

Författare: Eva Sennemark, Elizabeth Hanson, Lennart Magnusson
Medverkande: Birgitta Andersson, Sylvia Andersson, Conny Johansson, Ing-Marie Lindberg, Annika Linhard, Mona Neumann, Marie-Louise Ring, Pia Rylander, Kerstin Tannerfors
"Jag har ju barnen som kommer..." Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradsbygden
RAPPORT FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD 2004



”JAG HAR JU BARNEN SOM KOMMER...”

ÄLDRES HÄLSA OCH LEVNADSVILLKOR; EN INTERVJUUNDER- SÖKNING MED VÅRD- OCH OMSORGSBEROENDE I SJUHÄRADS- BYGDEN

Författare: Eva Sennemark, Elizabeth Hanson, Lennart Magnusson

Medverkande: Birgitta Andersson, Sylvia Andersson, Conny Johansson, Ing-Marie Lindberg, Annika Linhard, Mona Neumann, Marie-Louise Ring, Pia Rylander, Kerstin Tannerfors

ISSN 1651-4556
ISBN 91-85025-06-2
Volym I Nummer 7



TITEL	Rubrik
FÖRFATTARE	Eva Sennemark, Elizabeth Hanson, Lennart Magnusson
Medverkande:	Birgitta Andersson, Sylvia Andersson, Conny Johansson, Ing-Marie Lindberg, Annika Linhard, Mona Neumann, Marie-Louise Ring, Pia Rylander, Kerstin Tannerfors
UPPLAGA	Vol I Nr 7.
ISSN	1651-4556
ISBN	91-85025-06-2
TRYCKÅR	2004

© **Författaren/Författarna**

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ORDLISTA	VI
FÖRORD	VII
TACK	VIII
I. BAKGRUND I	I
1.1 INLEDNING	I
1.2 TIDIGARE STUDIER OM LIVSKVALITET OCH VÅRDKVALITET FÖR ÄLDRE MÄNNISKOR.....	I
1.3 SJUHÄRADSBYGDEN	12
2. SYFTE	16
3. MATERIAL OCH METOD	16
3.1 Population och urval.....	16
3.2 Basfakta.....	18
3.3 Datainsamling	20
3.4 Analysmetod	21
3.5 Etiska aspekter	22
4. RESULTAT	24
4.1 Nuvarande livssituation.....	26
4.2 Livskvalitet i det dagliga livet.....	40
4.3 En god vård/erfarenhet av vård	44
4.4 Att bo i ett särskilt boende	47
4.5 Fallbeskrivningar	54

5. DISKUSSION OCH SLUTSATSER	72
5.1 En diskussion om metod.....	72
5.2 Familjens roll som stödjare	73
5.3 Livskvalitet på gamla dagar	74
5.4 Slutsatser	77
6. REFERENSER	80

ORDLISTA

Brukarmedverkan	Grundläggande filosofin i Äldre Väst Sjukhärad's modell och bygger på nyckelbegrepp som medverkan, deltagande, 'empowerment' och 'partnership'.
Hermeneutik	Kvalitativ forskningsansats där tolkning utgör den huvudsakliga forskningsmetoden
Innehållsanalys	Analysmetod där forskaren bryter ner texten i mindre beståndsdelar utifrån vilket innehåll de har. Dessa delar eller kategorier ges ett namn och beskrivs.
Indikator	Tecken, visare
Kognitiv	Förståndsmässig, varseblivning
NUD*IST	Non-numerical unstructured Data Indexing Searching and Theorizing. Dataanalysprogram som används för att strukturera och analysera kvalitativa data.
Pilottest	Ett första test som ger vägledning om användbarhet, nytta, svårigheter etc.
Population	Befolkning
Policyprogram	Handlingsprogram, riktlinjer
Urval	Personer som deltar i en studie och som valts ut av olika skäl, exempelvis ålder, kön, livssituation etc.

FÖRORD

Hälsan och livskvaliteten har under en följd av år förbättrats avsevärt för de äldre i befolkningen. Samtidigt är det ofrånkomligt att ohälsa ökar med stigande ålder. Det är de anhöriga som står för majoriteten av den vård och omsorg som de äldre får. Antalet äldre kommer att öka de närmaste 20 åren. Det innebär att behovet av vård och omsorg också kommer att öka liksom behovet av stöd till de anhöriga. För att möta dessa krav och utveckla vård och omsorg för äldre och deras anhörigvårdare krävs ökad kunskap inom området.

Denna rapport ingår som en del i ett projekt om äldres hälsa och levnadsvillkor i Sjuhärad och Västra Götaland. Projektet startade hösten 2000, inom ramen för ÄldreVäst Sjuhärad, i samverkan med professor Inga-Lill Rahm Hallberg vid Centrum för vårdvetenskap, Lunds Universitet. Syftet med studien är att kartlägga äldres hälsa och livssituation, bidra med viktigt underlag för planering av vård och omsorg för äldre och identifiera de områden inom vård och omsorg för äldre som bör vidareutvecklas. En motsvarande studie om äldres hälsa och levnadsvillkor har tidigare genomförts i region Skåne.

Projektet är ett viktigt steg för att uppnå ÄldreVäst Sjuhärads mål att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående. ÄldreVäst Sjuhärad är ett kompetenscentrum inom äldreområdet som startade i november 1999 med stöd från Socialdepartementet. Det är en satsning för att stödja regional utveckling och forskning inom vård och omsorg för äldre. Projektpartners i ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Mark, Svenljunga, Ulricehamn, Tranemo och Herrljunga samt Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås.

Augusti 2004

Lennart Magnusson

Projektansvarig för projektet Äldres hälsa och levnadsvillkor

TACK

Ett varmt tack vill vi rikta till alla äldre personer i Sjuhärad som upplåtit sin tid och sina hem till oss i samband med intervjuerna. Utan er hjälp hade denna studie aldrig kunnat genomföras.

Återigen - ett stort tack!

1. BAKGRUND

1.1 Inledning

Äldre personer som har behov av vård och omsorg upplever att de har sämre hälsa och lägre livskvalitet än sina jämnåriga. Det är ett av de resultat som framkom i enkätstudien Äldres hälsa och levnadsvillkor i Sjuhäradsbygden och Västra Götaland. Av de närmare fem tusen äldre i Sjuhäradsbygden som besvarade enkäten hade var femte behov av vård och omsorg.

Intervjuer har genomförts med 368 vård- och omsorgsberoende äldre personer i Sjuhäradsbygden för att få en djupare förståelse för vad de upplever som kvalitet i det dagliga livet och kvalitet i vård och omsorg. Syftet är att få ökade kunskaper om de äldres hälsa och livssituation i Västsverige, att bidra med viktigt underlag för planering av vård och omsorg för äldre och att identifiera områden inom vilka vård och omsorg för äldre bör vidareutvecklas.

1.2 Tidigare studier om livskvalitet och vårdkvalitet för äldre

Livskvalitet för äldre människor

Livskvalitet är ett komplext begrepp som väckt bestående intresse inom forskningen och på senare år också inom policyprogram för äldreården. Sarvimäki & Stenbock-Hult (2000) framhåller att orsaken till det ökande intresset står att finna i de demografiska trenderna, det vill säga det ökande antalet äldre personer i de europeiska länderna. Förekomsten av kroniska sjukdomar ökar med stigande ålder och de mentala och fysiska förmågorna avtar. Sarvimäki argumenterar således för att, när hälsa och funktionella förmågor inte längre kan återställas så ändras fokus till att beakta livskvaliteten för den äldre personen.

Det är nu generellt accepterat att livskvalitet är ett multidimensionellt begrepp med såväl objektiva som subjektiva indikatorer. Objektiva indikatorer är de faktorer som relaterar till människors levnadsförhållanden, exempelvis inkomst och boende. Subjektiva indikatorer omfattar individuell tillfredsställelse och syn på den

egna livssituationen. Alltså är individens uppfattning om sig själv och sin situation en viktig faktor att beakta (Allardt, 1993; Erikson, 1997; Nordenfelt, 1994).

Nolan et al (2001) påpekar att kritik har riktats mot tendensen att främst fokusera på de fysiska funktionerna och de dagliga aktiviteterna inom livskvalitetsforskningen, med andra ord görande istället för varande. Nyligen har denna trend förändrats mot ett utforskande av de mer existentiella aspekterna av livskvalitet, det vill säga att undersöka den äldre personens uppfattning om vad som ger innehåll åt livet. På detta sätt vill man hitta nyckeln till hur människor skapar mening genom sina erfarenheter (Johnson & Barer, 1997). Forskarna refererar till en kognitiv anpassningsprocess, genom vilken den äldre ombildar sin självuppfattning så att den är förenlig med åldrandets verklighet.

Det finns alltså en växande argumentation för att utforska människornas egen syn på vad som är viktigt i deras liv. Detta innebär att utforska kvaliteten i vardagslivet hos en rad äldre personer. Tre större studier presenteras nedan; Bury & Holmes studie (1991), Nilsson (2000) och Ågren (1999).

Bury & Holmes studie (1991) genomfördes i Storbritannien med ett urval av 183 äldre personer som var över 90 år. Resultaten belyser den rika variation av sätt på vilket äldre människor upplever sitt vardagsliv. Slutsatserna är desto mer betydelsefulla genom att ett heterogent urval av äldre, 90 år eller äldre, deltog i studien och i intervjuundersökningen. Nästan hälften av deltagarna bodde i sina egna hem och resten bodde i särskilda boenden. Bland de förstnämnda bodde 40 procent ensamma, medan så många som 35 procent bodde med sina barn. 14 procent uppgav att de hade fem eller fler kroniska hälsoproblem och nästan hälften uppgav att de hade måttliga eller allvarliga problem med syn och/eller hörsel.

Författarna undersökte tidsupplevelsen hos deltagarna genom att be dem beskriva en typisk dag. Många beskrev sin dag som kretsande kring det dagliga livets praktiska ritualer. Några av deltagarna deltog i en rad olika aktiviteter medan andra inte gjorde det. Att inte delta i några aktiviteter behövde dock inte innebära att livet upplevdes som dåligt. Författarna refererar till en äldre man som bodde ensam,

var blind och helt bunden till sitt hem. Han tyckte att tiden gick sin gilla gång och förklarade för intervjuaren: ”*Jag blir inte trött på livet. Jag har ett förnöjsamt sinnelag.*” För några av deltagarna upptog hushållsarbetet en så stor del av tiden att dagen gick snabbt. Ofta erkändes behovet av att förbli aktiv samtidigt som man var medveten om behovet av vila och att ta det lugnt. Majoriteten av deltagarna hade inga problem med att få tiden att gå.

Att umgås och prata med andra var den mest populära aktiviteten bland deltagarna. Speciellt tydligt var detta hos den grupp som bodde ensamma. För de som inte var bundna till hemmet var den dagliga promenaden viktig, liksom att bli hämtad för en utflykt eller shoppingrundor.

För de som inte kunde ta sig ut var det uppskattat att sitta vid fönstret och se folk passera förbi. Ungefär hälften läste böcker och tidningar och ett mindre antal handarbetade.

Forskarna fann också att majoriteten av de som bodde ensamma och som tillbringade minst tolv timmar för sig själva kände sig ensamma. Nära sociala relationer var viktigt för att minska känslorna av ensamhet. Beskriven oro var ofta koncentrerad till bekymmer för närstående personer och rörde antingen deras hälsa eller vårdarroll. Nästan en fjärdedel av deltagarna uttryckte oro över att vara en börda för andra.

Majoriteten av deltagarna såg vanligen fram mot dagen när de vaknade. Äldre som var bundna till sina hem var dock mindre benägna att se fram emot dagen än de som inte var det. Detsamma gällde ensamboende jämfört med äldre som bodde med andra eller på särskilt boende.

På frågan om vad som gav dem glädje och stöd talade nästan hälften av deltagarna om sina relationer med familj och vänner. Ett antal berättade också om den tillfredsställelse de fick från sin omgivning, såsom solen, trädgården eller att titta på fåglarna. Mer än hälften uppgav också att deras religiösa tro var ett stöd för dem.

På frågan om sina känslor inför ålderdomen fanns en rad olika svar från väldigt positiva till negativa. Få gav neutrala eller osäkra svar.

Bury & Holmes studie (1991) ger en omfattande bild av olikheterna i syn och uppfattning av det dagliga livet vid hög ålder. Studien kan därmed fungera som ett användbart ramverk för att vidare utforska nyckelelement i äldre människors dagliga liv. Några av dem är helt klart av praktisk natur, såsom dagliga rutiner. Samtidigt erkänns behovet av att ta hänsyn till hur de äldre själva tänker om och värderar sitt dagliga liv.

Nilssons avhandling (2000) utforskar i detalj hur äldre personer ger mening och innehåll åt sina liv och hur de upplever åldrandet. Nilsson genomförde djupintervjuer med 30 äldre personer som var mellan 82 och 92 år och bodde i sina egna hem. Urvalet togs från en longitudinell minnesstudie som genomfördes i Stockholm i Sverige. Det är viktigt att notera att Nilssons urval hade en totalt sett relativt god hälsa, trots att en del hade hälsoproblem som de regelbundet sökte läkare för.

Ur sin detaljerade analys utvecklade Nilsson fem typologier av livet på äldre dagar vilka belyser variationen av den mening som deltagarna gav sin upplevda livskvalitet.

I grupp 1, *Framgångsrikt åldrande eller uppskattande av livet*, betonade de sex personerna sin entusiasm och livsglädje. De såg sig inte själva som gamla och tänkte inte speciellt mycket på att vara gammal. De uppskattade sin hälsa som god, trots försämringar vilka krävde en viss medicinsk behandling. De gladdes åt ett aktivt socialt liv med familj och vänner, vilket även omfattade intima relationer. De deltog i meningsfulla aktiviteter, såsom utövande av intressen och att ta hand om andra. Dessa aktiviteter hjälpte dem att känna sig behövda och uppskattade av andra. De flesta hade också en stark tro som bidrog till tryggheten.

I grupp 2, *Bra åldrande eller nöjd med livet*, karaktäriserades de sju äldre av att de upplevde harmoni och en känsla av förnöjsamhet. De

hade en positiv syn på sig själva och kände sig inte gamla, trots att deras försämrade hälsa var en källa till bekymmer. De menade att deras skröplighet var en oundviklig del av åldrandet och accepterade sin livssituation. Denna grupp äldre höll sig ajour med sociala händelser och utövade en rad intressen, samtidigt som de erkände behovet av vila och lugn och ro. De tyckte om att minnas och dela med sig av sina minnen.

Grupp 3, *Ett relativt gott liv på gamla dar' eller trots allt nöjd med livet*, bestod av sju personer. Dessa upplevde att deras liv var ganska bra och betonade de positiva aspekterna, samtidigt som ord som "men" och "trots" belyste deras komplexa situation. De jämförde sig ofta med andra som hade en svårare situation än de själva. Livet beskrevs som tämligen händelselöst och begränsat, men skulle ha varit väldigt bra om de själva eller deras makar inte hade drabbats av allvarliga hälsoproblem. Samtliga uppgav att de kände sig ensamma ibland men menade samtidigt att de kunde hantera det. Många oroade sig för att ligga andra till last, men hade resignerat och accepterat en hjälp som de nu var tacksamma för. Aktiviteterna var främst av passiv karaktär, som att läsa eller titta på TV. Det fanns ett behov av lugn och ro.

I grupp 4, *Dålig ålderdom eller motstånd mot att bli gammal*, fanns fem personer som inte ville bli gamla. De hade en mörk bild av att bli gammal och oroade sig för hur länge de skulle kunna behålla sin självständighet. De levde dag för dag. Hälsan upplevdes som relativt god samtidigt som en ökande trötthet förhindrade dem att göra saker de ville göra. De engagerade sig i passiva aktiviteter men hade velat vara till mer nytta. Nära sociala relationer saknades och alltför mycket lugn och ro var ett återkommande tema. Intresse för religion saknades totalt i denna grupp. De flesta ville inte heller tala om sina minnen eller det förflutna, då deras barndom ofta associerades med sorgliga eller negativa minnen.

Grupp 5, *Ett bedrövligt liv på gamla dar' eller resignerat åldrande*, bestod av fem personer och speglade en negativ bild av att bli gammal. Dessa äldre talade om åldrande som motsats till liv. Åldrandet sågs som ett tillstånd som tvingats på dem och som de inte kunde påverka. Sålunda fokuserade de på sin dåliga hälsa och hur deras sjukdomar påverkat dem negativt. Nära och täta sociala

relationer saknades, de kände sig ensamma och upplevde att ingen brydde sig om dem. Denna grupp äldre levde ett passivt liv och kunde inte delta i meningsfulla aktiviteter. Tro eller religiösa föreställningar saknades också. Flera av dem uttryckte att deras självbild nu var helt annorlunda än när de arbetade. Livet upplevdes inte som meningsfullt och de hade gett upp inför döden, samtidigt som de var rädda för att dö.

Nilsson noterar att hälften av deltagarna i grupp 1 och 2 bodde med sin make/maka eller med andra släktingar. Alla hade barn och syskonbarn liksom ett väl utvecklat socialt nätverk. I kontrast till detta bodde de äldre i grupp 4 och 5 ensamma och bara hälften hade barn.

Nilsson menar att hennes resultat belyser den rika variation som finns av upplevelsen av ett bra liv på ålderdomen och som på många sätt inte överensstämmer med den huvudsakligen negativa stereotyp som brukar tecknas av livet som gammal. Inom typologierna finns också betydande variationer i hur personerna upplever sin situation. Inom den svenska äldre befolkningen finns troligen människor som hör hemma i flera olika grupper, beroende på hur deras situation varierar från dag till dag. Alltså kan de fem olika grupperna ses som ett ständigt flytande tillstånd. Det är möjligt att individerna speglar grunddrag från en speciell grupp, samtidigt som livsvillkoren kan förändras till det positiva eller negativa beroende på en rad olika faktorer som hälsa och/eller sociala omständigheter.

Ågrens studie (1999) ger också ett värdefullt tillskott till ökad förståelse av äldre människors livserfarenheter och framförallt hur de anpassar sig till en hög ålder. Ågrens första studie omfattade djupintervjuer med 88 hemmaboende 85-åringar från Göteborgsområdet i västra Sverige. En andra uppföljande intervju genomfördes senare med 41 av de ursprungliga deltagarna om hur de levde, upplevde och anpassade sig till livet vid 92 års ålder. Ågrens urval, trots betydligt mindre till antalet, kan jämföras med Bury & Holmes snarare än med Nilssons arbete, då samtliga Ågrens deltagare hade någon kronisk sjukdom vid 85 års ålder. De flesta led av mer än en sjukdom, över hälften behövde hjälp för att komma ut och över en tredjedel hade

hemtjänst. Samtliga 30 kvinnor som deltog i uppföljningsstudien bodde ensamma. Tio personer hade flyttat till särskilt boende. Även personer med demens deltog i uppföljningsintervjun.

Ågrens innehållsanalys av uppföljningsintervjuerna jämfördes med tidigare kategorier. Dessa uppvisade mindre förändringar i karaktären samtidigt som det totala innehållet i kategorierna förblev detsamma. Ågrens analys fokuserade huvudsakligen på den mentala anpassningen till ålderdomen. Hon fann sju kategorier som delvis överlappade med Nilssons ovan beskrivna kategorier.

