

Sektionen för hälsa och samhälle

Uppsatsarbete i folkhälsopedagogik
Grundnivå 30 hp
(Folkhälsovetenskap 15 hp och pedagogik 15 hp)

Hälsosamt liv för förståndshandikappade

-
en kvalitativ studie ur ett personalperspektiv.

Inlämningsdatum: 090528
Författarnas namn: Caroline Nilsson
Johanna Sjöbeck

Handledare: Bengt Selghed
Bihandledare: Ingemar Andersson
Examinatorer: Göran Ejlerstsson och Elisabet Malmström

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad 30 högskolepoäng i folkhälsopedagogik.

Författare: Nilsson, Caroline & Sjöbeck, Johanna. (2009) Hälsosamt liv för förståndshandikappade – en kvalitativ studie ur ett personalperspektiv.

Handledare: Bengt Selghed.

Sammanfattning

Bakgrund: Hälsa är ett vitt begrepp som det finns många olika definitioner på. Det finns definitioner på hälsa som menar att hälsa handlar om att må bra och ha god handlingsförmåga samt lyfta fram vikten av att varje individ ska ha möjlighet att göra det som hon värderar som viktigt. Förståndshandikappade har begränsningar som gör att de inte kan leva sitt liv på samma sätt som normalbegåvade kan. Begränsningar är fysiska, psykiska och sociala. Förståndshandikappade åldras dessutom fortare än normalbegåvade människor. Det är löprelevant att arbeta för att främja de boendes hälsa och arbeta för att ett hälsosamt åldrande ska kunna ske. **Litteraturgenomgång:** Litteratur inom områdena förståndshandikapp, hälsa och åldrande visar att det finns behov av att arbeta för att främja ett hälsosamt åldrande hos de förståndshandikappade och därför finner vi det intressant att arbeta vidare med detta ämne. **Syfte:** Att ta reda på hur ett hälsofrämjande liv kan främjas hos förståndshandikappade enligt personal på boende för förståndshandikappade. **Metod:** Undersökningen är kvalitativ och enskilda intervjuer gjordes med åtta personer som arbetar på boende för förståndshandikappade. Intervjuerna spelades in på band för att sedan transkriberas. Materialet behandlades konfidentiellt. **Resultat:** Personal på boende för förståndshandikappade poängterar vikten av att äta nyttigt och att vara fysiskt aktiv. De menar att ett gott socialt liv ökar chansen till ett hälsosamt åldrande och att kulturaktiviteter har god inverkan på hälsan. De ser även att de själva har en viktig roll då det gäller att främja ett hälsosamt åldrande hos de förståndshandikappade. **Diskussion:** Förståndshandikappade som bor på boende för förståndshandikappade är beroende av den personal som arbetar där. Därför har personalen en ytterst viktig roll för att främja de boendes hälsa och arbeta för ett hälsosamt åldrande. Detta kan de göra på ett flertal olika sätt både då det gäller fysisk, psykiskt och social hälsa.

Nyckelord: Förståndshandikapp, hälsa, åldrande, aktiviteter, sociokultur, personal.

Dissertation in partial fulfilment of the requirements for a Bachelors degree in Health promotion and Education, Kristianstad College. Equivalence: Public Health Science (15 ECTS points) and Education (15 ECTS points).

Authors: Nilsson, Caroline & Sjöbeck, Johanna. (2009). Healthy life for mentally retarded – a qualitative study from a staff perspective.

Supervisor: Bengt Selghed.

Abstract

Background: Health is an important concept that there are many different definitions of. There are definitions of Health believes that health is about feeling good and having a good ability to act. The concept highlights the importance of that every individual should have the opportunity to do what she values as important. People which are mentally retarded have limits they can no do what they want and live their lives in the same way as normal gifted can. These limitations are physical, mental and social. People which are mentally retarded are aging faster than normal gifted people. It is relevant to work to promote residents' health and work for a healthy aging to happen. **Literature Review:** Literature in the fields of mentally retarded, health and aging show that there is a need to work to promote healthy aging of the mentally retarded and therefore we find it interesting to work with this subject. **Aim:** To find out how a healthy life can be promoted with disabilities according to staff attitudes towards the mentally handicapped. **Method:** The study is qualitative and individual interviews were carried out at eight people who work on housing for the mentally retarded. The interviews were recorded on tape and then transcribed. The material was treated confidential. **Results:** Staff in the housing for mentally retarded emphasize the importance of eating healthy and being physically active. They mean that a good social life increases the chance of a healthy aging and that cultural activities have good effect on health. They also see that they themselves have an important part in promoting healthy aging of the mentally retarded. **Discussion:** Mentally retarded living in housing for the mentally retarded is dependent on the staff working there. Therefore the staff has an extremely important role in encouraging the residents' healths and works towards healthy aging. This they can do in a variety of ways both in terms of physical, mental and social health.

Keywords: Mentally retarded, health, ageing, activities, socioculture, staff.

Innehållsförteckning

Förord.....	5
1. Bakgrund.....	6
1.1 Hälsa.....	6
1.2 Förståndshandikapp.....	6
1.3 Hälsa och förståndshandikapp.....	7
1.4 Åldrande.....	8
2. Litteraturgenomgång.....	9
2.1 Vad främjar ett hälsosamt åldrande för förståndshandikappade?.....	9
2.2 Pedagogik.....	11
2.3 Åldrande och ekonomi.....	13
3. Problemprecisering.....	13
4. Syfte.....	13
5. Material och metod.....	14
5.1 Kvalitativ metod.....	14
5.2 Målgrupp.....	14
5.3 Tillvägagångssätt.....	15
5.4 Etiska överväganden.....	16
6. Resultat.....	17
6.1 Åldrandet.....	17
6.2 Kost och motion.....	18
6.3 Sociala relationer.....	22
6.4 Kulturella aktiviteter.....	24
6.5 Makt ställer krav på bemötande.....	25
7. Diskussion.....	29
7.1 Hälsofrämjande utemiljö och fysisk aktivitet.....	29
7.2 Vikten av socialt sammanhang.....	30
7.3 Att socialiseras in på boendet.....	31
7.4 Kultur och aktiviteter.....	33
7.5 Maktrelationen mellan personal och förståndshandikappade.....	34
7.6 Metoddiskussion.....	35
7.7 Konklusion.....	37
Källförteckning.....	38
Bilaga 1.....	41

Förord

Anledningen till att vi valde att skriva om just åldrande och förståndshandikapp beror på att vi båda har erfarenhet inom området då vi själva arbetar extra som boendeassistenter på boenden för förståndshandikappade. Att rikta in oss på åldrandet beror på att vi tidigare skrev en B-uppsats som handlade om hälsosamt åldrande. Efter den uppsatsen kände vi att vi ville bygga vidare på ämnet åldrande, som vi finner viktigt och aktuellt, med tanke på att vi i dagens Sverige blir allt äldre och så även de förståndshandikappade.

Under uppsatskursens gång har vi båda varit lika delaktiga i samtliga delar. Att ha fått skriva uppsatsen har varit utvecklande och spännande och vi är glada att vi har fått göra det tillsammans. Eftersom vi har liknande erfarenheter men olika personligheter, tankar och synsätt känner vi att vi har kompletterat varandra under arbetets gång.

Vi skulle vilja tacka de teamchefer som gett sitt godkännande till att vi genomförde våra intervjuer samt till den personal på de boenden som ställde upp på att bli intervjuade. Vi vill även tacka vår handledare, Bengt Selghed och vår bihandledare Ingemar Andersson, för deras stöd under vårt arbete.

Sist men inte minst vill vi framföra vårt största tack till alla de förståndshandikappade som vi mött under årens gång och som inspirerat oss till att genomföra detta arbete. Vi tycker att Ni är fantastiska människor som gett oss så mycket glädje, så många roliga stunder och som skapat så många tankar hos oss.

Caroline Nilsson
Johanna Sjöbeck

1. Bakgrund

Här kommer vi att behandla begreppen hälsa, förståndshandikapp och åldrande var och ett för sig. Vi anser att de är de mest centrala begreppen i vår uppsats. Efter att vi diskuterat de begreppen närmar vi oss ämnet som vi vill arbeta vidare med; vilket handlar om hälsosamt åldrande för personer med förståndshandikapp.

1.1 Hälsa

Det finns olika definitioner på hälsa. Nordenfelt (1991) menar att hälsa handlar om att må väl och ha god handlingsförmåga. Att kunna arbeta för eller förverkliga sina mål är en betydelsefull förmåga. Detta hälsobegrepp handlar om att människan ska ha möjlighet att göra det som hon värderar som viktigt och det centrala är att en balans bör finnas mellan människans handlingsförmåga och hennes mål för handling (Nordenfelt, 1991). Pörn (1984) uttrycker en liknande teori på följande sätt: "Health is the state of a person which obtains exactly when his repertoire is adequate relative to his profile of goals. A person who is healthy in this sense carries with him resources that are sufficient for what his goal requires of him." Alltså, om en person inte kan förverkliga sina mål så lider denne av någon form av ohälsa. En annan hälsodefinition som påminner om Nordenfelts och Pörns är Sarvimäki (1984) som anser att "Med hälsa avses här ett adekvat förhållande mellan individens mål eller intentioner och kapacitet, som gör det möjligt för individen att eftersträva och uppnå de mål som han uppställt, att förverkliga sina intentioner." Den här hälsodefinitionen är flexibel då varje enskild individ har enskilda mål, syften och prestationsförmåga. När vi ser hälsa på det sättet är hälsan något individuellt. Att ha hälsan menar Sarvimäki (1990) leder till att människan kan utvecklas såväl fysiskt, psykiskt, intellektuellt, sociokulturellt som andligt. Hälsodefinitionerna av Nordenfelt, Pörn och Sarvimäki anser vi ha en liknande hälsosyn och vi kommer i vårt arbete att utgå ifrån dessa hälsodefinitioner. De svarar bra på den typ av hälsa som vi vill belysa, där hälsa är olika för var och en och som tar hänsyn till varje individs egna resurser och mål. Allt efter livets gång kan de komma att förändras, vilket bland annat kan bero på åldrandet (Nordenfelt, 1991).

1.2 Förståndshandikapp

Att ha ett förståndshandikapp är ett funktionshinder som rör personens begåvningsutveckling. Förståndshandikapp ser olika ut hos olika individer, men gemensamt är att alla förståndshandikappade behöver personligt stöd och hjälpmedel. De behöver också längre tid på sig än andra för att lära sig, förstå samt uttrycka sina tankar och känslor. Beroende på vilket hjälp och stöd den förståndshandikappade får klarar denne olika saker (FUB, 2008).

Att ett barn drabbas av förståndshandikapp kan bero på flera orsaker såsom kromosomförändring, fosterskada eller annan skada vid födseln. Under uppväxtåren kan barnet också ha drabbats av olycka eller sjukdom vilket lett till förståndshandikapp. Det är också vanligt att den förståndshandikappade även har ytterligare ett funktionshinder som till exempel rörelsehinder eller epilepsi (FUB, 2008). I Sverige finns cirka 38 000 personer med förståndshandikapp (FUB, 2008). Studier från USA visar på att det sker en ökning både av antalet äldre och av förståndshandikappade. Detta kommer leda till ett ökat behov av insatser

på ett socialt, medicinskt och fysiskt plan. Vi kan vänta en liknande utveckling i vårt land (Gustafsson, Thuresson, 2003).

1.3 Hälsa och förståndshandikapp

Det är utav yttersta vikt att arbeta hälsofrämjande för personer med förståndshandikapp såväl som andra funktionshinder. Precis som för andra människor är folkhälsomålen viktiga hörnstenar att ha i åtanke då hälsofrämjande arbete ska ske. Det finns 11 folkhälsomål. På boendena för förståndshandikappade anser vi att det kan och bör arbetas med alla de 11 målområdena, men här riktar vi in oss på målområde 1, 2 och 5. Detta för att i våra intervjuer med personal var det till dessa tre målområden som flest samtalsämnen kunde härledas. De tre målområden som vi har valt att rikta in oss på är de som vi finner mest grundläggande för att en god hälsa ska uppnås. När de har uppmärksamrats och helst förverkligats anser vi att de andra kan påbörjas.

Målområde 1 är ”Delaktighet och inflytande i samhället”. Förståndshandikappade och andra människor med funktionshinder är en särskilt utsatt grupp då det gäller såväl socialt, kulturellt och ekonomiskt inflytande. De har inte samma chans att, som andra människor, påverka de egna livsvillkoren och samhällets utveckling vilket kan leda till känslor av maktlöshet. I arbetet för att främja goda livsvillkor och delaktighet är bland annat aktörer som exempelvis kommun, länsstyrelser, myndigheter, ideella sektorn med flera viktiga (Statens Folkhälsoinstitut, 2009). Även Socialstyrelsen betonar vikten av att förståndshandikappade och andra människor med funktionshinder oavsett ålder ska vara fullt delaktiga i samhällslivet (Socialstyrelsen, 2009). Funktionshindrande processer som exempelvis diskriminering måste identifieras och åtgärdas (Statens Folkhälsoinstitut, 2008).

Då det gäller målområde 2 handlar det om ”Ekonomisk och social trygghet”. Det finns samband mellan god folkhälsa och ett samhälle som är präglad av god ekonomisk trygghet. Då det råder ekonomisk och social otrygghet leder detta ofta till psykiskt ohälsa, men också ojämlikhet i hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2009). Funktionshindrade har generellt sett sämre ekonomi än andra människor. Ekonomin är en viktig bestämningsfaktor för nedsatt hälsa hos personer med funktionsnedsättning (Statens Folkhälsoinstitut, 2008).

”Sunda och säkra miljöer och produkter” (målområde 5) har en grundläggande betydelse för hälsan. Målområdet är indelat i delområden vilka är:

- Sund utomhusmiljö
- Sunda produkter
- Sund inomhus- och närmiljö (inklusive buller)
- Säkra miljöer och produkter (Statens Folkhälsoinstitut, 2009).

Detta målområde har särskild innebörd för personer som är drabbade av överkänslighet eller allergi i någon form. För äldre är detta mål särskilt relevant då de i högre grad än andra människor drabbas av exempelvis fallolyckor. (Pellmer, Wramner, 2005)

1.4 Åldrande

Åldrande är en långsam och tilltagande process som utgörs av komplicerade biologiska, psykologiska och sociala processer (Berg, 1996). Att åldras är något naturligt, alla människor åldras, men däremot åldras vi på olika sätt (Thille, Wramner, 2000). Det finns två processer som påverkar hur vi kommer att åldras:

– *biologiska processer eller äkta åldrande*. Det sker förändringar och försämringar i kroppens olika system med stigande ålder. Två exempel är att kroppens celler förändras och att immunsystemet blir svagare.

