



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

---

## *”Det är svårt”*

– En undersökning om habiliterares förhållningsätt till boende med en intellektuell funktionsnedsättning och de boendes hälsa vid en servicebostad i Gävleborgs län.

Maria Larson

2012

Examensarbete, kandidatnivå, 15 hp

Folkhälsovetenskap

Folkhälsovetenskap: teorier och metoder med tillämpning och examensarbete

Hälsopedagogiska programmet

Examinator: Maria Lennernäs

Handledare: Susanne Gustafsson

---

## **Abstract**

Larson, M. (2012). *“It’s difficult” – A study of nursing staffs attitudes towards the residents and their health at a service flat in the county of Gävleborg*. Bachelor’s thesis in public health. The faculty of health and occupational studies, University of Gävle, Sweden.

The overall aim with this study was to explore the understanding of how nursing staff - at a service flat in the county of Gävleborg, is related to the residents with intellectual disabilities, with regard to the residents' health. Five personal research interviews were conducted with nursing staff in a sheltered housing. The survey was based on a qualitative method with semi-structured interviews. Five nursing staff aged 27-57 were participated in this investigation. The analysis was conducted, by using a thematic approach.

My overall findings show that Nursing staff have different roles to play depending on the situation in their relationship with the residents. They also face difficult decisions when it comes to residents' health versus the residents' right to self-determination. The lack of understandings consequences of their (residents) choices is also seen as a reason for their health situation. Nursing staff calls for educated in nutrition and health issues for them and the residents, but also guidelines in their health promotion.

**Keywords:** Intellectual Disabilities, Empowerment, Nursing staff, Health promoting

## Sammanfattning

Larson, M.(2012). *"Det är svårt"* – En undersökning om habiliterares förhållningsätt till boende med intellektuell funktionsnedsättning och de boendes hälsa vid en servicebostad i Gävleborgs län. C – uppsats i Folkhälsovetenskap. Akademin för hälsa och arbetsliv, Högskolan i Gävle.

Det övergripande målet inom den Svenska folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Det ses särskilt viktigt att hälsa främjas bland de grupper som är mest utsatta för ohälsa. En av dessa grupper är individer med utvecklingsstörning. Forskning visar att denna grupp har en ökad sårbarhet att insjukna i sjukdomar relaterat till levnadsvanor. Ett stort ansvar för dessa individers hälsa ligger på habiliterare som ska främja jämna levnadsvillkor, men endast om individen själv vill.

Syftet med uppsatsen är att utforska förståelse om hur habiliterare - vid en servicebostad i Gävleborgs län, förhåller sig till boende med intellektuell funktionsnedsättning, när det gäller de boendes hälsa. Fem personliga forskningsintervjuer har genomförts med habiliterare, i åldrarna 27 – 57 år, på ett serviceboende. Undersökningen bygger på en kvalitativ metod med halvstrukturerade intervjufrågor.

Ett antal hinder och möjligheter framgår och beskrivs i uppsatsen. Personalen upplever bland annat Lagen om stöd och service (LSS) som ett hinder i deras hälsofrämjande arbete då den ger individen rätt till självbestämmande, inflytande och delaktighet i deras egna liv. Den bristande kunskapen inom området hälsa hos habiliterare, men framför allt hos de boende, upplevs av personalen som hindrande faktorer i en hälsofrämjande strävan.

Habiliterare har i sin relation till de boende olika roller beroende på situation och ställs ofta inför svåra beslut när det kommer till de boendes hälsa kontra de boendes rätt till självbestämmande.

Personalen efterfrågar riktlinjer för hur det hälsofrämjande arbetet vid servicebostaden ska kunna genomföras men även kompetensutveckling inom kost och hälsa, både för personal och de boende.

Nyckelord: Intellektuell funktionsnedsättning, Självbestämmande, Habiliterare, Hälsofrämjande

## **Förord**

Jag vill rikta ett stort tack till den personal som deltog i min undersökning och som delade med sig av sina upplevelser och erfarenheter.

Tack till familj och vänner, pappa för ditt enorma stöd under denna process. Stort tack till handledare Susanne Gustafsson för kloka råd och kommentarer.

Slutligen, tack till alla de personer, habiliterare och boende som jag stött på i mitt arbete som habiliterare. Ni har fått mig att se världen ur ett helt annat perspektiv och utan er hade denna uppsats aldrig blivit skriven.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION.....</b>	<b>1</b>
Inledning.....	1
<b>BAKGRUND.....</b>	<b>3</b>
Historiskt perspektiv på individer med funktionsnedsättning .....	4
Stödjande miljöer för de boendes hälsa? .....	6
Funktionshindrades ohälsa .....	7
Personalens roll och betydelse.....	9
Syfte.....	10
Frågeställningar .....	10
<b>METOD.....</b>	<b>10</b>
Val av ansats .....	10
Urval .....	11
Datainsamling .....	12
Dataanalys .....	13
Etiska överväganden.....	13
<b>RESULTAT .....</b>	<b>14</b>
Personalens förhållningssätt; 3 olika typer .....	14
Etiska och moraliska dilemman.....	16
Självbestämmande till varje pris.....	17
Behov av kunskapsutveckling .....	19
Hälsofrämjande - enligt lag eller moral? .....	20
Möjligheter och hinder i förverkligandet av hälsofrämjande praktik.....	21
Sammanfattning av resultatet .....	24
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>24</b>
<i>Personalens förhållningssätt; 3 olika typer.....</i>	<i>24</i>

<i>Etiska och moraliska dilemman</i> .....	25
<i>Självbestämmande</i> .....	25
<i>Behov av kunskapsutveckling</i> .....	25
<i>Hälsofrämjande</i> .....	25
<i>Möjligheter och hinder i förverkligandet av hälsofrämjande praktik</i> .....	26
Metoddiskussion.....	27
Slutsats.....	29
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>30</b>
Bilaga I. Intervjuguide.....	
Bilaga II. Missivbrev .....	

# INTRODUKTION

## Inledning

För den svenska nationella folkhälsopolitiken har elva målområden utarbetats. Dessa målområden omfattar de bestämningsfaktorer som anses ha största betydelse för den svenska folkhälsan (Prop. 2002/03:35). Det övergripande målet inom folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Särskilt viktigt är det att främja hälsa bland de grupper som är mest utsatta för ohälsa (WHO, 1986).

Gruppen funktionshindrade brottas med omfattande ohälsoproblem. Självupplevd ohälsa är tio gånger vanligare inom gruppen funktionshindrade än bland befolkningen i övrigt (Arnhof, 2008). Vid jämförelse med den svenska befolkningen i stort är gruppen funktionshindrade överrepresenterade när det gäller övervikt och fetma, ohälsosamma matvanor och inaktiv livsstil. Hjärt- och kärlsjukdomar och högt blodtryck är också förekommande i större utsträckning bland utvecklingsstörda än i befolkningen i sin helhet (Adolfsson, 2010a).

Med utvecklingsstörning avses fördröjd eller inkomplett utveckling, vilket kraftigt kan begränsa personers tillgång till mognad och färdigheter (ICD-10-SE). I diagnosmanualerna ICD10 samt DSM-IV delas utvecklingsstörning upp i fyra olika grader (ICD-10-SE, 2011).

**Lindrig psykisk utvecklingsstörning**, där IQ ligger mellan 50-69 vilket innebär en mentalålder från 9-12 år, **Medelsvår psykisk utvecklingsstörning**, där IQ ligger mellan 35-49 vilket innebär en mentalålder från 6-9 år, i vuxen ålder, **Svår psykisk utvecklingsstörning**, där IQ ligger mellan 20-34 vilket innebär en mentalålder från 3-6 år i vuxen ålder samt **Grav psykisk utvecklingsstörning**, där IQ ligger under 20, vilket innebär en mentalålder under 3 år (ICD-10-SE, 2011). Funktionsnedsättning används som ett samlingsbegrepp för de funktionshinder som uppkommit på grund av fysisk eller psykisk sjukdom eller skada, varav utvecklingsstörning är en. Gruppen funktionshindrade ska därför inte förstås på ett entydigt sätt, utan här ryms en mångfald av tillkortakommanden och behov av skilda slag, både sociala, mentala och fysiologiska (Söderman & Antonsson, 2011).

Att ge någon exakt siffra på hur många personer som har en funktionsnedsättning är vanskligt. Den statistik som Socialstyrelsen har tagit fram tycks vara den tillförlitligaste källan sett över tid och insats, dock framgår det inte hur många i den presenterade statistiken som har en intellektuell funktionsnedsättning. Sett till statistiken som sådan anger Socialstyrelsen i *Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2011* att 23 900 vuxna beviljats

insatsen boende år 2011. Motsvarande siffra fem år tidigare, dvs. 2006 var 20 900. Vad gäller barn var motsvarande siffror 1 300 år 2011 och 1 200 år 2006 (Socialstyrelsen 2012).

Folkhälsoinstitutet pekar också, i en rapport från 2008, på svårigheten att säkert ange hur många personer som har en funktionsnedsättning. *”En mängd olika definitioner används för att mäta hur många personer som har en funktionsnedsättning. Definitionerna är i sin tur beroende av det syfte som mätningarna har. Antalet personer med funktionsnedsättning varierar därför mellan olika studier. Hur många personer som har en funktionsnedsättning beror också på hur man räknar graden av funktionsnedsättning och om den räknas som stadigvarande eller inte.”* (Arnhof, 2008, s.13) Enligt uppgifter på Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörnings hemsida (FUB) finns det ungefär 38 000 barn, ungdomar och vuxna som har en utvecklingsstörning i Sverige. FUB definition av utvecklingsstörning: *”Utvecklingsstörning är en funktionsnedsättning som rör personens begåvningsutveckling och faktorer som påverkat den under utvecklingsåldern, d.v.s. före 16-18 års ålder.”* (<http://www.fub.se/fakta/>, nedladdad 2012-06-13) Således är det inte möjligt att ge någon exakt siffra på hur många personer i Sverige som har en intellektuell funktionsnedsättning i dagsläget.

Funktionsnedsättning behöver inte med automatik betyda att livet ska levas i ständig ohälsa. Ohälsa kan ses som en konsekvens av brister i levnadsvillkoren. Visst kan även direkta samband finnas till funktionsnedsättningen som sådan, men miljöförhållandena ska inte förglömmas (Arnhof, 2008).

Med hänsyn till gruppens kognitiva nedsättning, som kan variera, blir det lätt problematiskt för individer med utvecklingsstörning att planera, ta initiativ och slutligen tillgodose personliga näringsmässiga behov (Flygare & Wallén et. al, 2009).