Självförverkligande karaktäriserades av en kvinna som, trots fysiska handikapp och beroende av hjälp från andra, upplevde ett bättre liv idag än för sju år sedan. Det berodde på hennes starka kristna tro och hennes möjlighet att få tid för djupare reflektioner. Hon kunde fortfarande skriva och läsa och hade fortsatt att engagera sig i omgivningen via sina nära relationer till familj och vänner samt genom att följa med aktuella händelser.

Moget åldrande belystes av en man och två kvinnor som sänkt sina förväntningar på livet till en viss gräns och som hade accepterat sina fysiska begränsningar. Exempelvis försökte de hålla sig aktiva genom promenader trots sina fysiska begränsningar. De var också socialt aktiva och träffade släkt och vänner medan utövandet av intressen hade avtagit. Trots detta var dessa äldre nöjda med sin situation och mycket tacksamma för att de hade haft ett bra liv. De såg hög ålder som en naturlig period i livet.

Accepterande speglades av tre män och sju kvinnor vilka hade anpassat sig till sina fysiska begränsningar som tydligt påverkade deras dagliga liv. Dock fokuserade de på vad de kunde göra istället för vad de inte kunde göra och försökte leva ett så fullkomligt liv som möjligt. De läste böcker och tidningar och var fortfarande intresserade av att följa med aktuella nyheter. Man kan säga att denna grupp betonar sina strävanden att vara positiva trots betydande hälsoproblem.

Beroende belystes av två män och en kvinna som var mycket bundna till sina barn för praktiskt hjälp såväl som personlig omvårdnad. Deras relationer gav mening åt livet för de äldre samtidigt som

hjälpn innebar en påminnelse om deras fysiska begränsningar, exempelvis att inte kunna ta sig ut utan hjälp. Bakslag i form av förluster eller en försämrad hälsa var även en källa till sorg, liksom oro att ligga sina anhöriga till last.

Uppgivet accepterande bestod av två män och sex kvinnor som gett upp inför det faktum att de hade fysiska eller mentala begränsningar som innebar att de behövde en hel del hjälp med sina personliga dagliga aktiviteter. Dessa äldre kände sig trötta och vilade eller sov under dagen. De gick sällan ut och de flesta hade förlorat intresset för omvärlden. Emellertid försökte de göra det bästa av sin situation och att vara tacksamma för att de inte var värre drabbade.

Förtvivlade bestod av en man och två kvinnor som inte kunde acceptera de svårigheter som uppkommit under de senaste sju åren, till exempel förlust av make/maka och/eller en försämrad hälsa. De reagerade med förtvivlan på grund av kontrasten mot hur de tidigare hade levt sitt liv. Trots att de hade kontakt med sina barn kände de sig inte behövda och talade om döden och döendet. Den dåliga hälsan betonades och sågs som ett hinder för relationer och aktiviteter.

Avskärmade, Ågrens sista kategori, bestod av två män och två kvinnor som avskärmade sig från vardagslivet på olika sätt. Kvinnorna gick tillbaka till sin barndom när de levde med sina föräldrar. I denna värld var alla snälla och andra människor såg dem som skickliga och hjälpsamma. En av männen satt framför TV:n hela dagen till sent på kvällen för att glömma sin nuvarande situation. En annan man intellektualiserade om sin situation. Denna grupp äldre hade inget intresse för omvärlden. I stället tenderade de att minnas och grubbla över händelser tidigare i livet för att hitta orsaker och förklaringar till dessa.

Ågren hävdar att den största negativa förändringen som framkommit av uppföljnings-intervjuerna är att deltagarnas hälsa hade försämrats. Däremot fanns det betydande variationer i hur man anpassade sig till förändringen och hur den upplevdes, vilket också framkommer av andra studier som Nilsson och Bury & Holmes.

Ågren avslöjar också vanliga bemästringsstrategier som användes.

Den främsta strategin var att ta en dag i sänder och varje dag planerades efter hur det aktuella läget var just den dagen. Det fanns goda dagar och dåliga dagar. De goda dagarna kunde många av deltagarna ta sig ut eller få besök av släkt och vänner. Flera nämnde dock att hälsoläget kunde förändras även under dagen, till exempel att morgonen kunde upplevas bra men att de kunde känna sig sämre under resten av dagen.

Ett annat sätt att hantera livet var att balansera de negativa aspekterna av livet med en positiv dimension av det dagliga livet. Sålunda började ofta konversationen med problemen och fortsatte sedan snabbt med ett ”men” som ledde till ett förklarande av livets mer positiva aspekter. En blind kvinna, som accepterat sin situation, sade följande: *”Det är klart att ensamt blir det i mörkret, men jag klarar mig ganska bra ändå, så jag är ganska nöjd.”*

En vanlig strategi var att sänka sina förväntningar och fokusera på det som de kunde göra i motsats till vad de inte längre kunde göra. En kvinna beskrev hur hon hade anpassat sig till sin situation på följande sätt: *”Förut kunde jag läsa en bok och då går timmarna fort vet du. Jag kan ju inte hålla på jämt att städa jämt. Det går ju inte. Men jag är så glad så länge jag hör i telefon. Jag hör bra i telefon.”*

En sista strategi för att hantera fysiska och psykiska begränsningar var att resignera och upphöra med vissa aktiviteter. Exempelvis hade en kvinna förlorat intresset för att läsa tidningen eftersom hon blev så trött när hon läste.

Liksom Bury & Holmes finner Ågren att hälften av deltagarna hade samma personliga rutiner från dag till dag. De flesta tyckte att tiden gick fort även om de inte var speciellt aktiva. Goda relationer med släkt och/eller vänner minskade känslan av ensamhet. Äldre som förlorat nära anhöriga såsom en make/maka eller nära vän/släkting uttryckte ofta en känsla av ensamhet.

Ågren avslutar med att påpeka att uppföljningsintervjuerna belyser hur komplext livet kan vara för mycket gamla människor. Berättelserna visar på *både* stabilitet och förändring, *både* likheter och skillnader, *både* försämring och förbättring. Uttryck för förtvivlan

kunde på samma gång vara tecken på anpassning och förnöjsamhet.

Av de tre redovisade studierna kan man se att ett gott liv inte nödvändigtvis innebär att personen alltid mår bra och upplever allting som meningsfullt eller har en fantastisk självkänsla. Detta påpekar även Sarvimäki & Stenbock-Hult (2000) och menar att en persons upplevelser av ett bra liv påverkas både av inre faktorer såsom fysisk förmåga, hälsa, bemästringsstrategier och personlighet samt yttre faktorer som fysisk och sociokulturell miljö.

Vårdkvalitet för äldre människor

Helt klart är det ett viktigt mål för vårdpersonalen att förbättra, eller åtminstone försöka behålla livskvaliteten för äldre människor. För att lyckas med detta krävs det mer än att bara låta äldre bo kvar i sina hem hävdar Kane (1999). Det är också viktigt att ta hänsyn till individens egen uppfattning om vad ett meningsfullt liv på ålderdomen innebär, något som speglas av studierna som refererats ovan.

Det kan konstateras att det har funnits en bristande tillgång på forskning som utforskat brukarnas syn på hemtjänsten, det vill säga vad gamla sköra personer själva anser vara kvalitetsindikatorer på vård- och omsorgstjänster. Man kan också se, att när sådana studier har gjorts, så är deltagarna mycket oroliga för att uttrycka kritik så länge de är beroende av existerande omsorg. På samma sätt finns det en generell attityd av tacksamhet för offentliga tjänster, vilket innebär att deltagarna ofta är ovilliga att kritisera sådana tjänster av rädsla för att förlora dem (Seymour & Hanson, 2001).

En studie av Farell et al (1999) omfattade fokusgruppsintervjuer med äldre personer och deras vårdare. Denna studie belyser att kontinuitet av personal såväl som förtroende för deras förmåga att ge god omsorg är av avgörande betydelse. Easterbrooks studie (1999) omfattade äldre och deras familjer och belyser problemet låg status som drabbar både äldre människor och personalen som vårdar dem.

Ingvad & Olssons studie (1999) belyser den komplexa naturen på de hjälprelationer som existerar mellan äldre och deras hemvårdare. De

påpekar att en ömsesidig relation troligen uppstår när hemvårdaren känner sig värderad och erkänd av den äldre. Att dela personliga erfarenheter är också viktigt för att kunna utveckla en positiv relation. Viktigt är också att ha klara förväntningar som ger den äldre personen möjlighet att utveckla en känsla av tillit och förtroende för hemvårdaren. Det händer oftare när den äldre kan ha samma hemvårdare, eller ett litet antal vårdare över en tidsperiod, eftersom det ger en kontinuitet i vården.

Som motsats till detta är det troligare att en negativ relation uppstår om den äldre personen upplevs som negativ, krävande, missnöjd eller otacksam. Författarna hävdar, att eftersom det i majoriteten av fallen oftast bara finns en liten chans till förbättring av den äldre personens fysiska hälsa, så är den äldres tillfredsställelse med vården av avgörande betydelse för hemvårdaren. Vilken typ av relation som uppstår mellan den äldre och hemvårdaren påverkas alltså till stor del av vårdkvaliteten såväl som vårdarens arbetstillfredsställelse.

1.3 Sjuhäradsbygden



Foto: Borås Museums arkiv. (Bilderna är publicerade med tillstånd av Borås Museum.)

Den tidsperiod då personerna i vårt urval har vuxit upp, arbetat och gått i pension har kännetecknats av stora förändringar. Från en jordbrukarbygd med viss industriverksamhet har Sjuhäradsbygden förvandlats av den industriella utvecklingen. Majoriteten av de intervjuade har också haft sitt yrkesverksamma liv inom någon av bygdens huvudnäringar som textilindustri, jordbruk eller skogsbruk. Många har haft egna småföretag och flera av de intervjuade kvinnorna har ägnat sig åt hemsömnad. Förändringarna inom tekobranschen är något som ofta kommenterades i intervjuerna. Personerna beskrev också sin relativt fattiga barndom och hur de sedan lyckades förbättra sin standard under livet. Få nämnde ekonomiska svårigheter i dagsläget, även om det antydde ibland.

Nedan ges en kort historik av bygdens utveckling. Materialet är taget ur skriften *Känn Sjuhäradsbygden*, utgiven 1993 av stiftelsen med samma namn.

Tidig historia

Redan under tidig medeltid levde människor i det som idag kallas Sjuhäradsbygden. Hur och varför de ursprungligen bosatte sig just där finns det olika teorier om, men förmodligen kom det människor från olika håll och bosatte sig i bygden. Västergötland under 1200-talet beskrivs i Västgötalagen som en enhetlig kulturbygd

som främst ägnade sig åt jordbruk. Begreppet ”De Sju Häradena” användes först under 1600-talet och då främst i militär-administrativa sammanhang.

Den nuvarande Sjuhäradsbygden har en lång tradition av handelsutövande. Under medeltiden var det främst handel med kreatur, tillsammans med åkerbruket, som stod för huvudnäringen. Under 1300-talets stridigheter med Danmark innebar danska framgångar att Sjuhäradsbygden delades och Mark och Kind tillhörde därför Danmark under 22 år. Historiker menar att detta har präglat utvecklingen i området och haft en avgörande betydelse för uppkomsten av gårdfarihandel. Gårdfarihandlarna förde med sig boskap och hudar till försäljning över den nya gränsen. Så småningom utökades detta med olika former av hemslöjd såsom smide, vävnader och träslöjd. Under 1500-talet ökade handeln med textilvaror och handeln som utgick just från Sjuhäradsbygden blev alltmer betydande.

Under 1600-talet förbjöds gårdfarihandel och handeln skulle istället bedrivas från städer och marknader. En stad, Torpa, sedermera Borås, anlades med syfte att därifrån kunna bedriva handel med hela riket. Av oklara anledningar fick Borås det unika privilegiet att som ensam stad kunna bedriva gårdfarihandel. Gårdfarihandlarna kom att spela en stor roll i bygdens industrialiseringsprocess. Färgerier anlades i Borås och de färgade tygerna såldes sedan vidare av gårdfarihandlarna. Under lång tid fungerade Borås som Västsveriges kommersiella centrum. Gårdfarihandlarna spred varor över landet och spelade därigenom också en roll för handelns utveckling i hela riket.

Gårdfarihandeln och hemtextiltillverkningen fortsatte att dominera Sjuhäradsbygden in på 1700-talet. Förläggarsystemet, som innebar att storbönder med kapital köpte upp garn och lämnade detta till väverskor i hemmen, blev ett kännetecken för området. År 1840 svarade den hemindustriella tillverkningen av bomullstyger för 78 procent av Sveriges samlade produktion. En bit in på 1800-talet startade Sven Eriksson det första mekaniska väveriet i bygden som sedan följdes av allt fler fabriker. Detta blev upptakten till den kända tekoindustrin i området och som etablerades i Borås omkring 1860.

Nya järnvägskommunikationer och nya kraftkällor, såsom ångmaskiner och elkraft, startade en andra industrialiseringsperiod i Sjuhäradsbygden. De nya fabrikena förlades till orter med goda kommunikationer och som en följd växte en ny generation stationssamhällen och brukssamhällen fram. Arbetskraft invandrade från städerna. Trikå- och konfektionsindustrin etablerade sig under tidigt 1900-tal. Kapital till de nya industrierna hade på många sätt byggts upp genom förläggarverksamheten. Ett nytt nätverk av grosshandlare och postorderfirmor ersatte gårdfarihandlarna som distributionskanaler.

Förläggarsystemet innebar ett samspel mellan hemarbete, trikåtillverkning, konfektionsindustri samt oftast även postorderförsäljning och kom att präglade Sjuhäradsbygden ända fram till andra världskriget. Detta kan vara en förklaring till att bygden varit så dominerande inom konfektionsbranschen. Småindustrier och bruksorter, där också kvinnorna hade en stor andel i produktionen, var ett kännetecken för bygden. Hemsömnaden levde kvar in på 1950-talet och industrier med löpande-band-tillverkning sysselsatte samtidigt tusentals hemsömmerskor. Fram till 1960-talet var 50 procent av regionens gifta kvinnor förvärvsarbetande i Sjuhäradsbygden, vilket kan jämföras med 30 procent för övriga landet.

Efterkrigstiden

Sjuhäradsbygdens välstånd utvecklades efter andra världskriget och grundade sig på möjligheterna till arbete på nära håll för både män och kvinnor.

Textil- och konfektionsindustrierna kom snabbt igång efter krigsslutet vid 1940-talets mitt och sysselsatte då 80 procent av arbetskraften. Postorderbranschen utvecklades och fick sitt starkaste fäste i Borås. Syverkstäder växte upp på mindre orter omkring Borås samtidigt som hemindustrin hade fortsatt stor betydelse. Jord- och skogsbruk kom på andra plats som viktigaste näring och fungerade ofta som ett komplement till fabriks- eller hemarbete.

Borås är en gammal invandrarstad, där färgerierna redan på 1700-talet använde sig av utländsk arbetskraft. Den nya tekoindustrin efter andra världskriget var arbetsintensiv och många invandrare

kom till Borås och hela bygden för att arbeta inom tekoindustrin. När textilbranschen hamnade i kris flyttade invandrarna från staden, vilket innebar att Borås trots alla nedläggningar inte fick större arbetslöshet än andra kommuner.

Textilindustrins dominans var nästan total fram till 1960-talet. Då genomgick branschen sin första allvarliga kris. Strukturförändringar fick till följd att många av storföretagen gick i konkurs eller köptes upp. Kvar blev stora företag som Ellos, Josefssons och Borås Textil.

Den ökade importen av kläder från Fjärran Östern innebar nya svårigheter och under 1980-talet köptes nästan samtliga textilföretag upp. Under 1940-talet arbetade cirka 25 000 personer inom tekoindustrin. Idag sysselsätter tekoindustrin endast runt 5 000 personer. Att Borås och Sjuhäradsbygden fortfarande betraktas som landets tekocentrum beror till stor del på att de kvarvarande företagen ägnar sig åt en omfattande import och handel med textilvaror. Nya industrier som Volvo, Ericson och VOAC har etablerat sig i Borås och även andra delar av bygden har fått nya industrier.



Foto: Borås Museums arkiv. (Bilden publiceras med tillstånd av Borås Museum.)

¹Enkäten som sändes ut vid årsskiftet 2000/2001 besvarades av 4 915 äldre. Enkäten sändes till ett stratifierat urval av 8 985 äldre i Sjuhäradsbygden lika fördelat mellan åldersklasser och kön.

2. SYFTE

Syftet med denna studie är att få en djupare förståelse för vad äldre personer med vård- och omsorgsbehov upplever som kvalitet i det dagliga livet och vad som är kvalitet i vård och omsorg. Vidare syftar studien till att bidra med underlag för planering av vård och omsorg för äldre och att identifiera områden inom vilka vård och omsorg för äldre bör vidareutvecklas.

3. MATERIAL OCH METOD

3.1 Population och urval

Populationen utgörs av de 34 971 invånare som är 65 år och äldre i Sjuhäradsbygdens kommuner Bollebygd, Borås, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn, se tabell 1.

Tabell 1. Äldre i Sjuhäradsbygdens kommuner fördelat på åldersklasser.

Åldersklasser							
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-	Totalt
Bollebygd	288	264	257	167	85	52	1 113
Borås	4 392	4 286	3 890	2 989	1 879	937	18 373
Mark	1 513	1 488	1 373	993	682	390	6 439
Svenljunga	474	456	491	387	234	106	2 148
Tranemo	550	519	513	385	234	103	2 304
Ulricehamn	1 051	1 054	1 006	774	465	244	4 594
Totalt	8 268	8 067	7 530	5 695	3 579	1 832	34 971

Urvalet utgörs av de äldre som i ÄldreVäst Sjuhärds enkätundersökning¹ om Äldres hälsa och levnadsvillkor svarat att de har vård- och omsorgsbehov. Till vård- och omsorgsberoende har räknats de som svarat att de på grund av nedsatt hälsa behöver hjälp minst en gång eller mer i veckan med personlig omvårdnad och/eller sjukvårdsteknisk behandling och/eller vardagliga sysslor som till exempel att laga mat, städa eller uträtta ärenden. Exkluderade från denna studie är emellertid de 150 äldre som uppgett att de har demens och de

119 som avlidit sedan enkätundersökningen genomfördes.

Totalt utgörs urvalet av 697 äldre med vård och omsorgsbehov. Av dessa har 368 äldre intervjuats. Övriga 329 utgör bortfall. Anledning till bortfallet är att de avlidit (12), ej gått att nå (64), att de inte vill (93), inte orkar eller kan (55), demenssjukdom (24) eller att anhöriga inte vill (25). För 56 saknas anledning. Tabell 2 visar mera i detalj de olika orsakerna till att ej delta.

Av de 368 genomförda intervjuerna har 125 analyserats och ligger till grund för denna rapport. De sistnämnda består av det urval som genomfördes av de sju intervjuerna under datainsamlingsperioden. Detta innebar att intervjuerna varje vecka valde ut en av de egna genomförda intervjuerna som de ansåg gav mest information.

Tabell 2. Bortfallsorsaker.

