness among the elderly

- experiences from occupational therapists in municipal elderly care.

Vendela Lindskog & Maja Staf

Abstract

A growing body of work has documented the links between loneliness and both physical and psychological ill health, as well as the association between loneliness and advancing age. The purpose of this study was to describe the experiences of occupational therapists with respect to identifying and mitigating loneliness among the elderly. Eight occupational therapists working in municipal elderly care were interviewed according to a purpose-built interview guide, and the responses were analysed using qualitative content analysis. This resulted in a category: Most efforts to mitigate loneliness are indirect, along with four sub-categories: Signs of everyday loneliness among the elderly, A question of (low) priority, Measures to mitigate loneliness, and Opportunities for improvement. Further research on the consequences of loneliness and how occupational therapy can be used to address these problems would be welcome. The authors hope that this study will contribute to a wider appreciation of the prevalence and effects of loneliness, and that preemptive measures may be given more consideration with a view to improving the quality of life.

Keywords: rehabilitation, social isolation, social participation, motivation

Bachelor thesis

Department of Health Sciences, Occupational Therapy and Occupational Science, Box 157,
S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Perspektiv och utgångspunkter	1
Ofrivillig ensamhet -definition av begreppet	1
Ofrivillig ensamhet relaterat till ohälsa	2
Arbetsterapi och ofrivillig ensamhet bland äldre	3
Teoretisk referensram	4
Syfte	5
Metod	5
Design	5
Urval	5
Beskrivning av undersökningsgruppen	6
Datainsamling	6
Procedur	6
Analys av data	7
Forskningsetiska avvägningar	8
Resultat	8
Det mesta arbetet mot ofrivillig ensamhet sker indirekt	9
Identifierar ofrivillig ensamhet i äldres vardag	9
Prioriteringsfråga	11
Åtgärder mot ofrivillig ensamhet	12
Förbättringsmöjligheter	14
Diskussion	16
Resultatdiskussion	16
Metoddiskussion	19
Slutsats	20
Bilaga	26
Intervjuguide	26

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Bristande sociala relationer har lika stor inverkan på risken att dö i förtid som rökning, och till och med större inverkan än andra redan välkända riskfaktorer som fetma eller fysisk inaktivitet (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Bland äldre personer är ofrivillig ensamhet en riskfaktor för låg livskvalitet och viktigt att uppmärksamma i äldreomsorgen (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2005). Tillsynsrapporter från länsstyrelserna (Socialstyrelsen, 2009) menar att meningsfulla sociala aktiviteter för individen inte tillgodoses inom äldreomsorgen på samma sätt som de fysiska och medicinska behoven.

Världshälsoorganisationens [WHO] handlingsprogram för ett aktivt åldrande beskriver ett åldrande där människor förverkligar sina möjligheter till ett fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande under hela sitt livslopp, samt deltar aktivt i samhällslivet och ges samhälleligt stöd när de behöver för att upprätthålla självständighet och oberoende (WHO, 2002). Enligt etisk kod för arbetsterapeuter (Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], 2012) är yrkets mål att främja möjligheter till ett gott liv genom att stödja personens förmåga till aktivitet och delaktighet utifrån individens perspektiv och behov, med hänsyn till möjligheter och hinder i omgivningen. Detta grundar sig på filosofiska antaganden där människan bland annat ses som en social individ och att hälsa är kopplat till aktivitet och delaktighet där vi utvecklas genom våra aktiviteter (FSA, 2012).

Ofrivillig ensamhet -definition av begreppet

Ofrivillig ensamhet, eller begreppet *loneliness* som använts i litteratursökningen, är något som troligen alla människor upplever någon gång i livet. Upplevelsen av ensamhet är i högsta grad subjektiv, det vill säga personligt tolkad, men även den personliga upplevelsen kan variera genom livet och i olika situationer. Ofrivillig ensamhet, vilket denna uppsats inriktar sig på, ska inte blandas ihop med att vara ensam för att man önskar det; man kan vara för sig själv utan att lida av det, liksom att man kan befinna sig bland andra men ändå känna sig ensam. Den ofrivilliga och potentiellt skadliga ensamheten uppstår först då antalet sociala kontakter är färre eller i mindre utsträckning än vad personen själv önskar (Walton, Shultz, Beck & Walls, 1991).

Social ensamhet innebär att sakna sociala kontakter med till exempel vänner eller familj, trots att personen skulle vilja vara en del av sådana sammanhang (Strang, 2014). Emotionell

ensamhet innebär att man trots ett flertal eller många sociala kontakter, saknar en närmare person att dela djupare tankar med. Social isolering är ett objektivi t mätbart mått på hur många och vilka sorters relationer personen har, och säger alltså inget om individens upplevelse av situationen eller om denne känner sig ensam. Statistiskt sett är faktorer som att vara gift eller sammanboende bra för hälsan, men det är inget som i sig innebär att man inte känner sig ensam (Strang, 2014). Även om man kan definiera ett begrepp på olika sätt så är enda sättet att förstå en persons upplevelse av ensamhet att fråga varje individ om just dennes upplevelse, tankar och erfarenhet, något Cloutier-Fisher, Kobayashi & Smith (2011) poängterar. Genom intervjuer med äldre personer som objektivi t sett var klassade som socialt isolerade men inte nödvändigtvis upplevde sig ofrivilligt ensamma med deras begränsade sociala nätverk, kom forskarna i den studien fram till att ensamhet bör förstås genom ett livsloppsperspektiv; utifrån personliga faktorer som livserfarenheter, familj och sociala mönster över tid.

Ofrivillig ensamhet relaterat till ohälsa

Flertalet studier visar på att ofrivillig ensamhet kan leda till försämrad hälsa. Ett exempel är att det genom att leda till ökad stress kan vara en bidragande orsak till hjärt-och kärlsjukdomar (Hawkey, Burleson, Berntson & Cacioppo, 2003). Personer som lider av ofrivillig ensamhet uppfattar sina liv som mer stressfyllda, vardagsuppgifter som mer krävande och sig själva som mindre kapabla att klara dagliga utmaningar än icke-ensamma (Hawkey et al, 2003). Den upplevda stressen leder till förändringar i sympatiska nervsystemet, som om de pågår under längre tid kan leda till en kronisk stressfaktor, vilket i sin tur kan bli en riskfaktor för kärlekskramp, hjärtinfarkt eller stroke (Strang, 2014). Ofrivillig ensamhet kan också leda till nedsättning av kognitiva funktioner enligt en studie där man funnit att högre skattning av ensamhet och isolering hade ett samband med lägre kognitiva funktioner än övriga deltagare vid uppföljningen fyra år senare (Cacioppo & Cacioppo, 2014). Ofrivillig ensamhet är även sammankopplat med depression (Bekhet & Zausniewski, 2012).