– *miljöpåverkat eller oäkta åldrande* är den typ av förändringar eller nedsättningar i funktionsförmågan som beror på att vi levt eller lever i en speciell miljö. Det som kan antas vara biologiska åldersförändringar är ofta i stället effekter av olika miljöfaktorer, som exempelvis förslitningsskador, dåliga matvanor, inaktivitet och rökning (Berg, 1996). Det finns inga kunskaper om hur vi ska kunna förändra det biologiska åldrandet, men den del av åldrandet som har med miljö att göra kan vi däremot påverka (Berg, 1996). Tornstam (2005) pratar om primärt och sekundärt åldrande. Det primära åldrandet kan vi inte styra över, men det sekundära går att påverka då detta styrs av yttre faktorer som miljö och socialt liv. Undersökningar har visat att både upplevd och faktisk ensamhet generellt sett ökar från 55 års ålder och sedan blir problemet större och större. Åldrandet ser ut på olika sätt från individ till individ (Sheppard, Kosberg, 1985).

Förståndshandikappade åldras tidigare än andra människor. De förändringar som vanligen annars förknippas med åldrande kan återfinnas hos en förståndshandikappad redan i medelåldern (Björkman, Molander, 1995). I övrigt ser åldrandet oftast ut ungefär som de gör hos övriga människor. Thuresson (2008) menar att det normala åldrandet innefattar bland annat att reaktionstiden ökar, glömska, svårare att hitta namn, minnesstörningar och minskad respons och vakenhet. Dock menar Jeppsson Grassman (2008, kap 3) att funktionshindrade, inte bara med förståndshandikapp utan också med andra funktionshinder, har en beredskap för det åldrande som innebär försämring av kroppsliga funktioner därför att de är vana vid skörhet och krämpor. Förståndshandikappade har som grupp mer av alla sorters sjukdomar i alla åldrar (Björkman, Molander, 1995) (Umb-Carlsson, 2008). När förståndshandikappade åldras drabbas de dessutom av dubbel diskriminering både i form av ålderism och diskriminering på grund av funktionshindret (Jeppsson Grassman, 2008).

Möjligheten att skapa ett hälsosamt liv för den förståndshandikappade är svårare än vad det är för en normalbegåvad. Det finns klara skillnader i levnadsförhållanden på i princip alla livsområden. Framför allt då det gäller arbete, inkomst och socialt umgänge. Då det gäller arbetsmarknaden är en del anställda inom Samhall, men de flesta arbetar inte utan den största inkomstkällan kommer fram Socialförsäkringssystemet. Inflytandet över egna ekonomin är mycket begränsad. Det sociala umgänget är för majoriteten begränsat. Det sociala umgänget består ofta av anhöriga och personal (Umb-Carlsson, 2008). Förståndshandikappade är ofta i ett livslångt beroende av stöd och hjälp på grund av funktionshindret. Möjligheten att ta egna initiativ är ofta begränsad och särskilda språkrör som för personens talan kan vara en nödvändighet (Brusén, Hydén, 2000). För den förståndshandikappade finns ofta många hinder att ta hänsyn till och många upplever hinderna som höga och svåra att ta sig över. Dock har forskare konstaterat att de psykiska och sociala hindren är större än de materiella och ekonomiska (Magnusson, Lorentzi, 1999).

Litteraturgenomgång

Här kommer vi att ta upp litteratur, studier och teorier som är relevanta för vår studie.

2.1. Vad främjar ett hälsosamt åldrande för förståndshandikappade?

Alla människor åldras och vi åldras på olika sätt. Åldrandet märks tydligt på en del individer och det kan gå väldigt snabbt för vissa. Ju äldre människan blir desto fortare går åldrandet. Det fysiska åldrandet märks betydligt mer än de mentala funktionerna. Då det gäller det fysiska åldrandet är det vanligt att skelettet blir svagare. Skelettet urkalkas med stigande ålder. Det kan leda till bland annat benbrott och kutig rygg. Även muskulaturen blir svagare eftersom muskelfibrerna minskar och nervsystemet påverkas (Berg, 1996). Lotan m.fl. (2009) framhäver vikten av fysisk aktivitet för att förhindra att det sker. Reaktionsförmågan blir sämre eftersom nervsystemet arbetar långsammare. Det blir svårare att lära sig nya saker och att minnas (Berg, 1996).

Som togs upp i bakgrunden så åldras vi fysiskt, psykiskt och socialt. Berg (1996) menar att det är viktigt att ta hänsyn till att äldre drabbas av traumatiska händelser som exempelvis att bli änka eller änklings i högre grad än andra. Detta har stor påverkan på dödlighet, immunförsvar, drogkonsumtion och förmågan att klara sig själv (Sheppard, Kosberg, 1985). Berg (1996) talar också om ensamhet som kan vara både faktisk och upplevd. Det är viktigt att arbeta för att motverka ensamhet. Att äldre behåller en hög grad av psykisk, fysisk och social aktivitetsnivå är också ytterst relevant för att ett hälsosamt åldrande ska kunna ske (Thille, Wramner, 2000). Även Tornstam (2005) belyser vikten av detta men pekar särskilt på vikten av det sociala livets betydelse. Aadlandsvik (2007) talar om vikten av att fortsätta sitt lärande när man åldras. Även gamla människor har behov av att vara kreativa och utvecklas. Studier som gjorts som visar på att lärande på äldre dagar har en positiv effekt.

Forskning om åldrande domineras av det patogena synsättet men det är också viktigt att lyfta fram det salutogena perspektivet som fokuserar på faktorer och orsaker som vidmakthåller hälsa. Som tidigare nämnts finns det flera definitioner på hälsa. Den mest kända definitionen är WHO's som handlar om att hälsa är ett tillstånd av fysisk, psykisk och socialt välbefinnande, vilket kan låta som en utopi. Definitionen menar att hälsa inte handlar om endast frånvaro av sjukdom. Pellmer och Wramner (2005) tar upp flera hälsodefinitioner samt hur man går tillväga för ett framgångsrikt folkhälsoarbete. Hälsa innebär alltså inte enbart frånvaro av sjukdom och det finns ett flertal definitioner på hälsa. En är Nordenfelts (1991) som menar att hälsa handlar om att må bra och att ha god handlingsförmåga, vilket man har då möjligheten att arbeta för eller förverkliga vitala mål finns. För de förståndshandikappade känns en sådan här definition relevant eftersom de inte har samma möjligheter att skapa en god hälsa, såsom normalbegåvade människor har (Holm, m.fl., 1997).

De förståndshandikappade är begränsade då deras hälsa till stor del är beroende av andra människor. Det kan vara personalen på boendet de lever på som de är beroende av, föräldrar eller annan nära stående. Men deras hälsa påverkas också av politik, myndigheter och av samhällets syn på dem (Björkman, Molander, 1995). Då det gäller samhällets syn händer det att de förståndshandikappade diskrimineras. När de då också åldras blir de utsatta för dubbel

diskriminering, både på grund av funktionshindret och på grund av åldrandet (Jeppsson Grassman, 2008).

Trots att det fortfarande idag råder diskriminering mot förståndshandikappade i samhället så har en stor utveckling skett sedan 1950-talet. Då såg de förståndshandikappades liv betydligt annorlunda ut, än vad det gör idag. De flesta av de förståndshandikappade levde då på institutioner. Där var vardagen hårt strukturerad utifrån en organisations- och institutionsideologi som handlade om att övervaka och kontrollera de förståndshandikappade. Individens behov var inget som stod i centrum. Detta fick kritik. Kritiken blev banbrytande för de strävandena mot normalisering som än idag präglar utvecklingen av de förståndshandikappades möjligheter i samhället men också innehållet i det pedagogiska arbetet med förståndshandikappade (Holm m.fl., 1997). Idag ser det annorlunda ut. Det finns lagar som stödjer de förståndshandikappade och ger dem rätt till ett bra liv med hög livskvalitet samt ett ökat självbestämmande. Lagen kallas LSS som står för ”Lagen om särskilt stöd” (Brusén, 2000). Särskilt stöd har de flesta vuxna förståndshandikappade i Sverige. Det kan fås i olika former, exempelvis personlig assistans, kontaktperson och/eller avlösarservice.

I den här uppsatsen ska vi rikta in oss på den formen av särskilt stöd som gäller vuxna. År 1999 levde 16 162 personer i Sverige i den form av boende som innebär att individen bor i eget rum eller lägenhet men har hjälp av personal som finns i samma anläggning eller på kort avstånd därifrån (Brusén, Hydén, 2000). På dessa boenden finns vanligtvis personal dygnet runt som alltid är tillgängliga för den förståndshandikappade. På grund av detta blir personalen en väsentlig del i den boendes liv och kommer ofta att påverka den boendes hälsa. Personalen har möjligheter att främja de boendes hälsa men även det motsatta kan ske. Att arbeta hälsofrämjande med de förståndshandikappade är att rekommendera, då de åldras fortare än människor i allmänhet. Om personalen hjälper de boende till ett hälsosamt liv är chanserna till ett gott åldrande större (Jeppsson Grassman, 2008).

Prus (2004) har gjort en intervjustudie som visar att de äldre som tidigare varit omhändertagna av familjemedlemmar får stöd av dem även efter att de flyttat till ett boende. Deras anhöriga bryr sig och engagerar sig i deras psykiska, fysiska och sociala hälsa och är måna om att denna ska vara god. Släktingarna finner det relevant att skydda den äldre och att skapa ett stimulerande liv för denne. Det är vanligt att de kontrollerar personalen för att se till att de sköter sitt arbete korrekt. För de äldre som inte har anhöriga får personalen en ännu större betydelse och det är utan yttersta vikt att personalen har ett intresse och engagemang för att skapa ett hälsosamt för det boende.

För att arbeta hälsofrämjande gäller det att ta hänsyn till varje enskild individ. Det är viktigt att poängtera att gruppen förståndshandikappade består av ett antal individer som är olika vad det gäller behov, önskemål, drömmar och visioner, precis som alla andra människor (Holm m.fl., 1997). Vissa generella slutsatser har dock kunnat dras. Det har gjorts en undersökning om sju ledande hälsoindikatorer; fysisk aktivitet, övervikt och fetma, tobaksanvändning, substansmissbruk, ansvarsfullt sexuellt beteende, skador och våld samt tillgång till sjukvård. De som undersöktes var unga vuxna med förståndshandikapp. Resultatet blev att personer med förståndshandikapp var minst benägna jämfört med normalbegåvade att börja använda tobak, missbruka substanser och missbruka sexuella aktiviteter (Rurangirwa m.fl., 2006). Det har även gjorts en undersökning i USA av där bara kvinnor undersöktes. I den framkom det att kvinnor över 30 år med förståndshandikapp jämfördes med kvinnor i allmänhet bland annat hade negativ uppfattning om sin hälsostatus och deras hälsoindikatorer stödde uppfattningen.

Detta kan bero på att de råkat ut för negativa händelser som exempelvis diskriminering (Anderson, 2003). Hur människor reagerar på negativa händelser i livet tar Kate Sweeny (2007) upp i sin artikel. När något negativt händer i livet så är vi tvungna att bestämma oss för hur vi vill handla. Det finns dock hjälpmedel som den förståndshandikappade kan använda sig av. Ett exempel är ett instrument som heter PIMRA (the psychopathology inventory for mentally retarded adults), för förståndshandikappade vuxna som är utformat för att identifiera specifika psykiska problem. PIMRA kan alltså användas av personal som ett komplement i den diagnostiska processen. PIMRA utförs genom att 2 intervjuer genomförs. En intervju med den förståndshandikappade och en intervju med någon närstående till den förståndshandikappade. Därefter ställs en diagnos (Gustafsson, Sonnander, 2002). Det är viktigt att komma ihåg att det finns stora möjligheter och många faktorer som kan påverka och främja de förståndshandikappades hälsa. Vad som främjar livskvalitet är enligt Holm med flera (1997) exempelvis gott socialt stöd och fysisk aktivitet. I en studie gjord av Hawkins och Look (2006) kom de fram till, liksom Holm med flera (1997), att fysisk aktivitet är en viktig faktor för att främja hälsa hos förståndshandikappade. Det finns enligt Hawkins och Look (2006) fem hinder för att fysisk aktivitet ska ske; brist på förståelse av motionens fördelar, humör, bristande kunskap om vilka aktiviteter som finns, riskbedömningsfrågor och ekonomiska begränsningar.

2.2 Pedagogik

Vygotskijs pedagogik betonar det dialektiska samspelet mellan delaktighet i ett kollektiv och individens självstyrning. Samspelet äger rum genom att lärare/handledare lägger upp aktiviteter så att de utförs med större insats från barnet själv och med mindre insats från läraren, ett så kallat uppgiftsbaserat lärande. (Egidius, 2003) Denna typ av lärande används ofta på förståndshandikappade, personalen styr deras vardag men det är de förståndshandikappade som utför sina "uppgifter". I situationen är kommunikation ytterst viktigt för att lärande ska kunna ske. Säljö (2000) menar att samspelet mellan individ och omvärld är betydelsefullt vilket är grundat i Vygotskijs utvecklingssyn. Vår pedagogiska utgångspunkt kommer att präglas av Vygotskijs synsätt (Säljö, 2000). Vygotskij anser att omgivningen är avgörande för hur en individ utvecklas och hur denne presterar. Han var också själv engagerad med förståndshandikappade barn och här fick den neuropsykologiska inriktningen stor betydelse (Egidius, 2003).

I Sverige har Vygotskijs synsätt utvecklats av professor Roger Säljö vilket resulterat i något som han kallar för det sociokulturella perspektivet. Det sociokulturella perspektivet innebär ett samspel och samarbete där en individ utvecklar sina grundläggande kognitiva förmågor samt sin uppfattning om såväl sig själv som andra människor. Vilket kulturellt sammanhang man växer upp i och präglas av anses ha stor betydelse för en individs utveckling. I det sociokulturella perspektivet är språk och kommunikation en betydelsefull komponent. Den sociokulturella utvecklingen skapas i det samspel mellan de biologiska förutsättningarna och förmågan att skapa och använda olika medierande redskap. Denna process leder till lärande och utveckling och sker genom deltagande i socialt samspel (Säljö, 2000). Samspelet mellan miljö och individen bestämmer potentialen för individens utveckling och avgör miljökviteterna från individens synvinkel (Björklid, Fischbein, 1996).