	Antal
Avliden	12
Vill ej	93
Ej gått att nå	64
- Telefonnummer upphört och hänvisning saknas (27)	
- Telefonnummer går ej att finna (29)	
- Svarar ej (4)	
- Informationsbrevet kommer tillbaka (4)	
Orkar inte	55
- Orkar ej eller sjuka, sagt själva (44)	
- Personal sagt klarar ej (3)	
- Personal sagt att personen har afasi (2)	
- Anhöriga har sagt att personen har afasi (1)	
- Har sagt att de ska flytta, så det är ingen ide (2)	
- Går ej att kommunicera med på grund av hörselproblem (3)	
Demenssjukdom	24
- Demenssjukdom enligt anhöriga (9)	
- Demenssjukdom enligt personal (8)	
- Intervjuarna bedömde att personen troligen hade demenssjukdom (7)	
Anhöriga har sagt nej	25
Saknas kommentar	56
Totalt	329

3.2 Basfakta

Medelåldern för de intervjuade var 84 år; den yngsta var 66 år och den äldsta var 99 år. Totalt intervjuades 64 män och 61 kvinnor. Åldersfördelningen för kvinnorna och männen framgår av tabell 1. Av de intervjuade var en tredjedel (45) gifta, närmare hälften (58) var änkor eller änklingar, 15 var ogifta och sju var skilda. Majoriteten (119) av de intervjuade var födda i Sverige, två i andra nordiska länder, tre i övriga Europa och en i Asien.

Tabell 1. Ålder fördelat på kön.

		Kön		
		Man	Kvinna	Totalt
Åldersklasser	65-69	2	2	4
	70-74	6	7	13
	75-79	10	7	17
	80-84	11	13	24
	85-89	19	18	37
	90-	16	14	30
Totalt		64	61	125

Mer än var femte (22 procent) av de intervjuade bodde i särskilt boende. När den nämnda enkätundersökningen genomfördes ett år tidigare bodde var tionde i särskilt boende. En tredjedel (33 procent) bodde i egen villa, närmare hälften (46 procent) i lägenhet och en tiondel (tio procent) bodde inneboende i annans hus. De intervjuade bodde runt om i Sjuhäradsbygden, med en spridning på såväl stad som landsbygd, se tabell 2.

Tabell 2. Bostadsort i procent.

		Andel i procent
Bostadsort	Landsbygd	17
	By eller mindre ort på landsbygden	21
	Tättbebyggt område	33
	Centralt i större stad	29
Totalt		100

De intervjuade hade en varierande yrkesbakgrund, se tabell 3. Närmare hälften (43 procent) hade varit arbetare, var femte (20 procent) hade varit tjänstemän, var sjunde hade varit jordbrukare (15 procent), var åttonde företagare (13 procent) och en tredjedel av kvinnorna (32 procent) hade varit hemmafruar.

Tabell 3. Tidigare yrkesverksamhet fördelat på kön.

		Kön		
		Man	Kvinna	Totalt
Yrkesgrupp	Tjänsteman	17	7	24
	Arbetare	20	23	43
	Jordbrukare	12	3	15
	Företagare	13		13
	Hemmafru/hemmaman		19	19
	Annat	1	8	9
Totalt		63	60	123

För en man och en kvinna saknas uppgifter.

3.3 Datainsamling

Intervjuerna genomfördes runt årsskiftet 2001/2002 av vård- och omsorgspersonal i Sjuhäradsbygden. Dessa rekryterades via annons till ÄldreVäst Sjuhärads samarbetspartner. Intresset för att medverka var stort och de som anmält intresse intervjuades. Sex undersköterskor samt en lärare i social omsorg valdes ut att medverka i projektet.

Arbetet startade för intervjuarnas del med en tredagarsutbildning i relation till det aktuella projektet och det arbete som skulle genomföras. Moment som behandlades var forsknings-processen, kommunikation och kommunikationsprocessen, intervju- och samtalsteknik samt forskningsetik. Tid ägnades också att i grupp diskutera och reflektera över den egna synen på äldre, livskvalitet och vårdkvalitet. Under datainsamlingsperioden träffades gruppen varannan vecka för grupphandledning. Det fanns också hela tiden tillgång till handledare att samtala med om det skulle uppstå några särskilda frågor.

Datainsamlingen omfattade såväl ifyllande av enkäter som intervju med tre öppna frågor:

- Hur uppfattar du ditt nuvarande liv?
- Vad tycker du är ett bra/gott liv (i dag)?
- Vad tycker du är god/bra vård och omsorg?

De öppna frågorna spaltades up i underfrågor då många äldre visade sig ha svårt att genomföra öppna intervjuer.

Intervjun med de öppna frågorna spelades in på band. De intervjuer som intervjuarna ansåg gav mest information skrevs ut i sin helhet. Varje vecka valde de ut en intervju vardera. När varje intervju var avslutad reflekterade intervjuarna kring vad som hade sagts. Dessa reflektioner spelades också in och skrevs ut i sin helhet.

Med hjälp av Statistiska Centralbyrån, som också varit involverad i den första enkätstudien, erhöles listor med aktuella adresser och telefonnummer till dem som ingick i urvalet.

3.4 Analysmetod

En hermeneutisk ansats har använts så till vida att arbetet med delar av texten och helheten har varvats (Kvale, 1997; Patton, 2002). På grund av det stora antalet intervjuer och det enorma datamaterialet gjordes analysen i NUD*IST, ett kvalitativt dataanalysprogram. En innehållsanalys genomfördes då intervjuerna var semistrukturerade med korta svar på frågorna. De 38 första intervjuerna analyserades för hand tillsammans med medförfattaren (Hanson). Denna analys gav upphov till huvudkategorierna som senare användes för att koda samtliga intervjuer i NUD*IST. Texten kodades i tre huvudkategorier, vilka utgjordes av intervjuernas huvudteman, *Nuvarande livssituation*, *Livskvalitet* och *Vårdkvalitet*. Intervjutexten kodades sedan in i underkategorier eller noder. I början uppstod problem med för många underkategorier. De tre huvudtemana överlappade delvis varandra och det var svårt att strukturera analysen. Olika varianter prövades utan framgång. Som en hjälp vid analysen bestämde vi oss slutligen för att använda de två extremgrupperna, *En bra livssituation* och en *Inte så bra livssituation* och jämföra deras livssituation, livskvalitet och vårdkvalitet. Detta hjälpte oss att upptäcka skillnaderna mellan hur deltagarna pratade om och hanterade sina liv.

NUD*IST var till stor hjälp för att hantera den stora mängden data. Programmet underlättade också jämförelsen mellan olika grupper och kategorier, till exempel könsskillnader, boendeskilnader, hälsans inverkan på socialt liv och aktiviteter, etc. Det var dock lätt att

förlora helhetsperspektivet genom fragmenteringen av mänskliga erfarenheter. Av denna anledning valdes några detaljerade fall ut för att hjälpa läsaren att få en bild av livet som äldre i Sjuhäradsbygden. Syftet är i första hand att ge en helhetsbild av materialet i form av mänskliga erfarenheter. För personal kan dessa berättelser ge en chans till förståelse och igenkännande, för andra kanske öka förståelsen för hur det är att leva som gammal i Sjuhäradsbygden. Reflektioner, skrivna av intervjuarna efter den aktuella intervjun, användes i dessa fall för att ge bakgrundsinformation till intervjupersonernas egna berättelser om sitt nuvarande liv.

Analysen har varit ett stort och drygt arbete genom den enorma mängden tillgängliga data. Texten har lästs igenom vid ett flertal tillfällen och de olika underkategorierna har slagits ihop, förändrats och nya har skapats. Resultaten har kontinuerligt diskuterats med en av medförfattarna för att valideras. Reflektioner, nedskrivna av intervjuarna efter det aktuella intervjutillfället, användes som jämförelsematerial efter kodningen. För att ytterligare validera resultaten har dessutom återkoppling till de intervjuande undersköterskorna skett för synpunkter och kommentarer.

Smärre korrigeringar har gjorts med de i rapporten använda citaten för att underlätta läsningen. Exempelvis har extra småord och ordföljd ibland tagits bort eller ändrats. **Namn på personer och vårdinstitutioner samt geografiska angivelser har också ändrats för att förhindra en identifiering av intervjupersonerna.**

3.5 Etiska aspekter

Godkännande att genomföra studien har inhämtats från Forskningsetikommittén vid Göteborgs Universitetssjukhus. Det finns ingen risk för några komplikationer men däremot risk att någon person kan bli ledsen eller upprörd av frågorna. Det har då funnits möjlighet att kontakta dem som arbetar med undersökningen för att få råd och stöd. Det har också funnits möjlighet att ta kontakt med personal vid ÄldreVäst Sjuhärad för råd och stöd.

Varje deltagare fick skriftlig information om studiens syfte och användning av data samt försäkran om konfidentialitet vid bearbetning och publicering av besvarade uppgifter. Deltagandet att svara

på frågorna var helt frivilligt. Ett informationsbrev distribueras till de äldre personer i Sjuhäradsbygden som identifierats via den tidigare undersökningen. I brevet inbjöds de äldre att delta i undersökningen och meddelas att de kommer att bli uppringda av någon från ÄldreVäst Sjuhärad. Efter ungefär en vecka tog någon av de i informationsbrevet namngivna personerna kontakt med personen. Syftet med undersökningen presenteras och den tillfrågade får avgöra om hon/han önskar delta. De får då veta att de själva väljer vilket de vill och att det inte på något sätt kommer att påverka deras framtida vård och omsorg.

Intervjuerna har genomförts av en grupp erfaren personal inom vård- och omsorg för äldre, fyra undersköterskor, en socioterapeut, en enhetschef och en lärare i social omsorg. Innan datainsamlingen påbörjades fick de utbildning om datainsamling och forskningsetik. Under undersökningen kommer det att ske kontinuerlig handledning. I början en gång i veckan och efter en månad en gång varannan vecka.

4. RESULTAT

Människors nuvarande livssituation kan på många sätt sägas vara en del av deras tidigare erfarenheter. Bland de som tillfrågades eller som spontant själva tog upp sitt tidigare liv under intervjun var det väldigt få som gjorde någon bedömning av hur livet hade varit. Det är därför svårt att uttala sig generellt om hur det tidigare livet påverkat deras nuvarande livssituation. Många berättade dock om sina erfarenheter från barndomen, arbetslivet eller äktenskapet. Genom dessa berättelser kunde man känna historiens vingslag, då majoriteten är födda i början av 1900-talet. Många hade arbetat inom textilindustrin i Sjuhäradsbygden och upplevt de stora förändringarna som skett inom textilbranschen. Nedanstående berättelser får tjäna som exempel på personliga erfarenheter och återspegla förändringarna i samhället.

” Jag har haft många syskon, men alla har varit skötsamma. Vi var åtta syskon. Fyra är borta nu och fyra lever. Och min barndom, ja, det var ju enkelt då. Det var inte som nu att alla skulle ha allting, utan man fick klara sig på det man kunde skaffa sig och tjäna. Jag arbetade inom textilindustrin ända tills jag var 63 år. Då fick jag pension. Jag skulle ha arbetat till 65, men min make blev pensionär lite innan. Då ville jag inte att han skulle gå ensam så jag tog också pension. Därför har jag fått lite mindre pengar, men det har gått. Hela mitt liv har jag och min make klarat oss utan hjälp eller bidrag från något håll. Han byggde sommarstugan och den har barnen övertagit nu. Han var underbar människa. Han blev 75 år och jag var 73 när han gick bort. Det har gått bra. Så livet har rullat vidare för mig och jag är verkligen belåten med mitt liv.”

(Kvinna)

”Jag har suttit i jobbet för jag har varit sömmerska. Vi har haft nära till jobbet. Fabriken har ju varit här, så jag har haft bra på det viset. Jag har suttit vid en maskin och [arbetat på] ackord. På slutet fick jag [arbets med] kappor och det var tungt. Men det var ju så förr och det var bara att jobba på. Sedan skulle en sköta sitt hem. Det var inte som nu att männen

hjälper till så mycket. Det ser jag på mina barn. [Fabriken] lade ner 1972 så jag blev ju förtidspensionerad på det viset. Först fick jag nästan panik när jag slutade. Ja, det var svårt. Jag var rastlös. Det var ju en stor skillnad att inte ha något jobb. Men det har jag vant mig vid. Min man jobbade däremot så länge. Han var väl närmare 70 år när han slutade.”

(Kvinna)

Nedanstående man har arbetat nästan hela sitt liv inom textilindustrin, både som anställd och som egen företagare. Hans berättelse kan ses som ett exempel på textilindustrins utveckling i Sjuhäradsbygden och i Sverige.

”Livet har till största delen varit bra. Jag har haft två misslyckade äktenskap bakom mig, men annars har jag haft väldigt framgång i mitt arbete. Jag har varit arbetsnarkoman, så mina fruar har inte sett mig så mycket. Jag trivdes väldigt bra med mitt arbete. När jag slutade skolan så började jag hos min fader. Han hade ett grossistföretag i textil i Växjö. Under de svåra åren mellan 1920 och 1930 så gick hans företag omkull och då startade jag ett eget för en kort tid. Sedan försökte jag bli lärare. Jag gick på Folkskoleseminariet i Växjö. Men det misslyckades och så blev jag uppringd av det största textilföretaget i Växjö som hette Petris. Där fick jag anställning och där var jag i 30 år. Efter det övertog jag en fabrik här i stan som jag drev i 18 år. Så jag har jämt varit upptagen. Jag har haft med en massa människor att göra hela mitt liv.

Jag är väl lite besviken för jag blev förtidspensionerad när jag var 72 år gammal och jag hade velat arbeta längre. Jag var tvungen att lämna min firma. Textilindustrin genomgick ju en kris då för 20 år sedan. Allting rensades bort här i stan och vi har ju ingen textil längre. I Skene skall Borås Väveri lägga ner sina fabriker, så textilen försvinner ju här i Sverige. När jag var ung och började hos min pappa, då var Norrköping en yllestad med flera yllefabriker. Göteborg och Borås hade många bomullsfabriker och det fanns flera fabriker ute i

landet. Vi hade väl ett hundratal textilfabriker då och nu finns det nästan ingenting.”

(Man)

Många av de äldre, speciellt bland kvinnorna, hade tidigare tagit hand om sjuka makar samtidigt som de skötte hem, barn och arbete.

”Jag tjänstgjorde ju halvtid. Jag var på lasarettet, på kontoret där. Och då införde de att man fick ta halvtid på sin tjänst. Så då arbetade jag en vecka och så var jag ledig i 10 dagar. Vi var två som delade på samma tjänst. Min man levde då, så att det var ju väldigt skönt för då kunde man ju röra på sig. Han var 19 år äldre än jag, så jag var ju en liten sköterska. Han dog när han var 87 år och han var rätt så sjuklig. Det var ju bra att jag kunde ställa upp ordentligt för honom. Ja det gjorde jag även sedan när jag arbetade heltid. Genom att jag var anställd på lasarettet så hade jag många förbindelser med läkare och sköterskor. Så det gick väldigt bra med honom. Jag fick in honom på vilohem då och då. Han fick hjälp med sina krämpor. På den tiden var det inga bekymmer med sjukvården och vi hade bil. Och vi hade ett sommarställe, så att det var ju ganska bra.”

(Kvinna)

4.1 Nuvarande livssituation

Intervjuerna uppvisade stora variationer i hur de äldre upplevde sin nuvarande livssituation. Fyra huvudkategorier utkristalliserade sig så småningom; de två ytterligheterna **Huvudsakligen bra** och **Inte så bra livssituation** samt mittengrupperna **Kan inte klaga** och **OK, men...** Dessa bör snarare ses som flytande än som färdiga kategorier, då det dagliga livet består av många komplexa dimensioner som gör det svårt att formalisera. Varje kategori kommer att beskrivas nedan och kommer att illustreras i form av fall för att ytterligare öka förståelsen (se 4.5).

Jämförelser mellan gifta och ensamstående (ogifta, änkor/änklingar) personer samt mellan män och kvinnor uppvisade små skillnader i

hur de bedömde sin livssituation. Det fanns heller inga klara samband mellan ålder och hur personen i fråga upplevde sin livssituation. Intressant är dock att bland de allra äldsta personerna som är födda mellan 1900 och 1910 fanns det ingen som sa att deras livssituation var dålig. Bland de yngre fanns det ett varierande antal vars livssituation upplevdes som mindre bra. Andra faktorer som skulle kunna påverka upplevelsen av livssituationen var skillnader mellan stad och landsbygd. Även här var det svårt att dra några allmänna slutsatser, vilket stärker antagandet att vardagsliv och livskvalitet beror på en mängd olika faktorer som samverkar i positiv och/eller negativ riktning.

Huvudsakligen bra livssituation och Inte så bra livssituation

Fjorton äldre personer, åtta män och sex kvinnor, ansåg att deras livssituation var huvudsakligen bra idag. De flesta var födda på 1920-talet, bosatta både i staden och på landsbygden. God hälsa, trevligt boende, en bra relation till make/maka, barn eller vårdpersonal samt möjligheter att komma ut och delta i aktiviteter var skäl som bidrog till att göra livet gott idag. Även god vård nämndes i detta sammanhang av de personer som bodde i ett särskilt boende. I enkäten, som fylldes i ett år före intervjun, uppgav ingen av dessa gamla att deras hälsa var dålig. En kvinna hade dock förlorat sitt ben under det gångna året och hade flyttat till ett vårdhem och även tre av de andra bodde i särskilt boende. Som kontrast till detta tyckte fyra av de äldre i denna grupp att deras hälsa hade blivit bättre under det sista året.

”[Jag har det] så bra. Ja, det är bra. Jag tycker att jag bor i en trevlig lägenhet. Jag har fått vara frisk en längre tid nu. Och jag har ordnat med mina tabletter så, så att det är lagom.”

(Man)

”Det är väldigt bra, bättre kan jag inte ha det. Underbart på alla sätt och vis för jag är ju relativt frisk frånsett kärlekskrampen och så kan jag ju röra mig hur mycket som helst. Det är skönt. Jag bor ju jättebra. Så det kan inte vara bättre.”

(Man)

Många av de gamla i denna grupp levde ett aktivt liv med ett nätverk av sociala kontakter och deltog i olika aktiviteter.

”Jag är ju med i PRO och då är jag med i deras sångkör. Vi går dit och övar en gång i veckan. Ibland kan det hoppa över någon vecka, men då har vi något möte i stället. Jag har varit med i en läsecirkel också. Vi har läst om Fröding nu i höst. Sedan ska vi läsa om Värmland till våren och göra en resa dit.”

(Kvinna)

”Jag har ju mycket människor omkring mig och väldigt mycket besök och jag gör själv besök hos sådana som behöver lite hjälp ibland. Jag har det jättebra. Och så har jag ju min son i Borås som vakar över mig ordentligt må du tro. Ja. Och jag har alla mina barnbarn och mina barnbarn i Sörmland. De ringer till mig varje vecka och det är ju väldigt roligt.”

(Man)

Trots att upplevelsen av hälsan föreföll vara ganska god var fem personer huvudsakligen bundna till hemmet och beroende av hjälp från make/maka eller vårdpersonal. I dessa fall beskrevs god vård, sällskap och i viss utsträckning aktiviteter som faktorer vilka gav mening åt livet och påverkade det positivt.

”Jo, jag kunde aldrig tänka mig bättre. Det har jag sagt till alla mina vänner och bekanta och det säger jag till flickorna som kommer, att jag stortrivs. Jag har aldrig längtat tillbaka. Jag bodde där uppe ovanpå apoteket. Men så gick min man bort helt plötsligt den 8:e september. Han ramlade i badkaret och dog med en gång. Då var det lite mörkt för mig. Jag trivdes inte och jag orkade inte äta. Jag hade läkaren på besök

och han förstod ju situationen. Det var han som satte igång att jag skulle flytta.”