Äldre personer är särskilt utsatta för risken att bli ofrivilligt ensamma på grund av orsaker ofta förknippade med åldrande, såsom nedsatt fysisk hälsa, dödsfall av närstående, förlust av sociala kontakter på arbetet då man går i pension, barn som flyttar hemifrån och en förändring av roller då livet förändras i samband med det naturliga åldrandet (Walton, Shultz, Beck & Walls, 1991). Risken ökar även i takt med åldern och är vanligast bland de äldre äldre. (Pinquart & Sörensen, 2001). Majoriteten av studier som gjorts om ensamhet visar på att kvinnor upplever ensamhet och social isolering oftare än män. Detta anses kunna bero på att

det för kvinnor är mer accepterat att erkänna sin ensamhet, eller att kvinnor under sina liv har fler sociala kontakter, vilket även leder till fler förluster allt eftersom de åldras, medan män ofta uppger sin fru som sin närmaste. Det är också vanligare att kvinnor förlorar sina män och blir änkor än tvärtom (Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000). Utöver att ofrivillig ensamhet kan leda till fysisk ohälsa kan även fysisk och mental ohälsa vara en bidragande orsak till att bli ensam då det kan innebära begränsade möjligheter till sociala aktiviteter (Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000). Äldre med låg inkomst löper större risk för ofrivillig ensamhet (Pinquart & Sörensen, 2001) vilket de resonerar beror på sämre tillgång till kommersiella sociala aktiviteter och begränsad ekonomisk möjlighet att kunna ta emot stöd från andra.

Arbetsterapi och ofrivillig ensamhet bland äldre

Arbets terapeuter liksom fysioterapeuter arbetar med rehabiliteringsinsatser i kommunal äldreomsorg. Socialstyrelsen (2007) definierar rehabilitering som *”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”* och förklarar vidare att de målinriktade insatserna, som kan kombineras, kan vara av allt från arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, social, teknisk och psykologisk art.

De arbetsuppgifter arbets terapeuter ägnar mest tid åt i äldreomsorgen är till största del bedömning av behov av hjälpmedel, följt av individuell träning och administrativt arbete (Socialstyrelsen, 2003). Arbets terapeuterna i Socialstyrelsens undersökning menar på att deras kompetens inte tas tillvara fullt ut, utan begränsas till hjälpmedel och bostadsanpassningsbedömningar. De kommunala arbets terapeuterna önskar mer tid för att träna upp patientens funktionsförmåga och mer tid till förebyggande arbete, uppföljning av rehabiliteringsinsatser och att utbilda personal.

Det arbets terapeutiska perspektivet utgår från patientens upplevelser, där hälsa förklaras utifrån ett holistiskt synsätt där psykiskt, fysiskt och socialt välmående påverkar varandra, där aktivitet ger hälsa genom att personen engagerar sig i aktiviteter som känns meningsfulla och på så sätt upprätthåller och utvecklar sina förmågor och sociala relationer (Wilcock, 2005). En av få vetenskapliga artiklar om arbets terapi och ofrivillig ensamhet bland äldre visar att ofrivillig ensamhet identifierats som vanligt förekommande bland de som bor på äldreboende. Artikelförfattarna visade att engagemang i meningsfulla aktiviteter kan motverka detta, och

att arbetsterapeuter bör möjliggöra detta utifrån vad som är kulturellt relevant för klienterna till exempel genom att utbilda personal och göra anpassningar i miljön (Du Toit, Böning & Van der Merwe, 2014).

Borell och Iwarsson (2013) menar att det behövs mötesplatser utan kommersiella intressen där äldre personer med nedsatt funktion/-och eller aktivitetsförmåga kan känna delaktighet och gemenskap i meningsfulla aktiviteter för att förebygga social isolering och motverka känslor av ensamhet. En sådan plats skapades och implementerades på många orter i Finland efter genomförandet av en socialt stimulerande gruppintervention mot ensamhet för att förbättra äldres hälsa (Pitkala, Routasalo, Kautiainen, Sintonen & Tilvis, 2011).

Yrkeskategorierna bland gruppledarna var sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Deltagarna som uppgett att de kände sig ensamma fick möjlighet att utefter intresse tillsammans med andra forma dagverksamheten där gruppledarens roll var att stärka individen och uppmuntra kamratstöd samt anpassa aktiviteterna efter deltagarnas förmåga. Medan deltagarna utförde aktiviteterna delade de med sig av sina erfarenheter och stöttade varandra så att de lättare kunde bemästra sina känslor av ensamhet. Ett år efter interventionen visade det sig att deltagarna skaffat nya vänner och självständigt fortsatt ha kontakt med gruppmedlemmarna från interventionen (Pitkala, Routasalo, Kautiainen & Tilvis, 2009).

Mer information om vad arbetsterapeuter gör inom ämnet ofrivillig ensamhet eller skulle vilja göra, utöver de artiklar som tagits upp, gick inte att finna vid sökning i de medicinskt relaterade databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo. Arbetsterapeuters kunskap om aktivitet och delaktighet samt dess inverkan på människan lämpar sig väl för att ta sig an frågor om ofrivillig ensamhet, så som visat genom tidigare nämnda studier. Genom att möjliggöra delaktighet i sociala aktiviteter skulle känslor av ensamhet kunna lindras eller till och med människor hjälpas att komma ifrån problemet genom att skapa plattformar för nya relationer.

Teoretisk referensram

Ur ett arbetsterapeutiskt teoretiskt perspektiv är den sociala aspekten viktig, eftersom den ingår i helheten såsom beskrivet i den arbetsterapeutiska praxismodellen *Model of Human Occupation* [MOHO] (Kielhofner 2008/2012). Modellen ger ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv förståelse och förklaring av det dynamiska sambandet i mänskligt aktivitetsutförande, ”görandet”, utifrån person, miljö och aktivitet. Sker förändring i någon av komponenterna leder det till förändring i aktivitetsutförandet. Personen består enligt modellen

av: viljekraft (motivation till aktivitet), vanebildning (process som organiserar aktiviteter i vanor och rutiner) och utförandekapacitet (fysiska och mentala förmågor) vilka representerar hela människan men kan inte bedömas utan kunskap om den miljö personen befinner sig i. Miljön beskrivs som de fysiska, sociala, kulturella, ekonomiska och politiska kontexter som innebär potentiella möjligheter, resurser, krav och begränsningar i interaktionen med människan. Mänsklig aktivitet består av aktiviteter i det dagliga livet, fritid/lek och produktivitet. Människans tid upptas av aktivitet i ett återkommande aktivitetsmönster, den fysiska omgivningen förändras och påverkas av aktivitet och som sociokulturella varelser är vi delaktiga i aktiviteter som ger mening och struktur i vardagen.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva kommunala arbetsterapeuters erfarenheter av identifiering av och insatser mot ofrivillig ensamhet bland äldre.

Metod

Design

För att besvara syftet genomfördes en tvärsnittsstudie med kvalitativ ansats i form av semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide (se bilaga 1). Till skillnad från enkätundersökning möjliggör intervjuer utrymme för följdfrågor, en djupare förståelse och skapande av konsensus i mötet mellan forskare och intervjuperson (Rosengren och Arvidsson 2002). Utgångsläget var att intervjupersonerna bär den information som är intressant för studien och detta fås fram genom intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2014).

Urval

Urvalskriterierna var yrkesverksamma arbetsterapeuter som har stark koppling till syftet med studien. Dessa arbetsterapeuter hittades inom den kommunala äldreomsorgen genom internetsökningar. I val av intervjupersoner låg fokus på att finna de individer som hade mest att bidra med (Rosengren och Arvidsson, 2002). Inklusionskriteriet var att intervjupersonerna skulle ha arbetat som arbetsterapeuter i minst ett år inom kommunal verksamhet. Detta motiveras med att de då förmodligen har fått erfarenheter och perspektiv över sitt arbete. Exklusionskriterium var personer i chefsposition utan direkt klientkontakt.

