

“Strävan till hemmaboende är en fin tanke men verkligheten här är en annan”

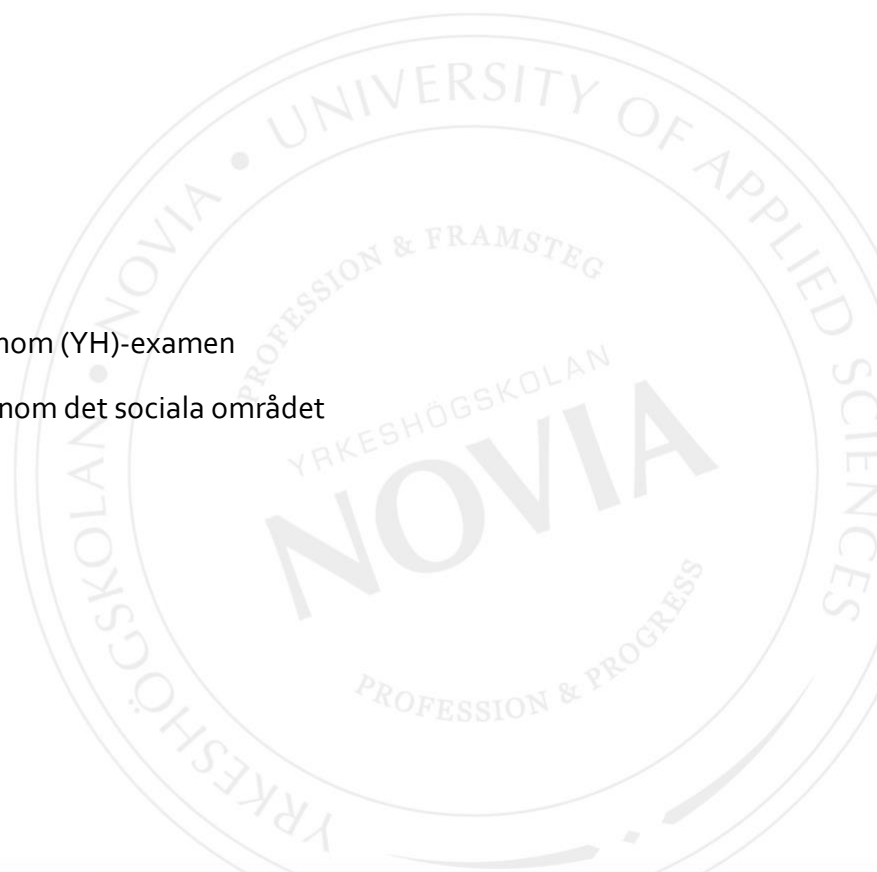
En kvalitativ studie om vilka faktorer som påverkar äldres boendesituation i Österbotten

Martina Thors

Examensarbete för Socionom (YH)-examen

Utbildningsprogrammet inom det sociala området

Vasa 2020



EXAMENSARBETE

Författare: **Martina Thors**

Utbildning och ort: Det sociala området, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Familjearbete

Handledare: Susanne Jungerstam och Ralf Lillbacka

Titel: "Strävan till hemmaboende är en fin tanke men verkligheten här är en annan"

- En kvalitativ studie om vilka faktorer som påverkar äldres boendesituation i Österbotten

Datum 01.11.2020

Sidantal 33

Bilagor 1

Abstrakt

Syftet med denna studie var att undersöka vilka faktorer som påverkar äldres hemmaboende i mycket hög ålder.

Den teoretiska delen presenterar en utredning om socialgerontologiska teorier, funktionellt åldrande, hemmaboende och äldres behov. Undersökningen förverkligades genom kvalitativa intervjuer med fyra informanter som alla verkar inom hemserviceledningen. Undersökningen byggs upp av informanternas subjektiva uppfattningar om deras klienters vilja, hälsa och boendesituationer.

I undersökningen kom det fram att de flesta äldre verkar ha en vilja att bo kvar hemma och de klarar det ofta så länge de kan, bland annat beroende på hälsa eller bostadens skick. Men finns inte viljan eller hälsan så väntar mycket troligt en flytt till ett äldreboende eller liknande boende. Även om de flesta vill bo hemma så finns det också en del som absolut inte vill bo ensamma i sitt hem men de är ändå tvungna till det på grund av att de inte når upp till gränsen för att bli beviljad boendeplats.

De vanligaste faktorerna som påverkar hemmaboende är hälsa, ensamhet, otrygghet, behov samt hemmets skick och dess position.

Språk: Svenska

Nyckelord: Socialgerontologi, funktionellt åldrande, behov, hemmaboende

BACHELOR'S THESIS

Author: **Martina Thors**

Degree Programme: Social services, Vaasa

Specialization: Family work and methodology

Supervisor(s): Susanne Jungerstam and Ralf Lillbacka

Title: "The pursuit of living at home is a fair thought but the reality is another one"

- A qualitative study about elements that affect the housing situation of the older adults

Date 01.11.2020

Number of pages 33

Appendices 1

Abstract

The purpose of this study was to examine the elements that affect the housing situation of the people of old age.

The theoretical part provides an introduction to social gerontological theories, functional ageing, the living situation and the needs among the older adults. The study was conducted through qualitative interviews with four respondents who all work as managers within the home care service. The study is built of the respondents' subjective opinions of their clients' will, health and housing situations.

The study revealed that a majority of older people wish to continue living in their own house. Older people manage this well, as long as there is a desire to live in their old home. But if there is no desire or if one got health issues, the elder may be forced to move away from home. Although most people wish to continue living at home, there are also some who do not wish to live alone in their own home, but they are compelled to do so because they do not meet the conditions that would grant them a place at a retirement home.

The most common factors that affect home living are health, loneliness, insecurity, needs and the condition and the position of the home.

Language: Swedish

Key words: Social gerontology, functional ageing, needs, living at home

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Syfte och frågeställningar	2
2	Socialgerontologiska teorier	2
2.1	Äldre teorier	3
2.2	Teorier som ännu anses relevanta	3
3	En åldrande befolkning	4
3.1	Socialgerontologi	5
3.2	Det goda åldrandet	6
3.3	Åldrandets dimensioner	7
3.4	Funktionellt åldrande	9
3.4.1	Aktivitet och delaktighet	10
4	Faktorer som påverkar boendesituationen hos äldre	11
4.1	Hälsa	14
4.2	Ensamhet och otrygghet	15
4.3	Coping	17
4.4	Vardagliga behov	18
4.4.1	Maslow möter Antonovsky	19
5	Sammanfattning av teoridel	20
6	Val av metod och tillvägagångssätt	21
6.1	Val av insamlingsmetod och respondenter	21
6.2	Analysmetod	22
6.3	Sekretess och etik	22
7	Intervjuresultat/Resultatredovisning	23
7.1	Nackdelar med hemmaboende till mycket hög ålder	23
7.2	Fördelar med hemmaboende till mycket hög ålder	25
7.3	Funktionellt åldrande	26
7.4	Ensamhet och otrygghet hos äldre	27
7.5	Behov	28
8	Slutdiskussion	29
	Källförteckning	31
	Figurförteckning	33
	Bilagor	33

1 Inledning

I det åldrande Finland strävar man efter att "trygga en så frisk och funktionsduglig ålderdom som möjligt". I Finland finns en miljon människor över 65 år, av dem klarar majoriteten sig helt själva i vardagen. Ungefär 150 000 äldre använder sig av tjänster för äldre regelbundet, 95 000 av dem använder olika regelbundna tjänster för äldre, i sina hem. Ungefär 50 000 av dessa äldre erhåller vård både dag som natt på annat ställe än hemma, till exempel på ett äldreboende eller liknande. Detta borde betyda att det finns fler äldre som bor hemma med hjälp av exempelvis hemvård än antalet äldre som bor på äldreboenden i Finland. "Målet är att öka den äldre befolkningens möjligheter att bo kvar hemma". (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017). Kvalitetsrekommendationerna strävar alltså till att äldre i första hand ska bo hemma i dagens Finland.

Förr ansåg man personer i 40-50 års ålder som "gamla" medan man idag i vårt åldrande land knappt anser att 65-77 åringar är speciellt gamla. Medellivslängden förut var mycket kortare och det fanns heller inte lika många äldre som det finns idag. (Dehlin, Hagberg, Rundgren, Samuelsson & Sjöbeck, 2000, 17-23). Medellivslängden idag är alltså mycket högre än tidigare och antalet äldre är ständigt stigande. Den ökade medellivslängden resulterar också i att det behöver erbjudas boendeplatser alternativt olika tjänster i hemmet för dem som kan bo hemma. Intresset väcks då i mig, vilka faktorer påverkar om den äldre kan bo hemma eller inte? Var går gränsen när hemmaboende verkligen inte är möjligt? "En äldre person ska alltid, i enlighet med sina egna resurser, ha möjlighet att delta och agera. Han eller hon ställer upp sina egna mål, väljer sina intressen och sitt agerande samt utvärderar sin egen verksamhet". (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017). Detta lägger ett stort ansvar på de äldre själva men det ger också äldre rätt att påverka sina egna liv och på så sätt öka delaktigheten, ökad delaktighet främjar i sin tur välbefinnande och ett bra funktionellt åldrande.

I detta examensarbete vill jag lyfta de vanligaste faktorerna som påverkar äldres boendesituation i Österbotten. Jag har valt att använda ordet "äldre" i hela mitt examensarbete för att beskriva människor över 65 år, detta för att underlätta för läsaren. Jag vill i mitt arbete inte generalisera alla äldre men för att kunna lyfta fram viktiga aspekter vid åldrande kommer det inte att användas olika termer för olika åldrar. Jag använder ordet "äldre" som en typ av samlingsnamn för den äldre generationen men

”Varje person är en unik individ med en unik livsberättelse, personlighet, känslor, tankar, erfarenheter, behov, vanor, önskningsar, värderingar, livsstil, förmågor och så vidare” (Ericsson 2013, 261).

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med mitt examensarbete är att undersöka vilka de vanligaste faktorerna är som påverkar de äldres boendesituation i Österbotten. Detta kommer att undersökas från hemserviceledarnas synvinkel. Frågeställningarna är:

- Vilka faktorer gynnar hemmaboende för äldre i Österbotten?
- Vilka faktorer hämmar hemmaboende för äldre i Österbotten?

Jag har i detta fall valt att göra undersökningen utifrån hemserviceledningens synvinkel, detta på grund av att hemserviceledarna känner till de äldre som använder sig av tjänster från hemservice och de har god kunskap inom många av socialgerontologins delområden. De har också god vetskap om hur hemvården fungerar och de äldres ställning i detta. Därför valde jag att intervjua hemserviceledare i fyra olika kommuner i Österbotten.