Idag lever och bor individer med funktionsnedsättning i eget boende med mer eller mindre stöd av personal. Boendeformen kallas ”serviceboende” och dess avsikt är att förbättra de boendes villkor. Det krävs beslut enligt Lagen om stöd och service (LSS) för att få bo där. ”Boenden” är den term som brukar användas för personer som bor på serviceboenden. Boendeformen beskrivs i LSS (1993:387) som en plats där jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet skall främjas.

Allt detta kan ses som resultat av en lång historisk kamp, eller strävan. Under 1960-talet introducerades idén att gruppen funktionshindrade i allt högre grad skulle få tillgång till



”normala” liv. Handikapprörelsens målmedvetna arbete drevs utifrån principen att utforma ”normala” liv för funktionshindrade och den brukar refereras i termer av ”normaliseringsprincipen”.

Det var tankar och idéer utifrån normaliseringsprincipen som låg till grund för avvecklingen av institutionsboenden. Detta blev möjligt som svar på omfattande debatter i frågan. Allt fler hade insett att institutionsboende i sig försämrade levnadsförhållandena för gruppen funktionshindrade (Gustavsson, 2004).

Stora segrar har nåtts, men för att skapa samhälleliga förutsättningar till en god hälsa för gruppen funktionshindrade saknas ännu något. Normaliseringsprincipen har inte endast inneburit positiva förändringar, den har dessvärre skett på bekostnad av individernas hälsa, viken progressivt har försämrats (Adolfsson 2010a).

## **BAKGRUND**

World Health Organization (WHO) definierar hälsa som; ”*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (WHO, 1948). Det är en omfattande definition och för att tillämpas kan något mer konkret behövas. Fyrtio år senare presenterade WHO idén med hälsofrämjande arbete, något som beskrivs som en process: ”*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health*” (WHO, 1986) Processtänkandet ger individer möjlighet att själva öka kontrollen över sin hälsa samt förbättra den (Pellmer & Wrammer, 2003). Essensen i begreppet hälsofrämjande är att bästa effekt nås när insatser riktas mot flera nivåer samtidigt.

Begreppet ohälsa används ofta liktydigt med sjukdom (Medin & Alexandersson, 2009). En relativt stor del av samhällets samlande ohälsa återfinns bland individer med funktionsnedsättning. Självpupplevd ohälsa är tio gånger vanligare i denna grupp än bland landets övriga befolkning (Arnhof, 2008).

Hälsoproblem i gruppen funktionshindrade har många gånger ett direkt samband med funktionsnedsättningen, men är också ofta kopplade till livsvillkor och miljö (ibid). En funktionsnedsättning innebär inte per automatik att leva med ohälsa, tvärtom ses gruppens ohälsa många gånger som onödig (Arnhof, 2008). Det är därför av stor vikt att hälsofrämjande insatser når gruppen funktionshindrade, vars individer ska ha samma möjligheter som

normalbegåvade när det gäller att behålla sin hälsa. Hälsa kan också ses som en mänsklig rättighet (WHO 1986), och blir därför lika viktig för samtliga grupper i samhället med eller utan en funktionsnedsättning (Medin & Alexandersson 2009, Wamela, 2010).

### **Historiskt perspektiv på individer med funktionsnedsättning**

Individer med utvecklingsstörning har under lång historisk tid pekats ut som en speciell grupp i samhället. Under flera århundraden har dessa personer varit hånade, fruktade, förskjutna, förföljda och oönskade och tillskrivits karaktäristika som sinnesslöa, idioter och efterblivna. Stigmatiseringen blev emellertid ifrågasatt under 1960- talet, med följd att attityder och idéer om utvecklingsstörda delvis omvandlades. Numera lever individer med utvecklingsstörning lite mer som normalbegåvade, dock har vägen dit varit lång och snårig (Grunewald, 2009).

Historiskt sett kan stigmatisering av utvecklingsstörda spåras tillbaka till antiken då individer med utvecklingsstörning blev kallade *factus* eller *imbecill* vilket betydde svaghet i förståndet (Grunewald, 2009). Under Romartiden var det vanligt förekommande att utvecklingsstörda blev anställda av rika familjer som narr eller gycklare men till skillnad från antiken sågs de nu som heliga dårar med gudomliga förmågor.

Under medeltiden och i varierande grad ända fram till 1900- talet fanns märkliga föreställningar och idéer om barn födda med missbildning. Barn med svårigheter att gå eller tala, sades ha ”stannat i växten”. Det förekom också att barn likställdes med ”trollungar”, ”guds straff” eller ”djävulen själ” (fast i barngestalt). ”Bortbytingar” kallades de och ansågs ha bytt plats med det egna förlorade barnet. Störst var risken att råka ut för ett utbytt barn innan dopet hade ägt rum. Ansvar för att barn inte skulle bli ”bortbytt” var förlagt till modern. Om detta ändå skedde blev modern kallad till domstol, oftast med stränga straff som följd (ibid).

Vid sekelskiftet mellan 1800 och 1900 talet uppfattades ”sinnesslöa” barn och vuxna som ett samhällsproblem och som ett hinder för landets välfärd. I stället för att skydda gruppen från samhället väcktes frågan om hur samhället kunde skyddas från dem. Sinnesslöa förknippades med det förgångna och uppfattades av samhället som ett problem. Som en följd av detta resonemang föddes så småningom anstaltsvården (Grunewald, 2009).

Att föda ett barn med utvecklingsstörning har under lång historisk tid förknippats med påtagliga skamkänslor. Många föräldrar valde att lämna bort sina barn, redan vid förlösningsavdelningen. Föräldrar som trots allt hyst omsorg och idkad omvårdnad om sitt

utvecklingsstörda barn har riskerat stark kritik. Mödrar har skildrats som onaturligt bundna till sina barn. Deras personliga engagemang i barnet har setts som en belastning och en risk, att till och med skada sjukhusledningen. Synsättet bromsade omhändertagandet, eftersom de anhörigas kunskap och engagemang inte togs till vara. Istället fick föräldrarna rådet att lämna barnet vid anstalten och sedan glömma bort dess existens (Ökvist, 2010).

Under 1960-talet var frågan om normaliserade livsvillkor för utvecklingsstörda påtagligt närvarande i den då pågående debatten (Grunewald, 2009). Debatten låg till grund för den övergripande målsättningen inom handikappspolitiken: att samtliga individer med en funktionsnedsättning skulle kunna leva normala liv som alla andra (Tideman, 2000).

Normalisering blev därför den grundläggande principen vid utformandet av omsorgerna, oavsett grad av funktionsnedsättning. Insatserna integrerades i samhället i stort, vilket kan ses som ett uttryck i en strävan att nå normaliserade livsvillkor för utvecklingsstörda. Därmed också en sträva mot välfärdsstatens ideal om rättvisa, jämlikhet och solidaritet mellan medborgarna (Gustavsson, 2004).

Trots en gradvis integrering i normala livsvillkor för individer med utvecklingsstörning fick föräldrar till utvecklingsstörda barn, långt in på 1960-talet, rådet att lämna bort sina barn. Oftast följdes råden efter påtryckningar från sjukhuspersonal (Gustavsson, 1989).

Anstaltsvården och då främst institutioner, ansågs vara det bästa alternativet för barn med utvecklingsstörning. Motivet var att platserna kunde tillhandahålla barnen specialinriktade resurser vilket föräldrarna ej kunde erbjuda i samma utsträckning. För de föräldrar som satte sig emot idén kunde en lång kamp med många strider för barnens rättigheter i samhället följa. Det hände att familjer med utvecklingsstörda barn blev exkluderade, vilket kunde resultera i isolering från omgivningen och samhället (Grunewald, 2009).

Omsorgslagen inrättades år 1968. Lagen skulle innebära att individer som från början varit hänvisade till att bo på vårdhem, sjukhus eller anstalter nu fick laglig rätt till eget boende och dessutom sysselsättning, utbildning samt vård (Socialstyrelsen, 2007). Denna lag var även en skyldighetslag som innefattade landstingens ansvar för vård av individer med utvecklingsstörning.

Under 1970-talet började inackorderingshemmen (senare kallade gruppboheter) att inrättas. Den nya omsorgslagen som antogs 1986 var en rättighetslag, vilket innefattade individers rätt till särskilt stöd. Stödet kunde utformas på flera sätt utifrån psykologisk, medicinsk och social

specialkompetens men även till pedagogisk specialkompetens. Lagen om stöd och service (LSS) antogs 1994 varmed omsorgslagen från 1986 ersattes. Lagen om stöd och service innebar att individer med utvecklingsstörning skulle få en större delaktighet och självbestämmande över sina liv (Tideman, 2000). Det övergripande målet var att alla individer oavsett av funktionsnedsättning skulle kunna leva sina liv som alla andra samhällsmedborgare. Konkret betydde det tillgång till fullvärdig bostad, befriad från institutionellt utseende och som var personens privata och permanenta hem (Socialstyrelsen, 2007).

### **Stödjande miljöer för de boendes hälsa?**

För att underlätta för enskilda personer med funktionshinder att anamma de aspekter och faktorer som påverkar hälsan kan stödjande miljöer behöva utformas. Med stödjande miljöer avses såväl fysiska, mentala och sociala faktorer (Medin & Alexandersson, 2009).

Skapandet av stödjande miljöer är en av fem aspekter som särskilt beaktas i Ottawa Charter (WHO 1986). Vi människor lever i ett komplext samhälle, där livsstil kan förstås som svar på sammansatta händelser vid arenor skriver Ottawa Charter. Arenor kan förstås som 1) arbetsplatser, 2) hemsituationer och 3) fritidsaktiviteter. Hälsa kan ses som ett separat mål, och som ett resultat av hur vanor och beteenden vid de olika arenorna kan kopplas till varandra. Dessutom kan hälsa ses som en resurs för att nå andra mål i livet. Vanor och beteenden vid de olika arenorna ska formas så att dessa blir resurser för hälsan. Dokumentet efterfrågar ”...to encourage reciprocal maintenance – to take care of each other [and of] our communities” (WHO, 1986), vilket kan förstås som en sorts solidariskt handlande.

Det hälsofrämjande arbetet är som mest framgångsrikt när individen själv driver och därmed också tar ansvar för sin hälsa (Medin & Andersson, 2009), vilket sätter fokus på delaktighet.

Delaktighet, inflytande och självbestämmande hålls fram som viktiga aspekter i Ottawa Charter (WHO 1986). I Lagen om stöd och service (1983:387) betonas också vikten av att stärka de funktionshindrades delaktighet i samhällslivet. Delaktighet är ett centralt begrepp i världshälsoorganisationens (WHO) klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Gustavsson, 2004). Det är även ett begrepp som står i fokus inom den svenska handikapppolitiken. Den främsta anledningen till detta anses vara att individer med utvecklingsstörning under lång historisk tid varit isolerade från samhället. Begreppet delaktighet har blivit ett samlingsord som beskriver en politisk (handikapp) strävan för lika rättigheter dock varierar innebörden i begreppet beroende på sammanhang.