(Kvinna i särskilt boende)

Den andra ytterligheten, ***Inte så bra livssituation*** bestod av 23 personer; tolv män och elva kvinnor. Av deras beskrivningar av sitt dagliga liv framgick att livet inte var så bra eller i några fall direkt dåligt. Åldern i denna grupp var jämförelsevis något yngre än i ”Bra- gruppen”. Alla utom en bodde i sina egna hem och cirka hälften var gifta. Nästan hälften (tio) var anhörigvårdare eller vårdades själva av make/maka. Dålig hälsa var för denna grupp en viktig faktor som påverkade livssituationen negativt. Men också trötthet, ensamhet och förluster av släkt och vänner var skäl som framfördes i detta sammanhang. Vid enkätundersökningen ett år tidigare uppgav majoriteten att deras hälsa var dålig eller någorlunda. Nästan alla hade allvarliga fysiska eller psykiska hälsoproblem som påverkade deras dagliga liv på många sätt. Jämfört med ”Bra-gruppen” var det sociala livet mer begränsat, ofta till den närmaste familjen. Med enstaka undantag var också andra aktiviteter ganska få. Att titta på TV, läsa tidningen eller lyssna på radion var de vanligast nämnda.

”Jag vet inte vad jag ska säga. Det är klart det går ju aldrig att komma ifrån detta handikapp. Det hindrar ju mig kolossalt mycket. Många gånger om man ska förflytta sig själv och så. Det är väl det stora kruxet och det är väl det som förstör det hela.”

(Man).

En kvinna med svåra ångestattacker sedan länge berättade följande om sin livssituation.

”Jag har sådan ångest och jag har varit så sjuk så jag, jag går bara och är livrädd att jag ska få ångesten tillbaka. Jag är inställt mig på hurdan jag är; att jag aldrig kan bli annorlunda. Jag säger som det är; jag kan bara bli sämre. Bättre blir jag aldrig.”

(Kvinna)

Att inte kunna delta i forna aktiviteter eller utöva tidigare intressen bidrog också till att göra livet tråkigare.

”Det är klart att nöjd kan en ju inte vara när en är så här och har varit så aktiv och igång som vad jag har varit i min dag. Men man får ju inte tänka så utan försöka att acceptera livet som det är. Skulle jag sitta och gräma mig för det så skulle jag aldrig klara det. Det är ju så mycket som jag saknar och som jag inte kan göra. Som att väva, det har jag gjort i alla tider. Jag har vävt de gardinerna, jag har vävt den löparen, jag har vävt det som hänger på väggen där. Men jag orkar inte. Det går inte för jag är så trött. Jag är nästan kroniskt trött.”

(Kvinna)

Några av de äldre i denna grupp var trots sin egen skröplighet själva anhängare. Förändrade roller i äktenskapet och bundenhet till hemmet på grund av den anhöriges sjukdom bidrog i dessa fall till att göra livet mindre bra. En gammal man som tog hand om sin sjuka fru beskrev sin livssituation så här:

”Det är kämpigt om jag ska vara uppriktig. För jag går med käpp eller också går jag och stöder mig på möblerna här. Att förflytta sig 3-4 meter är ganska jobbigt. Förr så sprang man upp och ner för trappan och hämtade en sak, men nu tänker jag mig för innan jag springer. Så blir det. Det är jobbigt. Sedan är det [min fru]. Hennes sjukdom har gjort att hon är passiviserad på något sätt. Hon har ingen ork eller förmåga längre utan det är att jag får hjälpa henne. På morgonen får jag bädda sängarna och göra frukost och även göra inköp. Varuinköp, det gör jag.”

(Man)

Det verkar alltså finnas ett klart samband mellan upplevd hälsa och hur den aktuella livssituationen upplevdes. Detta står klart när man jämför med de enkätsvar som gavs ett år tidigare. Personer som upplevde sin hälsa som god ett år tidigare pratade också betydligt mer positivt om sin livssituation idag, medan fler äldre med dålig hälsa upplevde sin livssituation som mindre bra. Även om andra faktorer som sociala nätverk och möjligheter till vissa aktiviteter

till viss del kan kompensera en dålig hälsa, förefaller hälsan ha ett avgörande inflytande på livssituationen.

Mittengrupperna: Kan inte klaga och OK, men...

De äldre männen och kvinnorna i mittengrupperna beskriver sin livssituation på ett varierande sätt och skulle kunna sägas vara flytande mellan de båda yttergrupperna. Det finns dock vissa gemensamma drag som gör det rimligt att dela in dem i två huvudsakliga grupper. 45 personer kan hänföras till den första gruppen, **Kan inte klaga**. De äldre personerna i den gruppen föreföll ganska nöjda med sin livssituation vilket uttrycktes i termer av att de hade det bra så länge som de inte blev sämre. Så länge de kunde ta hand om sig själva eller kunde ta sig ut på promenader så skulle de inte klaga. Samtidigt fanns det mer eller mindre uttalat att de inte kunde förvänta sig mer av livet vid deras ålder. Förväntningarna på livet hade alltså anpassats efter den nuvarande situationen. Det var också vanligt att jämföra sig med andra i samma ålder som hade en sämre hälsa.

”För att vara så gammal så får jag vara belåten. För åldern tar ut sin rätt på alla vis. Man blir lite glömsk och rör sig väl inte lika lätt som förr. Men en får inte klaga för mycket för det. Det finns de som har det värre.”

(Kvinna)

”Jag tycker det är nära på ovanligt bra för att vara så gammal. Det är ju de som är yngre än jag som är mycket sämre. Så med den åldern så får jag ju vara storbelåten att kunna gå och prata och göra saker och ting lite lagom.”

(Man)

Även i den andra gruppen **OK, men...** var de flesta relativt nöjda med sin livssituation. Det fanns dock problem, oftast hälsorelaterade, som påverkade det dagliga livet på ett negativt sätt. Det fanns en tydlig gradskillnad i hur problemen skildrades jämfört med gruppen **Skall inte klaga**.

”Jo, det är väl skapligt, men jag är ju inte frisk nu. Jag är väldigt trött om dagarna. Får ofta gå och lägga mig och vila.”

Hjärtat orkar inte så bra. Alla styva tag får min pojke ta när han kommer hem.”

(Kvinna)

”Det är klart att jag känner mig som om jag var fången för jag kommer ju ingenstans. Men samtidigt är jag nöjd med att jag har kommit så här långt efter det jag har gått igenom. Med lugnet och att jag vet att jag kan komma härifrån och till balkongen.”

(Man)

En vanlig dag

Intervjupersonerna blev ombudda att beskriva en vanlig dag i sitt liv. Vissa vanliga dimensioner framträdde ur deras berättelser.

Hälsoproblem

För de allra flesta kvinnorna och männen var någon form av hälso-relaterade problem en del av det dagliga livet. Problemen varierade mycket från person till person. Medan en del hade mindre problem med syn eller hörsel var några totalt beroende av andra människor för att sköta hushållsarbete och sin personliga hygien.

”Jag går upp vid 8-tiden. Jag har ögondroppar som jag tar då. Man ska ta det på vissa tider varje dag för jag har fått grön starr. Jag ser ju bra på höger öga. Det är ju bara det att jag inte har något vänsterseende, så jag får ju tänka på det när jag är ute och går.”

(Kvinna)

”Det är ryggen som är kotskadad. Det är en kota som är knäckt eller har brustit i kanterna så att nerverna har kommit i kläm. Det gör att nerverna som ska gå ner till och styra benen inte fungerar som de ska. Det har jag fått leva med. Det har det blivit långsamt sämre och sämre tills i det dåliga skick som jag är i nu. Det är så att säga en obotlig skada.”

(Man)

Dagliga rutiner och aktiviteter påverkades ofta av hur nattsömnen hade varit och den aktuella hälsosituationen för dagen. För många av de äldre bestod dagen till stor del av att försöka klara av de dagliga rutinerna som hygien, att klä på sig själva och sköta enkla hushållsuppgifter. För de allra sjukaste var även detta ett problem att klara av.

”Ja, det är väl att försöka lite grann att klara de dagliga rutinerna. Dels med mat, men det blir i det lilla laget. Jag har svårt att greppa saker och ting, så det gör mig väldigt handikappad på det viset. Jag har ingen kraft i vänster hand. Och höger är också mycket försvagad. Det gör ju att allting går så sakta. Men jag gör ju de nödvändigaste sysslorna.”

(Kvinna)

”Ja, jag kämpar ju mest för att värma upp den maten som flickan har ordnat till. Det är i stort sett vad jag orkar med. Sedan blir det ju den kära soffan.”

(Man)

Dagarna följde ofta samma rutiner. Det betydde att man oftast gick upp vid samma tid, åt vid samma tid och gjorde sina aktiviteter vid ungefär samma tid varje dag. Vila en eller flera gånger per dag var också en viktig daglig rutin för många av de gamla männen och kvinnorna. Flera tog upp att deras ork har minskat och att de var beroende av vila under dagen.

”En vanlig dag brukar jag gå upp klockan åtta ungefär. Jag klär mig, tvättar mig och gör mig i ordning och sedan lagar jag frukost. Så äter jag frukost och diskar och efter det så brukar jag ju läsa tidningen i någon timma. Sedan brukar jag vila och läsa och vissa dagar så går jag och handlar. Sedan äter jag middag vid halv tretiden. Efter middagen så diskar jag och vilar. Och så läser jag någon timma eller lite mer. Jag hör på nyheterna klockan sex och sedan äter jag kvällsmat. Jag lägger mig vid halv åttatiden och läser någon timme. Det är väl så en vanlig dag går till.”

(Man)

Hjälp från andra

Beroendet av hjälp från andra var också en del av de dagliga rutinerna för de flesta av intervjupersonerna. Hjälpen kunde komma från flera olika håll, såsom vårdpersonal och hemtjänst, makar, barn, andra släktingar, grannar eller vänner. Färdtjänst eller larm var också ett sätt att få den önskade hjälpen när den behövdes.

”Det är väl bra hemhjälp och det klagar jag inte på. De kommer på morgonen vid 7-8-tiden och på eftermiddagen vid 4-5-tiden. Så kör de ut maten. Jag försöker underlätta så mycket som möjligt för dem för de har ju väldigt mycket att göra. De lägger på överkast och bäddar. Jag får hjälp med dusch en gång i veckan och med städning och tvätt. Sedan har jag ett trygghetslarm om halsen här. Det är väldigt bra.”

(Man)

”Det är väl hemtjänsten och så har jag ju min son för det mesta. Så länge en klarar sig någorlunda så behöver man inte ha så väldigt mycket hjälp. Att veta att någon kommer till en morgon och kväll är ju en trygghet.”

(Kvinna)

Några var helt beroende av hjälp från make/maka eller från personalens sida.

”Jag kan inte gå på toan ens en gång utan att jag måste be om hjälp. Jag ser inte så långt, så någon måste hålla i mig. Personalen hjälper mig, klipper mina naglar, duschar mig och tvättar håret och rullar upp det sedan. De hjälper mig allihop vem som kommer. Om jag ringer och säger att jag vill gå på toaletten så är det någon som kommer och hjälper mig.”

(Kvinna)

”Jag har en sådan enorm hjälp av min man. Han hjälper mig med allt. Från att tvätta mig och byta nattlinne och allting. Han bäddar sängar och byter i sängarna också.”

(Kvinna)

Ett fåtal äldre behövde hjälp endast vid enstaka tillfällen. Kontakt med barn i närheten kunde då fungera som en trygghet. Dagliga kontakter med barn, släkt eller vänner hade också blivit rutin för många av de gamla och bidrog till känslan av trygghet i tillvaron.

”Hon [dottern] ringer varenda dag. Jag ringer till henne på frukosten för då hon är hemma och annars så ringer hon. Svarar jag inte så vänder hon upp himmel och jord. Då ringer hon ut till Börje som ringer han upp till Björn som jobbar på [företaget B] . Då får någon av dem åka hit och titta. Ja, en enorm trygghet har jag.”

(Kvinna)

”Pojken åker förbi här varenda dag och så har vi en uppgift. När vi är nere i stan så tar vi med oss hans fru från hennes jobb vid halv ett. Vi har ju den lilla uppgiften att sköta, så vi ska ner till stan i dag och handla.”

(Man)

Socialt umgänge och andra aktiviteter

Både socialt umgänge och andra aktiviteter varierade mycket från person till person. Vissa var mycket aktiva och hade även ett stort socialt umgänge medan andra tillbringade den mesta tiden till sängs eller huvudsakligen ensamma. Aktiviteter som att läsa böcker, lösa korsord, titta på TV och ta promenader var ofta en del av de dagliga rutinerna. Att utöva intressen eller hobbys bidrog till glädjen i det dagliga livet. En mindre grupp äldre nämnde också andliga aktiviteter som del av det dagliga livet.

”Efter frukost har jag något korsord eller någon bok och sedan går jag alltid ut och går.”

(Kvinna)

”Jag har en stuga vid sjön Tolken. Där bor jag på sommaren. Sjön är bara 25 meter ner. Är det dåligt väder då kan jag gå in och sätta mig i bastun.”

(Man)

”Jag brukar gå till [kyrkan] ibland till Högmässan. Jag har ju min frus grav där. Den sköter de om på kyrkogården, men jag får ju gå dit och se hur det ser ut.”

(Man)

Sociala aktiviteter innebar en mängd olika sätt att träffas och umgås. Umgänge med barn, barnbarn och andra släktingar var de vanligast nämnda. Men också vänner, forna arbetskamrater och grannar gav kvalitet och mening åt livet, liksom medlemskap i olika föreningar.

”Umgänge är viktigt, ser du. Jag har ju framför allt barnen i dag. När man kommer upp i åren så har man inget större behov av att skaffa nya kontakter. Det är man inte så intresserad av.”

(Man)

”Vi har ju goda vänner som vi umgås med och alla accepterar min skröplighet. Vi är ett gäng som hållit på, det blir 30: e året nu. Det är Herberts skolkamrater kan man säga. Fyra killar och sedan har de gift sig. Varje sommar är vi ute på en resa. Det tycker jag är helt fantastiskt. Sedan träffas vi emellan också.”

(Kvinna)

”Jag har alltid tyckt om att vara med i föreningar som jag känner tillhörighet till, så jag är med i båda pensionärsföreningarna här. Det är trevligt för de ordnar ju saker ibland, lite resor och så har de träffar med underhållning och sådant.”

(Man)

Att bli hämtad för att följa med på en utflykt eller andra evenemang

upplevdes som mycket positivt, speciellt för de gamla som inte själva kunde ta sig ut.

”Jag är ju hemskt glad att jag har mina barn i stan, och vi ringer och pratar med varandra flera gånger i veckan. De kommer ofta och hämtar mig. Vi var i Herrljunga kyrka och då sjöng mitt barnbarn solo.”

(Kvinna)

Men även besök från hemtjänst och annan personal gavs ibland en social innebörd och uppskattades därefter.

”Jag flörtar gärna med flickorna. Skojar lite med dem. En del tar det på allvar och en del tar det för vad det är. Om jag blir kär i någon så gör det ju ingenting. Det som saknas det är ju faktiskt ungdomlig kärlek.”

(Man, som bor ensam).

”Jag har haft med en massa människor att göra i hela mitt liv. Så även om jag är mycket ensam nu, så berör det mig inte illa på något vis. Jag trivs med det.”

(Man)

Svåra hälsoproblem eller handikapp behövde inte alltid förhindra ett socialt liv utanför hemmet. Denna kvinna berättar om hur hon tar sig ut med bilen för att träffa vänner trots att hon är rullstolsbunden.

”Jag kan ta mig ifrån rullstolen och in i bilen. Om jag skall göra något riktigt roligt, så tar jag bilen och så åker jag till en granne. Sedan står jag där tills hon ser att jag står där eller också tar jag min telefon som jag har fått utav mina underbara pojkar. Jag ringer och säger att jag står utanför, har du tid att titta ut en stund. Då kommer de ut till bilen en stund och sedan åker jag hem igen. Det är avkoppling. Det är höjdpunkter.”

(Kvinna)

Ensamhet och oro

Omkring en fjärdedel av de äldre tog upp frågan om ensamhet. Detta nämndes både i direkta ordalag, som att de kände sig ensamma, men också indirekt. Att inte ha någon att prata med på institutonen, döda vänner och bekanta eller att ingen hälsar på var sätt att beskriva denna upplevelse av ensamhet. En mindre grupp uppgav att de mestadels var ensamma men trivdes med det.

”Ja vi får väl sitta där ute och titta på varandra, men det är ju ingen som pratar. En del kan inte prata heller. Det fungerar inte i huvudet. Det är bara några ord eller så.”

(Kvinna i särskilt boende)

”Jag skulle gärna vilja ha en kvinnlig vän, att gå ut och prata med och göra saker med. Men det finns inte tyvärr. Mina döttrar bor långt borta. Jag var inte så här sjuk förut, men när jag flyttade hit så blev det inte så bra. Vi bodde i norra Sverige tidigare och mina döttrar bodde också där. Sedan flyttade jag till Borås och nu mår jag inte bra för jag är ensam. Det blir svårt för mig att andas och jag mår inte riktigt bra psykiskt här.”

(Invandrad kvinna)

”Många av mina vänner och släktingar är ju i den årsgruppen nu som går bort. Det har tunnats ut kolossalt så att det blir inte riktigt detsamma.”

(Man)

Bland de äldre som sa att de ofta oroade sig var hälsorelaterade problem den vanligaste orsaken till oro. Oro inför framtiden var också vanligt.

”Det är klart att jag är orolig för mina ögon. Jag vill ju inte gå i mörker resten av livet. Så det är inte roligt, men man får ju inte ta ut det i förskott. Nu går det bra i hushållet och hemmet det klarar jag. Vad ska jag göra sedan? Jag kommer väl in på något hem. Vem ska man vända sig till då?”

(Kvinna)

”Det är klart att man oroar sig för hur det skall gå framigenom. Hur man skall klara sig om man kommer in på någon anstalt, hur dom skall behandla mig. Det undrar man ju mycket efter allt som man har hört i TV och i tidningar.”

(Kvinna)

Bland de äldre som vårdare sin make eller maka fanns ofta en uttalad oro. Praktiska rutiner som inhandling av mat kunde orsaka svåra konflikter för anhörigvårdarnas räkning.

“Problemet är om jag skall åka och handla. Min fru får inte vara ensam. Då kan det hända någonting, just då alltså.”

(Man)

”Då går jag till affären för att handla och har bråttom och så ber jag om ursäkt om jag kan få komma före i kön. Ibland släpper ett par mig före, men resten har också bråttom. Och då står jag där som på nålar. Jag måste skynda mig hem och jag är rädd att han går och ramlar igen.”

(Kvinna)

De allra flesta menade att tiden normalt sett gick fort även om orsakerna till detta varierade. Socialt umgänge och andra aktiviteter gjorde livet meningsfullt och fick tiden att rinna iväg. För andra gick tiden sin gilla gång under dagen på grund av tidskrävande dagliga rutiner. Enbart ett fåtal upplevde tiden som långsam och då ofta på grund av dålig hälsa som förhindrade dem att göra saker. Även ensamhet kunde i de fallen bidra till att tiden upplevdes som långsam.

“Jag målar lite, handarbetar lite gör jag och jag har alltid lite att hitta på. Pysslar lite med kort. Och läser mycket gör jag. Jag sätter mig inte bara still. Tiden räcker inte till för mig.”

(Kvinna)

“Det går bra tycker jag. Jag läser och går och handlar och dagen går ju.”