2 Socialgerontologiska teorier

Inom socialgerontologin finns det många olika teorier, forskare har ofta tagit fram nya teorier för att systematisera och bygga vidare på redan befintliga teorier. I dagens läge är ett fåtal till viss del förkastade eller föråldrade, många har utvecklats vidare och nya har också tillkommit. Man är försiktig med användningen av teorierna men de ger olika sätt att se på och förstå äldre, deras livssituation och åldrandet i sig. Det viktigaste är att reflektera med sig själv för att få en bättre insikt i hur man själv ser på åldrande och äldre, så att man sedan kan förstå hur det påverkar ens bemötande av äldre människor.

(Malmberg & Ågren, 2013, 161-163). Även om man inte är intresserad av socialgerontologi är det bra att vara medveten om hur äldre människor har det ställt i samhället. Äldreomsorgen bygger delvis på de socialgerontologiska teorierna idag.

2.1 Äldre teorier

Två nästan helt förkastade teorier i dagens läge är disengagemangsteorin och det sociala sammanbrottssyndromet. Teorierna innebar i stora drag att den äldre efter pensionen började dra sig tillbaka och vänta på livets slut och ägnade sig mest åt sig själv. I dessa teorier menades också att samhället släppte taget om den äldre efter att hen gått i pension, på samma sätt som den äldre släppte taget om samhället vid pensionering eller strax därefter. Om omvärlden förväntade negativa förändringar hos den äldre, så uppstod ofta negativa förändringar hos den äldre, kanske inte alltid medvetet. Vid en stor rollförlust, exempelvis vid pensionering av en polis, förväntades den äldre bli sjuk och oduglig och till slut levde den äldre ned till förväntningarna som fanns på hen. (Malmberg & Ågren, 2013, 164-165; Jönson & Harnett, 2015, 41-56). En rollförlust kan vara mycket tuff men för många människor lever en stolthet av den gamla rollen ändå kvar, så i många fall är det inte förlust att förlora en tidigare roll i livet. Rollen tar, för många, inte slut även om till exempel pensionen kommer emot, många arbetar långt över pensionsålder idag.

2.2 Teorier som ännu anses relevanta

Två teorier som ännu lever kvar i vård och omsorg är aktivitetsteorin och kontinuitetsteorin. De innebär att man som äldre ska sträva efter att vara lika aktiv som man varit i medelåldern. Det menas att den äldre, efter pensionering, ska försöka ersätta sitt tidigare jobb och tidigare roliga aktiviteter med andra tillfredsställande aktiviteter som hen ännu kan och orkar utföra. Det är viktigt att hålla igång både kropp och knopp samt upprätthålla sociala kontakter i äldre ålder. Den äldre ska alltså försöka leva på samma sätt som hen tidigare gjort i livet. Kritiken mot dessa teorier har varit att de är väldigt normativa och man *bör* göra på detta sätt för att åldras väl. (Malmberg & Ågren, 2013, 163-164;

Jönson & Harnett, 2015, 41-46). Detta är inte ett måste för att åldras väl, de flesta människor vet i äldre ålder vad som får en att må bra och på så vis kan de åldras väl.

Livsloppsperspektivet är en teori som fått större betydelse på senare tid inom socialgerontologin. Livsloppsperspektivet innebär att människans liv påverkas av sina egna livserfarenheter, historiska händelser som har haft stor inverkan på livet, samt sociala förändringar. Teorin säger att människan lever i förhållande till sin omgivning och som äldre kan man också skapa meningsfullhet i livet. Livsloppsperspektivet hjälper andra att lära känna den äldre bättre, till exempel vad som format den äldre till den hen är idag. Det kan göra stor skillnad i bemötandet av den äldre om man vet vad hen tidigare genomlevt. Exempelvis Agda 95 år som har upplevt kriser, krig och allt vad det inneburit för vårt land, bara genom att veta lite bakgrundshistoria kan underlätta mycket för att förstå ett beteende hos den äldre. (Malmberg & Ågren, 2013, 163-164; Jönson & Harnett, 2015, 41-46). Livsloppsperspektivet lever kvar inom äldreomsorgen genom att den äldre med hjälp av anhöriga får fylla i sin livsberättelse vid till exempel inflyttning på serviceboende, så att personalen får ta del av viktiga detaljer för att bättre förstå den äldres bakgrund och hens sätt att leva på. Det är nyttigt för personalen att förstå vad som påverkat den äldre för att kunna ge ett värdigt bemötande. Äldre idag blir mycket äldre än förut och de har hunnit uppleva både massor av lycka men också misär, därav blir socialgerontologin bara viktigare ju äldre befolkningen blir. Nästa kapitel handlar mer om åldrande befolkning.

3 En åldrande befolkning

Medellivslängden i världen ökar med tiden och det finns olika teorier om hur sjukdom hos äldre kommer att utvecklas i framtiden. Dessa teorier handlar om hur sjukdom och livslängd kanske kommer att utvecklas och påverkas över tid. *Komprimerad sjukdom* (Compression of morbidity), beskrivs som att människans livslängd är förutbestämd och sjukdomar som tillslut leder till handikapp samt beroende av andra uppstår lite senare i livet tack vare bättre sociala förhållanden och tack vare den medicinering som finns att fås idag. Detta borde betyda att äldre i framtiden kunde ha flera friska år och färre år med

sjukdom och handikapp. *Uppskjuten sjukdom* (Postponement of morbidity) beskrivs som att perioden av sjukdom kommer att uppstå senare i livet men på grund av den ökade livslängden så kommer sjukdomstiden att vara densamma som tidigare ändå. Medan *expanderad sjukdom* (Prolongation of morbidity) beskrivs som att sjukdomstiden kommer att bli längre för att sjukdomarna uppstår vid samma ålder som tidigare men på grund av längre livslängd kommer antalet år av sjukdom tillslut att öka. (Ernst Bravell, 2013, 24-26). Ingen teori är ännu bevisad att vara den rätta och som nämnts tidigare så är varje människa en unik individ med egen sjukdomshistoria och -framtid. Det är också väldigt svårt att bevisa, för människan har ju aldrig levt lika länge som nu.

3.1 Socialgerontologi

Gerontologi betyder egentligen "läran om gammal man", men det har senare omtolkats till läran om åldrandet. En enkel sammanfattning av ordet är att gerontologi handlar om äldre och åldrande sett från olika perspektiv. Socialgerontologi handlar i stora delar om ensamhet, ålderism, äldreomsorg och teorier inom det sociala området. Åldrandet sägs påverkas av en kombination av arv och miljö men man är ännu inte riktigt säker på vilka faktorer som definitivt påverkar människans åldrande. Det finns olika sätt att beskriva människans ålder, det pratas om kronologisk ålder, biologisk ålder, funktionell ålder och subjektiv ålder. (Ernst Bravell, 2013, 19-23; Jönson & Harnett, 2015, 95-99). Dessa kommer att beskrivas närmare i kommande kapitel.

I folkmun talas det ofta om äldre som gamla, gamlingar, åldringar eller liknande, i forskning och litteratur beskrivs olika grupperingar för att inte generalisera alla äldre i en enda åldersgrupp. Exempelvis är det svårt att forska i den äldres behov och förväntningar på livet om man inte skiljer på en nyligen pensionerad 65-åring och en 100-åring. Det finns en del olika typer av uppdelningar av äldre människor och ingen av dem är fel, det går att använda den indelning som känns rätt för gemene man. Marie Ernst Bravell (2013) använder uppdelningen i yngre-äldre i ålder mellan 60-65 till 75-80 år, äldre-äldre är 75-80 till 85 år och de allra äldsta är 85 år och äldre. Jimmie Kristensson & Ulf Jakobsson (2010) beskriver också en liknande åldersindelning som Marie Ernst Bravell. De beskriver också en annan vanligt förekommande indelning, som delas upp i yngre-äldre, 65-80 år och äldre-äldre, 80 år och ännu äldre. (Ernst Bravell, 2013, 19-20; Kristensson & Jakobsson,

2010, 18-19). Som tidigare nämnts, inget är rätt eller fel men det behöver förtydligas hur man benämner åldersindelningarna.

I socialgerontologin är det viktigt att försöka se till att den äldre åldras väl, för att den äldre ska få en bra ålderdom och kunna klara sig själv så länge som möjligt. Att åldras väl är inget enkelt begrepp, det har en mycket diffus betydelse. För att åldras väl måste det finnas en balans mellan hälsa och sjukdom. Det handlar också mycket om subjektiv hälsa, vad den äldre själv anser om sitt åldrande och sin hälsa samt den äldres tro på sig själv. Ett gott åldrande beskrivs mer ingående i kommande kapitel.

3.2 Det goda åldrandet

Ett gott åldrande kan vara avgörande för om en äldre människa kan alternativt vill bo hemma i högre ålder. Skillnaden mellan ett gott åldrande och ett "inte lika gott" åldrande kan definieras genom balansen mellan hälsa och sjukdom. Med hälsa menas inte bara att vara frisk, utan även att uppleva friskhet, ork och lust samtidigt som man kanske har diagnostiserats med en sjukdom eller liknande. Men det är mer komplicerat än så, man behöver beakta flera faktorer än endast sjukdom och hälsa. Jimmie Kristensson och Ulf Jakobsson (2010, 24-26) belyser vikten av att ta individens egen upplevelse av åldrande och att åldras, i beaktande. Ett gott åldrande kräver förmågan att upprätthålla tre viktiga faktorer. Dessa faktorer beskrivs som att ha låg risk för sjukdom eller låg risk för funktionsnedsättning som orsakas av sjukdomar, att fungera bra både fysiskt och psykiskt samt att aktivt engagera sig i sitt eget liv. Ett gott åldrande inkluderar då både biologiska, psykologiska och sociala aspekter. (Kristensson & Jakobsson, 2010, 24-26).