Inom handikappspolitiken är begreppet delaktighet ett relativt nytt begrepp, dock på ett gammalt problem nämligen funktionshinderades sociala utanförskap. Begreppet delaktighet upplevs vara ett sätt att tala om gamla problem och anses blivit utvecklat som ett politiskt-ideologiskt begrepp och där den enda chansen att få syn på delaktighetens grundläggande innebörder är att studera begreppets användning (Gustavsson, 2004).

Delaktighet är ett tämligen diffust begrepp, något som det riktats kritik mot inom den svenska handikappspolitiken. Begreppet innefattar både *självständigt ansvar*, att bestämma över sitt eget liv och att vara autonom - även om det innebär att individen ej kan utföra aktiviteterna på egen hand. För att uppleva delaktighet är det därför viktigt med motivation, egen vilja samt personliga mål. Dock läggs ett stort ansvar på samhället, att tillhandahålla individer med utvecklingsstörning de resurser som krävs för att uppnå detta (Gustavsson, 2004).

Serviceboende kan med andra ord betraktas som en serviceform, där hälsofrämjande arbete ska eftersträvas. Även begreppet kan tillämpas på serviceboenden, där stödjande miljöer för hälsan skulle kunna utvecklas. Graden av delaktighet tycks bli central.

### **Funktionshinderades ohälsa**

Ohälsan bland individer med funktionsnedsättning kan kopplas till kända bestämningsfaktorer såsom brist på inflytande, delaktighet samt självbestämmande (Arnhof, 2008). Tidigare forskning visar att avvecklingen av institutionerna som påbörjades under 1960- talet förstärkte funktionsnedsatta individers tillgång till delaktighet, inflytande och självbestämmande över sina liv (Bryan et. al 2000). Detta är oerhört positivt men samma författare hävdar att överföringen från institution till service boende även haft negativ inverkan på de boendes livskvalitet: Matvanorna försämrades rejält, vilket kan ses som en av orsakerna till den utbredda ohälsan bland individer med funktionsnedsättning, framför allt bland individer med utvecklingsstörning.

Forskning visar att gruppen funktionshinderade i större utsträckning lider av hälsoproblem jämfört med svensk befolkning i övrigt. Bland annat är gruppen överrepresenterad när det gäller övervikt/fetma, ohälsosamma matvanor och inaktiv livsstil. Även hjärt-kärl sjukdomar och högt blodtryck förekommer i större utsträckning bland individer med utvecklingsstörning (Flygare- Wallén et. al, 2009). Med hänsyn till grad av kognitiv nedsättning kan det bli problematiskt för individer med utvecklingsstörning att planera, ta initiativ och tillgodose näringsmässiga behov (Flygare- Wallén et. al, 2009). Mat som tidigare tillagades av professionella kokerskor i centrala kök tillagas i dag av individerna själva med eller utan hjälp

och stöd av personal (Bryan et. al, 2000). Social förändring är sällan entydig och det finns troligtvis både positiva och negativa följder av den omfattande omvandling som avvecklandet av institutionerna innebar.

Adolfsson (2010a) anser att de näringsmässiga begränsningarna kan förklaras med att kostansvaret förskjutits från institution till individerna själva när det gäller planering, inhandling och tillagning av måltider. Detta ansvar innefattar beslut som många av dessa individer inte kan hantera i och med sin utvecklingsstörning. De har fått friheten att välja vad de vill men saknar ibland kapacitet att reflektera över dess konsekvenser för hälsan.

Normaliseringen har därmed inte enbart inneburit inflytande över matvanor utan har även oavsiktligt fått näringsmässiga konsekvenser (Adolfsson et. al, 2010b), vilket framgår av tabellen nedan.

Tabell 1. Funktionshindrades användning av färska ingredienser, halvfabrikat, färdiglagade maträtter, frukt och grönsaker i relation till tillagning av mat, med eller utan stöd av personal (Adolfsson et. al, 2010b s. 11). Resultatet anges i procent.

Foodwork practise (numbers of outcomes)	Fresh Ingredients	Semi-convenience products	Ready prepared meals	Fruits and vegetable
Foodwork by oneself for oneself (29)	7	41	59	34
Foodwork in cooperation with staff (30)	53	57	20	73
Foodwork disciplined by Staff (15)	60	47	7	40
Foodwork by staff (112)	53	30	25	68

Den svenska studien visar, vilket också framgår av tabell 1, att konsumtion av färdiglagade maträtter är högre (59 %) bland de boende som lagar maten själva än när maten lagas i personalens närvaro (20 %). Intaget av frukt och grönsaker är endast 34 % när de boende lagar mat själva och 73 % då måltiderna lagas med stöd av personal. Även sockerintaget blir avsevärt mycket större när inte personal deltar (Adolfsson et. al, 2010b).

Som tabell 1 indikerar blir personalens deltagande i planering och tillagning av måltider betydelsefull och ibland avgörande för om funktionshindrade personer kommer äta måltider med färska ingredienser, halvfabrikat eller inta färdiglagad mat. Mot den här bakgrunden kan det konstateras att om servicebostäder ska betraktas som stödjande miljöer krävs särskilda insatser av personalen. Personalens roll och betydelse är en central förutsättning för att goda matvanor ska skapas.

### **Personalens roll och betydelse**

Habiliterare arbetar med habiliteringen vilket enligt Socialstyrelsen definieras på följande sätt: *”insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”* (Socialstyrelsen 2010). Det är viktigt att habiliterare besitter nödvändiga kunskaper, vilket kan krävas för att uppmuntra och främja goda matvanor bland de boende. Personalen har således en nyckelfunktion. Dock indikerar forskning att det finns brist på kunskap och otillräcklig träning hos personalen (van Schrojenstein Lantman- de Valk, 2005), vilket kan bli problematiskt.

Personal är i dag mycket sällan anställd för att laga mat utan snarare för att visa omsorg (Adolfsson, 2010b). Givetvis förväntas habiliterare såväl som verksamhetsledningen bidra till att främja de boendes hälsa. När de boende saknar intresse för hälsofrämjande initiativ och modeller blir detta ett problem. Hänsyn till individernas självbestämmande, delaktighet, inflytande och rätt till autonomi ska givetvis alltid beaktas.

För habiliterare och i viss mån även chefer - kan detta resultera i etiska och moraliska dilemman där personal förväntas stödja en hälsosam levnadsstil bland de boende. De förväntas planera och tillaga måltider utifrån gruppens näringsmässiga behov och samtidigt värna om de boendes autonomi (Adolfsson et. al, 2010b). Detta dilemma öppnar således upp för en mängd frågeställningar; vilket motiverar en uppsats om hur habiliterare, utifrån ett hälsoperspektiv, förhåller sig till de boende med en intellektuell funktionsnedsättning.

## **Syfte**

Syftet med uppsatsen är att utforska förståelse om hur habiliterare - vid en servicebostad i Gävleborgs län, förhåller sig till boende med intellektuell funktionsnedsättning, när det gäller de boendes hälsa.

## **Frågeställningar:**

- Hur uppfattar habiliterare sitt förhållningssätt gentemot de boende, när det gäller deras hälsa?
- Vad betyder Lagen om stöd och service för habiliterarna och deras dagliga arbete med de boende vid servicebostaden?
- Vilka förutsättningar krävs för att habiliterarna ska kunna arbeta hälsofrämjande vid servicebostaden för de boende?
- Vad hindrar habiliterare från att verka hälsofrämjande?

## **METOD**

### **Val av ansats**

Fokus i uppsatsen har riktats mot att utforska informanternas förståelse av världen, så som den gestaltas från de intervjuades egen synvinkel och därför valdes en utforskande design. Mot denna bakgrund valdes en kvalitativ ansats (Bell, 2000). Med ett frågeformulär hade troligtvis en större del av arbetsstyrkan på boendet kunnat nås och kvantifierbara data hade kunnat samlas in. Möjligheten till djupare förståelse om enskilda habiliterares överväganden i samband med förhandlingar om hälsorelaterade värden och idéer - dels mellan varandra och dels i relation till de boende – kan då gå förlorad. I fokusgrupper å andra sidan skulle flera sätt att förhålla sig till de boendes hälsa ha kunnat fångas upp och diskuteras. Att genom personliga intervjuer och med hjälp av följdfrågor ”borra sig” djupare och djupare i förståelse, antogs vara den mest framgångsrika metoden (Kvale, 2009).

Inspiration har hämtats från hermeneutiken som vetenskapssyn där tolkning är betydelsefull (Hartman, 2004). Inom hermeneutiken är Livsvärldsbegreppet centralt och med livsvärld avses den värld där de intervjuade befinner sig, den plats varifrån vissa ting ges en bestämd mening. Inom hermeneutiska undersökningar är det individens livsvärld och den mening som individerna sammanfogar till sig själva och de situationella sammanhangen, vilka omger dem som ska beskrivas (ibid).



Tolkning är det sätt med vilket vi människor skaffar oss - och rättfärdigar - vår förståelse av individers livsvärld. Det har varit betydelsefullt att ta del av hur intervjupersonerna vid servicebostaden själva *föreställer* sig sin livsvärld i motsats till *hur* världen faktiskt är (Hartman, 2004). Då öppenhet och flexibilitet beskrivs som ledstjärnor (Kvale & Brinkmann 2009), i den kvalitativa forskningsintervjun har detta eftersträvats. Stor vikt har fokuserats på att utforska de intervjuades sätt att tänka, handla och bete sig, och inte minst, känslor som de intervjuade ger uttryck för.

## **Urval**

Då det är omständigheter runt en speciell företeelse som ska undersökas lämpar sig ett snöbollsurval. Utifrån att snöbollsurval beskrivs som ett beprövat sätt att nå informationsrika deltagare samt åstadkomma ett bra intervjudeltagande (Patton, 2010), är det denna urvalsprincip som tillämpats. Urvalet till denna undersökning har skett i två steg, det vill säga genom ett tvåstegsurval (Ahrne & Svensson, 2011).

Det första steget bestod i att kontakta verksamhetschefen för servicebostaden belägen i Gävleborgs län. Verksamhetschefen blev informerad om uppsatsens syfte samt kriterier för urval. Kriterium för urvalet var att deltagare skulle ha arbetat på arbetsplatsen minst sex månader. Då det inte är kvantitet, utan kvalitet i data som eftersträvas är ett mindre antal informanter att föredra framför ett större antal. Fem intervjuer bedömdes därför ge tillräckligt kunskapsunderlag och anses även av Thomsson (2002) vara ett rekommenderat antal deltagare vid en uppsats på C- nivå. Som Ahrne & Svensson (2011) uttrycker det gäller det att välja personer som besitter erfarenhet samt/eller information som kan vara av intresse för uppsatsen. Efter att verksamhetschefen gett sitt godkännande gick urvalet vidare till det andra steget.