Beskrivning av undersökningsgruppen

Åtta personer intervjuades, av dessa var alla kvinnor och legitimerade arbetsterapeuter. De kom från fem kommuner i södra Sverige varav tre små landsbygdskommuner, en medelstor kommun och en storstadskommun. Arbetslivserfarenheten varierade från 12 till 30 år, men merparten hade tjugo års arbetslivserfarenhet inom yrket och ett flertal år inom kommunal verksamhet. Sju arbetsterapeuter arbetade inom kommunal rehabilitering. En av de intervjuade arbetade på organisatorisk nivå i kommunen med ansvar för träffpunkter för äldre samt hade eget ansvar för en gruppverksamhet en gång i veckan.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes med en egenkonstruerad intervjuguide (se bilaga 1) baserad på studiens syfte. Intervjuguiden användes som stöd under intervjun. Med kvalitativ ansats och semistrukturerade intervjuer lämnade intervjuerna utrymme för följdfrågor, vidareutveckling och förklaringar (Rosengren och Arvidsson, 2002). Frågorna i intervjuguiden diskuterades med handledaren inför testintervjun.

En testintervju genomfördes med en socionom ur den ena författarens bekantskapskrets med erfarenhet i kommunal äldreomsorg och arbete med sociala frågor. Inför intervjun delade författarna upp ansvarsområden där den ene hade huvudansvaret för att ställa frågorna. Den andre förde anteckningar och såg till att alla områden täcktes och ställde följdfrågor. Efter testintervjun justerades svårtolkade frågor. På detta sätt ökade validitet och mätsäkerhet inför de andra intervjuerna vilket Rosengren och Arvidsson (2002) menar är ett exempel på kvalitativ ansats då nygenererad kunskap reflekteras och tas in i datainsamlingsprocessen.

Procedur

Arbetsterapeuter och träffpunkter/dagverksamheter söktes upp genom internetsökningar och genom kontakter. Arbetsterapeuterna kontaktades via mejl med bifogat informationsbrev och samtyckesblankett, eller via telefon och sedan mejl. Externt bortfall motverkades genom att i god tid kontakta personer med intervjuförfrågningar och ge dem tydlig information. Om någon avböjde medverkan så fanns tid att kontakta ytterligare personer för intervju tills det empiriska materialet var tillräckligt stort för att besvara frågeställningarna (Kvale & Brinkmann, 2014). I förfrågan om medverkan av intervju avböjde tre arbetsterapeuter varav en tackade nej med förklaringen att hon inte arbetar med ensamhetsproblematik mer än att

hänvisa patienten till träffpunkter eller ta kontakt med biståndshandläggare. Ytterligare tjugotre svarade inte alls på förfrågan.

Intervjuerna ägde rum på för arbetsterapeuten valfri tid och plats samt pågick mellan 45 till 60 minuter. När intervjuerna genomförts överfördes det inspelade digitala materialet från smartphone till dator. Kort tid efter intervjun påbörjades transkribering av ljud till text, för att kunna ta stöd av minnen och anteckningar av tillfället om det inspelade talet blev otydligt. För att den framställda texten, analysmaterialet, skulle spegla intervjusituationen skrevs vad som sades ordagrant och även känslouttryck som till exempel skratt och pauser (Kristensen, 2014).

Analys av data

Det transkriberade materialet från de åtta intervjuerna analyserades utifrån Kristenssons (2014) strukturerade beskrivning av kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Intervjuerna lästes och sammanfattades kort var för sig av författarna och diskuterades sinsemellan för en övergripande förståelse av innehållet. Genom hela analysen var studiens syfte i fokus för att hitta skillnader, likheter och mönster i texten i enlighet med manifest innehållsanalys, vilken dock allteftersom övergick i en mer latent analys.

Innehållsanalys är en lämplig analysmetod för ovana författare eftersom möjligheten finns att analysera på olika svårighetsnivåer. Manifest innehållsanalys är en lämplig startpunkt, från vilken man sedan kan övergå till att finna underliggande mening genom en mer latent analys på olika nivåer (Graneheim & Lundman, 2004). Ur texten tog sedan författarna var för sig ut meningsbärande enheter utifrån det som tillhörde studiens syfte. Detta för att öka validiteten då författarna inte påverkades av varandra (Kvale & Brinkmann, 2014). De meningsbärande enheterna gavs koder som författarna jämförde och diskuterade. Koderna grupperades sedan i underkategorier med en rubrik för gemensam nämnare. Författarna diskuterade vad de olika underkategorierna hade för gemensam betydelse och utifrån detta grupperades de i kategorier. Efter att ytterligare gått igenom materialet hittades en huvudkategori. Underkategorierna och huvudkategorin besvarade tillsammans studiens syfte. Exempel på analysmetoden visas i tabell 1. Det slutgiltiga resultatet resulterade i en huvudkategori och fyra underkategorier.

Tabell 1 exempel på innehållsanalys

Meningsbärande enhet/citat	Kod	Underkategori	Kategori
”Anpassning för att komma ut och in från sin bostad och sånt här. Man möjliggör miljömässigt för att kunna komma ut i samhället och kunna vara delaktig och fortfarande kunna träffa människor och så.”	Anpassning boendemiljö Möjliggöra delaktighet i samhället	Tillgänglighet och träning	Åtgärder mot ofrivillig ensamhet

Forskningsetiska avvägningar

Genom hela uppsatsarbetet har etiska avväganden gjorts genom att inför varje moment beaktat Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer för individskydds krav vilka är; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet följdes då samtliga som berördes av studien fick tydlig information både muntligen och skriftligen om vad som förväntades av deras deltagande och att medverkan var frivillig med rätt att avbryta. I informationsbrevet gavs information som kontaktuppgifter till personerna bakom studien, syftet med studien, beskrivning av hur intervjun skulle gå till, hur uppgifterna som lämnats skulle hanteras och hur och var arbetet skulle publiceras. Samtyckeskravet tillgodoseddes då information gällande frivillig medverkan och rätt att avbryta denna medverkan getts och samtyckesblanketten skrivits under. Konfidentialitetskravet följdes genom att personerna i studien informerades skriftligt och muntligt om att etiskt känsliga uppgifter och alla uppgifter kring deltagarna förvarades och offentliggjordes så att utomstående inte ska kunna identifiera enskilda deltagare genom dem (Vetenskapsrådet, 2002). Nyttjandekravet följdes då inspelat material endast används i denna studie och sedan förstörs efter att arbetet slutförts.

Resultat

Innehållsanalysen resulterade i huvudkategorin *Det mesta arbetet mot ofrivillig ensamhet sker indirekt* samt fyra underkategorier; *Identifierar ofrivillig ensamhet i äldres vardag*, *Prioriteringsfråga*, *Åtgärder mot ofrivillig ensamhet* och *Förbättringsmöjligheter*.