Baltes och Baltes (1990) menade att ett gott åldrande påverkas av både biologisk och psykologisk hälsa men till stor del också av förmågan att anpassa sig till förändring, människans kognitiva förmåga, livslängd, livstillfredsställelse, personliga kontroll, produktivitet samt social kompetens. (Baltes & Baltes, 1990, 1-34). Att delta i aktiviteter som ger emotionell tillfredsställelse är en av nycklarna till ett gott åldrande. Med detta menas att om den äldre gör olika saker som känns betydelsefullt för hen, åldras hen bättre än om hen slutar göra viktiga saker som hen tycker om. Exempel på aktiviteter som främjar delaktighet kan vara att umgås med familj, sociala grupper eller vänner. Andra

betydande nycklar till ett gott åldrande är positivt tänkande, att kunna upprätthålla individuella vanor och beteenden, nya utmaningar och ansträngningar samt en bra självuppfattning, att tro på sig själv. (Hagberg, 2000, 188-192). Det kan dock vara svårt att inte tappa tron på sig själv om man förlorar flera av sina vanor eller resurser, därför blir det ännu viktigare att ha en positiv inställning till livet och till åldrandet. Om den äldre upplever ett gott åldrande, finns en mycket större chans till att hemmaboende går att arrangeras även om nya eventuella sjukdomar uppkommer.

Det talas om den tredje och fjärde åldern när det kommer till äldre människor, dessa åldrar innefattar kronologisk, biologisk, psykologisk och social ålder. Tidigare skeden i livet utgör första och andra åldern. Tredje åldern börjar i samband med pension, den förknippas med god hälsa, delaktighet och aktivitet, det vill säga gott välbefinnande. Den fjärde åldern förknippas mer med nedsatt funktion och sämre livskvalitet på grund av sjukdomar, beroende av hjälp med vardagliga sysslor samt annat som påverkar livet negativt. (Ernst Bravell, 2013, 22). Fjärde åldern börjar ofta med ett sjukdomsanfall som från en dag till en annan förändrar livet samt påverkar flera av den äldres behov. (Andersson, 2006, 20-26). Kristensson och Jakobsson (2010) beskriver de fyra åldrarna som olika faser i livet istället för just åldrar. Mognadsfasen (första åldern) som sker i barndomen och ungdomen när människan ännu utvecklas. Platåfasen (andra åldern) är den dominerande fasen och den stabila tiden i livet som vuxen människa. Återgångsfasen (tredje åldern) börjar när det fysiologiska åldrandet börjar märkas av för den äldre. I slutfasen (fjärde åldern) sker förändringar snabbt i alla kroppens funktioner, detta är i livets slutskede. (Kristensson & Jakobsson, 2010, 18-19). Det är olika uppfattningar och det är heller inte någon som är mer rätt eller fel, utan detta är teorier som forskare tagit fram.

3.3 Åldrandets dimensioner

Forskare beskriver att människans åldrande går att mäta på flera olika sätt. Med åldrande tänker människan oftast på biologiska aspekter, såsom att synen och hörseln blir sämre, håret blir grått, huden blir slappare och kroppen blir stelare. Detta är inte bara vad *biologiskt åldrande* handlar om egentligen, utan det handlar också om vad som händer i kroppen när den blir äldre, det innefattar också inre organ som påverkas och deras kapacitet minskar, vilket ofta kan resultera i sjukdom. En kort sammanfattning är att

biologiskt åldrande har med åldrande av kroppsliga funktioner att göra. Man delar också upp det biologiska åldrandet i två olika kategorier, primärt och sekundärt åldrande. Gränserna mellan dessa faktorer är flytande och det kan vara svårt att skilja på dem. *Primärt åldrande* påverkas av biologiska förändringar, oavsett miljöpåverkan och dessa förändringar drabbar alla någon gång på något sätt. Förändringarna som uppstått i kroppen sker progressivt och går inte att bota. *Sekundärt åldrande* beskrivs som sjukliga förändringar, dessa är ofta en effekt av normala åldersförändringar i kombination med arv, miljö och livsstil. Dessa drabbar inte alla och är ofta mer behandlingsbara än vid primärt åldrande. (Ernst Bravell, 2013, 93-94)

Det *psykologiska åldrandet* beskrivs med andra ord som kognitivt åldrande, det handlar om minne, intelligens samt emotion. En vanlig fördom hos människor är att äldre alltid får dåligt minne och att de får en demenssjukdom när åldern kommer emot. Detta behöver inte vara sanning, dock är det bevisat att informationsbearbetningen i hjärnan blir långsammare i högre ålder. Den långsammare informationsbearbetningen kan påverka inläring, hastighet på att besvara frågor eller förmågan att uttrycka sig i skrift men detta behöver inte tyda på en demenssjukdom. (Dahl, 2013, 141-143). Det psykologiska åldrandet har också att göra med hur väl en person kan anpassa sig till yttre krav från omgivningen. För att kunna anpassa sig till omgivningen behöver man ha intelligens, minne, personlighet och inlärningsförmågan i skick. (Dehlin & Rundgren, 2000, 26-27). Det blir då betydligt svårare att anpassa sig när informationsbearbetningen blivit långsammare, så förändringar blir svårare att anpassa sig till vid högre ålder. Detta betyder i sig inte att alla äldre alltid har svårare att anpassa sig till omgivningen men det kan dock påverka anpassningen. Exempelvis kan det dröja längre för en äldre person att anpassa sig till en drastisk förändring än det kan göra för yngre människor.

Studier har visat att äldre uttrycker högt emotionellt välbefinnande, de sägs vara mer emotionellt stabila och vara bättre på att kontrollera sina känslor än vad yngre människor är. De är också ofta mer selektiva med hur de investerar sin tid i positiva tankar samt vad och med vem de umgås. De har exempelvis lättare att välja bort onyttiga vänskapsrelationer än vad yngre människor har. Prioriteringarna påverkar det psykologiska åldrandet positivt och det finns mer energi över till annat än dåliga relationer. (Dahl, 2013, 156-157). I högre ålder kan det bli svårt att vara selektivt angående umgänge eftersom vänner i umgängeskretsen kan reduceras väldigt snabbt i högre ålder

på grund av dödsfall, sjukdomar eller liknande. Det är också lätt att man ser en intellektuell försämring när man blir äldre, Bo Hagberg (2000) beskriver möjliga teorier till varför äldres förmågor försämras. *Disuse-teorin*, att den äldre inte använder sina mentala förmågor på grund av exempelvis försämrad motivation, leder till att ens förmågor blir mindre och mindre med tiden. Med *General slowing-hypotesen* menas att det sker en åldersrelaterad bromsning i de sensoriska och motoriska processerna, det tar längre tid att uppfatta frågor och att forma svar. Med *Alienations-teorin* menas att det sker en gradvis förändring i omgivningen, vilken upplevs starkare med ökad ålder. (Hagberg, 2000, 193-195).

Socialt åldrande innefattar alla olika sociala roller som människan har under sin livstid, till exempel att vara studerande, vara mitt i arbetslivet, föräldraledig, arbetslös, pensionär och så vidare. Människan vill gärna ha en social roll för att känna sig behövd och uppskattad. Ekonomiska förutsättningar, familjemönster, utbildning, normer från samhället påverkar också i hög grad det sociala åldrandet. Människan behöver aktivitet och delaktighet i sitt liv och behöver ständigt utvecklas för att bemästra det sociala åldrandet. (Samuelsson, 2000, 247-250). Till det sociala åldrandet hör också olika bemästringsstrategier som beskrivs i senare kapitel. Alla dessa biologiska, psykologiska och sociala förändringar påverkar tillsammans människans funktionella åldrande. Ett funktionellt åldrande beskrivs som ett gott åldrande, vilket betyder att med ett gott funktionellt åldrande borde den äldre kunna bo hemma utan större problem, beroende på boendeläget och andra emotionella aspekter. (Hagberg, 2000, 188-193).

3.4 Funktionellt åldrande

Ett gott funktionellt åldrande bidrar till ett bättre hemmaboende, så för att få till stånd flera hemmaboende borde det satsas på ett bättre funktionellt åldrande hos alla äldre. Funktionellt åldrande beskrivs som ett förhållande mellan hur människan "har det" och hur hen "tar det" i livet, alltså hur man hanterar både vinster och förluster i livet och hur mycket man råkat bli utsatt för. Det är till exempel ett val man gör att acceptera sina förändringar som kommer med åldern men att ändå fortsätta att engagera sig i livet och dess utmaningar. Detta bidrar positivt till människans funktionella åldrande. Funktionellt åldrande som helhet ur ett hälsoperspektiv, innebär att flera faktorer påverkar hälsan, inte bara sjukdom eller frånvaro av sjukdom. Människans förmågor och förutsättningar att

förverkliga det som är värdefullt för hen är viktigt för hälsan, vilken i sin tur är viktig för det funktionella åldrandet. (Fristedt, 2013, 119-120). Ett funktionellt åldrande består till stor del av aktivitet och delaktighet i sitt eget liv och i samhället.

3.4.1 Aktivitet och delaktighet

Enligt WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), innefattar hälsa biologiska, psykiska samt sociala faktorer, om man har möjlighet att vara delaktig och aktiv samt om kroppen fungerar som den ska eller som man vill. Men hälsan styrs även av omgivningsfaktorer såsom fysiska, sociala och attitydmässiga faktorer samt av personliga faktorer såsom ålder, kön, livsstil, erfarenheter, utbildning, vanor och motivation. "Vidare utvecklas vi människor via aktivitet genom hela livet, och om vi inte får eller har möjlighet att använda vår kapacitet riskerar den att minska eller gå förlorad." (Fristedt, 2013, 125; Institutet för hälsa och välfärd, 2019). Om den äldres aktivitet, delaktighet eller funktion påverkas negativt på något sätt, påverkas den äldres hälsa och välbefinnande också negativt, vilket till slut resulterar i sämre funktionellt åldrande. Aktivitet i vardagen kan vara receptet för att uppnå delaktighet men man kan också besitta en viss aktivitetsbegränsning även om man inte upplever att man saknar delaktighet eller också tvärtom. Detta är upp till individen själv att bestämma, det är upplevd delaktighet som till stor del är den viktigaste. (Fristedt, 2013, 128-138). Detta betyder att den äldre kanske inte behöver delta i sällskapsspelet som de andra spelar för att känna sig delaktig, det kan räcka att sitta bredvid eller till och med bara bli tillfrågad att delta även om hen tackar nej. Det viktigaste är den upplevda delaktigheten.

Att få känna sig delaktig i aktiviteter, speciellt de som rör ens eget liv, är en av de viktigaste faktorerna för att få åldras med god hälsa, vilket i slutändan betyder att ha ett gott funktionellt åldrande. Att vara delaktig i aktivitet bidrar också ofta till mer lycka, bättre funktion och ett längre liv. Det handlar inte om vilken aktivitet man deltar i eller *hur* man deltar, utan *att* man får vara delaktig i något meningsfullt som har betydelse för det funktionella åldrandet. Den sociala delaktighetens inverkan på hälsan är förbättrad kognitiv funktion, välbefinnande, livskvalitet, det motverkar funktionsnedsättningar och symtom på depression. Olika nedsättningar, som exempelvis nedsatt rörelseförmåga,

nedsatt syn och hörsel kan göra det utmanande att delta i sociala aktiviteter men samtidigt hör det till personerna i ens närhet, såsom vårdare eller vänner, att erbjuda sådana aktiviteter som inte påverkas av den äldres funktionsnedsättning. (Fristedt, 2013, 128-138; Institutet för hälsa och välfärd, 2019).

