

# ***”Vi är med och skriver det sista kapitlet i en människas liv”***

Professionellas hantering av brukares självbestämmande och användning av det salutogena perspektivet

Alma Lantz & Sara Kjörk

Examensarbete inom socialt arbete

Kandidatuppsats, 15 hp

Socionomprogrammet termin sex

VT 2015

# **Förord**

Ett stort tack till teamgrupperna inom äldreomsorgsorganisationerna som har ställt upp och deltagit i studien. Utan er hade vi inte lyckats genomföra arbetet. Vi vill även tacka vår handledare Ulrika Börjesson för engagemanget och allt stöd som du har gett oss under processen.

Handledare: Ulrika Börjesson

Examinator: Gunilla Nilsson

## Summary

**Title: “We are involved in writing the final chapter in a person’s life”**

The purpose of the study is to analyze how professional work in teamgroups in special accommodations in elder care and how they describe their own handling around the patient's self-determination and the application of the salutogenic approach. The analysis of teamwork for older people’s self-determination has been conducted with a qualitative research in focus groups. Based on the focus groups material, the interviews transcribed by a meaning concentrated analysis and created different themes. Themes results and describe how each team group working for older people’s self-determination and how they apply the salutogenic approach in practice. Team groups that participated in the study feel that elder autonomy is easier to handle in practice if the elderly is physically and mentally well. The conclusions of the analysis indicate that the specific accommodation work to apply the salutogenic approach in practice. But there are limits to staff shortages and lack of time in the work to approach salutogenic fully. The conclusion have shown that professional applying the salutogenic approach in different way depending on the professional role.

**Keywords:** elderly care\*, salutogenic perspective, ”older peoples self-determination”, ”Self-determination in elderly care”, Elderly care salutogenic perspective\*, meaningfulness, manageability and comprehensibility.

## Sammanfattning

Syftet med studien är att analysera hur professionella som arbetar i teamgrupp på särskilda boenden beskriver deras hantering av brukarens självbestämmande och tillämpning av ett salutogent synsätt. Analysen av teamgruppers arbete för äldres självbestämmande har genomförts med en kvalitativ forskningsmetod i form av fokusgrupper på särskilda boenden i svenska kommuner. Utifrån fokusgruppsmaterialet har intervjuerna transkriberas genom en meningskoncentrerad analys och skapat olika tematiseringar. Tematiseringen redovisas i resultatet och beskriver hur samtliga teamgrupper arbetar för äldres självbestämmande och hur de tillämpar det salutogena synsättet i praktiken. Teamgrupperna som deltog i studien beskriver att den äldres självbestämmande är lättare att hantera i praktiken om den äldre är fysiskt och psykiskt frisk. Slutsatserna från analysen tyder på att de särskilda boendena arbetar flitigt för att tillämpa det salutogena synsättet i arbetet med äldres självbestämmande. Men att det finns begränsningar som personalbrist och tidsbrist i arbetet för att ett salutogent synsätt skall tillgodoses tillfullo. I slutsatserna har det visats att professionella tillämpar det salutogena synsättet på olika sätt beroende på yrkesroll.

**Nyckelord:** äldreomsorg\*, salutogent perspektiv, ”äldres självbestämmande”, ”självbestämmande inom äldreomsorgen”, äldreomsorg salutogent perspektiv\*, meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet

# Innehållsförteckning

1	Inledning .....	7
1.1	Syfte.....	8
1.2	Frågeställning .....	8
2	Bakgrund.....	8
2.1	Definition av begrepp .....	8
2.1.1	Särskilt boende .....	9
2.1.2	Teamgrupp.....	9
2.1.3	Självbestämmande.....	9
2.2	Salutogent synsätt .....	10
2.2.1	Begriplighet .....	11
2.2.2	Hanterbarhet .....	11
2.2.3	Meningsfullhet.....	11
3	Teoretiska utgångspunkter .....	13
3.1	Eight Rungs on a ladder of citizen participation .....	13
3.2	Hermeneutik .....	14
4	Tidigare forskning.....	15
5	Metod .....	18
5.1	Litteraturgenomgång .....	18
5.2	Kvalitativ metod .....	18
5.3	Urval .....	19
5.4	Datainsamlingsmetod .....	20
5.4.1	Fokusgrupper.....	20
5.5	Analysmetod.....	21
5.6	Etiska överväganden.....	22
5.7	Studiens tillförlitlighet.....	22
5.7.1	Pålitlighet.....	23
5.7.2	Trovärdighet .....	23
5.7.3	Överförbarhet .....	24
5.7.4	Möjlighet att styrka och konfirmera .....	24
6	Empiri.....	25
6.1	Teamgruppens betydelse .....	25
6.2	Bemötande och Relation.....	26

6.3	Salutogent perspektiv .....	27
6.4	Personliga beslut/Anhörigas påverkan .....	29
6.5	Hantering av brukares självbestämmande .....	30
6.6	Brister i arbetet .....	33
7	Analys av empiri .....	35
8	Diskussion .....	38
8.1	Metoddiskussion .....	38
8.2	Resultatdiskussion .....	40
8.3	Framtida forskning .....	43
9	Bilaga 1 (informationsbrev) .....	44
10	Bilaga 2 (frågeformulär) .....	45
11	Referenslista .....	46

# 1 Inledning

Den här studien fokuserar på professionellas hantering av brukares självbestämmande och hur ett salutogent synsätt används på ett särskilt boende inom äldreomsorgen. Vår tidigare erfarenhet inom äldreomsorgen gör att vi finner målgruppen intressant och vill öka förståelsen kring äldres självbestämmande. För att utföra studien kontaktade vi en enhetschef på ett särskilt boende i en svensk kommun och frågade om vad som upplevdes behöva vidare forskas i äldreomsorgen. Enhetschefen beskriver att det finns brister i professionellas hantering av brukares självbestämmande, där speciellt rutiner, tids- och personalbrist försvårar arbetet. Inom äldreomsorgen är det aktuellt att arbeta utifrån ett salutogent synsätt och det särskilda boendet vi kontaktade har från ett år tillbaka arbetat salutogent. Enhetschef upplever att det salutogena synsättet skulle kunna vara en lösning i bristerna för professionellas hantering av brukares självbestämmande. Vi har därför valt att forska i tillämpningen av det salutogena synsättet inom äldreomsorgen och hanteringen av brukares självbestämmande i svenska kommuner. I studien används professionella begrepp som patient, klient, brukare och boende. Vi har i denna studie valt att använda begreppet brukare som beteckning på den äldre personen inom äldreomsorgen.

Studien är samhälleligt motiverad där brukare inom äldreomsorgen riskeras att bli försummad av rättigheten till ett självbestämmande liv. Enligt Socialtjänstlagen 4 kap 4§ och 5§ skall äldre människor få leva ett så värdigt liv som möjligt och leva tryggt med en meningsfull tillvaro. Äldre människor inom vård och omsorg skall även enligt socialtjänstlagen så mycket som möjligt bestämma hur service skall ges och när (Lindblom & Nordback, 2013). Enligt Westlund & Sjöberg (2013) kan ett salutogent synsätt förbättra arbetet inom äldreomsorgen och chans till ökat självbestämmande och delaktighet i brukares vardag. Forskning har visat att det salutogena perspektivet har uppmärksammats allt mer i praktiken och är ett omtalat begrepp i äldreomsorgen. Hur professionella i äldreomsorgen använder sig av det salutogena perspektivet i praktiken finns det fåtal empirisk prövad forskning om.

I studien kommer det salutogena perspektivet, hermeneutiken och teorin Eight Rungs on a ladder of citizen participation att förklaras. Även belysning av begrepp som särskilt boende, teamgrupp och självbestämmande. Studien lyfter fram perspektiv från professionella som arbetar i teamgrupp på ett särskilt boende för att skapa en uppfattning och förståelse kring deras hantering av brukares självbestämmande och användning av det salutogena synsättet.

## **1.1 Syfte**

Syftet med studien är att beskriva och analysera hur professionella som arbetar i teamgrupp på särskilt boende beskriver deras hantering av brukares självbestämmande. Studiens syfte är även att skapa uppfattning om hur det salutogena synsättet används på särskilda boenden och dess inverkan på brukares självbestämmande.

## **1.2 Frågeställning**

- Vad anser professionella i teamgrupp att brukare har för inverkan kring personliga beslut i arbetet på ett särskilt boende?
- Hur hanterar professionella i teamgrupp brukares självbestämmande?

## **2 Bakgrund**

Under de senaste 50 åren i Sverige har den äldre befolkningen ökat vilket har bidragit till svårigheter för kommunen att finansiera offentlig omsorg. Fler äldre människor idag är i behov av stöd men sjukvården är inte anpassad för ihållande och funktionsnedsatta hjälpbehövande äldre. Äldre med dålig hälsa blir utskrivna från sjukvården och blir därefter i behov av vård och stöd av samhället. Äldreomsorgen har som syfte att hjälpa äldre människor med fysiska och psykiska problem för att de skall leva ett så värdigt liv som möjligt. Äldreomsorgen regleras av socialtjänsten och ansvaret ligger på vardera kommun i Sverige (Roos, 2009). Enligt 4 kap 1§ eller 2§ beviljas bistånd i äldreomsorgen och bedömning om insats skall ges (Lindblom & Nordback, 2013). Insatsen kan utföras av den äldres närstående, anställda, privata eller professionella med godkännande av kommun (Roos, 2009). Idag är det vanligare att äldre får hjälp och stöd i sitt hem jämförelse med särskilda boenden som betraktas vara mindre vanligt (Socialstyrelsen, 2014). Den här studien kommer fokusera på särskilda boenden med insatser och service som utförs av professionella och anställda i kommun.

### **2.1 Definition av begrepp**

För en bättre förståelse beskrivs nedan begrepp som kommer att användas i studien som särskilt boende, teamgrupp och självbestämmande.



### 2.1.1 Särskilt boende

Ett särskilt boende är ett hem för personer över 65 år som har svårigheter att klara sig i hemmet trots stöd av hemvård. På ett särskilt boende har äldre olika grad av förlust med fysiska och psykiska förmågor, social omgivning och identitet (Socialstyrelsen, 2014). Ett särskilt boende definieras som ett boende där de äldre har daglig tillgång till vård, hjälp och trygghetslarm för att öka trygghet och chans till ett värdigt liv. Den äldre boendepersonen kan definieras som patient, klient, brukare och boende på ett särskilt boende med behov av stöd och hjälp från kommunanställda. Vanligtvis bor det 6-15 personer på ett äldreboende med bemannad personal dygnet runt (Bengtsson, u.å.).

### 2.1.2 Teamgrupp

En teamgrupp består av kommunanställda som en brukare är i behov av hjälp och stöd beroende på brukarens svårigheter att klara sig själv. De anställda samarbetar i grupp för att bidra till brukares meningsfullhet och leva ett bra liv. Oavsett de olika rollerna i teamgruppen så påverkar deras arbete varandra. Samarbete behövs för att genomföra insatser och service i äldreomsorgen. En teamgrupp kan bestå av en arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare, enhetschef och vårdpersonal. En *enhetschef* har ansvaret att leda och styra arbetet på ett särskilt boende eller inom hemvård med hjälp av insatser såsom ekonomiska tillgångar, anställd personal, material/resurser och lokaler. Enhetschefens uppgift är att ta ansvar för personal, budget, arbetsmiljö och planering rörande verksamheten. Uppgifterna regleras från politiska beslut, riktlinjer, lagar och liknande styrdokument (Hjalmarson, Norman & Trygdegård, 2004). *Biståndshandläggaren* anammar och beslutar om brukares biståndsansökningar för olika insatser och hjälp av kommunen (Duner & Nordström, 2005). *Arbetsterapeutens* syfte är att hjälpa brukare att behålla och utveckla kognitiva, fysiska, sociala förmågor och lämpliggöra miljö i hem utifrån brukarens behov. Arbetets uppgift är att testa och anpassa hjälpmedel som brukare behöver för att förenkla vardagen (Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, 2015). En *sjukgymnast* arbetar med brukares rehabilitering och träning som har psykiska eller fysiska förluster (Moritz, u.å.) och *vårdpersonalens* uppgift är att vårda och stötta brukare i behov av stöd i sitt boende. De skall finnas till hands dagligen och även vara som en social kontakt (Roos, 2009).