I det andra steget kontaktades till att börja med den person som verksamhetschefen föreslagit. Därefter fortskred det genom att denna deltagare tipsade vidare till nästa person och så vidare (Patton 2010). Även om det är företeelser runt en speciell kontext som ska undersökas, så som personalens förhållningssätt till de boende, samt dess betydelse för de boendes hälsa finns en risk med denna form av urval. Nämligen att informanterna har vissa gemensamma attityder och erfarenheter vilket kan försämma slutproduktens allsidighet (Ahrne & Svensson, 2011). Den servicebostad jag valde ut att genomföra min undersökning vid ligger i ett vanligt bostadsområde med hyresrätter. Servicebostaden har nio servicelägenheterna samt en gemensam lägenhet. De boende, som är intellektuellt funktionsnedsatta, har en egen lägenhet

som består av kök, sovrum vardagsrum och badrum/wc. På servicebostaden jobbar tio habiliterare. Habiliterarnas arbetsguppfigter består av att hjälpa de boende i deras vardagliga liv vilket kan inbegripa hygien, städning, inhandling och planering av mat, matlagning, tvätt, följa med vid ex. läkarbesök osv.

### **Datainsamling**

Ett missiv brev (se bilaga I) skickades till verksamhetschefen för den servicebostad där undersökningen ägde rum. Detta för att få ett godkännande till att genomföra undersökningen vid arbetsplatsen. Därefter kontaktades den första intervjupersonen (vid arbetsplatsen vilket skedde efter anvisning av verksamhetschefen vid servicebostaden). Via telefon bestämdes dag, tid samt plats för genomförande av intervjun. Intervjupersonen tipsade även vidare till nästa intervjuperson. Intervjupersonerna fick själva bestämma var intervjuerna skulle genomföras. Platsen för respektive intervju valdes med omsorg då det var viktigt att miljön där intervjun genomfördes skulle vara ostörd. Det var även viktigt att intervjupersonen kände sig trygg och att det ej skulle finnas några åhörare under intervjun (Trost, 2010).

Intervju som insamlingsmetod kan ha olika syften, bland annat kan det ge olika perspektiv på ett och samma fenomen och olika människors upplevelse samt/eller tolkning av samma sak (Thomsson, 2002).

En halvstrukturerad intervjuguide utformades med fyra teman; *Mötet mellan personal och boende, Hälsöfrämjande inslag/finns det? Hinder i det hälsofrämjande arbetet samt Möjligheter i det hälsofrämjande arbetet* (se bilaga II). Några dagar innan intervjuerna skulle äga rum fick de fem intervjupersonerna tillgång till intervjuguiden för att på så vis förbereda sig inför intervjun. De uppmanades att fundera igenom temaområdena för att kunna bidra med så utförliga svar som möjligt. Med hjälp av följdfrågorna skapades ändå spontanitet och kreativitet vid intervjutillfället. Bandspelare användes och detta klargjordes med varje deltagare inför respektive intervjutillfälle. Observationsanteckningar fördes också i direkt anslutning till varje intervju. Detta för att anteckna sådant bandspelaren inte kunde registrera, såsom kroppsspråk och reaktioner. Intervjuerna varade mellan 29 – 58 minuter och genomfördes under vecka 17 år 2012. Undersökningsgruppen bestod av fem stycken habiliterare i åldrarna 27-57 år. Deras utbildning varierade mellan omvårdnadsprogrammet, barn och fritidsprogrammet och samhällsekonomiska programmet. Habiliterarna hade varit anställda vid servicebostaden mellan 5 och 15 år.

## **Dataanalys**

Det inspelade materialet lyssnades igenom flera gånger, varpå de avsnitt som bedömdes betydelsefulla för analysen, transkriberades ordagrant (Thomsson, 2002). Lyssnandet genomfördes för att aktivt kunna reflektera över det som sades under intervjun.

Jag ställde frågor till data; Vad säger hon/han?, hur säger hon det?, vad handlar det här om, egentligen? Samtidigt som de inspelade banden lyssnades igenom, förde jag anteckningar kring sådant som kom upp. Vid upprepade tillfällen var jag tvungen att gå tillbaka och lyssna igenom materialet igen då det saknades en kontext, såsom intervjuarens tonläge.

När den processen var avklarad gick analysen vidare till det andra steget som handlade om att identifiera teman. Ett tema kan förstås som en meningsutsaga som framträder som relevant fakta (Ely et. al, 1993).

Jag satte upp utskrifterna på väggen och använde olika färgpennor för att stryka under mindre och större fragment i utskrifterna som bedömdes ha betydelse för analysen. De understrukna textbitarna som markerats med en och samma färg, gick att föra samman. Textbitarna klipptes isär, dessa skulle sorteras och ordnas till teman. Stor koncentration förlades på att vaska fram dessa teman. Detta skedde genom att valda delar av materialet fogades till varandra. Att fastställa en uppsättning teman beskrivs som av största vikt (Kvale, 2009). Genom att skapa teman av ett material blir det hanterbart och går att bekanta sig med. Precis som Ely et al. (1993) beskriver det, var det genom att tänka, läsa, pröva sig fram och förändra som temana gradvis växte fram.

Detta pågick tills all meningsfull information hade tagits fram och integrerats i sex teman: Personalens förhållningssätt - tre olika typer, Etiska och moraliska dilemman, Självbestämmande till varje pris, Behov av kunskapsutveckling, Hälsofrämjande enligt lag eller moral, Möjligheter och förhinder i förverkligandet av hälsofrämjande praktik.

Dessa teman fick sedan utgöra underrubriker i resultatredovisningen. På detta sätt kunde sedan tematiska beskrivningar skrivas fram.

## **Etiska överväganden**

För att tillgodose samtyckeskravet i etiska riktlinjer har informanterna (enligt Vetenskapsrådets fyra krav) informerats om undersökningens syfte och uppsatsens upplägg i stort innan beslut fattats om deltagande. Informationskravet har beaktats genom att informanterna informerats om att deltagandet i undersökningen var frivilligt.

Intervjupersonerna blev även informerade om, enligt samtyckeskravet, att de när som helst kunde avböja att besvara fråga/or samt att de när som helst kunde välja att avbryta intervjun. Vidare blev deltagarna informerade att all insamlad data skulle förvaras och behandlas konfidentiellt samt att samtliga deltagare och deras arbetsplats skulle redovisas konfidentiellt på ett sådant sätt att utomstående ej ska kunna identifiera enskilda individer eller arbetsplats. I samband med transkribering avkodades informanternas identiteter, för att uppfylla konfidentiellkravet. För att uppfylla nyttjandekravet blev informanterna även informerade om att materialet som inhämtades genom intervjuerna endast skulle användas i ett vetenskapligt syfte (Vetenskapsrådet, 2002). Intervjupersonerna fick själva välja var han/hon önskade att bli intervjuad för att skapa en trygghet hos intervjupersonen. Personernas namn är i det presenterande resultatet figurerade och de heter egentligen någonting annat.

## **RESULTAT**

Under denna rubrik presenteras resultatet som framkommit av intervjuerna med personalen vid servicebostaden. Resultatet är uppdelat på de teman som framkom vid dataanalysen.

### **Personalens förhållningssätt; 3 olika typer**

Det framgår ur intervjuerna att personalen har olika sätt att se på sitt förhållningssätt i relation till de boende och deras hälsa. Kim som är 29 år och har arbetat som habiliterare efter vård och omsorgslinjen vid gymnasiet 2009, ser sig själv som en ”coach”. Som coach försöker Kim motivera och coacha de boende till att välja nyttigare mat samt att få de med ut och motionera. Det gäller att förse de boende med kunskap om vad som är bra näringsmässiga alternativ samt vilka fördelar samt nackdelar det innebär att gå ned samt upp i vikt, säger Kim:

*”Man kan inte tjata ihjäl sig på dem för då kan det lätt gå åt andra hållet och då lyssnar de inte alls”.*

För Kim innebär arbetet som habiliterare att vara professionell, att förse individerna med kunskap men att de i slutänden tar sitt beslut själv.

Kim ger uttryck för att vilja inspirera och motivera de boende, - vilket Kim själv kallar Coacha - till att göra saker de själva tycker om, som exempelvis att simma på simhallen, vilket samtidigt är en motionsform. Att väcka lust hos de boende, som sedan själva kan upprätthålla motionsformen, verkar vara vad Kim eftersträvar.

*”Jag har fått igång en att spela fotboll...han rör på sig mycket men det är jag som har fått honom till det och det känns så skönt att få igång honom att göra det.”* (Intervju med Kim)

Kim berättar hur en boende börjat spela fotboll regelbundet efter Kims påtryckningar. Situationen upplevs inte bara som en seger för den boende utan även för Kim, eftersom det arbete som lagts ned äntligen har givit resultat. Kim säger sig ha fått mersmak till att fortskrida det hälsofrämjande arbetet på boendet: *”Man måste kämpa sig fram och ha tåla mod och försöka.”* (Intervju med Kim) Dock säger Kim att det är viktigt att personkemin fungerar mellan personalen och den boende, samt att den boende känner sig trygg och därmed vågar prova sig fram, med personalens stöd, till alltmer hälsofrämjande vanor.

Även Linda 27 år gammal ser sin roll som en coach i relation till de boende och deras hälsa. Lindas strävan är att motivera de boende till en ständigt pågående livsstilförändring. Hon säger att hennes viktigaste uppgift i rollen som habiliterare är att se till att de boende mår bra. Till skillnad från Kim anser hon att detta inte enbart ska ske genom att förse de boende med bättre kunskap och sedan överlämna beslutet till de boende själva. I stället ska det ske genom att bildligt ta de boende i handen och leda dem till bättre hälsovanor.

Kristina 57 år gammal har arbetat som habiliterare vid boendet sedan femton år tillbaka. Hon säger att riktiga råvaror är A och O:

*”Jag skulle aldrig peka på en kartong med hamburgare eller så här; hjälpa de boende. Jag skulle aldrig köpa färdiga köttbullar heller. Jag vill att vi gör från grunden, med riktig köttfärs; köttbullar...köttfärssås. Jag vill verkligen göra det från grunden steka strömming och göra fiskgratäng”* (Intervju med Kristina).