Aktivitet beskrivs som en uppgift eller handling som den äldre gör för sysselsättning, delaktighet beskrivs som människans engagemang i sin livssituation, att ha kontroll och få delta i beslut som rör eget liv. Både aktivitet och delaktighet är nödvändiga för att det ska vara möjligt att utveckla och upprätthålla hälsa. Vilka aktiviteter som bidrar till detta är som tidigare nämnts upp till individen själv. Delaktighet upplevs främst när människan känner att hen är en del av ett större sammanhang, KASAM. (Fänge & Carlsson, 2010, 108-109). Aaron Antonovsky forskade i KASAM, känsla av sammanhang, som handlar om att känna värdet av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Detta kan användas som ett psykologiskt mått på välbefinnande. Bekymmer alternativt välbefinnande vid högre ålder styrs av hur man tolkar egna upplevelser och erfarenheter. (Jönson & Harnett, 2015, 51-62). Känsla av sammanhang handlar till största delen om den personliga inställningen och mindre om konkreta strategier för att bemästra åldrandet. Om människan upplever att hen litar på sin förmåga att begripa det hen utsätts för och litar på förmågan att klara av svårigheterna, samt att det känns meningsfullt att försöka ta sig genom svårigheterna, då har hen en stark KASAM. (Malmberg & Ågren, 2013, 177).

Det funktionella åldrandet och känslan av sammanhang är stora faktorer som påverkar om hemmaboende lyckas för den äldre eller inte. Har den äldre åldrats mycket funktionellt och känner att hen har en mening med livet så borde hemmaboende gå att ordna på sätt eller annat. Fler faktorer såsom ensamhet, otrygghet och bostadens skick påverkar förstås också, detta behandlas i följande kapitel.

4 Faktorer som påverkar boendesituationen hos äldre

Det finns en rad olika faktorer som påverkar äldres förmåga och vilja att bo hemma så länge som möjligt, även i mycket hög ålder. I detta kapitel kommer det att lyftas fram

några viktiga faktorer som måste beaktas vid äldres hemmaboende, såsom hälsa och ohälsa, ensamhet och otrygghet, copingstrategier och vardagliga behov. "Målet är att öka den äldre befolkningens möjligheter att bo kvar hemma". (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017). Idag är detta en självklarhet medan det för ett halvt sekel sedan var mer populärt att flytta till äldreboende, då var att man bodde ensam och omodernt helt valida orsaker till att bli beviljad en plats på äldreboende. (Sundström, 2013, 59-60). Idag jobbar man träget för att äldre ska bo hemma så länge som möjligt och med hjälp av hemservice, smart teknik såsom spis- och kylskåpvakter, brandvarnare, dörr- och fönsteralarm med mera, kan äldre lättare bo hemma. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017). Ändå är den mest sårbara boendesituationen, för äldre, att bo just ensam. Det uppstår många hot i vardagen som den äldre själv måste klara av att behärska. (Sundström, 2013, 61). Med stöd utifrån och en stark tro på sig själv kan den äldre behärska detta utan större problem.

Ibland kan flyttning till ett äldreboende vara en strategi för att kunna upprätthålla livskvaliteten med de intressen och behov den äldre har. Ibland har den äldres anhöriga bättre möjligheter att komma och hälsa på den äldre på äldreboendet än i hemmet. I vissa fall finns det kanske inte andra alternativ än att bo kvar hemma och den äldre kan tvingas leva i sitt hus som inte alls är anpassat för hens behov. Förödande är också tanken att man bor i utkanten av kommunen, långt från centrum, service och civilisation och därmed tappar all social kontakt om man inte längre kan ta sig ut eller inte längre får eller kan köra bil. Ensamhet och isolering blir en stor risk om man inte längre kan ta sig utanför hemmets väggar. (Abramsson & Hagberg, 2012, 131-138). Ensamhet är ett svårt hinder i vardagen för den äldre.

Motsatsen till att flytta till ett äldreboende eller annat ställe som man inte valt själv är då kvarboende. Att få bo kvar i sin invanda och trygga miljö även om andra behov finns, beskrivs som kvarboendepincipen. Denna princip uppkom på 1950-talet, för att ordna äldrevård på andra sätt än ålderdomshem, det vill säga med hjälp av hemservice. Kvarboende behöver inte bara betyda att man bor kvar i sitt gamla hus, det kan också betyda att man flyttar till en annan, mera tillgänglig bostad men inte långt från sitt gamla hem. Det finns mycket som talar för att kvarboendet är det bästa för äldre, serviceerbjudare borde dock vara försiktiga med att ha för hög tröskel till att få plats på boende, för detta kan leda till att den äldre börjar känna sig otrygg och instängd i sitt eget

hem när det inte finns andra alternativ än kvarboende. (Wånell, 2006, 162-165). Faktorer som vanligen leder till en flytt från eget hem är sjukdom eller funktionshinder, demens, ensamhet och otrygghet, mycket olämplig bostad, hög ålder, för omfattande vårdbehov. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta, 1998, 212-230).

Om den äldre väljer att bo kvar ensam i sitt hem även om hen har omfattande omsorgsbehov, blir hen långt beroende av hemservice. Åldrandet kan dock faktiskt underlättas om man bor kvar där man har bott länge om man ännu har stor nytta av fina grannskapsrelationer och vänner som man kan lita på som stöd vid vardagssysslor. Det finns, som nämnts tidigare, starka forskningsstöd för att man ska bo hemma så länge som möjligt. En hel by eller en bostad kan erbjuda både emotionella och funktionella fördelar för att vilja bo kvar hemma, så det behöver ofta finnas betydligt fler nackdelar än fördelar med kvarboendet för att en flytt till annat boende ska bli av. Exempel på fördelar med en flytt till en vårdenhet kan vara att bevara sitt oberoende när man inte längre behöver gå i trappor, tvätta kläder, gå ner i källaren för att duscha med mera samt undvika att bli isolerad genom att man kanske kommer närmare centrum och att man har tillgång till mer vårdpersonal och andra inneboende. (Abramsson & Hagberg, 2012, 131-138).

Om man bor i en miljö som är mycket tillgänglig, kan man också upprätthålla sin självständighet och risken för fall minskar. Tillgänglighet betyder inte bara att det inte finns farliga trösklar, trappor och mattor utan det är förhållandet mellan dessa fysiska hinder och den äldres förmåga och vilja att klara av hindren. Det är viktigt att hemmet känns bekvämt, bekant och säkert så att den äldre kan vila och återhämta sig för att få energi för aktivitet och delaktighet också utanför hemmet. Som bekant så leder delaktighet och aktivitet till känsla av gemenskap och sammanhang, vilket leder till bättre välbefinnande. En annan viktig aspekt för den äldres aktivitet och delaktighet är att det finns service, affärer transport och säkra transportsträckor tillgängliga för den äldre. (Fänge & Carlsson, 2010, 109-113). Bostadens placering och skick är också ofta avgörande för den äldre, om hen känner att hen bor för långt bort från service eller allmänheten, kan den äldre få en känsla av otrygghet.

4.1 Hälsa

Att ha god hälsa är i största mening att få vara frisk från sjukdom och må bra. Hälsan påverkas av den äldres levnadsvanor, såsom sömn, stress, näring hen får i sig, rökning, alkohol, droger och så vidare. Hälsan influeras också av huruvida man trivs med sig själv samt personer i ens närhet och om man upplever meningsfullhet i livet. Samhället påverkar också individens hälsa, exempelvis hur man bor, vad man jobbar med och om man känner sig delaktig i samhället. Även religion, politik och samhällsekonomi kan påverka hälsan, än mer hos äldre människor, på grund av mindre tröskel till oro. (Institutet för hälsa och välfärd, 2020). Hälsa är viktigt för alla människor, för att uppnå hög ålder behövs god hälsa och sedan för att kunna leva i den höga åldern behövs upprätthållande av god hälsa. Och för att kunna upprätthålla ett tryggt hemmaboende behövs också en god hälsa hos den äldre.

Hälsa beskrivs oftast som avsaknad av problem eller sjukdom, exempelvis avsaknad av psykisk ohälsa, missbruk, inkontinens, nutritionsproblem, smärta, kroppsliga skador, stroke, yrsel och så vidare. Även om människan lider av något av dessa problem, behöver hen inte uppleva ohälsa. Så beskrivningen är oftast lite snedvriden, i de flesta fall handlar det om känsla av hälsa eller ohälsa, känslan av hälsa kan vara helt annat än om hälsa begränsas till endast avsaknad av sjukdom eller problem. För att upprätthålla hälsa hos äldre måste man utgå från deras behov, respektera och stödja de äldres självbestämmanderätt i vardagliga och mer omfattande val. Man bör också förebygga sjukdomar och anpassa miljön för de äldre, stärka och upprätthålla äldres befintliga resurser samt stödja deras delaktighet och aktivitet. (Institutet för hälsa och välfärd, 2020).

Psykisk ohälsa, bland annat depression hotar att drabba äldre, ofta på grund av biverkningar av medicinering, sorg eller sjukdom. Symtomen på ångest och depression hos äldre kan också vara mycket mer ospecifika än hos yngre människor på grund av svårigheten att ställa rätt diagnos. Symtomen på depression hos äldre kan ofta misstas för förvirring eller demenssjukdomar. (Jönson & Harnett, 2015, 109-111). Ensamhet är ofta ett stort problem hos äldre, ensamheten kan i särskilda fall vara önskad men också många gånger påtvingad hos äldre. Ensamheten dyker ofta upp när exempelvis makar, syskon, jämnåriga eller äldre vänner går bort. Även egna föräldrar har gått bort och barnen kanske har flyttat längre bort och finns inte där i vardagen. Risken för sjukdom och

funktionsnedsättning blir heller inte mindre med åren, dessa kan lätt begränsa möjligheten till ett fungerande socialt umgänge. (Jönson & Harnett, 2015, 144-148).