### 2.1.3 Självbestämmande

Enligt Socialtjänstlagen 4 kap 5 § ska äldre människor inom vård och omsorg så mycket som möjligt bestämma hur service skall ges och när (Lindblom & Nordback, 2013). Rokenes &

Hanssen (2007) menar att självbestämmande innebär att brukare ska få chansen att ta beslut om sitt liv. Självbestämmande är en av de mänskliga rättigheterna och en viktig del för människans psykiska utveckling. Det är även här identiteten formas. Brukare ska inte själva skapa motivation att bestämma utifrån självbestämmanderätten. Det är istället professionella som ska skapa förutsättningar för brukare att bestämma och öka brukares beslutsunderlag. Professionella ska skapa ett handlingsutrymme åt brukaren för att han eller hon ska klara av vardagen så mycket som möjligt själv. När brukare inte har förmågan att hantera situation på egen hand bör professionella hjälpa brukaren med det som behövs (Rokenes & Hanssen, ibid).

## **2.2 Salutogent synsätt**

Professor Aaron Antonovsky medicinsk professor i sociologi, arbetade framförallt i Israel, USA och även i Sverige. Antonovsky grundade teorin om ett salutogent synsätt (hälsans ursprung) som präglas på de faktorer som behåller hälsa och skapar en balans mellan hälsa och ohälsa. (Eriksson & Lindström, 2006).

Westlund & Sjöberg (2013) beskriver om det salutogena synsättet och dess förhållande till Känsla av sammanhang. En av Antonovskys orsaker till teorin, var hans funderingar kring hur människor klarar av att behålla hälsa vid svåra prövningar i livet? Människor med fysiska och psykiska förluster, funktionshinder, sjukdom, depression etc. innehar trots det en hälsa. Han menade att tidigare forskare istället fokuserat på motsatsen till hans fråga, varför människor får ohälsa? Att söka efter orsaker till ohälsa, hur det botas och förebyggs är ett patogenas synsätt och motsatsen till Salutogent synsätt. Vad som gör att människor har och fortsätter att er hålla hälsa trots svåra påfrestningar menar Antonovsky är på grund av en stark känsla av sammanhang (KASAM) hos individen. Känsla av sammanhang innebär vilken grad individen har för känsla av tillit i livet. Eriksson & Lindström (2006) menar dessutom att känsla av sammanhang är ett viktigt begrepp i det salutogena perspektivet och vidtar tre beståndsdelar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som står i relation till varandra. Antonovsky menar att en förståelse av en människas stimuli (begriplighet), dess resurs till att möta stimuli (hanterbarhet) och utsträckningen av motivation (meningsfullhet) har betydelse för hur styrkan i salutogena är och individens förmåga att hantera ohälsa.

Westlund & Sjöberg (2013) menar att den salutogena frågan besvaras med hjälp av känsla av sammanhang tillsammans med de tre beståndsdelarna. Nedanför sammanfattas text av beståndsdelarna utifrån Westlund & Sjöbergs (ibid) bok Planera för mirakel.

### **2.2.1 Begriplighet**

Begriplighet är en kognitiv beståndsdel som är ordnad och förståelig för människan. Varje livsgång har en inre och yttre värld som är strukturerad, begriplig och förutsägbar som skapar människans stimuli. Det är människans känsla av förståelse om sig själv som varelse, att bli förstådd och dess tolkning av omvärld. När kraven är uppfyllda har människan en tydlig, strukturerad och ordnad begriplighet som gör tillvaron hanterbar och större möjlighet till meningsfullhet. En människa med låg begriplighet är rädd, orolig, obekvämlig och vet inte hur situationen skall hanteras (Westlund & Sjöberg, 2013).

### **2.2.2 Hanterbarhet**

Hanterbarhet är en handlingsinriktad beståndsdel som innebär att genom andras och egna resurser (ex. äldreomsorgens insatser) kunna hantera situationer i livet. För att skapa en begriplighet behövs åtkomliga resurser för att uppnå krav för stimuli. När resurser är tillgängliga känner människan sig stabil och har kontroll mellan påfrestning och resurser för att kunna hantera situationen. Utan tillgängliga resurser känner människan sig som ett offer utan chans att hantera, påverka och vinna över en svår påfrestning. Vid sådana situationer kan människan sakna meningsfullhet och begriplighet om hanterbarheten är för låg (Westlund & Sjöberg, 2013).

### **2.2.3 Meningsfullhet**

Meningsfullhet är en motiverande beståndsdel som handlar om känsla av livets mening. Människa med hög meningsfullhet har kraft, motivation och ser svåra påfrestningar som möjlighet till utmaning och utveckling. Alla människor har olika känslomässiga livsområden som är föränderliga över tid. Dessa områden ger människan känsla av meningsfullhet och det kan bestå av exempel känslolivet, relationer och central sysselsättning. Vad som krävs för att uppfylla meningsfullhet är beroende på individen där alla människor är i behov av olika livsområden som behövs i olika grad tillfredställas. Meningsfullhet är den mest betydande beståndsdel eftersom den ger motivation att sträva efter begriplighet och hanterbarhet (Westlund & Sjöberg, 2013).

Westlund & Sjöberg (2013) menar att människor med stark KASAM är flexibla och har ett problemlösande inställning till svåra påfrestningar jämfört med människor med lågt KASAM. Lågt KASAM kan bidra till att människor ger upp lätt, har svårt att hantera svåra situationer och en mindre motivation till utmaningar. Styrkan i de tre beståndsdelarna och de olika händelser, upplevelser och erfarenheter en person har påverkar känslan av sammanhang. En stark KASAM kan bidra till att oavsett hur en situation hanteras lär sig människan av det och skapar en erfarenhet som sedan kan användas vid senare händelser i livet. På så sätt kan människan möta svårigheter i livet och behålla balansen mellan hälsa och ohälsa.

Enligt Eriksson & Lindströms (2006) slutsatser är KASAM en betydande och stark grund för upplevd hälsa. Det salutogena perspektivet påstås kunna förutse hälsa, utveckla och bidra till en positiv subjektiv hälsa hos människor.

## 3 Teoretiska utgångspunkter

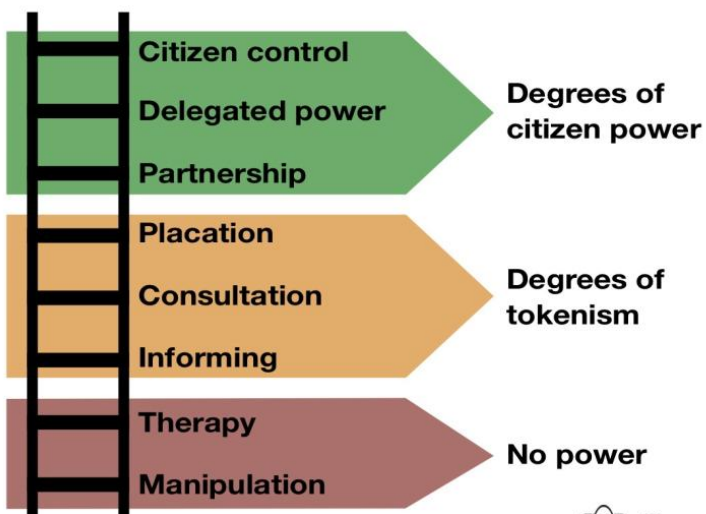
### 3.1 Eight Rungs on a ladder of citizen participation

Teorin *Eight Rungs on a ladder of citizen participation* illustrerades av forskaren Sherry Arnstein och beskriver medborgares deltagande i samhället i åtta steg. Modellen för teorin är formad i en stege där varje stegpinne motsvarar samhällets maktposition att bestämma över en annan medborgares delaktighet. Människans delaktighet påverkas av förhållandet till sociala krav och tid. De åtta olika stegen klargörs i modellen *Eight Rungs on a ladder of citizen participation* och användas för att se medborgarens och maktbärandes förhållande till varandra (Arnstein, 1969), se figur 1. I studien har begreppet medborgare omvandlats till brukare för att läsaren skall få en förståelse kring teorins koppling till studien.

Modellens åtta steg är uppdelad i olika nivåer av deltagande. Bottenstegen innehåller (1) Manipulation och (2) Therapy, dessa sammanfattar nivån av brukares icke deltagande. Stegpinnarna *Manipulation* och *Therapys* mål är att skapa möjligheten att utbilda och förbättra brukares deltagande men inte ge brukare möjlighet till att delta i exempelvis maktbärandes kommande planeringar eller genomförda program. Nästa nivå i Arnsteins modell är stegpinnarna (3) Informing, (4) Consultation och (5) Placation som beskriver brukares möjlighet att göra sin röst hörd. Stegpinnen *Informing* förklarar innebörden att upplysa de rättigheter, skyldigheter och alternativ som brukare har för att uppfylla delaktighet i pågående arbete. *Consultation* nivån uppmärksammar brukares åsikter genom metoder som samråd i grupp, offentliga utfrågningar och verksamhetsaktiviteter där deras deltagande är aktivt (Arnstein, 1969).

Arnstein (1969) Ladder of citizen participation

(Figur 1).



Nivåerna Consultation och Informing vill tillsammans skapa förmågan att göra brukares röst hörd i praktiken (i särskilt boende). Men under vissa förhållanden saknar brukare möjlighet att just deras åsikt uppmärksammas för att förändringsarbete i maktsamhället skall ske. Utifrån *Informing* och *Consultations* stegen så fastställer nivån *Placation* makthavarnas åsikter och skapar normer och rutiner i arbetet (Arnstein, 1969).

Högre upp i stegen beskrivs olika nivåer av samhällsmakt och maktpositioner. Första steget i nivån är (6) Partnership som beskriver fördelning av makten mellan makthavare och brukare. Fördelningen sker genom delad planering, politiken och andra strukturer som är gemensamma för makthavare och brukare. *Partnership* steget beskriver formen att ge och ta i arbetet och utifrån de skapas en förändring i processen. I de två sista stegen i Arnsteins modell är (7) Delegated power och (8) Citizen control och som fastställer makthavarnas system för att kunna göra brukare mer delaktig i arbetet (Arnstein 1969).

Sammanfattningsvis så omfattar de åtta stegen en mängd olika synvinklar, undergrupper och beskrivningar av spärrar som existerar för att brukare känner sig icke deltagande i arbetet och inte har någon makt (Arnstein, 1969).

### **3.2 Hermeneutik**

Hermeneutik är ett vetenskapsteoretiskt förhållningssätt med fokus på forskarens tolkning och förståelse. Det är en sökning av flera sanningar eftersom en absolut och konstant sanning inte finns inom hermeneutiken. För att skapa förståelse behövs fokus på författarens situation och sammanhang ske, men också för att kunna se de olika delar av kontexten. Den hermeneutiska spiralen är det centrala begreppet inom hermeneutiken. Spiralen beskriver att människans tolkning utvecklas i en cirkulär rörelse i förhållande till människans förförståelse och nya erfarenheter. Nya erfarenheter och möten i livet ger människan ny förståelse som kan skapa en förförståelse till nästa möte och tolkningar i livet (Bryman, 2011).

Hermeneutik är i första hand till för att förstå, tolka och även förmedla. Förhållningssättet är användbart när forskaren söker efter människors tolkningar och uppfattningar om ett fenomen som de fritt kan tala om (Bryman, 2011).

## 4 Tidigare forskning

Slutsatser i Eriksson & Lindströms (2006) forskning har visat att KASAM är en betydande och stark grund för upplevd hälsa och starkare KASAM pekar på en ökad hälsa i allmänhet oavsett ålder. Begreppet påstås kunna förutse människors hälsa, vara bidragsgivande för hälsoutveckling och skapa ett positivt subjektivt hälsotillstånd. Utifrån forskningen kan ett salutogent perspektiv ses som en viktig hälsofrämjande metod som bör användas i praktik med människor mer än vanligt.

