



Ensamhet bland personer med minnesproblematik

En kvalitativ studie om personalens synvinkel

David Lillqvist & Wilma Hermansson

Socionom & Sjukskötare

Lärdomsprov

2021

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Socionom, Sjukskötare
Identifikationsnummer:	7985, 7986
Författare:	David Lillqvist & Wilma Hermansson
Arbetets namn:	Ensamhet bland personer med minnesproblematik – En kvalitativ studie om personalens synvinkel
Handledare (Arcada):	Tove Werner
Uppdragsgivare:	Stödjande livsmiljöer för seniorer
<p>Detta lärdomsprov är en kvalitativ studie om ensamhet bland äldre personer som har minnesproblematik. Som bakgrund i lärdomsprovet definieras de centrala begreppen äldre, ensamhet, minnesproblematik, äldreboende och personal på äldreboende. Lärdomsprovets syfte är att undersöka vårdpersonalens uppfattning om hur ensamhet kan ta sig i uttryck bland personer med minnesproblematik på äldreboenden. Frågeställningarna i lärdomsprovet är: Hur tar sig ensamheten i uttryck hos personer med minnesproblematik på äldreboenden? Vilka faktorer anser vårdpersonalen att bidrar till att personer med minnesproblematik känner sig ensamma? Vilka åtgärder anser vårdpersonalen att kunde minska ensamhetskänslorna hos äldre med minnesproblematik? Lärdomsprovet har både socialt välbefinnande och lidande som teoretisk referensram. För att få resultat på frågeställningarna har 2 gruppintervjuer genomförts med totalt 4 informanter per intervju. Informanterna som har deltagit i intervjun är vårdpersonal från 2 äldreboenden. Alla informanter och båda äldreboenden har deltagit frivilligt i lärdomsprovet och deras anonymitet har garanterats. Resultat har analyserats med hjälp av en deduktiv innehållsanalys. Resultatet visade att vårdpersonalen ansåg att ensamheten bland personer med minnesproblematik kan ta sig i uttryck på flera sätt bland annat som oro, rastlöshet och depression. Vårdpersonalen ansåg även bland annat att negativa livshändelser, tidsbrist bland personalen och symtomen som minnesproblematiken orsakar kan orsaka ensamhet hos personer med minnesproblematik. Vårdpersonalen tyckte också bland annat att mer personal, bättre samarbete med anhöriga och flera utomstående till äldreboenden kan hjälpa att minska ensamhetskänslorna för äldre med minnesproblematik. Resultatet från vårt arbete kan användas för att öka medvetenheten på äldreboenden om problematiken och eventuellt hjälpa äldreboenden att hitta lösningar på problematiken.</p>	
Nyckelord:	Äldre, Minnesproblematik, Ensamhet, Lidande, Socialt välbefinnande
Sidantal:	59
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	26.10.2021

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Social studies & Nursing
Identification number:	7985, 7986
Author:	David Lillqvist & Wilma Hermansson
Title:	Loneliness among persons with memory disorders – A qualitative study about the staff’s perspective
Supervisor (Arcada):	Tove Werner
Commissioned by:	Supportive living environments for seniors
<p>This is a qualitative study about loneliness among elderly people suffering with memory disorders. The central concepts elderly, loneliness, memory disorder, elderly care home and elderly care home staff are defined in the background of this study. The purpose of this study is to investigate the healthcare staff’s opinion about how loneliness is expressed among elderly people suffering with memory disorders in elderly care homes. This study’s questions are: How is loneliness expressed among people suffering with dementia in elderly homes? What factors do the healthcare staff consider contributing to people with memory disorders feeling lonely? What measures do the healthcare staff believe could reduce the feelings of loneliness among people suffering with memory disorders? This study has social well-being and suffering as a frame of reference. This study has got its results by implementing 2 group interviews with a total of 4 informants per interview. All informants are healthcare workers from 2 elderly care homes. All informants and both elderly care homes have participated voluntarily, and their anonymity has been guaranteed. The results have been analyzed with a deductive content analysis. Based on the results, the healthcare staff thought that loneliness among elderly suffering with memory disorders can be expressed in different ways, such as worry, restlessness, and depression. The health care staff also thought among other things that negative life experiences, lack of time among the staff and the symptoms which memory disorders cause can cause loneliness among persons with memory disorders. Finally, the health care staff thought among other things that increasing staff, better cooperation and more outsiders to the elderly care homes could decrease loneliness among elderly with memory disorders. The result from our study can be used to increase awareness in elderly care homes about the the problem, and also possibly help elderly care homes find a solution for the problem.</p>	
Keywords:	Elderly, Memory disorder, Loneliness, Suffering, Social Well-being
Number of pages:	59
Language:	Swedish
Date of acceptance:	26.10.2021

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Sosionomi & Sairaanhoidaja
Tunnistenumero:	7985, 7986
Tekijä:	David Lillqvist & Wilma Hermansson
Työn nimi:	Yksinäisyys muistisairaiden henkilöiden keskuudessa – Laadullinen tutkimus henkilökunnan näkökulmasta
Työn ohjaaja (Arcada):	Tove Werner
Toimeksiantaja:	Tukea antavia elinympäristöjä vanhuksille
<p>Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus yksinäisyydestä vanhuksilla, joilla on muistiongelmia. Keskeiset käsitteet vanhus, yksinäisyys, muistiongelmia, vanhainkoti ja vanhainkodin henkilökunta määrittävät opinnäytetyön taustana. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitajien näkemystä siitä, miltä yksinäisyys näyttää vanhainkodissa asuvilla henkilöillä, joilla on muistiongelmia. Tutkimuskysymykset ovat: Miltä yksinäisyys näyttää vanhainkodissa asuvilla henkilöillä, joilla on muistiongelmia? Mitkä tekijät osallistuvat siihen, että henkilöt, joilla on muistiongelmia, tuntevat yksinäisyyttä? Millä tavoin hoitajien mielestä yksinäisyyttä voisi vähentää vanhuksilla, joilla on muistiongelmia? Opinnäytetyö käyttää sekä sosiaalista hyvinvointia että kärsimystä teoreettisena viitekehyksenä. Vastauksien saamiseksi tutkimuskysymyksiin järjestettiin 2 ryhmähaastattelua, johon molempiin osallistui 4 informanttia. Haastatteluihin osallistuneet informantit olivat hoitajia kahdesta eri vanhainkodista. Jokainen informantti ja molemmat vanhainkodit ovat osallistuneet opinnäytetyöhön vapaaehtoisesti ja heidän nimettömyytensä on taattu. Tulokset analysoitiin deduktiivisella sisältöanalyysillä. Tuloksien mukaan hoitajien mielestä yksinäisyys vanhuksilla, joilla on muistiongelmia, voi ottaa muotonsa monella eri tavoin, kuten huolella, levottomuudella ja masennuksella. Hoitajien mukaan myös negatiiviset elämäntapahtumat, henkilöstön ajanpuute ja muistiongelmiin aiheuttamat oireet voivat aiheuttaa yksinäisyyttä. Heidän mielestään muun muassa henkilökunnan lisääminen, parempi yhteistyö omaisten kanssa ja ulkoisten vanhainkotiin vierailun lisääminen voisi auttaa vähentämään yksinäisyydentunteita muistiongelmallisten vanhusten keskuudessa. Työmme tuloksia voisi käyttää lisäämään tietoisuutta ongelmista vanhainkodeissa ja auttaa vanhainkoteja löytämään ongelmille ratkaisuja.</p>	
Avainsanat:	Vanhus, Muistiongelmia, Yksinäisyys, Kärsimys, Sosiaalinen hyvinvointi
Sivumäärä:	59
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	26.10.2021

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING	7
2 BAKGRUND	8
2.1 Begreppet äldre	8
2.1.2 Kronologisk ålder	9
2.1.3 Biologisk ålder	9
2.1.4 Psykologisk ålder	10
2.1.5 Socialt åldrande	11
2.1.6 Övriga perspektiv på åldrandet	11
2.1.7 Äldre sammanfattning.....	12
2.2 Begreppet ensamhet	13
2.2.1 Social isolering definition	13
2.2.2 Ensamhet definition.....	13
2.2.3 Olika former av ensamhet	14
2.2.4 Ensamhet från olika perspektiv	15
2.2.5 Ensamhet hos den äldre befolkningen.....	16
2.2.6 Ensamhet sammanfattning.....	17
2.3 Begreppet minnesproblematik	17
2.3.1 Vaskulär demens	18
2.3.2 Frontotemporal demens (FTD).....	19
2.3.3 Sammanfattning.....	20
2.4 Begreppet äldreboende och personal	20
3 TIDIGARE FORSKNING	21
3.1 Risk för ensamhet för personer med minnesproblematik	21
3.2 Ensamhetens hälsorisker	22
4 TEORETISK REFERENSRAM	22
4.1 Socialt välbefinnande	23
4.1.1 Sociala välbefinnandets definition och olika dimensioner	23
4.1.2 Konsekvenser av saknat välbefinnande	24
4.2 Lidande	24
4.2.1 Olika former av lidande.....	25
4.2.2 Minska på lidande	25
5 AVGRÄNSNINGAR	26

6 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	27
7 METOD	27
7.1 Gruppintervju.....	28
7.2 Intervjuprocess och genomförande	29
7.4 Etiska överväganden	33
8 RESULTAT	35
9 DISKUSSION.....	41
9.1 Resultatdiskussion.....	41
9.2 Resultatet kopplat till den teoretiska referensramen.....	45
9.3 Diskussion om metodval	47
9.3.1 Diskussion om Intervjuprocess och genomförande.....	47
9.3.2 Diskussion om analysmetod.....	48
9.3.3 Diskussion om etiken.....	49
9.4 Kritisk granskning	49
9.4 Förslag på vidare forskning.....	50
KÄLLFÖRTECKNING	51
BILAGOR.....	56

1 INLEDNING

På grund av att befolkningen globalt lever längre idag så ökar också andelen äldre personer som har minnesproblematik. Många som bor på äldreboenden och har minnesproblematik känner att vardagen är tung och ensam. (Mjorud m.fl. 2017 s. 2) Enligt Institutet för hälsa och välfärd finns det i Finland idag uppskattningsvis 120 000 personer som har lindrig eller medelsvår minnessjukdom. (Institutet för hälsa och välfärd)

En studie i Sverige visade att 70 % av de som hade minnesproblematik lider av ensamhet (Nilsson m.fl. 2018 s. 6–7). Det är lätt hänt att personer som fått en demensdiagnos isolerar sig, därför skulle det vara mycket viktigt att personen försöker upprätthålla sina sociala kontakter (Oxford Academic 2019).

Vi är två studeranden från olika utbildningar, en av oss studerar inom det sociala området och den andra studerar till att bli sjuksköterska. Trots att vi är på olika studielinjer så studerar vi båda ändå vid yrkeshögskolan Arcada. Vi har valt att undersöka problematiken kring minnesproblematik och ensamhet, eftersom vi är intresserade av ämnet och har egna erfarenheter av att jobba med personer som har olika former av minnesproblematik. När vi arbetade på äldreboenden märkte vi att en stor del av de som bodde på äldreboenden hade någon form av minnesproblematik. Vi upplevde också att de som inte hade minnesproblematik fick oftast mera stöd och hjälp med både sin fysiska som psykiska hälsa. Vi tänker att det kan bero på att personer som inte har minnesproblematik oftast har lättare att uttrycka sina känslor och förklara vad de har för problem på ett sätt som personalen kan förstå, medan de som har svårigheter med att uttrycka sina känslor på grund av minnesproblematik inte får lika mycket hjälp och stöd. Vi tror att personer med minnesproblematik bär på många problem som de har svårt att uttrycka och att de ofta känner sig deprimerade och upplever en känsla av ensamhet.

Vi tror att vårdpersonal kan vara till stor hjälp för personer med minnesproblematik genom att försöka förebygga ensamhet och genom att uppmuntra till social kontakt. Vi hoppas att personal som är insatta i invånarnas livssituation kan ge sin syn och åsikt om problematiken så att vi kan få ökad förståelse om hur personer med minnesproblematik upplever ensamhet och eventuellt hitta förslag för att lösa problemet. Vi tycker det är

viktigt att undersöka hur ensamhet hos personer med minnesproblematik kan ta sig uttryck eftersom det inte har forskats så mycket inom det här området tidigare.

Lärdomsprovet är en del av projektet ”Stödjande livsmiljöer för seniorer”. Vi är intresserade av ensamhet hos personer med minnesproblematik eftersom det ännu finns relativt lite forskning kring detta ämne. Vårt lärdomsprov skulle kunna öka medvetenheten för allmänheten om hur personer med minnesproblematik upplever ensamhet. Resultaten från vårt arbete kan användas för att öka medvetenheten på äldreboenden om problematiken och eventuellt hjälpa äldreboenden att hitta lösningar på problematiken.

Arbetsfördelningen mellan skribenterna har varit jämn och båda skribenterna har deltagit i skrivandet av varje kapitel, med undantag av bakgrunden. I bakgrunden har ena skribenten skrivit om begreppen äldre och ensamhet, medan den andra skribenten har skrivit om minnesproblematik och äldreboende samt personalen på äldreboende. En annan skillnad i arbetsfördelningen var att ena skribenten ansvarade för att kontakta första äldreboendet som deltog i vårt lärdomsprov medan den andra skribenten ansvarade för att kontakta det andra äldreboendet som deltog i lärdomsprovet. Ena skribenten ansvarade för att kontakta informanterna från första äldreboendet medan den andra skribenten ansvarade för att kontakta informanterna från det andra äldreboendet.

2 BAKGRUND

Lärdomsprovets centrala begrepp definieras så att läsaren ska få en uppfattning om vad som menas när dessa ord används. Detta kapitel kommer att definiera begreppen: äldre, ensamhet, minnesproblematik, äldreboende och personal på äldreboenden.

2.1 Begreppet äldre

Att korrekt kunna definiera vem som räknas till en äldre person är mera komplicerat än vad man skulle tro. Det enklaste sättet att definiera en äldre person är att utgå från den kronologiska åldern och att personer som når pensionsåldern vid cirka 65 år räknas som äldre personer. (Ekwall 2010 s. 18) Problemet med den definitionen är att det finns flera

sätt att definiera och förklara ålder än att bara utgå från den kronologiska åldern. Exempel på andra sätt att mäta ålder är biologisk ålder, psykologisk ålder och social ålder.