Där det sker socialt samspel finns också makt med i bilden. Eftersom makt är något som finns överallt i samhället, finns makt också mellan personal och boende. En definition av makt är enligt Engelstad (2006) att makt är förmågan att få något att hända. Alltså att utföra

förändring i stor eller liten skala. Makt finns i alla förhållanden människor emellan. För den förståndshandikappade är vissa relationer som till exempel relationen med kioskbiträdet inte så viktig och vad gäller makt blir den då obetydlig. Ju viktigare förhållandet är för den, desto mer sätts på spel och desto mer sårbar blir individen. Olika former av maktbalans skapas på områden där vi både kan ge och ta; diskussioner, heminredning, naturupplevelser (Engelstad, 2006). Makt kan ses både uppifrån och nerifrån. Med det menas att den som har makt ser makt uppifrån, och den som inte har makt ser makt nerifrån. Men Engelstad (2006) undrar vad det vill säga att ha makt om makten inte är ett materiellt ting och kommer fram till att det huvudsakligen innebär att den som utövar makt gör det i kraft av att ha en rättighet som andra knyter förväntningar till. Det är just kombinationen av rättigheter och förväntningar som är det viktiga. Denna rätt kan ses som en resurs, men den utlöser bara förväntningar om resursen blir använd på rätt sätt.

Habermas (1981) har en teori som handlar om det kommunikativa handlandet. Detta handlande beskriver ett ömsesidigt utbyte mellan individer och en demokratisk potential. Habermas har utformat några huvudsakliga tankar om vad som präglar en maktfri dialog där det primära handlar om att relationen bygger på ömsesidig förståelse där personal och boende:

- Uttrycker sig förståeligt, vilket innebär att kommunikationen har en gemensam mening och betydelse
- Gör relationen begriplig, alltså så att både den förståndshandikappade och personalen förstår syftet med samtalet och finner mötet lika viktigt som personalen
- Förstår varandra det vill säga har en ömsesidig lust till samvaro och känsla av att den berikar (Habermas, 1981).

För att ett lyckosamt lärande ska ske är självvärdering väsentligt. Coopersmith (1967) talar om självvärdering. Han menar att de som har hög självvärdering sätter högre mål och ser till att nå dem. En inlärningsprocess sker under tiden som individen strävar mot och om vi klarar vårt mål eller inte kommer att stärka eller sänka självvärderingen. Eftersom inlärningsprocessen är igång under hela livet, är det betydelsefullt med hög självvärdering och högt KASAM även för äldre och förståndshandikappade. KASAM står för känsla av sammanhang och är ett begrepp som myntats av Aaron Antonovsky. Antonovsky (2005) menar att människan aldrig är helt frisk eller helt sjuk utan att vi hela tiden rör oss mellan de två polerna frisk och sjuk. I enlighet med Antonovsky (2005) är det utsträckningen av KASAM som ligger till grund för var vi befinner oss mellan dessa poler.

Lärande kan studeras ur ett psykologiskt perspektiv och kan påverkas av den psykoanalys som Sigmund Freud utvecklar. Pervin, Cervone och John (2005) skriver i sin bok om Sigmund Freud och hans teorier om detet, jaget och överjaget. Freud delar in psyket i tre delar: detet, jaget samt överjaget. Detet står för psykets primitiva omedvetna grund och drivs av primära behov och det är härifrån som all energi kommer. Detet undviker all smärta. Detet påminner om ett bortskämt barn. Allt sker utan orsak, logik, moral och etik. Detet är krävande, impulsivt, blint, asocialt, själviskt och älskar allt som är lustfyllt. Segrist (2009) menar att överjaget i princip är detets motsats och står för moral och samvete. Överjaget innehåller ideal som vi strävar mot samt skuld om vi missbrukar våra etiska koder. Överjaget söker perfektion. För att inte se allt i svart och vitt som överjaget oftast gör så lär vi oss som barn att inte se allt i svart och vitt. Jaget söker verkligheten Jaget är som en balans mellan detet och överjaget och är ansiktet utåt.

2.3 Åldrande och ekonomi

På 1960-talet blev fattighusen ålderdomshem (Meeuwisse, Swärd, 2002). Då bedrevs den typen av vård genom kollektiva aktioner när inte familjens egna omsorger räckte till (Brodin, Andersson, 1998). Idag bedrivs de flesta boenden av kommunen som finansierar dem. De boende har en egen ekonomi som oftast och huvudsakligen kommer från deras pension. Ekonomin sköts med hjälp av en god man. Vad kommunen bidrar med är kostnader för personal, en del hjälpmedel samt en del aktiviteter som boendet anordnar (Jeppsson Grassman, 2008). Att hålla personalkostnaderna låga är viktigt då verksamheten bedrivs utan vinst och betalas med skattemedel. För att kostnaderna ska bli mindre är det viktigt att minska belastningen på personalen genom att exempelvis använda hjälpmedel. Det kan röra sig om sänglyft och anpassningar i köket (Brodin, Andersson, 1998).

När det gäller de äldre så är de en utsatt grupp angående den ekonomiska situationen. De har ofta många läkarbesök och andra utgifter samtidigt som de inte tjänar pengar. Clark med flera (2008) menar att de mest ekonomiskt sårbara är bland annat de som är lågutbildade. Naidoo och Wills (2007) påpekar att positivistiska sociologer fokuserar på sociala faktorerers effekter på och begränsningar av personlig valfrihet, livsstil och hälsostatus. De ger ett exempel på att fattigdom missgynnar människor, leder till ”dåliga” hälsobeteenden och inverkar negativt på hälsotillståndet. Låg ekonomisk status leder till en ökad risk för att utveckla en dålig hälsa.

3. Problemprecisering

Efter ovanstående litteraturgenomgång framstår vikten av att arbeta för att främja förståndshandikappades hälsa och för att de ska få uppleva ett hälsosamt åldrande. Som det ser ut idag lever många förståndshandikappade på boenden speciellt för förståndshandikappade där det generellt sett finns personal dygnet runt. Detta väcker hos oss frågan om vad personalen har för tankar om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas hos de boende samt vad de har för tankar om vad de kan göra för att främja de boendes hälsa. I dagens ekonomikris anser vi det extra viktigt att de resurser som de har utnyttjas på ett hälsofrämjande sätt.

4. Syfte

Syftet är att ta reda på hur ett hälsosamt liv kan främjas hos förståndshandikappade enligt personal som arbetar på boenden för förståndshandikappade. För att avgränsa vårt syfte har vi kommit fram till följande frågeställningar:

- Hur ser livet ut på boenden för förståndshandikappade ur ett hälso- och lärandeperspektiv?
- Vilken betydelse har sociala och kulturella aktiviteter för förståndshandikappade?
- På vilket sätt kommer maktrelationen och bemötandet från personal till boende till uttryck?

5. Material och metod

I detta avsnitt kommer vi att gå igenom hur och från vem vi har samlat information samt hur vi har behandlat informationen.

5.1 Kvalitativ metod

Vi vill göra en undersökning av kvalitativ karaktär där personal på boende för förståndshandikappade är i fokus. Enskilda intervjuer finner vi relevant i sammanhanget då vi anser att vi får ut mer av det än om vi använt exempelvis fokusgrupper eller gjort en enkät. Detta på grund av att vi är ute efter att få fram enskilda individers uppfattning och tankar. Syftet med intervjuer är bland annat att få fram hur den intervjuade tänker, känner och vilka erfarenheter denne har. Vår tanke är att såväl validitet som reliabilitet blir hög vid vår kvalitativa intervjumetod eftersom personalen känner sig trygga med oss eftersom vi har erfarenhet av den verksamhet de arbetar i och därmed har de lätt för att öppna sig. Vi har också kunskaper om hur intervjuer ska genomföras efter att ha gått kurs i "Kvalitativa metoder". Då våra intervjuer genomförs gör vi också vårt yttersta för att hålla oss till syftet och få svar på de frågeställningar som är tänkta att vi ska få svar på. Personalen har också själva valt att ställa upp i undersökningen och har möjlighet att avbryta vid önskemål. Därför menar vi att sannolikheten att de talar sanning är stor. Reliabiliteten talar om resultatets tillförlitlighet. Med validitet menas om det som vi vill undersöka, verkligen undersöks. Självklart är vår strävan att såväl reliabilitet och validitet ska vara så hög som möjligt (Kvale, 1997) (Ryen, 2004).

Som hjälp då vi ägnat åt oss våra intervjuer har vi haft Kvales sju steg som utgångspunkt.

1. Tematisering – handlar om att ta reda på vad som är syftet med studien.
 2. Planering - eftersom vi ville arbeta kvalitativt så skapar vi en intervjuguide.
 3. Intervju – efter kontakt med såväl teamchef som anställda så genomförs intervjuerna.
 4. Utskrift - intervjuerna transkriberas.
 5. Analys.
 6. Verifiering handlar om vilka resultat vi får fram och hur de kan användas.
 7. Rapportering.
- (Kvale, 1997).

Intervjuerna transkriberades och insamlad data behandlades som sagt kvalitativt. Efter att vi transkriberat intervjuerna plockade vi ut meningsbärande enheter som svarar mot vårt syfte och som sedan kategoriseras. I resultatdelen används citat som vi anser är relevanta.

5.2 Målgrupp

Vår målgrupp var personal på olika boenden i en medelstor kommun i södra Sverige. Boendena drivs av kommunen och påminner om varandra. Det får bo högst fem individer på varje boende och de bor i egna lägenheter på boendet. De har egen toalett, kök, vardagsrum/sovrum samt personlig inredning. Sedan finns det ett stort gemensamt kök där personalen lagar mat till gemensamma måltider, ett gemensamt vardagsrum med soffor och tv samt oftast ett personalrum och ett kontor. Boendena är bemannade dygnet runt, på dagarna

arbetar oftast två personal samtidigt men ibland även fler och på nätterna är det en personal. Personalen hjälper till med matlagning, hygien, klädtvätt, klädval, ordna med skjuts till och från arbeten/dagaktiviteter/övriga aktiviteter, städning, stöttning, se så att dem har det bra, det ekonomiska, sociala kontakter, högtidsfirande, shopping och annat nödvändigt samt vara där för de boende. Personalen har alltså ett stort ansvar för de boende och det är personalen som håller i trådarna. Personalens arbetsuppgifter kan variera lite på de olika boendena beroende på de boendes diagnoser och behov.

Personalen jobbar i skift i ett 6-veckors schema med blandade tider och olika långa skift. De som jobbar dagsskift har oftast inga nattskift och vice versa.

5.3 Tillvägagångssätt

I kommunen finns många boenden för förståndshandikappade. De som ansvarar för boendena kallas för teamchefer. De har bland annat ansvar för personalen på boendena. På kommunens hemsida fann vi telefonnummer till ett flertal teamchefer i kommunen. Vi valde att kontakta den teamchef som hade ansvar för flest boenden. När vi ringde fick vi positiv respons. Teamchefen var mycket positiv till att vi skulle göra studien och ville gärna låta sin personal delta, om personalen var intresserad.

Därefter ringde vi upp personalen på de olika boendena. Vi blev positivt bemötta av personalen. Efter att vi talat om syftet med intervjuerna samt att bearbetningen av materialet skulle behandlas konfidentiellt bestämdes tid för intervjuerna. Tider för intervju bokades efter personalens önskemål, och de som arbetade på dessa arbetstider, var dem som vi intervjuade. Alla intervjuerna skedde på de olika boendena där personalen arbetade. Detta föll sig naturligt eftersom intervjuerna skedde under arbetstid. Sammanlagt intervjuades åtta personer.

Vi intervjuade personal från sex olika boenden då vi ansåg det var relevant att få olika individers, från olika personalgrupper, åsikter. Dessutom skiljde sig de olika boendena åt. På vissa boenden var de förståndshandikappade äldre och på andra boenden yngre.

Innan intervjuerna genomfördes arbetade vi fram en intervjuguide som skulle vara till vår hjälp under intervjuerna. Den innehöll frågor som vi ansåg viktiga att få svar på. Dock hade vi inte särskilt många frågor då vi ville att våra intervjuer skulle bli till mer öppna samtal. Intervjupersonerna fick i och med det möjlighet att komma in på ämnen som de själva ansåg relevanta. Vi som intervjuare gjorde vårt bästa för att vara så neutrala som möjligt och för att inte ställa ledande frågor.

Intervjuerna tog olika lång tid. De pågick mellan 30-70 minuter.

Efter att alla intervjuer var gjorda transkriberades de och sedan började vi bearbeta materialet. Det gjorde vi genom att plocka ut meningsbärande enheter som på något sätt knyter an till vårt syfte, för att sedan dela in dem i olika kategorier. Kategorierna utgör stommen i resultatredovisningen. I vårt resultat finns kategorierna och för att styrka varför vi valt ut dem har vi citat som vi finner passande.

5.4 Etiska överväganden

Under tiden som vi arbetat med uppsatsen har vi tagit hänsyn till Vetenskapsrådets (2006) fyra huvudkrav som är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjande kravet. Innan vi genomförde våra intervjuer informerade vi intervjupersonerna om vår undersökning. Vi förklarade varför vi ville göra den, alltså vårt syfte, och att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst hade möjlighet att avbryta om de inte längre ville delta. Detta kallar Kvale (1997) för informerat samtycke. Det är väsentligt att informationen omfattar alla de inslag som kan tänkas påverka deras villighet till deltagande. Det kan kopplas till informationskravet som lyfter fram vikten av att informera uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare och vilka villkor som gäller för deras deltagande (Vetenskapsrådet, 2006).

Samtycket skedde muntligt, både då det gällde teamchefer och personal på boende. Samtyckeskravet handlar om att undersökningsdeltagarnas samtycke bör visas (Vetenskapsrådet, 2006).

Vi förklarade att materialet skulle behandlas konfidentiellt. Med det menar vi att inga utomstående får veta vem som har lämnat svaren/informationen till oss. Vi själva har dock möjlighet att koppla ihop informationen med den som har lämnat den. Vetenskapsrådet (2006) betonar vikten av att personer som deltar i en undersökning ”skall ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem” (s.12).