Anderbergs (2009) studie omfattar den bevarande värdigheten som individualiserad. Värdighet hos äldre kräver egenskaper som vård, respekt, kontroll och att någon lyssnar. En djupare relation till den äldre skapar trygghet och stärker den äldres respekt vilket även bekräftas i Melander, Jansson & Ghayeds (2006) studie om vårdpersonals samarbete och kommunikation. Anderbergs (2009) studie resulterar till att vård- och omsorgspersonal har svårigheter att tänka individualiserat och de äldre blir vårdlidande omedvetet. För att uppnå god vård bör omsorgspersonal värna den äldres självbestämmande och allt fler personalresurser behövs. Den äldres värdighet har uppmärksammats i svenska samhället. Utbildning för vårdpersonal om etiska aspekter i vården kan bidra till positiv förändring och utveckling i äldrevården. Melander (2006) menar däremot att det finns brist i hemvården där personal arbetar utifrån rutiner med lågt samarbete och kommunikation inom äldrevården. Utöver förmågan att lyssna och förstå behövde personal bli mer kritiska och kreativt reflektera över sitt arbete, speciellt kring vad brukare säger och uttrycker för att lättare stimulera delaktigheten i vardagen. I studien framkom också en brist i att lösa problematiska situationer där personal vid tillfällen löser problem utifrån den egna omedelbara situationen. Genom att öka deras förståelse av arbetet som system, kommunikering och tillsammans utreda problematiska situationer kan problem ageras på ett bättre och mer professionellt sätt.

Roos (2009) menar att äldrevården skall arbeta med utgångspunkt från brukares självbestämmande och delaktighet som skall bevara brukares funktion och egenmakt. Tidsbrist och rutiner kan skapa svårigheter för brukare att bevara dessa funktioner. Tidsbrist kan förhindra brukares chans att utföra vardagliga sysslor som de kan göra på egen hand. Ett övertagande förhållningssätt innebär att vårdpersonal tar över brukares makt att bestämma på grund av rutiner eller eget tycke som anses vara bättre.

Adams & Gardiner (2005) menar att personalvårdarens kommunikation såsom förmågan att tala och visa kroppsspråk inför dementa personer utvecklar de dementas syn på roller och makt mellan personal och brukare. Språk och kroppsliga uttryck kan vid tillfällen placera dementa personer i en marginaliserad position och försummas. Personalvårdare för speciellt dementa personer konstateras i artikeln behöva vara kritiskt reflekterande över hur deras arbetssätt kan bidra till brukares egenmakt. Adams & Gardiner (ibid) pekar även på att god kunskap om subjektposition och kommunikation kan bidra till en bättre insikt för vårdare i hur brukare kan få en större delaktighet och makt över sin vård. Det är därför viktigt att personalvårdare för speciellt dementa personer hjälper brukare att förmedla tankar och känslor för att inte skapa en obalans mellan personalen och brukares maktposition. Ekelund (2014) beskriver att äldre personer inte har mindre egenmakt än yngre personer i samhället. Det som skiljer sig åt är när den äldre personen inte har möjlighet att påverka beslut om aktiviteter, utan istället behöver hjälp för att utträta sunt välmående. För att stärka den äldres självbestämmande behövs stöd i den sociala och fysiska miljön inom individ- och samhällsnivå. Det är viktigt att skapa uppfattning om äldres hälsa och visa respekt på individ- och samhällsnivå.

Boström (2014) beskriver betydelsen av ett salutogent synsätt och KASAM i vårdpersonals arbete för att möjliggöra förmågan att se hela brukaren och tolkning av brukarens egna villkor för trygghet. Problematik för äldres uppoffring till trygghet uppmärksammades av Boström (ibid). En äldre person är villig att minska deras frihet, integritet och självständighet vid insättning av resurser för att stärka tryggheten. En ökad hanterbarhet och begriplighet för oförstådda resurser hos äldre brukare ses som nödvändigt för att öka deras meningsfullhet, där trygghet ses som meningsfullt. Det är därför konstaterat att det är viktigt att ge brukare chansen att redogöra för deras uppfattning av trygghet utifrån deras behov och resurser, med en uppföljning av bevarande självständighet och frihet. På så vis utvecklas delaktigheten och egenmakt i vardagen (Boström, ibid).

Vad som behövs inom äldreomsorgen för att stärka KASAM utifrån de tre beståndsdelarna begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet nämns av Westlund & Sjöberg (2013). De menar att för att öka hanterbarheten behövs hemsjukvård, hemtjänst, dagverksamhet, särskilt- och korttidsboende, hjälpmedel, social aktivering, bostadsanpassning, rehabilitering, medicinering etc. för att ha tillräckligt med resurser för att hjälpa brukare med olika behov. Tillgång till information, instruktion, vård- och omsorgsplan, råd och stöd etc. behövs för en god begriplighet. För att brukarens vardag skall bli meningsfull så krävs känsla av delaktighet,



egenkontroll, möte med närstående, samtal om livet och vård, förebyggande av hälsoarbete, aktiviteter etc. När de tre beståndsdelarna är tillräckligt starka för brukaren så kan stark känsla av sammanhang berikas (Westlund & Sjöberg, *ibid*). Westlund och Sjöberg ser det salutogena arbetssättet som en lösning för framtidens äldreomsorg (Johansson & Bergman, 2014).

Johansson & Bergman (2014) beskriver i sin artikel att personal inom äldreomsorg som studerats har goda förutsättningar att utveckla brukarens känsla av sammanhang. Det som begränsar det salutogena arbetssättet är boendenas höga omvårdnadsbehov, äldreomsorgens arbetssätt och tillämpning av resurser. Bemanningen ses inte som ett hinder för att arbeta salutogent som Westlund och Sjöberg påstår (Johansson & Bergman, 2014).

## 5 Metod

I metodavsnittet redovisas studiens metod. Avsnittet inleds med en beskrivning av litteraturgenomgång, urvalsprocessen, metodval och tillvägagångssätt för datainsamling. Sedan förs resonemang om studiens tillförlitlighet och etiska aspekter som studien omfattar i genomförandet, så som pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet och möjligheten att styrka och konfirmera.

### 5.1 Litteraturgenomgång

För att få fram tidigare forskning har författarna sökt i de vetenskapliga databaserna ”PRIMO” & ”LIBRIS” på sökord som: äldreomsorg\*, salutogent perspektiv, ”äldres självbestämmande”, ”självbestämmande inom äldreomsorgen”, äldreomsorg salutogent perspektiv\*, meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. Då forskningsområdet är relativt oberört var det svårt att hitta empiriskt prövat material. I litteraturgenomgången har det framkommit att avhandlingar till största del åter ses i nationell forskning och vetenskapliga artiklar i internationell forskning. Utifrån tidigare forskning har vi fokuserat på studierna som vi bedömde ligga närmst vårt forskningsområde äldreomsorgens självbestämmande i ett salutogent perspektiv. För att få en generell uppfattning valde vi att göra vissa avgränsningar. Studien utesluter exempelvis brukarperspektivet och fokuserar till större del på det professionella perspektivet.

### 5.2 Kvalitativ metod

Studien använder sig av en kvalitativ forskningsmetod där forskning med en kvalitativ metod synliggörs. Beskrivning av människans förståelse i mening om hur världen uppfattas (Kvale & Brinkmann, 2009). Studier med syfte till empiriska fakta eller upplevelsen om ett fenomen är en kvalitativ metod lämplig. Med den kvalitativa metoden skapas ett djup i forskningen med mycket information och en helhet i enheten (Bryman, 2011). I studien är ambitionen att skapa en förståelse om hur hanteringen kring äldres självbestämmande i äldreomsorgen ser ut utifrån teamgruppers erfarenheter och samspel i praktiken. Eftersom studien strävar efter värderingar, åsikter och en förståelse lämpar sig den kvalitativa forskningsmetoden där data kan samlas in genom fokusgruppsintervjuer. Utifrån tidigare forskning har det även visats sig att den kvalitativa metoden är det dominanta valet för forskning med syn på äldres självbestämmande inom äldreomsorgen. Däremot har tidigare studier grundat sig på enskilda

intervjuer. I denna studie används istället fokusgrupper som metod för att lägga fokus på gruppens interaktion.

Vid val av kvantitativ metod i studie hade fördelen med data varit generaliserbar och bredare men endast skapat en förklaring med lite information om många enheter. Studie vid kvantifiering skulle inte uppnå studiens syfte. Då syftet inte är att testa en hypotes utan istället skapa en ämnesbeskrivning och förståelse kring ämnet.

### **5.3 Urval**

Ambitionen för urvalet i studien var att skapa en fokusgrupp med specifika team medlemmar från flera särskilda boenden i svenska kommuner. Urvalet är begränsat till särskilda boenden och har uteslutit arbetet i hemtjänsten då båda områdena inom äldreomsorgen skulle bli för vid i omfattningen för den här studiens storlek och tidsbegränsningar. Vid val av endast särskilt boende skapas det en djupare förståelse kring teamgruppers hantering.

Urvalet är ett subjektivt urval där forskaren kontaktar personer som kan sitta med forskningsfrågan och bidra med relevant information för forskning (Dahlgren & Sauer, 2009). Vid kontakt med fem olika organisationer sändes informationsbrev ut (bilaga 1) varav tre organisationer från två kommuner intresserades att delta i studien. Kriterier för deltagare i studien formades av studiens syfte, vilket är att se team medlemmars arbete med äldres självbestämmande och tillämpning av salutogent synsättet. Deltagare i fokusgrupperna utsågs av enhetscheferna på de särskilda boendena för att gruppen skulle motsvara en ordinarie teamgrupp och uppfylla studiens syfte. Urvalet för deltagande var en utmaning där fler professionella med olika arbetsuppgifter skulle närvara vid ett och samma tillfälle. Val av fokusgruppsstudie ökar risken för bortfall men utifrån vår tidsplan hade organisationerna fem veckor tillgodo att boka in ett tillfälle. Det optimala för undersökningen skulle vara att få snabbare svar om möte kunde bokas in eller inte för att skapa möjligheten att utöka urvalet vid eventuella bortfall. Fokusgruppsintervjuerna pågick ungefär i 60 minuter per tillfälle och deltagarna i studien varierade mellan fem till åtta personer. Totalt deltog 18 personer vid fokusgruppstillfällena. Deltagare bidrog med empiri om äldreomsorgens hantering kring brukares självbestämmande och kunde därmed diskutera frågeformuläret (bilaga 2). Sammanfattningsvis bestod urvalsgruppen av mestadels professionella kvinnor i 35-50 års ålder med olika utbildningar som socionom, arbetsterapeut, beteendevetare, sjuksköterska och social omvårdnad.

## 5.4 Datainsamlingsmetod

### 5.4.1 Fokusgrupper

Fokusgrupper är en datainsamlingsmetod i kvalitativforskning där en grupp individer diskuterar fenomen som är intressant för studien (Bryman, 2011). En fokusgrupp skall styras av en moderator och gärna en observatör som ser till att alla får vara med i diskussionen (Kvale & Brinkmann, 2009). Fokusgruppers storlek bör variera mellan sex till tio personer och är en lämplig storlek för att intervjuargruppen inte skall skapa subgrupper och kunna se gruppens känsla av samhörighet (Wibeck, 2000).

Fokusgrupper lyfter fram olika professionellas synpunkter i en och samma fråga om ämnet och skapar en gruppinteraktion mellan intervjuarpersonerna och inte tillsammans med moderatören (Kvale & Brinkmann, 2009). I denna studie har fokusgrupper används som metod för att producera en samling av professionellas personliga åsikter om forskningsproblemet. Den kvalitativa fokusgruppsintervjun lämpar sig för studien för att den skapar en uppfattning om teamgruppers samverkan i praktiken. Val av deltagare i fokusgruppsintervjun anser Wibeck (2000) vara en grupp som är relativt homogen för att ingen i gruppen skall påverkas av maktpositioner i arbetet och för att alla skall kunna komma till tals. I studien består deltagarna av en heterogen grupp där en teamgrupp är samlad och arbetar med olika yrkesroller inom organisationen.

I fokusgruppens genomförande agerade en av studiens forskare som observatör och den andra som moderator. Fokusgruppsintervjun var strukturerad och tematiserad, vilket innebär att frågor var förberedda och indelade i olika teman som klargör syftet med studien. Moderatorns roll är att skapa en öppen atmosfär som ger deltagarna möjligheten till att uttrycka sina åsikter. Moderatören presenterar ämnet och kan avbryta diskussion om gruppen kommer utanför ämnet eller om samtliga deltagare inte får uttrycka sin åsikt (Kvale & Brinkmann, 2009). Observatörens uppgift under intervjun är att anteckna om vem som uttalar vad, se maktpåverkan och gruppdynamiken mellan gruppmedlemmar (Wibeck, 2000). I fokusgruppsintervjun satt observatören avsides från gruppen för att inte påverka gruppssamtalet

Begränsningar i en fokusgruppsstudie är att forskares kontroll minskas i en gruppinteraktion och att det blir stora datamängder som är tidskrävande. Datainsamlingen kan bli svår att

analysera om deltagare pratar i mun på varandra och att det blir stora datamängder snabbt som kan försvåra transkriberingen (Bryman, 2011).