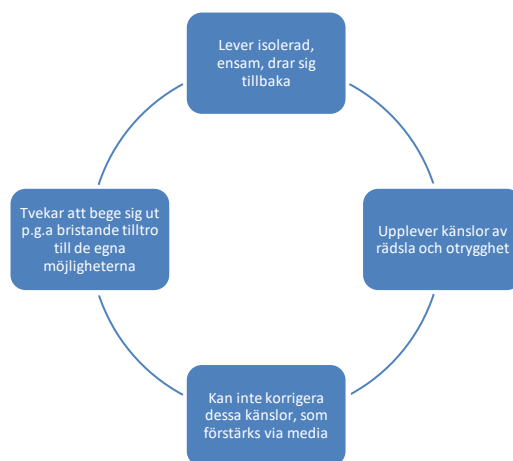
Fysisk ohälsa, såsom rörelsehinder, smärta och så vidare går inte att utesluta i hög ålder. Det som går att göra är att rehabilitera, tillämpa hjälpmedel, medicinera och göra omändringar i den äldres miljö, till exempel så att allt de äldre behöver i vardagen, finns på samma våning i hemmet. Man kan flytta tvättmaskin och dusch till bostadsvåningen, ta bort onödiga hinder såsom mattor, trösklar, prydnadsmöbler, sladdar och så vidare, minimera hinder i hemmet helt enkelt. Trots dessa ändringar är det inte alltid möjligt för äldre att klara sig i sitt eget hem. I många fall kan hemservice komma till undsättning för problem som uppstår men det finns också avgörande problem som inte kan lösas med hjälp av hemservice. Exempelvis i många äldre hus bör man elda med ved för uppvärmning av både vatten och hus, detta blir lätt en stor tröskel om man drabbas av rörelsehinder eller annan fysisk ohälsa och detta kan heller inte hemservice göra för den äldre. (Institutet för hälsa och välfärd, 2020).

4.2 Ensamhet och otrygghet

Ensamhet är ett begrepp som ofta används men sällan menas alltid samma sak med just ensamhet. Lars Andersson (2016) beskriver olika uttryck som beträffar ensamhet. *Ensam*, som att vara fysiskt ensam, inte ha någon i sin närhet. *Ensamstående*, som ett slags civilstånd, eventuellt att man valt att leva ensam eller inte. *Ensamhet*, som en emotionell upplevelse, var man känner sig ensam. (Andersson, 2016, 390-410). Ålderdom förknippas ofta med ensamhet, vilket inte alltid behöver vara fallet. Ensamhet beskrivs som en allmän upplevelse av brist på tillfredsställande relationer med både människor och samhälle. Det talas om både subjektiv, upplevd ensamhet och objektiv, faktisk ensamhet. (Samuelsson, 2000, 280-281). Både subjektiv och objektiv hälsa kan kopplas samman med ensamhet. Försämring, sviktande hälsa, beroende av andra, depression, demens, lidande samt brist på sociala nätverk visar alla samband med känsla av ensamhet. Objektiv ensamhet däremot är avsaknaden av människor runt omkring. (Malmberg & Ågren, 2013, 182-184).

Otrygghet är inte heller ovanlig vid ensamhet, det ena leder ofta till det andra. Det är lätt att hamna i en spiral av otrygghet om man är ensam eller börjar tvivla på sig själv. Nedan

ses en bild på en otrygghetsspiral, det börjar ofta med att den äldre lever ensam och isolerad och drar sig tillbaka. Då kommer känslan av otrygghet och rädsla, snart är det mycket svårt att hantera känslorna och tillslut lämnar man inte längre hemmet på grund av misstro till sig själv och andra. Andra vanliga faktorer till att äldre blir rädda och börjar isolera sig är rädsla för att bli rånad, att någon ska lura sig in i bostaden genom att låtsas komma från företag, låna wc för att byta blöja på barn eller låtsas vara hemservice. För att bryta otrygghetsspiralen hos äldre behöver man bryta isoleringen, förstärka känslan av deras trygghet, ge korrekt information om risker och på så vis öka tilliten till den egna förmågan hos den äldre. (Jönsson & Harnett, 2015, 171-172).



Figur 1. Otrygghetsspiralen. Jönsson och Harnett (2015,172)

Annat som kan ge upphov till otrygghet är stora förändringar i livet, till exempel i hälsa, familjeförhållanden, boendemiljö eller stora hinder i omgivningen. Alla dessa ökar risken för funktionsbegränsningar hos äldre i deras vardag. Detta är inte faktorer som man lätt kan förebygga med till exempel trygghetslarm, det finns med andra ord inga enkla lösningar för att erbjuda trygghet för äldre. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017). Ensamhet och otrygghet är två tungt vägande faktorer som eventuellt leder till en flytt till äldreboende i högre ålder, annars kan det vara mycket svårt att ta sig ur otrygghetsspiralen på egen hand om inte ändringar görs. Ensamhet och otrygghet förhindrar bemästringsförmågan hos den äldre, vilken beskrivs till näst.

4.3 Coping

Coping, bemästringsstrategier är som det låter, strategier som människan behöver för att ta sig genom livets prövningar. Bemästringsförmågan blir viktigare med åldern och den går att utveckla ända till livets slut. För äldre handlar detta framförallt om den äldres förmåga att hantera mödosamma situationer. (Malmberg & Ågren, 2013, 175-177). Coping delas upp i två olika fokus, problemfokuserad och känslfokuserad coping. *Problemfokuserad coping* handlar om att övervinna problem, skapa lösningar och aktivt försöka minska avståndet mellan sina mål, krav och sina resurser. Exempelvis att träna sina ben dagligen för att kunna promenera vidare och inte bli stillasittande den sista tiden i livet är problemfokuserad coping. *Känslfokuserad coping* handlar om att sänka förväntningar, ta avstånd till negativitet och hantera känslor som orsakas av prövningarna, exempelvis ilska, stress, ångest, skuld eller skam. En bra copingstrategi resulterar i högre livstillfredsställelse tack vare minskad påfrestning. (Jönson & Harnett, 2015, 66-69; Hagberg, 2000, 232-236). Med bra copingstrategier kan den äldre förbättra sitt funktionella åldrande.

Selektiv optimering med kompensation (Selective Optimisation with Compensation), är ett exempel på en copingstrategi. Den innehåller tre olika processer för att människan ska kunna uppnå sina mål även om hen har begränsningar i sina sociala, psykologiska eller biologiska förmågor. Dessa kan användas för att minska motgångar samt öka framgångar i livet. Metoden kan därför användas för att uppnå personliga mål även om förändringar på grund av åldrandet kommer emot. Det vill säga att man väljer ut det som känns viktigast och sparar energi till det som känns viktigt att fokusera på och använder sig av sina livserfarenheter och hjälpmedel för att uppnå målen. (Malmberg & Ågren, 2013, 177).

Selektiv optimering med kompensation innehåller tre viktiga ord, selektion, optimering och kompensation. *Selektion* betyder i detta fall att den äldre, både aktivt och passivt, väljer vilka aktiviteter som ska utföras. Ofta vid åldrande innebär det att man behöver välja mindre utmanande strategier i jämförelse med yngre människors strategier. Detta för att kunna fortsätta utföra aktiviteten men eventuellt på ett begränsat sätt. *Optimering* betyder att den äldre aktivt använder sina redan befintliga resurser för att bibehålla och utveckla dem. Resurserna måste ständigt underhållas för att inte gå förlorade. *Kompensation* betyder att den äldre måste använda andra strategier än tidigare för att nå samma mål. Detta kan betyda att man använder hjälpmedel eller delegerar uppgiften till

någon annan för att få uppgiften gjort på ett nytt sätt. Detta kan resultera i nya resurser som kompenserar för den förlorade resursen. (Fristedt, 2013, 127-128).

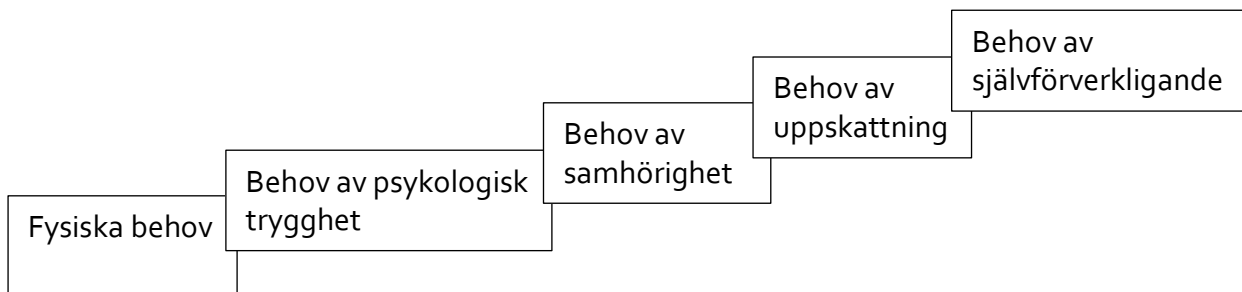
Locus of control är en annan bemästringsstrategi, den fokuserar på om den äldre själv upplever att hen har kontroll över sin livssituation och kan hantera och själv bestämma över den, eller om andra respektive ödet har makt över den äldres liv. I detta fall lyfts den subjektiva upplevelsen som mycket viktig. (Malmberg & Ågren, 2013, 176-177). Copingstrategier är mycket viktiga för alla människor och framförallt för äldre människor som kanske upplever flest förändringar i levnadsförhållanden och familjeförhållanden. Utan goda copingstrategier kan hemmaboende i högre ålder bli mycket svårt att upprätthålla även om man får hjälp utifrån.

4.4 Vardagliga behov

En människas behov är också mycket svårt att definiera, eftersom behov också är subjektiva. Behov formas också efter samhällets lagar, normer samt förväntningar på levnadsstandarden från samhället. Sociologen Jonathan Bradshaw delade upp behoven i normativa, upplevda, uttryckta och komparativa behov. *Normativa behov* beskrivs som behov i en specifik situation och behoven bestäms av samhällets normer. Behoven kan förändras vid olika samhällsförändringar över tid. *Upplevda behov* uppkommer av individens önskemål, till exempel förväntningar på äldreomsorgen eller på sin egen ålderdom. *Uttryckta behov* är önskade och uttalade behov, människan kan uppleva behov som inte uttrycks men också uttrycka behov som inte upplevs på riktigt. Idealet vore att uttryckta behoven är samma som de upplevda behoven. *Komparativa behov* uppkommer på grund av att människan jämför sig med andra i liknande situationer med en förhoppning om att få lika behandling. Exempel på detta är att den äldres förväntningar på hemservicen kan vara en helt annan än vad som erbjuds åt hen, detta för att den äldre har en vän som, på grund av större vårdbehov, får betydligt mycket mer hjälp av hemservice. (Harnett & Larsson, 2013, 207-208).