När vår studie är klar kommer vi att förstöra alla kassettband som vi har använt till intervjuerna. Det tar Vetenskapsrådet (2006) upp i Nyttjandekravet: ”Uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål”(s.14).

I det här etikavsnittet vill vi också ta upp att det är problematiskt att diskutera förståndshandikappades hälsa och livskvalitet som ett särskilt fenomen, åtskilt från andras. Då talar vi om minst två former av hälsa och livskvalitet, en för de förståndshandikappade och en för andra människor. Med det menas att det inte bör eller ska utarbetas en särskild hälso- eller livskvalitetsförståelse för förståndshandikappade. Vi bör vara kritiska till att prata om hälsa och livskvalitet just för förståndshandikappade, utan i stället fokusera på att kartlägga positiva såväl som negativa livsvillkor och göra det till utgångspunkt för beslut och förbättringar av de förståndshandikappades livsvillkor och hälsa (Holm, m.fl., 1997).

6. Resultat

De förståndshandikappade som bodde i den här formen av boende bodde där för att de inte kunde ta hand om sig själva på samma sätt som en normalbegåvad person kan. Orsaken var deras förståndshandikapp som i sin tur medförde hinder av olika slag. Hindren var en del av den förståndshandikappades vardag, något som denne hade lärt sig att leva med. Personalen fanns till för att hjälpa och stötta den boende efter vad denne behövde hjälp och stöttning med. Hjälpbehovet var individuellt och den ena var inte den andre lik. De hade var och en sin egen drivkraft, sina värderingar och sitt sätt att leva. Vi kommer här nedanför att redovisa vårt resultat. Resultatet är indelat i kategorier som växte fram vid bearbetningen av intervjumaterialet.

6.1 Åldrandet

När det gällde åldrandet var det fysiska åldrandet mest påtagligt hos de förståndshandikappade jämfört med den övriga befolkningen. Det märktes bland annat på deras sätt att röra sig, ofta gick de långsammare. Personalen berättade att de boende åldras som människor i övrigt gör, fast de gjorde det fortare.

Det är inte så mkt psykiskt utan det är mer fysiskt. Fysiskt handikappade, går dåligt och orkar inte gå och dåliga knän och de blir ju mer hjälpmedel och man blir ju automatiskt mer stillasittande.

För att få hjälpmedel träffade den förståndshandikappade en arbetsterapeut och kom därefter fram till den mest optimala lösningen. Vissa hjälpmedel var dock dyra vilket gjorde att vissa hjälpmedel var vanligare än andra. Hjälpmedel fanns för såväl psykiska som fysiska handikapp, även om de fysiska handikappen var dominerande.

Det är inte så mkt psykiskt utan de är mer fysiskt. Fysiska handikappad, går dåligt och orkar inte gå och dåliga knän och de blir ju mer hjälpmedel och man blir ju automatiskt mer stillasittande.

Hjälpmedlen kunde vara till hjälp för att främja ett hälsosamt åldrande enligt personalen. De menade att de kunde främja både fysiskt och psykiskt åldrande, beroende på vad för slags hjälpmedel som användes. Exempel på hjälpmedel som personalen lyfte fram var talapparater som användes för de boende som hade tal- och kommunikationssvårigheter, rittavlor som fungerade som schema och var till för att skapa struktur och ordning i de boendes vardag, bolltäcken som fungerade som lugnande för dem som mådde psykiskt dåligt samt rullatorer.

Dessutom märkte personalen av åldrandet då det gällde orken. För att få de boende att orka mer och bli piggare ansåg personalen att det var betydelsefullt att de själva fanns tillgängliga och uppmuntrade de boende till aktivitet.

Ja det märks både på orken och hur de har gått från man säger att den ene sprang till stan eller tog bussen till stan alltid och skulle in och handla själv och ville verkligen göra saker själv och så. Och rätt som det var kom rullatorn eller så kanske också han

somnade i stan på en bänk eller någonstans. Han satte sig ner och skulle titta på folk och sen satt han där och somnade. Då fick vi ut och börja leta och så.

Även personal på övriga boenden poängterade att de förståndshandikappade blev tröttare ju äldre de blev.

Och sen är det ju att de inte orkar, de är ju trötta. Sen får man ju lägga på 10 år på dem, är du 50 så är du ju kroppsligen 60. Sen får man ju inte glömma medicinen tröttar. Vi har ju de som äter ganska duktigt med mediciner. Och de blir ju mycket tröttare.

Tröttare, orkar inte så mycket. Orkar liksom inte hjälpa till i den utsträckningen som det va när jag började här. Tar inte så många egna initiativ, så man märker det. Jättetydligt.

När personalen varit borta från boendet ett tag, exempelvis under semestern, blev det tydligt för dem hur snabbt åldrandet kunde gå.

Mmmm... o ja... det märks ju bara man kommer tillbaka från semester... hur gamla de har blivit...

Risken för fallolyckor ökade. Det framkom under våra intervjuer att på de boenden där det fanns många äldre var fallolyckor vanliga. Då gällde det att anpassa omgivningen efter det. Personalen på boenden där det var aktuellt hade kunskap om det och poängterade att det gällde att alltid vara beredd och på sin vakt för att förhindra olyckor.

Fast de är ju äldre så de går ju upp och sen ramlar de. Är de då så att de ramlar de får ju mindre fysisk aktivitet på grund av att de inte kan röra sig på samma vis.

Så vi har ju väldigt många fallolyckor här och det går ju på tio sekunder alltså.

Personalen tyckte det var viktigt att säkra boendet när de förståndshandikappade blev äldre. Det skapade trygghet hos den förståndshandikappade och trygghet var enligt personalen en viktig faktor för ett hälsosamt åldrande.

6.2 Kost och motion

Kosten och motion togs också upp som en viktig faktor för att ett hälsosamt åldrande skulle kunna ske. De förståndshandikappade var begränsade då det gällde att skapa goda kost- och motionsvanor. Detta berodde på det intellektuella handikappet, det vill säga att de hade svårt att förstå vikten och se fördelarna med att äta hälsosamt och röra på sig.

Nej de har inte den... förmågan. Man måste va med dem. De är lata så man måste pusha på dem. Förr kallade man ju de här för sinnesslöa och på nått sätt är det ju ett hemskt ord men jag kan tycka att det passar ganska bra. Det händer ju inte så mkt om man inte står bredvid dem.

Från flera respondenter framkom det att personalen försökte tänka på såväl kost som motion. När de talade om kost ville personalen att de boende ska äta mycket frukt och grönsaker. Det ansåg de som viktigt.

Frukt går det mycket här. Och så äter de ju frukttallrik varje kväll.

Det var också viktigt att de fick hemlagad mat och inte allt för mycket frysätter som köptes färdiglagade. Det talades också om att dricka vatten till maten, både för ekonomin och hälsans skull.

Kost hade många sociala aspekter för de förståndshandikappade. Det handlade inte bara om vad man åt utan också om hur man äter, när och varför.

Ibland på fredagskvällarna äter vi gemensamt. Dom rör sig bland så mycket folk så de behöver det här som man själv behöver ha, att få sitta i lugn och ro och få vara var för sig.

Under vilka former de boende åt skiljde sig mellan de olika boendena. Vissa hade gemensamma måltider medan andra åt var för sig. Det var dock vanligt att det ordnas gemensamma måltider då och då.

Sockerintag var något det också talas mycket om. På vissa boenden fanns speciella regler angående när och var de fick äta godis och liknande livsmedel. Personalen tyckte generellt sett att de boende åt för mycket sockerrika livsmedel, både i flytande och fast form. Läsik var något som personalen skulle vilja minimera. Godis, kakor, chips och dylikt ville personalen begränsa till helgerna. Det rådde generellt sett en enig bild av kostens betydelse för en optimal hälsa.

Asså sen samtidigt det är mycket kakor och godis. Och sen så försöker vi ju då att hålla lite hälsosammare stil, vi försöker ju begränsa det här med kakor och godis.

I vissa fall kunde det dock vara svårt. De förståndshandikappade hade trots allt själva rätt att bestämma vad de skulle äta och när, vilket personalen egentligen var positiv till. Dock ansåg många att det var rätt att försöka påverka de boende till hälsosamma kostvanor.

Vi försöker ju både med mat och motion. Och hela det här. Asså han som har diabetes han är ju den som verkligen behöver röra på sig. Och han är den som verkligen inte vill röra på sig så därför får man ju hitta lite grejor för han är ju fullt kapabel att också gå ett eller två varv runt kvarteret.

Förståndshandikappet skapade i många fall svårigheter för den förståndshandikappade att förstå vikten av att äta nyttig och hälsosam mat. De intervjuade upplevde att när de sa till de boende angående deras hälsovanor så sa de att de förstod och också tyckte att de var viktigt. Men någon timme senare hade de inte längre en tanke på att exempelvis offra tv:n för en promenad eller ta ett äpple i stället för en kaka.

Det är ju de här man förklarar och förklarar. De går in och sen ut. När det är fullt i kontoret så är de bara så. Sen ska man ju inte ge upp. Det finns stunder man märker att man lärt dem något.

Under intervjuerna reflekterade personalen över om det var så att de förståndshandikappade förstod vad som var nyttigt och hälsosamt, men hade svårt att själva leva upp till detta framkom det att de verkade förstå det i teorin, men hade svårt att göra det i praktiken.

Alla förståndshandikappade hade inte problem med kost och motion. Det fanns flera goda exempel på att vissa av dem hade stort intresse för såväl vad de åt som för fysisk aktivitet. Det fanns till exempel de som ville vara ute och röra på sig dagarna i ända och som inte ville komma in ens när personalen bad om det. Det fanns också de som var ytterst noga med sin kost och helst endast åt sötsaker vid speciella tillfällen. Men generellt sett så upplevde personalen att de flesta av de boende skulle behöva ändra sina hälsovanor då det gällde kost och motion.

Det här med att förklara gör vi ju dagligen men de är ju deras handikapp. De är ju här för att de inte kan. Men har man sagt det hundra gånger så 101:te gången är man kanske inte så pedagogisk. Ibland känner man sig som en ... aaaaa... tjugitig. Man påpekar ju allt!

För att något skulle bli gjort fick personalen anstränga sig. Att göra saker i grupp kunde också underlätta. Följde en med följde gärna fler med. De boende gjorde gärna saker tillsammans med personalen även om personalen ibland upplevde att de påpekade för mycket. Personalen menade att det var ett ständigt jagande.

Det framkom dock att ibland ville personalen inte pusha på de boende, utan ansåg att de skulle lyssna till de boende och se till den egna fria viljan. Något vi lade märke till under intervjuernas gång var att de ofta rådde en enig uppfattning i personalgruppen. Uppfattningen kunde dock skilja sig mellan olika boende. Det hände också att vi upplevde skilda åsikter i personalgruppen, men det var sällsynt.

Det är ju många som inte vill röra på sig och då har vi ju det här igen, vi ska ju inte tvinga någon och vi får ju inte tvinga någon till något heller.

Andra menade att personalen borde pusha på de boende och få dem motiverade till fysisk aktivitet och goda matvanor, genom att göra det till något roligt och positivt. De menade också att de kunde erbjuda tillfällen då de boende fick möjlighet att vara fysiskt aktiva. Detta kunde vara genom att promenera, åka ut i naturen eller simma antingen i badhus eller utomhus om vädret tillät. En av de intervjuade berättade att på somrarna brukade personal och de boende som ville vara ute i trädgården och arbeta med trädgårdsarbete. Den intervjuade berättade att även de som från början inte ville vara med, till slut brukade komma ut, då de såg hur roligt de andra hade.

På ett annat boende berättade personalen att de tidigare ofta gått ut med de boende på kvällarna, men att situationen i bostadsområdet hade gjort att varken de boende eller personalen var intresserade av det längre. I bostadsområdet var det vanligt med överfall, inte bara på nätterna utan det hände också på dagtid. Detta skapade oro bland såväl de förståndshandikappade som hos personalen.

Ja det är verkligen det, tycker det är lite obehagligt. Vi vågar nästan inte gå ut med soporna på kvällen.

Det var vanligt att de boende hade någon form av fysiskt handikapp, vilket försvårade deras möjligheter till att då som exempel vara fysiskt aktiva. Dock ansåg personalen att det var viktigt att arbeta för att bibehålla de boendes fysiska hälsa. Det pratades mycket om aktivitet.

Försöka ha dem aktiva, försöka se till så de verkligen gör saker, försöka göra det själv. Istället för att de tycker de kan vara lata en dag och "å kan du köra mig i rullstolen ute?" så säg "du klarar det själv".

Om de boende var aktiva berodde delvis på eget intresse. Vissa deltog i aktiviteter som anordnades utanför boendet. Exempel på sådana aktiviteter var bad och simning, rullstolsdans och gymnastik. Även personalen försökte att hålla de boende aktiva, då vanligtvis genom promenader.

Det rådde skilda meningar om den fysiska aktiviteten för förståndshandikappade var tillräcklig. På ett boende där majoriteten av de förståndshandikappade var äldre (den yngsta var 40 år och den äldsta var 72 år) ansåg personalen att det räckte med fysisk aktivitet för de boende och det var inget som de kände var i behov av att utvecklas. När vi ställde frågan om personalen ansåg att utbudet av aktiviteter bland förståndshandikappade var tillräckligt svarade personalen att det var tillräckligt.

Personalen menade att många vanor grundlades i tidig ålder och de kunde vara svåra att ändra på äldre dagar. När det gällde de yngre så var de lättare att forma. De hade lättare för att ändra sina vanor, även om vissa även i den yngre ålderskategorin också hade invanda mönster.

Ja men där är nog mer för de yngre egentligen än för dem äldre.

Fler aktiviteter riktade sig mot de yngre. Speciellt de aktiviteter där det krävdes fysisk aktivitet. De äldre hade generellt sett svårare att röra på sig.

Jo men det finns ju mer för de yngre. Nu har vi ju inte så många yngre, vi har ju två som är relativt unga.

På ett annat boende där de förståndshandikappade var mellan åldrarna 21 och 60 år ansåg personalen att de borde ägna sig åt mer fysisk aktivitet och ändrade matvanor. Den intervjuade var inte nöjd med hur situationen på boendet såg ut och upplevde att ingen av de boende var tillräckligt fysiskt aktiv eller hade särskilt goda matvanor. Dessa två var enligt personalen också de viktigaste faktorerna för ett gott, hälsosamt åldrande. Dock framkom det att intresset för motion fanns bland en av de yngre av de boende.