## 5.5 Analysmetod

För att påbörja ett analysarbete behövs intervjun transkriberas. Transkribering innebär att samtal skrivs ut i text. Forskaren skapar en helhet i skriftlig form från muntligt samtal (Kvale & Brinkmann, 2009). En intervju kan registreras på olika sätt för att senare kunna genomgå en analys. Under fokusgruppsintervjun användes ljudbandinspelaren för enligt Kvale & Brinkmann (ibid) är ljudbandsinspelaren det vanligaste hjälpmedlet i kvalitativa forskningsintervjuer. En ljudbandsinspelare ger möjligheten att återanvända intervjun för omlyssning och vara koncentrerad på ämnet under intervjutillfället. I transkriberingen uteslutas pauser och hummanden som förekom under intervjun då detta inte skulle påverka studiens resultat. Transkriberingen gjordes så ordgrant och noggrant som möjligt för att kunna ge en inblick i det levande intervjuarsamtalet.

Efter transkriberingen användes meningskoncentrering som metod för att kunna strukturera upp analysmaterialet. Meningskoncentrering är ett verktyg som underlättar hanteringen av intervjuanalysen, koncentreringen skapar struktur och en överblick. Intervjun blir kort formulerad och centrala teman utmärks (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale & Brinkmann (ibid) har sammanfattat hanteringen av analysintervjun i fem olika steg som studien hänvisats till. Första steget i processen är att skapa en helhet i intervjun, för att sedan kunna fastställa de naturliga meningsenheterna i nästa steg. I tredje steget bildar forskare en övergripande tematisering utifrån intervjuade personers uttalanden och varje meningsenhet som dominerar skapar förklarande teman. Sedan i fjärde steget ansluts meningsenheterna med studiens syfte genom undersökningsfrågor som sedan knyts samman med studiens centrala teman i steg fem till en deskriptiv utsaga.

Forskare i studien har ett induktivt tänk under genomförandet som är baserad på det empiriska materialet vilket innebär att slutsatserna är generella (Thurén, 2007). För att kunna presentera det empiriska bearbetande materialet i studien så enkelt som möjligt för läsaren har direkt citat används i texten. När citat redovisas förekommer markeringen [ ... ], vilket innebär att citaten förkortats. Utdragen som omfattar ett längre uttalande från deltagare redovisas i formen 1A, 1B och så vidare, för att läsare skall få möjligheten att följa med i dialogen på ett

smidigt sätt. Det som kommer att uteslutas i analysförfarandet är namn som kan informera om deltagares identitet i studiens resultat.

## **5.6 Etiska överväganden**

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver fyra etiska riktlinjer som är etablerad bland humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning. Riktlinjerna är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, forskarens roll och konsekvenser. Dessa etiska riktlinjer har studien utgått från. Informationskravet och samtyckeskravet beskriver vikten i att forskaren skall upplysa deltagarna om studiens syfte, deltagandets frivillighet och möjlighet att avstå från undersökningen. Forskaren i genomförandet skall inte vara provocerade mot deltagarna om samtycke inte ges eller om det inte går att lösa konfidentialitets problem utan istället vara öppen för dilemman som kan uppstå under forskningsprocessen. För att lyckas uppfylla informationskravet och samtyckeskravet i studien skickades ett informationsbrev (bilaga 1) via mail till enhetschefer som har huvudansvaret för organisationen och även ett muntligt samtycke under intervjusituationen.

Konfidentialitetskravet i forskning innebär att forskaren skall behandla materialet konfidentiellt till största mån. Utomstående från forskning skall inte kunna identifiera intervjuarpersonerna i publicerat material. För att uppnå intervjuarpersonernas tillit till konfidentialitetskravet i forskningen har vi informerat om hur studien går tillväga och att inga personuppgifter eller organisationer betecknas i studien om inte önskemål från deltagare förekommer. Den sista etiska riktlinjen i forskningsprocessen är konsekvenser och forskarens roll. Som forskare behövs bedömningar göras om konsekvensövervägande, exempelvis om en deltagare skulle lida men i studiens process är du som forskare skyldig att se möjliga konsekvenser. Forskarens roll innebär även att kvalitét i forskningen skall uppfyllas om etiska beslut som tas. Den etiska principen har ökat studiens arbete med kvalitét i bearbetat material och att undersökningen ska vara noggranna i utförandet. Med hjälp av fokusgruppssamtal skapas sällan några obekväma situationer för deltagare när klimatet i diskussion och förberedda frågor är öppet (Kvale & Brinkmann, 2009).

## **5.7 Studiens tillförlitlighet**

I en kvalitativ studie används inte reliabilitet, validitet och generaliserbarhet som kvalitetskriterier utan istället är studiens tillförlitlighet bestående av pålitlighet, trovärdighet,

överförbarhet och en möjlighet att styrka och konfirmera (Bryman, 2011). För att öka möjligheten till en balanserad trovärdighet och pålitlighet har undersökningen utgått från en semistrukturerad intervjuguide med tematiserade frågor (bilaga 2). Tematiseringen klargör studiens syfte och skapar en förförståelse om vad som kommer att undersökas. I detta avsnitt kommer de olika begreppen beskrivas, vad som kan göras eller har gjorts i arbetet för att skapa pålitlighet, trovärdighet, överförbarhet och möjligheter att styrka och konfirmera.

### **5.7.1 Pålitlighet**

Pålitlighet i forskningen innebär resultatets konsistens och tillförlitlighet. När mätningarna är korrekt gjorda och forskare har kommit fram till samma resultat med liknande metod om och om igen är forskningsresultatet pålitligt (Thurén, 2007). Något som kan påverka pålitligheten i kvalitativa studier är delvis ledande frågor vid intervjuartillfälle och inspelningskvalitén (Kvale & Brinkmann, 2009). Bryman (2011) beskriver pålitligheten som att studien skall skapa en tillgänglig och fullständig redogörelse i forskningsprocessen. Vid intervjutillfälle har studiens forskare beslutat att fokusgruppstillfällena skall behandlas likvärdigt där samma moderator och observatör används under processen. Utgångspunkten är att diskussionen skall ske öppet och samtalet skall inte styras av intervjuar personen då inga ledande frågor kommer att påverka pålitligheten. Under genomförandet av transkriberingen var inspelningskvalitén tydlig men vid vissa tillfällen sker interaktion mellan deltagarna samtidigt vilket kan skapa misstolkningar av samtalet och påverka forskningsresultatets reliabilitet.

### **5.7.2 Trovärdighet**

Trovärdighet i studien handlar om huruvida riktigt forskningsresultatet stämmer överens med studiens syfte (Kvale & Brinkmann, 2009). Har forskningen exempelvis kommit fram till hur hanteringen av den äldres självbestämmande inom ett salutogent perspektiv upplevs i äldreomsorgen?

Finns det olika sociala beskrivningar om hur verkligheten kan se ut? Är studiens resultat acceptabelt för att andra forskare skall se det som trovärdigt? (Bryman, 2011). För att säkra trovärdighet i forskningsprocessen beskriver Kvale & Brinkmann (2009) sju stadier för validering. Dessa sju stadier är tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, validering och rapportering. I denna studie har en säker grund skapats med en strukturerad tematisering som är väl planerad utifrån studiens syfte och ämne för att underlätta intervjuens öppna klimat och att säkerställa att svar på ämnet beskrivs.

### **5.7.3 Överförbarhet**

Kvale & Brinkmann (2009) förklarar att studien bedöms vara överförbar när forskningsresultatet är tillräckligt pålitligt och trovärdigt i undersökningen. En överförbar studie innebär att kunskap som produceras är överförbar och kan tillämpas till andra situationer. Enligt Bryman (2011) är en kvalitativ studie överförbar när fylliga beskrivningar har gemensamma egenskaper med en annan mindre grupp eller individer. I denna studie uppfylls forskningskraven för att kunna överföra kunskapen då studien gått in på djupet i studiens syfte och hittat gemensamma egenskaper i mindre grupper. Studiens syfte har inte varit att överföra kunskap vidare till större populationer, utan istället skapa en djupare förståelse om fåtal enheter.

### **5.7.4 Möjlighet att styrka och konfirmera**

Enligt Bryman (2011) finns ingen möjlighet att styrka och konfirmera studiens resultat om forskarens egna värderingar och åsikter kunnat påverka undersökningen. De teoretiska utgångspunkterna som existerar skall heller inte påverka resultatet. Studiens resultat går att styrka och konfirmera på grund av att forskarnas egna tankar och åsikter inte berör resultatet. Forskarna vid fokusgrupptillfällena ställde endast semistrukturerade frågor utan att själva vara delaktiga i diskussionen.



## 6 Empiri

I detta kapitel presenteras resultatet av forskarnas tolkning och förståelse av svaren från de genomförda fokusgrupperna. Resultatet är strukturerat efter olika teman som är de mest centrala för studiens syfte. Teman har skapats utifrån analysmaterialet med hjälp av meningskoncentrering. De olika teman som kommer att presenteras är teamgruppens betydelse, bemötande och relation, salutogent perspektiv, anhörigas påverkan och personliga beslut, hantering av brukares självbestämmande och brister i arbetet. Teman är till för att skapa förståelse hos läsaren och tydligare visa fördjupning i analysmaterialet. Med hänsyn till sekretess för den professionelles personuppgifter ersätts namn i analysen till specifika betäckningar som professionalitet. Varje fokusgrupp benämns med siffror där en fokusgrupp har nummer 1, 2 eller 3. När fler personer med samma profession medverkar i en fokusgrupp betecknas de även med en bokstav A, B eller C för att så korrekt som möjligt kunna hänvisa till rätt person i analysmaterialet. Exempelvis Sjuksköterska 1A. När hela citat inte redovisas i resultatet skrivs (...) i slutet av citatet.

### 6.1 Teamgruppens betydelse

Hur ofta Teamet träffas för arbetsplatstillfälle (APT) är olika, antingen var sjätte vecka eller var tredje. Två av fokusgrupperna är överens om att de är i behov av tätare APT träffar och enhetschef 1 nämner att från och med hösten 2015 kommer den önskan uppfyllas. Betydelsen av teamträffar anses av fokusgrupperna vara bra och betydelsefulla där de har möjligheten att tala om arbetet i stort, speciellt vid APT träffar. Det bidrar till att de professionella får chansen att enklare kunna samarbeta, bolla idéer och utnyttja varandras kunskaper.

*”Vi kan ju inte kunna varandras världar helt utan det är ju därför vi har varandra. Arbetsterapeuten är expert på sitt och jag ska inte kunna hennes”*  
(Sjuksköterska 1A).

I citatet framkommer det att alla i en temgrupp har professioner med olika kunskaper och det är därför viktigt att samarbeta med varandra. Att hjälpas åt ses som behövligt och genom att ta tillvara på varandras kunskaper göra det så bra som möjligt för brukaren. De ser stora fördelar i hur samarbetet påverkas av teamträffar då de ofta uppmärksammar varandras idéer och möjlighet till att bidra i en situation.

*”Då kanske helt plötsligt arbetsterapeuten kommer in och säger ni tror inte jag kan hjälpa till med problemet, och sedan har man inte ens tänkt på det liksom (...)”* (Sjuksköterska 1A).

*”Ja det är ju det som vi försöker, hjälpas åt och vara kreativa då”*  
(Sjukgymnast 3)

Vid teamträffar försöker de att ta tillvara på chansen att hjälpas åt och kreation anses som viktigt för att kunna lösa eller ta beslut av ett ärende. De är tvungna att ta sig den tiden att träffas i team för att arbetet skall fungera. Genomförandeplanen är även en viktig del i arbetet inom äldreomsorgen för att under teamträffar kunna diskutera kring brukare. På särskilt boende finns därtill separata boendegenomgångar för att lättare kunna gå igenom genomförandeplanen i mindre grupper.

## **6.2 Bemötande och Relation**

Ett gott bemötande till brukare är viktigt anses i alla fokusgruppsstillfällen där de beskriver att ett gott bemötande är att visa intresse, engagemang och förmågan att kunna se helheten. Att se helheten innebär att se hela människan och möta personen där den är. Personal ska visa respekt för integritet och brukares hem. Alla är vi olika och därför behöver alla bemötas på olika sätt. Personal måste låta brukare få vara som den är, eftersom alla vill inte skapa en relation med den professionelle och det måste accepteras. Det är en mognadsfas som varje professionell går igenom vid arbete inom vård och omsorg. I mognadsfasen lär sig den professionella att se brukares omvårdnadsbehov som kan variera från dag till dag. Ett positivt och glatt bemötande är betydelsefullt för äldre personer, speciellt för dementa där ögonkontakt och kroppsspråket spelar roll.