4.4.1 Maslow möter Antonovsky

Abraham Harold Maslow var en teoretiker som utarbetade behovstrappan. Maslow hade ett patogent synsätt som beskrivs som att människans behov är rangordningsbara, liksom en trappordning. Först kommer de grundläggande behoven, såsom näring och fysisk trygghet. När de grundläggande fysiska behoven är tillfredsställda, tillkommer ytterligare behov, såsom behov av trygghet, samhörighet, uppskattning och självförverkligande. Maslow såg inte samhörighet, uppskattning och självförverkligande som några riktigt viktiga behov, han ansåg att människan var en biologisk person som under bra förhållanden kunde bli både en social och psykologisk person. Äldreomsorgen idag är ännu relativt långt uppbyggd av Maslows teori, man tillgodoser de grundläggande behoven, såsom mat och hygien, i det dagliga arbetet. Med alarm och andra hjälpmedel tillfredsställs behovet av psykologisk trygghet och genom att erbjuda olika verksamheter tillfredsställs samhörighet. (Westlund & Sjöberg, 2010, 37-60). De andra behoven lämnas lite åt sitt öde och det är upp till vårdaren själv om hen reflekterar över de andra behoven som finns eller uppstår.



Figur 2. Maslows behovstrappa.

Aaron Antonovsky var en annan teoretiker som till motsats mot Maslow hade ett salutogent synsätt. Antonovskys salutogena synsätt beskrivs som att man fokuserar mest på meningsfullhet för människan, dennes sociala behov samt behov av samhörighet, vilket egentligen är raka motsatsen till Maslows synsätt. De behov som Maslows teori anser som inte lika viktiga, såsom samhörighet, uppskattning och självförverkligande, anser Antonovskys teori som de viktigaste behoven för människan. En ultimata äldreomsorg vore om alla behov var lika viktiga och blev tillfredsställda i vardagen, om Maslows och Antonovskys teorier kunde förenas och användas som en egen. (Westlund & Sjöberg,

2010, 37-60). Detta betyder att många behov bör uppfyllas för att äldre ska kunna bo hemma, den ultimata servicen vore uppbyggd på både Maslows och Antonovskys teori, då hade de äldre fått alla behov tillfredsställda samtidigt, då hade kanske hemmaboendet sett ut på ett annat sätt än det gör idag?

5 Sammanfattning av teoridel

Det är mycket svårt att definiera människors, särskilt äldre människors, behov. Det går inte att dra alla äldre under samma kam, utan att en del hamnar i kläm och inte får sina behov tillfredsställda. Många av de tidigare socialgerontologiska teorierna håller på att falla bort ur dagens tankesätt men några lever kvar, kanske i andra former än tidigare. De teorier som ännu håller sig kvar är de som talar för att den äldre ska bibehålla kontinuiteten i sina aktiviteter och att det är viktigt att den äldre delar med sig av sitt livslopp för att andra ska kunna respektera deras vanor och behov.

Funktionellt åldrande, det vill säga ett gott åldrande ligger till grund för ett lyckat hemmaboende i hög ålder. För att åldras funktionellt behöver den äldre både en god fysisk och psykisk hälsa, den äldre måste kunna acceptera negativa förändringar och ändå orka fortsätta engagera sig i livet. Det är ett fungerande förhållande mellan hur man "har det" och hur man "tar det". För det funktionella åldrandet är det viktigt att den äldre upprätthåller sina resurser och fortsätter att delta i aktiviteter, samt att hen känner delaktighet i sitt eget liv och i samhället. Den äldres upplevda och uttryckta behov borde alltid tillfredsställas och i teorin är detta inte så svårt. Ofta styrs också den äldres behov av normativa behov som samhället byggt upp och ibland uppkommer också komparativa behov som inte alltid är nödvändiga för den äldre.

Faktorer som ofta orsakar problem med hemmaboende är ensamhet och otrygghet, dessa är väldigt svåra att komma ifrån om de en gång uppkommit. Ofta om den äldre känner sig tvungen att bo hemma, så kan otryggheten eller ensamheten komma mycket närmare. Även om den äldre känner sig ensam behöver det inte betyda att hen vill flytta men i många fall är det en avgörande orsak till att den äldre faktiskt vill flytta från sitt hem.

Otryggheten uppstår många gånger om den äldre börjar känna sig ensam eller om det händer en olycka eller om hen utsätts för bedrägeri i hemmet. Det som nämns som de vanligaste orsakerna för att hemmaboende inte längre lyckas, enligt teorin är hälsa, brister i bostaden, bostadens läge, ensamhet och otrygghet. Att förebygga ensamhet och otrygghet hos äldre är en utmaning. Ensamhet har ofta ett samband med sämre fysisk och psykisk hälsa, vilket ofta leder till att den äldre inte längre klarar sig själv. Stora förändringar i vardagen kan också ge upphov till otrygghet, vilket också ökar risken för funktionsbegränsning i vardagen hos äldre.

6 Val av metod och tillvägagångssätt

6.1 Val av insamlingsmetod och respondenter

Jag har valt att intervjua fyra hemserviceledare i Österbotten, för att få svar på frågor vad gäller deras klienter och vad de själva anser om hemmaboende i höga åldrar. Dessa blir då informanter istället för respondenter. För att hitta informanter som ställde upp på intervju, sökte jag upp telefonnummer till några, för mig, närliggande kommuners hemserviceledare och jag valde de första som tackade ja till förfrågan. På grund av Covid-19 blev det en utmaning att träffa och intervjua hemserviceledarna på grund av smittorisk och rådande restriktioner. Ålder, kön, ursprung eller liknande för informanterna hade ingen betydelse för min undersökning eftersom hemserviceledarna är en källa för sina klienter i detta fall.

Jag valde intervju som insamlingsmetod eftersom det handlar om en kvalitativ studie, jag ville få så breda svar som möjligt i undersökningen. Genom att ställa öppna frågor gavs informanterna möjlighet att utveckla sina svar och ge sina åsikter och synpunkter om ämnet. Jag spelade även in intervjuerna eftersom jag ville få till en bra dialog under intervjun och jag kunde då fokusera på följdfrågor istället för att skriva ner svaren. Inspelningen underlättade även för min analys eftersom informanterna hade långa svar på mina frågor. Tolkningen av svaren kan också bli mycket snedvriden om svaret skrivits ned på papper av mig som ställt frågan. Till informanterna ställdes öppna frågor för att inte

leda in dem på något svar som jag förväntade mig och för att få så detaljrika frågor som möjligt. Jag lät informanterna själva välja mötesplats för intervjuerna, för att de skulle känna sig så bekväma som möjligt av att dela med sig för mig som var okänd för dem. En annan viktig detalj i min undersökning var att jag respekterade mina informanternas tystnadsplikt och om det diskuterades något sekretessbelagt under intervjuerna, så lät jag det stanna i rummet, jag valde att fokusera på det som var relevant för min undersökning. (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2014, s.156-157). Intervjufrågorna finns med som bilaga i slutet av examensarbetet.

6.2 Analysmetod

Informanternas intervju svar analyserades ur en kvalitativ synvinkel och med hjälp av meningskodning analyserades intervju svaren genom vissa nyckelord och de redovisas nedan i olika kapitel. För att undvika "tusenidorsfenomenet" var jag förberedd inför analysen redan innan jag samlade in data av informanterna. Jag besvarade frågorna *vad jag skulle göra* och *varför jag skulle göra det* innan jag svarade på hur jag skulle göra min undersökning, jag hade alltså ett klart innehåll och syfte först. Sedan behövde jag förbereda mig väl för intervjuerna, ställa tydliga men ej ledande frågor. Jag ville ha öppna, breda frågor som gav mycket information. Till slut analyserade jag svaren och tog fasta på det väsentliga. (Kvale, Brinkmann & Torhell, 2014, s.229, 245-253).

6.3 Sekretess och etik

Jag beaktar sekretessen och tystnadsplikten och alla informanter förblir anonyma i min undersökning, som tidigare nämnts så utesluts allt irrelevant som diskuterats under intervjuerna. Jag följer datasekretessen genom att jag inte nämner några namn, arbetsplatser eller andra igenkänningsfaktorer för någon av informanterna. Detta är viktigt att nämna för informanterna för att de ska känna tillit och kunna slappna av under intervjuerna utan att hindras av oron att jag offentliggör dem. (Holme & Solvang, 1997, s.32). Jag tog heller inte del av några klientuppgifter eller något som kunde avslöja vem informanternas klienter är. Innan intervjuerna berättade jag om syftet med

undersökningen och hur undersökningen skulle gå till. De flesta informanter tackade ja till intervju och de godkände att jag spelade in intervjuerna.

7 Intervjuresultat/Resultatredovisning

I detta kapitel kommer jag att redovisa vad som kommit fram i min undersökning. Informanterna fick svara på likadana frågor som kopplades samman med centrala delar i mitt examensarbete. Nedan kommer jag att redovisa olika åsikter och uppfattningar som blev gemensamma nämnare för alla informanter och därmed lyfta för- och nackdelar med hemmaboende i hög ålder. Eftersom jag använt mig av en kvalitativ intervju i min undersökning, kommer citat från informanterna inkluderas i texten. Citaten skrivs ut på högsvenska även om de sagts på olika dialekter, detta för att bevara datasekretess och konfidentialitet i min undersökning.

7.1 Nackdelar med hemmaboende till mycket hög ålder

”Detta med att bo hemma till livets slut är en mycket fin tanke men om man inte vill så vill man inte och då borde det finnas snabba lösningar för det också, man borde inte tvingas att bo hemma...”

Enligt några av informanterna så finns det många äldre på deras ort som inte vill bo hemma och för de som faktiskt inte vill bo hemma finns inte någon lösning om inte faktorerna för den äldres servicebehov är tillräckligt många i mätinstrumenten. Många äldre bor väldigt primitivt med exempelvis höga trappor, trösklar, avsaknad av innetoalett eller duschen placerad i källaren eller på vinden. De som verkligen inte vill bo hemma börjar snabbt känna sig inlåsta och otrygga i sina hem och de kan lätt drabbas av ångest när de inte kan ta sig ut ur sitt eget hem om olyckan är framme. Ett exempel på detta från teorin är Jönson och Harnetts (2015) otrygghetsspiral. Om otryggheten tar fart så finns det en stor risk att otryggheten tar fart och det blir mycket svårt att komma ur den igen.

”Brister i bostaden, fysiska hinder och demenssjukdomar som leder till exempelvis rymning, är stora nackdelar med hemmaboende till livets slut.”