Kristina säger att det är hennes önskan om att få mer tid och utrymme till att laga mat från grunden med riktiga råvaror tillsammans med de boende. Hennes inställning bottnar inte endast i hennes egen syn på hälsa, utan på en passion för hemlagad mat. Istället grundar det sig på en pedagogisk aspekt; att involvera och lära de boende att laga mat i stället för att värma en färdig matlåda i mickrovågsugnen. Först och främst ser sig Kristina som pedagog i relation till de boende. En lärare som ska tillhandahålla kunskap inom exempelvis matlagning och fysisk aktivitet. Därmed vårdar hon en förhoppning om att de boendes självförtroende ska stärkas, berättar hon. Det i sin tur ska förhoppningsvis leda till hälsosamma beslut. Målet är att minska konsumtionen av halvfabrikat och skräpmat.

Ida 29 år, utbildad vid barn och fritidsprogrammet och Anna 36 år, utbildad undersjuksköterska har båda arbetat som habiliterare i tio år. Båda berättar att de upplever sin roll i relation till de boende som en sorts förälder. Båda känner ett stort ansvar för de boende och deras hälsa, men de boende lyssnar inte, säger dem. Ida berättar att hennes försök att påverka de boendes levnadsvanor oftast möts med irritation och suckar. De påminner henne om att hon inte är deras förälder *”Det är vanligt att man får höra att du inte är min morsa och att man inte ska lägga sig i.”* (Intervju med Ida)

Kristina antyder också risken med att som habiliterare bli förknippad med föräldrarollen:

*”Det är lätt för oss i personalen att bli som en förälder med en pekpinne som säger nej det där ska du inte äta.”*(Kristina Intervju)

De olika typerna coach, pedagog och förälder bottnar i föreställningar och idéer som tycks ha många beröringspunkter med förhållningssätt mellan personal och de boende. Både Kristina, Anna och Kim berättar att det ibland hettar till i arbetsgruppen när samtalen glider in på olika synsätt på hälsa, vilket även ligger till grund för att det i arbetsgruppen kan uppstå konflikter.

*”Jag tycker att man måste ju gå en timme om det ska vara någon vits men andra kanske tycker att det räcker med 15 minuter.”*(Intervju med Kristina)

Fremst brukar konflikter uppstå kring hur det hälsofrämjande arbetet ska genomföras exempelvis tid för promenad samt vad gränsen för bristande delaktighet, självbestämmande och inflytande går. Det vill säga när personalen upplever att de gått över gränsen för vad de i sin yrkesroll har rätt till.

### **Etiska och moraliska dilemman**

*”Vi ska arbeta med händerna bakom ryggen och ge den hjälp de behöver.”* (Intervju med Anna)

Arbetet som habiliterare, säger Anna kan likställas med att bildligt talat *”alltid arbeta med sina händer bakom ryggen”*. Det innebär en begränsning i personalens handlingsutrymme. Deras uppgift kan liknas vid att i de boendes vardagliga liv finnas i bakgrunden som ett bollplank där de ska ge de boende ett moraliskt stöd utan att för den delen *”ta över”*.

Som habiliterare ställs man inför etiska och moraliska dilemman. Det handlar oftast om att neka en boende något, fast personal, såsom de själv uttrycker det, har egentligen inte rätt att göra det.

Kim och Ida berättar om de boendes hemmadag tillsammans med personal. Då ska inhandling av matvaror ske och mat ska göras tillsammans med de boende. En inköpslista skrivs tillsammans med de boende innan de går till butiken. Allt för ofta vill de boende handla något på affären som inte står skrivet på matlistan och som deras godemän, som oftast är deras föräldrar, har givit instruktioner om att de ska inhandla för sina fickpengar.

*”Godemannen har sagt att du inte får lägga pengar på läsk utan det får du köpa för dina fickpengar. Men jag vet inte hur mycket vi egentligen får stå och bestämma på Ica liksom...det är jätte svårt! Godemannen är ju dessutom väldigt ofta en nära anhörig.”*

(Intervju med Ida)

Kim och Ida berättar att många upplever detta som ett etiskt och moraliskt dilemma. Å ena sidan är det de boendes egna pengar, och å andra sidan vill både personal och föräldrar främja hälsosammare alternativ. Då försöker man avleda de boende från godishyllorna, berättar Kim:

*”Man ska inte säga nej för det får man inte säga men man ska försöka avleda dem.”* (Intervju med Kim).

Ida försätter att berätta: *”Om en förälder har sagt, nu får han inte köpa en massa läsk och grejer och så står man där på Ica och så ska han absolut ha läsk och så säger man Nej...då känns det lite...jaha hur mycket har jag rätt att stå här och säga nej...vad tänker folk runt omkring? ...vad är det där för kärring som säger att han inte får köpa läsk?”*

### **Självbestämmande till varje pris**

Idén om en hälsofrämjande strävan är ständigt närvarande i personalens arbete. Relativt mycket tid läggs på arbetslagsträffarna för dessa frågor, berättar personalen. Här ges även utrymme att diskutera dilemman och andra problem.

Paradoxalt nog säger personalen att Lagen om stöd och service som ska bidra till ökad delaktighet samt skapa jämlikhet kan ibland också upplevas som ett hinder. Det är inte lätt att verka hälsofrämjande vid en servicebostad, säger Ida.

*”Jag vill inte att någon ska komma hem till mig och berätta hur jag ska äta. Samtidigt; - om jag mår dåligt, äter ihjäl mig, går inte ut motionerar inte...det är mycket inom LSS som förhindrar de som behöver hjälp och det bör finnas en gräns... ”stopp” för deras eget bästa.”*

(Intervju med Kim)

Ofta uppstår situationer, där Kim vill gå in och styra och bestämma mer. Det gäller framför allt boende med en ohälsosam levnadsstil. Kim anser därför att LSS allt för många gånger stjälp, snarare än hjälper och är kritisk mot lagens utformning.

Ida bekräftar idén att en hälsofrämjande strävan på servicebostaden ständigt pågår. Det sker främst genom att motivera och inspirera de boende till att motionera, men också till att ändra sina matvanor. Ida säger att det hälsofrämjande arbetet är svårt då de boende alltför ofta tackar nej till att delta i erbjuden träningsaktivitet/övning samt hjälp med tillaga nyttigare måltider. Det som står i vägen för att göra insatserna hälsofrämjande, är individernas fria vilja, säger Ida.

*”När de vet om sin rättighet så vet de att nej är ett nej bara för att det många gånger ska vara ett nej också.”* (Intervju med Anna)

Det hälsofrämjande inslaget, säger Anna, har försvårats i och med individernas rätt till inflytande, delaktighet samt självbestämmande. Innan LSS lagen trädde i kraft fanns möjlighet att planera och komponera måltider, anpassade efter de boendes näringsmässiga behov. Idag finns också den möjligheten, förutsatt att de boende inte tackar nej, vilket de allt för ofta gör.

Kristina betonar det positiva i de boendes rätt till självbestämmande: *”Jag ser det väldigt positivt att de boende får bestämma sin mat själva. Förr bestämde vi vad de skulle äta. Nu kan de äta bruna bönor och fläsk i två dagar och om jag frågar ska du ha det? Ja, jag ska ha det och då får de väl det.”*

Dock säger Kristina att individernas rätt till självbestämmande inte alltid kan efterföljas och strävas efter i alla vardagliga situationer. Kristina motiverar detta med att de boende bor på en servicebostad av en orsak *”Men helt själva kan de ej bestämma, de bor på boendet av en anledning.”* (Intervju med Kristina)

Det är inga enkla situationer och Anna efterfrågar balans: *”Vi arbetar med en målgrupp som behöver stöd i val och som inte riktigt förstår vad som är bra att äta. Om vi då bara låter de säga nej till vad vi ska hjälpa de med, då blir det bara fel någonstans. Vi måste hitta en balans, självklart ska dem boende ha inflytande men inte överallt.”*

Den viktigaste arbetsuppgiften som habiliterare är att se till att individernas självbestämmande upprätthålls, säger Linda. Dock anser hon att det skulle underlätta om personalen fick



möjlighet och rätt att bestämma mer, utan att gå tillbaka till hur det såg ut före normaliseringen.

Linda påtalar att då det finns personer i de boendes liv som godemän och förvaltare som ansvarar för de boendes ekonomi, borde personalen kunna ges ett större ansvar och möjlighet att bestämma mer över de boendes matvanor. Detta gäller, menar Linda, framförallt för boende med ohälsosamma matvanor. Hon berättar även att hon ser en koppling mellan individernas ohälsa och deras självbestämmande och säger att detta dessvärre resulterar i att vissa boende riskerar sina liv i och med sina dåliga matvanor.

*”De får göra som dom vill ...vissa förstör ju sina liv i och med sina dåliga matvanor...de kan ju dö.”* (Intervju med Linda)

### **Behov av kunskapsutveckling**

Samtliga habiliterare är överens om att kunskap måste tillhandahållas den här gruppen så att goda matvanor och levnadsvillkor kan grundas. Detta då den rådande ohälsan kopplas samman med bristande kunskap. Vem som ska tillhandla de boende kunskap, råder det delade meningar om. Såväl föräldrar som habiliterare räknas upp. Alla är överens om nödvändigheten, det behövs för att åstadkomma livsstilsförändringar.

Kristina efterfrågar hälsoutbildning: *”Personalen skulle behöva mer kunskap för att kunna göra det bra. Gå på kurser med de boende för att veta lite grann hur man ska göra kanske inte en helt Vår men...bara någon timme...vad man ska göra...De boende ska få gå och prata med någon utomstående som kan berätta hur det är inte av oss i personalen för vi är jämnt där och det är inte alltid som de lyssnar på oss”.*

En utomstående person med stor auktoritet ska hålla i hälsoutbildningen, som en läkare, sjuksköterska alternativt en person individen ser upp till, säger Kristina. Även om det är viktigt, så är ansvaret för stort, säger Linda. Det är de boendes hälsa som åsyftas och den kan inte habiliterarna ensamma ansvara för.

Kim säger att det är viktigt att personalen besitter kunskap inom området hälsa för att kunna vara goda förebilder för de boende. *”All personal här har ju inte kunskap inte heller motivation och det speglar sig ju i personalens egen levnadsstil.”* (Intervju med Kim)

Kostutbildning har personalen erbjudits, berättar Kim. Även om tanken var god, personen skulle sedan fungera som inspiratör vid servicebostaden, såg respondenten det som bortkastade resurser; *”Det enda jag vet är att någon har gått en kurs...en dietist kurs och det*

*var typ förra året...hur man ska äta rätt och så vidare om rätt proteiner och allt så. Efter att hon kom tillbaka så talade hon om det för oss och informerade personalen och vi försökte föra vidare kunskapen som en inspiratör men vi kom fram till att tyvärr det går inte.”*

(Intervju med Kim)

Visst har det funnits projekt. Anna berättar om ett projekt där målet var att de boende skulle börja äta bättre mat. Detta projekt fortskred en tid, för att sedan rinna ut i sanden.