*”Det är ju de dementsjuka ser, de ser ju inte om vi har en kristallkrona i taket men det är ju jättefint men de ser ju om du ger ett leende och ett trevligt bemötande”* (Undersköterska 3C).

Utifrån citatet är ett gott bemötande viktigare än hur miljön ser ut såsom inredning etc. speciellt för dementsjuka. Fokusgruppsstillfälle 2 menar därtill att goda relationer och bemötande mellan brukare och professionell bidrar till känsla av trygghet. Fokusgruppsstillfälle 1 trycker på att ha ett öppet sinne i varje möte med brukare.

*”Det är viktigt när man möter en patient eller brukare att man har ett öppet sinne i varje möte. Att man inte går in med någon attityd med att det här kan jag utan att man måste komma patienten nära i sina frågor och få den och förstå liksom, vad vi diskuterar och pratar om så att man får med sig dem”* (Sjuksköterska 1A).

*”Man brukar ju säga att det första intrycket är ju det som består och det är väl så det är, det första intrycket de får av det särskilda boendet är ju oftast det de har med sig sedan”* (Enhetschef 3).

Fokusgruppstillfälle 3 beskriver att det första intrycket är viktigt och att låta en ny brukare få bo ett tag innan ett försök till relation mellan professionell och brukare skapas. De menar även att brukarens livsberättelse är viktig då den ger den professionella en större förståelse om brukarens tidigare liv och intressen.

Att det finns personal som inte borde jobba inom vård och omsorg är gemensamt tycke för alla fokusgruppstillfällen. Däremot menar fokusgruppstillfälle 2 att det är en generationsfråga där de anser att yngre personer har ett annat tänk gällande mitt och ditt medan äldre personal lättare faller tillbaka i rutiner.

### **6.3 Salutogent perspektiv**

Det salutogena perspektivet har allt mer uppmärksamats i äldreomsorgen och är något som de flesta särskilda boenden är menade att arbeta efter. Utbildningar om det salutogena synsättet för professionella inom äldreomsorgen är populärt och ses som gynnsamt. Alla fokusgruppstillfällen anser att det salutogena synsättet gör nytta i arbetet och att det finns tillräckligt med kunskap hos samtlig personal. De menar att det finns personal som har svårigheter att arbeta kring det salutogena synsättet. Fokusgrupp 1 beskriver att den professionelles yrkesroll påverkar det salutogena arbetssättets tillämpning. Som enhetschef och sjuksköterska är de mindre medverkande i det salutogena arbetet medan vårdpersonal har en större påverkan då de befinner sig dagligen oss brukaren.

Två fokusgrupper menar att de sällan talar om det salutogena perspektivet och det är inget de går runt och tänker på utan det istället är något som de omedvetet tillämpar i arbetet. Däremot förekommer diskussioner kring meningsfullhet och vad en meningsfull vardag är för brukare. Utifrån vad brukaren vill, kan och orkar skall en meningsfull vardag för individen skapas. När en person har dålig hälsa så behöver personen något som är betydelsefullt. Enligt

fokusgrupptillfälle 2 gäller det som professionell utifrån ett salutogent synsätt kunna se brukares omvårdnadsbehov. Vad som behövs göras just nu och se när det exempelvis är meningsfullt för en brukare att den professionelle sätter sig ner, pratar och engagerar sig.

*”Just det salutogena att jobba utifrån att alla kan själva, och utgå ifrån att allting kan man göra. Man ska alltid få hjälp och utgå ifrån att man kan (...)”* (Biståndshandläggare 2).

Att grunda sig på att individen kan själv är betydelsefullt och det uppmärksammas i citatet. Fokusgrupptillfälle 3 menar även där till att professionella inte skall se sjukdomen utan istället se det friska hos brukaren. Brukarens vårdbehov kan se olika ut från dag till dag och trots det så skall arbete utföras på så sätt att brukaren känner sig delaktig i det som sker.

*”Vi är med och skriver det sista kapitlet i en människas liv. Och det tyckte jag var häftigt. Att det är det här alltså wow vi är ju med och skriver sista kapitlet i massa människors liv”* (Enhetschef 3).

Utifrån citatet menar enhetschef 3 att deras arbete är viktigt då de är med och skriver det sista kapitlet i en människas liv. Personal är med och påverkar hur brukares sista del i livet ser ut och hanteras. Undersköterska 3B tillägger betydelsen av att behandla alla människor lika trots demens eller annan sjukdom. Att det särskilda boendet hjälper äldre personer i behov av stöd och att det inte är något dagis.

Teamets koppling till det salutogena och dess betydelse förklaras av fokusgrupptillfälle 2 där de menar att mina frågor skall vara våra frågor och de är meningsfulla för oss. De kopplar även synsättet till att de behöver hjälpas åt och trots de olika yrkesrollerna har de ett ansvar tillsammans att genomföra ett bra arbete.

*”Jag tycker ensam är stark men flera är starkare, det tycker jag, man har ju alltid flera olika kunskaper som kan komplettera varandra”* (Sjuksköterska 2).

Det särskilda boendets teamträffar är ändrade efter det salutogena synsättet enligt fokusgrupptillfälle 3. Frågor och dokumentationsmallar är strukturerade utifrån frågeställningar om hinder för brukarens välbefinnande. Frågeställningarna är riktade mot ett brukarperspektiv där de skriver i jag-form vilket de även gör i brukares genomförandeplan.

Utöver de intervjuade fokusgrupperna finns det särskilda boenden i samhället som är baserade på ett salutogent arbetssätt, där personal har specifika utbildningar i salutogent. Däremot anser

fokusgrupperna att dessa boenden inte arbetar mer salutogent i jämförelse med deras särskilda boende. Fokusgrupp tillfälle 1 anser sig vara självlärda på det salutogena och använder sig av sunt förnuft. Enhetschef 3 beskriver glädjen i att det salutogena synsättet har anammats i äldreomsorgen men att arbetet fokuseras mer på den tillfälliga personalbristen.

*”Man kan bli lite sorgsen över att ibland jobbar vi så mycket för att få ihop vardagen men att det kanske är viktigare att lägga fokus på kvalitén”*  
(Enhetschef 3).

#### **6.4 Personliga beslut/Anhörigas påverkan**

Brukare inom äldreomsorgen skall så långt som möjligt ta sina egna personliga beslut. Genomförandeplanen ger personal information om vad brukaren kan, orkar och vill göra och målet är att tillgodose dessa behov. Utifrån brukarens levnadsberättelse som brukaren själv eller anhöriga beskriver bidrar till ytterligare information om hur varje brukare vill att sin vardag ska se ut.

Brukarråd kan bidra till att brukare får chansen att yttra sig och vara delaktiga i vissa beslut kring det särskilda boendet. Däremot är brukarråd inget som ett särskilt boende måste använda sig av och endast en av fokusgrupperna använde sig av brukarråd. Vid brukarråd utnämner brukare sig som frivilliga vilket leder till att de brukare som är mer psykiskt och fysiskt friska är dominerande vid rådet. Det är därför viktigt att personal tar sin tid att försöka fånga upp brukare som är psykiskt och fysiskt sämre för att få deras röst hörd. De särskilda boenden som inte har ett brukarråd menar istället att de utnyttjar chansen att tala med brukare vid fikar och personal för fram deras önskemål. Brukare får även skriva en önskelista kring vilken maträtt de föredrar där maten är en viktig del för en människas liv vilket visas i citatet nedan.

*”Men maten är ju en viktig del i det salutogena också. För att man ska må bra. För det är väldigt trivsel grej på dagen”* (Enhetschef 1).

Vid de särskilda boendena har brukare rätt till att få maten serverad vid den tiden som de själva önskar oavsett när maten är gjord. Brukarens val av mat kan enligt fokusgrupp tillfälle 1 bero på brukarens ålder där äldre brukare oftast föredrar gammeldags maträtt. Yngre kan istället önska exempelvis pizza på fredag kvällen vilket de skall få chansen att välja. Detsamma gäller aktiviteter vid de särskilda boendena att det är frivilligt för brukare om de vill medverka oavsett om personal anser annorlunda så skall brukarens val accepteras.

Fokusgrupptillfälle 1 beskriver fördelen med att anhöriga finns med i samarbetet för att de kan ge information om brukarens intressen när brukaren själv inte kan berätta. Speciellt för dementsjuka är oftast anhöriga till en fördel eftersom de kan hjälpa till med livsberättelser vid glömska hos brukaren. Däremot kan anhöriga försvåra arbetet när de tror att brukaren skall få mer service än vad som personen är i behov av. Det kan skapa svårigheter att motivera brukare att göra de saker som personen själv klarar av när anhöriga berättat han eller hon skall få mer hjälp än vad som egentligen behövs.

*”All inclusive är det ju inte när man flyttar in”* (Enhetschef 2).

*”Men det är många som förväntar sig det”* (Sjuksköterska 2).

Fokusgrupp 2 menar därtill att det kan skapa svårigheter att nå brukarens vilja när anhörigas åsikter påverkar brukaren. Vid sådana situationer är det viktigt att lyssna på den enskilde och fråga flera gånger för att ge stor möjlighet för brukaren att yttra sina egna åsikter men även ha öppen dialog med anhöriga. Enligt fokusgrupp 3 finns det inte så mycket mer att göra när anhöriga påverkar brukares beslut, exempel ett nej är ett nej och det måste accepteras.

## **6.5 Hantering av brukares självbestämmande**

Vid hantering av brukarens självbestämmande menar fokusgrupptillfälle 3 att de behöver i svårhanterade situationer väga fördelar mot nackdelar och tolka vad som är mest etiskt. De flesta situationer går att lösa på ett bra sätt, exempelvis om en brukare tycker det är obehagligt med en sänggrind som används för att personen inte skall ramla ur sängen. Personal i den situationen kan istället lägga en madrass på golvet bredvid sängen för att brukaren inte skall slå sig om han eller hon ramlar ur sängen. På så vis bevarar brukaren självbestämmanderätten utan att förlora tryggheten. Däremot behöver personal ta kontroll över situation då brukare bestämmer saker som inte är lämpliga. Exempelvis då brukare bestämmer sig för att resa sig upp trots att de inte har förmågan att gå vilket kan leda till att de ramlar och slår sig. Det kan också vara situationer som att brukare inte vill gå upp ur sängen eller ta sin medicin. Brukarens egen vilja kan ge konsekvenser såsom att ligga för länge i sängen kan skapa liggsår, urininfektion och stela leder. Personal försöker då styra situationen och tala med brukaren om konsekvenserna. En annan situation som fokusgrupptillfälle 1 nämner är när speciellt dementa eller glömska brukare vill gå ut och gå mitt i natten för att de inte vet vad klockan är. Vid sådana situationer behöver personal ta kontroll och påminna dem vad klockan är. Fokusgrupptillfälle 3 menar att en dementsjuk brukare kan försvåra hantering kring brukares självbestämmande då brukaren ofta glömmet och inte har kontroll över situationen.

De menar att brukarens livsberättelse är betydelsefull för personal eftersom de då kan få information om varje brukare. Exempelvis, Klas är svårt dementsjuk och gillar att gå upp tidigt på morgonen. Personal kan därefter fullfölja det genom att se till att han går och lägger sig i tid så han inte är för trött på morgonen.

De särskilda boendena erbjuder olika sorters aktiviteter för att aktivera brukarnas vardag. Däremot är det svårt i vissa situationer att motivera brukare att följa med på aktiviteter och många vill helst vara hemma istället. Aktiviteter är frivilligt och brukares beslut skall accepteras.

*”Och att de mår så gott efter aktiviteten. Vi vet ju alla att det är en tröskel att få komma iväg även när man är yngre ibland men den blir inte mindre med åren. Det blir snarare större. Och det är vår sak att hjälpa dem att komma till ett bra beslut. Så att de kommer över och kommer iväg på lite saker (...)”*  
(Sjuksköterska 1B).