En av informanterna upplever att de i hemservicen ofta har problem med klienternas bostäder, det är trappor och trångbodda hus samt sjukdomar som gör det svårt för hemservicen att utföra sitt arbete i hemmet. Detta blir då en vanlig orsak till att inte hemmaboende fungerar för äldre, men det är inte en valid orsak till en beviljad boendeplats på äldreboende. En annan vanlig orsak är sjukdomar som gör det svårt för den äldre att känna sig trygg eller orsakar svårigheter att röra sig fritt. Vid rörelsehinder blir det svårt för den äldre att kunna ta hand om sig själv och sitt hem och det uppstår snabbt problem med hemmaboendet.

”Blir klienten otrygg och vill bort hemifrån är det mycket svårt att komma undan utan en flytt...”

Detta säger en av hemserviceledarna men det är mycket svårt i dagens läge att bli beviljad boendeplats eftersom det inte finns så många boendeplatser på äldreboenden, platserna är redan fyllda. Så när klienten blir otrygg och inte längre vill bo hemma kan det bli problematiskt en tid tills man hittat en lösning som fungerar. De närmast anhöriga till de äldre får ofta jobba väldigt hårt för att få en boendeplats beviljad åt sina anhöriga när de faktiskt är i behov av service dygnet runt. Anhöriga kan också ofta bli mycket uttröttade eftersom de får varva hemservicepersonalens besök genom både samtal och genom att besöka sin anhöriga för att hen ringer jämt de andra 22 timmarna som inte hemservicen är på plats. Ensamhet och otrygghet är också stora problem vad gäller hemmaboende äldre. Ingen av informanterna har lyckats hitta någon metod som kunde råda bot på ensamhet eller otrygghet ännu, eftersom det varken finns resurser eller frihet att addera fler besök eller andra metoder för att ge den äldre mer trygghet. Det finns en vilja att hjälpa de äldre hos informanterna men de är begränsade i sitt arbete. En av hemserviceledarna uttryckte att det finns brister i tankesättet för hur äldre ska bemötas:

”Grundtanken tycker jag borde vara att... man alltid borde utgå helt från den äldres synvinkel och hens känslor när det kommer till hens boende i hög ålder.”

7.2 Fördelar med hemmaboende till mycket hög ålder

De flesta informanterna är eniga om att många äldre vill bo kvar hemma till livets slut eller tills det absolut inte fungerar att bo hemma mera. Detta är förstås beroende på klientens bakgrund och hens funktionsförmåga. För de klienter som faktiskt vill bo hemma ser inte informanterna några större problem, det mesta går att lösa så länge viljan finns hos klienten själv. Hemservicen erbjuder vanliga lösningar såsom dusch- och tvättmöjligheter åt den äldre om duschen och tvättmaskinen är oåtkomliga eller obefintliga i den äldres boende. De flesta av informanternas klienter vill bo kvar hemma i den vana, trygga miljön hemma, speciellt om maken eller maken ännu lever. Detta stärker Abramsson och Hagbergs (2012) teorier om att åldrandet kan underlättas om den äldre bor kvar där hen har bott länge, man kan ha stor nytta av grannskapelationer med mera.

“Det är ju bara fördel med hemmaboende för de som faktiskt vill bo hemma i sitt gamla älskade hem! Så länge minnet finns kvar och de äldre känner sig trygga så går det mesta runt omkring att ordna på ett eller annat sätt.”

De flesta hemserviceledarna är av den åsikten att hemmaboende endast är en fördel för den som kan och vill bo hemma. Hemvården har idag utvecklats så mycket att det finns möjlighet att bo hemma även om man har livshotande sjukdomar. Det erbjuds allt från hemsjukvård, hemsjukhus för exempelvis cancersjuka samt olika hjälpmedel för att klara vardagen för alla äldre. Det är också fler äldre som allt tidigare börjar fundera på sin ålderdom och hur de ska lösa eventuella framtida problem. Många väljer att flytta närmare service i ett mindre, lämpligare boende med mindre gårdsbekymmer och liknande. Detta är också till fördel när hemservice eventuellt kopplas in. När den äldre flyttar tidigare hinner hen bli trygg och bekväm i sitt nya och mindre hem och kan kanske bo där längre än om hen inte alls hade flyttat. Det trygga och bekanta hemmet är det absolut bästa stället att bo på så länge den äldre själv känner att det är tryggt och bekant.

“Jag tycker att hemmaboende för äldre lyckas ganska bra idag med hjälp av alla hjälpmedel och team som samarbetar för att den äldre ska ha det bra.”

7.3 Funktionellt åldrande

En mycket vanlig orsak till att inte hemmaboende fungerar för äldre är bostadens skick, men detta är inte en valid orsak till en beviljad boendeplats på äldreboende. En annan vanlig orsak är att den äldre inte åldrats så funktionellt som väntat och kanske inte mår bra fysiskt eller psykiskt och inte längre trivs i sitt hem. Informanterna ser inte jättestora förändringar i äldres sätt att komma över svårigheter och utmaningar, dessa finns alltid. Dock har det skett ändringar i äldres aktivitet och delaktighet, allt fler äldre är villiga att delta i någon sorts aktivitet på sin fritid och de är också mer intresserade av att delta i planeringen av eget liv. Copingstrategier var för hemserviceledarna svårare att svara på, det är kanske inte ett ämne man pratar om som ett enskilt ämne.

”Angående copingstrategier... Mjaa, man måste ju bara överleva... Det finns ju inte mycket att göra när det inte finns boendeplats för alla...”

”Resurserna för aktiviteter sinar här i nejden, det har funnits så många olika seniorgrupper ute i alla byar men det har tyvärr dött ut... Och dagcentren som ännu finns är också stängda nu på grund av Coronapandemin, det är en märkbar förändring för oss och för de äldre.”

De äldres psykiska mående lider av att de inte kommer sig ut och träffa andra nu på grund av den rådande pandemin, Covid-19. Viljan och initiativförmågan försämras snabbt hos de äldre som går miste om att delta i aktiviteter och känna sig delaktiga. Utöver ett rehabiliterande arbetssätt har informanterna svårt att erbjuda rehabiliterande aktiviteter till den äldre om hen inte vill delta i det som omgivningen erbjuder. Olika serviceerbjudare erbjuder demensgrupper, dagcenter, besöksvänner, intervallvård och hemrehabiliteringsrem för att de äldre ska känna sig delaktiga i den mån de behöver. Rehabiliterande hemvårdsbesök kräver sjukdom och remiss, så det är inget som går att erbjuda hur som helst. För många äldre är det också ett väldigt stort steg att faktiskt börja gå på evenemang som ordnas för dem, exempelvis seniorträffar eller liknande. Många känner att de inte uppnår kriterierna för att få gå på evenemangen. Alla informanter försöker i mån av möjlighet att hitta aktiviteter i nejden för den äldre. Äldre idag har högre krav än förut och många är idag mycket mer medvetna om sina rättigheter, detta ser informanterna som positivt.

”Äldre vill ha det mycket bekvämare nu för tiden, vilket är bra, de tänker lite längre fram och säger till om något inte är bra.”

7.4 Ensamhet och otrygghet hos äldre

De flesta av informanterna nämner att deras klienter ofta upplever ensamhet och otrygghet och att det är ett mycket svårlöst problem eftersom otrygghetsspiralen är mycket svår att bryta. Alla informanter är eniga om att situationen kunde se annorlunda ut inom hemservice om man fritt kunde använda "tillsynsbesök" i större mån som förebyggande åtgärd för ensamhet och otrygghet. Många av de äldre har sina anhöriga långt borta och de är ensamma hela tiden mellan besöken som hemservicen gör dit, det blir många ensamma timmar per dygn. Informanterna anser att fria tillsynsbesök hade kunnat ge den äldre en bättre dygnsrytm och kanske upprätthålla rutiner om hemservice lite oftare kunde komma in och se att allt står rätt till. Det kunde också inge en liten trygghet att veta att någon bekant snart ska komma in på en kaffekopp.

"I dagens läge får man inte bevilja hemvårdsbesök på grund av att klienten känner sig otrygg eller ensam, vilket är helt fruktansvärt tycker jag! Det måste finnas ett uttalat vårdbehov, något konkret som måste göras hos klienten, allt man gör där måste vara behovsprövat. Det är förstås en viss skillnad mellan privata och kommunala service-erbjudare i detta fall..."

Alla informanter pratar om ensamhet som en av de största och svåraste faktorerna till misslyckat hemmaboende. Många av klienterna ringer på trygghetslarmet för att få fler besök av hemservice, sällan behöver de faktiskt fysisk hjälp, utan det är ett försök till att bota otryggheten. Ensamhet påverkar den äldre på så många sätt, det är vanligt att informanternas klienter får ångest och mycket försämrat allmäntillstånd. Många av deras klienter känner sig mycket ensamma men vill ändå inte flytta någonstans, för att fördelarna med hemmaboende ännu väger upp för nackdelarna. Det förs fram till några av hemserviceledarna att personalen får bevittna mycket ensamma och otrygga klienter.

"Det hörs ofta från fältet att klienterna uttrycker ensamhet och otrygghet, vår personal får ofta höra att de är de enda som kommer och hälsar på dem... Men detta behöver ju ändå inte betyda att en flytt är nödvändig."

"Ensamhet är faktiskt inte alltid en orsak till att äldre vill flytta... Många av dem är vana vid att vara ensamma och känner inte behov av att träffa andra och delta i aktiviteter som ordnas."

7.5 Behov

Alla informanter är eniga om att klienter som idag erhåller hemservice är i mycket sämre skick än förut och att äldre också börjar med hemservice för sent i livet. Informanterna var också alla eniga om att hemmaboende inte lyckas vid en viss gräns, men var gränsen gick var för alla oklart. Hemserviceledarna tror att det i framtiden kommer att finnas teknologi som, utan större problem, gör hemmaboende möjligt till livets slut. Hemservicens klienter är idag i mycket sämre skick än tidigare eftersom det strävas efter att bo hemma till mycket hög ålder eller till och med till livets slut. Klienterna är också mycket äldre och har fler sjukdomar än tidigare, detta leder till att kraven på hemservice blir något helt annat än de varit tidigare. Dagens äldre börjar dock tidigare tänka på sina behov och planera sin ålderdom, de kan till exempel sälja sitt hus och flytta in på hyra närmare service och de gör sig av med eventuella lån med mera, detta upplever informanterna som positivt. Hemserviceledarna anser att hemservice ofta kommer in för sent i den äldres liv och de uttrycker hur svårt det kan vara att komma in i den äldres liv när det finns sjukdomar eller dylikt som förhindrar en god relation.