(Man)

“Det är ju lite enahanda. Men jag ändrar ju kroppsställningen och så ligger jag på sidan. Och jag har händerna under huvudet. Det är några (av personalen) som sitter vid bädden, men jag orkar inte lyfta huvudet varje gång jag svarar. Jag hör inte vad de säger för de pratar så lågt.”

(Man)

4.2 Livskvalitet i det dagliga livet

Trots att några av intervjupersonerna hade problem med att identifiera innehållet i ett gott liv kunde majoriteten ge åtminstone något exempel på vad de uppskattade eller såg fram emot. På frågan om vad ett gott liv bestod av idag berättade intervjupersonerna om hur de uppskattade att kunna bo kvar hemma och att sköta sig själva. Att träffa barn och barnbarn, vänner och bekanta liksom en relativt god hälsa var andra exempel som kom fram. God vård sades också bidra till en god livskvalitet i några fall, medan andra menade att livet var bra som det var utan att kunna ge några exempel.

Sociala relationer

Att träffa andra människor nämndes oftast som en faktor som bidrog till en ökad livskvalitet. Detta kunde innebära många olika relationer. Vanligast var kontakten med barn och barnbarn, men också ett lyckligt äktenskap, andra släktingar eller vänner kunde bidra på motsvarande sätt. Kvinnorna betonade vikten av socialt umgänge mer än männen gjorde.

”[Det är] att ha någon att tycka om. Det är viktigt och vi är lyckligt lottade med tre jättefina pojkar. Och barnbarn, åtta guldgruvor, det är rikt. Bengt har tre pojkar som har hjärtan av guld och är mjuka, go’a och kärleksfulla mot mig och Henrik och mot sina fruar och mot sina barn. Det är en lycka.”

(Kvinna)

”Ja det är att ha ett skönt och fint och gott hem och så frugan. Hon sköter om mig och vi har snälla barn och barnbarn. Vi har sex barnbarn. Den ena skall bli polis nu och är i Stockholm på en kurs.”

(Man)

God hälsa

Att ha en relativt god hälsa och att vara klar i huvudet nämndes också ofta som en förutsättning för ett gott liv. Exakt vad som menades med denna goda hälsa var inte alltid klart och det föreföll som om man till stor del jämförde sig med andra som hade sämre hälsa. Det fanns också underförstått att detta kunde komma att förändras i framtiden.

”Ja, det förnämsta är att vara klar i sitt huvud.”

(Kvinna)

”Det är väl bra att en får vara frisk då, kan jag tro. Jag är ju tacksam för jag har ju ingen värk. Trots att jag har det besvärligt att gå, men jag har ingen värk i alla fall. En del har ju väldigt ont när de går, det syns ju på dem. Och det är väl en livskvalitet det med.”

(Man)

Aktiviteter

Att göra trevliga saker nämndes oftare av männen än av kvinnorna som bidragande till livskvaliteten. Med detta menades en mängd olika saker som att ta promenader, utöva intressen, kulturella aktiviteter och att resa.

”Ja, det är ju att komma ut, kunna röra sig, komma ut i naturen och framför allt då om man kan komma ut själv.”

(Man)

”Det är när man kan gå på teater och musikalerna och föreläsningar och allt möjligt sådant. Det är sådant som piggar upp

mig och som jag tycker jag njuter av. Jag har ju varit på lite utställningar också. Det tycker jag också är roligt, både konst och andra utställningar. Men det är alltid så mycket folk där och det är ett problem för mig.”

(Kvinna)

Följande exempel visar på hur tidigare intressen kan fortsätta att ge mening på gamla dar även om förutsättningarna har förändrats.

”Jag har ju TV och radio givetvis, så dem lyssnar jag mycket på och så på musik. Jag har många kassetter och många inspelningar. Jag har ju själv spelat lite dragspel. Jag började spela dragspel ungefär 1943. För första lönen på sågen så köpte jag ett dragspel, ett fyraradigt HB-spel för 85 kronor. Jag lärde mig ganska kvickt på gehör och takten fanns där. Så att jag har väl spelat lite. Alla mina fyra barn är musikaliska.”

(Man)

Faktorer som påverkar livskvaliteten negativt

Det var tydligt att dålig hälsa för många påverkade deras livskvalitet såväl som det dagliga livet negativt. Nästan hälften av de äldre männen och kvinnorna tog upp problem med hälsan vilket hindrade dem från att göra saker de tidigare hade uppskattat. Ofta uttrycktes detta som att de saknade att göra dessa saker eller att de blev lite isolerade på grund av hälsoproblemen. Några var också helt klart besvikna över detta och hade svårt att hitta något roligt att se fram emot idag.

”Ett gott liv, nej, det har jag inte. Jag kan ju aldrig vara säker på någonting. Jag vågar aldrig bestämma något för jag är rädd att jag skall få den här ångesten och hjärtat och yrsel, då ramlar jag ju bara ihop om jag är ute. Det är anfall, alltså ångestattack som tar sig sådana uttryck.”

(Kvinna)

”Jag är född i skogen och har alltid bott i skogen. Att vara bunden så här är oerhört tråkigt. Jag har ju en väldigt fin snickarverkstad här också som jag inte kan använda så mycket. Det är ju livsfarligt att köra de högvarvade maskinerna med fel hand. Så det här handikappet bromsar överallt.”

(Man)

Fjorton äldre personer, fem män och nio kvinnor, menade att deras nuvarande liv hade livskvalitet men hade svårt att ge exempel på detta. Hur de besvarade frågan tydde på att förväntningarna på många sätt hade sänkts och att de försökte vara nöjda med sin nuvarande livssituation. Ett fåtal hade också svårigheter att besvara frågan.

”Ja, förnöjsamhet betyder väl mycket. För att livet går ju upp och ner om man inte klagat för mycket, det hjälper inte alltid.”

(Kvinna)

”Vad som är ett bra liv är svårt att säga när man är gammal. Man kan inte hugga i som förr, men man måste foga sig också. Det är klart att man saknar ju en del. När man var hemma och jagade älg. Det är inte detsamma. När man kom ut på morgonen och det luktade jord och mossa. När man kommer ut här så luktar det diesel och bensin. Det är lite skillnad.”

(Man)

Tidigare händelser i livet som påverkade den nuvarande livssituationen kom i några fall spontant upp under intervjuerna. Denna man lever idag med en ny kvinna, men menade ändå:

”Min fru blev sjuk 1986-1987 och det var cancer. Hon dog 1989. Det förändrade ju hela mitt liv, måste jag säga. Jag har aldrig riktigt rest mig efter det. Det är något, det finns inte de tagen i gubben som det var då va. Man försöker efter ett tag att göra det bästa av situationen, men det blir aldrig som förr. Det var ju en brytpunkt, definitivt. Annars har livet i alla fall varit bra. Vi hade det bra. Vi var gifta i 30 år och vi hade det

jättebra. Men jag sålde gården för att hela alltihop dog för mig. Jag hade gjort i ordning huset och fått det jättebra och fint. Men huset dog också.”

(Man)

På grund av sin höga ålder hade många av de äldre upplevt att makar, barn, släktingar och vänner hade gått bort. När detta inträffat nyligen var det ofta tydligt att saknaden påverkade livskvaliteten negativt. Även nyligen uppkomna hälsoproblem kunde få samma effekt.

”Min bästa vän har gått bort här nyligen så jag har inte någon. Vi kom tillsammans flera gånger veckan och spelade lite kort och hade trevligt. Det saknar jag mycket eller henne saknar jag mycket.”

(Kvinna)

”Ett år, det tar ju rätt så mycket, tycker jag. Man kan ju inte riktigt följa med som man vill. Det är svårare. Det är inte det samma. Det har blivit mindre aktiviteter. Det känns hårt för mig som alltid har varit så rörlig.”

(Man)

4.3 En god vård/erfarenhet av vård

Många av de äldre svarade spontant med att berätta om sina egna erfarenheter när de ombads att definiera en god vård. De flesta hade goda erfarenheter, men det fanns också blandade eller direkt dåliga erfarenheter.

Från de äldres berättelser om sina egna erfarenheter kan man förstå vad som menas med en bra eller dålig vård. Att personalen var vänlig, trevlig och hjälpsam var det vanligast nämnda och beskrevs också av många som den viktigaste förutsättningen för en god vård. Att snabbt få hjälp när man behövde, flexibel och lyssnande personal och kontinuitet beskrevs också som mycket viktiga för att kvaliteten skulle upplevas som god. Tiden var en annan viktig faktor. Dålig vård beskrevs i termer av stress, svårigheter att få hjälp, långa väntetider, dålig kontinuitet och brist på engagemang. För de

gamla som bodde i särskilt boende gav personalens tillgänglighet en trygghet som bidrog till vårdkvaliteten.

En gammal kvinna med stor erfarenhet från olika vårdsammanhang berättade om sina erfarenheter av sjukvården. De två berättelserna nedan kan ses som skildringar av hennes tankar om god respektive dålig vård.

”På lasarettet var de enastående. De kom ofta in till mig, inte bara på bestämda tider och självklart, varje gång det var mat. Vi fick alltid gå ut till matsalen. Kom vi inte ut så satte de oss i en rullstol och körde ut oss och flyttade över oss i en stol vid matbordet. De hjälpte oss att skala ägg till frukost och slog upp kaffet och frågade vilket bröd vi ville ha. Jag kunde ju ringa på klockan. Det behövde ju inte vara så mycket, det räckte ju bara det att jag inte kunde få på mig skorna när jag skulle på toaletten. Aldrig att jag hörde att dom sa att det hinner vi inte. De hann allt och de kom alltid. Det tyckte jag om.”

”Sedan var jag på Lövgården och det var inte bra. Det var så opersonligt. Om kaffet stod på vagnen klockan tre och man inte kom ut så var kaffet borta. De sa inte till när det var kaffe. Där rekommenderar jag inte att bo. Det var personalen på den avdelningen som inte stämde.”

(Kvinna)

En gammal man med Parkinsons sjukdom beskrev sina goda erfarenheter av sjukvården i termer av att snabbt bli omhändertagen.

”Jag har haft mycket lätt för att komma till doktorn och till lasarettet. Jag har ju varit inne på lasarettet för en del saker. De har tagit hand om mig omedelbart. Som nu sista gången jag åkte in på akuten Det tog inte mer än tio minuter förrän jag låg inne i salen. Det var tre sköterskor och en läkare som stod och väntade på mig och det förväntar man sig inte. Och för ett par år sedan var det likadant. Ett mycket fint omhändertagande.”

(Man)

Både män och kvinnor nämnde kontinuitet och ett trevligt bemötande som kännetecknen för en god vård.

”De måste ha ett gott hjärta. De får inte fräsa åt mig för jag blir jätteledsen.”

(Kvinna)

”Det är ungefär samma personal [här]. Man lär känna dom och uppskattar att det är samma personal. Det tycker jag är livskvalitet. Man behöver inte vara rädd utan man känner sig lugn.”

(Kvinna)

Männen betonade vikten av att få den hjälp man behöver i vårdsammanhang i högre grad än kvinnorna. Med detta menades i första hand att få snabb hjälp, men också annan hjälp med sysslor som man inte själv kan utföra.

”Ja, det ska vara så det är lätt att komma till en läkare eller sköterska när man behöver och även till lasarettet, så ska det vara. Det är ju rätt så långa väntetider på lasarettet. Det är ju inte bra.”

(Man)

Mycket mat och god mat bidrog också till en god vårdkvalitet. Mannen som citeras nedan är en sjuk äldre man som tar hand om sin ännu sjukare hustru.

”Jag har inte det minsta anledning att kritisera vården på något sätt. Mat får man rikligare. Man får beställa hur mycket man vill. Och det är mer varierande än vad vi har här hemma. Det fanns alltid saker att välja på, mycket fint komponerade menyer.”

(Man)

I hemtjänsten innebar god vård både sociala aspekter och praktisk hjälp.

”Ja, hemtjänsten är alla tiders. Dom kommer hit och sitter och pratar en liten stund. Är det något som man vill ha gjort, sopor eller om jag vill få ner något i källaren. Jag är ju så ostadig själv. Jag vågar inte gå med bara käppen för detta vänstra benet har jag skadat och det knyter sig. Så jag får ju passa mig både inne och ute. Det är alla tiders med dom. Dom är ju så käcka som helst.”

(Man)

4.4 Att bo i ett särskilt boende

Tjugoåtta av de intervjuade bodde i någon form av särskilt boende, för det mesta ett servicehus. En kvinna bodde i ett gruppboende. Hälsan var mindre god för de flesta i denna grupp. Hur personerna upplevde sin livssituation varierade, men det förefaller som om majoriteten befann sig i mittengrupperna, det vill säga **Kan inte klaga** och **OK, men ...**

En vanlig dag

Att bo i ett särskilt boende innebär att det finns personal tillgänglig antingen hela dygnet eller delar av dagen. Praktisk hjälp för personerna i denna grupp varierade beroende på hälsosituationen. Äldre med svåra hälsoproblem fick hjälp med det mesta, inklusive påklädning och personlig hygien. Andra tog i stort sett hand om hushållsarbetet själva, men fick hjälp ibland och hade larm som de kunde använda vid behov.

”Jag ligger för det mesta. För jag orkar inte. Jag kan stå där och diska upp den lilla disken som blir efter mig, men jag måste hålla mig jämt och ha stöd. Och jag kan ordna min bädd själv, rätta till den och så där. Min dotter byter lakan åt mig när de ska tvätta. Min dotter från Stockholm var här en hel vecka här för tre veckor sedan och det var underbart roligt. Men så är det så tråkigt när de åker sedan. Då tvättade hon fönstren och hon tvättade gardinerna. Så personalen behöver inte göra någonting personligt med mig, tvätta mig eller så, mer än duscha.”

(Kvinna)

”Jag kan ju inte gå på toaletten utan att jag måste be om hjälp. Jag ser inte så långt. [Personalen] hjälper mig. De klipper mina naglar, de duschar mig och schamponerar håret och rullar upp det sedan också.”

(Kvinna)

En kvinna på ett gruppboende beskrev sin dag så här:

“Man väntar bara på att dagen skall gå och att en skall få sitt kaffe och sin mat. Mat är det i överflöd. [En vanlig dag] är som det är nu. Jag sitter och så läser jag tidningen och så funderar jag lite och tittar ut lite. Och så sitter jag och väntar på att Harry [min bror] skall komma.”

(Kvinna)

Mer än en tredjedel av de äldre berättade att de uppskattade sällskapet från de andra boende i huset. Andra menade att de inte kunde prata med de andra boende på grund av deras sjukdom.

”Ja, det är det där gemenskapen alltså. Att få komma till ett servicehus. Där finns ju alltid lite folk som man kan prata med. Jag tycker det är roligt att prata lite grann ibland.”

(Man)

“Det är ju roligt att komma tillsammans, men det blir inte att man sitter och pratar. Det går inte att föra något samtal. Jag är klar i huvudet, jag har förståndet kvar ännu. De flesta åker i rullstol medan jag går med min rollator och åker hissen själv upp och ner.”

(Kvinna)

De flesta fick besök ibland av sina familjemedlemmar och i några fall också av andra släktingar eller vänner.

”Jag kommer ju så väldigt bra överens med mina barnbarn och barnbarnsbarn och dom kommer hit när dom känner för det. Dom går ju i skolan, en del har arbete så jag kan ju inte fordra att dom skall tänka på mig. Men så fort det är helg eller

födelsedag så hör de av sig. Åker de ut på någon resa någon gång så skriver de kort mycket, så jag tappar inte kontakten med dem.”

(Kvinna)

”Främmat har jag aldrig något att tala om. Det är Lena och Britta [döttrarna] som kommer upp här ibland. Och sedan ringer jag lite samtal, det gör jag ju. Telefon, jag ringer till släktingar. Jag kan ju inte besöka dem, men då ringer jag till dem i stället.”

(Man)

Åtminstone hälften av de gamla hade tagit del i några av de aktiviteter som anordnades i huset och uppskattat dem. Aktiviteter som TV-tittande, promenader och läsning var också en del av det dagliga livet, om än med vissa problem ibland.

“På måndagar, onsdagar och fredagar spelar jag biljard. Sedan är det en hel del anordningar här [i huset] som man ställer upp på. Tipspromenader och sådant. Och de anordnar lite här på kaféet också. Det brukar vara en av de anställda som spelar gitarr och sjunger.”

(Man)

”Jag läser tidningar fast jag har ganska svårt för att läsa nu. Mina ögon börjar rinna. De har varit besvärliga så och det är så små ord. Men på söndagar så brukar jag sitta här inne och lyssna på Gudstjänsten.

(Kvinna)

“Jag har ju TV:n också. Den tittar jag på, särskilt på morgnarna, på barnprogrammet. Nalle Puh och allt vad det heter. På kvällen tittar jag också på TV.”

(Man)

Livskvalitet idag

På frågan om vad som gav livet kvalitet idag var det vanligaste svaret att en god hälsa och att inte ha ont gav livskvalitet. Det var inte alltid klart om personen i fråga ansåg att hälsan var god eller om han/hon önskade att den hade varit det. Andliga aktiviteter gav också innehåll åt livet i några fall.

“Det är det andliga som är min livskvalitet.”

(Kvinna)

”Det är att jag har hälsan och kan tänka rätt, mina tankar.”

(Kvinna)

”Ja, livskvalitet har man det i den här åldern? Jag har väl inget särskilt. Det är bara att jag bor hyggligt fast jag inte är bra. Och jag spelar bridge en gång i veckan och träffar bekanta och åker hem till dem ibland. Det får räcka. Jag kan inte klara mer.”

(Man)

En god vård

De flesta hänvisade till sin egen vårdsituation när de ombads att beskriva en god vård och vad som kännetecknade den. Trevlig och hjälpsam personal och god mat gavs som exempel på att de fick en god vård. Även känslan av trygghet genom att det fanns personal som tittade till dem, och larmet nämndes ofta som bidragande till den goda vård de ansåg sig få.

“De är trevliga här och man kan gå till dem och prata med dem. Och flickorna kommer ju hit, jag har en sådan [larmknapp] att trycka på.”

(Man)

”[Kvalitet] är att de ser efter mig. Jag la märke till det när strömmen gick, att då kom de upp en gång i timmen och tittade till mig. Och de kommer på natten och tittar till mig har

jag förstått.”

(Kvinna)

Ett fåtal personer var mindre nöjda och menade att personalen hade för bråttom och sällan tid att prata eller lyssna.

“En viss trygghet är det väl, men det är väl ett och annat som jag skulle vilja ha lite mer av. Men de har så mycket att göra och bråttom har de. Jag kan inte uttala mina önskningar för dom har inte tid och lyssna. Det finns en flicka som tar sig lite tid och försöker rätta till kudden när jag har lagt mig. Hon är mån om mig men en del är inte.”

(Man)

Hilda

Att bo i någon form av särskilt boende kan upplevas olika från person till person och är beroende av en mängd olika faktorer. Det kan innebära trygghet eller otrygghet, sällskap eller ensamhet, förtvivlan över att inte kunna bo kvar hemma eller en ny chans i livet. För Hilda verkar det senaste ha inträffat. Efter flera års sjukdom vågade hon inte längre bo kvar hemma och livet verkar nu ha tagit en mer positiv vändning. Hilda kan sägas representera Sjuhäradsbygden och dess rörliga textilarbetarfamiljer.