Han som är 21 skulle nog gärna vilja styrketräna och lite så, det har han gjort innan. Men sen de andra är mer glada för att sitta och äta.

Den intervjuade ansåg att personalen hade en viktig roll då de gällde att få de boende aktiva och ansåg att det inte skedde tillfredsställande på hennes arbetsplats och ville gärna se mer initiativ bland personalen som i sin tur skulle inspirera och aktivera de boende. Då den intervjuade endast arbetade nätter upplevde hon att det för egen del var svårt att aktivera och motivera de boende till bättre kostvanor på grund av tiden på dygnet.

Personalen tog upp att det ideala vore om de förståndshandikappade blev socialiserade in i ett fysiskt aktivt liv med hälsosamt mat, för att sedan låta det följa med denne genom resten av livet. Det ansågs inte gälla bara de förståndshandikappade utan alla människor.

6.3 Sociala relationer

För de boende kunde det sociala livet vara väldigt begränsat och det fanns i flera fall många hinder för att skapa ett bra socialt liv. De sociala hindren skapades och berodde på omvärldens förutsättningar samt de förståndshandikappades egna förutsättningar. Med det menade personalen att de förståndshandikappade var begränsade vad gäller att skapa ett socialt kontaktnät på grund av deras handikapp men även på grund av omvärldens resurser och synsätt. Bristande resurser kunde innebära att den förståndshandikappade inte fick möjlighet att själv ta sig dit hon önskar och det kunde innebära att hon inte hade någon vän eller anhörig vilket hon hade rätt till i form av exempelvis kontaktpersoner om personen så önskar. Deras eget handikapp kunde skapa problem då de kunde ha svårt att bemöta andra människor. De kunde vara högljudda, burdusa och/eller visade de antingen brist på empati eller tvärtom. Detta kunde skapa problem i det vardagliga livet.

För de har ju inte den förmågan att skaffa riktiga vänner själva. De kan ju vara riktigt fula till varandra. Som barn. Vi får ju prata för... tycker ni att det är en riktig kompis som gör så... ”neeej”. De är ju som att sitta med sina egna barn. Förklara... detta är rätt och detta är fel.

Personalen uppgav också att det inte var särskilt ofta som de boende träffade egna vänner, utan ofta skedde det med deras hjälp. De menade att många av de boende inte hade den sociala förmåga som krävdes för att ta initiativ och fråga efter att exempelvis gå och ta en fika eller gå ut och promenera.

Deras vänner beror ju på vad vi lyckas skrapa fram till dem.

Personalen antydde att de som var äldre hade svårare att anpassa sig till ett socialt liv utanför boendet, det kunde bero på att de levt på institutioner som unga. Det var vanligt att äldre förståndshandikappade hade levt stora delar av sitt liv på institutioner. Hur den förståndshandikappade hade reagerat på att sedan komma till ett annat boende och få uppleva en helt annan form av vardag var mycket individuellt. För en del hade det inneburit stora svårigheter medan det för andra lett till nya förutsättningar till personlig utveckling och ökad självständighet.

Jag menar det är ju bara senaste 20 åren innan va de ju nästan som djur. Han bland annat va ju inspärrad i Ideholm.

De förståndshandikappade åldrades dessutom fortare än genomsnittet av befolkningen vilket ledde till att de inte orkade med sociala evenemang i lika stor utsträckning. Personalen menade dock att det var viktigt att de boende fick träffa andra människor och var positiva till att åka iväg till andra boenden. Det var dock viktigt att det skedde på en nivå som passade. De borde inte vara iväg för länge. Enligt personalen ansåg de boende att det lätt blev för mycket av det goda och efter en stund menade de att det var skönt att komma hem till sitt eget och få vara för sig själva eller få vara tillsammans med personalen. Det fanns också de som inte ville följa med på aktiviteterna. De fick möjligheten att stanna hemma. Men de flesta brukade vara positiva till att åka iväg och utflykterna brukade bli minnesvärda.

Nu till jul har vi ett boende vi ska hälsa på och ha lite julfirande. Så att de kan åka och fika. Det får bli någon timme sen orkar de inte mer sen är de trötta. Sen är de bra.

Som orsak till bristande gemenskap kom personalbristen fram. I intervjuerna kom det fram att personalen hade en viktig funktion för att de förståndshandikappade skulle få möjlighet till ett socialt liv. Om resurser fanns bland personalen var sannolikheten att de förståndshandikappade skulle få chansen till social samvaro med andra människor utanför boendet större. Med resurser menade personalen att det fanns tillräckligt med personal samt möjlighet att förflytta sig till och mellan olika platser där den sociala aktiviteten skedde. Fanns det inte resurser blev såväl personal som boende lidande. Som tidigare nämndes hade de boende som inte ville följa med på de aktiviteter som personalen anordnade rätt att stanna hemma. Det kunde på flera boenden innebära att en aktivitet ställdes in. Då blev de boende som velat åka lidande för att personalresurserna inte räckte till. Det var ju tvunget att det fanns personal på såväl aktiviteten som på boendet. Detta drabbade även personalen då de kände sig otillräckliga.

Nackdelen med jobbet här är sparandet, vi är för lite folk.

En av de intervjuade tog upp att de boende kom i kläm. Med det menade personalen att de boende var beroende av andra människor och var i många avseenden tvungna att anpassa sig efter dem. Det handlade om personalen, andra boende och anhöriga men också som tidigare nämndes så var de beroende av kommunen och dess resurser. Men det kunde också handla om socialt stöd i form av kontaktpersoner, god man med mera.

Eh detta är ju människor som alltid kommer i kläm, för att ju mer personal... alltså ju mer personal man har... alltså... det ska ju inte vara överdrivet och ju mer man kan göra med dem så tror jag de får en mycket bättre vardag. De har en bra vardag men allting kan bli bättre.

På boenden där de förståndshandikappade även var drabbade av fysiska handikapp som till exempel att de satt i rullstol eller hade andra problem med att röra sig själva, kunde det enligt de intervjuade leda till att de fick sitta inomhus väldigt mycket. Det fanns inte tid för personalen att ta ut en boende, då de andra var kvar inomhus. Det var alltid nödvändigt att personal fanns tillgänglig. Det påverkade också det sociala livet. Inomhus var det vanligt att de boende spenderade mycket tid framför tv:n. Kom de ut blev det naturligare att de samtalar såväl med varandra som med personalen. Framför tv:n var det vanligt att de boende inte

tilltalade varandra, utan sökte sig till personalen. Att komma ut var något som personalen ansåg vara viktigt och på vissa boenden önskade de att möjligheterna var större till det.

Hade vi haft en personal till så hade vi kunnat ta ut två av de boende samtidigt idag, då hade de kommit ut.

Kommunen och dess ekonomi styrde enligt de intervjuade de boendes liv. Om kommunen hade pengar att satsa på verksamheten innebar det att de boende kunde få större möjligheter till ett hälsosammare liv på flera plan. Den sociala hälsan var bara en av flera faktorer i de förståndshandikappades liv som kunde påverkas positivt. Personalen ansåg att deras verksamhet var något som det borde satsas mer pengar på. Men de såg också ett problem i att verksamheten inte drog in några pengar, utan bara medförde kostnader. Det kunde vara därför som de alltid låg på minus ekonomiskt sett.

Det ska ju alltid sparas. Jag har ju jobbat så jävla många år och jag har aldrig hört talas om att det nått år har sagt vi inte ligger på minus.

Personalen ansåg att de gjorde sitt yttersta för att utnyttja resurserna som fanns till det bästa. Det fanns mycket att göra trots att det inte fanns så mycket pengar. Som tas upp senare i resultatet fanns ett flertal aktiviteter som kunde utövas utan pengar.

6.4 Kulturella aktiviteter

I flera intervjuer talade personalen om de förståndshandikappades intresse för olika kulturaktiviteter. Det kunde bland annat röra sig om exempelvis dans, konst, spela instrument och musik.

Spelar dragspel. När hans bror kommer till exempel och sen är han på Barbacka och där är ju musik och sånt. Sen har han sitt munspel, och spelar trummor har han gjort men dem tog vi väck för dom snubblade han över och så men men. Dom tog vi bort.

Det kom också fram att det märktes på de förståndshandikappades humör när de exempelvis varit och dansat eller deltagit i någon annan form av kulturaktivitet. De blev gladare och piggare.

Det uppskattar de. Det verkar så. Vi har ju en som pratar om det hela tiden så han uppskattar ju det i alla fall.

På vissa boenden hade resor anordnats. De boende hade vid de tillfällena tyckt att det varit roligt att få besöka en ny plats. Även personalen hade upplevt det som en positiv händelse, även om det inneburit mycket arbete. Dock var resor av den här typen numera ytterst sällsynta. Det var för dyrt för kommunen att finansiera.

Vi hyrde en stuga i Finja och va där i tre nätter. Det var jättekul men åå så mycket jobb. Man va helt slut när man kom hem.

Kortare utflykter var däremot vanligt på boendena. Ofta fanns möjlighet att låna buss eller dylikt för att bege sig ut i exempelvis naturen.

Vi har ju bussen varannan vecka. Så ibland blir det Kjugekull. Det är ju en nio-manna buss, de tycker ju att det är jätteroligt att ut och åka, titta. På sommartider åker vi ju ut mycket.

Även högtider firades på boendet. När det gällde julen åkte de flesta boende hem till sina familjer. Fanns behovet var det dock personal på boendet. Men även julen firades på boendena men då vanligtvis någon dag före julafton. Gran, julmat, julbak och kanske julklappsbytning var populärt. Ibland hade två boende gemensamt julfirande. Det var uppskattat.

Nu till jul har vi ett boende vi ska hälsa på och ha lite julfirande. Så att de kan åka och fika. De får bli nån timme sen orkar de inte mer sen är de trötta. Sen är de bra.

De behöver ju stimulans å uppmuntran som alla andra människor. Träffa lite annat folk... absolut. Än bara oss... hahahaha.

Andra högtider firades också. För de boende var det generellt sett viktigt med traditioner och högtider.

6.5 Makt ställer krav på bemötande

I våra intervjuer kom det fram att personalen spelade en stor roll i de boendes liv. Personalen framställdes som viktiga och betydande för de boende och de spelade en stor roll i de boendes liv, både som stöd för dem och som vän. I vissa fall då de boende saknade anhöriga kunde personalen få rollen som en anhörig eller nära familjemedlem. För de boende var inte personalen bara personal.

Vi är ju deras händer och fötter på många vis.

Med detta menade personalen att det som inte den förståndshandikappade själv klarade av, hjälpte personalen till med eller ordnade för den boendes skull. Det kunde röra sig om allt möjligt som ingick i det vanliga livet. Allt från att de hjälpte till med disk, matlagning och städning, till att de fanns till hands vid sociala problem, bråk, glädje och sorg. Det gjorde att det skapades starka band mellan personal och boende. Det tyckte personalen skapade en mening. Arbetet kändes meningsfullt att gå till, då de kände sig betydelsefulla för de boende.

De blir nästan som... det är ju ett jobb men de blir ju ändå som en familj. Eftersom man jobbar så nära. Så blir de ju lätt det. Många äldre har ju inga anhöriga utan vi är ju deras familj. De är de som är så tragiskt.

Men även om det skapades nära relationer mellan personal och boende rådde också ett maktförhållande, där personalen var den part som innehade makten. Maktförhållandet

kunde vara svårt att se, men framkom tydligt i våra intervjuer. Ofta handlade det om att personalen ställde krav eller tog beslut som den boende inte kunde sätta sig emot.

Sen är det då att man har strikta regler, det de mår bra av.

Många vill ju inte äta grönsaker till exempel, men då får man ju liksom se till så att de gör det ändå.

Personalen som vi intervjuat ställer dock krav och tar beslut av välvilja.

De boende var vana vid att det var samma personer som hjälpte dem, satte gränser och ställde krav på dem. Periodvis och på vissa boenden hade det dock varit mycket byte i personalgrupperna. Då blev de boende oroliga och kände sig otrygga. De intervjuade kom ofta in på vikten av att de boende skulle känna sig trygga.

Eh ja man hör ju alltid på mornarna då "Är du här när jag kommer hem?". Ibland slutar jag ju tolv och då får man ju säga det "nä nä, då kommer det annan personal, och det är den och den.". Men dem vill alltid veta "är du här när jag kommer hem?" och på kvällarna vem som är där på morgonen.

Det var också viktigt att det var rätt typ av personal som arbetade med de förståndshandikappade. De förståndshandikappade hade en mycket god förmåga att läsa av folk. De kände av sinnesstämningar men också bemötandet var ytterst viktigt. Bemötandet handlar om samspelet mellan personal och boende. Det handlade om hur personalen uttryckte sig, vilka gester de gjorde, deras tonfall, ansiktsuttryck med mera. Personalen menade att bemötandet hade en avgörande betydelse för kvaliteten på arbetet.

Sen är de ju väldigt väldigt duktiga på att läsa av all den personalen som kommer. De känner ju av lite mer än vad vi som är normala gör. De tar ju in det, kroppsspråk och röstläge. De är ju jätteduktiga på det. Det är ju rent fantastiskt. Man tänker inte på det eller man tror inte det men så är det faktiskt.

Om personalen var på dåligt humör, var ledsen eller ur balans på något sätt så var det svårt för personalen att dölja sina känslor för de boende.

Är man ledsen en dag så är de lika ledsna. De ... man tar ett exempel nu, jag avlivade min hund för ett tag sen och dem va ju lika, jag berättar om det att jag är lite så för min hund.... Och de "åhhhh" och kramade om en. Åh ja de tycker ju inte om när man inte mår bra. Man ska ju vara vanliga vi. Men ja, man är ju inte mer än människa själv.

I intervjuerna kom vi också in på att de boende ibland inte hade trivts med den personal som funnits på boenden. Det visade de tydligt.

De kan visa det genom olika, det är lite utbrott och sitta och tjura. Ja mmm. De är som barn det är det ju.