Det mesta arbetet mot ofrivillig ensamhet sker indirekt

Huvudkategorin som återfanns mer eller mindre i samtliga underkategorier var att de intervjuade arbetsterapeuternas arbete kring ämnet ofrivillig ensamhet nästan alltid sker indirekt. Den första underkategorin *Identifierar ofrivillig ensamhet i äldres vardag*, behandlar hur ofrivillig ensamhet identifieras i patientrelationen främst genom en helhetsbild över vardagen och en förståelse av livshändelser som kan resultera i känslan av ofrivillig ensamhet och isolering. Flera intervjuade personer beskriver att de kan upptäcka ofrivillig ensamhet när de gör en helhetsbedömning oavsett vad anledningen till behovsbedömningen var från början. Även i lösa samtal kan ofrivillig ensamhet märkas eller komma upp. Andra underkategorin *Prioriteringsfråga*, handlar om att sociala aktiviteter hamnar långt ner i prioriteringslistan i arbetsterapeuternas arbetsuppgifter. En av de intervjuade arbetsterapeuterna berättar att hon inte fokuserar på ofrivillig ensamhet eftersom hon inte har tid och resurser, men att hon uppmuntrar patienter till de aktiviteter som erbjuds i kommunen när hon möter ofrivillig ensamhet. I tredje underkategorin *Åtgärder* beskriver flera av intervjuade personerna att de interventioner de gör gällande tillgänglighet och träning ofta har en positiv effekt även ur en social aspekt. Däremot är det få som formulerar mål som är uttryckligen sociala. Om en patient uttrycker att denne känner sig ensam blir åtgärden att rekommendera eller informera om sociala möjligheter istället för att göra en egen intervention. I fjärde underkategorin *Förbättringsmöjligheter* ser ett flertal av de intervjuade en brist i att deras kompetens inte tas tillvara. Istället för att enbart göra interventioner gällande tillgänglighet och träning som indirekt även har positiva sociala effekter, skulle deras kompetens kunna tas tillvara på ett bättre sätt genom insatser mer direkt riktade mot problematiken med ofrivillig ensamhet.

Identifierar ofrivillig ensamhet i äldres vardag

Flertalet intervjuade arbetsterapeuter berättar att det är i helhetsbedömningen som ofrivillig ensamhet upptäcks även om hembesöket primärt gällde annan åtgärd, till exempel förflyttningsproblematik.

“Och där kommer ju ensamheten in, kan jag ju tycka. För jag pratar ju liksom i, ADL-taxonomi, vad gör du på dagarna, hur får du tiden att gå, vad är meningsfullt för dig, går du på dagcentralen, träffar du vänner, kommer du ut? Alltså jag gör den helhetsbedömningen.”

Vid kartläggningen över hur den äldre personen fungerar i sin vardag är det många av arbetsterapeuterna som nämner vikten av att ta sig tid för samtal och att inte stressa. Då kan ibland ofrivillig ensamhet framkomma i de äldre personernas berättelse utifrån vad de tidigare gjort och vad som är viktigt i livet för dem men inte görs idag. De erfarenheter arbetsterapeuterna har av äldres livsförändringar som kan orsaka ofrivillig ensamhet är många:

”Det kan vara vänner och bekanta och släkt som börjar succesivt gå bort så att man känner att man mer och mer blir ensam kvar, och hur det påverkar valet av sina aktiviteter i sin vardag. Man stannar mer hemma än att göra saker ute bland andra.”

Könsroller kan vara en orsak, där kvinnan i en relation med maken tagit ansvar för att träffa och hålla kontakt med vänner och barn. Vid hennes död har maken svårt att upprätthålla detta och får ett försämrat socialt utbyte och stöd från sin omgivning. Matlagning behöver inte bara vara brist på erfarenhet om ena partnern gått bort, utan även en känsla av att det inte är lika viktigt att laga god mat till sig själv:

”Men visst påverkar det aktiviteterna på olika sätt när man är ensam, det här med matlagning till exempel, man kanske bara äter en smörgås.”

Andra orsaker kan vara långa avstånd till barn och vänner. Här nämner de intervjuade arbetsterapeuterna exempel där barnen i all välmening hjälpt sin förälder att flytta närmare dem men där den äldre personen många gånger berättar att de trivts och klarat sig bättre i sin invanda hemmiljö med vännerna i hyreshuset. Även förändringen från ett yrkesliv till en pensionärstillvaro kan ibland bli svår. Särskilt för dem som varit ett med sitt arbete och inte haft så många intressen vid sidan av berättar en av intervjupersonerna. En annan nämner liknande erfarenheter utifrån sina patienter:

“... och det är klart det finns ju den negativa ensamheten när arbetet liksom upphör, man blir pensionär och förändringar och då blir ju liksom en annan roll i livet som gör att man känner sig ensam.”

I intervjuerna framkom erfarenheter där sjukdom och funktionshinder kan innebära känslor av ensamhet, som i fallet med en kvinna med svår afasi där relationerna påverkades negativt. Att ha en tung börda som anhörigvårdare i ett förhållande kan påverka känslan av ensamhet och skapa isolering. Rädslan och osäkerheten att ta sig ut särskilt vintertid, gör lätt att de äldre

riskerar att bli passiva och hellre stannar hemma. En av arbetsterapeuterna berättar att hon upplever ofrivillig ensamhet som vanligare på särskilt boende än bland de som bor hemma, och tror att det mycket beror på sysslösheten där, även om de har folk runtomkring sig.

Överlag tycker de intervjuade arbetsterapeuterna att det är relativt vanligt att äldre uttrycker att de känner sig ensamma även om flertalet var noga med att förtydliga att de flesta äldre är aktiva långt uppåt åren och att ensamhet inte behöver betyda att patienten inte är nöjd med sin tillvaro.

Prioriteringsfråga

Det framkommer i flera intervjuer att arbete mot ofrivillig ensamhet ses som något viktigt eller som en möjlig del av deras arbete som arbetsterapeuter, men att det inte finns resurser och att det finns mycket annat som prioriteras högre.

“Nej det kommer inte högt på prioriteringslistan så kan jag väl säga. Tyvärr. Det är en rätt slimmad verksamhet och vi är ändå rätt bra bemannade. Men det är en viktig sak att ta fatt i.”

Några av de intervjuade påpekar att arbetsterapeuter har många arenor de skulle kunna vara verksamma i, men att de hela tiden måste skärma av för att göra det viktigaste för att få vardagen att fungera för sina patienter, och att de inte riktigt räcker till även om det är något de skulle kunna göra inom en arbetsterapeutisk ram. En nämner att ofrivillig ensamhet ingår som en del av vardagen och helheten, men att det finns annat hon prioriterar att arbeta med först. Skulle ett behov av insatser mot ensamhet upptäckas kan hon ta kontakt med en aktivitetsledare. Ytterligare en intervjuperson beskriver att hennes chef brinner för att förebygga ofrivillig ensamhet, men att tid och resurser är begränsade. Även om tid skulle finnas för sociala åtgärder beskriver en arbetsterapeut att hon hellre prioriterar att vara sina kollegor behjälplig.

“Så jag menar det här med tidsaspekten, även om jag kanske skulle ha tid, man har vissa grejer man ska göra men det känns lite som om jag lyxar om jag ägnar mig åt det, i sådana fall ska jag hellre hjälpa kollegor med något. Det kan kännas lite så. Men det är ju intressant, bara ni kommer hit så kan vi ju ta upp det. Alltså, det är ju det.”