2.1.2 Kronologisk ålder

Kronologisk ålder innebär att man helt enkelt räknar antal år som en person har levt och när en person har nått en viss ålder så ses denna som en äldre person. Genom att definiera äldre enligt antal år som de har levt så kan man också indela äldre i grupperna yngre äldre, äldre äldre och de allra äldsta. Problemet med den indelningen är att det inte finns en exakt bestämmelse för vid vilken ålder man hör till vilken grupp och att allmänhetens uppfattning ändras hela tiden gällande vilken ålder man anses vara en äldre person. Generellt så brukar man anse att yngre äldre är personer som är 60–75 år gamla, äldre äldre är personer som är 75–85 och de allra äldsta är personer som är äldre än 85 år. (Bravell & Östlund 2020 s. 20)

Tid och ålder har en stark koppling, eftersom åldrandet sker i takt med att tiden går. Dessutom kan tidsuppfattningen påverkas av åldrandeprocessen genom förändringar i den så kallade biologiska klockan. Biologiska klockan är vår inre uppfattning om tidens gång och den kan gå snabbare eller långsammare med åldern. Man kan även tänka sig att åldrandets hastighet ändras med tiden, beroende på hur snabbt biologiska processer förknippade med åldrandet sker. (Dehlin m.fl. 2000 s. 28–29)

2.1.3 Biologisk ålder

Den biologiska åldern innebär att man räknar en persons biologiska och fysiologiska ålder utgående från personens kroppsliga funktionsförmåga. Trots att två personer har samma kronologiska ålder så kan ändå deras organ i kroppen fungera olika hos dem. Om man då mäter den biologiska åldern så skulle detta betyda att dessa två personer inte är lika gamla. Problemet med denna definition är att det kan finnas andra förklaringar till varför olika personers organ fungerar annorlunda som inte direkt har med den biologiska åldern att göra. Det finns olika försök att förklara vad som räknas till biologiskt åldrande, varav ett sätt är att använda sig av biologiska markörer. Biologiska markörer är ämnen eller händelser som uppkommer naturligt i kroppen. För att dessa ämnen eller händelser ska räknas som biologiska markörer så måste de korrelera med förändringar i tid och

kronologisk ålder samt kunna förutspå död eller överlevnad. Det finns inte många allmänt accepterade biologiska markörer men ett exempel är lungfunktionen, eftersom den förändras enligt den kronologiska åldern och kan förutspå den förväntade livslängden. Andra exempel inkluderar gripstyrkan samt njur-och leverfunktionen. (Bravell & Östlund 2020 s. 20–21)

Åldrandet kan beskrivas från ett biologiskt perspektiv som förlusten av olika funktioner. Enligt den här definitionen så börjar människans åldrande ske när funktionen i de flesta av kroppens organ börjar försämrans vid 30–35-årsåldern. Åldrandet är en långsam process som ökar risken för sjukdomar och till sist leder till döden. (Dehlin m.fl. 2000 s. 28)

För att kunna förstå vad som räknas till biologiskt åldrande måste man förstå vad som räknas till naturligt åldrande och vad som räknas till sjukdom. Förhållandet till vad som hör till naturligt åldrande och vad som är sjukdom är inte alltid helt klart, men man brukar se naturligt åldrande som en process som sker långsamt, drabbar alla individer, är oberoende av yttre påverkan och förändrar funktionsförmågan på ett sådant sätt att det till sist leder till döden. Sjukdomar kännetecknas i stället med att de angriper enskilda organ, de drabbar inte alla människor, de orsakas av både inre och yttre faktorer, de gör oftast skada men inte alltid och till skillnad från åldrandet så går de oftast att stoppa. (Dehlin m.fl. 2000 s. 26–27)

2.1.4 Psykologisk ålder

Exakt hur åldern påverkar psykologin är heller inte helt klart, men det finns flera teorier om hur den psykologiska åldern ser ut och vad som påverkar den. Erik H. Eriksson har en teori som går ut på att människans psykosociala utveckling har 8 stadier, och att ens liv påverkas på olika sätt beroende på olika konflikter som uppstår i varje stadium. I hans teori är ålderdomen det sista stadiet. I ålderdomsstadiet är människans konflikt integritet kontra förtvivlan. Integriteten betyder att individer i det här stadiet fokuserar på hur ens liv har varit. Om individen tycker att livet har varit dåligt så kommer personen att känna förtvivlan över sin ålderdom, men om man upplever att man har haft ett bra liv så kommer man att få visdom. Disuse-teorin är en annan teori som går ut på att äldre som får en minskad intellektuell förmåga får den på grund av att de inte använder sina kognitiva förmågor lika ofta jämfört med när de var yngre. General-slowing-hypotesen förklarar i

stället den minskande intellektuella förmågan på att hjärnans signaler till olika system blir långsammare när man blir äldre och att äldre människor därför kan ha svårare att hänga med i omgivningens tempo. (Ekwall 2010 s. 22–23)

2.1.5 Socialt åldrande

Det sociala åldrandet handlar om hur olika problem gällande sociala sammanhang påverkar de äldres situation. När man blir äldre så blir det vanligt att man känner ensamhet, tappar kontakten till släkt och vänner, blir änka eller änkeman och slutar jobba. (Ekwall 2010 s. 23) Den sociala åldern brukar kunna mätas med att kolla vilken funktion och roll som personen har i det sociala samhället till exempel så går barn i skola, vuxna jobbar och äldre är pensionärer. (Bravell & Östland 2020 s. 22)

2.1.6 Övriga perspektiv på åldrandet

Ett begrepp som ofta används när man talar om åldrande är begreppet framgångsrikt åldrande eller ”successful aging”. Framgångsrikt åldrande definierades förr som förmågan att kunna undvika sjukdomar och funktionsnedsättningar tills man når en hög ålder. Förutom att hålla sig fri från sjukdomar/funktionsnedsättningar så kan också de äldre med framgångsrikt åldrande bidra till samhället och behålla sin självkänsla. Nyare definitioner söker efter att inkludera individers subjektiva uppfattning om sitt välmående. Hit räknas självacceptans, positiva sociala relationer och upplevd mening i livet. (Norberg 2012 s. 27–28)

Transitionsteorin förklarar åldrandet som en serie av transitioner (förändringar). Enligt den här teorin så sker det under livets gång hela tiden förändringar som gör att människan går från en period till en annan period i livet. Förändringarna är antingen frivilliga eller ofrivilliga och är antingen hälsosamma eller ohälsosamma. Förändringarna kan utlösas av specifika händelser, av olika personliga utvecklingar och av sjukdomar eller hälsoproblem. Hälsosamma förändringar gör att individen förbättrar sina levnadsvanor och rutiner samt skaffar nya kunskaper för att kunna växa som person. Ohälsosamma förändringar har motsatt effekt. (Ekwall 2010 s. 24)

Enligt aktivitetsteorin så får människor ett gott åldrande av att fortsätta vara aktiva och fortsätta göra det man tyckte om att göra när man var vuxen. Enligt denna teori uppnår man lycka och tillfredställelse av att fortsätta engagera sig i det som man är intresserad av och att det minskar risken för sämre hälsa. (Norberg m.fl. 2012 s. 22)

Kontinuitetsteorin försöker förklara varför människor strävar efter att behålla sitt tänkesätt, aktiviteter, levnadsvanor och sociala relationer trots att deras hälsa, funktionsförmåga och sociala förhållanden förändras på grund av åldrandet. Enligt teorin är kontinuitet en anpassningsstrategi för att bevara saker som fungerat tidigare i sitt liv, och att släppa det som inte fungerat. Teorin menar att människans utveckling baserar sig på tidigare erfarenheter och val. (Norberg m.fl. 2012 s. 22–23)

Tillbakadragningsteorin tycker däremot att ett gott åldrande innebär att både den åldrande personen och samhället ömsesidigt gradvist ska lösgöra sig från varandra. Enligt den här teorin så ska lösgöringen ske långsamt för att den äldre personen ska kunna förbereda sig för döden. Förberedelsen gör att äldre personer blir mera intresserade av kvaliteten av sina sociala kontakter i stället för kvantiteten. Lösgöringsprocess ska enligt denna teori vara en naturlig del av människans utveckling och lösgöringen gör att äldre personer känner frihet och tillfredställelse. (Norberg m.fl. 2012 s. 23–24)

Enligt gerotranscendensteorin definieras åldrandet som en potentiell förändring i tankesättet. Individens synsätt går alltså från mer materialistiskt och rationellt till mer kosmiskt och transcendent. Kroppsbilden blir positivare och tiden upplevs annorlunda, eftersom tidigare minnen blir tydligare eller uppfattas på ett nytt sätt. Individerna upplever större samhörighet till tidigare generationer och mänskliga släktet i sin helhet, vilket leder till en minskad rädsla för döden. Allt detta leder till en känsla av livstillfredsställelse om gerotranscendens utvecklas. (Norberg m.fl. 2012 s. 25–27)

2.1.7 Äldre sammanfattning

Att bli äldre är en konsekvens av att leva. Det finns olika sätt att definiera och förklara ålder. Det finns till exempel den kronologiska, biologiska, psykologiska och sociala åldern. Dessutom finns det olika teorier som försöker förklara hur åldrandet kan ta sig i uttryck som till exempel transitionsteorin, aktivitetsteorin, kontinuitetsteorin, tillbakadragningsteorin och gerotranscendensteorin. I det här lärdomsprovet är

minnesproblematik i fokus. Den definition som därför är mest aktuell för detta lärdomsprov är den biologiska åldern eftersom den talar om åldrandet som förlusten av olika funktioner som ökar risken för olika sjukdomar. De andra definitionerna är inte lika lämpliga, eftersom de skulle exkludera vissa personer med minnesproblematik om de till exempel är kronologiskt för unga eller psykologiskt/socialt alltför avvikande jämfört med andra med samma minnesproblematik.

2.2 Begreppet ensamhet

I det här lärdomsprovet är ensamhet ett centralt begrepp. För att korrekt kunna förstå definitionen av ensamhet och dess inverkan på den äldre befolkningen måste man förstå skillnaden mellan ensamhet och social isolering. Det är vanligt att dessa ord blandas och används som synonymer. Trots att orden handlar om liknande teman så finns det ändå skillnader mellan att uppleva ensamhet och att vara socialt isolerad. För att förstå skillnaden mellan ensamhet och social isolation så måste man förstå skillnaden mellan objektiv och subjektiv manifestering av att vara ensam.

2.2.1 Social isolering definition

Den objektiva manifestationen av att vara ensam är att vara isolerad från andra. (Dehlin m.fl. 2000 s. 280) Social isolering innebär då alltså att man inte har kontakt med andra människor. Man kan vara socialt isolerad antingen från samhället eller från ens familj och vänner. Det är vanligt att socialt isolerade människor bor ensamma och att de känner sig separerade från samhället. Trots att social isolering inte är en känsla så är det ändå vanligt att socialt isolerade människor känner ensamhet. (Victor 2009 s. 176)

2.2.2 Ensamhet definition

Ensamhet är en subjektiv ovälkommen känsla av bristande eller låg mängd sociala relationer. (Cattan 2010 s. 19) Till skillnad från social isolation är alltså ensamhet en känsla som man känner. Orsaken till detta är att människor kan uppleva att de är ensamma trots att de ofta får besök eller träffar andra människor. Man kan också säga att ensamhet är avsaknaden av tillfredsställande personliga och samhälleliga relationer. (Dehlin m.fl.

2000 s. 280) Man saknar då alltså mera kvaliteten av socialt umgänge istället för kvantiteten av socialt umgänge.

Sociala betingelser är olika former av relationer som kan förklara varför människor får ensamhetskänslor. Det finns sex olika relationer, och om man saknar eller upplever att man har brister i någon relation så kan de resultera i att man får en ensamhetskänsla. Den första relationen är tillgivenhet eller känslomässig närhet som skapar trygghet. Den andra relationen är möjligheten att kunna ta hand om någon eller att känna sig ansvarig för någons välbefinnande. Tredje relationen är social integration det vill säga att kunna känna tillhörighet till en viss grupp. Försäkran om egenvärde är den fjärde relationen alltså att få erkännande för sin skicklighet, förmåga eller talang. Den femte relationen är materiell garant vilket betyder att man vet att man kan få materiell hjälp från andra ifall man skulle behöva. Den sista relationen är vägledning som betyder att man vet att man kan få råd och information av andra ifall man skulle behöva. (Andersson 2002 s. 149)

2.2.3 Olika former av ensamhet

Ensamhet kan se annorlunda ut beroende på vilken form av ensamhet det är frågan om. Ensamhetens olika former är avskildhet, social ensamhet, intrapersonell ensamhet och existentiell ensamhet.

Avskildhet är en självvald ensamhet som inte behöver vara negativ för individen. Människor behöver ibland ta avstånd från andra människor för att kunna återupphämta sig och även utveckla sig själv. Vissa personer har större behov av detta än andra, men den här ensamhetskänslan som uppstår brukar oftast vara en positiv känsla eftersom det är en ensamhet som man ibland behöver. (Strang 2014 s. 24–25)

Social ensamhet eller så kallad interpersonell ensamhet är en påtvingad ensamhet som kommer på grund av att man saknar familj, vänner och sociala kontakter. Som tidigare nämnts så innebär social isolering att man inte har kontakt med andra människor, vilket betyder att den interpersonella ensamheten är den typ av ensamhet som uppstår främst på grund av att man känner sig socialt isolerad. Det är vanligt att den här typen av ensamhet väcker känslor som oro, ångest och illabefinnande. (Strang 2014 s. 25)

Intrapersonell ensamhet innebär att man känner ensamhet på grund av att man inte känner igen sig själv mera. Den här typen av ensamhet är vanlig när en individ får en livsförändrande sjukdom som gör att man ändras så pass mycket att man upplever att man inte mera hör hemma i sig själv, vilket gör att man blir som en främling för sig själv. (Strang 2014 s. 26)

Den existentiella ensamheten är en typ av ensamhet som alla människor har genom hela sitt liv. Efter att man föds är man hela livet ensam i hur man uppfattar sig själv och världen. Man kan förklara åt andra människor hur man uppfattar till exempel sig själv men de kommer ändå aldrig helt att förstå eftersom varje människa är unik med hur de uppfattar olika saker. Detta gör att varje människa i grund och botten är ensam trots att man har familj och vänner. Trots att den här typen av ensamhet finns med hela livet så kan den finnas med utan att man lägger märke till den. Det är oftast när någonting dramatiskt händer i ens liv som man inser att man kommer att vara ensam med vissa saker, eftersom andra människor inte helt kan förstå vad man går igenom. Den existentiella ensamheten brukar vara skrämmande för människor och därför är det också vanligt att människor försöker distrahera sig genom att försöka umgås med andra människor så mycket som möjligt. (Strang 2014 s. 26–27)

2.2.4 Ensamhet från olika perspektiv

Ett vanligt sätt att förklara ensamheten är också genom att se på ensamheten från mikro- och makronivå. Mikronivån menar att individens beteende och välmående härstammar och kraftigt påverkas av barndomsupplevelser. Individens känslomässiga band till föräldrarna under barndomen påverkar individen ännu i vuxen ålder. Om till exempel ett barns föräldrar är avvisande mot barnet så finns det en risk att barnet får en otrygg anknytning, och barnets otrygga anknytning gör att barnet vanligtvis får dåligt självförtroende samt dåligt förtroende för andra människor. Detta leder i sin tur till att barnets sociala färdigheter blir bristfälliga eftersom de är mindre sannolika att ta kontakt med andra människor och utforska sin omgivning. Detta ökar risken för ångest och depression samt att barnet kan utveckla ensamhetskänslor. Denna typ av barndomstrauma kan leva kvar hos individer och påverka deras liv ännu när de har nått en hög ålder. Om föräldrar däremot överbeskyddar barnet så kan det även resultera i att barnet utvecklar ensamhetskänslor senare i livet. Det är på grund av att det är vanligt att överbeskyddade

barn utvecklar blyghet och osäkerhet, vilket gör att de har svårare att klara sig själva efter att de förlorat någon som är viktig i deras liv. (Andersson 2002 s. 156–158)

Ensamhetsförklaring på makronivå menar i stället att ensamhetskänslan inte finns hos individen, utan den finns i stället mellan människor på en samhällelig nivå. På medeltiden levde människan i grupp och var väldigt beroende av varandra men på senare tider så började människan leva mer och mer individuellt i stället för att vara i grupp. Det har gjort att människan har frigjort sig från sina traditionella känslband som förr var väldigt starka eftersom samhället baserade sig på täta familjerelationer. (Andersson 2002 s. 151–153)

2.2.5 Ensamhet hos den äldre befolkningen

Människan brukar ses som en social varelse som behöver sociala nätverk och nära relationer för att må bra. (Cattan 2010 s. 31) Forskning har visat att trots att yngre människor mer sannolikt berättar för andra om sin ensamhet, så är det äldre människor som mer sannolikt känner ensamhet. Trots att ensamhet är vanligare när man blir äldre så finns det även forskning som säger att äldres ensamhet främst beror på hälsoproblem, att bo ensam och att ha få vänner. (Cattan 2010 s. 41–42)

Det har även hittats ett samband med att ensamhetsupplevelser korrelerar med låg självkänsla, depression, ångest, dålig hälsa och kroniska sjukdomar med mera. (Andersson 2002 s. 150) Att dålig hälsa ökar risken för ensamhet skulle kunna förklara varför det är vanligt för människor på äldreboenden att känna ensamhet. (Dehlin m.fl. 2000 s. 281) Den tidigare nämnda biologiska perspektivet på åldrandet ser åldrandet som förlusten av olika funktioner. Förlusten av olika funktioner ökar risken för sjukdomar som ökar risken för bland annat ensamhet. Att bli äldre behöver alltså inte betyda att man kommer att känna ensamhet, men när man blir äldre så ökar risken för ensamhet eftersom ålderdomens konsekvenser som till exempel sämre hälsa ökar risken för ensamhet.