*”De boende som vill äta pulvermos får äta pulvermos eller om de vill äta pulversås så får de göra det”* (Intervju med Anna)

### **Hälsofrämjande - enligt lag eller moral?**

Det finns ett stort behov av hälsofrämjande insatser, säger Anna, men:

*”Det fungerar inte! vad ska vi göra? hur ska vi jobba?”* (Intervju med Anna)

En önskan om konkreta och praktiska riktlinjer uttrycks bland personalen, riktlinjer som kan bli vägledande för dem. Praktiska hälsofrämjande insatser ska kunna realiseras utan att personalen riskerar att begå tjänstefel.

*”Jag vill att det ska kunna finnas riktlinjer att arbeta hälsofrämjande utifrån för jag vill att de boende ska må bra.”* (Intervju med Kristina)

Linda saknar också riktlinjer för hur hälsofrämjande insatser ska genomföras. Samtidigt är hon skeptisk till riktlinjer och säger: *”Det går inte att gå efter ett papper där det står hur man ska göra. Man måste gå efter person till person.”*

Om riktlinjer för hälsofrämjande arbete ska utformas, säger Linda, ska dessa stiftas av kunnig personal och ej av habiliterare själva. *”Det är kunnig personal som ska sitta med...man kanske ska ha en dietistkostrådgivare?...inte vet jag... Sjuksköterska. Alltså de som kan, för det kan vara så himla olika på personal från boende till boende....jag menar, ska vi gå till någon då går vi ju till någon som kan så är det ju och så får du ju riktlinjer som du följer...förhoppningsvis.”* (Intervju med Linda)

Både Ida, Kim och Anna beskriver den hälsofrämjande strävan som lönlös och Anna liknar situationen vid att ständigt gå in i en vägg. De har med andra ord mer eller mindre gett upp. Ida säger att *” Ju mer vi försöker desto värre blir det.”*

Vi lider brist på engagerad och passionerad personal, säger Anna *”Man orkar inte till slut på grund av alla motångar och då blir det lättare att backa och så rinner det ut i sanden”*, suckar hon.

*”Vi försöker lägga upp kosten åt dem så att den blir hälsosam men vi kan inte trampa över dem. Om de vill äta skräpmat en hel vecka, onyttigt då kan inte vi komma dit och slänga upp en sallad åt dem och säga det här ska du äta och inte hamburgare och pizza. Det är vuxna människor också, ungdomar som är myndiga, rätt att bestämma... normalisering... det är jätte svårt och det krockar väldigt mycket.”* (Intervju med Kim)

Linda berättar att hon försöker komma med nya idéer och provar att dra i alla möjliga sorters trådar: *”Jag vet inte hur man ska göra... det är så svårt... det är skit svårt!”*

### **Möjligheter och hinder i förverkligandet av hälsofrämjande praktik**

Det finns ett bra socialt stöd bland arbetskollegorna berättar Kim: *”Vi hjälper varandra, alla kan inte vara bra på allt utan den som är duktig på en sak får göra det och en annan någonting annat...vi kompletterar varandra bra.”* Kim säger också att arbetsgruppen är duktig på att lyfta fram varandras egenskaper och komplettera varandra i det hälsofrämjande arbetet vilket främst sker genom att dela upp arbetsuppgifterna i gruppen utifrån varje enskild persons kompetens men också genom intresseområde.

Vore det inte för personalbristen så skulle spontana aktiviteter, såsom att åka i väg till badhuset eller ta en längre promenad med de boende kunna genomföras, säger Kristina.

*”Jag skulle vilja ha ett till ´huvud´ hos oss då skulle man kunna göra mer... Det är viktigt med rutin i den här gruppen och får man in det [hälsofrämjande] som rutin, då går det. Exempelvis att gå en halvtimme innan maten”.* (Intervju med Kristina)

Rutinmässiga promenader med de boende blir också svårt att genomföra på grund av personalbrist, säger Kristina. Hon berättar att rutiner är viktiga, särskilt för målgruppen. Rutinerna är A och O. Det finns möjlighet att öka gruppens fysiska aktivitet genom att få det till en rutin som sedan kan bibehållas: *”Det finns möjlighet att ta promenader och när de väl kommer i gång så vill de ju gå och det tycker jag är jätte viktigt. Om man får i gång de så brukar de sätta det i system att då går jag med X nästa vecka också men fler skulle gå... Det är viktigt med rutin i den här gruppen och får man in det som rutin då går det. Exempelvis att gå en halvtimme innan maten.”* (Intervju med Kristina).

Kristina berättar hur boende vid servicebostaden har börjat gå promenader, samma tid en dag i veckan tillsammans med henne. Hon tror att anledningen till att detta har fungerat är att de boende numera är inställda på promenaden och har gjort det till en vana.

Linda betonar också betydelsen av rutiner, särskilt för den här målgruppen och för möjligheten att genomföra hälsofrämjande åtgärder. Uppföljning av åtgärderna är också viktigt, men det ska inte personalen ansvara för, säger Linda. Det är också av stor betydelse att hela arbetsgruppen är införstådd i detta och verkar för att upprätthålla de vanor och rutiner som introduceras: *”Jag tror på rutiner, det är ju bevisat. De [boende] mår bra av det.”* (Intervju med Linda).

Rutiner i all ära, men Ida berättar att de också kan vara skadliga: *”En boende kan fika här inne i den gemensamma lägenheten och sedan gå in direkt efter till sin egen lägenhet och fika så gör man bara. Hon eller han fikar alltid den tiden och då spelar det ingen roll om man har fikar precis innan”*

Detta säger Ida är ett hinder i personalens hälsofrämjande arbete då boendes behov av vanor och rutiner resulterar i övervikt eftersom de inte går efter hunger - eller mättnadskänslor.

Kim uttrycker en önskan om att de boende ska ha tillgång till en träningslokal med redskap och gärna en tjänstebil också – till och från olika aktiviteter. En tillgänglig träningslokal, inom räckhåll skulle innebära ett alternativ till de vanliga motionsformerna såsom promenad med personalen.

*”Det finns ju ett pysselrum där de[boende] kan pyssla och så...då tycker jag det ska finnas en träningslokal också.”* (Intervju med Kim)

En bil skulle öppna många möjligheter till att både göra planerade men också mer spontana aktiviteter med de boende.

Varje fredag arrangeras gemensamma middagar och maten serveras i den gemensamma lägenheten. Detta är ett ypperligt tillfälle och öppnar upp möjligheter för personalen att arbeta hälsofrämjande, berättar både Kim och Kristina. De ser dessa tillfällen som möjligheter till att influera och tillaga nya hälsosamma maträtter.

Den skepsis som finns bland de boende mot nya maträtter, kan böttna i rädsla för nya matvanor, säger Kristina, men också för rutiner. Matvanor är ofta en upprepning av mer eller mindre samma mat-schema vecka ut och vecka in, för många av de boende

*”Det är svårt att influera nya maträtter eftersom de äter samma som de alltid äter.”* (Intervju med Kristina)

Med hjälp av grupstrycket kan även personer som är mest skeptiska intresseras att prova på en ny maträtt. Visst uppmuntrar personalen, men större betydelse har oftast deras grannars vanor.

*”Det är grupstrycket utan tvekan! Vi gjorde kycklingsoppa en gång hur bra som helst och alla åt och ville ha soppa hemma i sitt egna hem de åt och alla tyckte om det men går du innanför deras dörr så är det nej usch soppa vill jag inte ha.”* (Intervju med Kim)

Både Kim och Kristina ser en möjlighet i att personalen kan planera och tillaga fredagsmiddagarna. Till en början var det så, men efter ett arbetsmöte där meningsskiljaktigheter inom personalen uttrycktes ändrades det.

*”De bestämmer ju sin egen mat alla andra sex dagar i veckan och då tycker ju jag att vi i personalen kunde få bestämma på fredagar.”* (Intervju med Kristina)

Kim säger att de boendes föräldrar många gånger utgör ett hinder i det hälsofrämjande arbetet. Det händer att föräldrarna både skuldbelägger och motarbetar personalens försök att främja de boendes livsstil.

*”Många gånger hjälper föräldrarna inte utan stjälper i stället... de låter det vara eller så är de själva ohälsosamma och bryr sig inte... det är ett hinder också...”* (Intervju med Kim)

Kim berättar att de åtskilliga gånger kan ha mötet tillsammans med de boende och deras föräldrar för att påvisa allvaret i boendes levnadsvanor. De försöker då berätta för föräldrarna hur viktigt det är att den boende (deras barn) förbättrar sina kostvanor och börjar motionera så att den boende ej riskerar komplikationer på grund av deras övervikt. Dock är det inte ovanligt berättar Kim att föräldrarna i stället för att motivera deras barn till att äta nyttigare i stället kommer förbi boendet med en hamburgare eller pizza redan dagen efter mötet. Det ger en dubbelmoral. Dock tror Kim att deras (föräldrarnas) handlade många gånger bottnar i dåliga samveten gentemot barnen.

*”Det är dubbelmoral de [föräldrarna] vill kanske att de [boende] ska vara hälsosamma samtidigt som de ger dem onyttigheter som pizza och godis.”* (Intervju med Kim)

Föräldrar kan även fungera som inspiratörer till sina barn. Kristina berättar om föräldrar som hjälper personalens hälsofrämjande strävan genom att själva också motivera de boendes vanor i en hälsosam riktning. Linda tror att föräldrar, godemän eller annan anhörig har en fördel att motivera och påverka de boende då de har lättare för att ställa krav och pusha dem på ett helt annat sätt än vad boendepersonalen kan: ”*Det bästa sättet är om det kommer utifrån exempelvis mamma eller pappa, godemän eller verkligen någon anhörig som kan påverka de.*” (Intervju med Linda).

### **Sammanfattning av resultatet**

Huvudfynden utgörs av att habiliterare axlar en komplex arbetsuppgift i förhållande till de boende med en intellektuell funktionsnedsättning och deras hälsa. I situationer där de boendes hälsa på sikt står på spel, som t ex vid spontana inköp av chokladkakor på affären, hamnar habiliterare ofta i etiska och moraliska dilemman. Å ena sidan kan gränssättning vara befogad och å andra sidan förväntas självbestämmande befästas. Lagstiftningens betoning på inflytande, delaktighet och självbestämmande för målgruppen, bottnar i tidigare historiskt förtyck. Även om lagstiftningen är befogad innebär det att de hälsofrämjande inslaget i planering av måltider, näringsintag och instiftandet av hälsosamma vanor försvåras. Att det är svårt att hantera komplexiteten som ryms i habiliterares arbetsuppgifter framkommer i informanternas utsagor. Även om fortbildning förekommer saknas ett strukturerat upplägg och informanterna efterlyser såväl riktlinjer som utbildningsinsatser, även materiella resurser efterfrågas. Den utbildningsnivå som krävs för att arbeta som habiliterare motsvaras av gymnasiekompetens, vilket talar för ett omfattande utbildningsbehov.