Vikarier var också något som diskuterades. Generellt sett så tyckte de boende om vikarier. Det var trevligt att träffa lite annat folk och vardagen blev lite annorlunda. Samtidigt kände inte vikarierna de boende på samma sätt som ordinarie personal och vice versa. Detta kunde leda till att de boende testat vikariernas gränser. Vikarierna arbetade generellt sett då någon i den ordinarie personalgruppen var sjuk eller frånvarande av annan orsak eller under somrarna då ordinarie personal hade semester.

Sen är de ju så oftast är de ju vi fasta personal försöker man med ett par gånger sen inte mer men med vikarierna han man ju försöka. Är de någon ny så testar de alltid. "Städning nej det gör inte jag?" och sådana saker. Ta in sin tvätt till exempel de kan ju klä på sig men kommer det nån ny sitter de gärna. De är ju jädrigt klipska egentligen. De säger ju också att de är de ju smarta. Vi har ju en stackars vikarie ibland men hon får ju jobba dubbelt kanske om man jämför med oss som är anställda. Hon servar dem med allt.

Om de boende kunde tänja för mycket på gränserna kände den boende att den hade övertaget men detta ledde inte till något gott varken för den boende eller för vikarien. Detta eftersom rutiner var så viktiga.

Det bryter ju rutinerna med. För då blir de ju lite förvirrade med. Mm. Ja. Ja jag vet inte. Vissa tycker säkert att det är jättebra men vissa går det ju inte alls. Då är det ju tvärtom då blir det ju utbrott. Då märker dem ju av åh hon är osäker. Då har dem ju övertaget, ändå har man ju försökt säga till henne "nu låter du dem sköta detta". Och så va, men det blir nog för att det inte ska bli något utbrott, då gör man det själv istället.

För de förståndshandikappade var kontinuitet och rutin mycket viktigt. Då den ordinarie personalen hade semester var det vikarierna som arbetade. Men personalen upplevde att de boende saknade den ordinarie personalen då.

Man märker när sommaren är över att det är bra när alla är tillbaka.

Det var inte bara relationen mellan personal och boende som lyftes fram som väsentligt för ett hälsosamt åldrande utan också relationen mellan personalen. Kommunikation mellan personalen var viktig. I en intervju lyftes personalgruppen fram som en förutsättning för ett hälsosamt åldrande för de boende.

Personalen är en bra grupp. Om det uppstår problem inom gruppen så tas det direkt, pang bom. En arbetsplats med många fruntimmer på blir det ofta skitsnack, nu pratar jag utav erfarenhet, men inte här. Det tas med detsamma.

Det framkom också att kommunen, som personalen är anställd av, försökte motivera personalen till motion. Detta genom att de blev erbjudna gratis träning på vissa gymanläggningar i närheten.

Gå på Exercise och det är ju då gratis, badhuset och har man då Karismakortet som kostar 50 kronor om året så kan man gå ner där och då är det gratis. Du kan köpa 10-kort på badhuset som då är reducerat.

Detta kunde också vara ett tillfälle för personalen att umgås utanför arbetet. Dessutom berättade de på ett boende att de skulle ha personalfest. Detta verkade vara mycket uppskattat. Även personal som bodde långt ifrån arbetet valde att delta i detta evenemang.

Det blir lite stressigt eftersom jag har så långt att köra hem sen, men det ska bli roligt.

7. Diskussion

Diskussionen syftar till att framhäva våra tankar och funderingar som, under studiens gång, framkommit.

7.1 Hälsöfrämjande utemiljö och fysisk aktivitet

I våra intervjuer tog personalen ofta upp att det var väldigt viktigt för de boende att komma ut i friska luften och röra på sig. De menade att de blev både piggare och gladare av detta vilket främjade ett hälsosamt åldrande för de förståndshandikappade. De ansåg också att det gällde de själva och många ville därför ge utomhusupplevelser till de förståndshandikappade. Bengtsson (2003) menar att det finns tre grundläggande faktorer till att utevistelsen har betydelse för hälsan. Dessa tre är:

- Positiva hälsoeffekter genom solljus, luft och temperatur
- Positiva hälsoeffekter genom själva utemiljön
- Positiva hälsoeffekter genom fysisk aktivitet utomhus.

Det finns också andra studier som visar på att utevistelse i vårdsammanhang leder till bland annat ökad koncentrationsförmåga, minskad övervikt liksom minskad oro och depression samt att ett socialt liv främjas (Magnusson, Lorentzi, 1999). Även Pellmer och Wramner (2005) tar upp att utomhusaktiviteter är en viktig faktor för att främja ett hälsosamt åldrande då det ger god fysisk, psykisk och social stimulans.

Dock finns det hinder för att utevistelsen ska kunna ske så som önskas. Personalen på boendena tar upp att det händer att de är för lite personal och att de därför inte har möjlighet att ta ut de boende och aktivera dem utomhus. Detta kallar Bengtsson (2003) för ett organisatoriskt hinder. Med det menas att det handlar om bristande resurser och rutiner vilket kan härledas till personalbrist.

Andra typer av hinder för att utevistelse ska kunna ske är fysiska och psykologiska hinder. Fysiska hinder kan vara exempelvis att det är långt till rekreationsområden eller att utemiljön är svårframkomlig (Bengtsson, 2003). Detta var dock inget som upplevdes som problem av den personal som vi intervjuade. Tvärtom upplevde de att de hade bra utemiljöer i närområdet. Många hade också små egna tomter eller små trädgårdar där de kunde vara ute och exempelvis plantera blommor och grilla. Generellt sett var gruppboendena belägna i villaområden där det var enkelt att ge sig ut i ett trevligt område där det var nära till rekreationsområde och bra promenadmöjligheter. Vi menar att det är positivt att gruppboenden placeras i de typerna av miljöer, eftersom det skapar möjligheter till utevistelse. Utevistelserna medför inga kostnader vilket är bra för de boende och deras ekonomi eftersom de generellt sätt har sämre ekonomi än befolkningen i övrigt (Clark m.fl., 2008).

När det gäller psykologiska hinder handlar det om otrygghet som har stor inverkan på äldre och funktionshindrade. Detta hinder är också direkt relaterat till om det finns någon med när de äldre och/eller funktionshindrade är ute (Bengtsson, 2003). Miljöns utformning är också en förutsättning. En av våra intervjupersoner berättar att boendet där denna arbetar är beläget i ett område där de boende känner sig otrygga. Det var vanligt förekommande bråk och våld i

området även dagtid. Detta påverkade både boende och personal mycket och det var vanligt att de undvek utevistelse på grund av detta. Vid sådana här fall anser vi att det bör anordnas regelbundna utflykter, så att de boende får möjlighet till utevistelse. Som även framkom i våra intervjuer tyckte de förståndshandikappade mycket om att vara ute med personalen. Går personalen ut, så går ofta de boende också ut. Det är ovanligare att de boende själva tar egna initiativ till exempelvis promenader eller andra utomhusaktiviteter. En tanke är dock att bristen på initiativtagande inte behöver bero på att de förståndshandikappade är lata eller inte vill gå ut, utan att det helt enkelt är förståndshandikappet som begränsar dem och som gör så att de inte har förmågan att själva komma på tanken eller idén. Förståndshandikappet innebär ju att individen behöver extra hjälp och stöd (FUB, 2008) och detta är en sådan sak som vi anser vara viktig att personalen hjälper de boende med. Om personal och andra som står den äldre och/eller förståndshandikappade nära kan arbeta för detta kan detta leda till ett hälsosamt åldrande då den mentala hälsan påverkas positivt, återhämtande och dessutom kan det inverka positivt på tillfrisknande (Bengtsson, 2003).

Om utemiljön är hälsofrämjande ökar möjligheterna för fysisk aktivitet utomhus. Som framkom i våra intervjuer är fysisk aktivitet viktigt. Fysisk aktivitet är något som rekommenderas för alla människor, inte bara för förståndshandikappade. Dock finner vi det extra relevant att poängtera vikten av fysisk aktivitet för de förståndshandikappade, då de i större utsträckning än den övriga befolkning är drabbade av övervikt och fetma. I våra intervjuer framkom att personalen upplevde att de boende generellt sett var stillasittande. Speciellt drabbade av detta är de som också lider av rörelsehinder. De äter också mindre frukt och grönsaker än den övriga befolkningen (Umb Carlsson, 2008). Vi ser att personalen har stora möjligheter att påverka de boendes fysiska hälsa genom exempelvis promenader och andra fysiska aktiviteter. Dock ser personalen brist på resurser vilket försvårar deras möjlighet att hålla de boende fysiskt aktiva vilket vi är medvetna om. Det är inte endast personalbrist som styr den boendes fysiska aktivitet. Hawkins och Look (2006) talar om fem hinder för att fysisk aktivitet ska ske. Vi anser att personalen kan arbeta för att övervinna de fem hindren. Det kan de göra genom att hålla sig uppdaterade på vilka aktiviteter som finns tillgängliga och informera de boende om det. Som framkom i resultatet, försöker personalen motivera de boende till fysisk aktivitet genom att de anordnar promenader och själva har en positiv inställning till fysisk aktivitet. Det är positivt att personalen är medveten om vikten av fysisk aktivitet (Hawkins, Look, 2006) (Medlen, 2009).

7.2 Vikten av socialt sammanhang

I resultatet framkom att det var personalen som fick styra upp de förståndshandikappades sociala liv eftersom de själva inte har den förmågan. Den ryske psykologen och pedagogen Lev Vygotskij påpekar handledarnas roll i lärandet, de måste lyssna samt observera för att förstå i vilken utvecklingsfas de förståndshandikappade är i för att ha lämpliga uppgifter och kunna handleda dem till nästa utvecklingszon. Vägledningen kan även ske via imitation (Egidius, 2003). Detta är en bra förklaring till hur personalen bör arbeta, de kollar av var de boende befinner sig mentalt och sen kommer de med förslag på aktiviteter som de boende kan klara av och därmed komma vidare i sin utveckling socialt. De boende härmar ofta också personalen vilket gör att det är viktigt för personalen att vara medveten om det och agera på lämpligt sätt. Hur personalen förhåller sig till andra människor kan därför avspeglas på de boende. Om någon i personalen till exempel har ett väldigt positivt synsätt till att träffa nya människor och utföra sociala aktiviteter kan de boende imitera och anamma beteendet.

Vygotskij menar att människan blir människa endast i kontakt med andra och i ett socialt sammanhang samt att vi utvecklas som personer i ett dialektiskt samspel med miljön (Egidius, 2003). Detta tyder på hur viktigt det är för de förståndshandikappade att ha ett rikt socialt liv för att utvecklas och må bra. Vi ser det som viktigt att personal och andra människor i den förståndshandikappades liv uppmuntrar och har en positiv syn på den förståndshandikappades hälsa eftersom det i en studie visat (Anderson, 2003) sig att förståndshandikappade kvinnor över 30 år har en negativ syn på sin hälsa vilket överensstämmer med deras hälsostatus (Anderson, 2003). Med tanke på det anser vi att det går att ändra deras hälsostatus genom att ändra deras negativa syn på sin hälsa då den egna synen på hälsan påverkar den faktiska hälsan. Den negativa hälsosynen kan ändras genom exempelvis uppmuntran och bekräftelse. Eftersom inte alla boende har anhöriga som är engagerade i den boendes liv (Prus, 2004) anser vi det vara utav yttersta vikt att personalen har ett genuint intresse för att vilja skapa ett så gott och hälsosamt liv som möjligt för de boende.

Delaktighet i ett kollektiv betonas Vygotskij även som viktigt (Egidius, 2003) och det är i allra högsta grad viktigt för de boende. De har inte själva valt vilka de ska bo med samt vilken personal som ska arbeta där så för att det ska fungera bör de vara delaktiga i andra beslut som tas. Att bo på ett boende jämfört med förr i tiden då de bodde på institutioner har positiva effekter bland annat eftersom det finns mer personal vilket leder till mer tid åt varje boende (Felce, Repp, 1992).

7.3 Att socialiseras in på boendet

Som framkommer i resultatet, är inte personalen bara personal utan det skapas ofta en närmare relation. Om detta inte sker leder det till oro och otrygghet hos den boende. Det har personalen märkt exempelvis då den ordinarie personalen är på semester och det är vikarier som arbetar på boendet. För att främja trygghet behöver personalen ge den boende två sorters stöd. Den första sortens stöd handlar om att hjälpa dem med de delar som deras handikapp gör att de inte klarar. Handikappen är individuella men kunde exempelvis vara att de behöver hjälp med tvätt, matlagning, städning, hygien med mera. Personalen menar att det var deras grundläggande arbetsuppgifter. Den andra sortens stöd handlar om de sociala relationerna, som enligt personalen var minst lika viktiga som de grundläggande arbetsuppgifterna. Det handlar om att visa empati och medkänsla, om att finnas till hands om någon vill prata och om att bry sig (Holm, m.fl., 1997). Vi anser att det är viktigt att den personal som arbetar på boende skapar goda relationer med de boende, att de har hög empatiförmåga och att de verkligen har ett personligt intresse för att göra livet på boendet så bra som möjligt. Det är viktigt att se till individen. Som framkommer i resultatet har alla de boende olika behov och det bör personalen ta hänsyn till. Om detta inte sker kan det leda till isolering och ensamhet hos den boende, vilket personalen har sett vid personalskifte. Risken för isolering och ensamhet ökar med åldern (Sheppard, Kosberg, 1985). Vi ser det därför som betydelsefullt att det skapas goda relationer mellan boende och personal och att det är viktigt att personalen har en positiv attityd och ett bra bemötande. Enligt Socialstyrelsen (2009) finns det ett starkt samband mellan attityd och bemötande. Sambanden är dock svåra att klargöra, men trots det har det framkommit en slutsats som säger att personalens värderingar och erfarenheter spelar en avgörande roll. De säger också att ett grundläggande villkor för ett bra bemötande är att den, i detta fall, förståndshandikappade, uppmärksammas som den hela person som han eller hon är. Funktionshindret är bara en aspekt av personen (Socialstyrelsen, 2009).