Ett annat exempel är att socialt isolerade människor ofta känner ensamhet, och att det är vanligt för äldre att vara socialt isolerade på grund av bland annat försämrade funktionsförmåga, pension, makens/makans död eller sjukdomar. (NHS 2018)

2.2.6 Ensamhet sammanfattning

Ensamhet och social isolering är inte samma sak. Ensamhet är en subjektiv känsla av att vara ensam medan social isolering är den objektiva manifestationen av att vara ensam. Man kan umgås med mycket människor och ändå känna ensamhet, medan man inte har någon kontakt med andra människor om man är socialt isolerad. Det här lärdomsprovet fokuserar på ensamhet i stället för social isolering. Det finns olika former av ensamhet som till exempel avskildhet, interpersonell ensamhet, intrapersonell ensamhet och existentiell ensamhet. De flesta ensamhetsformer orsakar negativa känslor, men inte alla. Det här lärdomsprovet kommer endast att fokusera på ensamhet som orsakar negativa känslor eftersom vi är intresserade av ensamhet som orsakar lidande och mental ohälsa.

2.3 Begreppet minnesproblematik

Med minnesproblematik syftar vi på sjukdomar som märkbart försämrar minnet och andra kognitiva förmågor.

Demens definieras som ett syndrom med fortgående försämring av de kognitiva funktionerna som tex minnet, även andra intellektuella funktioner försämras som tex tankeförmågan, språket och orienteringsförmågan. De emotionella funktionerna påverkas också samt personens personlighet. Dessa symtom leder till svårigheter att klara sig i det vardagliga livet. (Marcusson m.fl. 2003 s. 9)

Alzheimers sjukdom är en starkt åldersrelaterad sjukdom där nästan hälften av de drabbade är mellan 80–90 år då sjukdomen bryter ut. Förekomsten är lite vanligare hos kvinnor än hos män och sjukdomen är den fjärde vanligaste dödsorsaken bland äldre människor i västvärlden. (Basun m.fl. 2013 s. 13)

Man delar även in Alzheimers sjukdom i mild, medelsvår och svår demens. Sjukdomen börjar oftast smygande med minnessvårigheter (främst närminnet), svårigheter med snabb tankeverksamhet och försämrade förmåga att klara av stress. Dessa symtom leder i sin tur till oro och ångest som också kan ta sig uttryck i mera depressiva symtom. (Marcusson m.fl. 2003 s. 32)

Den första fasen av Alzheimers sjukdom kategoriseras som mild demens. Symtomen kommer oftast smygande och börjar oftast många år innan man kontaktar sjukvården. Det sker en gradvis försämring av minnesfunktionerna. Till symtomen räknas också koncentrationssvårigheter, dysfasi, dyspraxi, depression och ångest. Patienten har svårt att förstå svårare resonemang och att tänka självständigt. Dysfasi tar sig uttryck som svårigheter att hitta rätt ord och svårigheter att hänga med i resonemang och diskussioner. Också orienteringsförmågan försämras vilket innebär att också körförmågan påverkas. (Marcusson m.fl. 2003 s. 33)

Den andra fasen innebär medelsvår demens där symtomen försämras ytterligare. Minnessvårigheterna leder till problem att klara av många vardagliga uppgifter som tex svårigheter att läsa, att hantera sina pengar, knäppa knapparna och att kunna klä på sig, svårigheter att orientera sig i tid och rum, nedsatt förmåga till logiskt tänkande samt emotionell avtrubning. Sjukdomsinsikten hos den drabbade minskar eller saknas helt. (Basun m.fl. 2013 s. 19)

Den tredje fasen innebär att alla tidigare symtom försämras ytterligare. Den drabbade känner inte längre igen sina anhöriga, kan inte orientera sig i sin omgivning, upprepar ofta ordfraser och monotona rörelser. Förvirring och psykiska symtom som tex aggressivitet och hallucinationer kan förekomma. Personen behöver anstaltsvård eller konstant tillsyn. I slutskedet är personen oftast säng- eller rullstolsbunden. (Marcusson m.fl. 2003 s. 35)

Olika psykiska symtom är vanliga vid Alzheimers sjukdom. Främst märks depressiva symtomen, men det förekommer också vanföreställningar, hallucinationer, aggressivitet, irritation, rastlöshet, ett planlöst vandrande, skrikande och ohämmat sexuellt beteende. Dessa symtom gör ofta anhöriga upprörda och förvirrade, så det är viktigt att komma ihåg att beteendestörningarna beror på sjukdomens påverkan på hjärnan. (Basun m.fl. 2013 s. 18–19)

Diagnos ställs genom kognitiva testresultat, EEG, datortomografi, likvorprov och blodprover. (Basun m.fl. 2013 s. 20–22)

2.3.1 Vaskulär demens

Den andra vanligaste demenssjukdomen hos oss är vaskulär demens, dvs blodkärlsrelaterade demenstillstånd. Sjukdomen uppstår på grund av arterioskleros i hjärnans blodkärl eller av någon form av inflammationer i hjärnans blodkärl. För att få diagnosen vaskulär demens måste personen visa symtom på både demens och tecken på en cerebrovaskulär skada. En cerebrovaskulär skada kan ge neurologiska symtom, talstörningar, gångrubbningar, dysartri, asymmetri i extremitetsreflexerna. Diagnosen kan också ställas då man från en datortomografiundersökning ser tecken på infarkter och kärlsjukdomar i hjärnan. Insjuknandet sker oftast plötsligt efter en hjärninfarkt eller en transitorisk ischemisk attack (syrebrist i ett visst område i hjärnan på grund av blödning eller blodpropp). Symtomen kan komma ”ryckvis”, en del kan ha en kraftig försämring i vissa funktioner medan andra funktioner kan vara helt bevarade. En del drabbade kan ha kraftiga symtom på natten men klarar sig relativt bra på dagen. Blodtrycksfall kan då vara en orsak till besvären, också mörker kan påverka sinnesstimuli i hjärnan som i sin tur ökar förvirringen. (Basun m.fl. 2013 s.50–51) Vaskulära demenssjukdomar delas också in i undergrupper som multiinfarktdemens (flera mindre hjärninfarkter), småkärlsdemens och demens vid strategisk infarkt (infarkt i känsliga områden i hjärnan som till exempel hippocampus). (Ragneskog 2013 s. 55)

2.3.2 Frontotemporal demens (FTD)

FTD kallas även pannlobsdemens eller frontallobsdemens. Nervcellerna förtvinar i de områden i hjärnan som drabbas och påverkar då bland annat språket och den sociala kompetensen. Om FTD startar i pannloben störs koncentrationen, impulskontrollen och omdömet. Det leder till en personlighetsförändring, plötsliga vredesutbrott, känslomässig avtrubbning samt försämrade förmåga att känna empati. (Ragneskog 2013 s. 51) Ett hämningslöst beteende som oftast är impulsstyrt orsakas av atrofi av orbitofrontala kortex. Beteendet hos patienten som sjukdomen leder till kan upplevas av andra som omdömeslöst och egocentriskt då det bryter mot de sociala normerna (till exempel bordsskick och samtalsregler). Avsaknad av empati är förknippat med skador i frontala hjärnan. (Basun m.fl. 2013 s. 39) Symtomen kommer oftast smygande. Personer i patientens omgivning märker ofta symtom som att personen glömmer ord, har ett splittrat beteende, inte lyssnar eller att personen är passiv, tystlåten och apatiskt inaktiv. (Basun m.fl. 2013 s. 46)

2.3.3 Sammanfattning

De vanligaste minnessjukdomarna är Alzheimers sjukdom, frontotemporal demens och vaskulär demens. Det här lärdomsprovet fokuserar inte på någon specifik minnessjukdom utan inkluderar flera olika typer av minnessjukdomar.

2.4 Begreppet äldreboende och personal

Med äldreboende syftar det här lärdomsprovet på vårdhem och serviceboende för äldre personer.

På ett serviceboende med heldygnsvård erbjuds klienten den vård och omsorg som klienten behöver. På ett serviceboende ingår även måltider, bad- och städtjänster, klädvård, möjlighet till socialt umgänge mm. (Helsingfors stad)

Det finns även effektiverat serviceboende för dem med minnesproblematik, som även kallas för demensboende. Dessa är specifikt anpassade för personer som diagnostiserats med minnessjukdom och som behöver vård dygnet runt. På dessa enheter är personalstyrkan lite större och klientantalet lite mindre än ett vanligt serviceboende. (Suomi.fi 2020)

Serviceboende för personer med minnessjukdom sker främst i gruppboenden där klienterna har ett eget rum, men delar de andra utrymmena med de andra. Man strävar till att göra miljön på boendet så hemlik som möjligt. (Kan & Pohjola 2012 s. 284) Enligt finsk lagstiftning om personal på serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård bör personalstyrkan vara minst 0,7 anställda per klient. (Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 2012)

Servicebostäder ägs vanligtvis av staten eller kommunen, men också privata företag och stiftelser erbjuder denna service. Alla äldre personer som är i behov av hjälp och vård har rätt till ett serviceboende. (infofinland 2019)

Äldreomsorgslagen trädde i kraft 2013 och enligt den har varje kommun skyldighet att ha en plan till hand som säkrar den äldre befolkningens behov av olika sociala tjänster och att erbjuda serviceboende. Kommunens skyldighet är att stödja den äldre befolkningens hälsa, välbefinnande, funktionsförmåga samt utreda behovet av stödtjänster och

servicebehov. I första hand skall den äldre befolkningen stödjas att bo hemma så länge det är möjligt med hjälp av olika stödformer, men då det inte längre fungerar så skall kommunen erbjuda stödboende. (Valvira 2016)

Långvårdsplatser för personer med demens erbjuds på åldringshem och på sjukhusavdelningar för långvårdspatienter. Dessa är menade för patienter som inte längre klarar av att bo hemma med hjälp eller på ett serviceboende. Finland tillämpar ett SAS-system (selvitys=utredning, arviointi=utvärdering, sijoitus=placering) som består av ett team med läkare, vårdare och socialarbetare som gör en individuell uppföljning och utvärdering av den dementa personens behov av en vårdplats på en vårdanstalt. (Kan & Pohjola 2012 s. 285)

3 TIDIGARE FORSKNING

Databaserna ABI/INFORM, Academic Search Complete (EBSCO), och Google scholar har använts för att hitta de vetenskapliga artiklarna till textens tidigare forskning. Sökord som använts för att hitta vetenskapliga artiklar i databaserna är ”dementia loneliness”, ”dementia” AND ”loneliness” och ”loneliness AND ”cause” AND ”dementia”.

3.1 Risk för ensamhet för personer med minnesproblematik

Det har bevisats att demens ökar risken för ensamhet och att det finns ett starkt samband mellan ensamhet och demens. (Bech Mikkelsen m.fl. 2019 s. 2)

Ensamhet och social isolation verkar vara ett stort problem för personer som har minnesproblematik, till exempel uppskattas 70% av personer med demens i Sverige lida av ensamhet. (Nilsson m.fl. 2018 s. 6–7) Personer med demens som bor på vårdhem känner ofta hemlängtan, isolation, ensamhet, att de inte hör hemma där och att de är fångslade. (Mjorud m.fl. 2017 s. 2) Enligt en annan forskning så är det även vanligt att de känner att de saknar sin familj och att de andra invånarna på vårdhemmet inte har så stor betydelse för deras hälsa. (Mjorud m.fl. 2017 s. 6–7)

Orsakerna till att äldre personer med demens blir ensamma beror på många faktorer, bland annat isolation, ålder, depression eller relationer. (Victor m.fl. 2020 s. 853) För att äldre personer med demens ska kunna undvika att bli socialt isolerade så är det viktigt att de upprätthåller sina sociala kontakter och att de deltar i sociala evenemang. (Oxford Academic 2019)

3.2 Ensamhetens hälsorisker

Som tidigare nämnts så har det bevisats att människor som har minnesproblematik ofta känner ensamhet, men det har också bevisats att ensamhet ökar risken för alla typer av demens och Alzheimers sjukdom. Ensamheten kan orsaka allvarliga negativa konsekvenser för hälsan. Ensamhet kan till och med öka dödsrisken lika mycket som tobak- och alkoholanvändning. (Oxford Academic 2019)

Ensamhet påverkar den fysiska hälsan negativt genom att öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, högt blodtryck, skörhet och försämrat immunförsvar. Förutom att orsaka minnessjukdomar så påverkar ensamhet den psykiska hälsan negativt genom att öka risken för depression och självmord. Ensamhet orsakar även sämre kognitiv funktionsförmåga, humör, sömnkvalitet och självkänsla. (Campaign to end loneliness 2020)

4 TEORETISK REFERENS RAM

Eftersom vi studerar på olika linjer så kommer vår teoretiska referensram att ses från olika perspektiv. Från socionomens hälsofrämjande perspektiv kommer den teoretiska referensramen handla om socialt välbefinnande och konsekvenserna av saknat välbefinnande, medan sjuksköterskans perspektiv kommer att fokusera på att minska på lidande för att kunna ge bättre vård. Båda perspektiven vill i grund och botten förbättra välbefinnande för personer med minnesproblematik.