Citatet beskriver att de särskilda boendena arbetar för att få med brukare på aktiviteter och menar att det kan kännas bättre bara de kommer iväg. Fokusgrupptillfälle 1 menar att alla brukare speciellt dementsjuka inte alltid förstår deras eget bästa och därför behöver personal hjälpa dem att komma över tröskeln och lirka fram svar. Att det är svårare att hantera brukare utan talförmåga är alla fokusgrupptillfällen överens om. Fokusgrupptillfälle 2 beskriver hur personal ibland behöver lägga orden i munnen på brukaren och locka fram svar.

*”Inte fråga utan bara kom nu så går vi in och gör detta. Alltså då ger vi kanske inte dem valet men de blir då ändå positivt bemötta, att vi gör det här tillsammans nu och hjälper dig (...)”* (Enhetschef 2).

Fokusgrupptillfälle 2 menar att i vissa situationer behöver de vara mer direkta med ledande frågor när de anser att de behöver ta kontroll, för brukares eget bästa. Det finns många svårhanterbara situationer där professionella anser att brukaren inte förstår sitt eget bästa just för att de går emot den professionelles egen norm. Exempelvis att människor är i behov av att duscha när de kissat ner sig och går ut bland andra boende. De försöker då att berätta för brukaren att det är bra om han eller hon duschar eller byter kläder för att exempel inte få svamp i underlivet. Personal försöker på något sätt övertala brukaren att genomföra den professionelles åsikt. Att lita på sin yrkeskunskap är viktigt vid svårhanterade situationer för

att göra rätt val och när det gäller att se brukarens eget bästa när han eller hon inte gör det själv.

Inom äldreomsorgen är det lätt hänt att vårdpersonal känner sig som pigor då brukare begär mer service och hjälp än vad de är i behov av. Det är därför viktigt som professionell att lita på sin yrkeskunskap och kunna sätta gränser. Svårigheter uppstår när professionella inte har tillräckligt med information om brukaren, vilket kan leda till att den professionelle hjälper brukaren mer än vad som behövs. Exempel om professionell hjälper brukaren att ta på sig sina skor men egentligen kan brukaren det själv. Det är därför viktigt att professionella reflekterar över sitt arbete.

Brukarens rätt till självbestämmande innebär exempelvis att de själva får välja hur deras vardag skall se ut, vilka kläder de skall bära och vilken mat de skall äta. Fokusgrupptillfälle 2 menade att om en brukare vill dricka sprit dagligen och endast äta dessert till middag skall han eller hon få göra det. Professionella måste då glömma deras egen norm och vad de anser vara bäst, för det behöver inte vara samma som för brukaren. Därtill beskriver fokusgrupptillfälle 3 att om en brukare inte vill äta så är det hans eller hennes eget ansvar.

*”Det är ju så är man över nittio år och man inte vill äta, nej då behöver du ju inte äta då, och då ska ju inte vi stå där med tvångs och bända upp munnen, man har ju sett detta och jag har ju sett detta många gånger hur de tvingar in maten” (Undersköterska 3B).*

Utifrån citatet får vårdpersonal inte tvinga en brukare att äta mat om personen själv inte vill men att detta kan förekomma. Citatet hänvisas främst för svårt dementsjuka personer som inte alltid förstår varför de skall äta eller inte har någon talförmåga att berätta att de inte vill äta.

Svårighet som kan uppstå gällande hantering av brukarens självbestämmande menar fokusgrupptillfälle 1 är exempel när flera brukare vill gå upp samma tid på morgonen. Vårdpersonalen kan inte alltid tillgodose brukarens önskemål på grund av tids- och personalbrist.

*”Allt går inte att tillmötesgå gällande självbestämmande men vi försöker mötas på halva vägen” (Enhetschef 1).*

De menar att de behöver gemensamt hitta en lösning som fungerar för alla såsom att flera brukare kan inte gå upp kl 08.00 men någon kan gå upp 07.45 och en annan 08.15 för att lösa



det på bästa sätt. Liknande gäller enligt fokusgrupptillfälle 2 om brukare vill gå till affären varje dag vilket personalen inte hinner på grund av tids- och personalbristen. De menar att enligt lag skall brukaren uppnå skäliga levnadsvillkor. De får därför mötas på halva vägen då det är mer skäligt att komma till affären 2 gånger i veckan istället för varje dag.

Fokusgrupp 2 och 3 berättar sällan för brukare om de skall föra ett samtal kring brukaren under teammöte. Fokusgrupp 2 menar att det beror på rutiner och att de tror de har rätten till att tala om en brukare utan deras tillstånd fast de egentligen inte har det. Vad det beror på tror istället fokusgrupptillfälle 3 är att dementsjuka eller psykiskt sjuka brukare tar mer skada av att veta om att teamet skall diskutera kring brukaren. Personalen undviker då att informera brukaren på grund av hot mot brukarens välmående och oro kan skapas.

## **6.6 Brister i arbetet**

Hur mycket personalen ser och tänker utifrån det salutogena beror på person till person. Att uppfylla det salutogena synsättet och brukarens självbestämmande brister när professionella inte har tillräckligt med kunskap eller förmåga att hantera situationer. Personal behöver vara självkritiska och reflektera över sitt eget arbete för att kunna se sina egna brister vilket de menar i många fall är svårt att se. Fokusgrupptillfälle 3 diskuterade betydelsen av utbildningar bland personal för att öka deras förståelse och en professionellutveckling på grund av brist på kunskap hos personal. Samt att informera ny personal såsom sommarvikarier, praktikanter etc. om det nya synsättet inom äldreomsorgen. För att öka användningen av det salutogena synsättet behöver all personal informeras. För att kunna göra ett bra arbete beskriver fokusgrupptillfälle 2 att personal behöver kunna sätta sig in i brukarens situation vilket brister hos viss personal.

Personal skall med hänsyn till brukarens boende respektera han eller hennes integritet och behandla brukarens rum som sitt hem. Det finns tillfällen där personal inte respekterar brukarens hem genom att klampa in i hemmet eller tända alla lampor tidigt på morgonen. Vid brukarens inflyttning är det viktigt att informera om att det är brukarens hem. Personalen ska vara tydlig med att det inte är ett servicehus utan att brukaren skall fortsätta att utföra de vardagliga uppgifterna som brukare kan göra på egen hand. Problem kan uppstå då anhöriga och brukare förväntar sig att brukaren kan få hjälp med allt på det särskilda boendet vilket tyder på att personal måste informera tydligare. Bristen på kunskap bland personalen ses av fokusgrupptillfälle 2 som ett problem där speciellt kunskap om psykiska sjukdomar och kultur saknas hos samtlig personal.

*”Vi har inte tillräckligt med utbildat folk för att jobba med psykiska sjukdomar (...). Dels de som kommer som invandrare med helt andra kulturer och de kan vi för lite om egentligen om hur de vill ha sin ålderdom (...)”*  
(Biståndshandläggare 2).

Utifrån citatet menar biståndshandläggaren 2 att de behöver mer utbildningar kring psykiska sjukdomar och kultur för att kunna göra ett så bra arbete som möjligt. Psykiskt sjuka personer kräver ett annat omvårdnadsbehov och brukare med andra kulturer kan ha en annan önskan om hur deras vardag skall se ut. De har svårt att uppfylla deras behov till fullo på grund av kunskapsbrist.

Alla fokusgruppstillfällena anser att brist på tid försvårar det salutogena arbetet och brukarens självbestämmande minskas. De har inte chansen till att hjälpa alla brukare exakt den tiden som de vill få hjälp alla gånger på grund av att de inte finns tid till det. Tidsbristen kan även leda till att personal inte får tiden till att reflektera innan besök hos brukare och därför arbetar de efter rutiner. Exempelvis en biståndshandläggare har endast 45 minuter på sig att tolka ett helt liv och ta reda på vad personen behöver för hjälp vilket egentligen är orimligt. Personalbrist är även ett problem vid de särskilda boendena där de menar att mer personal skulle vara en lösning för tidsbristen då fler personal skulle ha möjligheten att hjälpa till. Idag kan inte flera brukare få hjälp samtidigt eftersom det inte finns tillräckligt med personal. Detsamma gäller enligt fokusgruppstillfälle 3 att fler personal skulle bidra till att brukare som behöver personalstöd vid promenad skulle kunna gå ut och gå oftare. De menar att de strävar efter att se varje individ men att det kan bli svårt exempel när fler brukare vill ha hjälp samtidigt.

Fokusgruppstillfälle 1 beskriver kopplingen mellan tid- och personalbrist och ekonomiska faktorer. Om det särskilda boendet inneha mer pengar skulle de kunna tillsätta fler tjänster per dag vilket även kan skapa mer tid åt varje brukare. Idag kan många särskilda boenden inte ta in extra personal på grund av ekonomiska skäl vilket drabbar brukarna. De brister som nämnts ovan påverkar arbetet att skapa ett så bra sista kapitel för äldre människor som möjligt. Bristerna behöver förebyggas för att människor ska i fortsättningen få rätt till självbestämmande och få en så hanterbar, begriplig och meningsfull vardag som möjligt.

## 7 Analys av empiri

Studiens empiri kommer fortsättningsvis analyseras med studiens teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. Analys presenteras i detta avsnitt.

Resultatet visade att arbeta i teamgrupp är viktigt då professionella kan utnyttja varandras kunskaper och samarbeta kring svårhanterbara situationer. Hermeneutiken är en sökning av flera sanningar där en absolut sanning inte existerar och att se sammanhang och olika delar av kontexten är betydande (Bryman, 2011). I en teamgrupp medverkar fler professionella med tolkningar som kan ses som olika sanningar. Teamgrupper arbetar gemensamt för att skapa en bättre förståelse och tolkning av situationer i praktiken genom att kommunicera och diskutera fram lösningar i grupp och synligöra sammanhanget och dess delar. Enligt Melander (2006) krävs professionellas förståelse kring arbetet som system för att tillsammans kunna hantera problematiska situationer. Professionella löser många gånger situationer utifrån egen omedelbar situation som kan leda till att problem hanteras på fel sätt då förhastiga slutsatser dras utan någon reflektion om varför. Med hjälp av varandra kan problem lösas på ett bättre sätt då fler professioner bidrar med kunskaper och erfarenheter från olika synvinklar. Reflektioner sker i grupp hur situation ska lösas på bästa sätt för brukaren.

Melander (2006) beskriver betydelsen av en djup relation mellan professionell och brukare som kan leda till trygghet hos den äldre. Att personal tar sin tid att lyssna, visa respekt och låta brukare behålla sin kontroll menar Anderberg (2009) är viktiga faktorer för att brukare skall kunna bevara sin värdighet. Fokusgrupperna menade därtill att personal behöver gå igenom en mognadsfas för att kunna hantera deras bemötande genom språk och kroppsspråk inför brukaren. Betydelsen av personalens förmåga att använda sitt kroppsspråk i arbetet beskrivs av Adams & Gardiner (2005) som menar att det kan utveckla synen på roller och makt mellan personal och brukare.

Arbetet på särskilda boenden skall tillämpa det salutogena synsättet där det ses som gynnsamt för brukarens välmående. Synsättet skall bidra till enligt Eriksson & Lindström (2006) hälsoutveckling och skapa ett positivt subjektivt hälsotillstånd hos brukaren vilket bekräftas någorlunda i resultatet. Johansson & Bergman (2014) menar att äldreomsorgen har goda förutsättningar att utveckla brukarens KASAM och ett salutogent arbetssätt i praktiken. I studien framkom det att med hänvisning till Westlund & Sjöberg (2013) har de särskilda boendena förutsättningarna till hög hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet för

brukaren. De särskilda boendena har de egenskaper såsom olika tjänster och aktiveringar för att uppnå en god hanterbarhet, de informerar och ger rådgivning för att brukaren skall begripa. För att uppnå Meningsfullhet hos brukare arbetar de för att få brukaren att bli delaktig, få egenkontroll, fokus på närståendes påverkan och motiverar dem till självbestämmande.

I resultatet beskriver enhetschef 3 känslan att få vara med och skriva det sista kapitlet i en människas liv. Vem som får vara delaktig i att vårdbehovet uppfylls och bevara det som är meningsfullt för individen. Arnsteins modellen (1969) visar hur fördelning mellan makthavaren och brukaren skall ske i arbetet och vilka strukturer som är gemensamma. Makthavarna fastställer systemen Delegate power (Tabell 1) så att brukare får vara delaktig i praktiken. Teorin beskriver personalens (makthavaren) påverkan på brukares känsla av delaktighet och att det meningsfulla arbetet skriver brukares sista kapitel i livet.