Socialisation är en process som pågår genom hela livet. Det är ifrån socialisationen som människor får sina värderingar, kunskaper, normer och attityder. Genom processen blir människor integrerade i den sociala verklighet som för tillfället råder i samhället. Som framkommer i resultatet har de förståndshandikappade enligt personalen olika värderingar och åsikter om vad som är ett bra och hälsosamt liv. De härstammar från socialisationen. Det finns två typer av socialisation. Den första sortens socialisation är den primära socialisationen, som sker under de första uppväxtåren. Den primära socialisationen innefattar den miljö där barnets känslomässiga, kognitiva och sociala behov tillgodoses. Detta sker främst inom familjen, men kan också ske på exempelvis daghem eller dylikt. För de barn som inte har någon familj blir det någon annan miljö där barnet vistas i, som skapar den primära socialisationen. Men den primära socialisationen behöver inte vara begränsad till uppväxtåren. Människor lever under hela livet i primära sammanhang vilket har påverkan på människan. Alltså är även boendet, där den förståndshandikappade lever, en primär socialisation och personalen upplever enligt vårt resultat att de förståndshandikappade förändras och utvecklas i det sammanhang de befinner sig i. Den sekundära socialisationen handlar om att människan får färdigheter som gör att hon fungerar i samhället och enligt samhällets normer. Skolan är ett exempel på en viktig socialisationsmiljö. Vi kan också prata om en tertiär socialisationsmiljö som handlar om hur människor påverkas systematiskt av exempelvis massmedier, politiker, reklam och myndigheter som skapar speciella värderingar (Cronlund, 1996).

De förståndshandikappade blir precis som alla andra människor socialiserade in i vårt samhälle. De lär sig också normer och värderingar, även om de inte alltid förhåller sig till dem som andra människor gör eftersom de mentalt befinner sig på ett barns nivå. Ibland kan de förstå att det som de har sagt är fel men i vissa fall inte. Personalen menar att de ibland tycker att det känns som att prata med barn, då de pratar med de förståndshandikappade. Freuds teori om detet, jaget samt överjaget skulle kunna appliceras på det (Pervin, Cervone & John, 2005, Segrist, 2009). De förståndshandikappade har ett stort ”det” samtidigt som deras överjag inte är helt utvecklat. Överjaget utvecklas hos barn men många av de förståndshandikappade har inte kommit in i den utvecklingsfasen. Jaget är då inte heller i balans. Detta kan förklara varför de är så impulsiva, detet påminner som tidigare nämnt om ett bortskämt barn. Personalen anser att detta stämmer med deras erfarenheter med förståndshandikappade då de ofta agerar som bortskämda barn.

Personalen berättar att de boende växer upp tillsammans med sin familj, eller i en liknande situation. Den primära socialisationen är då viktig och den förståndshandikappade skapar sig sina normer och värderingar precis som alla andra. Likaså gäller den sekundära socialisationen, eftersom förståndshandikappade, precis som andra barn och ungdomar, går i skolan och därefter får någon form av arbete. När den boende sedan ska flytta hemifrån flyttar hon vanligtvis till någon form av boende, då det enligt personalen är mycket svårt för henne att klara av ett eget hushåll och det som tillkommer med det (Holm, m.fl., 1997). Här sker en annan form av primär socialisation. De förståndshandikappade lever nu i ett annat primärt sammanhang, som de inte själva valt fullt ut. Möjligtvis har de själva valt att de ska flytta hemifrån och att de är redo att ta nästa steg i livet och leva självständigt i så stor utsträckning som möjligt, men det primära sammanhanget de nu lever i, lever de också i tillsammans med människor som de själva inte valt. Vanligtvis, när en normalbegåvad människa flyttar hemifrån, väljer denne själv om den vill leva ensam eller bo tillsammans med någon respektive, men den möjligheten finns inte i samma utsträckning för den förståndshandikappade. De lever då i en miljö med människor som de själv inte valt – alltså de övriga boendena och personalen (Brusén, Hydén, 2000). Att trivas med de människor som

finns i omgivningen är ytterst viktigt (Holm, m.fl., 1997) (Tornstam, 2005) och personalen menar att de har en viktig uppgift i att skapa trivsel för den förståndshandikappade.

De boende har enligt personalen olika diagnoser och det är vanligt med psykiska problem. Dessa kan dock vara svåra att se. Verktuget PIMRA är ett bra redskap för personalen för att främja de boendes psykiska hälsa eftersom de genom detta redskap får tydliga svar på vad den förståndshandikappade har för psykiska problem vilket gör det lättare att arbeta vidare med frågan (Gustafsson, Sonnander, 2002). Personalen verkade inte vara insatta eller ha arbetat med verktuget PIMRA, men vi skulle gärna se att de gjorde det då vi anser att det skulle främja de boendes psykiska hälsa samt underlätta diagnostiseringen av de förståndshandikappades psykiska problem.

Det är också relevant att personalen tar hänsyn till hur den boende har levt sitt liv tidigare, innan livet på boendet. Detta för att skapa så goda möjligheter för ett gott hälsosamt åldrande för de förståndshandikappade, men också för att skapa en trivsamt arbetsmiljö för sig själva – vilket även gynnar de boende. I våra intervjuer var KASAM ingenting som nämndes direkt, utan snarare indirekt. Personalen menade att det var viktigt att de förståndshandikappade förstod sin omgivning, kände sig delaktiga och kände inflytande. Detta kopplar vi till att en hög KASAM är väsentlig då KASAM innebär sättet att se på sin omgivning som ger möjlighet till att framgångsrikt bemästra de oändligt många och komplexa stressorer vi möter (Sweeny, 2007). Det är betydelsefullt med högt KASAM och hög självvärdering även för äldre och förståndshandikappade (Coopersmith, 1967).

Det bör också poängteras att positivt socialt stöd även ger positiva effekter på den fysiska hälsan. Det framkommer i vårt resultat då personalen menar att de förståndshandikappade tycker om att vara fysiskt aktiva i samspel med sina medmänniskor. Därför är det relevant att personalen har social träning med de boende där de både har gemensamma aktiviteter men också att personalen är noga med att såväl tillrättavisa de boende när de inte beter sig socialt korrekt, som att berömma dem när de är vänliga mot varandra och andra. Det har visat sig att gott socialt stöd minskar besvär som exempelvis åldersförändringar i leder, smärta och stelhet samt ökar rörligheten och muskelstyrkan (Jeppsson Grassman, 2008). Men det är inte bara från personalen som de boende behöver hjälp och stöd. Även den tertiära socialisationen påverkar de förståndshandikappade. Synen på människor med funktionshinder har stor betydelse för inriktningen på de handikappolitiska insatserna. Men det är svårt att beskriva hur olika personer bemöts då de är i kontakt med myndigheter, utan att då samtidigt analysera vilken syn som råder på människor med funktionshinder i vårt samhälle. Därför måste insatser för att förbättra bemötandet gå hand i hand med insatser inom hela det politiska fältet (Socialstyrelsen, 2009). Att de förståndshandikappade blir bemötta på ett bra sätt ser vi som viktigt för ett hälsosamt liv, vilket också kan bli ännu viktigare då de förståndshandikappade åldras eftersom de då är en utsatt grupp, inte bara på grund av sitt handikapp, utan också på grund av åldern.

7.4. Kultur och aktiviteter

Något som kom fram i ett flertal av våra intervjuer var att många av de förståndshandikappade hade stort intresse för någon form av kulturaktiviteter. Det kunde röra sig om exempelvis sång, teater, konst eller dans. Detta intresse för kulturaktiviteter ser vi som något mycket positivt, då det leder både till aktivitet både fysiskt och psykiskt. Aadlandsvik (2007) poängterar vikten av att äldre blir inbjudna och får tillfällen att lära sig nya saker. Även

Socialstyrelsen (2009) och Blandy (1993) anser att kulturaktiviteter är betydelsefullt för alla människor, inte bara för de förståndshandikappade och de menar att kulturaktiviteter ska vara tillgängliga för alla grupper i vårt samhälle. Det är därför viktigt att verka för allas möjligheter till kulturupplevelser och till eget skapande. Detta är ett område att arbeta vidare med. Idag finns en del kulturupplevelser som de förståndshandikappade har möjlighet till, men informationen om dem bör göras mer tydlig och mer riktad till de förståndshandikappade. Regeringen anser också att det är nödvändigt med utbildning inom kulturområdet för personal inom omsorgen (Socialstyrelsen, 2009). Personal på boende menade i våra intervjuer att de är positiva till vidareutbildningar och kursen, men de anser att de sällan blir tillfälle. Ofta på grund av att kurserna är för dyra. Kommunens ekonomi räcker inte till. Vi har en åsikt om att det vore lämpligt med utbildning inom kulturområdet för personal på boende för förståndshandikappade, då det hade kunnat leda till att personalen fick ökad kunskap och insikt i vilken betydelse detta har för de boendes fysiska och psykiska hälsa. Förhoppningsvis hade den ökade kunskapen lett till att personalen hjälpte de förståndshandikappade till fler kulturaktiviteter. Som tidigare nämndes är informationen om kulturupplevelser inte alltid tillräckligt tydlig för de förståndshandikappade så att den når fram på ett önskevärt sätt. Det vore positivt om personalen vore uppmärksam på de kulturaktiviteter som anordnas, då de då kunde informera de boende och/eller gå med dem på aktiviteterna.

7.5. Maktrelationen mellan personal och förståndshandikappade

Det är den förståndshandikappades behov som ligger till grund för vad som händer och sker på boendet enligt personalen. Men även om det är så, krävs det också att den förståndshandikappade kan samarbeta, ta hänsyn och kompromissa med personalen på boendet. Det är den förståndshandikappades hem, men det är också personalens arbetsplats. Detta kan skapa svårigheter och inkräkta på den boendes frihet (Brusén, Hydén, 2000). I förhållanden då den ena är beroende (behöver hjälp) och den andra oberoende (ger hjälp) finns maktskillnader och detta utgör ett hinder i frihet för de människor som kräver den särskilda omvårdnaden (Engelstad, 2006). Dock är det bara de som är i underläge, i detta fall den förståndshandikappade, som kan känna av och vilja förändra maktfördelningen. För den som innehar makten är det ofta svårt att inse maktförhållandet och vad det kan få för konsekvenser (Brusén, Hydén, 2000). Maktförhållanden är något som alltid finns i relationen mellan personal och boende. Dessutom framkom maktförhållandet tydligt i våra intervjuer då personalen berättade om olika situationer. Det kunde handla om allt från hur städning skulle ske till om den förståndshandikappade kunde gå ut på en promenad. Ordet makt uttrycktes inte öppet i våra intervjuer. Anledningen till detta antar vi beror på att, som Brusén och Hydén (2000) uttryckte det, ”sådan makt endast kan upptäckas av den som befinner sig i underläge” (s. 41). Dessutom känner vi att det var en känslig fråga att ställa. Vi vill också poängtera att bara för att personalen har makt, innebär inte detta att de nödvändigtvis utövar makt. Dock kan maktinnehavet i sig vara tillräckligt för att den förståndshandikappade ska känna svårigheter i att hävda sina egna behov och önskemål vilket på många olika sätt kan påverka dennes upplevelser av såväl trygghet som frihet (Brusén, Hydén, 2000). Vi är övertygade om att detta kan påverka psykiska hälsan och åldrandet negativt hos den förståndshandikappade eftersom det kan leda till både irritation och oro hos den förståndshandikappade. Forskning har visat att personer med förståndshandikapp lider av psykisk ohälsa i högre grad än andra människor. De vanligaste problemen är aggressivitet, självskadande, depression och ångest (Umb Carlsson, 2008). En tanke är att det finns ett samband mellan detta, alltså att den höga förekomsten av psykisk ohälsa kan bero på upplevelsen av att inte kunna tillgodose sina egna behov och önskemål. Enligt Nordenfelts (1991) hälsodefinition är detta grundläggande för att

skapa en god hälsa. Varje människa bör ha möjlighet att göra det som hon värderar som viktigt.

Det finns ett stort dilemma bakom diskussionerna angående självbestämmande och inflytande. Det är svårt att veta var gränsen går mellan frihet och beroende. Detta dilemma får personalen leva med, men Holm med flera (1997) menar att en passande balans nås då personalen erkänner och accepterar inblandningen av beroende. Det är väsentligt att undvika maktmissbruk och för att detta ska förhindras krävs att de möter den förståndshandikappade som en likvärdig part i en öppen dialog. Ett sätt att stärka den förståndshandikappades inre resurser är att föra dialog. Det är positivt att diskutera normer och värderingar samt dess konsekvenser för den förståndshandikappades möjliga val.

Den maktfria dialogen kräver också vilja att dela kunskap. Om syftet är att utestänga den andre från kunskap så är detta liktydigt med att bygga relationen på (kunskaps)-makt. En viktig aspekt är också att det måste finnas vilja till ömsesidig tillit och gemenskap (Engelstad, 2006). Personalens intresse för den förståndshandikappade måste vara äkta, då det annars finns risk för att den förståndshandikappades tillit till personalen förstörs om denne inte möter eller missbrukar den boendes öppenhet. Den sista viktiga aspekten för ett lyckad maktfri dialog handlar om vilja till att avväga handlingsmöjligheter och att välja. Här får den förståndshandikappade möjligheten att skaffa sig färdigheter för att nå en varierad handlingsberedskap genom olika val. Det är också viktigt att personalen visar respekt och acceptans för valet eller valen som görs. Syftet med den maktfria dialogen är att skapa ett öppet, äkta och solidariskt samspel som är präglad av inlevelse, empati, sensitivitet och respekt. Tanken är att personalen då bidrar till att den förståndshandikappade utvecklas till att ta maximalt inflytande över sitt eget liv (Habermas, 1981). Vi menar att om detta skulle främja ett gott åldrande hos förståndshandikappade och motverka den typ av psykiskt ohälsa som tidigare beskrevs som förståndshandikappade är drabbade i högre grav av än normalbegåvade människor.

7.6. Metoddiskussion

Vi valde att göra intervjuer vid olika boenden för att inte bara få insyn i ett boende utan mer hur det är överlag i en kommun i södra Sverige. Trots detta fick vi relativt liknande svar och åsikter, vilket kan vara på både gott och ont. Det kan vara att boenden i samma kommun har liknande "anda" eller kan det bero på att personalen väljer att framställa det positiva mer. Om det beror på det sistnämnda, alltså att personalen valde att framställa allt positivt så kanske vi som intervjuare skulle ha varit mer framåt. Eftersom vi är nybörjare vad gäller att intervjua människor så tyckte vi i vissa av intervjuerna att det var svårt att bryta in och följa upp en del svar som kanske hade fått dem att öppna sig lite ytterligare. Om vi hade gjort om intervjuerna idag så menar vi ändå att skillnaderna nog inte hade blivit så stora eftersom resultatet var så likt överlag men kanske hade vi fått några fler synpunkter på varför inte allt fungerar till 100 % vad gäller till exempel motion. Det kan även vara svårt för personalen att erkänna att de faktiskt har påverkan på varför inte de boende motionerar mer. Ska de boende ut och gå så ska personalen följa med och är det då någon i personalen som inte känner sig pigg på det så är det lätt för denne att ändra planerna. Just detta kan vara svårt att få fram, det kan ju både vara medvetet och omedvetet som personalen påverkar de boendes motion. Eftersom personalen har så stor påverkan på de boendes liv så präglas de boende av personalens åsikter både medvetet och omedvetet.