4.1 Socialt välbefinnande

Det socialpedagogiska perspektivet i teoretiska referensramen kommer att handla om socialt välbefinnande. Föreningen Mieli psykisk hälsa Finland definierar välbefinnande som upplevelser eller erfarenheter som ger en bra känsla. Enligt föreningen är välbefinnande ett brett begrepp som bestäms av bland annat livsmiljö, boende och arbete men även av hälsa, sociala kontakter och egen uppfattning av sin livskvalitet. (Mieli psykisk hälsa Finland 2017)

Denna tidigare nämnda definition på välbefinnande går inte in på välbefinnandets olika former. Det finns olika sorters välbefinnande som till exempel mentalt välbefinnande, psykologiskt välbefinnande, emotionellt välbefinnande, spirituellt välbefinnande och socialt välbefinnande. Eftersom sociala vetenskaper försöker öka på delaktighet/inklusion, och motarbeta exkludering/utanförskap så kan man argumentera att ett samhälle med starkt socialt välbefinnande är ett av de centrala målen inom sociala vetenskaper. (Helliwell & Putnam 2004 s. 1435)

4.1.1 Sociala välbefinnandets definition och olika dimensioner

Generellt brukar man definiera socialt välbefinnande som känslan att få tillhöra en gemenskap och att få vara en del av samhället. (5 Ways To Wellbeing) Socialt välbefinnande är ändå mera invecklat än det och kan därför delas in i olika dimensioner. Det sociala välbefinnandet kan delas in i fem dimensioner: social acceptans, social integration, socialt förverkligande, socialt bidrag och socialt sammanhang.

Först har man social acceptans, vilket är samma som självacceptans i en social kontext. När självacceptans går ut på att acceptera sina goda och dåliga sidor handlar social acceptans om att acceptera samma hos andra. Det betyder alltså att acceptera andra som de är. Social integration innebär däremot ens uppfattning om vilken kvalitet ens förhållande är till ens omgivning eller gemenskap. Om ens sociala integration är bra så känner man att man har stark gemenskap och att man får vara en del av samhället. Socialt förverkligande innebär i sin tur att man är bekväm med hur samhället ser ut och vart det är på väg samt att kunna inse samhällets potential. Personer med bra socialt förverkligande känner att samhället kan stöda och hjälpa dem. Socialt bidrag beskriver

hur man ser sitt eget sociala värde. Människor med bra socialt bidrag känner att de har socialt värde och kan känna att de kan bidra till samhället. Sist har man socialt sammanhang som innebär att man förstår och bryr sig om sin omvärld. Ett starkt socialt sammanhang betyder ändå inte att man tror att man lever i en perfekt värld, men man strävar ändå till att försöka förstå den. (Keyes 1998 s. 122–123)

4.1.2 Konsekvenser av saknat välbefinnande

Socialt välbefinnande påverkar inte bara den psykiska hälsan utan även den fysiska hälsan. Välbefinnande minskar risken för sjukdomar, förbättrar immunförsvaret, minskar risken för mental ohälsa, hjälper att upprätthålla den kognitiva förmågan när man åldras, förbättrar ens förmåga att orka och minskar risken att dö för tidigt. Förutom det som tidigare nämnts är människor som upplever välbefinnande mera sannolika att återhämta sig snabbare från kroniska sjukdomar, vara mera involverade i sociala evenemang, ha bättre sociala relationer och även att ha minskad risk för att missbruka till exempel alkohol och tobak med mera. Härmed kan man se att avsaknad av socialt välbefinnande kan ha negativa konsekvenser både på den psykiska och fysiska hälsan. (5 Ways to Wellbeing)

4.2 Lidande

Ur sjukskötarens perspektiv utgår den teoretiska referensramen från Katie Erikssons vårdvetenskapsteori som definierar de grundläggande frågorna i vårdandets kärna. Teorin kommer att omfatta fenomenet vårdlidande.

Katie Eriksson tar i sin bok ”Den lidande människan” upp tankar kring vårdlidande. Där hänvisar hon till Florence Nightingales tankar om att det som ger upphov till lidande oftast är ensamhet, osäkerhet och rädsla för oväntade överraskningar. En sjukskötare ska ställa sig frågan om hur vården kan skydda patienten från onödigt lidande. Hon framhåller också att ”lidande inte är ett symptom på sjukdom utan ett svar på otillräcklig vård.” Ett vårdlidande kan uppstå ifall patienten utsätts för felaktig, otillräcklig eller utebliven vård. (Eriksson 1994 s. 81)

4.2.1 Olika former av lidande

En stor utmaning i vården idag är att försöka minska eller eliminera lidandet i vården. För att få en djupare insikt i vårdlidandet delar Eriksson in dem i 3 olika former, trots att de alla går lite in i varandra.

Den första är ett sjukdomslidande eller ett lidande som patienten upplever i samband med behandling och sjukdom. Fysisk smärta är den vanligaste och kan uppstå i samband med behandling eller som en följd av själva sjukdomen. (Eriksson 1994 s 78–79)

Den andra formen av lidande är vårdlidande. Det är ett lidande som patienten upplever i själva vårdssituationen. Det kan vara en form av lidande som förorsakas av felaktig vård eller av vård som uteblivit. Att kränka en patients värdighet innebär ett lidande. En grundläggande betydelse för hälsoprocessen är att patienten upplever att hon har ett egenvärde. Som vårdare skall man förhindra alla former av kränkningar och försöka få patienten att uppleva sin fulla värdighet. Utebliven vård eller brister i vården kan även förorsaka lidande. Det kan handla om att nonchalera patienten eller att inte ge karitativ vård. Vårdaren har då svårt att gå med i patientens tankevärld och kanske gör vårdhandlingar mot patientens vilja. (Eriksson 1994 s 82–86)

Den tredje formen av lidande är livslidande, ett lidande som patienten upplever i relation till det unika livet. Det omfattar patientens hela livssituation och är relaterat till allt som det innebär att vara människa och att leva bland andra. Det kan handla om rädslan att ens livssituation helt förändras, man är rädd för hot mot sin existens, förlust av det som är det viktigaste i livet. Det kan orsakas av kärlekslöshet, att inte få gensvar på sin längtan efter kärlek och bekräftelse. (Eriksson 1994 s 88–89)

4.2.2 Minska på lidande

Allt onödigt lidande borde man sträva till att eliminera. Men det finns också lidande som man inte helt kan eliminera och då måste man försöka skapa en vårdkultur som gör allt för att lindra lidande. En form av vårdlidande är då patientens värdighet kränks. En patient kan uppleva att hans värdighet kränks på grund av nonchalans mot patientens egen vilja eller att vårdaren inte tar patientens symptom/hälsohinder på allvar. Det kan också ske på

en mer abstrakt nivå genom att vårdaren inte ”ser” patienten och på det sättet fråntar patienten möjligheten att känna sig som en fullvärdig människa. Detta kan få patienten att känna sig ensam och utsatt trots att det finns människor runtomkring. (Eriksson 1994 s. 82)

Ett vårdlidande kan även uppstå då patienten känner sig förnedrad på grund av att vårdpersonalen inte ”orkar” ta sig an en äldre patient som de upplever som besvärlig eller som de tror att inte märker nåt. Ett vårdlidande kan lätt hindras genom att se den äldre som en unik person, genom en snabb smekning på kinden eller genom att stanna upp och lyssna, försöka förstå vad den äldre innerst inne skulle vilja just nu. (Eriksson 1994 s. 86)

Ett lidande i vården kan ofta undvikas eller lindras genom enkla vardagsaktiviteter i vården. Vi måste sträva till att skapa en vårdkultur där patienten känner sig respekterad som en unik individ. Att bekräfta en patients värdighet och visa respekt är små detaljer men har en viktig betydelse för en äldre person som är beroende av sin vårdare. Ett lidande hos patienten kan lindras också bara genom att finnas tillhands för patienten, visa omtanke, en vänlig blick och ett vänligt ord kan betyda mycket för att lindra lidandet och ensamhetskänslan. (Eriksson 1994 s. 90–91)

Ett citat av Frankl (1974) säger att ”Förmågan att lida är livsviktigt för människan, eftersom lidandet hör till ett av livets djupaste villkor” Smärtan är en varningssignal på det biologiska planet, medan lidandet fungerar på motsvarande sätt på det psykiska och andliga planet. (Eriksson 1994 s. 12)

5 AVGRÄNSNINGAR

Psykiskt illamående och känslor av ensamhet, depression och isolering är ett vanligt problem hos äldre personer. Även minnesproblematik förekommer hos många äldre personer. För att begränsa vårt arbete har vi valt att enbart fokusera på vårdpersonalens syn på ensamhet bland personer som har minnesproblematik på ett äldreboende. För att begränsa vårt arbete ytterligare har vi också valt att endast fokusera på den negativa ensamheten. Detta på grund av att äldre personer med minnesproblematik är en speciellt utsatt grupp i samhället som också lätt blir bortglömda då de själva inte klarar av att uttrycka sina känslor.

Många olika människor berörs av äldre personers upplevelse av ensamhet, både anhöriga, närstående och personal på äldreboenden.

6 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med lärdomsprovet är att undersöka vårdpersonalens uppfattning om ensamhet bland äldre personer med minnesproblematik på ett äldreboende. Personalens professionella syn på problemet kan bidra till ökad förståelse om hur ensamheten ser ut för personer med minnesproblematik och eventuellt hjälpa att hitta lösningar som skulle bidra till att minska ensamhetskänslan för personer med minnesproblematik.

Våra frågeställningar till vårdpersonalen är:

1. Hur tar sig ensamheten uttryck hos personer med minnesproblematik på äldreboenden?
2. Vilka faktorer anser vårdpersonalen att bidrar till att personer med minnesproblematik känner sig ensamma?
3. Vilka åtgärder anser vårdpersonalen att kunde minska ensamhetskänslorna hos äldre med minnesproblematik?

7 METOD

Den kvalitativa forskningsprocessen är uppbyggd i olika stadier. Dessa stadier är: tematisering, planering, utformning av intervjuguide, utskrift av intervjudata, analys och verifikation och till sist rapportskrivning av resultatet. (Larsson m.fl. 2005 s. 98–100)

Vid tematiseringen ska man ge en beskrivning av arbetets syfte, problem, forskningsfrågor, metod och teoretiska referensram. Man ska även definiera centrala begrepp och gå in på tidigare forskning om ämnet. Planeringsstadiet går ut på att planera hur intervjun ska se ut och vem som ska vara med för att resultatet bäst ska svara på forskningens syfte. Det tredje stadiet är utformningen av en intervjuguide där man planerar vilka frågor eller teman som ska ställas till de som blir intervjuade för att de ska

kunna svara på relevanta saker för att besvara syftet och forskningsfrågorna. Efter utformningen kommer utskriften och vid det stadiet ska den som intervjuat granska att personen har förstått det som har blivit sagt under intervjun. Nästsista stadiet är analys och verifikation där man väljer vilken analysmetod man ska använda för att kunna analysera ens data på bästa sätt. Den analysmetod som man väljer får inte leda till att viktiga data som skulle kunna ändra forskningsresultatet lämnas bort. Sista delen är rapportering där man presenterar sitt forskningsresultat. (Larsson m.fl. 2005 s. 98–100)

Det här lärdomsprovet använde sig av en kvalitativ forskningsmetod, det vill säga intervjuer, för att besvara problemområdet. Kvalitativa forskningar används för att få fram personers syn, åsikt eller erfarenhet av ett visst fenomen (Henricson 2012 s. 163), medan kvantitativa forskningar används för att få fram hur vanligt ett fenomen är (Henricson 2012 s. 139).

Kvalitativa forskningar kan också ge bra underlag till nya kvantitativa forskningar om ett visst fenomen. (Henricson 2012 s. 164–165)

7.1 Gruppintervju

Detta lärdomsprov har använt sig av gruppintervjuer där några av vårdpersonalen på ett äldreboende har fungerat som informanter. När man gör en gruppintervju är det viktigt att temat som diskuteras inte är för brett eftersom det lättare kan spåra ur. (Jacobsen 2007 s. 94)

I lärdomsprovet har använts en prestrukturerad öppen intervju. Prestrukturering innebär att man på förhand har bestämt vissa element som intervjun kommer att fokusera på. (Jacobsen 2007 s. 95) I det här fallet så har intervjun varit prestrukturerad så att intervjufrågorna har fungerat som rubriker eller teman som informanterna fritt kan diskutera. Prestruktureringen finns med för att undvika att intervjuns diskussion blir allt för bred och intervjun har varit en öppen intervju för att informanterna skulle lättare kunna berätta om deras syn på problematiken.

Intervjuns frågor har bestått av fyra bakgrundsfrågor, två inledningsfrågor, tio intervjufrågor och en avslutande fråga. Bakgrundsfrågornas uppgift är att få nödvändig information om informanterna som kan ha betydelse när man analyserar intervjuerna.

Inledningsfrågornas syfte är att introducera intervjuens centrala begrepp för att kolla hur informanterna ser på det som skall diskuteras och för att få förståelse av informanternas synsätt på begreppen. Intervjufrågorna kommer att besvara lärdomsprovets forskningsfrågor och den avslutande frågan finns med för att ge informanterna möjlighet att ännu uttrycka sig ifall de upplever att de finns något som de inte har hunnit säga. (bilaga 3) Frågorna är skapade för att besvara problemställningen och det har använts litteratur för att skapa intervjuguiden och för hur öppna frågor ska formuleras.

7.2 Intervjuprocess och genomförande

Kvalitativa gruppintervjuer är en bra metod för att få fram personers syn och erfarenheter av ett visst fenomen eller problem. (Jacobsen 2007 s.94) Det finns olika sätt att välja urval till exempel slumpmässigt, gruppmissigt och informationsmissigt med mera. (Jacobsen 2007 s. 122–123) Urvalsmetoden som vi har valt är det informationsmissiga urvalet där man väljer ut enheter som man antar att kan ge mycket eller värdefull information. (Jacobsen 2007 s. 123) I gruppintervjuerna deltog närvårdare, sjukskötare eller vårdbiträden som dagligen jobbar med äldre personer med minnesproblematik, eftersom de har mycket kunskap, erfarenhet och värdefull information till vårt lärdomsprov.

Vi har gjort två gruppintervjuer med samma prestrukturerade öppna frågor. Vi valde att ha fyra informanter per intervju för att informanterna skulle kunna skapa diskussion sinsemellan och få idéer av varandra. Vår tidsram för gruppintervjuerna var 60–90 minuter för att möjliggöra att alla informanter skulle hinna svara på alla frågor och säga det de ville. Med kontrollegenskaper syftar man på gemensamma erfarenheter hos informanterna (Jacobsen 2007 s. 125). Kontrollegenskaper hos de intervjuade är att de alla för tillfället jobbar på ett äldreboende som vårdar personer med minnesproblematik.