En intervjuperson säger att det fattas resurser för att kunna gå djupare in på problematik som rör ofrivillig ensamhet. En annan upplever sig inte begränsas av tid och resurser.

“Ärligt så känner jag inga begränsningar. Jag känner mer det, jag har ju möjlighet! Vi har ett fritt och flexibelt jobb. Alla i teamet är måna om att personen ska må bra.”

Ofrivillig ensamhet är en arbetsterapeutisk uppgift menar flera intervjuade men säger att de inte hinner arbeta med det så ofta eller att det ligger lite långt ner på prioriteringslistan. En intervjuad arbetsterapeut skulle vilja hinna prata om ofrivillig ensamhet varje gång hon träffar en patient, men att det inte blir så ofta.

Åtgärder mot ofrivillig ensamhet

Flera av de intervjuade har erfarenhet av så kallad uppsökande verksamhet vilket innebär att alla personer över en viss ålder får information om vilka möjligheter och verksamheter som finns i kommunen, däribland de sociala verksamheterna. Merparten berättar att information om sociala möjligheter är en vanlig åtgärd vid ofrivillig ensamhet. Vissa brukar rekommendera kyrkan eller Röda korset, en har alltid broschyrer med sig om vad som händer på dagcentralerna. Det händer även att de följer med en patient till dagcentralen om det behövs för att visa vad som finns.

Ofrivillig ensamhet märks tydligt, menar en av arbetsterapeuterna, i de återkommande samtalen med patienterna inför varje träffpunktstillfälle där de blir tillfrågade om de vill delta. Det händer då att patienterna har ett stort samtalsbehov, ibland upp till 45 minuter, och då får man helt enkelt ta den tiden till att prata berättar intervjupersonen.

Nästan ingen av de intervjuade talar om individriktade åtgärder eller insatser direkt riktade mot ofrivillig ensamhet. Däremot ser många det som en del i att träna funktion och att öka tillgänglighet vilket indirekt ökar möjligheterna för social kontakt och delaktighet. En intervjuad arbetsterapeut hade dock skrivit ut en elrullstol till en patient av ensamhetsskäl, med syfte att hon skulle kunna ta sig ut och vara social. En annan intervjuad såg hur en patients elrullstol gav stor social effekt då hon blev mer självständig och blev glad av att kunna komma ut och prata med folk. Flera intervjuade delger att rullstolsutskrivning, anpassning eller träning möjliggör social delaktighet, men att målen med åtgärderna uttryckligen inte är sociala.

“Anpassning för att komma ut och in från sin bostad och sådant. Man möjliggör miljömässigt för att kunna komma ut i samhället och kunna vara delaktig och fortfarande kunna träffa människor och så.”

En gruppintervention för socialt isolerade personer, vilken en intervjuad arbetsterapeut hade huvudansvar för, resulterade i att många av deltagarna blev vänner och fortsatte att träffas efter interventionen. Den typen av verksamhet behövs verkligen ansåg hon. En annan del i arbetet mot ofrivillig ensamhet berättar en intervjuperson är att motivera patienterna till att bli mer aktiva och delaktiga.

“Och just att jobba med motivation är jätteviktigt tycker jag. Vill de inte någonting själv då kan man nog aldrig, men just att hitta en metod att närma sig personen och det här med motivationsarbete det är jätteviktigt, och på rimlig nivå så att man når dem.”

En intervjuperson säger att det handlar om att ta reda på vad personen själv tycker, att ge råd och stöd utifrån det och att medvetandegöra patienterna om sina svårigheter så att de själva kan ta tag i problemen. Att ta reda på vad de själva vill och motivera med det. Andra intervjupersoner beskrev att ibland behövs endast lite uppmuntran för att patienten själv ska klara av att ta tag i det. Att arbeta i patientens hemmiljö kan ge mycket ledtrådar om patientens liv berättar en intervjuperson, vilket hon använder till att locka fram motivation genom att visa ett genuint intresse för personen, men betonar att det är en balansgång mellan det privata och professionella.

“Det är en svår gräns där också för man får inte lämna ut sig själv alldeles för mycket. Men att vara... ändå ha lite koll på de här sociala grejerna. Att man känner till något om barn eller djur eller gammalt intresse. Att man plockat upp någonting och plockar fram det så att man ändå motiverar dem.”

Vårdhund används ibland för att just motivera, särskilt för att komma ut och gå. En intervjuperson berättar att patienten sätter hundens behov före sina egna. Hunden används ibland när arbetsterapeuten märker att ett behov av att komma ut och träffa folk finns men att patienten är omotiverad.

“Då blir det oftast mycket bättre än att man ska ut och gå där och traska med en vårdpersonal och känna liksom ‘äh, detta var inte så kul.’ Men får man en hund bredvid sig så blir det mycket roligare.”

Framförallt män är så ensamma att de uttrycker suicidtankar berättar en intervjuad arbetsterapeut. Hon har märkt att ofrivillig ensamhet kan förebyggas hos dessa personer

genom att föreslå fysisk gruppaktivitet på dagrehabiliteringen. Anledningen är främst för den sociala biten, men mot gruppen män är det lättare att motivera med fysisk aktivitet jämfört med annan social samvaro menar hon.

De intervjuade arbetsterapeuterna berättar att de har löpande samarbete med andra yrkesgrupper. Oftast i teammöten med sjukgymnast, hemtjänst, biståndshandläggare och sjuksköterska där de tillsammans försöker hitta lösningar på ofrivillig ensamhet. Särskilt hemtjänsten är enligt en intervjuperson viktig för att upptäcka, ge förslag och åtgärda där det finns behov av insatser.

“Hemtjänstpersonalen är mycket duktiga på att hitta och locka personer och försöker komma med försök. För de är ju vår förlängda arm, alltså vår länk. De träffar de här personerna varje dag. Vi träffar dem kanske en gång i månaden.”

Det framhålls av flera intervjuade arbetsterapeuter att i samarbete med hemtjänsten arbetar de för att insatserna ska få mer rehabiliterande och social karaktär för att patienterna ska bli mer aktiva och delaktiga i det som görs.

“Jag försöker gå in ibland och styra att det ska vara social karaktär. Att de mer står med händerna på ryggen och han får laga maten tillsammans och att det inte blir framplockat utan att han plockar fram och så pratar man under tiden.”

Flertalet intervjupersoner menar att frågan om ofrivillig ensamhet är ett delat ansvar mellan olika professioner och att det inte finns någon som har det som ett specifikt område. Åtgärden blir densamma oavsett vilken yrkesgrupp som ansvar för det. Fler av de intervjuade berättar att de ger information om de träffpunkter, organisationer och frivilligorganisationer som finns i området.

“Vad vi gör då, det tror jag alla personalkategorier gör likadant, så erbjuder vi det som finns. Det finns träffpunkter, det finns SPF och PRO som olika saker.”

Förbättringsmöjligheter

Ett flertal av de intervjuade arbetsterapeuterna ser en brist i att deras kompetens främst är kopplad till hjälpmedel både hos patienter, andra professioner och chefer. De menar att deras

professionella bredd och helhetsbild som även täcker sociala faktorer skulle kunna tas tillvara på ett bättre sätt för att främja hälsa och även spara in vård- och omsorgskostnader.