“Hemvården kopplas ofta in för sent, när den äldre inte längre vill eller kan börja lita på några nya människor, det blir då svårt för den äldre att välkomna oss i sitt hem och vi kommer aldrig den äldre så nära som vi vill komma hen, det blir inget bra samarbete...”

Klientens, anhörigas och hemservicepersonalens behov går sällan hand i hand och åsikterna går ofta åt olika håll, då kan problematiska situationer uppstå men det är förstås klienten som bestämmer i slutändan. Men nästan alla informanter menar att deras personal ändå har möjlighet att påverka eller åtminstone förbättra sina klienters möjlighet att bo kvar hemma. Alla informanter anser också att det ibland inte skulle fungera med klientens hemmaboende om det inte fanns ihärdiga anhöriga som hjälpte till hemma hos den äldre. Informanterna är tydliga med att det ofta är de anhörigas förtjänst att den äldre kan bo kvar hemma, exempelvis sköter många anhöriga uppvärmningen av klientens gamla hus eller andra stora projekt som måste göras med boendet. Informanterna uttrycker svårigheten med att tillgodose allas behov, de skulle helst vilja kunna tillgodose behoven utan att de behöver uttryckas men detta är inte alltid möjligt.

”Resurserna skalas ner på varje år vad gäller behovsmötande av de äldre... Pengarna styr även om hjärtat sitter på rätt ställe på oss... Vår personal är verkligen eldsjälar som orkar och vill trygga klienternas alla behov även om resurserna är bristfälliga!”

8 Slutdiskussion

Syftet med undersökningen var att undersöka vilka de vanligaste faktorerna är som påverkar de äldres boendesituation i Österbotten. Frågeställningarna var vilka faktorer som gynnar alternativt hämmar hemmaboende för äldre i Österbotten.

I undersökningen kom det fram att ett stort problem med dagens hemmaboende är att tillgodose den äldres delaktighet och aktivitet i samhället. Det är speciellt svårt på landsbygden på grund av långa avstånd mellan den äldres hem och serviceerbjudare. Ett annat problem som oftast går att åtgärda är skicket på den äldres bostad. Hemservice kan ändå erbjuda lösningar på det mesta som gäller klientens bostadsproblem. Men hälsan och fysiken måste också vara i skick om hemmaboendet ska vara lyckat. Fysiska hinder och demenssjukdomar som kan förorsaka rymningar är också ett stort problem på landsbygden för att klienten är mycket svår att hitta på stora områden. Det viktigaste är att den äldre inte känner sig ensam och otrygg, om det gått så långt, är det mycket svårt att undvika att den äldre vill flytta. Dock är det inte så lätt att få en plats på ett boende och den äldre kan vara tvungen att bo kvar i sitt hem även om hen inte vill. Ett annat problem som framkom i undersökningen var hemservicens begränsningar, om de kunde erbjuda mera ickebehovsprövad service, kunde eventuellt otrygghet förebyggas bättre än det görs idag.

I undersökningen kom det också fram att det finns ett gott samarbete med olika yrkesgrupper såsom hemsjukhuset, fysioterapeuter, läkare med mera vilket förstås förbättrar möjligheterna för den äldre att kunna bo hemma längre. Det kom också fram att det idag finns många hjälpmedel att tillgå för att främja och underlätta den äldres vardagliga liv hemma, allt från rörelsehjälpmedel till hygienhjälpmedel. Hemservice erbjuder också exempelvis duschmöjligheter på sina verksamhetsställen om den äldre inte

har möjlighet att duscha i eget hem. Det som också lyftes fram var att det faktiskt är nyttigt för den äldre att bo kvar hemma i sin invanda miljö, där är hen bekant och van att röras, vilket kan motverka fallolyckor i många fall. Det som forskare som Baltes med flera säger, att det krävs funktionellt åldrande, det vill säga ett gott åldrande för att kunna få till ett lyckat hemmaboende, är något som kan konstateras i undersökningen.

Det som nämns som de vanligaste orsakerna för att hemmaboende inte längre lyckas enligt teorin är hälsa, brister i bostaden, bostadens läge, ensamhet och otrygghet. Detta kan styrkas med min undersökning, precis detta beskriver infomranterna i min undersökning också. Med min undersökning kan jag konstatera att verkligheten verkar stämma överens med teorin, ett bra hemmaboende lyckas om klienten har god hälsa och ett gott åldrande och en känsla av delaktighet och sammanhang. Hemserviceledarna säger ofta liknande fraser som Jönsson och Harnett skriver om, exempelvis att brister i bostaden, fysiska hinder och olika sjukdomar som leder till rymning eller dylikt, är stora nackdelar vid hemmaboende. Samt att det behövs ett funktionellt åldrande för att klara av hemmaboende.

Att göra en kvalitativ undersökning med hjälp av intervjuer var för mig självklart, eftersom jag gärna ville höra erfarenheter från andra människor. Jag ville också göra undersökningen ansikte mot ansikte för att frågorna inte skulle missuppfattas och jag hade möjlighet att ställa följdfrågor direkt. Jag fann lite svårigheter med valet av informanter, på grund etiska skäl och senare av Covid-19 och dess restriktioner. Jag hade turen att några informanter ville ställa upp på intervju, ansikte mot ansikte, även under Covid-19. Ovissheten under pandemin orsakade lite svaj i hela min undersökning och tidsanvändningen blev inte alls som planerat, intervjuerna fick vänta till lugnare tider och färdigställandet av hela undersökningen blev därför försenad.

Jag är överlag nöjd med mitt examensarbete, ännu nöjdare hade jag varit om jag hade kunnat skriva ett examensarbete inom mitt kommande profileringsområde. Jag ansåg det som absolut roligast att diskutera med mina informanter om äldres boendesituation. Huvudrubriken *”Strävan till hemmaboende är en fin tanke men verkligheten här är en annan”* är ett citat från en av mina informanter. Citatet beskriver det som diskuterades under varje intervju, problemet med att sträva till att alla ska bo hemma så länge som möjligt är svårt när alla har olika åsikt om när det inte längre är möjligt. Jag vill rikta ett stort tack till informanterna som ställde upp på intervju även under pandemin.

Källförteckning

- Abramsson, M. & Hagberg, J-E. 2012. Omsorgens skugga – äldres strategier i boendet. I: E. Jeppsson Grassman & A. Whitaker red. *Åldrande och omsorgens gestaltningar. Mot nya perspektiv*. (Upplaga 1:1). s. 125-146. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, L. 2016. Ensamhet. I: L. Andersson red. *Socialgerontologi*. (Upplaga 2:2). s. 389-411. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, L. 2006. Åldrandet. I: M. Thorslund & S-E. Wånell red. *Åldrandet och äldreomsorgen*. s. 19-32. Lund: Studentlitteratur.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. 1990. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. I: P. B. Baltes & M. M. Baltes red. s. 1-34. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brülde, B. 2003. *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahl, A., 2013. Psykologiskt åldrande. I: M. Ernsth Bravell red. *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. (2 uppl.). s. 141-160. Malmö: Gleerups.
- Dehlin, O. 2000. *Gerontologi: åldrande i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ericsson, I., 2013. Förhållningssätt i vården och omsorgen av äldre. I: M. Ernsth Bravell red. *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. (2 uppl.). s. 261-271. Malmö: Gleerups.
- Ernsth Bravell, M., 2013. Biologiskt åldrande. I: M. Ernsth Bravell red. *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. (2 uppl.). s. 91-117. Malmö: Gleerups.
- Ernsth Bravell, M., 2013. Gerontologi – vad är det? I: M. Ernsth Bravell red. *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. (2 uppl.). s. 19-42. Malmö: Gleerups.
- Fristedt, S., 2013. Funktionellt åldrande. I: M. Ernsth Bravell red. *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. (2 uppl.). s. 119-140. Malmö: Gleerups.
- Fänge, A. & Carlsson, G. 2010. Aktivitet och delaktighet. I: A. Ekwall red. *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. s. 105-115. Lund: Studentlitteratur.

Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd, 2019. *ICF-Klassifikationen*. Helsingfors: THL.

Institutet för hälsa och välfärd, 2020. *Äldre*. Helsingfors: THL.

Jönson, H. & Harnett, T. 2015. *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur och kultur.

Kristensson, J. & Jakobsson U. 2010. Olika perspektiv på åldrandet. I: A. Ekwall red. *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. s. 15-27. Lund: Studentlitteratur.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. *Vanhustyö*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

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

Malmberg, B. & Ågren, M. 2013. Socialt åldrande. I: M. Ernsth Bravell red. *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. (2 uppl.). s. 161-186. Malmö: Gleerups.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2017. *Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2017-2019*. Helsingfors: Kommunförbundet.

Sundström, G., 2013. De äldre i samhället. I: M. Ernsth Bravell red. *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. (2 uppl.). s. 57-74. Malmö: Gleerups.

Westlund, P. & Sjöberg, A. 2010. *Antonovsky inte Maslow: för en salutogen omsorg och vård*. (Upplaga 3). Solna: Forbildning AB/Tidningen Äldreomsorg.

Wånell, S-E. 2006. Boende för äldre. I: M. Thorslund & S-E. Wånell red. *Åldrandet och äldreomsorgen*. s. 155-184. Lund: Studentlitteratur.

Figurförteckning

Figur 1. Otrygghetsspiralen, Jönsson & Harnett, (2015, 172).....	16
Figur 2. Maslows behovstrappa.....	19

Bilagor

Bilaga 1. Intervjufrågor till informanterna.

- Vanliga fördelar och nackdelar med hemmaboende i hög ålder för just era klienter?
Viktiga faktorer?
- Hur mycket anser du att ensamhet eller otrygghet hos äldre påverkar hemmaboende?
 - Är ensamhet eller otrygghet en valid orsak till flytt eller mer hjälp?
 - Finns det många klienter som uttrycker ensamhet eller otrygghet inom er verksamhet?
 - Hur förebygger man ensamhet eller otrygghet? Plan?
- Talas det mycket om överlevnadsstrategier?
 - Exempel?
 - Skillnader på klienternas tankesätt och värderingar från start till nu?
 - Delaktighet och aktivitet, erbjuds det?
 - Lyckas hemmaboende även om den äldre inte åldrats så funktionellt som önskat? Lösningar?
- Hur tryggas klientens behov?
 - Vilka behov satsar man på? Finns en ram att följa eller satsar man på de som uppstår?
 - Hemvårdens personals behov och röst i boendesituationer?