Vi tog kontakt med båda äldreboenden där vi planerade att hålla intervjuerna ungefär samtidigt. Ena skribenten ansvarade för att kontakta första äldreboendet och den andra skribenten ansvarade för att kontakta det andra äldreboendet. Ena skribenten tog kontakt med informanterna från första äldreboendet och den andra skribenten tog kontakt med informanterna från det andra äldreboendet. Eftersom vår kontakt med cheferna på äldreboenden hade vissa skillnader, beskrivs intervjuprocesserna på de två äldreboenden separat.

För att kunna utföra vår intervju på det första äldreboendet bokade ena skribenten ett möte med det äldreboendets chef. Under mötet förklarade skribenten syftet med lärdomsprovet och gav chefen informationsbrevet (bilaga 1) samt intervjuguiden (bilaga 3). Under mötet förklarade skribenten även vårt intresse att söka informanter som kan delta i den första intervjun. Chefen för äldreboendet gav den första skribenten muntligt lov att söka informanter från äldreboendet och genomföra den första intervjun med deras personal ungefär en vecka efter mötet. Första skribenten sökte sedan frivilliga informanter genom att individuellt tala med personal på äldreboendet och fråga ifall de ville delta i den första intervjun. När skribenten tog kontakt med vårdpersonalen förklarade skribenten att vi sökte informanter ur vårdpersonalen som kunde delta i en intervju, vartefter skribenten gav dem ett exemplar på vårt informationsbrev att läsa och förklarade vad syftet med lärdomsprovet var. Skribenten var noggrann med att förklara att deltagandet var fullständigt frivilligt och att deltagandet kunde avbrytas när som helst. De som ville delta i intervjun fick behålla ett exemplar av informationsbrevet (bilaga 1). Skribenten föreslog några datum då första intervjun skulle kunna hållas och kom tillsammans överens om datum och tid som passade alla informanter. Skribenten försäkrade sig om att alla skulle ha tillgång till en dator eller annan elektronik som kunde användas för intervjun. Första intervjun skedde på distans med 4 informanter via Teams. Länken till den schemalagda intervjun skickades till alla informanter. Informanterna skrev under det informerade samtycket (bilaga 2) på samma dag som intervjun skulle genomföras, men före själva intervjun inleddes. Det möjliggjordes genom att den första skribenten var på plats vid det äldreboende där informanterna fanns under samma dag som intervjun genomfördes där.

För att kunna utföra den andra intervjun på det andra äldreboendet tog den andra skribenten först kontakt med äldreboendets chef, men denna gång via e-mail. Skribenten tog kontakt digitalt eftersom chefen inte var på plats den veckan vi började ta kontakt med båda äldreboenden. Chefen behövde lov av organisationen som ägde äldreboendet innan vi skulle få utföra vår andra intervju på det andra boendet. Chefen begärde därför att den andra skribenten skulle skicka hela vårt arbete som det såg ut i det skedet, informationsbrevet (bilaga 1) och intervjuguiden (bilaga 3) så att organisationen skulle ha möjligheten att granska vårt arbete. Denna process tog ett par månader, vilket betydde att första intervjun hann genomföras innan den andra skribenten kunde ta kontakt med informanterna från andra äldreboendet. Efter att organisationen hade granskat vårt arbete skickade äldreboendets chef till den andra skribenten att vi har lov att söka informanter

från deras äldreboende och genomföra vår andra intervju med deras personal. Den andra skribenten sökte sedan informanter på samma sätt som i första intervjun genom att individuellt ta kontakt med vårdpersonal från äldreboendet. Den andra skribenten förklarade att vi sökte informanter till vår intervju, gav dem ett exemplar av informationsbrevet (bilaga 1) och förklarade syftet med lärdomsprovet. Den andra skribenten var också noggrann med att förklara syftet, att deras deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta deras deltagande när de ville. Den andra skribenten kom sedan överens om en tid som passade för alla som skulle delta i den andra intervjun. Den andra skribenten försäkrade sig om att alla deltagare hade tillgång och möjlighet till att delta i vår intervju via Teams. Informanterna skrev i det här fallet under det informerade samtycket några dagar före intervjun, eftersom det var passligt för den andra skribenten att besöka äldreboendet då och informanterna ville skriva under informerade samtycket redan vid det skedet.

Innan intervjuerna började påminde vi informanterna om syftet med lärdomsprovet och om att de deltog anonymt och frivilligt samt att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst ifall de önskade. Vi informerade informanterna om att den data som samlades in behandlas konfidentiellt och att endast vi och våra handledare hade tillgång till den. Gruppintervjun leddes av en av oss medan den andra kontrollerade att tidtabellen följdes. Vi hade möjlighet att ställa följdfrågor ifall något blev oklart eller situationen krävde mera information. För den fortsatta analysen av materialet och för att garantera korrekt återgivning bandades intervjun in på en dator. Det som bandades in hölls privat, vilket innebar att materialet var skyddat från allmänheten med hjälp av datorns lösenord. Materialet var tillgängligt endast för skribenterna och skribenternas handledare. Informanterna och äldreboendet var anonyma för att möjliggöra att informanterna vågade vara så ärliga i intervjun som möjligt.

7.3 Analyismetod

Intervjuerna analyserades med en deduktiv innehållsanalys för att beskriva och få en djupare förståelse för fenomenet, vilket i detta lärdomsprov handlar om vårdpersonalens uppfattning om hur ensamhet tar sig uttryck hos personer med minnesproblematik på ett äldreboende.

Genom en deduktiv innehållsanalys utgår man från en bestämd teori eller från ett givet tema som sedan ligger till grund för hur man gör upp schemat för meningsenheter, kondenserade meningsenheter, kategorier och teman. (Elo & Kyngäs 2007 s. 111) För att beskriva processen har vi utgått från U.H. Graneheim och B. Lundmans 2003 beskrivning av innehållsanalysen. Här bygger man upp textmaterialet med hjälp av meningsenheter, kondenserade meningsenheter, subkategorier, kategorier och teman. I meningsenheterna samlar man viktiga meningar och ord som svarar på de frågeställningar man söker efter. I kondenserade meningsenheter kortar man ner texten till ord eller korta meningar men ändå så att man har kvar det viktiga budskapet. Sedan grupperas de kondenserade meningsenheterna in i subkategorier som i sin tur bildar kategorierna. Till slut binder man ihop kategorierna till teman som motsvarar det viktigaste innehållet i texten. (Graneheim 2003 s. 106–107)

Vår datainsamling bestod av två gruppintervjuer. Det första steget var att transkribera intervjuerna. Renskrivningarna innehöll alla pauser och småord. Båda intervjuerna var 60–90 minuter långa och den transkriberade texten blev 31 sidor. Intervjutexten lästes först grundligt igenom flera gånger för att vi skulle få en tydlig bild av innehållet. I detta lärdomsprov har använts meningsenheter, kondenserade meningsenheter, kategorier och teman. Meningsenheterna blev 39 till antalet och innehöll betydelsefulla ord och meningar som svarade på våra forskningsfrågor, alltså faktorer som berör ensamhetens uttrycksform, orsaker som bidrar till ensamhet hos personer med minnesproblematik och faktorer som minskar på ensamhetskänslorna hos dessa personer. Meningsenheterna har sedan reducerats till korta och viktiga ord och meningar i spalten för kondenserande meningsenheter. Detta gjorde vi med hela intervjumaterialet innan vi gick till följande skede i analysprocessen. Där delades de kondenserande meningsenheterna in i olika kategorier. Vi kom fram till 15 olika kategorier efter att vi analyserat de kondenserande meningsenheterna. Kategorierna bestod av olika känslouttryck för ensamheten, olika faktorer som orsakar ensamhet samt olika lösningar på ensamhetsproblematiken. Kategorierna sammanslogs slutligen till 3 olika teman. I resultatet tog vi med citat ur intervjuerna för att bättre kunna belysa vad de intervjuade sade. Till slut skapade vi en översikt över innehållet för att framföra resultatet av lärdomsprovet.

7.4 Etiska överväganden

Varje vetenskaplig forskning måste följa forskningsetik samt etiska principer och det här lärdomsprovet är inget undantag. Forskningsetik är de etiska överväganden som måste göras både före och under genomförandet av arbetet. Det innebär alltså att man är medveten om vad som kan vara etiskt problematiskt i forskningen och har det i beaktande när man väljer hur man ska bygga upp och genomföra sin forskning. Det som är viktigt när man gör en vetenskaplig forskning är att de som deltar i forskningen inte ska utnyttjas, skadas eller såras. För att minska risken för att detta ska ske så bör de som forskar följa vissa etiska principer. Exempel på etiska principer kan vara skyddandet av privatliv, människovärde principen (alla är lika mycket värda) och självbestämmanderätten. (Henricson 2012 s.70–73)

Detta lärdomsprov har följt Forskningsetiska Delegationens riktlinjer för etiska principer (Forskningsetiska delegationen). Etiska aspekter som har blivit aktuella i detta lärdomsprov är ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet. Till ärligheten ingår att man inte gör någon form av fusk som till exempel fabricering, förfalskning, plagiering, stöld och försummelse med mera. När det gäller omsorgsfullhet och noggrannhet så är det viktigt att man inte slarvar eller skriver saker som skulle kunna bevisa sig vara falska.

Detta lärdomsprov behövde inget forskningslov från Arcada och det räckte med handledarens godkännande för att få inleda kontakt med äldreboenden. Kontakten med äldreboendena inleddes ungefär samtidigt, men processen varierade aningen med hur kontakten togs och hur länge det tog att få godkännande. Från det första äldreboendet bokades ett möte med boendets chef. Under mötet diskuterades lärdomsprovets syfte och intresset av att söka informanter från äldreboendet. Chefen fick även informationsbrevet (bilaga 1) och intervjuguiden (bilaga 3). Chefen från första äldreboendet begärde endast att få läsa igenom informationsbrevet (bilaga 1) och intervjuguiden (bilaga 3) privat för att kunna godkänna. Efter ungefär en vecka gav chefen muntligt godkännande och det krävdes inget mera från boendets sida för att få börja ta kontakt med vårdpersonalen. Från det andra äldreboendet inleddes kontakten till äldreboendets chef via e-mail. I e-mejlet som skickades till chefen förklarades lärdomsprovets syfte och begäran att få söka informanter från äldreboendet. Från detta äldreboende behövde chefen godkännande från organisationen som äger boendet. Därför begärde chefen att få hela arbetet som det såg

ut i det skedet, informationsbrevet (bilaga 1) och intervjuguiden (bilaga 3). Detta skickades till chefen och chefen skickade detta vidare till organisationen. Efter ett par månader skickade chefen via e-mail att organisationen har gett godkännande och att det räckte för att få ta kontakt med vårdpersonalen från äldreboendet. Gällande etiken om kontaktagandet till äldreboendets chefer anser vi att vi var ärliga med cheferna om vad vårt lärdomsprov innebar för dem och vi gav dem även all information som de begärde. Vi var även noggranna med att fråga vad äldreboendena krävde för att vi ska få göra intervjuerna.

Kontakten till vårdpersonalen skedde på samma sätt på båda äldreboendena. Kontakten till informanterna skedde individuellt genom diskussion. Informanterna fick under diskussionen veta att vi söker informanter till en intervju och vad lärdomsprovets syfte var. Informanterna fick läsa igenom informationsbrevet (bilaga 1) och de som valde att delta i intervjun fick behålla informationsbrevet. Gällande etiken är det viktigt att nämna att informanterna valdes genom individuell diskussion och att vi inte hade något motiv med att välja dem som deltog i intervjun, utan vi frågade endast slumpmässigt bland vårdpersonalen som fanns på plats om de ville delta. Informanterna deltog frivilligt och skrev under det informerade samtycket samma dag som intervjun inför den första intervjun, och några dagar före intervjun inför den andra intervjun. Vi anser att vi har gett informanterna lång tid att bestämma om de vill delta och vi anser även att vi inte har pressat någon informant att skriva under vårt informerade samtycke. Vi anser även att vi har varit noggranna med att berätta till informanterna om deras rättigheter både innan och under intervjun.

Detta lärdomsprov har samlat in data med hjälp av en bandinspelning via datorn. Det som bandats in under intervjun har förvarats privat och kommer att raderas 3 månader efter att lärdomsprovet är presenterat och godkänt. Informanterna och äldreboendets namn samt övriga uppgifter har under inga omständigheter nämnts i arbetet eller spridits vidare och därför har deltagarnas anonymitet och konfidentialitet bevarats. Brevet om informerat samtycke (bilaga 2) har förvarats på ett säkert ställe i skydd från allmänheten.

8 RESULTAT

Vi kommer nu att presentera det resultat som vi fick då vi analyserat våra intervjuer. Vi har även tagit med citat från intervjuerna för att förtydliga resultatet.

Resultatet av analysen har delats in i 3 olika teman.

Resultat i form av teman och kategorier

Ensamhetens uttrycksform:

- Känsla av oro och ångest
- Depression
- Sorg och saknad
- Rastlöshet
- Skillnader mellan hur män och kvinnor uttrycker känslor

Orsaker till ensamhet:

- Negativa livshändelser
- Coronarestriktionerna
- Tidsbrist hos personalen
- Sjukdomssymtomen

Faktorer som minskar ensamhetskänslorna:

- Öka personalstyrkan
- Mer utbildning, diskussion om värderingar hos personalen
- Välkomna utomstående till äldreboendet som extra resurs
- Bättre samarbete med anhöriga
- Satsa mer på individuellvård
- Öka användningen av digitala hjälpmedel

8.1 Ensamhetens uttrycksform

Ensamhet kan uttryckas på många olika sätt och personalen upplevde det som utmanande att skilja på ensamhetskänslor och andra känslor som ta sig uttryck på liknande sätt.

8.1.1 Oro, ångest och rastlöshet

Enligt personalens tolkning av ensamhetskänslorna hos de äldre med minnesproblematik tar den sig ofta uttryck som oro, rastlöshet och ångestkänslor. Rop och oro visar sig ofta som rädslor för att bli lämnade ensamma. De som ännu har förmåga att uttrycka sig verbalt klagar ofta på ensamheten medan de som lider av minnesproblematik tar sig ensamheten ofta uttryck i form av ett planlöst vandrande på avdelningen. Flera av personalen märkte också att efter att de äldre har haft besök av anhöriga kom ensamhetskänslorna extra tydligt fram. Då kan minnesproblemen göra att de inte förstår varför de anhöriga försvinner och lämnar dem kvar på äldreboendet. Också brist på kontakt till betydelsefulla personer gör att de känner ensamhet.

När minnesproblematiken framskridit ökar behovet av att ha vårdare i närheten så inte oron och paniken kommer över att bli lämnad ensam. Eftersom personer med minnesproblematik har svårt att kognitivt förstå situationen, svårt att förstå varför anhöriga inte är närvarande på avdelningen, blir de oroliga och många försöker ta sig bort från avdelningen, de vill komma hem till sitt tidigare hem.