“Våra chefer hela vägen upp. Finns inte någon där som har vår utbildning. Därför har det blivit brist på kunskap från högre upp vad vi kan och inte kan. Så får man inte gehör därför att de inte har den här kunskapen. Så blir det lätt att det nischas in på något konkret och bra. Även om vi liksom bara ‘men vi kan mer snälla!’ liksom. Jag tror det har med styrandet att göra mycket.”

En arbetsterapeut beskriver sin chef som förebild och ett stöd då denne verkar för att alla patienter ska ha samma förutsättningar för rehabilitering oavsett om det är av psykisk eller fysisk karaktär. Vidare tillägger hon att det krävs en öppenhet mot kanske nya sätt att bemöta patienter och nya hjälpmedel för det som tidigare sågs som ett egenansvar.

Ett antal intervjuade önskade mer tid och resurser för rehabiliteringsinsatser då det skulle få fler pensionärer i kommunen att bli självständiga och mer aktiva i samhället. Att ofrivilligt ensamma personer larmar eller ringer efter sjuksköterskorna mest för att få kontakt skulle också minska. Även positiva effekter för de anhöriga skulle uppnås.

”Om man upplever sig ensam och sedan får en möjlighet att inte känna sig ensam så måste det ju öka välbefinnandet, ja inte bara hos den personen utan alla runtomkring. Att man som anhörig också kan känna då att mamma eller pappa mår bättre.”

Flertalet av intervjupersonerna ser gruppaktiviteter som något de skulle kunna vara med och utveckla för att bryta social isolering och känslan av ensamhet, något de inte gör i nuläget. En av intervjupersonerna resonerar att arbetsterapeuter med sin kunskap om aktiviteters betydelser, förståelsen av människan utifrån en helhetssyn samt att i motivationsarbetet kunna locka fram en aktivitet lättare kan förstå vad som behövs för att skapa en bra mötesplats. Flera har erfarenhet av gruppaktiviteter sedan tidigare anställningar inom till exempel öppenspsykiatri och dagrehabilitering på sjukhuset där de ordnade med själva strukturen kring mötet men där deltagarna formade innehållet. Att träffa andra som har varit med om samma upplevelser kan stärka patienterna emellan menar en intervjuperson och tillägger att patienterna ger varandra bättre tips utifrån deras erfarenheter än hon har möjlighet till.

Vidare så önskade många av de intervjuade ett större utbud av fritidsaktiviteter och mer individuellt utformade fritidsaktiviteter för de äldre, men ser även att detta är en personalresursfråga.

“Men det viktiga är ju att det finns ett utbud av aktiviteter att tillgå. För det är väl bingo, alla tycker ju inte om att spela bingo, alltså tycker jag om fotboll så finns det inte riktigt chans för mig att åka på en fotbollsmatch kanske. Det är vi inte riktigt personal till.”

En nackdel med träffpunktsverksamheter i kommunen uppger en intervjuad är att träffarna ofta är schemalagda under ett par timmar i veckan. En av hennes patienter hade påtalat bristen på otvungna aktiviteter.

“Han saknade en kiosk bara med ett litet fik på äldreboendet där man kunde rulla in och ta en kopp kaffe och slänga käft med den som gick förbi. Det, det är det ont om! Det här som inte är så planerat. Det finns ju inget.”

Flertalet intervjupersoner hade idéer, som att utformningen av särskilda boenden borde ha fler tillgängliga och inbjudande samlingsrum med exempelvis mikrovågsugn och leksaker för att göra samvaron med anhöriga och bekanta lättare då hyresrummen ofta är små. I glesbygdskommunerna såg de intervjuade arbetsterapeuterna gärna att kollektivtrafiken inte försämrats då de upplever att det oftast är resan som är ett bekymmer för att träffa andra.

Samtliga intervjuade arbetsterapeuter var positiva till de möjligheter social teknik och sociala medier kan erbjuda för att söka information och kontakta släkt och vänner. Även om det inte är något de jobbar med i nuläget tror de att det kommer vara en uppgift som kommer mer i framtiden, som att till exempel visa hur teknik som smartphones, surfplattor, datorer och sociala medier fungerar och stödja dem i att bli mer delaktiga genom detta.

Diskussion

Resultatdiskussion

Även om de intervjuade arbetsterapeuterna i helhetsbedömningen uppmärksammar patienters upplevelse av ofrivillig ensamhet och ser risker med den i form av passivitet, depression och demenssjukdomar är insatser mot ofrivillig ensamhet lågt prioriterade i deras yrkesutövande i dagsläget. Andra behov än att möjliggöra social delaktighet prioriteras högre på grund av tids-

och resursbrist. Återkommande under intervjuerna är dock att arbetsterapeuterna ser hur deras interventioner kopplat till tillgänglighet och träning är positivt även för patienternas sociala delaktighet, även om målen med interventionerna inte är uttryckligen av social karaktär. De jobbar alltså med att motverka ofrivillig ensamhet indirekt eftersom det ingår i arbetsterapeuternas helhetsbild av patienten, och eftersom det blir en positiv bieffekt av interventioner som rör annat. Därav huvudkategorin *Det mesta arbetet mot ofrivillig ensamhet sker indirekt*. Trots att det ingår i helhetsbilden görs väldigt få interventioner direkt kopplat till sociala mål. En intervjuad arbetsterapeut berättar även att hon ibland rekommenderar dagrehabilitering till män som uttrycker att de känner sig ensamma, men då som någon fysisk aktivitet istället för ett socialt sammanhang. Hon motiverar hellre till åtgärder där det sociala ingår indirekt för att uppnå resultat av minskad ofrivillig ensamhet. Hennes uttalande tyder på att det skulle kunna vara ett stigmatiserat ämne, vilket även Wilcox (2014) nämner i sin artikel om en telefonhjälpelinje med syfte att hjälpa äldre som känner sig ofrivilligt ensamma eller socialt isolerade. Hjälpelinjen är tänkt att vara ett sätt att lättare kunna samtala om och få råd om hur man kan bryta ofrivillig ensamhet vilket kan vara lättare att prata om över telefon eftersom det för den äldre kan upplevas som ett stigmatiserande ämne.

Att det enligt intervjupersonerna är allas ansvar inom vård och omsorg att uppmärksamma ofrivillig ensamhet kan vara positivt, men kan även innebära att ansvarsfördelningen blir otydlig och att det glöms bort. En av intervjupersonerna beskriver att det nästan ses som en lyxfråga att jobba med ofrivillig ensamhet och att lindra ensamhetskänslor. Även om hon skulle ha tid hjälper hon då hellre sin kollegas prioriterade ärenden. Wood, Furtune och McKinsty (2013) fick likartat resultat där kommunala arbetsterapeuter som arbetade med preventivt hälsofrämjande arbete upplevde att deras arbete sågs som "alternativt" och en lyx bland sina kollegor. Detta skulle kunna innebära en risk för ohälsa då det sällan ges tid och resurser till preventivt hälsofrämjande arbete.