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Temana i resultatredovisningen tillåts strukturera även resultatdiskussionen.

#### *Personalens förhållningssätt; 3 olika typer*

Det finns ingen given modell för hur habiliterare ska förhålla sig i mötet med de boende på servicebostaden. Intervjupersonerna visar på några olika typer som ”coach”, ”pedagog” och ”förälder”. I vissa situationer tenderar intervjupersonerna att växla mellan typerna, vilket antyder en viss dynamik; beroende på situation tenderar habiliterare att gå in och ur olika typer. Även om typerna skiljer sig åt tycks inga självklara gränser finnas mellan dessa tre.

Detta tyder på att det situationella händelseförloppet blir avgörande för hur habiliterare förhåller sig i mötet med de boende; antingen som coach, pedagog eller förälder.

Att dessa tre förhållningssätt ”finns” bekräftas av att även Bergström och Wilhman (2011) identifierat dessa i sin undersökning bland habiliterare vid ett serviceboende. Med utgångspunkt i typerna går det att föreställa sig hur habiliterare förhandlar med varandra om viktiga värden och idéer, inte minst de som kan kopplas till hälsa.

#### *Etiska och moraliska dilemman*

Den komplexitet som är inbyggd i habiliterares arbetsuppgifter bekräftas i tidigare forskning. Bergström & Wilhman (2011) skriver att habiliterare näst intill dagligen ställs inför etiska dilemman, vilket även resultaten påvisar. I yrkesrollen som habiliterare ingår att vara omhändertagande, ansvarstagen men även auktoritär, ibland på en och samma gång, skriver författarna. De tre typerna som informanterna omväxlande utagerar motsvarar på ett ungefär det författarna beskriver

#### *Självbestämmande*

Det tredje tema som framträder i resultatredovisningen, var ”självbestämmande”. Från habiliterares synvinkel vilar de boendes självbestämmande på idéer om empowerment. Med empowerment avses att ”...möjliggöra för individen att utveckla sin egen förmåga att bemästra sin livssituation; den process där individen tillskansar sig handlingsförmåga” (Medin & Alexandersson, 2009, s 83). För att inte empowerment ska bli kontraproduktivt krävs ett stort mått reflektion. Något liknande påtalar Gustafsson (1995); förmåga att sätta sig in i konsekvenserna av de val som görs.

#### *Behov av kunskapsutveckling*

Utbildningsbehoven är omfattande och i slutänden kan gruppen boende på servicebostad och deras hälsa drabbas av de anställdas kunskapsbrist. Personalens behov av fortbildning är ett område som återkommer längre fram i resultatdiskussionen.

#### *Hälsofrämjande*

Personalens kunskap och motivation ses som avgörande för om det hälsofrämjande arbetet vid servicebostaden möjliggörs eller inte.

Visst ger personen näring åt att jobba hälsofrämjande, men – det är inte lätt. Som habiliterare, är kraven på detta inte specifikt uttalade. Men resultatet av daglig kontakt blir att sociala relationer etableras och med dem en önskan om att ”göra gott”. Här finns en stor potential

som kan förbättras och personalen har idéer om hur, till exempel via gemensamma måltider med de boende.

Studier visar att måltider tillsammans med vänner och familj påverkar matintaget positivt och dessa måltider har i regel ett bättre näringsmässigt innehåll än när individer äter sina måltider på egen hand (Adolfsson et. al., 2010c).

Personalen tror att nya rätter lättare accepteras vid måltider som äts tillsammans, vilket styrks av von Haartman (2009) som säger att rädsla för nya maträtter även kallade neofobi, kan övervinnas genom att nya livsmedel äts tillsammans med tidigare kända deltagare.

### *Möjligheter och hinder i förverkligandet av hälsofrämjande praktik*

Ett starkt upplevt stöd i arbetet, både från arbetskollegor och verksamhetschef framkommer i resultatet. Detta ses som en stor tillgång och förutsättning för att kunna åstadkomma en hälsofrämjande praktik vid serviceboendet. Bergström & Wihlman (2011) betonar betydelsen av att habiliterare upplever socialt stöd och möjligheter till utbildning inom hälsoområdet. Dessa båda möjligheter belyser författarna som förutsättningar för att kunna tackla tidigare nämnda etiska dilemman. Socialt stöd utgör dessutom, vid sidan av inflytande och delaktighet, nyckelbegrepp i hälsofrämjande arbete (WHO 1986).

Som ett av flera hinder, nämns föräldrar. Habiliterare kan uppleva att föräldrar, i all sin välvilja, motarbetar personalens hälsofrämjande strävan genom att bidra till att ändra de boendes kost- och motionsvanor. Informanterna ger uttryck för att föräldrarnas handlande kan botta i deras skuld- men också skamkänslor över att ha ett barn med funktionsnedsättning. Gustafsson (1989) skriver att många föräldrar lever med skuldskänslor över att ej göra tillräckligt för sina barn (Gustavsson, 1989). Föräldrarnas ansvar för barnen upphör knappast, den dag barnet flyttar. Då barnet kan sakna egen förmåga att själv bevaka sina intressen och föra sin talan tar föräldrarna många gånger det ansvaret. Gustafsson skriver också att föräldrar kan uppleva sig underlägsna habiliterare (ibid). Detta påvisar att det krävs en god kommunikation mellan arbetsgruppen och föräldrarna så att gemensamma mål kan eftersträvas. För att underlätta en god kommunikation kan föräldrar inkluderas i vissa utbildningsdagar. På så sätt kan deras kunskap och engagemang tas tillvara och bli till en möjlighet istället för ett hinder.

Utvecklandet av ett utbildningsprogram kombinerat för både boende och personal samt i viss mån även föräldrar ses som en möjlighet att förstärka den positiva anda som tycks råda i arbetslaget och i relation till verksamhetschefen. En omfattande fortbildning med regelbunden uppföljning antas motsvara vad som krävs för att introducera och ständigt återskapa de



hälsofrämjande rutiner som informanterna efterfrågar. Med ett utbildningsprogram kan personalen tillhandahålla en stödjande social, mental och fysisk miljö. Idén stöds av Schäfer - Elinder et. al (2010) som utvecklat ett pågående interventionsprogram riktad mot både personal och boende. Programmet innefattar både utbildning, studiecirkel, konsultation och coaching.

För att möjliggöra den omfattande kompetensförstärkningen som behövs i gruppen habiliterare, främst med avseende på kost och hälsa, krävs att en samordnare instiftas centralt i organisationen. Det är samordnaren som ska leda genomförandet av det omfattande utbildningsprogrammet. I resultaten ges en rad exempel på vad som behöver ventileras, dels inom gruppen habiliterare och mellan habiliterare och de boende samt i relation till en ytterligare grupp; föräldrar. Samordnaren bör ha pedagogiska färdigheter, kunskap om kost och hälsa, vilket stämmer väl överens med kompetensen bland hälsopedagoger, utexaminerade vid Högskolan i Gävle. I en förlängning av en sådan strävan kan serviceboenden i Gävleborg omvandlas till ”stödjande miljöer”.

Stödjande miljöer är centrala i Ottawa Charter (1986), som utgör WHO:s grundläggande dokument för hälsofrämjande arbete. I tanken går det att föreställa sig serviceboenden i Gävleborg som levande exempel på vad *Stödjande miljöer* kan innebära: ”...miljöer som skyddar människor mot hälsohot och möjliggör att de utvecklar sin kapacitet, sitt självförtroende och sin hälsa. Miljön omfattar det samhälle där människorna lever, inklusive deras hem och arbete” (Janlert, 2000 s. 326).

### **Metoddiskussion**

Att använda sig av ett snöbollsurval innebär både för och nackdelar. Med detta urval är chansen stor att nå informationsrika deltagare som kan bidra med ny ökad kunskap, samt att intervjudeltagandet blir stort (Patton, 2010). Nackdelen med att använda sig av ett snöbollsurval är att de personer som hänvisar mig vidare till nästa person är tämligen lika med samma attityder men också erfarenheter vilket kan ge en svag allsidighet (Ahrne & Svensson, 2011). Vid ett snöbollsurval är tillgänglighet en betydande faktor (Thomsson, 2002). Jag har därför liten kontroll över vilka deltagarna blir vid min undersökning, vilket kan medföra att deltagarna är tystlåtna och mer eller mindre samarbetsvilliga (Shenton, 2003), vilket även var fallet i min undersökning.

De respondenter som valde att bli intervjuade i deras hem var i större mån mer öppna än de som valde att bli intervjuade vid servicebostaden vilka var mer tystlåtna, försiktiga och

tillbakahållen. Respondentens personlighet kan ha haft betydelse för detta men kanske även deras upplevda lojalitet till arbetsplatsen. Shenton (2003) skriver att varje deltagare ska bli uppmuntrad till att i intervjun vara öppen och uppriktig i intervjun samtidigt som det är viktigt att förstå att återhållsamheten kan böttna i en rädsla hos deltagaren att i chefens ögon tappa en trovärdighet.

Valet av att ge respondenterna intervjuguiden några dagar innan intervjun kan även diskuteras. Tanken var att skapa möjlighet till att förbereda sig inför intervjutillfället. I stället finns risken att det bidrog till att skapade oro. Intervjuerna började med att informanterna uttryckte en nervositet över frågorna och att de var rädda för att inte kunna ge bra svar. Oron gick emellertid över, i och med att intervjuerna kom igång.

Thomsson (2002) skriver att validitet är att studera de fenomen som man avsett att undersöka och tolka. I uppsatsen har de boendes hälsoförhållanden utforskats utifrån en öppen ansats. Traditionell hantering av praktiken vid serviceboenden kan ifrågasättas, då etiska och moraliska dilemman framträder i resultaten. Tolkningen av resultat har lett fram till en insikt om att här föreligger ett omfattande utbildningsbehov. Validitet kan betraktas som hantverksskicklighet skriver Steinar Kvale (2009), där valideringen ska relateras till forskarens kapacitet att kontrollera, tolka och ifrågasätta sina resultat. Härmed sagt att uppsatsen undersöker det den avser att undersöka.

Lundahl & Skärvad (1999) skriver att en intervju kan genomföras under mycket olika omständigheter, på ett café med mycket människor och hög ljudnivå, med en person stressad för att hinna med tåget, eller med andra personer runt omkring sig som kan uppfattas störande. För att intervjupersonen ska kunna svara på frågorna i lugn och ro behöver även omgivningen där intervjuen äger rum vara lugn. På det sättet minskar risken för att intervjupersonens svar kommer att påverkas av omständigheterna runt omkring och tillförlitligheten, reliabiliteten stärks därmed. Reliabiliteten i denna undersökning har därmed stärks genom att låta intervjuerna äga rum på en plats som är lugn och där det inte fanns något som kunde störa intervjupersonen.