”...folk som inte mera har orden kvar så kan tex klappa i händerna eller klappa i bordet eller knäppa med fingrarna som dom gör för att få den där uppmärksamheten när dom inte har språket kvar att säga ”Hej kom och sitt och tala med mig en stund” så finns det sånhäna helt enkla ordlösa sätt att locka på uppmärksamhet.” (gruppintervju 2)

8.1.2 Depression, sorg och saknad

Ensamheten kan även ta sig uttryck som apati och depression. Personen drar sig undan och saknar tryggheten i det familjära som de upplevt i sitt liv. Personalen märkte även en tydlig dygnsskillnad; ensamhetskänslorna kom tydligare fram på eftermiddagarna och kvällarna, även nätterna kan vara svåra för dem som lider av ensamhet.

Personer med minnesproblematik har ofta svårt att kommunicera och att uttrycka sig. Då blir den fysiska närheten viktig, man vill känna och se att man har människor omkring sig.

Vissa högtider och för den äldre viktiga traditioner har också visat sig vara extra jobbiga ifall de måste ge avkall på dem. Då upplevs ensamhetskänslorna i form av sorg och saknad.

"...vissa tillfällen, personliga tillfällen beroende från människa till människa, kanske någon som alltid har brukat dricka kvällste med sin man så känner sig lite nedstämd just vid kvällarna för det känns så ensamt och det är den där långa natten framför och så där." (gruppintervju 2)

"De saknar helt enkelt den där känslan av att vara i samspråk med en annan." (gruppintervju 2)

8.1.3 Skillnader mellan hur män och kvinnor uttrycker känslor

Personalen hade också märkt att män har svårare än kvinnor att verbalt uttrycka sina ensamhetskänslor. De tar sig ofta uttryck som nedstämdhet och apati, en sorts dold ensamhet. Ensamhetskänslan kan alltså ta sig uttryck som ett sökande efter kroppslig närhet.

Det kom också fram att personer med minnesproblematik kan uppleva en känsla av att vara ensamma men ändå inte veta vad det är de saknar men de blir ofta tröstade av att någon visar närhet och ger dem lite uppmärksamhet.

8.2 Orsaker till ensamhet

Många av personalen ansåg att brist på kontakt till betydelsefulla personer bidrog till ensamhetskänslorna. Men också brist på fysisk beröring, brist på meningsfull sysselsättning och coronapandemin har haft stor påverkan på ensamhetskänslan.

8.2.1 Tidsbrist hos personalen

Tidsbrist hos personalen ansåg alla intervjuade att var en bidragande orsak till ensamhetskänslorna. En dement, orolig och förvirrad person skulle behöva ständig tillsyn för att känna sig trygg. Även situationer har funnits där den minnessjuka fysiskt håller

fast vid en vårdare så att hen inte skall bli lämnad ensam. Personalen upplever att de inte hinner kommunicera tillräckligt mycket med de äldre som de skulle behöva.

8.2.2 Negativa livshändelser

Ur intervjuerna kom det fram att vid vissa livssituationer, som till exempel då en äldre person flyttar till äldreboendet, kan ensamheten kännas extra jobbig trots att det finns människor runt omkring dem, men saknaden efter de anhöriga känns ofta svår. Andra livssituationer, som till exempel då livspartnern eller någon närstående dör, blir ensamhetskänslorna extra tydliga.

8.2.3 Sjukdomssymtomen

Förmågan till socialt umgänge minskar då minnesproblematiken ökar. Det kan också finnas en ovana hos den äldre att till exempel genast gå till sitt rum efter maten i stället för att sitta och umgås med andra inneboenden.

Eftersom korttidsminnet ofta sviker men långtidsminnet ännu finns kvar så lever de i tanken ofta mer i den förgångna tiden. Den äldre kan komma ihåg tider som varit, då de hade många vänner och släktingar omkring sig och därför känns det nu så ensamt på äldreboendet.

8.2.4 Coronarestriktionerna

En stor bidragande orsak till ensamhetskänslorna hos de äldre har varit den aktuella Coronapandemin. I början av pandemin måste alla på äldreboendet vara isolerade på sina rum. Personalen använde ansiktsskydd och skyddsutrustning vilket var skrämmande för de som inte förstod orsaken till denna plötsliga förändring. Personalen upplevde att de äldre med minnesproblematik blev förvirrade och ångestfyllda då de anhöriga inte fick besöka dem och de hade svårt att förstå varför de anhöriga inte kom.

Personalen upplevde att användningen av andningsskydd gjorde det svårt att förmedla känslor och få kontakt till åldringen. Det blev viktigare att använda ord för att förstärka och förmedla känslor då till exempel ett leende inte syns under ansiktsskyddet.

”Men jämför man för ett år sedan så måste patienterna vara på sina rum och jag tror att det tog ganska hårt på alla patienter att måsta sitta på sitt rum i många veckor utan att få träffa anhöriga. Både gravt minnessjuka och personer med lindrigare minnessjukdom var det tufft för.” (gruppintervju 1)

En annan bidragande orsak till ensamhet under pandemin var att alla aktiviteter var satta på paus så det blev inget naturligt umgänge med andra under den tiden.

8.3 Faktorer som minskar ensamhetskänslorna

Många intervjusvar berörde personalbristen som en orsak till att ensamheten kan bli till ett problem på äldreboenden men också många andra kreativa lösningar på problemet kom fram.

8.3.1 Öka personalstyrkan

Alla av de intervjuade önskade mer personal till äldreomsorgen, så att det skulle vara möjligt att ge en mer individanpassad vård. I nuläget råder det ofta underbemanning av personal som leder till tidsbrist och svårigheter att ge en optimal vård. Personalen borde få tid så de kan satsa mera på att umgås och aktivera klienter med långtgående minnesproblematik. I nuläget ordnas de flesta aktiviteter för klienter som är i bättre skick.

8.3.2 Satsa mer på individuell vård

Vårdpersonalen borde få mer tid för att kunna sitta ner och diskutera, titta på foton eller pyssla tillsammans med den äldre för att minska på ensamhetskänslorna.

Att satsa mer på vårdrelationen och att försöka göra det bästa man kan av den tid som finns till förfogande för patienterna. Mer kunskap om hur man bemöter ensamhet bland personer med minnesproblematik önskades också.

”...jätteviktigt att man känner att du är här och jag ser dig, du betyder något för mig.”
(gruppintervju 2)

8.3.3 Öka användningen av digitala hjälpmedel

Många kom även med förslag på åtgärder som att bättre utnyttja de digitala hjälpmedlen. Att ordna Skype-möten för patienterna med sina anhöriga/vänner skulle vara en stor tillgång för både anhöriga och de äldre. Vårdpersonalen kunde också mer aktivt uppmuntra och hjälpa de äldre att ringa sina anhöriga och uppmuntra de anhöriga att regelbundet ta kontakt.

8.3.4 Bättre samarbete med anhöriga

Man borde satsa mer på samarbetet med de anhöriga. De anhöriga är en så viktig del av den äldres liv och de anhöriga är också en stor resurs. När en dement person har en anhörig som är delaktig i vården skapas en mer meningsfull vardag för den äldre med minnesproblematik. De anhöriga kan oftast erbjuda en närhet och kontakt som är så mycket mer än vad en vårdrelation mellan patient och vårdare är.

8.3.5 Välkomna utomstående till äldreboendet som extra resurs

Många kom med förslag på att ta emot extra resurser som till exempel någon utomstående som kunde komma och läsa högt för åldringarna eller sjunga för dem eller sjunga tillsammans med dem. Också husdjur skulle oftare kunna komma på besök till avdelningarna. Hos många äldre med minnesproblematik väcks positiva känslor då de får umgås med djur. Också dagisbarn och ungdomar kunde komma på besök till äldreboendet för att prata och umgås med de äldre.

”Vi skulle ta in oanvända krafter, resurser eller möjligheter som vi inte har i vårt system.”
(gruppintervju 2)

Kyrkans roll ansågs också viktig då präster och diakoner kan göra besök på äldreboenden och ordna andaktsstunder.

”...andakter...där deltog också patienter med grav minnessjukdom och de hade också ett stort utbyte med att bara få sitta med där fast de kanske inte uppfattade allt som försiggick. Men att ändå få vara med i ett sammanhang, det gör nog gott för alla personer beroende på vilken nivå den här minnessjukdomen befinner sig.” (gruppintervju 1)

8.3.6 Mer utbildning, diskussion om värderingar hos personalen

Det kom också fram förslag på att vårdpersonalen oftare borde diskutera värderingar, vad som är viktigt i arbetsgruppen och vad som är viktigt för de äldre på äldreboendet, så att ensamhetsproblematiken skulle minska. Det skulle göra vårdpersonalen mer medveten och uppmärksam på problemet och då kan ensamhetskänslorna lindras.

”...vårdrelationen är viktigare än någonsin, den är ju alltid viktig och den ska vara väldigt empatisk. Beröring, närvaro, individanpassad aktivitet, samvaro. Att invånarna får känna sig sedda och värdefulla.” (gruppintervju 1)

9 DISKUSSION

Vi kommer i det här kapitlet att först diskutera vårt resultat. Sedan diskuterar vi resultatet kopplat till våra teoretiska referensramar, metodval och till slut resultatet kopplat till tidigare forskning och förslag på vidare forskning.

9.1 Resultatdiskussion

Syftet med vårt lärdomsprov är att undersöka vårdpersonalens uppfattning om hur ensamhet tar sig uttryck bland personer med minnesproblematik på ett äldreboende. Våra 3 forskningsfrågor till vårdpersonalen var: Hur tar sig ensamheten uttryck hos personer med minnesproblematik på ett äldreboende? Vilka faktorer anser vårdpersonalen att bidrar till att personer med minnesproblematik känner sig ensamma? Vilka åtgärder anser vårdpersonalen att kunde minska ensamhetskänslorna hos de äldre?

Vi anser att forskningsfrågorna blev besvarade i vårt lärdomsprov. Vi valde att intervjua vårdpersonal, eftersom en äldre person med minnesproblematik kan ha svårigheter med att uttrycka sina känslor verbalt. Då uppstår svårigheten att få en exakt bild av hur den som har minnesproblem upplever sin situation, eftersom det som framkommer i våra resultat är hur vårdpersonalen antar att den äldre känner och upplever sin ensamhet. Trots detta är det viktigt att höra vårdpersonalens åsikter och även idéer kring eventuella lösningar på grund av deras erfarenheter inom jobbet.

Resultatet gav oss 3 huvudteman som binder samman de kategorier vi fick fram. Det första temat är ensamhetens uttrycksform och beskriver på vilka olika sätt ensamheten uttrycks på. Enligt vårdpersonalen kan ensamhet synas som känslor av oro och ångest, depression, sorg och saknad samt rastlöshet. Vårdpersonalen beskrev även skillnader i hur män och kvinnor uttrycker ensamhet. Från vår erfarenhet då vi jobbat på äldreboenden döljer sig tidigare nämnda tecken på ensamheten ofta bakom andra symtom och det kan vara svårt att se skillnaden mellan ensamhet och sjukdomssymtom, som till exempel oförmåga att kommunicera och svårigheter med att uttrycka sig verbalt. Ensamhet kan synas i många olika situationer, men blir ofta osynlig om man inte är medveten om det. Vi anser därför att de uttrycksformer som vårt lärdomsprov lyfter upp kan ge viktig kunskap åt vårdpersonalen för att kunna identifiera tecken på ensamhet. Vi anser även att vårt lärdomsprov kan göra ensamhetsproblematiken mer synlig på äldreboenden.

Resultaten om det andra temat som beskriver orsaker till att ensamheten uppstår visar att en stor andel har med personalstyrkan att göra. Det krävs tid och kunskap hos personalen att motverka ensamhetskänslorna hos de äldre. Även negativa livshändelser, så som att flytta till ett äldreboende, leder till ensamhetskänslor trots att man har människor runt sig. Mycket av det sociala livet försvinner, och avsaknaden av nära människor kan kännas tungt och upplevas som avsaknad av delaktighet. Många äldre drar sig undan, undviker folksamlingar då de känns otryggt att ha främmande människor omkring sig. Många förlorar också sina viktiga personer då livspartnern eller annan närstående dör.

Graden av minnesstörning påverkar förstas sättet som ensamhetsproblemen tar sig i uttryck på. En person som har lindrig minnesproblematik kan ännu verbalt uttrycka sig, kan framföra önskemål och kan lätt delta i olika aktiviteter. En person med grav minnesproblematik har svårare att bli förstörd av andra människor. Utanför tidsbrist från personalen, negativa livshändelser och sjukdomssymtom, förvärrade nuvarande Coronapandemin isoleringen ytterligare, på grund av att personalen var tvungen att använda skyddsutrustning och genom att hindra besök från närstående personer.

Vårt tredje tema berör faktorer som minskar på ensamheten. Resultaten visar att den klart största faktorn är att öka personalstyrkan på äldreboenden. Vi har i vårt arbete på äldreboenden fått erfara att vårdarbetet blir lidande av personalbristen. Då är det just den psykiska delen som blir lidande när man endast hinner sköta den viktigare fysiska grundvården med mat, mediciner och hygien.

Resultaten visar att individuell vård är viktigt för att förebygga ensamhetskänslor. Detta tyder på att en trygg vårdrelation på äldreboendet är otroligt viktig, med bekant vårdpersonal som kan ge trygghet och förtroende, som ger tid och har kunskap att sätta sig in i just den patientens behov och problem. Detta är också något som vi själva fått erfara då vi jobbat på äldreboenden.

Anhöriga har ofta en otroligt viktig roll då det gäller att minska på ensamhetskänslorna hos den äldre. Då den minnessjuka verkar förvirrad och rastlös lindras ofta illabefinnande när personen får uppleva att någon bekant person finns i närheten. Livskvaliteten höjs för dem som har regelbunden kontakt till sina anhöriga. Därför är det även viktigt för äldreboendet själv att ha god kontakt med anhöriga, samt att göra det tillgängligt och lätt för dem att besöka. Detta kunde göras lättare med användningen av digitala hjälpmedel, speciellt under situationer som Coronapandemin. Ytterligare visade resultaten att inte bara anhöriga kan minska på ensamhetskänslor, utan även besök av utomstående. Olika program med sociala aktiviteter, så som högläsning eller djurbesök, kunde vara nyttiga för äldre med minnesproblematik.

Vårdpersonalen ansåg att ensamhetsproblematiken på äldreboenden till en stor del beror på tidsbrist hos personalen men att det också handlar om kunskap och om att få personalen medveten om problemet. Personalen ville gärna ha mera diskussioner kring vårdvärderingar. Vårdpersonalen borde målmedvetet sträva till att försöka minska på ensamhetskänslorna hos de äldre med minnesproblematik och många idéer om förbättring togs fram. Intresset hos vårdpersonalen borde utnyttjas och ge dem tillgång till mera diskussion och utbildning inom ämnet.

Vi anser att många bra förslag kom fram bland intervjuvärderna på hur man kunde förbättra ensamhetskänslan för de äldre som har minnesproblematik. Och framför allt ledde intervjutillfället till att saken diskuterades och vårdpersonalen fick nya synvinklar och idéer på hur man kan förbättra situationen på äldreboenden. Det kändes givande att uppleva vårdpersonalens positiva inställning till våra intervjuer och att de gärna ville förbättra situationen med ensamhetsproblematiken på det äldreboende som de jobbade på.