Arnstein (1969) förklarar innebörden att göra brukares röst hörd i praktiken. Vid fokusgruppstillfällena berättar personal användningen av dels brukarråd på det särskilda boendet. Brukarråden är till för att brukare skall få chansen att yttra sig om exempelvis mat på boendet. De särskilda boendena som inte har brukarråd använder sig av aktivitetstillfällen och fikastunder för att lyfta fram brukarens åsikter, vilket Consultations nivån (Arnstein, ibid) bekräftar är en metod som går att tillämpa. Stegpinnarna Consultation och Informing i modellen vill tillsammans skapa möjligheten att brukares åsikter kan skapa förändring i arbetet med hjälp av brukares delaktighet.

För att stärka en människas självbestämmande menar Ekelund (2014) att stöd i den sociala och fysiska miljön behövs. Fokusgruppstillfällena beskrev hur personal alltid skall utgå från att brukare själv kan och försöka hitta lösning till problem, utan att ta ifrån brukares självbestämmande. Däremot vid svårhanterbara situationer måste personal ta ifrån brukares självbestämmande för att de skall kunna ge stöd i brukares sociala och fysiska miljö. Exempelvis övertala brukare att byta kläder när han eller hon kissat ner sig eller för att få med de på sociala aktiviteter. Personalen använder sig därför ibland av ett övertagande förhållningssätt som Roos (2009) menar innebär att ta över brukares makt att bestämma på grund av eget tycke, vilket tar ifrån brukares självbestämmande. Roos (2009) beskriver även att tidsbrist och rutiner kan skapa svårigheter för brukare att bevara funktioner. I resultatet framkom det att rutiner, tids-, kunskap- och personalbrist och ekonomiska tillgångar kan påverka det salutogena arbetet och brukarens självbestämmande negativt.

Vid fokusgruppsstillfällena är alla överens om att det är svårt att hantera brukares självbestämmande om brukare inte har någon talförmåga. På särskilda boenden kan det uppstå att personal lirkar fram svar för brukarens eget bästa och utifrån det skapa normer och rutiner i arbetet. Nivåerna Informing och Consultation förklarar innebörden att makthavaren ska informera brukaren om rättigheter och skyldigheter som brukaren har. Brukaren har även möjligheten att vara delaktig i arbetet men att i vissa förhållanden kan det vara svårt att uppmärksamma brukarens åsikter. Utifrån dessa nivåer så skapar makthavaren normer och rutiner för brukarens eget bästa och det fastställs i nivån Placation. Fokusgruppsstillfälle 2 beskriver att de försöker i vissa fall hjälpa brukaren genom att lägga orden i mun för att locka fram svar.

Enligt hermeneutiken utvecklas våra tolkningar i förhållande till vår förförståelse och nya erfarenheter. Nya erfarenheter kan bidra till människans förförståelse inför nästa möte i livet (Bryman, 2011). Svårhanterbara situationer gällande hantering kring brukares självbestämmande kan av personal många gånger lösas på fel sätt. Att alla människor kan göra fel konstateras i fokusgrupperna. Personal behöver därför reflektera över sitt eget arbete för att kunna skapa förståelse och erfarenhet som kan användas som förförståelse inför liknande situationer. Utifrån erfarenheter av arbete i praktik, utbildning och sunt förnuft menar fokusgrupperna att ny förståelse bildas vilket kan bidra till kunskap om hur svårhanterbara situationer bör lösas med hänsyn till brukarens självbestämmande.

Personal på de särskilda boendena var tydliga med att visa brukare att de har makten över sitt hem. Att personal inte ska klampa in i hemmet även fast de ser brukarens hem som en arbetsplats. I Arnsteins stegmodell (1969) visar nivån Informing hur viktigt det är för makthavaren att informera brukare om rättigheter, skyldigheter och alternativ. Vid alla fokusgruppsstillfällen klargjorde deltagarna att informera brukare och anhöriga är ett viktigt moment vid speciellt inflyttning att förtydliga att det är brukarens hem.

## 8 Diskussion

I detta avsnitt kommer diskussion kring metodval, resultat och forskningsproblem att presenteras. Syftet med studien är att skapa en förståelse kring hur de särskilda boendenas teamgrupper hanterar brukarens självbestämmande utifrån det salutogena perspektivet. I de tre fokusgruppsteamen som har genomförts har alla grupper haft en positiv attityd till användningen av det salutogena synsättet och visat intresse för att vidareutveckla kunskapen om det salutogena tillämpningen. Grupperna har tydligt redovisat att de tar initiativ utifrån brukarens bästa och att hanteringen av brukarens självbestämmande infinner sig naturligt i arbetet. Slutsatserna beskriver att hantering av människans självbestämmande grundas utifrån den professionelles erfarenheter och tankar av vad självbestämmande är.

### 8.1 Metoddiskussion

I studien valde vi som tidigare beskrivning ett kvalitativt tillvägagångssätt för att undersöka området. Den kvalitativa metoden motsvarade tre fokusgruppsstillfällen där vi ansåg att fokusgrupper skulle ge en större inblick om deltagares arbete i teamgrupp. Utifrån val av fokusgrupper fick vi tillräckligt med material för att lyckas med ett bra resultat. Fokusgrupperna lyfte fram flera perspektiv från olika professioner i en och samma fråga och förde en diskussion. Vid val om enskilda intervjuer i studien hade resultatet inte visat ett lika tydligt samspel mellan deltagare och diskussionen hade inte kunnat diskuteras öppet. Samtalsklimatet i grupperna var naturligt men att maktpositioner påverkade vem som talade mest. Enhetschefer vid fokusgruppsstillfällena visade tydligt att de höll stämningen i gruppen och försökte vid vissa tillfällen fungera som en samtalsledare, där komplimanger och frågor till andra deltagare i diskussion förekom. Om undersökningen hade genomförts med enskilda intervjuer skulle inte maktpositionerna kunna påverka samtalsklimatet men samtidigt skulle vi inte få den förståelse om hur de arbetar tillsammans i teamträffar.

Frågorna som ställdes under fokusgruppsintervjuerna var semistrukturerade men att utifrån varje fokusgruppsstillfälle vi genomförde uppstod olika följdfrågor under samtalsdiskussionerna. De olika följdfrågorna kan påverka studiens tillförlitlighet men samtidigt hjälpte följdfrågorna att få fram ett innehållsrikt resultat. Vid ett av fokusgruppsstillfällena så skickades frågor ut innan intervju med efterfrågan av organisation. Vid detta fokusgruppsstillfälle kunde vi tydligt märka under diskussion att deltagare var väl förberedda på de förbestämda frågorna och kunde därmed gå in mer på djupet med följdfrågor

i diskussion. Vi anser att de utskickade frågorna till gruppen inte påverkade studiens resultat på något sätt men att undersökningen inte genomfördes under samma villkor som de andra grupperna.

Kriterierna som vi hade för undersökningen var att fokusgrupperna skulle bestå av en teamgrupp där en diskussionsgrupp motsvarade sex till tio deltagare. Vid två av fokusgruppstillfällena var de fem deltagare vid diskussion och ett för litet antal för att kallas för en fokusgrupp enligt tänkta kriterier. De mindre fokusgrupperna bidrog med en mer djup och öppen diskussion än vad fokusgruppen som bestod av åtta deltagare gjorde. Gruppen med åtta deltagare förde en lite mer bredare och övergripande diskussion. Alla fokusgruppstillfällen bidrog med värdefull information oavsett gruppstorlek och vid varje tillfälle deltog olika professioner som ökade förståelsen av hur team medlemmarna arbetar i praktiken.

Empirin är överförbar vilket stärker studiens pålitlighet då den är tillräckligt trovärdig och tillförlitlig. Studien visar att flera särskilda boenden oavsett kommun har gemensamma värderingar kring hantering av brukarens självbestämmande. Studiens empiri kan därav överföras då andra professioner inom äldreomsorgen kan känna igen sig. I resultatredovisningen används korrekta citat och vi har utgått från de etiska riktlinjerna under hela processen. Vi anser att studiens empiri är trovärdigt där hantering av brukarens självbestämmande redovisas enligt forskningsproblem. Teamgrupper har tillsammans diskuterat fram hur de samarbetar för att skapa en meningsfull, begriplig och hanterbar vardag för brukaren vilket stärker studiens möjlighet till styrka och konfirmering. De beskriver hur hantering av brukarens personliga beslut stärks och vad som kan skapa hinder i arbetet med äldre.

Utifrån studiens *teoretiska ramar* som hermeneutiken och Eight Rungs on a ladder of participation bidrog teorierna till känslan att se ett sammanhang under processen och resultatet. Hermeneutiken beskriver betydelsen av att se från olika perspektiv och i fokusgruppstillfällena finns det tillfälle att flera deltagares åsikter redovisas i samma fråga. De olika professionerna under diskussionstillfälle visar att de arbetar för brukarens bästa på olika sätt men att grundutbildningen ser annorlunda ut. Sjuksköterskorna pratar i medicinska termer, enhetschef beskriver organisationens arbete och vårdbiträden visar kunskap om social kompetens i arbetet. Hermeneutiken skapade en inblick i studien hur de professionella bidrar

på olika sätt till den äldres välbefinnande och hur hanteringen av äldres självbestämmande är individuellt. Människan ser på rätten till självbestämmande från olika förståelser och vid varje fokusgrupptillfälle fick vi en uppfattning om hur teamgrupper arbetade tillsammans för att hjälpa brukaren. Mötet med fokusgrupperna öppnade upp nya vägar för en förståelse av teamgruppens inverkan och gav oss idéer hur vi skulle tänka inför nästa fokusgrupptillfälle. Följdfrågorna skapades i en hermeneutisk spiral och kändes som ett naturligt förhållningssätt i processen.

Den vetenskapliga teorin Eight Rungs of participation gav oss forskare en förståelse om hur förhållandet mellan makthavaren och brukaren kan se ut. Arnsteins modellen (1969) beskriver brukarens delaktighet i arbetet och de olika stegpinnarna ger en enkel beskrivning om maktpositionerna i samhället.

Teorin är internationell och vi har uppfattat att det inte är en teoretisk utgångspunkt som organisationer har med i bagaget i svenska kommuner så det känns positivt att kunna lyfta teorin ett steg närmare praktiken.

## **8.2 Resultatdiskussion**

Fokusgrupptillfällena menade att det salutogena perspektivet tillämpas i äldreomsorgen och arbetet bör grundas utifrån det. Beroende på särskilt boende avgör hur mycket det salutogena synsättet tillämpats i praktiken. Särskilda boenden har kommit olika långt i processen att uppfylla ett salutogent arbete. Det är en process som behöver tid att utvecklas hos personal och det går inte att förändra under en dag. Fokusgruppernas medlemmar menar att de sällan diskuterar begreppet salutogen men att de automatiskt tillämpar det i arbetet utan reflektion kring det. Utifrån resultat tolkar vi att de särskilda boendena anser att de arbetar salutogent och behöver därför inte reflektera över begreppet, trots att begreppet är ett nytt synsätt att arbeta från i äldreomsorgen. Vi anser att det är viktigt att reflektera över sitt arbete inklusive arbetets synsätt, samt erfarenheter kring att arbeta salutogent krävs för att kunna uttrycka sig att det kommer automatiskt i arbetet.

Enhetschef och sjuksköterska beskriver sin yrkesroll som mindre betydande i det salutogena synsättet där de tillämpar det endast vid akuta fall. Vår tolkning av ett salutogent arbetsätt är att alla professionella med olika yrkesroller tillämpar synsättet på olika sätt. Beroende på professionalitet och yrkesuppgift tillämpas synsättet och ser olika ut. Vi anser att alla yrkesrollers salutogena arbetssätt är betydande. Vi behöver tydligare förklaring av enhetschefens och sjuksköterskans påståenden för att få en bättre förståelse kring



tillämpningen av det salutogena arbetet. Vi ser det som ett problem då de professionella påstår att det är viktigt att använda sig av det salutogena synsättet i arbetet. Vad innebär då ett salutogent synsätt om professionella ser det på olika sätt beroenden på yrkesrollen?