”Jag var 25 år när jag gifte mig. Jag och min man arbetade inom konfektionen och bodde i Borås. Där föddes det första barnet. Sedan flyttade vi för det var ett sådant gammalt hus som vi bodde i. Lönerna var ju dåliga och vi försökte få det lite bättre. Vi flyttade till Herrljunga och där bodde vi i många år. Min man jobbade som tillskärare inom konfektionen. Men sedan blev han förman och fick lite mer betalt undan för undan. Och jag hade handsöm som man sa då. Jag sydde vaddar i klänningar som hemarbete när barnen gick i skolan. Sedan flyttade vi ner till Göteborg. Där fick vi en ännu bättre lägenhet, men jag trivdes aldrig. Göteborg var för stort. Vi flyttade därifrån efter några år till Hillared, min mans hemtrakter. Han fick en tjänst på Sandbergs syfabrik och där var vi i 30 år. Där gottade vi oss och köpte ett hus. Och barnen fortsatte

ju i skolan och så utvecklades det sig undan för undan. Vi trivdes bra.”

Idag säger Hilda om sin nuvarande livssituation.

”Jag uppfattar den som bra. Först och främst så tycker jag att jag har en bra familj. Jag har en flicka och en pojke. Flickan bor i Svenljunga och hon kommer till mig nästan varje dag. Vi kommer väldigt, väldigt bra överens. Och pojken bor i Brämhult och han är gift och har tre barn, mina barnbarn då. Och de har barn i sin tur som är mina barnbarnsbarn, tre stycken det också. Min dotter har också barn fast hon är skild sen 20 år tillbaka. Hennes flicka arbetar här på natten. Hon har en son som heter Anders och han är på Stena Line, det där fartyget. Så har dom då barn i sin tur som också blir mina barnbarnsbarn. Vi har en mycket, mycket bra familj. Jag älskar dom så.”

Hilda har bott i servicehuset i sex år och trivs väldigt bra. Sedan hon opererade det ena ögat för grå starr förra året har livet blivit ännu bättre tycker Hilda. En typisk dag för Hilda är full av aktiviteter, varav många anordnas av servicehusets personal. Hushållsarbetet klarar Hilda mestadels själv, men annars har hon larmet som en trygghet för att tillkalla personalen.

”Jag försöker att vara med på det som finns att vara med på. Det händer ju mycket på terapin. Vi har matlagning och vi har bingo och tipspromenader och sångstunder och så målar vi till en basar som vi skall ha i påsk. Vi bakar uppe på terapin och vi spelar boule. Så har vi ju så fin personal. Jag har larm och larmet har jag på mig. Om det är någonting så larmar jag och då kommer dom och pratar med mig och hjälper mig om det är något jag vill ha hjälp med. Jag klarar mig för det mesta själv, men tvätten hjälper dom mig lite med.

Jag har inte ätit en enda gång i matsalen. Gun min flicka är med mig och lagar mat och så fryser hon i portioner så att har jag det.”

På frågan om vad ett gott liv innebär idag svarar Hilda så här:

”Jag tror att det är att man kan lita på varandra. Att man håller barnen nära sig och pratar med varandra och kommer varandra nära. Det ser jag ju idag när jag är gammal, att jag har mina barn och att de pratar med mig. Det tror jag är väldigt, väldigt viktigt. Att man bryr sig om barnen och inte ljuger för dem utan är uppriktig. Att man håller sina löften och är trogna mot varandra och talar om saker och ting. Jag har satt mina barn allra först. Det tycker jag är livskvalitet.”

Hilda är mycket nöjd med personalen och den omsorg hon får på servicehuset. God vård är att någon bryr sig menar Hilda. Det ger trygghet och självförtroende i vårdsituationen.

”Personalen tittar till mig. Skulle det vara en dag som jag inte känner mig så bra, så kommer de ner och frågar hur jag mår. De bryr sig. Det är viktigt att de kommer när vi larmar och att de bryr sig om en och pratar med en. Man får ju mer självkänsla då, blir säker på att man kan fråga. Jag uppskattar det väldigt mycket. Man lär känna dem och uppskattar att det är samma personal. Det tycker jag är livskvalitet. Man behöver inte vara rädd utan man känner sig lugn.”

Som framgår av Hildas berättelse så blev flyttningen till servicehuset början till ett nytt liv. Från sjukdom och otrygghetskänsla får hon nu en god omvårdnad av personal som ser efter henne. Detta skapar en trygghet som hon tidigare inte hade. Hilda har också sällskap av de andra äldre som bor på servicehuset och hon uppskattar deltagandet i husets aktiviteter. Barnen och resten av hennes stora familj bidrar också till hennes livskvalitet, liksom ögonoperationen förra året. Idag lever Hilda ett aktivt liv igen och säger att hon är nöjd med sin livssituation. Hilda skulle också kunna vara ett exempel på den första kategorin som tidigare beskrivits, dvs. att livet är huvudsakligen bra. Vi har dock valt att skildra hennes situation under rubriken Att bo i ett särskilt boende, då hennes berättelse sticker av mot den negativa bild som annars ges av äldre på särskilda boenden och som också stöds av den enkätundersökning som Äldre Väst Sjuhärad genomförde år 200/2001 (Magnusson et al 2002).

4.5 Fallbeskrivningar

Nedan presenteras fyra berättelser, en från var och en av de fyra kategorier som framträdde ur intervjupersonernas beskrivningar av sin nuvarande livssituation; *En bra livssituation, Kan inte klaga, OK, men...* samt *Inte så bra livssituation*. Berättelserna är till för att ge läsaren en helhetsbild av mänskliga erfarenheter genom att personerna med egna ord får beskriva sitt vardagsliv och hur de upplever sin livskvalitet. Sjuhäradsbygden och dess historia blir därmed synlig genom dessa individuella erfarenheter. Vi hoppas också kunna öka förståelsen för hur det är att leva som äldre idag i Sjuhäradsbygden.

Livet är huvudsakligen bra – Anders

Endast ett mindre antal av de intervjuade äldre personerna ansåg att deras nuvarande livssituation var huvudsakligen god. Dessa bestod av åtta män och sex kvinnor, eller totalt elva procent av de intervjuade och de flesta är ensamstående, skilda eller änkor/änklingar.

Ett annat gemensamt drag tycks vara att hälsan är relativt god, vilket också bekräftas av enkätundersökningen ett år tidigare. Man kan urskilja två grupper av äldre. En grupp som bor hemma, är aktiva och har en god hälsa samt en annan mindre grupp som inte är lika aktiv och som är mer beroende av vård. Fyra av de senare bor i ett särskilt boende, medan en man vårdas hemma av sin fru.

Anders är en ogift man på snart 80 år. Han bor ensam i sin lägenhet i centralorten i Sjuhäradsbygden. Han kan sägas representera den första gruppen som beskrivits ovan; en mycket aktiv äldre person vid god hälsa. Förutom ett benbrott föregående år, som fortfarande orsakar honom en del besvär, säger Anders att han alltid har haft en god hälsa. Anders har bott med sina föräldrar hela sitt liv och han tog också hand om sin mor under hennes sista år. När han talar om sitt liv framstår han som nöjd och säger att han inte ångrar någonting.

”Jag utbildade mig som grafiker på Grönköpingsbladet och arbetade där i 20 år. Därefter hade jag kortare sysselsättningar som faktor och katalogredaktör. De sista 25 åren var

jag på Matare, som informatör. Jag skötte personaltidningen och annonser och sådant. Det är mitt lilla innehållsrika liv. Vi var två på företaget som fick gå två år för tidigt, men vi fick ju full lön. Man saknar väl jobbet många gånger för det var ett intressant och självständigt arbete jag hade. Men att gå över till pensioneringen gjorde bara att jag fick ännu mer att göra. Det säger alla pensionärer och det säger jag också. Och om man har intresse och fallenhet för att inte bara ligga på soffan så är det en fin tillvaro.

I den här lägenheten har jag bott i tio år. Jag har bott hemma med mamma i alla tider. Hon var en enastående fin person som blev 96 år. Jag lovade att vara med henne hela tiden när pappa dog och så blev det. Så här sitter jag nu, men jag ångrar ingenting. Nej, jag är inte missnöjd med någonting i mitt liv. Jag har levt mina 78 år och jag är nöjd med det.”

Anders betonar att hans nuvarande livssituation är mycket bra trots att benet fortfarande orsakar honom en del problem.

”Det är enastående bra fränsett att jag föll i en trappa i maj förra året. Det orsakade mig både gipsat ben och besvär med att jag fick ha hjälp av släktingar och vänner. Men det gick ju bra det med. Sedan fick jag färdtjänst genom kommunen. Det hjälpte mig väldigt mycket och jag är väldigt tacksam för det. I övrigt så mår jag väldigt bra. Jag har alltid haft god hälsa.”

En typisk dag för Anders är full av olika aktiviteter. Det är så han vill ha livet och det ger en god sömn säger Anders. Förutom tillfällig färdtjänst på grund av benbrottet och hjälp med städning klarar han alla hushållsgöromål själv. En typisk dag kan se ut så här:

”En vanlig dag ser ut som för vanliga människor egentligen. Jag går upp och blandar min fil med Kelloggs flingor och dricker kaffe och äter smörgås. Sedan är det alltid något program. Halv åtta varje måndag och fredag hämtar de mig med bil. Då är det bad och vattengymnastik för mitt ben eller för mitt knä. Sedan är det bridge två dagar i veckan, ibland tre. Jag försöker gå långa promenader också. Jag kan gå till Ramnasjön, men jag tar bussen tillbaka för mitt knä blir så

varmt, mitt olycksknä alltså. Jag skall försöka gå tillbaka efter nyår nu.

Sedan åker jag ofta till Göteborg till min svåger och min gudson som bor där. Vi går ut och äter eller går på operan eller till konserthallen. Sedan är jag med min städerska ibland. Vi äter middag ute eller hos henne. I övrigt så sköter jag mat-hållningen själv. Det är väl i stort sett allt. Så har jag ju korrespondens med mina bröder och jag skriver kåserier, både i lokaltidningen och i Aktiva seniorer. Och jag för släktregister på mammas och pappas sida som nu är fullbordat. Mamma hade ju tolv syskon och pappa tio, så det har ju kryllat av sig hela tiden. När jag lägger mig vill jag att dagen ska ha fyllts med något. Jag vill ha den fullproppad om man säger så. Då somnar jag bättre och god sömn har jag.”

När Anders tillfrågas om vad som ger livskvalitet idag säger han att det är hans liv sådant det är nu.

”Jag trivs med det som jag har här. Att man har en någorlunda bra bostad, att man har ekonomisk grund och har vänner och bekanta och släktingar. Det tycker jag är det primära. Och så hälsan givetvis då. Bra hälsa har jag haft hela tiden, men den är mera värd nu. Jag tänkte på det när jag låg på lasarettet med benet i luften. Då tänkte jag på hur bra det var när jag var helt frisk.”

Anders har inte så många aktuella erfarenheter från sjukvården förutom vid benbrottet förra året. Han är dock övertygad om att han kommer att få god omsorg i framtiden den dag han behöver det.

”Jag såg ju vad det innebar nu att komma upp med ambulans till lasarettet och hur de tog hand om mig där. Det var ju enastående. På lasarettet så skötte de mig exemplariskt. Det var ju väldigt bra. Jag fick ju också förnyad färdtjänst, vilket är viktigt nu på vintern när jag inte kan gå ute. Omsorg det får man ju se hur bra den är när man kommer i den situationen. Det klankas ju på både sjukvård och omsorg, men jag tror att för den som råkar ut för något så är den nog tillräcklig. Det hoppas jag och det tror jag faktiskt.”

Som framgår av Anders beskrivning av sin livssituation, är det flera positiva element som ger mening åt livet. Han upplever sin hälsa som god, han har flera intressen som han flitigt praktiserar och han har ett socialt nätverk av vänner och släktingar som han umgås med. Tillsammans gör detta att Anders upplever sin livssituation som mycket god. Också för de övriga männen och kvinnorna som säger sig ha en bra livssituation förefaller de positiva elementen att överväga. För de fem vårdberoende personerna framstår också god omvårdnad och trygghet i vårdssituationen som de positiva faktorer vilka till stor del bidrar till att ge livet kvalitet.

Kan inte klaga - Jenny

Gruppen *Kan inte klaga* består av 45 kvinnor och män som menar att deras nuvarande livssituation är ganska bra. Även om inte alla i ord uttrycker att de inte skall klaga, framkommer liknande resonemang genom intervjuerna. ”*Man skall inte klaga*” är ett vanligt svenskt talesätt, åtminstone för den äldre generationen. Den djupare innebörden av ”att inte klaga” framkommer dock inte alltid i intervjuerna. För vissa människor förefaller det finnas moraliska underliggande värderingar, det vill säga att man inte *bör* klaga, även om livet är hårt. För andra finns en medvetenhet om åldrandet som en naturlig process med åtföljande fysiska och psykiska begränsningar. Förväntningarna på livet förändras och dras därmed ner. Att säga ”man skall inte klaga” blir då ett sätt att uttrycka förväntningar på vad livet innebär när man uppnått en hög ålder. Att kunna ta hand om sig själva eller att kunna ta promenader nämns då som exempel på att livet fortfarande är relativt bra. Flera personer i gruppen kommenterar att de inte kan förvänta sig mer vid deras ålder och att andra har mycket sämre hälsa än vad de själva har. Jenny kan sägas representera denna grupp äldre.

Jenny är nästan 90 år gammal och bor ensam i sitt hus på landsbygden i Sjuhärad. Hon har varit gift i 60 år, men är nu änka sedan sex år tillbaka. Hon säger inte mycket om sitt tidigare liv, men det framkommer att hon och maken har haft djur, något som hon uppskattade mycket. Jenny har två barn som bor i närheten och hon träffar sin son Erik varje dag. Han hjälper henne med att handla, sköter hennes ekonomi och följer med henne till doktorn. Hem-

tjänsten kommer två eller tre gånger om dagen och hjälper till med matdistribution, mediciner, städning och duschning. Jenny har också ett larm. Hennes son har ansökt om en lägenhet på servicehuset för Jennys räkning, men har fått beskedet att alla är upptagna.

När Jenny tillfrågas om vad hon tycker om sin nuvarande livssituation säger hon så här:

“Jaa, jag tror att i den åldern som jag har, så kan jag inte klaga på det. Jag både äter och sover och har inte ont någonstans. Jag har inga plågor av någon sort. Jag kan inte begära mer.”

Jenny stannar oftast inomhus efter att ha ramlat och brutit sitt ben för något år sedan. Trots larmet är hon rädd att ramla igen och bli liggande.

“Jag har ju rollatorn för säkerhets skull. Jag går ju inte långt utan den för jag vill gärna ha det stödet och tryggheten. Det har jag haft sedan jag bröt benet för ett och ett halvt år sedan. På vintern går jag ute på verandan men jag går inte [längre bort]. Jag skulle kunna ramla och bli liggande och det vill jag inte.”

Om sitt dagliga liv säger Jenny att hon inte gör så mycket nu för tiden eftersom krafterna sinat. Hon beskriver en typisk dag så här:

”Ja, det blir inte så mycket. Jag tittar väl i tidningen lite, ligger någon stund, lyssnar på radion och TV en stund, diskar lite och lagar lite mat på mornar och kvällar. Kokar mig lite kaffe. Det är väl roligt att kunna göra själv, men arbetslusten är inte stor. Lägga mig kan jag göra och sätta mig men jag försöker att inte somna. Jag är rädd för att om jag somnar så sover jag inte på kvällen.

Tiden går rätt så fort tycker jag. Jag tycker inte det är långsamt. För ska jag göra något så går det så sakta. Hemtjänsten kommer på mornar och kvällar i alla fall. Jag vet inte om det alltid är på middagar också, det kommer jag inte ihåg. Sedan kommer Erik varje dag. Jag har ju fryst maten och tillagat den

så han kommer hit. Man kan inte mer begära.”

Om sitt sociala liv säger Jenny att hon aldrig går någonstans utan sin son. Många av hennes vänner är döda, så det blir mest familjen hon umgås med.

”Det beror på om Erik följer med. Jag åker inte någonstans själv. Mina vänner, jag är ju så gammal nu och dom har varit gamla länge och många är borta. Det är en och annan som finns kvar, men det är inte många. Det blir så.

Men det händer väl att någon kommer. Barnen kommer och Erik kommer och Lennarts dotter kommer ibland. Barnbarnen kommer väl någon gång, men dom har ju sitt. Och det händer väl att det är någon som ringer. Jag kan ju ringa själv också när jag är pratsjuk och då är den ju ett sällskap. Jag tycker att telefonen är en rätt bra trygghet. Skulle det vara något så kan man ju ringa och säga till någon. Så den är ju en trygghet i alla fall.”

När maken dog var Jenny rädd för ensamheten. Nu säger hon att det har gått bra, mycket tack vare att sonen bor så nära.

”Det har gått bättre än jag trodde när jag blev ensam. Det är nog tack vare att jag har Erik så nära. Jag vet att jag har någon i närheten. Det är en viss trygghet. Och så länge att man kan vara något så när kry och kan gå, och lägga sig när en vill och äta, det är värt mycket. Jag är van att vara ensam nu och det är tyst och lugnt här. Erik kommer hit varje dag och jag tycker det går bra om jag skall vara ärlig.”

Rent spontant kan inte Jenny komma på så mycket som är roligt att göra idag. Trots detta säger hon sig vara nöjd med andra saker i livet.

”Barnen är snälla och tittar till mig. Det går inte att nog värdesätta. Och jag säger att så länge man är frisk och kan komma upp och klara sig lite så får man vara belåten.”

Jenny har goda erfarenheter av sjukvården, både från sjukhusvård

och vårdcentral. Hon har blivit vänligt bemött och har en trevlig läkare som följer upp henne. Även hemtjänsten är Jenny nöjd med och säger:

“Dom vet hur jag vill ha det och vad dom skall göra så det går väldigt bra på så sätt. Många gånger så frågar dom om dom inte skall göra något mer. Det är inga problem med det. Dom kan inte bättre vara. Då har en för stora fordringar.”

För tillfället tycker Jenny att det går bra att bo hemma. Men om hälsan blir sämre i framtiden har Jenny ingenting emot att flytta till ett servicehus där det finns personal hela dygnet.

”Då går det inte att vara hemma heller. Kan jag inte klara mig någorlunda så tror jag inte att det är roligt att vara hemma. Sitta och vänta på att det skall komma någon och hjälpa en, det blir jobbigt, tror jag. Så den dan tror jag det är bättre att komma in på något hem. Det är väl bra på hemmen.”

För Jennys del är hon medveten om sin höga ålder och att detta medför vissa begränsningar i livet. Hon förefaller dock vara nöjd med att kunna bo hemma, göra vissa saker själv och att inte ha ont någonstans. Därför säger hon att hon inte skall klaga över sin livssituation. Hon uttrycker heller ingen oro över framtiden utan är beredd på att flytta till någon form av särskilt boende om hon blir sämre. Detsamma gäller många av de andra männen och kvinnorna i denna grupp. En del jämför sig också med andra och tycker att deras egen hälsa är bättre än många andras. Det är dock inte alltid klart hur de ser på framtiden, även om de i själva intervjusituationen förefaller försöka föra fram positiva aspekter av livet. För flera i denna grupp framkommer det också tydligt att man dragit ner på förväntningarna på livet, att man accepterat eller i vissa fall resignerat inför det faktum att man nu är gammal.