I bakgrunden förklarade vi vad vi menar när vi talar om ensamhet. Vi anser att social isolation och ensamhet inte är samma sak. Ensamhet är en subjektiv ovälkommen känsla

av bristande eller låg mängd sociala relationer, (Cattan 2010 s. 19) medan social isolering är den objektiva manifestationen av att vara isolerad från andra. (Dehlin m.fl. 2000 s. 280) I intervjun kom det fram att de flesta av informanterna tyckte att ensamhet är en känsla och de flesta tyckte även att ensamhetskänslan är en negativ sak. Den största gemensamma definitionen på ensamhet bland informanterna var att man lider av att man känner brist på delaktighet och sammanhang. Den definitionen är nära Strangs definition på social ensamhet. Han definierar social ensamhet som påtvingad ensamhet som uppkommer när man saknar familj, vänner och sociala kontakter. (Strang 2014 s. 25) Enligt Strang är det vanligt att social ensamhet väcker känslor som oro, ångest och illabefinnande. (Strang 2014 s. 25) I resultatet kom det fram att personalen ansåg att personer med minnesproblematik kan uttrycka ensamhet med orolighet, rastlöshet och ångest. Det fanns även några informanter som ansåg att ensamhet kan vara en positiv sak och att vissa människor trivs med att vara för sig själv. Den synen på ensamhet är också nära Strangs definition på avskildhets ensamhet. Strang definierar avskildhets ensamhet som en självvald ensamhet som inte behöver vara negativ för individen. (Strang 2014 s. 24–25)

Tidigare forskningen i detta lärdomsprov går in på hur stor risken är för personer med minnesproblematik att känna ensamhet samt vilka hälsorisker ensamheten orsakar. Som tidigare nämnts anser vi inte att det har forskats mycket om hur ensamheten tar sig uttryck för äldre personer som har minnesproblematik. Det som lärdomsprovets resultat och tidigare forskning har gemensamt är att båda nämner depression. I lärdomsprovets resultat kommer det fram att ensamheten kan ta sig uttryck som apati eller depression och i den tidigare forskningen kom det fram att ensamheten ökar risken för depression.

I bakgrunden kom det även fram att social isolering hos äldre kan bero på bland annat försämrade funktionsförmåga, makens/makans död eller sjukdomar. (NHS 2018) Detta syns i våra resultat, där det i intervjuerna kom fram att ensamheten kan förvärras vid negativa händelser, då till exempel livspartner eller någon närstående dör. I intervjuerna syntes även att funktionsförmågan försämrades då minnesproblematiken ökade, vilket minskade på det sociala umgänget.

En annan gemensam sak som både tidigare forskning och lärdomsprovet tar upp är anhörigas roll för äldre personer med minnesproblematik. I den tidigare forskningen upplever äldre personer med minnesproblematik på äldreboenden att de saknar sin familj

och sitt gamla hem. (Mjorud m.fl. 2017 s. 2) I lärdomsprovets resultat kom det fram att ensamheten bland äldre personer med minnesproblematik kan bli större efter att de har haft besök av anhöriga. Det kom även fram i både den tidigare forskningen och i resultatet att det är enormt viktigt för personer med minnesproblematik att försöka upprätthålla sociala kontakter och delta i sociala evenemang.

9.2 Resultatet kopplat till den teoretiska referensramen

Socionomens perspektiv i lärdomsprovet handlade om socialt välbefinnande. Det sociala välbefinnandet brukar generellt definieras som känslan av att få tillhöra en gemenskap och att få vara delaktig. (5 Ways To Wellbeing) Trots den generella definitionen så har ändå det sociala välbefinnandet flera dimensioner som social acceptans, social integration, socialt förverkligande, socialt bidrag och socialt sammanhang. (Keyes 1998 s. 122–123).

I resultatet kom det fram att ensamheten hos personer med minnesproblematik kan ta sig i uttryck som orolighet, rastlöshet och ångest. Detta skulle kunna betyda att personer med minnesproblematik som känner ensamhet inte har ett bra socialt förverkligande, eftersom bra socialt förverkligande innebär att man känner att samhället kan stöda och hjälpa en. (Keyes 1998 s. 122–123) I resultatet kom det även fram att en orsak till att äldre personer med minnesproblematik känner ensamhet kan vara på grund av det uppstår en brist på kontakt till betydelsefulla personer. Bristen på betydelsefulla personer för personer med minnesproblematik skulle betyda att de inte har en bra social integration eftersom stark social integration innebär att man känner gemenskap och att man får vara del av samhället. (Keyes 1998 s. 122–123) Det finns flera faktorer som påverkar varför den här bristen uppstår, men det beror bland annat på att personer med minnesproblematik kan ha svårt att uttrycka sig verbalt. Bristen på betydelsefulla personer i livet gör det svårare för personer med minnesproblematik att tillhöra en gemenskap och svårigheter med att kunna uttrycka sig gör det svårare att kunna vara delaktig i sociala situationer.

För äldre med minnesproblematik är betydelsefulla personer oftast anhöriga, och resultatet visar att anhöriga har en viktig roll med att förbättra ensamhetskänslan hos personer som har minnesproblematik. Trots att anhöriga ofta är betydelsefulla personer i äldre personer med minnesproblematiks liv, så är de inte de enda som kan vara

betydelsefulla för dem. Vem som helst kan i princip vara betydelsefull till exempel vänner och personal med mera. När det gäller personalen så kan vårdpersonalen se till att de finns till för personer med minnesproblematik. Eftersom vårdpersonalen upplever stor tidsbrist och har bristande resurser så krävs det även hjälp från andra yrkesprofessionella grupper. Socionomen har där en stor roll med att hjälpa att förebygga ensamhet på äldreboenden genom att ordna aktiviteter och vara social med personer som känner ensamhet.

Ur sjukskötarens perspektiv användes Katie Erikssons teori om lidandet som teoretisk referensram. Enligt Eriksson är ett vårdlidande ett lidande som patienten upplever i själva vårdsituationen. Man skall sträva till att eliminera allt onödigt lidandet och ifall det inte går att eliminera allt lidande skall man sträva till att skapa en vårdkultur som gör allt för att lindra lidandet.

Teorin överensstämmer bra med våra resultat. Ett vårdlidande som beror på ensamhet kan lindras genom att se varje patient som en unik person. Lidande på grund av ensamhet kan då undvikas genom att vårdaren stanna upp och lyssna, ge den äldre tid att uttrycka sig och att försöka förstå vad personen innerst inne vill och hur den äldre upplever sin situation. Lidande hos den äldre med minnesproblematik kan även lindras genom att visa omtanke, finnas till hands för patienten, skapa trygghet i olika situationer som känns kaotiska, genom att ge en klapp på axeln eller en smekning på kinden. Lidandet minskar då man som vårdare visar medlidande med patienten, försöker tillfredsställa patientens behov och att få patienten att känna sig som en del av gemenskapen.

Enligt Eriksson kan man dela in lidandet i livslidande, vårdlidande och sjukdomslidande. (Eriksson 1994 s. 78) I vår resultatanalys framkom livslidande som en rädsla av att bli lämnad ensam, rädsla av att ens livssituation skall förändras till något negativt som till exempel att man mister en betydelsefull person om personen dör eller att man drabbas av en förlust av det som varit viktigt i livet. Ett livslidande kan även uppstå då den äldre inte blir bekräftad som den unika person hon/han är och därför inte blir förstådd på rätt sätt. Sjukdomslidande visade sig som en rädsla att förlora minnet på grund av sjukdomen efter att personen fått sin diagnos. Sjukdomslidande kom också fram som en svårighet att kunna relatera till verkligheten på grund av minnesproblematiken. Vårdlidande uppstod på grund av tidsbrist hos vårdpersonalen då de inte hade möjlighet och tid att ge den individuella vården som skulle varit optimal.

Det som är gemensamt för både Socionomen och Sjukskötaren är att de båda har en viktig roll för att minska på ensamheten hos personer som har minnesproblematik. Både Socionomen och Sjukskötaren ska jobba för att förbättra välbefinnandet hos personer med minnesproblematik. Socionomen kan hjälpa genom att vara social och aktivera personer med minnesproblematik för att förbättra deras dag och få dem att känna gemenskap. Sjukskötaren förbättrar välbefinnandet hos personer med minnesproblematik genom att försöka motarbeta lidande. Sjukskötare kan göra detta genom att ge varje person tid att uttrycka sig och få sig att känna att sig hörd. Vi tycker att våra olika yrkesprofessionella referensramar har mycket gemensamt eftersom vi anser att socionomen också minskar på lidande genom att främja det sociala välbefinnandet och sjukskötaren främjar välbefinnande genom att motarbeta lidande.

9.3 Diskussion om metodval

I detta kapitel kommer vi att diskutera vårt metodval. Vårt kvalitativa lärdomsprov gjordes i form av gruppintervjuer av vårdpersonal på ett äldreboende. Det visade sig vara en bra metod för att få en djupare syn på hur vårdpersonalen ser på problematiken med ensamhet hos äldre personer som har minnesproblematik. Under gruppintervjuerna kom nya tankar och idéer fram och de intervjuade kompletterade varandra under intervjun. En fördel med intervju som metod är att man kan ställa följdfrågor och kolla upp svaret med informanten ifall nåt blev oklart. En annan fördel med den kvalitativa forskningen är att den fungerar bra om det finns många tidigare kvantitativa forskningar om ett fenomen men det saknas forskningar om hur fenomenet upplevs. Nackdelen med vårt lärdomsprov är att de intervjuade var ganska få till antalet. Metoden var ganska tidskrävande och det skulle ha krävts mycket extra resurser ifall vi hade ökat antalet deltagare.

9.3.1 Diskussion om Intervjuprocess och genomförande

Vi valde i vårt lärdomsprov att använda ett informationsmässigt urval där man väljer ut enheter man antar att ge mycket värdefull information. Coronapandemin gjorde det svårt för oss att kunna informera hela vårdpersonalen om vårt lärdomsprov eftersom personalen inte fick samlas i grupp. Ett annat sätt som vi skulle ha kunnat informerat hela vårdpersonalen om vårt lärdomsprov är via Teams, men eftersom vårdpersonalen hade

olika arbetsturer och arbetsdagar så skulle det ha varit knepigt att hitta tider som passar för personalen. Detta gjorde att vi valde att fråga vårdpersonalen individuellt ifall de ville delta. En nackdel med att göra som vi gjorde är att det kan tolkas som att informanterna blev pressade att delta i vår intervju. Eftersom vi valde att skaffa våra informanter på detta sätt så var vi extra noggranna med att förklara om deras rättigheter som till exempel att deras deltagande var fullständigt frivilligt och att de har rätt att avbryta deras deltagande i intervjun när de vill. (bilaga 1) Coronapandemin gjorde även att vi valde att genomföra intervjuerna digitalt via Teams. Vi anser inte att intervjun påverkades mycket trots att den skedde digitalt eftersom våra informanter var noggranna med att inte tala i mun på varandra och det gjorde att vi fick en bra diskussion om våra ämnen. Det enda problemet som teknologin medförde var att det ibland förekom störningsmoment om nät signalen var svag. Vi var då noggranna med att informanterna skulle upprepa vad de sade ifall vi inte hörde.

9.3.2 Diskussion om analysmetod

Vi valde att analysera våra intervjuer med en deduktiv innehållsanalys eftersom vi utgick från ett givet tema. Vår metod bestod av flera steg och var krävande. Trots det var vi noggranna med att göra innehållsanalysens olika steg korrekt. För att kunna avgöra om ens data är pålitlig och trovärdig måste man granska dess validitet och reliabilitet. Inom kvalitativa forskningar försöker man granska kvaliteten på den data man samlar in genom att granska den interna- och externa validiteten samt reliabiliteten.

Den interna validiteten uppfylldes genom att vi intervjuade vårdpersonal på ett äldreboende. Den externa validiteten skiljer sig beroende på kvantitativa eller kvalitativa forskningar. Kvantitativa forskningars externa validitet går ut på att den data som samlas in från en minoritet ska kunna tillämpas eller generaliseras för en majoritet. Den externa validiteten inom kvalitativa forskningar handlar mera om att förstå eller fördjupa sig i ett visst begrepp eller fenomen (Jacobsen 2007 s. 166). Detta lärdomsprovs externa validitet uppfylldes genom att den försöker få en djupare förståelse av hur ensamheten kan ta sig uttryck för personer med minnesproblematik. Reliabiliteten uppfylldes genom att vi intervjuade närvårdare/vårdbiträden eller sjukskötare som jobbar på ett äldreboende.

9.3.3 Diskussion om etiken

I lärdomsprovet anser vi att följde riktlinjerna för de etiska principerna. (Forskningsetiska delegationen) När det gäller ärligheten så var vi ärliga med hur vi hittade våra informanter och vi varken fabricerade, förfalskade, plagiera, försummade eller stal. Som tidigare nämnts så var vi noggranna med att analysera vårt material. Vi har också varit noggranna med att hålla informanterna och båda äldreboendena anonyma och vi har behandlat den data vi har samlat in konfidentiellt. Vi anser också att vi respekterade informanternas självbestämmanderätt under hela intervjuprocessen.

9.4 Kritisk granskning

För att kunna bedöma slutresultatets trovärdighet behövs en kritisk granskning av lärdomsprovet. I en kvalitativ undersökning försöker man se kritiskt på den data som man samlat in och göra en bedömning om slutresultatet är trovärdigt. Med intern validitet granskas trovärdigheten i resultatet. (Jacobsen 2007 s. 156)

Intern validitet kan testas på två olika sätt: genom att man själv gör en kritisk genomgång av resultatet eller att man låter någon annan kontrollera undersökningen och resultatet. (Jacobsen 2007 s. 157) Slutresultatet kan jämföras med andra undersökningar av samma ämne och om slutsatserna överensstämmer med en eller flera undersökningar så kan man säga att den interna validiteten är styrkt men inte att resultatet nödvändigtvis är sant. (Jacobsen 2007 s. 159)

Resultatet av vår undersökning överensstämmer med tidigare undersökningar av samma ämne och kan därför styrkas.