Intervjuerna valdes att göras på boendena, dels för att personalen inte skulle behöva ställa upp på sin fritid men även för att vi skulle få se hur det såg ut och att de skulle få vara i sin naturliga arbetsmiljö. De flesta kändes lugna och bekväma när vi kom dit. När bandspelaren sattes igång så upplevde vi att intervjupersonerna blev spända och vi tror att personalen gick in i någon slags roll för att det skulle låta bra på bandspelaren och även att de till en början försökte klura ut vad det var för svar vi ville ha. När bandspelare sedan var avstängd var det precis som att de slappnade av igen och en del tog upp vissa diskussioner igen där fler svar kom fram. Det tog ett tag även för oss att vänja oss vid bandspelaren så möjligen kan personalen ha känt av det också, men vi försökte att inte låtsas om att den låg där.

Att vi presenterade oss som studenter från Kristianstad Högskolas folkhälsovetenskapliga program kan ha gjort att de kände sig "tvungna" att svara så hälsosamt som möjligt eller framstå som duktiga inför oss. Ibland upplevde vi det på det sättet. Vid en intervju ursäktade de sig för att de var tvungna att gå ut och röka först. För att vi inte skulle verka som två hälsofantaster som såg ner på dem borde vi kanske inte ha nämnt att vi kom från just folkhälsovetenskapliga programmet. Kanske skulle vi bara ha sagt att vi var studenter på Högskolan Kristianstad och att de då inte skulle ha känt press på att svara hälsosamt. Men då hade de nog ändå blivit nyfikna och undrat vilket program vi gick på så vi anser inte att vi kunde ha agerat annorlunda vad gäller det. Vi förklarade även vad folkhälsovetenskapliga programmet innebär och varför vi valde just detta ämne till vår C-uppsats. Vi valde vid de flesta intervjuerna att inte berätta att vi jobbar extra inom samma verksamhet för att de skulle förklara så ingående som möjligt om deras yrke och yrkesroll, lite längre in i intervjuerna kom det oftast upp och då kändes som att de kände en samhörighet och att de öppnade upp sig lite mer. Om vi hade sagt det från början skulle de kanske ha berättat lite mer över lag bara eftersom de ansåg att vi redan visste rutiner och liknande.

Vi blev själva inte förvånade över något som framkom i resultatet och det speglar i stort sett vad vi själva upplevt på de boenden som vi har jobbat på. Som vi tidigare nämnt skulle vi ha kunnat ha brutit in mer och tryckt på att få fram mer "känsliga" svar. Vi anser att personalen vid några tillfällen förskönade verksamheten lite, detta kan ha berott på rollen som de gick in i när bandspelaren sattes igång men även att det faktiskt är svårt att erkänna sina brister. Det fanns några frågor som de hade svårt att formulera ett "bra svar" på och som de därför valde att hoppa över. Där frågar vi oss om det kan ha varit för att de inte visste eller för att de var rädda för att svara på ett sådant sätt så att de framställde sig själva på ett negativt sätt. Vi hade innan intervjuerna började förklarat att de när som kunde avbryta och om det var någon fråga som de inte ville svara på så gick det bara att hoppa över den eller de frågorna. Så vi kunde inte ifrågasätta varför de inte ville svara på vissa frågor utan får istället själva tolka möjliga orsaker.

Vi anser att vår studie tillför ökad kunskap om vad som främjar ett hälsosamt åldrande som kan vara till hjälp för personal eller andra som kommer i kontakt med förståndshandikappade. Mer kunskap behövs alltid och vår studie är en bra grund för det anser vi. Det finns mer för personalen att jobba med och vi anser att fler utbildningar för dem ska vara obligatoriska. Okunskap är trots allt den största faran för ohälsa. På ett boende framkom det att en eller flera sjuksköterskor hade varit rädda för de boende vilket kan medföra att de inte får rätt vård eller eftersom de läser av människor så bra känner sig olustiga i möte med sjukvården. På något boende hade de fått gå på kurs om hur det var för förståndshandikappade att åldras och vad som hände med både det fysiska samt det psykiska medan på ett annat boende så hade de inte fått möjlighet till det. Eftersom det är inom samma kommun anser vi det konstigt. Kan det vara så att personalen på en del boenden är mer intresserade än andra och efterfrågat kurser

själv eller är det så att det är det ekonomiska som spelar roll och kommunen därför bara erbjuder vissa boenden kurser? En del personal har tidigare arbetat på äldreboenden och har därför ingen erfarenhet av att arbeta med förståndshandikappade vilket det är stor skillnad med. Eftersom boenden för förståndshandikappade, liksom andra verksamheter inom omsorgen, inte är något vinstgivande projekt rent ekonomiskt kan det vara så att det inte prioriteras trots att det är människor det handlar om. Personalbrist och brist på bussar/åkfordon att behövliga utflykter med var något som kom upp i de flesta intervjuerna.

7.7 Konklusion

I resultatet framkom att personalen har stor påverkan på de boendes hälsa eftersom personalen spenderar mycket tid med de boende och de boende ofta tar efter och härmar personalens beteenden och deras hälsovanor. Därför har personalen stora möjligheter att främja de boendes hälsa samt förebygga ohälsa. Dock är personal som arbetar på boenden för förståndshandikappade generellt sett lågutbildade, vilket innebär att de vanligtvis inte studerat vidare efter gymnasiet. Många av den äldre personalen har arbetat länge inom omsorgen vilket lett till mycket erfarenhet och kunskap inom området.

Innan uppsatsen påbörjades var vår tanke att personalen skulle ha visst inflytande över de boendes hälsa, men det visade sig att personalen har stort inflytande över de boendes hälsa. Det bör personalen utnyttja mer än vad de gör idag. Exempelvis genom att varje boende tillsammans med de förståndshandikappade diskuterar om vad som är hälsa för dem och vad de känner att de vill arbeta vidare med. Att skapa en gemensam hälsodefinition kan skapa större motivation för såväl förståndshandikappade som personal att arbeta hälsofrämjande. Det är viktigt att varje boende skapar en egen hälsodefinition som passar deras boende eftersom det finns så många boende och de skiljer sig mycket från varandra.

Vi ser det som viktigt att personalen får en djupare syn på hälsa. Det kan vara möjligt genom att personalen får utbildning i hälsa och hur den kan främjas. I dagsläget upplever vi personalens hälsosyn generellt sett som snäv. Det skulle vara möjligt att utveckla hälsosynen, då vi upplevde att personalen var engagerad och villig att lära sig mer. Utbildningar var något de saknade men var positiva till det då det erbjöds.

Att arbeta för ett hälsosamt åldrande för förståndshandikappade ser vi som väsentligt och detta arbete har lett till vidare frågeställningar:

- Hur skiljer sig hälsofrämjande arbete inom handikappheten jämfört med äldreården?
- Hur kan hälsa främjas hos de förståndshandikappade i deras dagliga verksamhet (med daglig verksamhet menar vi den plats som den förståndshandikappade ofta kallar för sitt arbete)?

Vi hoppas att vår uppsats kan inspirera och motivera personal på boende för förståndshandikappade att arbeta vidare med frågan om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas. Vår önskan är att teamchefer ska vilja vidareutbilda personalen så att deras hälsosyn blir bredare och de får bättre kunskaper inom det salutogena synsättet. Möjligheterna är stora för att göra boendena hälsosammare än vad de i dagsläget är.

Källförteckning

- Aadlandsvik, R. (2007). Education, poetry and the process of growing old. *Educational Gerontology*, 33: 665 – 678.
- Anderson, D J. (2003). Health status of women aging with developmental disabilities. *Research in Social Science and Disability*, 3: 257 – 273.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bengtsson, A. (2003). *Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Berg, S. (1996). *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Stockholm: Förlaget Hagman AB.
- Björklid, P och Fischbein, S. (1996) *Det pedagogiska samspelet*. Lund: Studentlitteratur.
- Björkman, M. och Molander, L. (1995). *När utvecklingsstörda åldras*. Stockholm: Liber.
- Blandy, D. (1993). Community-Based Lifelong Learning in Art for Adults with Mental Retardation: A Rationale, Conceptual Foundation, and Supportive Environments. *Studies in Art Education*, 3: 167 – 175.
- Brodin, H. och Andersson, A. (1998). *Hälsoekonomins grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Brusén, P. och Hydén, L-C. (2000). *Ett liv som andra*. Studentlitteratur, Lund.
- Clark, DO. Frankel, RM. Morgan, DL. Ricketts, G. Bair, MJ. Nyland, KA. Callahan, CM. (2008). The meaning and significance of self-management among socioeconomically vulnerable older adults, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 63: 312 – 319.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Fransisco, London: W H Freeman and Company.
- Cronlund, K. (1996). *Utveckling, livsvillkor och socialisation*. Stockholm: Bonnier utbildning.
- Egidius, H. (2003). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Engelstad, F. (2006). *Vad är makt*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Felce, D och Repp A. (1992). The behavioral and social ecology of community houses. *Research in Developmental Disabilities*, 13: 27 – 42.
- Gustafsson, C och Sonnander, K. (2002). A psychometric evaluation of a Swedish version of the psychopathology inventory for mentally retarded adults (PIMRA). *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 26: 183-201.

- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikative Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp verlag.
- Hawkins, A och Look, R. (2006). Levels of Engagement and Barriers to *Physical Activity* in a Population of *Adults* with Learning Disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(4): 220-226.
- Holm, P, Holst, J, Balch, S och Perlt, B. (1997). *Liv och kvalitet i omsorg och pedagogik*. Lund: Studentlitteratur.
- Jeppsson Grassman, E. (red.) (2008). *Att åldras med funktionshinder [Ageing with a Disability]*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lawrence, A. P, Daniel C, Oliver P. J. (2005). Personality theory and research. *John Wiley & Sons, Inc*, 4: 156 - 161.
- Lotan, M, Yalon-Chamovitz, W, Patrice L. (2009). Improving Physical Fitness of Individuals with Intellectual and Developmental Disability through a Virtual Reality Intervention Program. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2): 229-239.
- Magnusson, C och Lorentzi, H. (1999). *Fritid för funktionshindrade*. Falköping: Bonnier Utbildning AB.
- Medlen, J G. (2009). Health Literacy for Individuals with Special Needs. *Exceptional Parent*, 39: 24-27.
- Meeuwisse, A och Swärd, H. (2002). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur
- Naidoo, J och Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordenfelt, L. (1991). *Hälsa och Värde*. Stockholm: Thales.
- Pellmer, K och Wramner, B. (2005). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.
- Prus, S G. (2004). A Life Course Perspective on the Relationship between Socio-Economic Status and Health: Testing the Divergence Hypothesis. *Canadian Journal on Aging*, 23: 145-153.
- Pörn, I. (1984). "An Equilibrium Model of Health", i Lindahl, I. och Nordenfelt, L. *Health, Disease and Causal Explanations in Medicine*. Dordrecht: Reidel; 3-9.
- Rurangirwa J, Braun KV, Schendel D, Yeargin-Allsopp M. (2006). Healthy behaviors and lifestyles in young adults with a history of developmental disabilities. *A Multidisciplinary Journal*, 27: 381-399.

- Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju – från vetenskapsteori till fältstudie*. Malmö: Liber AB.
- Sarvimäki, A. (1984). *Hälsobegreppet och vårdbegreppet*. Forskningar nr 6. Helsingfors: Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut.
- Sarvimäki, A. (1990). *Hälsan och det goda livet*. Helsingfors: Helsingfors universitet.
- Segrist, D J. (2009). What's going on in your professor's head? Demonstrating the Id, Ego and Superego. *Teaching of psychology*, 36: 51 – 56.
- Sheppard, H och Kosberg, J. (1985). The elderly in the aging society: Emerging roles and responsibilities. Symposium on aging in the Jewish world. *International Exchange Center on Gerontology*.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2008). *Folkhälsomål och funktionshinder*. Tillgänglig http://www.fhi.se/upload/ar2008/ovrigt/funktionsnedsattning/Folkhalsomal_och_funktionshinder.pdf. Originalarbete publicerat 2008.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2009). *Folkhälsopolitikens elva målområden*.
- Sweeny, K. (2007). Crisis Decision Theory: decisions in the face of negative events. *Psychological Bulletin*, vol 134, page 61 - 76.
- Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken – ett sociokulturellt perspektiv*. Smedjebacken: Fälth & Hässler.
- Thille, A och Wramner, B. (2000). *Liv till åren*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Thuresson, K. (2008). *Åldrande hos personer med förståndshandikapp och utvecklingsstörning*. Eskilstuna.
- Tornstam, L. (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Umb Carlsson, Ö. (2008). *Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning*. http://www.fhi.se/upload/ar2008/rapporter_2008/R200818_Halsa_utvecklingstorn0807.pdf Originalarbete publicerat 2008.
- Vetenskapsrådet. (2006). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Sverige: Vetenskapsrådet.

Bilaga 1.

Intervjuguide.

1. Hur ser en vanlig dag ut på ditt arbete?
2. Vad anser du vara det viktigaste för att skapa en god hälsa?
Varför anser du detta?
Tror du att detsamma gäller för de förståndshandikappade?
3. Hur tror du att ett förståndshandikapp påverkar åldrandet?
4. Vilka faktorer har betydelse för ett hälsosamt åldrande?
5. Vad är viktigast för att ett gott åldrande ska kunna främjas?
Hur ser du på personalens roll?
Vad gör Ni för att ett gott åldrande ska kunna främjas?
6. Tycker Ni att personalen på detta boende arbetar hälsofrämjande?
Om ja, på vilket sätt? Om nej, varför inte?
7. Vad tycker Ni skulle kunna bli mer hälsofrämjande på boendet?
8. Upplever Ni att de boende är intresserade av hälsa?
9. Är de förståndshandikappade mottagliga för hälsoinformation?
10. Övrigt?