Livet är OK, men... – Linnea

Linnea, vars dagliga liv kommer att presenteras med hennes egna ord, kan sägas representera den grupp äldre som menar att deras liv är **”OK, men...”**. Med detta menas att de beskriver sin livssituation som på många sätt ganska bra. Samtidigt finns det vissa dimen-

sioner av livet som gör det mindre bra vilket tydligt framkommer i intervjuerna. Det kan röra sig om hälsoproblem, ensamhet eller sorg efter avlidna nära anhöriga och vänner. Nästan en tredjedel av de intervjuade kan hänföras till denna grupp.

Linnea är en 85-årig änka som bor i en hyreslägenhet i centralorten i Sjuhäradsbygden. Hon har en son som bor i närheten och som hjälper henne med att handla och som även hjälper henne med ekonomiska frågor. Hemtjänsten kommer till henne varje dag för att hjälpa till med mediciner, städning och tvätt. Linnea är sjuk sedan två år tillbaka då hon fick en stroke. Hon har fortfarande problem med att gå och känner sig mycket trött. Hennes syn är också dålig och hon har idag endast ledsyn. Trots detta klarar Linnea sitt dagliga liv ganska bra med viss hjälp. Hon kan göra saker som hon tycker om, till exempel att baka, träffa vänner och släktingar, både hemma och borta. Å andra sidan innebär hennes trötthet, dåliga syn och gångproblem att hon inte kan göra många saker som tidigare gav livet mening. Hon är också beroende av hjälp från sonen och hemtjänsten.

När Linnea berättar om sitt dagliga liv kommer det också fram att hennes förflutna som anhörgvårdare under många år påverkar hennes nuvarande liv. När hon blir tillfrågad om hur hon har det just nu börjar Linnea berätta:

”Jag vet inte hur jag har det för jag har ju haft så mycket sjukdomar omkring mig. Jag har jobbat heltid i hela mitt liv, först på Rosensgrens syfabrik i 24 år och dessförinnan på en skjortfabrik i tretton år. Jag arbetade hela livet tills de gick i konkurs, först den ena och sedan den andre. Då hade jag två år kvar att arbeta, men eftersom jag hade fått ont i fötterna så fick jag förtidspension vid 60 år.”

Linnea berättar om makens sjukdom som började när han var ung och som slutligen gjorde honom helt beroende av hennes vård.

”Min man blev dålig tidigt redan när pojken var sju år. Då fick han magsår och magkatarr och så började nerverna svikta. Han var hemifrån i många år. Han låg på ett hem ute i Stora Mellby. Jag hade honom hemma en vecka och sedan var han

borta en månad, hemma i två dagar och sedan borta. Så var det i sexton år. De tre sista åren hade jag honom hemma för då hade jag slutat arbeta. Han var rätt så lugn då för han hade fått cancer. De lovade så vackert att om han fick komma hem så skulle han få komma tillbaka till hemmet sedan. Men tiden gick och han var hemma i tre år, ända tills han dog. Det jobbigaste var väl att han alltid vägrade att ha hemhjälp. Han släppte inte in någon och jag kunde inte gå ifrån honom heller.”

Efter makens död tog Linnea hand om ett barnbarnsbarn i många år.

”Några år efter det att min man hade dött så kom pojken in i bilden. De sista tio åren hade jag hand om en sondotterson. Han föddes med DAMP. Jag brukade hämta honom från dagis på eftermiddagarna och ha honom fyra-fem timmar varje dag. När han var tio år, så fick han cancer i ljumsken. Det var väldigt tragiskt för de kunde inte operera honom.”

Att ta hand om andra familjemedlemmar under en så lång period gjorde Linnea väldigt trött och hon fick aldrig någon tid över till sig själv.

“Då tänkte jag att nu när pojken går bort, så skall jag ägna mig åt mig själv. Kanske gå till någon bekant eller ta bussen till stan i lugn och ro. Det gick jag och tänkte på hela sista sommaren för jag var så trött. Det var väldigt tungt att arbeta med pojken för jag kunde ju inte släppa honom. Han var på allting. Sedan blev jag sjuk i september och pojken dog året därpå i februari. Han fyllde fjorton år innan han dog. Allt det där har hängt efter. Jag har aldrig fått någon tid för mig själv.”

Linnea säger att hon försöker vara aktiv men ofta känner att krafterna sviktar. Den dåliga synen liksom resterna efter stroke påverkar också det dagliga livet på många sätt. Ändå klarar hon mycket av hushållsarbetet själv och kan träffa vänner och släktingar. Hon beskriver en typisk dag på följande sätt.

”Det kan låsa sig någon dag, men när jag ska göra något, så

gör jag det på morgonen. Jag går alltid upp klockan sju för då ringer väckarklockan. Det har den gjort sedan jag slutade arbeta. Då går jag upp och bakar vetebröd. Det kommer alltid någon hit som jag kan ge bort det till eller också ger jag det till barnen dagen därpå. Jag kan inte baka några kakor, men jag kan baka vetebröd och sockerkaka och pepparkaka. Sådant som jag kan slå i och sätta ett tefat under. Då känner jag med handen om det börjar rinna över.

Klockan tio är jag trött och då brukar jag stå på huvudet och sova en timma. Om det inte kommer någon för ibland blir det så. I går fick jag inte en blund i ögonen. Jag låg, men jag vågade inte somna på eftermiddagen, för jag skulle iväg igen. På eftermiddagen orkar jag ofta inte gå ut mer. Jag vill inte åka bil och buss för det är så obehagligt att åka om man inte ser något. Jag känner bara att det svänger. Jag är bjuden till mina svägerskor i Stockholm, men jag orkar inte åka. Och jag orkar inte ha dem här heller för jag kan inte vara uppe hela dagarna utan bara ett par timmar.

Sedan ringer jag ju till många. Jag har bekanta som jag brukade besöka när jag var bra och dem ringer jag till. Jag ser inte alla siffror på telefonen, men jag vet var jag har ettan och sedan kan jag få fram de andra siffrorna. Sedan har jag ju många gamla arbetskamrater sedan 25-30 år tillbaka och vi har kontakt med varandra någon gång ibland.

Ett problem är att jag inte ser om jag har någon fläck i ansiktet eller är smutsig. Jag har sagt till hemtjänsten att de måste säga till mig om de ser att jag är smutsig på klänningen. Jag har alltid förkläde på mig i vanliga fall. När jag äter så har jag en stor haklapp för det är väldigt lätt att spilla. Men dagarna går annars rätt bra.

På kvällarna brukar min son ringa vid åtta- niotiden om inte jag har ringt. Jag försöker vara uppe till framåt nio eller halv tio, men då har jag sovit på eftermiddagen en stund. De säger att det beror på stroke att man blir så trött.”

Linnea har stor erfarenhet både från hemtjänst och olika typer av

sjukvård. Det är både goda och dåliga erfarenheter. Hon berättar att hon inte var särskilt nöjd med hemtjänsten i början, men att det nu fungerar bättre.

”I början tyckte jag det var hemskt jobbigt för det kom så många olika personer. Under sommaren kom det sex olika på en vecka. Men en dag så tänkte jag, att nu försöker jag tänka på ett annat sätt. Jag försöker tänka att det skall bli roligt att se vem som kommer i morgon. Då gick det bättre. Nu kommer de bara en åt gången på dagen och det är bra. Det har blivit lite mer stabilt också, så de kan stanna. Innan hann de ju inte stanna alls. En del hade en fot ute i hallen och en fot inne. Men nu kan det hända att de kan sitta två minuter.”

Ett gott liv för Linnea idag är att kunna fortsätta att bo kvar hemma. Detta är möjligt genom den hjälp hon får från hemtjänst och andra. Hon uppskattar också att kunna ta sig ut och träffa folk och säger:

”Det är väl bra att jag får vara hemma. Så länge jag har så pass hjälp som jag har med tvätt och med städning. Sedan kommer det ju alltid någon och det behöver inte vara så stora handtag de gör. Det är så lite som kan göra så mycket. Jag går till kyrkan om jag kan och går på mina möten om jag kan. Jag tycker det är skönt så länge jag orkar hänga med ute lite.”

Av Linneas berättelse framgår det att livet på många sätt är en skör balans mellan goda och dåliga faktorer i livet. På plussidan finns att kunna bo kvar hemma, att träffa folk och ta sig ut till kyrkan och på möten. På minussidan finns den dåliga synen, tröttheten och gångsvårigheterna. För Linneas del förefaller också den långvariga plikten som anhörigvårdare ha tagit hårt på krafterna. Många av männen och kvinnorna som kan hänföras till gruppen **OK, men...** verkar vara medvetna om denna balans i sitt liv och hur lätt det kan förändras till det värre. Andra säger att de tar en dag i sänder och de uttrycker inte högt någon oro inför framtiden.

Livet är inte så bra - Ture

En knapp femtedel av de intervjuade männen och kvinnorna menar att deras nuvarande livssituation inte är så bra. Majoriteten har

stora problem med sin hälsa, vilket ofta förhindrar dem från att ta sig hemifrån. Knappt hälften är också anhängvårdare eller vårdas av anhörig i hemmet. Bland dessa äldre finns dels de som klart uttrycker att deras liv är dåligt eller meningslöst. Men det finns också äldre som kan se några glimtar av hopp inför framtiden. Ture kan ses som en representant för den senare gruppen. Genom hela intervjun påpekar han ofta hur besviken han är över sin nuvarande situation. Samtidigt nämner han ofta sina tidigare intressen och vad han skulle vilja göra. Även om det inte finns möjligheter att utöva dessa intressen för tillfället, uttrycker han förhoppningar om att kunna göra vissa av dem i framtiden igen.

Ture är en man på drygt 70 år som bor ensam i sitt hus ute på landet i Sjuhärdsbygden. Han är skild sedan många år, men har en ”särbo” som han träffar ibland. Hans enda barn, en son, bor ganska långt bort och de träffas sällan. Ture har en lungsjukdom som ger honom konstanta andningssvårigheter och som gör honom mer eller mindre sängbunden. Han får ofta åka in akut till sjukhuset. Sedan några månader tillbaka har han hjälp av hemtjänsten tre gånger om dagen.

Ture beskriver att hans nuvarande livssituation är påverkad av livet tidigare men framför allt av hans svåra sjukdom.

“Det får man nog säga, att livet är ganska meningslöst. Det är ju så att jag skildes 1975. Vi hade köpt det här huset två år innan på min hustrus inrådan, men hon försvann på ett fackföreningsmöte. Och eftersom jag aldrig har varit så mycket för sprit, så blev det jobbet som jag ägnade mig åt helt och hållet. Men när jag gick i pension 1993, så var ju all social kontakt borta.”

De fritidsintressen jag har, det är ju trädgård och djur. Det intresserar mig mycket och det är därför som jag har bott kvar här. Så hade jag bara varit frisk. Det är ju det som har drivit mig till förtvivlan, att det blev inte vad jag hade väntat mig. Innan det här hände, så var jag och hunden ute och gick en tre-fyra kilometer varje morgon. Det gjorde ju att både han och jag trivdes och mådde bra. Men så kom ju den här skiten... Men man hänger med än i alla fall.”

När Ture tillfrågas om sitt dagliga liv, beskriver han ingående sina mediciner, som på många sätt styr hans liv.

“Vi börjar med sista medicinkuren på kvällen. Den tar jag vid halvtiotiden och det är tre olika tabletter. Sedan går jag och lägger mig. Innan dess äter jag, för hemtjänsten har alltid gjort i ordning en omelett eller pannkakor så att jag får lite i magen innan jag kryper till kojs. Sedan brukar jag vakna vid halv ett för då har tabletterna gjort sitt. Jag äter ju vätskedrivande tabletter och det blir täta resor ut till toaletten. Oftast äter jag lite då och sedan brukar jag somna om, men vakna vid kvart i fyra. Tidigare vaknade jag varannan timma, men det har stabiliserat sig faktiskt. Så kvart i fyra så är jag på alerten igen och vid halv femtiden så går jag upp definitivt. Då tar jag min första medicin, och det är minst tio tabletter. Fast i morse blev det 30. Nitton olika sorter. Det är bland annat en tablett som lugnar ner mig. Så lägger jag mig igen och då brukar jag slumra till framåt sex. Då slår jag på TV:n och tittar på nyheterna och sedan äter jag lite grann. Hemtjänsten brukar ha gjort smörgåsar som jag kan stoppa i mig. Sedan har vi då medicinering vid halv tolvtiden igen. Klockan tolv eller där omkring äter jag lunch som då består av Dafgård's djupfrysta.

På eftermiddagen så är det medicin vid halv femtiden igen, för då är det sex timmar till halv tio eller halv elva. Ibland mår jag bra och kan pyssla med lite saker och ibland så är det stört omöjligt. När jag har varit ute på gården, så får jag stå där ute och andas djupt innan jag kan ta mig in igen.”

Ture berättar om sin son och sina barnbarn som han sällan träffar. Ensamheten har lättat sedan han fick hemtjänst som nu kommer varje dag.

”Min grabb bor nere i Halmstad, och jobbar på försvarssidan. Han har mycket att göra så vår kontakt är ytterst gles. Jag har två barnbarn också, men det blir ingen kontakt oss emellan på det viset. Livet är monotont. Det har blivit ett lyft sedan hemtjänsten kom in i bilden genom den kontaktytan man får där. Speciellt Helena. Det ser jag alltid fram emot för just den

personliga kontakten är skillnad mot förut.”

Ture har varit en mycket aktiv radioamatör. För tillfället kan han inte utnyttja sin radio, men hoppas kunna göra det i framtiden igen.

”Jag är ju radioamatör, licensierad ska jag tillägga. Jag har fått plåga mig igenom teori och avlägga prov. Det där har man ju sysslat med. Men all [utrustning] står på andra våningen och min dator också och jag har svårt att ta mig dit upp nu. Men vi ska komma igång med motionen nu har Helena sagt och sedan kanske vi flyttar ner sakerna. Jag har ett rum här som min son hade när han bodde hemma. Så kanske man kan få lite fart på saker och ting.”

Det sista året har varit hårt för Ture som förutom en betydligt försämrad hälsa också drabbats av andra olyckor.

“Rent hälsomässigt har det ju gått ner. Jag är mycket sämre. Förra hösten kunde jag gå ut och fylla på till rådjuren, men nu är jag för svag i knäna. Förra året låg jag inne på sjukhuset nitton gånger.

Det jäkliga var ju förra året. Min bästa vän som jag träffade varje morgon över radion tio över sju. Vi pratade om allt möjligt och han talade om vad som stod i Vadstenapressen och jag vad som stod i Borås Tidning. Det var populärt och det var många andra som var med där och som hade sina inlägg. Vi kunde sitta i ett par timmar och prata på morgonen. Flygintresserade var vi bägge två för vi hade legat som piloter i flygvapnet. En dag så sa han att han blev så trött när han klippte gräsmattorna. Sedan var det inte mer med det utan jag sa bara till honom att ta det lugnt. Dagen efter var han inte med på radion. Jag fick tag på hans fru och då visade det sig att han låg på sjukhuset däruppe. Det var lunginflammation och han blev hemskickad efter fyra dagar. Två dagar efteråt, så låg han däruppe igen och då fick han domen. Det var galopperande cancer. Det tog sex dagar innan han dog. Det var min bästa vän och han var som en lillebror för mig.

Och sedan då... Jag har ju en särbo uppe i Örebro. Vi träffas

inte så ofta för det är ju långa avstånd. Men hon fick bröstcancer och det tar ju också mycket på en människa för det går upp och ner. Idag mår hon relativt hyfsat, men det blev för mycket på en gång.”

När Ture tillfrågas om vad ett gott liv består av idag svarar han så här:

”Ett gott liv hade varit att få vara frisk och göra allt det som jag hade tänkt göra med trädgården och med omgivningen. För blommor och blad är intressant och vackert. Lyckas man då med lite exceptionella grejor, som jag har ju en glasad altan där ute. Där har jag änglatrumpeter som blommor. Jag var i tidningen för tio år sedan, för då hade jag 374 blommor på en enda buske. Och att stå på kvällarna med altandörren öppen. Då doftar det i hela huset och det är helt fantastiskt. Det är ju sådant som driver en till odlarmöda, om man säger så. Fågellivet här är ju exceptionellt. Jag har sett fåglar som egentligen inte ska finnas här i Sverige, och det är ju intressant när man till och med får dem att stanna kvar och häcka. Jag matar dem väldigt mycket på vintern, köper säckvis med solrosfrön. Likadant har jag rådjur som kommer fram på vintern. På andra våningen har jag satt en kamera som är riktad mot dem och förut satt jag alltid där uppe och tittade på dem. Förra året kunde jag gå ut och fylla på foder och då fanns det en råbock i den årskullen. Han kunde inte nöja sig med att vänta, utan han kom fram till mig och åt ur hinken och jag kunde klappa honom. Ja, det är helt fantastiskt hur det är. Så hade man bara varit frisk.”

För tillfället tycker Ture inte att han har möjligheter att göra något som han tycker är roligt. Han kan inte använda sin dator och han kan inte ta sig ut själv. Ändå kan han se lite ljusglimtar inför framtiden.

”Nu har Helena beställt en rullstol med sittplats, så vi ska börja och gå ut lite grann. Det är ju asfalterat på gården, så där går det ju relativt bra. Men jag vill nog sträcka ut turerna också. Och när jag får ner datorn kanske man kan sätta sig i det rummet och pilla lite.”

Ture föredrar att bo kvar hemma och vill absolut inte flytta till någon form av särskilt boende, inte ens för en kort tid.

“Jag har inte tänkt flytta härifrån. Nu när de skulle göra om WC och sätta in duschkabin, så vill de flytta ner mig till Granliden. Men där har jag varit en gång och det räcker. Och sedan har jag ju min hund. Det är ju ett levande väsen som jag har haft mycket glädje utav. Då kan man inte bara rymma fältet hur som helst.”

Hans erfarenheter från vård utanför sjukhuset är inte särskilt goda.

”Det finns väl en hel del inom vården som är vackert tänkt, men jag ska berätta en liten episod. Det var i februari. Då hade jag legat på lasarettet en längre tid och skulle sedan rehabiliteras på Granliden. Så jag kontaktade dem och frågade om de hade de mediciner som jag behövde. Nej, de hade ingenting. Så jag fick först åka hem och plocka med mig det som jag behövde. Jag kom ner till Granliden vid 7-tiden på kvällen och de mötte mig och körde in mig till ett tvåbäddsrum. Där låg en farbror på 93 år på sista uppvarvet så att säga. Det var ovädrat som det är i ett sjukrum, alldeles tjockt och väldigt varmt. Jag drog ett andetag och sedan gick jag ut i korridoren igen och sa att här kan inte jag ligga. Jag måste ha frisk luft när det blir besvärligt med andningen. Men de hade ingen annanstans att lägga mig än i rökrummet. Så där satt jag i en länsstol med en filt om mig och fönstret öppet för att få något så när andning. Men andningen brakade ihop fullständigt eftersom det var för varmt. Personalen var helt hjälplös. Jag fick ett larm, men larmet nådde inte ut till dem som skulle ha uppsikt över mig.

Så småningom kom det i alla fall en kille som hette Staffan. Han är sjuksköterska på lungkliniken nu. Jag har träffat på honom där. Han var den enda som tog tag i det hela ordentligt. De hade ingen syrgas eller någonting sådant. Han sa att de måste köra in mig till sjukhuset och han körde in mig i tjänstebilen. Då låg jag på 71 procent i syreupptagning och det var fruktansvärt jobbigt.