Flera av de intervjuade påpekar att det behövs mer individbaserade aktiviteter och möjligheter för äldre för att kunna motverka ofrivillig ensamhet. Det finns gott om aktiviteter riktade till äldre genom träffpunkter och frivilligorganisationer men de är riktade till äldre som en homogen grupp, vilket de givetvis inte är utan individer med egna intressen. Aktivitetsrättvisa handlar bland annat om rätten att ha möjlighet att göra saker som ger tillfredsställelse och välbefinnande (Wilcock, 2006). Om man som äldre inte längre har möjlighet att själv göra de saker som tidigare intresserade en så kan det innebära att man får nöja sig med det som erbjuds på träffpunkter och dylikt, även om det inte alls matchar individens intressen och

önskemål. I en studie av Theurer, Mortenson, Stone, Suto, Timonen och Rozanova (2015) kopplas ofrivillig ensamhet på äldreboenden samman med brist på autonomi och tillhörighet. Brister i inflytande över de sociala aktiviteterna, även om de kan innebära glädje för stunden, riskerar att passivisera de boende menar forskarna. Önskvärt hade varit om de intervjuade arbetsterapeuterna efter att ha identifierat patientens ensamhetsproblematik arbetat mot att förändra dem mot en meningsfull vardag tillsammans med patienten utefter dennes förutsättningar och behov. Kunskapen arbetsterapeuter besitter om delaktighet och vad meningsfulla aktiviteter innebär för individen, vore en bra resurs att använda i större utsträckning för att utforma aktiviteter på boenden och träffpunkter, och då i samverkan med de äldre som deltar i verksamheten.

Flera av de intervjuade arbetsterapeuterna delgav att de identifierade risker för ofrivillig ensamhet i äldres vardag genom att de är uppmärksamma på förändringar i patienternas liv. Livshändelser i riskzonen som nämns är övergången från yrkesliv till pensionär, förlust av familj och vänner och åldersförändringar eller sjukdomar som leder till nedsatt aktivitetsförmåga. En intervjuperson nämnde att det kan innebära svårigheter för patienten att hitta meningsfullhet i sin nya situation. Begreppet *roller*, som även nämndes av en intervjuperson, handlar just om hur de roller vi har som exempelvis anställd, förälder, make/maka och så vidare, ligger till grund för stor del av de aktiviteter vi utför i vardagen. Vid förlust av roller förloras även en del av personens identitet eftersom vi ser oss själva i attityder och handlingar från andra gentemot oss själva (Kielhofner 2008/2012). Vid förlusten av roller ändras vårt aktivitetsmönster och vår aktivitetsidentitet, och i kombination med den faktiska förlusten av ett socialt umgänge kan detta leda till ofrivillig ensamhet och isolering. Arbetsterapeuterna visade god kunskap om dessa fenomen och kunde därför identifiera ofrivillig ensamhet, eller risker för detta, och sätta in åtgärder i god tid.

Det är intressant att flera intervjupersoner uppmärksammat att äldre personer känner sig mer ensamma på äldreboenden än i sin tidigare hemmiljö, något som Nyqvist, Cattan, Andersson, Forsman och Gustafson (2013) även fann i deras studie. Trots att de boende inte saknar sociala kontakter så känner de sig ensamma och samma forskare menar att det behövs en större satsning på social inkludering och sociala relationer i särskilda boenden.

De intervjuade arbetsterapeuterna framhöll ofta vikten av att motivera sina patienter till att vara aktiva, så som utevistelse och social samvaro som en del i att motverka ofrivillig ensamhet. En av de intervjuade berättade om vad hon beskrev som att skapa sig en bild av

patientens aktivitetshistoria och intressen för att använda i att motivera patienten till aktiviteter som motverkar ofrivillig ensamhet. *Viljekraft* innefattar bland annat vad som är viktigt för individen, vilka värderingar och intressen denne har och hur detta påverkar hur och vad denne väljer att göra. Processen att hitta glädje och tillfredsställelse genom att göra saker är en central komponent i anpassningen till personens aktivitetsliv. Människor måste hitta entusiasm för att göra aktiviteter som driver oss till att agera och ger oss något att se fram emot. För att ta reda på en individs värderingar och intressen måste den professionella intressera sig för personens historia och livssituation, som hela tiden speglar viljekraften (Kielhofner 2008/2012). Metoden att ta reda på och använda personens aktivitetshistoria för att motivera som en av arbetsterapeuterna delgav, är alltså kongruent med vad *Model of Human Occupation* visar på gällande viljekraftens betydelse.

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie valdes eftersom skilda uppfattningar och erfarenheter skulle samlas utifrån arbetsterapeuter med olika bakgrund. Ett brett spektrum av information var önskvärt och av denna anledning användes semistrukturerade intervjuer för att möjliggöra följdfrågor (Kvale & Brinkmann, 2014).

Intentionen var att finna de personer som skulle ha mest att bidra med i ämnet, med förhoppningen att flera skulle vara involverade i träffpunkter. En risk med urvalet är att de som tackade ja till intervju är de som tycker att ämnet är en viktig fråga att uppmärksamma och arbeta med, och att erfarenheter från de som anser att det inte ingår i deras yrkesroll därmed gått miste om.

Endast en person som jobbade med träffpunkter svarade ja till intervjufrågan. Hon skilde sig från de övriga då hon dessutom jobbade i chefsposition, dock med egen gruppverksamhet en gång i veckan vilket var viktigt för att ingå i inklusionskriterierna. Det visade sig dock att informationen från de som endast jobbade inom kommunal rehabilitering skapade en intressant utgångspunkt för resultatdiskussionen. Om studien gjorts om skulle ett mer enhetligt urval kunna vara aktuellt, eftersom personen som jobbade med träffpunkter skiljde sig mycket från övriga intervjupersoner. Detta gjorde det svårare att reflektera över intervjupersonerna som grupp. Å andra sidan visar det nuvarande resultatet på möjligheten med fler sorters anställningar i koppling till ämnet ofrivillig ensamhet.

Intervjupersonerna fick information om studiens syfte och övergripande information om vad frågorna skulle handla om men fick inte ta del av intervjuguiden på förhand. Detta för att få svar som var genuina i stunden direkt från den svarande och inte riskera att frågorna diskuterats med kolleger eller dylikt. Att skicka frågorna på förhand hade kunnat vara positivt så till vida att intervjupersonerna då fått tid att fundera igenom ämnet vilket de kanske inte hade reflekterat så mycket kring innan. Att få spontana svar var dock mer önskvärt, och det hade även kunnat ta fokus från själva intervjun om intervjupersonerna försökt hålla saker i minnet de tänkt på från när de läst frågorna tidigare.

Om det rört sig om ett ämne som var mer etablerat för arbetsterapi hade en öppen intervju varit det bästa för att verkligen få den intervjuades personliga reflektioner och tankar kring området. Trots en semistrukturerad intervjuguide med möjlighet till följdfrågor upplevdes en del frågor som något ledande och att svaren inte gav så mycket då de inte ledde till vidare information om och exempel från arbetsterapeutens yrkesliv. Testpersonen som intervjuades före de bokade intervjuerna med kommunala arbetsterapeuter var utanför det egentliga urvalet men var till stor nytta för att träna intervjuteknik, få en uppfattning om tidsåtgång och värdefull respons inför kommande intervjuer.