Även om det som uppsatsen kommer fram till, inte kan generaliseras till att gälla för en större population än de tillfrågade (Thomsson, 2002), är det inte omöjligt att läsare kan känna igen sig i resultatredovisningen. Uppsatsen kan därför fungera som utgångspunkt för debatt och utgöra grund för liknande diskussioner bland habiliterare på olika orter i Sverige. Detta arbete kommer, på efterfrågan, skickas till forskaren Helena Bergström vid Karolinska institutet som

tillsammans med kollegor startat projekt: Hälsofrämjande gruppboendestäder. Syftet med projektet är att öka personal och boendes kunskap inom ämnena kost, fysisk motion och hälsa.

Projektet kommer även att startas upp i Gävleborg under året 2012. Arbetet kommer även att lämnas till den verksamhetschef där undersökningen ägde rum.

På så vis vill jag argumentera för dess överförbarhet. Det finns en poäng i överförbarheten, det vill säga att resultaten kan fungera som grund för diskussion och debatt om personalens förhållningssätt till boenden och dess betydelse för de boendes hälsa. Hög överförbarhet stärker tillförlitlighet för resultatet (Shenton, 2003).

### **Slutsats**

I intervjuerna med personalen var det en formulering som gjorde sig påmind genom samtliga intervjuer, denna var: ”Det är svårt”. Jag kan som svar på min undersökning konstatera att det hälsofrämjande arbetet ej är så enkelt såsom många författare i litteraturen framhäver det.

Den hälsofrämjande ambitionen i informanternas vardag säger de upplevs som en hårfin balansgång utan riktlinjer, vilket öppnar upp för etiska och moraliska dilemman. Konstateras kan att ett omfattande utbildningsbehov föreligger inom habiliteringsverksamhetens serviceboende. Chefer och landstingspolitiker i Gävleborgs län uppmanas härmed att se över verksamheten, så att en samordnare kan utses och löpande organisera fortbildningstillfällen, utarbeta riktlinjer och kontinuerligt följa upp satsningarna. Fortbildning ska framförallt riktas till 1) anställda habiliterare och i viss mån även till 2) de boende med intellektuella handikapp, samt i viss mån även till 3) de boendes föräldrar.

Till framtida forskning inom området vill jag föreslå aktionsforskning som metod, då det är en ansats som handlar om att utveckla och förändra verksamheter men också om att skaffa sig kunskap om hur denna förändring går till och vad som sker under arbetets gång. Några frågeställningar som rekommenderas är – Hur önskar personal vid gruppboestad/serviceboestad att arbeta hälsofrämjande för boende med en intellektuell funktionsnedsättning? Hur kan verksamhetschefer och andra beslutsfattare skapa goda förutsättningar för ett hälsofrämjande arbete? Hur ser de boende på sin egen situation och hur skulle de själva vilja att serviceboendet fungerar/är uppbyggt?

## REFERENSLISTA

Adolfsson, P. (2010a). *Food Related Activities and Food Intake in Every Life among People with Intellectual Disability*. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 64.

Adolfsson, P., Fjellström, C., Lewin, B., Mattsson- Sydner, Y. (2010b) *Foodwork among people with intellectual disabilities and dietary implications depending on staff involvement*. Scandinavian Journal of Disability Research, DOI: 10.1080/15017419.2010.507384

Adolfsson, P., Mattsson- Sydner, Y. Fjellström, C. (2010c) *Social aspects of eating among people with intellectual disability in community living*. Journal of intellectual & Developmental Disability. 35(4): 259 – 267.

Ahrne, G., Svensson, P. (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. Liber: Malmö

Arnhof, Y.(2008) *Onödig ohälsa- hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Bell, J. (2000) *Introduktion till forskningsmetodik*. Studentlitteratur: Lund

Bergström, H., Wihlman, U. (2011) *The role of staff in health promotion in community residences for people with intellectual disabilities: Variation in views among managers and caregivers*. Journal of Intellectual Disabilities, 15 (3) 167-176.

Bryan, F., Allan, T. & Russel, L. (2000) *The move from a long-stay learning disabilities hospital to community homes: a comparison of clients' nutritional status*.

Ely, M. (1993) *Kvalitativ forskningsmetodik i praktiken – cirklar inom cirklar*. Studentlitteratur: Lund.

Flygare – Wallen, E. (2009) *High prevalence of cardio-metabolic risk factors among adolescents with intellectual disability*. Foundation Acta Pædiatrica. Pp. 853-859.

*Forsknings etiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*  
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (hämtad den 13 juni, 2012)

Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, <http://www.fub.se/fakta/> (hämtad 13 juni, 2012)

- Grunewald, K. (2009) *Från idiot till medborgare*. Gothia Förlag AB : Stockholm
- Grunewald, K., Leczinsky, C. (2011) *Handikapplagen LSS och annan närliggande lagstiftning*. Nordstedts Juridik: Stockholm.
- Gustavsson, A. (2004) *Delaktighetens språk*. Studentlitteratur: Lund
- Gustavsson, A. (1989) *Samhällsideal och föräldraansvar – Om föräldrar till förståndshandikappade barn*. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Hartman, J. (2004) *Vetenskapligt tänkande*. Studentlitteratur: Lund
- Janlert, U (2000) *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1993387-om-stod-och-ser\\_sfs-1993-387/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1993387-om-stod-och-ser_sfs-1993-387/) (hämtad 4 april, 2012)
- Lundal, U., Skärvad, P-H.(1999) *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. Studentlitteratur; Lund.
- Medin, J., Alexandersson, K.(2009) *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Studentlitteratur: Malmö.
- Patton, M.Q. (2010) *Qualitative Research & Evaluation Methods* 3 Edition. London: Sage Publications.
- Schäfer - Elinder, L., Bergström, H., Hagberg, J., & Hagströmer, M. (2010) *Promoting a healthy diet and physical activity in adults with intellectual disability living in community-randomized intervention*. BMC Public health 10: 761
- Shenton , A-K. (2003) *Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research project*. Education for Information 22 (2004) 63 - 75
- Socialstyrelsen (2007) *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS - Stöd för rättstillämpning och handläggning*, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-101-6> (hämtad den 4 april, 2012)

Socialstyrelsen (2010) *Habilitering och rehabilitering – Förutsättningar för uppföljning*, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18207/2010-12-20.pdf> (hämtat den 9 juni, 2012)

Socialstyrelsen (2011) *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning ICD-10-SE*, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-11-13> (hämtad den 6 april, 2012)

Socialstyrelsen (2012) *Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2011*, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18661/2012-3-34.pdf> (hämtad den 13 juni, 2012)

Söderman, L., Antonsson, S.(2011) *Nya Omsorgsboken*. Liber: Malmö

Trost, J. (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur: Lund.

Thomsson, (2002). *Reflexiva intervjuer*. Studentlitteratur: Lund.

Tideman, M. (2000) *Normalisering och kategorisering. Om handikappsideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning*. Studentlitteratur: Lund.

van Schrojenstein Lantman- de Valk, Henny M.J. (2005) *Health in People with Intellectual Disabilities: Current Knowledge and Gaps in Knowledge*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18, 325-333.

Von Haartman, F. Sundblom, E. Schäfer – Elinder, L. (2009) *Föräldrastöd till hälsosamma matvanor & fysisk aktivitet – En kunskapsöversikt*. Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Wamala, S. (2010). *Bra mat och rörelse för barn och unga med funktionsnedsättning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

WHO. *Constitution*. New York: WHO, 1948.

WHO. *Ottawa charter for health promotion*. Köpenhamn : WHO Europe, 1986.

Ökvist, L. (2010) *En sinnessjuk värld- Mentalsjukhusens epok I Sverige 1910 – 1960 speglad genom S:ta Gertruds sjukhus i Västervik*. Parabellum Nord AB Förlag.

## **Bilaga I. Intervjuguide**

### **Mötet mellan personal och boende**

Berätta hur en arbetsdag kan se ut på din arbetsplats?

Hur ser du på de boendes ökande delaktighet och inflytande?

Vilka 3 uppgifter anser du vara viktigast i ditt arbete?

Vad blir det då du prioriterar du i ditt arbete?

Hur ser du på din roll i relation till de boendes hälsa?

### **Hälsofrämjandeinslag/finns det?**

Hur ser du på servicebostadens möjligheter att skapa jämlikhet i levnadsvillkor bland de boende?

Hur upplever du att utrymmet ser ut på din arbetsplats att arbeta hälsofrämjande?

Hur upplever du att intresset ser ut bland dina arbetskolllegor att arbeta hälsofrämjande på det här arbetsplatsen?

Hur upplever du att intresset ser ut från ledningen i de hälsofrämjande frågorna?

### **Hinder i det hälsofrämjande arbetet**

Har det hänt att du har stött på något hinder när du försökt att arbeta hälsofrämjande på din arbetsplats? Berätta.

Kan du komma på fler hinder för personalen att arbeta hälsofrämjande?

Vad upplever du saknas för att kunna arbeta hälsofrämjande? Kunskap/Tid/Riktlinjer

Kan det uppstå konflikter i arbetsgruppen när det gäller det hälsofrämjande arbetet ska ske kan du berätta om en episod?

Händer det att du brottas med etiska och moraliska problem i relation till de boende

Kan du komma på fler sådana händelser/situationer?

### **Möjligheter i det hälsofrämjande arbetet**

Hur skulle du vilja kunna arbetahälsofrämjande?

Vilka möjligheter saknar du för att nå dit?

Upplever du stöd från arbetsgruppen?

Upplever du stöd från chefen?

## **Bilaga II. Missivbrev**

2012-04-17

Hej!

Jag heter Maria Larson och jag studerar vid Hälsovetenskapliga programmet i Gävle. I vår skriver jag mitt examensarbete. I mitt examensarbete ska jag skriva om/hur personal vid boende arbetar hälsofrämjande med individer med utvecklingsstörning, vilka hinder och möjligheter personal upplever att det finns samt huruvida personalen ser det som sin uppgift att främja de boendes hälsa. Jag är tacksam om du vill delta i den här undersökningen. All insamlad data kommer behandlas konfidentiellt, ditt namn samt din arbetsplats kommer att presenteras anonymt. Ditt deltagande är frivilligt och du har möjlighet att avbryta intervjun när du vill.

Om du har några frågor vänligen kontakta mig.

Tack på förhand!

Hälsningar

Maria Larson

[xxx@hotmail.com](mailto:xxx@hotmail.com)

tfn: xxx-xx xx xxx