Jag kom tillbaka till Granliden nästa förmiddag, men ingen brydde sig om mig. Natten efter fick jag åka in akut igen. Jag får nog säga att Granliden har en oförtjänt popularitet. Det finns mycket att göra där uppe. Det fanns visserligen många bra människor som tog sig an folk, men jag tycker att på det hela var de ganska nonchalanta. Jag hade väntat mig att de skulle komma fram och diskutera, men det brydde de sig inte om. Så får det ju inte vara. Sådant gör ju att man tappar tron på det hela. Nu kom det folk hit igår och ville göra i ordning en duschkabin där inne och flytta toaletten. Då ville de ha mig ner till Granliden. Aldrig med min fot, sa jag. Nej, Granliden blir det aldrig mer.”

Ture har dock goda erfarenheter från lasarettet, från Lungkliniken. Personalen där känner honom väl och är kompetenta menar han. Han oroar sig dock lite grann inför framtiden och den hjälp han behöver i hemmet. Även om han ser fram emot hemtjänstens besök är personalen ofta stressad och han vill inte besvära.

“Ja det får jag nog säga att jag är orolig. Tyvärr är det väl så att hemtjänsten är underbemannad. Deras tid är tillskuren och många gånger vill jag inte driva på. Som idag, med kvällsmaten. Han hade tid kvar hos mig, men jag visste att det fanns andra som väntade. Helena viker alltid tiden för hon är ju huvudansvarig för mig. Men för övrigt gäller det ju att välja rätt folk också.”

För Tures del innebär svåra hälsoproblem och förlust av en kär vän nyligen att hans nuvarande livssituation är svår att hantera. Han är djupt besviken över sina begränsade möjligheter att göra något över huvud taget. Förutom den dåliga hälsan är han också orolig över att tvingas flytta till ett särskilt boende som han har mycket dåliga erfarenheter av. Ändå uttrycker han vissa förhoppningar inför framtiden som inte förefaller helt svart. Han har gott om intressen och han kan se vissa möjligheter att utöva åtminstone en del av dem i framtiden igen. För några av de andra männen och kvinnorna som beskriver sin livssituation som dålig finns inte motsvarande förhoppningar inför framtiden som hos Ture. Resignation, ensamhet och väntan på döden föreföll i stället göra livet svårt att leva och de har svårt att se någon kvalitet alls med sitt nuvarande liv.”

5. DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Intervjuerna uppvisade en rik variation på upplevelser av livet som gammal, på liknande sätt som tidigare visats av Bury & Holme, Nilsson och Ågren i deras studier. Trots att vårt urval bestod av sköra äldre personer i behov av omsorg upplevde många sin livssituation till stor del på ett positivt sätt. Följande diskussion innehåller tre teman: 5.1 En diskussion om metod, 5.2 Familjens roll som stödjare och 5.3 Livskvalitet på gamla dagar.

5.1 En diskussion om metod

En positiv aspekt är det stora antal intervjuer som kunde genomföras med bräckliga äldre personer boende i Sjuhäradsbygden. Det är inte ofta denna grupp får möjlighet att göra sina röster hörda. Samtliga personer i urvalet var i behov av vård och/eller omsorg och utgjorde sålunda en ganska sårbar befolkningsgrupp. Många hade betydande hälsoproblem och kommer dessutom från en generation som inte har så höga förväntningar på offentlig verksamhet. Sålunda tenderar de att inte klaga utan snarare att ta itu med sin situation på egen hand. Det är alltså ett steg i rätt riktning att dessa intervjuer över huvud taget kunde äga rum. Många av deltagarna såg sina erfarenheter som mycket positiva och gladdes också åt att dela dem med någon som de litade på och som de kunde prata med om sig själva och sin situation.

Intervjuerna tecknar emellertid deltagarnas livssituation endast i grova drag. De var med andra ord inte alltid så detaljerade, då deltagarna var sjuka och inte hela tiden orkade engagera sig i en lång intervju. Problem med hörsel, kognition och tal gjorde flera av intervjuerna svåra att genomföra. Andra begränsningar var att intervjuerna inte innehöll direkta frågor om de äldres tankar om framtiden. Det innebär en betydelsefull begränsning med tanke på att det i Nilssons arbete fanns en relation mellan det förflutna, nuet och framtiden bland äldre personer i Sverige.

Ytterligare en begränsning är att intervjuerna bara genomfördes vid ett enda tillfälle. Det framgår av Ågrens arbete, liksom i vårt eget resultat, att de äldres upplevda livssituation kan variera från dag till

dag. Det är alltså en begränsning att intervjuerna inte genomfördes vid ett flertal tillfällen och därmed tog hänsyn till de personliga variationer som kan uppstå. En annan begränsning är tidsintervallet mellan enkätundersökningen och intervjuerna, vilket innebar att intervjupersonernas hälsa ytterligare hade försämrats. Detta gjorde jämförelser med kvantitativa data svårare, varför dessa huvudsakligen använts för att ge en allmän sociodemografisk bakgrund.

Slutligen bör det påpekas att vi inte har hört rösterna från de allra sjukaste äldre som inte kunde delta i intervjuerna på grund av sina allvarliga hälsoproblem (se avsnitt 3.1, tabell 2). Det gör att den bild som resultaten ger är mera positiv än verkligheten. En annan begränsning är att få äldre med utländsk bakgrund deltog i intervjuerna. Begränsningen sattes där redan från början då brevet med förfrågan om deltagande endast skickades ut på svenska. Det kan därför finnas ett behov av kompletterande forskning som gäller invandrade äldre och deras syn på sin hälsa och livssituation.

5.2 Familjens roll som stödjare

Tvärtemot den vanliga uppfattningen om att yngre familjer är alltför stressade, självupptagna och materialistiska för att bry sig om sina äldre släktingar visade intervjuerna tydliga tecken på motsatsen. En stor del av deltagarna hade regelbunden kontakt med sin familj och uppskattade detta mycket. Speciellt umgänget med barn och barnbarn nämndes ofta som något som gav innehåll och mening åt livet. Bland de ensamstående eller barnlösa kunde syskonbarn eller andra släktingar stå för nära och meningsfulla relationer som gav praktiskt såväl som känslomässigt stöd. Intervjuerna stöder på detta sätt nyare svensk forskning som visar på att familjemedlemmar ofta ger stöd och omsorg till äldre släktingar. Informell vård från barn, speciellt döttrar, har enligt denna forskning ökat under de senaste åren i takt med att den offentliga vården har krympt (Johansson et al 2003).

Att ta hand om föräldrar som bor i närheten förefaller också vara vanligare bland bönder och familjer ur arbetarklassen. Sjuhäradsbygden kan på många sätt beskrivas som ett arbetar- och jordbruksområde och många av de äldre i vårt urval har just denna bakgrund. Många hade också ett eller flera barn som bodde i närheten. Praktiskt

stöd i form av inköp, städning, matlagning liksom övervakning via telefon eller besök var vanliga bland dessa äldre, även om stödet ibland kompletterades med offentlig omsorg. Däremot var det extremt ovanligt att bo tillsammans med sina barn, något som 35 procent av de äldre gjorde i Bury & Holmes studie från Storbritannien. Detta speglar förmodligen kulturella skillnader mellan de båda länderna.

5.3 Livskvalitet på gamla dagar

Tvärtemot vanliga föreställningar om livet som gammal och beroende av vård så behöver livet inte vara allt igenom negativt. Flera av deltagarna i intervjuerna hade fortfarande möjligheter att leva ett relativt bra liv. Vad som utgjorde ett gott liv var ofta familjen, att ha regelbunden kontakt med barn och barnbarn, men också att kunna ta sig ut, utöva intressen och att kunna delta i meningsfulla aktiviteter. Andliga aktiviteter nämndes av några deltagare, men i betydligt mindre uppfattning än i Bury & Holmes studie. Detta kan möjligen spegla kulturella olikheter mellan de båda länderna, såsom ett mindre religiöst engagemang bland äldre i Sverige än i Storbritannien. Det skulle också kunna vara en effekt av att religion och tro ses som en privatsak i det svenska samhället och något som inte öppet diskuteras i alla sammanhang. Direkta frågor om religiösa aktiviteter var sällsynta i intervjuerna.

Av intervjuerna framgick att deltagarna på många sätt var representanter för den bygd där de flesta av dem vuxit upp och arbetat. Majoriteten hade arbetat inom Sjuhäradsbygdens ekonomiska huvudområden textilindustri, lantbruk, skogsbruk eller haft egna småföretag. Många av kvinnorna hade också deltagit i produktionen i form av hemsömnad eller inom beklädnadsindustrin, vilket också är karakteristiskt för denna bygd. Livet före pensionen beskrevs ofta som bestående av hårt arbete, men inte på ett negativt sätt.

Kanske kan vi få en bild av intervjupersonernas egna resurser när vi lyssnar på hur de har anpassat sig till sin förändrade situation idag. Ett föränderligt liv som kringflyttande textilarbetare kan då ha fungerat som en förberedelse för ålderdomens förändringar, vilket innebär att de idag kan gå vidare med sitt liv utifrån de förutsättningar som råder nu.

För majoriteten av de deltagande äldre upplevdes den nuvarande livssituationen som positiv i viss utsträckning. Hälsotillståndet var emellertid av avgörande betydelse. Eftersom samtliga personer i vårt urval var i behov av vård eller omsorg hade de förmodligen sämre hälsa än personerna i exempelvis Nilssons studie. Sålunda beskrev de flesta sitt liv någonstans i mittengrupperna **Kan inte klaga** eller **OK, men....** Detta innebar i flera fall en svår balansgång där de positiva faktorerna vägdes mot de negativa. Liksom Ågren beskrev i sin avhandling kunde tillståndet variera från dag till dag, timme till timme beroende på hur mycket energi man hade för tillfället. Många var tvungna att vila under dagen och hushållsarbete eller besök från familjen var de huvudsakliga dagliga aktiviteterna. Denna balansakt innebar dessutom ofta sänkta förväntningar på livet som ett sätt att anpassa sig till situationen, något som Ågren också diskuterade i sin studie. Liksom hos Ågren framkom också att det sätt på vilket den äldre lyckades hantera sitt vardagsliv hade betydelse för hur han eller hon upplevde sin hälsa och livssituation.

Förlust av make/maka eller vänner hade en betydande negativ påverkan på den upplevda livskvaliteten. Ofta resulterade det i känslor av ensamhet. Svåra kroniska tillstånd med påföljande extrem trötthet eller fysiska begränsningar upplevdes också negativt, då de äldre som led av dessa besvär inte längre kunde delta i aktiviteter som de tidigare uppskattat. Dessa äldre hade också problem med att hitta sätt att anpassa sig till sin förändrade livssituation då den upplevdes som alltför svår.

För andra äldre, som finns beskrivet i fallet Ture, kunde små förändringar vända en mycket svår livssituation till det bättre. Hemtjänsten och känslan av att bli omhändertagen tillät små glimtar av hopp att uppträda i Tures liv. Ett annat exempel är Hilda, där flytten till ett särskilt boende innebar en förändring till det bättre genom möjligheten till sociala relationer och deltagande i aktiviteter. Kontakten och beroendet av den offentliga omsorgen fick i dessa fall positiva effekter för både Tures och Hildas livssituation och ökade deras livskvalitet. Flera av deltagarna som bodde i särskilda boenden nämnde också den trygghet och glädje som den goda omvårdnaden gav åt deras liv. Att vara beroende av kommunal omsorg skulle i dessa fall kunnat bidra till att negativa synpunkter inte togs upp.

Mot detta kan argumenteras att några äldre, som inte var nöjda med vården, faktiskt berättade det och att de flesta spontant tog upp sin egen situation som exempel på god vård. Kontinuitet i relationerna förefaller vara av stor vikt för att relationen skall utvecklas i positiv riktning och bidra till trygghet och livskvalitet för den som vårdas (jämför även Farell et al 1999, Ingvad & Olsson 1999).

Att vara beroende av barn, hemtjänst eller annan personal förefaller att vara en oundviklig del av livet för majoriteten av deltagarna. Trots att somliga inte var helt nöjda med sin nuvarande omsorg bidrog den ändå till trygghet och gav i några fall också upphov till nya sociala kontakter. Beroendet kan sägas vara en del av den svåra balansakten mellan goda och dåliga faktorer i livet, till exempel att kunna fortsätta bo kvar hemma, som flera uttryckligen ville, men att å andra sidan vara beroende av andra människor för detta. Hur man lyckas anpassa sig är beroende av en mängd olika faktorer som vilka personliga och praktiska resurser som finns att tillgå, tidigare erfarenheter och egen personlighet. Tydligast är detta i mit-tengrupperna där små förändringar i livssituationen kan få pendeln att svänga åt det ena eller andra hållet. Som påvisats är det heller inte alltid möjligt att bemästra och anpassa sig till sin situation. Förtvivlan och bitterhet övervägde för ett mindre antal äldre som upplevde sin livssituation som alltför svår och inte kunde se något hopp inför framtiden.

Endast en fjärdedel av intervjupersonerna tog upp frågan om ensamhet. Att känna sig ensam behöver inte nödvändigtvis bero på bristande sociala kontakter utan kan vara en existentiell ensamhet på grund av förlust av partner, barn, vänner eller släktingar, något som inte vidare undersöktes under intervjuerna. Trots detta är ensamhet naturligtvis allvarligt för den som upplever det. Kanske skulle ensamheten i några fall kunna lindras genom ett aktivt främjande av kontakterna mellan generationerna, speciellt för de äldre som inte har familjemedlemmar på nära håll. Kontakter med skolor och frivilligorganisationer som kan förmedla ”extra” far- och morföräldrar till familjer som behöver stöd eller saknar egna far- och morföräldrar i livet kan vara ett sätt att förbättra livskvaliteten och lindra ensamheten för de äldre.

Som framgått av denna studie reagerade nästan alla deltagarna positivt på ett hembesök och möjligheten att få tala om sig själva och sin situation. Detta kan peka på vikten av att hitta vägar för att underlätta kontakten med andra, exempelvis genom olika former av frivilliga besöksverksamheter eller väntjänst.

Det är också värt att påpeka behovet av en god symptomkontroll, som exempelvis smärtlindring, som ett sätt att öka de äldres livskvalitet. Intervjuerna visar att smärta och annan allvarlig ohälsa har en negativ effekt på upplevd livskvalitet. Ett resultat som också framkom i den tidigare nämnda enkätundersökningen om Äldres Hälsa och Levnadsvillkor i Sjuhäradsbygden.

5.4 Slutsatser

Av den genomförda intervjuundersökningen kan man dra slutsatsen att det trots betydande hälsoproblem och beroende av andra kan finnas utrymme för en god livskvalitet. Täta och nära kontakter med barn och barnbarn visade sig stor betydelse för upplevelsen av ett meningsfullt liv på gamla ålderdomen. Sjuhäradsbygden kanske ändå traditionellt får ses som ett ganska socialt sammansvetsat område, exempelvis i jämförelse med Stockholm och andra storstadsregioner med större in- och utflyttning. Det skulle kunna innebära att de geografiska avstånden är mindre och att kanske fler barn bosätter sig i närheten av föräldrarna.

Samtidigt påverkas möjligheten till ett gott liv även av en rad andra faktorer, exempelvis om andra nära anhöriga finns i livet, ohälsa, personlighet osv. Närmare forskning krävs om vilka insatser som skulle vara av värde för att underlätta situationen, förhindra ensamhet och bidra till en bättre kvalitet i det dagliga livet.

Förbättrad palliativ vård med smärt- och övrig symptomlindring förefaller också vara av värde då upplevd smärta visat sig ha en negativ inverkan på livskvaliteten.

Slutligen finns anledning att närmare undersöka invandrade äldres hälsa och levnadsvillkor då endast ett fåtal omfattats av föreliggande studie. Det går därför inte att dra några slutsatser om huruvida eller på vilket sätt deras hälsa och livskvalitet skiljer sig åt från svensk-

födda äldres. Ytterligare forskning inom detta område skulle därför vara av värde.

REFERENSER

Allardt E (1993). Having, loving, being: an alternative to the Swedish model of welfare research. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds). *The quality of life*, Oxford, Clarendon Press.

Bury M & Home A (1991). *Life after ninety*, London, Routledge.

Easterbrook L (1999). *When we are very old: Reflections on treatment care and support of older people*, London, King's Fund.

Erikson E.H. (1997). *The life cycle completed*, New York, W.W. Norton & Co. Inc.

Farell C *et al* (1999). *A new era for community care? What help people want from health, housing and social care agencies*, London, King's Fund.

Ingvad B & Olsson E. (1999). The care relationship as a dynamic aspect of the quality of the home care services. Paper presented at the Foruth European Congress of Gerontology, Berlin.

Johansson L *et al.*(2003). State provision down, offspring's up: the reverse substitution of old-age care in Sweden, *Ageing & Society*, 23, 269-280.

Johnson C.L. & Barer B.M. (1997). *Life beyond 85 years: the aura of survivorship*, New York, Springer Pubs. Co. Inc.

Kane R.A. (1999). Goals of home care: therapeutic, compensatory, either or both? *Journal of Aging & Health*, 11(3), 299-321.

Kvale S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur.

Nilsson M. (2000). Understanding the meaning of past, present and future in advanced age. Very old persons' experiences of ageing. Avhandling, Stockholm, Karolinska Institutet.

Nolan M *et al* (2001). Quality of life, quality of care, In Nolan M *et al* (Eds.) (2001) *Working with older people and their families. Key issues in policy and practice*, Buckingham, Open University Press, pp4-18.

Nordenfelt L. (1994). *Concepts and measurement of Quality of Life in Health Care*, London, Kluwer Academic Publishers.

Patton M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation methods*, Thousand Oaks, Sage publications.

Sarvimäki A & Stenbock-Hult B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value, *Journal of Advanced Nursing*, 32(4),1025-1033.

Seymour J & Hanson E. (2001). Palliative care and older people. In Nolan M *et al* Eds. (2001) *Working with older people and their families. Key issues in policy and practice*, Buckingham, Open University Press pp 99-119.

Ågren M. (1999).*en dag i taget. En rapport om livet vid 92 års ålder*, Rapport nr 75, Jönköping, Institutet för gerontologi i Jönköping.

ÄldreVäst Sjuhärad

ÄldreVäst Sjuhärad är ett kompetenscentrum för utveckling och forskning inom äldreområdet och startade 1999.

Målet för ÄldreVäst Sjuhärad är att bidra till ökad livskvalitet, ökad vård- och omsorgskvalitet och social delaktighet för äldre personer och deras närstående genom att:

- Stärka och utveckla samverkansformer över organisationsgränser
- Genomföra utvecklings- och forskningsprojekt med äldre och deras familjer
- Förnya och utveckla metoder och verksamhetsformer i vård och omsorg för äldre
- Sprida ÄldreVäst Sjuhärads forsknings- och utvecklingsresultat
- Bidra till kunskaps- och kompetensutveckling inom äldreområdet

De som står bakom ÄldreVäst Sjuhärad är kommunerna Bollebygd, Borås, Herrljunga, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn samt Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Dessutom stöds verksamheten av Stiftelsen FöreningsSparbanken Sjuhärad och av Socialstyrelsen. Verksamheten bedrivs i nära samverkan med intresse- och frivilligorganisationer inom äldreområdet.

ÄldreVäst Sjuhärad administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler.

Läs mer om ÄldreVäst Sjuhärad på hemsidan www.aldevast.hb.se. Där finns bland annat tidigare utgivna rapporter.

Mer om Högskolan i Borås finner ni på www.hb.se