Vid intervjutillfällena var bägge författarna närvarande tillsammans vid sex av åtta tillfällen. Författaren som var själv under två intervjutillfällen upplevde det svårare att vara en aktiv lyssnare och samtidigt reflektera över tänkta följdfrågor som uppkom under det att intervjupersonen berättade om sina erfarenheter. Båda författarna upplevde det som positivt att vara två aktiva i intervjuerna men med olika roller. En med ansvar för att ställa huvudfrågorna och en lyssnande som kunde flika in med följdfrågor samt ställa ytterligare frågor på slutet som annars gått miste om. Båda författarnas närvaro hade alltså varit att föredra vid samtliga intervjutillfällen.

Slutsats

Syftet med denna studie var att beskriva arbetsterapeuters erfarenheter av identifiering och insatser mot ofrivillig ensamhet inom kommunal äldreomsorg. Förhoppningen är att denna studie belyser de möjligheter och begränsningar arbetsterapeuter upplever för att främja en bättre hälsa för äldre som lider av ofrivillig ensamhet. En avgörande faktor för att

arbetsterapeuterna inte lägger mer tid i arbetet mot ofrivillig ensamhet trots att merparten ser det som en del av sitt arbete är bristen på tid och resurser, men även en bristande kunskap hos chefer och andra professioner över arbetsterapeutens kunskapsområde. Mer forskning behövs kring arbetsterapeutiska interventioner mot ofrivillig ensamhet med förhoppning att förebyggande sociala insatser implementeras i äldreomsorgen. Konsekvenserna av ofrivillig ensamhet ger motiv för förebyggande hälsoarbete. En långsiktig investering skulle frigöra resurser till andra områden och på så vis möjliggöra ytterligare aktivitetsrättvisa i samhället.

Referenser

Bass-Haugrn, J., Henderson, M. L., Larson, B. A., & Mataska, K. (2005). Occupational issues of concerns in populations. In C. Christiansen, C. M, Baum & J. Bass-Haugen (Ed.) (2005). *Occupational therapy: performance, participation, and well-being* (3rd. ed.)(pp.167-188) Thorofare, NJ: Slack.

Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2012). Research Paper: Mental Health of Elders in Retirement Communities: Is Loneliness a Key Factor?. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 26(2)14-224.

Borell, L., & Iwarsson, S. (2013, nov 5). Aktivitet och rehabilitering kan ge ett hälsosamt åldrande. (Elektronisk version). *Läkartidningen*. <http://www.lakartidningen.se>

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Older adults reporting social isolation or loneliness show poorer cognitive function 4 years later. *Evidence Based Nursing*, 17(2), 59-60.

Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K., & Smith, A. (2011). The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *Journal Of Aging Studies*, 25(4),407-414.

Du Toit, S. H., Böning, W., & Van Der Merwe, T. R. (2014). Dignity and respect: facilitating meaningful occupation for SeSotho elders / Dignity and respect: facilitating meaningful occupation for SeSotho elders. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 21(2), 125-135.

Ekwall, A., Sivberg, B., & Hallberg, I. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal Of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hawkey, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 85(1), 105-120.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *Plos Medicine*, 7(7), 1-20.

Kielhofner, G. (2012). *Model of Human Occupation: Teori och Tillämpning* (C. Falk, K. Falk, H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 2008).

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. Rev uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Nyqvist, F., Cattan, M., Andersson, L., Forsman, A. K., & Gustafson, Y. (2013). Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: a comparative study. *Journal Of Aging And Health*, 25(6), 1013-1035.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic & Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.

Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., Sintonen, H., & Tilvis, R. S. (2011). Effects of socially stimulating group intervention on lonely, older people's cognition: a randomized, controlled trial. *American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 19(7), 654-663.

Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R. S. (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 64(7), 792-800.

Rosengren, K.E. & Arvidson, P. (2002). *Sociologisk metodik* (5 Rev. uppl.) Malmö: Liber.

Socialstyrelsen. (2003). *Att arbeta med äldres rehabilitering -Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2016-03-05 från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10790/2003-131-10_200313110.pdf

Socialstyrelsen. (2007). Termbanken. Hämtad 2016-03-10 från <http://socialstyrelsen.item.se/showterm.php?fTid=664>

Socialstyrelsen. (2009). *Social tillsyn: länsstyrelsernas iakttagelser under 2008 och 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-05-20 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18047/2010-6-3.pdf>

Strang, P. (2014). *Att höra till: om ensamhet och gemenskap*. Stockholm: Natur & kultur.

Theurer, K., Mortenson, W. B., Stone, R., Suto, M., Timonen, V., & Rozanova, J. (2015). The need for a social revolution in residential care. *Journal Of Aging Studies*, 35(4),201-210.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews In Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417.

Walton, C., Shultz, C., Beck, C., & Walls, R. (1991). Psychological correlates of loneliness in the older adult. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 5(3), 165-170.

WHO. (2002) *Active ageing: a policy framework*. Hämtad 2015-05-20 från http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.p

Wilcock, A.A. (2006). *An occupational perspective of health*. Thorofare, N.J.: Slack.

Wilcock, A.A. (2005). Relationship of occupations to health and wellbeing. In C. Christiansen, C. M, Baum & J. Bass-Haugen (Ed.) (2005). *Occupational therapy: performance, participation, and well-being* (3rd. ed.)(pp.134-165) Thorofare, NJ.: Slack.

Wilcox, M. E. (2014). The Silver Line Helpline: a 'ChildLine' for older people. *Working With Older People: Community Care Policy & Practice*, 18(4), 197-204 8p

Wood, R., Fortune, T., & Mckinstry, C. (2013). Perspectives of occupational therapists working in primary health promotion. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 161-170.

Bilaga

Intervjuguide

Inledande frågor

- Hur länge har du jobbat som arbetsterapeut?
- Vill du berätta kort om vad ditt jobb idag innebär och vad du har jobbat med innan?

Bakgrund

- Vad har du för uppfattning om begreppet ofrivillig ensamhet bland äldre personer?
- Är ofrivillig ensamhet något du stöter på hos äldre patienter i ditt arbete, och hur visar det sig i så fall i deras vardag?
- Vad tror du bidrar till ensamhet bland äldre?
- Vad tror du i sin tur ofrivillig ensamhet bidrar till?

Bedömning och målsättning

- Ingår det i dina arbetsuppgifter att "fånga upp" ensamhet?
- Finns det något bedömningsinstrument du använder då du misstänker ensamhet, eller hur gör du?
- Händer det att du sätter upp mål kring minskad ensamhet för dina patienter?

Intervention

- Om patienten berättar eller bekräftar att hen upplever sig ensam, vilken typ av insatser skulle du då kunna sätta in?
- Om du har en patient som behöver träning i ADL, som dessutom är ensam, hur tänker du kring att jobba individuellt kontra grupp med rehabträning?
- Tränar du rent praktiskt med dina patienter på att klara av att ta sig ut i samhället?
- Ingår eller skulle det kunna ingå att lära ut teknik till äldre för att underlätta sociala kontakter?
- Hur tror du att en arbetsterapeut skulle kunna bidra till utformningen av mötesplatser för äldre?
- Hur tänker du kring utformningen av äldreboende för gemenskap med anhöriga?

Resurser/begränsningar

- Vad ser du för möjligheter och begränsningar i dina arbetsuppgifter idag med att arbeta med att förebygga ofrivillig ensamhet och att lindra ensamhetskänslor?

Avslutande fråga

- Nu har inte vi mer att fråga om, har du något mer du vill dela med dig av?