I den kvalitativa innehållsanalysen kan man undersöka om många människor har samma uppfattning och åsikt om ett fenomen. Begreppet intersubjektivitet används ofta i stället för sanningar inom samhällsvetenskaperna. Då kommer man närmast sanningen ifall flera personer är överens om att någonting är riktigt. Ju flera personer som är av samma åsikt desto större är sannolikheten för den insamlade datan stämmer. (Jacobsen 2007 s. 157)

Ett vanligt sätt att validera slutresultatet är genom respondentvalidering. Det betyder att man konfronterar de personer som blivit intervjuade med det resultat som man fått. Det

kan göras genom personliga samtal eller som gruppsamtal där man kontrollerar i hur stor grad resultatet överensstämmer med det som respondenterna ville förmedla. (Jacobsen 2007 s. 157)

Med extern validitet inom kvalitativ forskning försöker man se omfattningen av ett fenomen i stället för att generalisera resultatet. Man strävar till att fördjupa kunskapen och förståelsen av ett fenomen. Orsaken varför generaliseringen blir svår är att kvalitativa studier ofta görs i liten skala med enbart några få enheter och då är det svårt att generalisera en större population. (Jacobsen 2007 s. 167)

Andra faktorer som kan inverka på resultatet är hur intervjuaren påverkar de som blir intervjuade. Det kallas för undersökareffekt. Intervjuarens kroppsspråk, sätt att tala och uppträda kan påverka hur ärligt de intervjuade svarar. Även platsen där intervjun äger rum har betydelse och ifall det förekommer störningsmoment under intervjun. (Jacobsen 2007 s. 170–171)

Vår gruppintervju genomfördes via Teams, där informanterna fick göra intervjun på sin arbetsplats. Den som intervjuade kände inte informanterna från tidigare vilket minimerade intervjuarens personliga påverkan. Vissa störningsmoment kom i form av störningar i nätförbindelsen men de var ganska få. Eftersom intervjun genomfördes via Teams och bandades in på datorn fick vi en korrekt återgivning av intervjun. Det gjorde att rådatan inte innehöll några feltolkningar eller missförstånd utan överensstämde med verkligheten. Vi gjorde 2 gruppintervjuer med 4 informanter i varje grupp vilket kan vara ganska få informanter för en undersökning. Detta kan göra att resultatet kan vara svårt att generalisera. Syftet med vår undersökning var ändå att få en djupare förståelse för hur vårdpersonalen på äldreboenden ser på problematiken kring ensamhet hos personer med minnesproblematik samt hitta lösningar på problemen och det resultatet anser vi att vi lyckats uppnå.

Det är viktigt med öppenhet om vilka metoder som använts då validiteten ska granskas. Då kan läsaren själv bedöma om resultatet är trovärdigt. (Jacobsen 2007 s. 175)

9.4 Förslag på vidare forskning

Som tidigare nämnts så anser vi att det har forskats mycket om ensamhet bland äldre personer, men att det har forskats lite om ensamhet bland personer med

minnesproblematik. Detta kvalitativa lärdomsprov skrapar egentligen bara ytan på ett tema som borde forskas mera om. I lärdomsprovet begränsades informanterna till bara vårdpersonal, men man skulle säkert kunna få en intressant forskning av att intervjua olika yrkesprofessionella om ensamhet bland personer med minnesproblematik och jämföra deras åsikter med varandra. Att intervjua fler än bara vårdpersonal skulle ge mångsidigare information om hur ensamheten kan ta sig uttryck hos personer med minnesproblematik eftersom man skulle få möjlighet att se på temat från olika perspektiv.

KÄLLFÖRTECKNING

Basun, H., Skog, M., Wahlund, L., Wijk, H., 2013, *Boken om demenssjukdomar*,
1 uppl., Liber AB, Stockholm

Bech Mikkelsen, A.S., Petersen, S., Dragsted, A.C., Kristiansen, M., 2019,
*Social Interventions Targeting Social Relations Among Older People at
Nursing Homes: A Qualitative Synthesized Systematic Review: The
Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, Inquiry,
vol. 56. DOI:10.1177/0046958018823929 Hämtad: 19.10.2020

Bravell, M.E., Östlund, L., 2020, *Äldre och åldrande. Grundbok i Gerontologi*,
3 uppl, Gleerups Utbildning AB, Malmö

Campaign to end loneliness, 2020, Tillgänglig:

<https://www.campaigntoendloneliness.org/threat-to-health/> Hämtad:
5.11.2020

Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G., Sjöbeck, B., 2000,
Gerontologi; Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv,
1 uppl, Natur och Kultur, Falköping

Ekwall, A., 2010, *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad*,
1 uppl, Studentlitteratur AB, Lund

Elo, S., Kyngäs, H., 2007, *The qualitative content analysis process*, Blackwell Publishing Ltd

Eriksson, K., 2015, *Den lidande människan*, 2 uppl, Liber AB

Forskningsetiska delegationen, 2012, *God vetenskaplig praxis*,

Tillgänglig:<https://tenk.fi/sv/forskningsfusk/god-vetenskaplig-praxis-gvp>

Hämtad: 5.1.2021

Graneheim, U.H., Lundman, B., 2004, *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*, Department of Nursing, Umeå University, Sweden

Helliwell, J., Putnam, R., 2004, *The social context of well-being*, Tillgänglig:

https://www.researchgate.net/publication/8364900_The_Social_Context_of_Well-Being

Hämtad: 10.3.2021

Helsingfors stad, (uå), *Serviceboende för äldre*, Tillgänglig:

<https://www.hel.fi/helsinki/sv/stad-och-forvaltning/forvaltning/tjanster/tjanstebeskrivning?id=4661>

Hämtad: 7.1.2021

Henricson, M., 2012, *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, 1 uppl, Studentlitteratur AB

InfoSuomi, 2019, Stöd- och serviceboende, Tillgänglig:

<https://www.infofinland.fi/sv/livet-i-finland/boende/stod-och-serviceboende> Hämtad: 7.1.2021

Institutet för hälsa och välfärd, 2019, *MINNESSJUKDOMAR*, Tillgänglig:

<https://thl.fi/sv/web/folksjukdomar/minnessjukdomar>

Hämtad: 21.10.2020

Jacobsen, D.I., 2007, *Förståelse, Beskrivning och förklaring – Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Studentlitteratur AB, Lund

Kan, S., Pohjola, L., 2012, *Erikoistu vanhustyöhön*, 3 uppl, Sanoma Pro Oy

Keyes, L., 1998, *Social Well-being*, Tillgänglig:

<https://langleygroupinstitute.com/wp-content/uploads/Lee-Keyes-2013-Social-Well-Being.pdf>

Hämtad: 10.3.2021

Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 2012, Tillgänglig:

<https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=%C3%A4ldre%20befolkning#highlight80>

Hämtad: 5.1.2021

Larsson S., Lilja, J., Mannheimer, K., 2005, *Forskningsmetoder i socialt arbete*, Studentlitteratur, Lund

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., Wallin, A., 2003, *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*, 2 uppl., Liber AB, Stockholm

Mieli psykisk hälsa Finland, *Välbefinnandet*, Tillgänglig:

<https://mieli.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/psykisk-h%C3%A4lsa/v%C3%A4lbeffinnandet>

Hämtad: 6.1.2021

Mjorud, M., Engedal, K., Rosvik, J., Kirkevold, M., 2017, *Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study*, BMC Health Services Research, vol. 17, DOI:10.1186/s12913-017-2053-2 Hämtad: 20.10.2020

NHS, 2018, Tillgänglig:

<https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/loneliness-in-older-people/>

Hämtad: 5.11.2020

Nilsson, I., Luborsky, M., Rosenberg, L., Sandberg, L., 2018, *Perpetuating harms from isolation among older adults with cognitive impairment: observed discrepancies in homecare service documentation, assessment and approval practices*, DOI:10.1186/s12913-017-2053-2 Hämtad: 19.10.2020

Norberg, A., Lundman, B., Santamäki Fischer, R., 2012, *Det goda åldrandet*, 1 uppl, Studentlitteratur AB, Lund

Oxford Academic, 2019, 325 Exploring the Complexity of Dementia and Loneliness in Ireland, Tillgänglig:

https://academic.oup.com/ageing/article/48/Supplement_3/iii17/5570502

Hämtad: 21.10.2020

Ragneskog, H., 2013, *Demensboken - Omvårdnad & omsorg*, 1 uppl., Printema Förlag, Göteborg

Sundström, A., Adolfsson, AN., Nordin, M., Adolfsson, R., 2020, *Loneliness Increases the Risk of All-Cause Dementia and Alzheimer's Disease*, Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences,

Tillgänglig:

https://www.researchgate.net/publication/337020927_Loneliness_Increase

[s the Risk of All-Cause Dementia and Alzheimer's Disease](#)

Hämtad: 21.10.2021

Suomi.fi, 2020, *Demensboende*, Tillgänglig:

<https://www.suomi.fi/service/demensboende-jakobstads-social-och-halsovardsverk/0f78169e-3fb5-4b19-9d6f-310ee1a9975f>

Hämtad: 7.1.2021

Valvira, 2016, *Äldreomsorg*, Tillgänglig:

<https://www.valvira.fi/web/sv/socialvard/socialvardstjanster/aldreomsorg>

Hämtad: 7.1.2021

Victor, C. R., Rippon, I., Nellis, S. M., Martyr, A., Litherland, R., Pickett, J., Hart, L., Henley, J., Matthews F., Clare, L., IDEAL programme team, 2020, *Prevalence and determinants of loneliness in people living with dementia: Findings from the IDEAL programme*, International Journal of Geriatric Psychiatry, Tillgänglig:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/gps.5305>

Hämtad: 21.10.2020

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., 2009, *THE SOCIAL WORLD OF OLDER PEOPLE – Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*, 1 uppl, YHT Ltd, London

Widerberg, K., 2002, *KVALITATIV FORSKNING i praktiken*, 1 uppl, Studentlitteratur, Lund

5 Ways To Wellbeing, 2021, Tillgänglig:

<https://5waystowellbeing.org.au/about-wellbeing/>

Hämtad: 10.3.2021

BILAGOR

Bilaga 1

INFORMATIONSBREV GÄLLANDE DELTAGANDE I INTERVJU

Yrkeshögskolan Arcada, Helsingfors

Vi studerar på yrkeshögskolan Arcada där vi håller på att skriva våra lärdomsprov. Syftet med vårt lärdomsprov är därför att få en djupare förståelse för hur vårdpersonalen på äldreboenden ser på problemet kring ensamhet hos personer som lider av minnesproblematik. Personalens professionella syn på problemet kan hjälpa oss och andra inom vårdbranschen att få ökad medvetenhet om hur ensamheten ser ut för personer med minnesproblematik och eventuellt hitta lösningar som skulle bidra till att minska ensamhetskänslan för personer med minnesproblematik.

Vi vill hålla en gruppintervju där fyra från vårdpersonalen deltar. En intervju tar uppskattningsvis 60–90 minuter. Deltagandet i intervjun är frivilligt och anonymt och deltagarna kommer inte att kunna identifieras i det slutliga lärdomsprovet. Äldreboendets namn kommer inte att uppges eller kunna identifieras. Endast skribenterna och lärdomsprovets handledare kommer att ha tillgång till materialet. Bandinspelning behövs för att vi ska lättare och korrekt kunna analysera det som blivit sagt under intervjun. Ljudmaterialet kommer att bevaras tre månader efter att lärdomsprovet har godkänts och därefter förstörs ljudmaterialet. Vi vill gärna hålla våra intervjuer under våren och lärdomsprovet planeras slutföras under år 2021 och det färdiga arbetet publiceras på Theseus.

Mvh. David Lillqvist (socionom) och Wilma Hermansson (sjukskötare)

Email: david.lillqvist@arcada.fi och wilma.hermansson@arcada.fi

Tel.nr. XXXXXXXXXXXX och XXXXXXXXXXXX

Handledare: Tove Werner, lärare i ergoterapi

Email och Tel.nr. : tove.werner@arcada.fi XXXXXXXXXXXX

Bilaga 2

INFORMERAT SAMTYCKE

Vi vill ta reda på hur ensamhet tar sig uttryck för personer med minnesproblematik. Informationen kommer att användas i vårt lärdomsprov på Arcada.

Innan du godkänner att delta så uppmanar vi dig att läsa igenom informationsbrevet för deltagande i vår intervju för att få en bättre uppfattning om lärdomsprovets syfte och dina rättigheter gällande intervjun. Deltagandet i denna intervju är frivilligt och du får avbryta ditt deltagande i intervjun när du vill. Om du väljer att avbryta ditt deltagande under intervjun kommer ändå det du tidigare sagt under intervjun att räknas med i resultatet. Din identitet och det du säger under intervjun kommer att vara anonymt. Intervjun kommer att bandas in för att vi ska få en korrekt återgivning av intervjun. Ljudmaterialet kommer att förvaras så att utomstående inte har tillgång till den. Endast vi som håller intervjun och våra handledare har tillgång till materialet. Vi och våra handledare har tystnadsplikt. 3 månader efter att lärdomsprovet har blivit godkänt kommer vi att radera ljudmaterialet.

Jag har förstått den information som jag har fått gällande lärdomsprovets syfte och deltagandet i intervjun. Genom att underteckna denna blankett ger jag mitt samtycke att delta i intervjun.

Datum och ort

Underskrift och namnförtydligande

Vi vill tacka dig för ert deltagande i vår intervju.

Skribenter: David Lillqvist och Wilma Hermansson från yrkeshögskolan Arcada

Handledare: Tove Werner från yrkeshögskolan Arcada

Bilaga 3

INTERVJUGUIDE

Intervjufrågor som kommer att diskuteras under intervjun. Följdfrågor som eventuellt kommer att ställas under intervjun är inom parentes.

Bakgrundsfrågor om informanterna:

1. Vad har ni för utbildning?
2. Hur länge har ni jobbat inom äldreomsorgen?
3. Har ni jobbat med äldre personer som inte har minnesproblematik?
4. Hur länge har ni jobbat på detta äldreboende?

Inledningsfrågor för att introducera intervjuens ämne:

1. Vad innebär ordet ensamhet för er?
2. Vad innebär ordet lidande för er?

Intervjufrågor som besvarar första frågeställningen:

1. Hur kan man enligt er se att äldre personer som lider av minnesproblematik känner ensamhet? (Hur tar det sig uttryck?)
2. I vilka sammanhang märks det att personer med minnesproblematik känner ensamhet och märks det ofta?
3. Vilka skillnader finns det enligt er på hur äldre personer med olika svåra symptom av minnessjukdomar uttrycker ensamhetskänslor? (Finns det skillnader mellan män och kvinnor?)
4. Vilka är enligt er skillnaderna mellan hur äldre personer som inte lider av minnesproblematik uttrycker ensamhet jämfört med äldre personer som lider av minnesproblematik?

Intervjufrågor som besvarar andra frågeställningen:

1. Vad anser ni är orsakerna till att äldre personer med minnesproblematik känner ensamhet? (Varför?)
2. Vilka faktorer på äldreboendet bidrar till att äldre med minnesproblem känner sig ensamma?
3. Hur påverkar de aktuella coronarestriktionerna på äldreboendet ensamhetskänslan hos de äldre med minnesproblematik?

Intervjufrågor som besvarar tredje frågeställningen:

1. Vad gör eller kunde äldreboendet göra för att minska på ensamheten hos äldre personer med minnesproblematik? Vad gör eller kunde ni göra för att minska på ensamheten hos de äldre? (Finns det hinder på äldreboenden som gör det svårt för personalen att minska på ensamheten hos de äldre?)
2. Vilka andra, t.ex. yrkesgrupper, organisationer eller närstående, kan enligt er hjälpa till att minska på ensamheten bland äldre personer med minnesproblematik? (Vad kan de göra i så fall?)

3. Hur inverkar de anhörigas närvaro eller frånvaro på de äldres känsla av ensamhet?

Avslutande fråga

1. Har ni något annat ni ännu vill nämna gällande ensamheten bland personer med minnesproblematik som ni tycker att är viktigt?