Endast en fokusgrupp har brukarråd av de särskilda boenden vilket vi ser som problematiskt att inte fler har det. Brukarråd ökar chansen för brukare att uttrycka sig om personliga önskemål. Fokusgruppernas deltagare menade att i brukarrådet medverkade sällan brukare som var fysiskt och psykiskt sämre, vilket vi ser som problematiskt då det kan uppstå svårigheter för övriga brukare att göra sin röst hörd. Hur skall arbetet utföras för att brukare med psykiska och fysiska hinder skall få chansen att yttra sig? Fokusgrupperna menade att svårigheter uppstår när brukare har psykiska sjukdomar eller en annan kultur jämfört med personal. De anser att de inte har tillräckligt med kunskap om det och behöver därför utbildning. Vi tolkar detta som att när val av utbildning för personal görs på ett särskilt boende väljs den mest relevanta utbildning ut och psykiska sjukdomar och kulturella skillnader prioriteras inte. Vi ser det som problematiskt då det kan skapa hinder för rättvis vård bland brukare på grund av brist på kunskap inom exempelvis psykiska sjukdomar. Bristen på kunskapen bidrar till svårigheter att hantera brukarens sjukdom vilket kan skapa sämre vård jämfört med brukare med sjukdomar som personal har kunskap om.

Fokusgrupperna beskrev att det är viktigt att vara tydlig och informera om att det är brukaren som bestämmer och personal skall motivera brukaren att vara delaktig. De beskriver även tillfällen då brukaren inte begriper sitt eget bästa och därför måste personal ta ifrån dem självbestämmanderätten. Exempelvis när en brukare kissat ner sig och inte vill byta kläder. Fokusgrupperna menade då att de får lirka eller övertala brukaren att byta kläder för personens eget bästa då han eller hon riskerar att få besvär. Däremot menar fokusgrupperna att brukare inte behöver äta mat om de inte vill eller att de får dricka alkohol dagligen på grund av självbestämmanderätten trots risk för ohälsa. När vet personal vart gränsen för självbestämmandet går? Och vilka konsekvenser avgör om personal behöver ta ifrån brukares självbestämmande? Att dricka alkohol varje dag eller sluta äta anser vi kan leda till värre konsekvenser för brukarens hälsa jämfört med att brukaren går runt i urinerade byxor en dag. Vi tolkar det som att personal ser urinerade byxor som ett större problem då de själva och omgivningen påverkas av det genom att det luktar illa eller att personalen får ta hand om konsekvenserna vid ex. infektion. Dessa problem uppstår inte om en brukare inte äter, utan då påverkar det endast brukaren själv. Vi anser att personal även här måste reflektera över sitt arbete mer för att se brister. Att personal försöker lirka fram svar från brukare är enligt

fokusgrupperna vanligt för att de skall göra ett bra beslut. Är det verkligen självbestämmande?

En fokusgrupp talade även om att ”bända upp munnen” (tvinga upp munnen) på brukare som inte vill äta. Vi uppmärksammade övriga medlemmars rädsla när samtalet uppkom i gruppen och enhetschef försökte prata bort samtalet. Vi tolkar det som att det kan vara svårt för professionella i grupp att samtala om vissa problem på det särskilda boendet. Att personal själva inte vet hur vissa problem ska hanteras och undviker det istället tolkar vi är förekommande bland personal på särskilda boenden. Att undvika samtal kring ett problem som att tvinga någon att öppna munnen ser vi som problematiskt oavsett hur många som var överrens om att händelsen existerat, eftersom det strider mot brukarens självbestämmande.

Två av fokusgrupperna diskuterade kring varför de oftast inte berättar för brukare att de ska samtala om brukaren under teamträff. En av fokusgrupperna reflekterade sällan om varför de inte berättar för brukaren. En annan fokusgrupp menade istället att informera kan göra brukaren mer illa då han eller hon kan bli nervös och missförstå. Vi har förståelse kring orsaken till att inte berätta och att det är för en god gärning dock strider det mot personens rättigheter. Personal måste tala med brukare innan de samtalar om honom eller henne under mötet oavsett vad personal anser vara rätt eller fel. Brukaren måste bli omyndighetsförklarad för att personal skall kunna diskutera om brukarens välmående och ta beslut utan brukarens tillstånd.

Rutiner, ekonomi, tids-, kunskaps- och personalbrist kan bli hinder för att uppfylla ett salutogent arbetsätt och bevara brukares självbestämmande. Skulle ett särskilt boende inneha mer ekonomiska resurser skulle de kunna bemanna fler personal. Fler personal ger mer tid i arbetet som motverkar rutiner och ökar chansen att uppfylla ett salutogent arbetsätt och brukares självbestämmande. Vi ser detta som problematiskt då ekonomin har en stor inverkan på möjligheterna att utföra ett bra arbete. Ekonomin kan påverka hur brukares sista kapitel i livet ser ut, vilka möjligheter de har till självbestämmande och meningsfull vardag. Däremot har vi en förståelse att det är svårt att öka det särskilda boendets ekonomiska tillgångar om inte samhället hjälper till mer ekonomiskt för att förbättra arbetet.

### **8.3 Framtida forskning**

För framtida forskning har vi önskan att fler studier av brukares självbestämmande och det salutogena arbetet görs. Studie med möjlighet till en längre process och mer tid behövs för att kunna intervjua fler teamgrupper på särskilda boenden för att få mer åsikter om ämnet, vilket även höjer studiens pålitlighet. Studier som grundas på enskilda intervjuer för professionella krävs för att undvika maktpåverkan som kan förekomma i fokusgrupper. Brukarintervjuer är också ett sätt att vidareforska inom för att brukare själv skall kunna beskriva känslan av självbestämmande, när de känner att de främjar hälsa eller känslan av maktlöshet. En annan behövlig forskning är om personals kunskapsläge kring brukares psykiska sjukdomar. Vad som behövs förbättras gällande psykiska sjukdomar och om det även ses som ett problem på andra särskilda boenden som vi inte intervjuat i vår studie.

## 9 Bilaga 1 (informationsbrev)

Hej!

Vi är två studerande socionomstudenter på Hälsohögskolan i Jönköping. Med stöd av vår handledare Ulrika Börjesson doktor i välfärd och socialvetenskap, ska vi under vårterminen 2015 genomföra en C-uppsats med inriktning äldreomsorg i flera svenska kommuner. Studien kommer att fokusera på hur den äldre brukarens självbestämmande hanteras av teamgrupper som arbetar inom äldreomsorgen (bl.a. enhetschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, vård- och omsorgspersonal) och hur äldreboenden arbetar med ett salutogent synsätt. Finns det svårigheter, dilemman som teamgrupper uppfattar vara utmanande i arbetet? Vi har önskan att utifrån teamgrupp skapa fokusgruppsamtal för att samla in data.

Fokusgrupper lyfter fram olika professionellas synpunkter i en fråga och skapar en bättre gruppdynamik, diskussionen sker mellan intervjuarpersonerna och inte tillsammans med intervjuaren. En fokusgrupp skall motsvara mellan sex till tio personer som styrs av en samtalsguide och gärna en observatör.

Under fokusgrupptillfället har vi förberedande frågor som vi har önskan att bli besvarade och diskuterade i grupp. Vi beräknar att intervjun tar cirka en timma där en utav oss kommer att delta som samtalsguide under intervjun och den andra endast närvara som observatör. Intervjun kommer att ljudinspelas och transkriberas. All data kommer att bearbetas konfidentiellt och deltagandet i studien är frivillig.

Tack på förhand! Vid frågor kontakta gärna.

Med Vänliga Hälsningar.

Sara Kjörk  
Socionomstudent  
Mail: [\\*\\*\\*\\*\\*@hotmail.com](mailto:*****@hotmail.com)  
Tfn: 07\*\*\*\*\*

Alma Lantz  
Socionomstudent  
Mail: [\\*\\*\\*\\*\\*@hotmail.com](mailto:*****@hotmail.com)  
Tfn:07\*\*\*\*\*

## **10 Bilaga 2 (frågeformulär)**

### **Brukarperspektivet, brukarens självbestämmande**

- Vad anser ni är viktigt för att skapa en bra relation till brukaren?

### **Salutogent synsätt i praktiken**

- Hur ser ni på det salutogena perspektivet?
- Finns det tillräckligt med kunskap om det salutogena synsättet i arbetet med äldre?
- Hur tillämpar ni det salutogena synsättet i praktiken? På vilket sätt?

### **Team-gruppens samverkan**

- Hur ser ni på betydelsen av att arbeta i Team-grupper?
- Vad gör ni som Team-grupp för att inverka brukarens självbestämmande kring personliga beslut i arbetet på ett äldreboende?
- Vilka svårigheter/dilemman ser ni i arbetet med brukarens självbestämmande?
- Finns det situationer som ni anser att brukaren borde vara med delaktig i?

## 11 Referenslista

- Adams, T., & Gardiner, P. (2005). Communication and interaction within dementia care triads: Developing a theory for relationship-centred care. *North Essex Mental Health Partnership* vol 4(2) 185–205. doi: 10.1177/1471301205051092
- Anderberg, P. (2009). *Bevarad värdighet vid vård av äldre personer på äldreboende*. Licentiatavhandlingar, Karlstads Universitet, Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Hämtad från: <http://kau.diva-portal.org/smash/get/diva2:276906/FULLTEXT01.pdf>
- Arnstein, S. (1969). A Ladder of Citizen Participation, *Journal of the American Institute of Planners*, 35:4, 216-224, DOI: 10.1080/01944366908977225
- Bengtsson, B. (u.å.). *Äldreboende*. Hämtad 19 April, 2015. Från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/%C3%A4ldreboende>
- Boström, M. (2014). *Trygghet – på vems villkor?: Uppfattningar om och erfarenheter av trygghet hos äldre personer med behov av omsorg*. Doktorsavhandling, Jönköpings universitet, School of Health Sciences. Hämtad från: <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:719116/FULLTEXT01.pdf>
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Dahlgren, L & Sauer, L. (2009). *Att forska i socialt arbete: utmaningar, förhållningssätt och metoder*. Lund: Studentlitteratur AB
- Duner, A & Nordström, M. (2005). *Biståndshandläggningens villkor och dilemman :inom äldre- och handikappomsorg*. Lund: Studentlitteratur AB
- Ekelund, C. (2014). *Att vara agent i sitt eget liv: Hur självbestämmande kan förstås, uppfattas och utvärderas i en kontext av hemmaboende sköra äldre personer*. Avhandling, Göteborgs universitet, Sektionen för Klinisk Neurovetenskap och Rehabilitering Institutionen för Neurovetenskap och Fysiologi. Hämtad från: [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34830/1/gupea\\_2077\\_34830\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34830/1/gupea_2077_34830_1.pdf)
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:376–381. doi: 10.1136/jech.2005.041616

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. (2015). *Vad gör en arbetsterapeut?*. Hämtad 19 April, 2015, från <http://www.fsa.se/Fakta-om-arbetsterapi/Vad-gor-en-arbetsterapeut/>

Hjalmarson, I., Norman, E., Trydegård, G-B. (2004). *Om man ska vara stöttepelare åt andra måste man stå stadigt själv: en studie om äldreomsorgens chefer och deras förutsättningar*. Hämtad från: [http://www.aldrecentrum.se/Global/Rapporter/2004/2004\\_2\\_stottepelare.pdf](http://www.aldrecentrum.se/Global/Rapporter/2004/2004_2_stottepelare.pdf)

Johansson, M., & Bergman, A-S. (2014). Mirakel inom äldreomsorgen?: idén om en salutogen äldreomsorg och dess omsättning i praktiken. *Socialvetenskaplig tidskrift, Vol.21(1)*, pp.67-84.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lindblom, P H & Nordback, K. (2013). *Svensk lag* (16. Uppl.). Uppsala: Iustus Förlag AB

Melander, A., Janssona, M &., Ghayeb, T. (2006) Reflections on an appreciative approach to empowering elderly people, in home healthcare. *International and Multidisciplinary Perspectives, 7:4*, 423-444, DOI: 10.1080/14623940600986991

Moritz, U. (u.å.). *Sjukgymnast*. Hämtad 19 April, 2015. Från <http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=sjukgymnast>

Rokenes, O., Hanssen, P-H, (2007) *Bära eller brista*. Malmö: Gleerups

Roos, C. (2009). *Delaktighet inom äldreomsorgen*. Malmö: Tryckt hos Holmbergs

Socialstyrelsen. (2014). *Vård och omsorg om äldre: jämförelser mellan kommuner och län*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19618/2015-1-4.pdf>

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber

Westlund, P & Sjöberg, A. (2013). *Planera för mirakel: arbeta salutogent, stärk kasam*. (2. Uppl.). Stockholm: Fortbildning AB

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur