

Policy och praxis i särskilt boende och omsorg för äldre personer med utveck- lingsstörning

- KOMMUNALA CHEFERS
FRAMSTÄLLNINGAR

RAPPORT 2010:2
SKARABORGS KOMMUNALFÖRBUND FoU



Institutionen för vård och natur (IVN)

University of Skövde
School of Life Sciences

**Policy and Praxis of Accommodation in Caring Settings for
Intellectual Disabled Elderly – The Accounts of Care Managers**

**Policy och praxis i särskilt boende och omsorg för äldre
personer med utvecklingsstörning – kommunala chefers
framställningar**

FOU-Rapport 2010: 2
Skaraborgs Kommunalförbund
Författare: Ingalill Niggol &
Ulla Hellström Muhli

SAMMANFATTNING

- Titel: Policy och praxis i särskilt boende och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning – kommunala chefers framställningar
- Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
- Kurs: Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot äldres hälsa, Avancerad nivå 15 hp
- Författare: Ingalill Niggol¹ & Ulla Hellström Muhli²
- Sidor: 34
- Månad och år: Juni 2009
- Nyckelord: Äldreboende, Gruppboende, Diskursanalys, Utvecklingsstörning, Socialchefer, Äldre.
-

Äldre personer med utvecklingsstörning (ÄMU) är en ökande befolkningsgrupp till följd av förbättrad hälsovård och livsvillkor. Därmed får de ett ökat omvårdnads- och boendebehov som äldrebefolkningen i övrigt. Kommunerna står därför inför en ny situation. Frågan är om ÄMU ska bo kvar i sin invanda miljö eller flytta till särskilt boende inom äldreomsorgen, eller finns det andra alternativ som tillgodoser ÄMU:s specifika behov. Syftet var att analysera och beskriva hur åtta socialchefer framställer boendeinsatser, omvårdnad och omsorg för ÄMU. En kommunikativ ansats har använts och diskursanalys (DA) i analysarbetet. Data samlades genom intervjuer. Socialchefernas framställningar om ÄMU och deras behov av särskilt boendestöd resovisas som: (i) *diskursiv enighet*, (ii) *diskursiv oenighet* och (iii) *diskursiv dominans*. Utmärkande drag i dessa är: 1) omsorgen om funktionshindrade och äldreomsorgen representerar olika omsorgskulturer som bör fogas samman, 2) cheferna tycks föredra omsorger om funktionshindrade som modell för äldreomsorgen, 3) kunskaper saknas i organisationen om ÄMU:s specifika behov, 4) diskursen om ÄMU och boendestöd är ett diskursivt problemområde i tiden, 5) är ännu på planeringsstadiet som en kommunikativ praktik, snarare än en materiell sådan. Dessa diskursiva drag utgör studiens kunskapsbidrag och kan användas för utvecklingen av boendestöd och omsorg/omvårdnad för ÄMU.

¹ Filosofie kandidat i vårdpedagogik och filosofie magister i omvårdnad Ingalill Niggol, gymnasielärare vid Vuxenutbildning Skövde. Huvudförfattare till studien, bidrog till design, datainsamling, rapport.

² Filosofie doktor i vårdpedagogik, universitetslektor i omvårdnad, Högskolan i Skövde. Bidrog till designen, och var huvudhandledare för studien .

ABSTRACT

Title: Policy and the Praxis of Special Accommodation in Caring settings for Intellectual Disabled Elderly – The Accounts of Care Managers

Department: School of Life Sciences, University of Skövde, Sweden

Course: Master Degree (One Year) Project in Nursing Science Specializing in Health and Care of the Elderly, Advanced level15 /ECTS

Author: Ingalill Niggol³ & Ulla Hellström Muhli⁴

Pages: 34

Month and year: June 2009

Keywords: Nursing home, Residential care, Discourse analysis, Intellectual disabilities, Social management, Elderly

Older people with intellectual disabilities (ID) are a growing population due to improved health service and living conditions. Thus, the needs of social and health care will increase as by the general population. Consequently, the municipalities stands in front of a new situation. The question is if ID should stay in their special accommodation when they grow older, or if they should move to a nursing home for elderly people, or are there other alternatives that supply the special need of ID. The aim of this study was to analyze and describe the accounts of eight care managers concerning development of special accommodation and care for intellectual disabled elderly. A discourse and communication based approach was used. Data was collected by interviews. The accounts of the care managers about ID and their needs of special accommodation was presented as: (i) discursive agreement, (ii) discursive disagreement, (iii) dominated discourse. Characteristic feature in these accounts are: 1) the care of ID and the care of elderly represents different cultures which ought to be joint, 2) the managers seems to prefer the care of ID as a model for the elderly care, 3) there are needs for growing knowledge of ID specific vulnerabilities, 4) the discourse of ID and of the special accommodation is a problematic question of today, 5) is still on the state of planning as a communicative practice, rather than material practice. This discursive characteristically feature constitutes the contribution of this paper and can be used to development of the special accommodation and of the social and nursing care for I

³ BSC in Health Care pedagogic, and MCS in Caring Science, Ingalill Niggol, Vuxenutbildning, Skövde. The main author. Contributed to the design, data gathering and to writing/report.

⁴ Ph.D.Ulla Hellström Muhli, Senior Lecturer at University of Skövde. Contributed to the design and was supervisor.

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING

ABSTRACT

INLEDNING

INLEDNING	1
------------------------	----------

BAKGRUND	2
-----------------------	----------

ÅLDRADEPROCESSEN	2
------------------------	---

UTVECKLINGSSTÖRNING.....	3
--------------------------	---

ÅLDRADEPROCESSEN HOS PERSONER MED UTVECKLINGSSTÖRNING	4
---	---

DOWNS SYNDROM	6
---------------------	---

SOCIAL OMSORG	6
---------------------	---

OMVÅRDNAD.....	6
----------------	---

STYRDOKUMENT FÖR OMSORGEN - OCH OMVÅRDNADEN AV ÄMU	7
--	---

BOENDETS UTFORMNING OCH VERKSAMHETSINNEHÅLL	9
---	---

TEORETISK RAM.....	9
--------------------	---

PROBLEMFÖRMULERING	10
--------------------------	----

SYFTE	10
--------------------	-----------

METOD	10
--------------------	-----------

METODOLOGISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	10
--	----

INFORMANTER	11
-------------------	----

URVAL OCH GENOMFÖRANDE	11
------------------------------	----

ANALYS AV DATA	11
----------------------	----

ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
---------------------------	----

RESULTAT.....	13
----------------------	-----------

DEN ALLMÄNNA DISKURSEN OM ÄMU OCH BOENDESTÖD	13
---	-----------

DISKURSIV ENIGHET	14
-------------------------	----

SERVICEPLANER	15
---------------------	----

TVÅ KULTURER OCH TRADITIONER	16
------------------------------------	----

FÖREBILD FÖR OMSORGEN	18
-----------------------------	----

LÄRANDE ORGANISATION	18
----------------------------	----

DISKURSIV OENIGHET	20
--------------------------	----

SERVICEPLANER	20
---------------------	----

SPECIFIKA BEHOV	21
-----------------------	----

PERSONALFRÅGAN	22
----------------------	----

DISKURSIV DOMINANS	23
--------------------------	----

DISKUSSION.....	26
------------------------	-----------

METODDISKUSSION.....	26
----------------------	----

RESULTATDISKUSSION.....	26
-------------------------	----

KONKLUSIONER OCH IMPLIKATIONER	28
--------------------------------------	----

FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	28
---------------------------------------	----

REFERENSER	30
-------------------------	-----------

BILAGOR

Bilaga 1. Förfrågan om deltagande i studien

Bilaga 2. Information om studien (Poster)

Bilaga 3. Intervjuguide

INLEDNING

Denna studie baseras på en diskursiv analys (DA) av socialcheferas framställningar om utveckling av särskilda boendeinsatser och omvårdnad/omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning. I fortsättningen kommer äldre personer med utvecklingsstörning att förkortas ÄMU. Fokus i studien är (i) vad cheferna är eniga om i diskursen om boendeinsatser för ÄMU (ii) och vad cheferna är oeniga om, (iii) samt vilken diskurs som vinner gehör. Med andra ord, studien handlar om hur socialchefer diskuterar och föreställer den rådande diskursen om boende, omvårdnad och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning.

Studier visar att beslutsfattande i människovårdande organisationer har betydelse hur ledare beaktar svaga klienters intressen, kunskaper och behov (Gottlieb, 1992). Klienters beroendeställning kräver beaktande av moraliska och etiska aspekter i beslutsfattandet för att inte bli förfördelade. Det teoretiska begreppet som används för att förklara detta förhållande är *empowerment*, vilket klargör hur beslutsfattare kan ge makt och inflytande till klienter, ex. genom att öka klienters kunskaper, rättigheter och genom att informera. Studier visar också att socialcheferna har en relativt stor makt i förhållande till ÄMU (Hellström Muhli, 2003). Socialcheferna kan bestämma tillgång till stöd och service, här särskilt boende. Därför är det av stor betydelse hur socialchefer diskuterar, skapar mening i samtal och konstruerar boendealternativ för ÄMU.

Studiens teoretiska perspektiv, har sina rötter i fenomenologi, social konstruktionism och sociokulturell teori (Schutz & Luckmann, 1973). I detta perspektiv ses inte utformningen av boendealternativ för äldre som en fråga om företeelser producerade eller determinerade av samhälleliga eller strukturella förhållanden enbart. Istället, ses boendealternativen vara producerade genom olika typer av kommunikativa och materiella praktiker i vilka vårdens och omsorgens chefer ingår som viktiga aktörer. Boendeinsatser, omvårdnad och omsorg kan då utforskas ur ett handlings- och aktörsorienterat perspektiv, här chefers.

Kunskapsintresset utmärks av den dialogiska ansatsen om kommunikation som materiell handling (Säljö, 1999). Detta innebär att kommunikationen utgör en konkret resurs, som byggsten, men också en begränsning i att skapa boendeinsatser för äldre människor. Kommunikationen är därmed en diskursiv handling (Fairclough, 1992). Språket ses som konstitutivt för hur verkligheten uppfattas och därmed är beslutsfattande och chefsutövning beroende av hur boendeinsatser konstitueras i språkliga termer (Säljö, 1999). Det är därför av intresse att studera vilken diskurs om boendestöd och insatser som vinner gehör i chefernas framställningar och vad dessa framställningar implicerar i form av handlingar när det gäller boendeinsatser för ÄMU.

I det följande kommer jag därför att redovisa några för studien viktiga sammanhang när det gäller boendeinsatser för ÄMU. Först redovisar jag åldrandeprocessen som sådan och namnger dess vetenskapliga tillhörighet, efterföljt av definitioner av utvecklingsstörning. Sedan beskriver jag vad åldrandeprocessen innebär för ÄMU och den specifika problematiken som den innebär för personer med Downs Syndrom. Därefter knyter jag an social omsorg, respektive omvårdnad till ÄMU, samt gällande styrdokument för omsorgen och omvårdnaden som ÄMU omfattas av. Vidare beskrivs boendets utformning och verksamhetsinnehåll för omsorgs- och omvårdnadsarbetet, efterföljt av studiens problemområde, syfte och frågeställning. Därefter redogör jag för det teoretiska begreppet framställningar (*accounts*), samt tillvägagångssättet för analysen åtföljt av resultatredovisning av framställningarna med stöd av flera dataexcerpter. Avslutningsvis kommer jag att kort diskutera resultaten i relation till teoretiska, substantiella, metodologiska och praktiska överväganden, samt slutsatser och förslag på vidare studier.

BAKGRUND

Åldrandeprocessen

Synen på den åldrande människan håller långsamt på att förändras. Livslängden ökar och pensionärer idag är i allmänhet aktiva människor som fortsätter att förkovra sig och upptäcka nya horisonter även efter en avslutad arbetslivskarriär (Bagger-Sjöbäck, 2006). På grund av den ökade livslängden har det skett en uppdelning av kategorin "äldre" i två grupper: dels den så kallade tredje åldern som sträcker sig från 65 till 79 år, dels den fjärde åldern från cirka 80 års ålder och uppåt (Jönsson, & Lundin, 2007). Faktum är att människor idag lever en tredjedel av sitt vuxenliv som pensionärer, största delen av den tiden i den så kallade tredje åldern. Pensionärer i denna ålder utgör en ny generation äldre, vilkas livsstil i mångt och mycket liknar yngre generationers. Dessa äldre är betydligt friskare och mer vitalare än tidigare generationer äldre, vilket gör att synen på hög ålder och åldrande behöver omprövas. Detta innebär att kopplingen mellan hög ålder och ohälsa inte är lika självklar som tidigare, även om det är viktigt att beakta att kombinationen hög ålder och ohälsa trots allt är en realitet för många äldre (Jönsson & Lundin, 2007). Det finns med andra ord, motstridiga bilder av vad det innebär att åldras idag, dvs. åldrandets diskurs innehåller motstridiga bilder och ställningsstaganden.

Äldre människors egna tankar kring åldrandeprocessen har dokumenterats i flera studier (Backman, & Hentinen, 1999I; Gubrium & Holstein, 1999; Hepworth, 2004) Åldrandet erfars som dels positivt, dels negativt, beroende på hur man levt sitt liv och hur man tar hand om sig själv på äldre dar. De positiva känslorna beskrivs som känslor av frihet i livet och man önskar därför fortsätta sitt liv så aktivt som möjligt. De negativa känslorna handlar om rädsla inför framtiden och för smärta, funktionsnedsättningar, förlust av kontroll och slutligen rädsla för döden. Äldre upplever också sitt åldrande som diskursivt konstruerat. I vårdsammanhang innebär detta att den åldrande kroppen med dess bräcklighet sammankopplas språkligt med mentala förmågor. De äldre uppfattar detta som om de därmed behandlas som mentalt bräckliga. De äldre beskriver också sin självbild som yngre än den faktiska biologiska kroppen. Här uppstår ofta konflikt mellan andras sätt att bemöta den åldrande kroppen och den äldres egen uppfattade självbild.

Kunskap om den normala åldrandeprocessen är viktig för att kunna skilja ut förändringar som beror på vanligt åldrande och förändringar som beror på sjukdomar. Åldrandeprocessen kan beskrivas på olika sätt, allt efter det fokus som ges i beskrivningen utifrån perspektiven:

Kronologisk ålder – avser ålder efter hur många år man levt

Biologiskt åldrande – avser begränsande processer och tillbakagång i organismen

Psykologiskt åldrande – avser psykologiska processer och tillbakagång av bland annat minnesfunktion, inlärningsförmåga, personlighet och intelligens

Socialt åldrande – avser begränsande processer i sociala kontakter med andra människor, samt positioner i samhället som helhet och i olika grupper. De sistnämnda är också beroende av samhällets attityder och fördomar om åldrandet

Funktionellt åldrande – innebär att det biologiska, psykologiska och det sociala åldrandet vägs samman till hur individens funktion är (Hafström & Persson, 2001).

Äldre människor med samma kronologiska ålder kan vara mycket olika. Att beakta åldrandet utifrån dessa olika perspektiv är viktigt för att ge en så nyanserad bild som möjligt över en människas åldrande. Kanske är det om möjligt ännu viktigare att ha dessa perspektiv i åtanke när det gäller en äldre människa som har ett funktionshinder, som utvecklingsstörning, sedan tidigare.

Gerontologi är benämningen på det vetenskapliga studiet av åldrandet. Dess två huvudgrenar består av geriatrik och socialgerontologi. Geriatriken behandlar medicinska aspekter på åldrandet, med andra ord, det "sjuka" åldrandet. Gerontologin, å andra sidan, är läran om det "normala och friska" åldrandet och studiet av åldersrelaterade förändringar i livsprocessen från uppnådd mognad och till individens död. Socialgerontologin inkluderar psykologiska och sociologiska studier av åldrandet (Dehlin, 2000). Den gerontologiska forskningen sker såväl på individ-, som på grupp- och samhällsnivå. När det gäller den gerontologiska forskningen om åldrandeprocesser hos ÄMU är kunskapen allmänt sett förhållandevis liten. Det finns lite kunskaper om funktionshinderade människors liv över tid och om innebörden av att leva med funktionshinder under många år, att åldras och vara gammal. En förklaring till detta är att möjligheten till ett långt liv och att bli gammal med funktionshinder är en relativt sentida företeelse (Jeppsson Grassman, 2008).

Begreppet åldrande används genomgående i föreliggande studie, därför kan det vara på sin plats att definiera begreppet. Åldrande refererar till en händelsekedja av förändringar eller transformationer, där varje sådan förändring eller transformation innehåller en kumulativ förändring av tidigare förhållanden (Dehlin, 2000). Denna definition av åldrandebegreppet används i denna studie för att framhålla åldrandet hos personer med utvecklingsstörning såväl som hos befolkningen i allmänhet.

Utvecklingsstörning

Denna studie omfattar äldre personer med funktionshindret utvecklingsstörning. För att ge en bild av hur vanligt förekommande detta funktionshinder är i Sverige, är följande fakta av viss betydelse. Det finns idag cirka 37 000 personer med olika grad av utvecklingsstörning (Gotthard, 2007). Enligt Hjälpmedelsinstitutet (2006) finns det cirka 2600 äldre personer med utvecklingsstörning, men siffrorna är osäkra då Statistiska centralbyrån saknar säkerställda uppgifter om antalet äldre personer med utvecklingsstörning (Markeby Larsson, & Lundström, 2007). Antalet äldre personer med utvecklingsstörning är troligen högre idag.

Med utvecklingsstörning menas en nedsättning i den intellektuella funktionen. I de flesta fall är det skador i det centrala nervsystemet, en hjärnskada, som hämmar begåvningsutvecklingen. I Sverige används Kylens (1981) kategoriseringsskala för att gradera begåvningsnivån. Kylan delar in begåvningsnivån i fyra olika abstraktionsnivåer, varav de tre första motsvarar olika grader av utvecklingsstörning. Han kallar nivåerna:

- A – nivå som motsvarar grav utvecklingsstörning
- B – nivå som motsvarar måttlig utvecklingsstörning
- C – nivå som motsvarar lindrig utvecklingsstörning
- D – nivå som motsvarar normal begåvning

Genom en sådan gradering ges en viss vägledning vid val av olika omsorgsinsatser, en grund för bedömningen av vilka stödresurser personen bör erbjudas. Enligt Kylan (1981) har en person med utvecklingsstörning lägre abstraktionsnivå i tänkandet, vilket gör att det är svårt med abstrakta symboler som exempelvis bokstäver, siffror, antal, vikt, pengars värde liksom tid. Personer med utvecklingsstörning har också en nedsättning i korttidsminnet vilket gör att det är svårt att hålla mycket i minnet samtidigt. Dessa personer har dessutom svårt för att hantera och bearbeta information och sätta den i relation till tidigare upplevelser (Kylan, 1981). Detta påverkar många situationer i den utvecklingsstördes vardag. Utvecklingsstörning förekommer ofta tillsammans med andra funktionshinder som exempelvis epilepsi, Cerebral pares (CP-skada), hjärtfel, syn- och hörselskada (Hafström, & Persson, 2001). I de fall en person har något ytterligare

funktionshinder utöver sin begåvningsnedsättning brukar det benämnas som ett tillkommande funktionshinder (*surplus functional limitation*).

Ett intellektuellt funktionshinder, som utvecklingsstörning är, innebär begränsningar hos personen i tänkande, i det sätt på vilket personen lär in all möjlig information, bearbetar den och sedan använder den i olika situationer. Människors verklighetsuppfattning byggs upp genom att sinnesupplevelser bearbetas och ordnas av tänkandet. Kylen (1981) menar att sinnesintrycken kan teoretiskt ordnas och verbaliseras i fem olika kategorier. Dessa är:

Rumsuppfattning - svarar på frågan *var?*

Tidsuppfattning - svarar på frågan *när?*

Kvalitetsuppfattning - svarar på frågan *vad?*

Kvantitetsuppfattning - svarar på frågan *hur mycket?*

Orsaksuppfattning - svarar på frågan *varför?*

ÄMU har svårigheter med i varierande grad att ordna tänkandet inom dessa fem kategorier, beroende på vilken begåvningsnivå personen befinner sig på. Genom att känna till individens verklighetsuppfattning kan verksamhetsplanerare och annan vårdpersonal planera stödresurserna därefter.

Åldrandeprocessen hos personer med utvecklingsstörning

Gynnsammare levnadsvillkor och förbättrad hälsovård är några av orsakerna till att personer med utvecklingsstörning lever allt längre idag jämfört med för några årtionden sedan. Det har länge varit en allmän uppfattning att personer med utvecklingsstörning har låg medellivslängd. Idag håller detta förhållande på att förändras (Gotthard, 2007). Framsteg inom medicinsk teknologi, diagnostik och behandlingsmetoder har, liksom förbättrade välfärdssystem, bidragit till denna utveckling. För att skaffa sig kunskap om hur åldrandeprocessen ser ut hos personer med utvecklingsstörning jämfört med andra människor, måste det undersökas vilken livslängd de utvecklingsstörda har. Resultatet av det visar då att livslängden är olika beroende på vad som är orsaken till utvecklingsstörningen. Studier visar att personer med grav utvecklingsstörning och de med Downs syndrom har kortare livslängd (Hafström, & Persson, 2001). Bland de måttligt och lindrigt utvecklingsstörda finns ingen påvisbar skillnad i dödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. De åldras ungefär på samma sätt och vid samma tidpunkt som andra människor (a.a.). Jeppsson Grassman (2008) menar att precis som medellivslängden ökat (och ökar) för befolkningen i sin helhet, har den också ökat för människor med olika funktionshinder.

Personer med utvecklingsstörning utgör inte någon enhetlig grupp, därför sker inte heller åldrandet i denna grupp på något enhetligt sätt. Det finns många olika orsaker till utvecklingsstörning, som i sin tur påverkar åldrandeprocessen på olika sätt (Gotthard, 2007). De vanliga åldrandesjukdomarna, exempelvis hjärtinfarkt, stroke, diabetes och demens, drabbar även personer med utvecklingsstörning, men vissa problem kompliceras ytterligare när det finns ett funktionshinder sedan tidigare. Personer med utvecklingsstörning har dock som grupp mer av olika sjukdomar i alla åldrar jämfört med befolkningen i övrigt (Hafström, & Persson, 2001). En stor svårighet ligger i att upptäcka ålderskrämporna, då dessa personer själva inte ser sina svårigheter som orsakas av åldrandet. De har också ofta svårt att såväl förmedla som att själva förstå vad som händer i kroppen. Det kan också vara svårt att hålla isär vad som är ett beteende eller en reaktion som har med utvecklingsstörningen att göra, och vad som är ålderssymtom (Gotthard, 2007).

Personer med utvecklingsstörning som har andra tillkommande funktionshinder, utöver sin begåvningsnedsättning, får som äldre i regel speciella problem och åldrandet kan se annorlunda ut. En person som exempelvis har en CP-skada med spasticitet och

kontrakturer får ett annat åldrandeförlopp, då exempelvis risken är stor för frakturer och liggsår, samt sämre andningskapacitet (Hafström, & Persson, 2001).

Strydom, Hassiotis och Livingston, (2005) undersökte i sin studie hälsan och behoven av omsorg och omvårdnad för ÄMU. I resultatet framkom att behoven hos ÄMU är annorlunda jämfört med äldre människor i allmänhet, detta beroende på det specifika funktionshindret. ÄMU visade sig ha en betydande överrepresentation när det gällde ohälsoproblem och psykisk förvirring, inklusive symtom av funktionell nedgång och demens, jämfört med äldre befolkning i allmänhet. Sådana symtom uppmärksammas oftast inte tillräckligt och ytterligare forskning över deras behov efterfrågas. Trots ambitionen inom FN och WHO att utveckla och föra upp handikappfrågorna på den politiska agendan i olika länder, har inte mycket forskning bedrivits när det gäller specifika hälso- och omsorgsbehov hos äldre personer med utvecklingsstörning.

Strydom, Hassiotis och Livingston (2005) fann betydande problem hos ÄMU: ökad förekomst av demenssjukdom (trots att personer med Downs syndrom inte deltog i studien), ökad förekomst av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom samt ökad förekomst av fysisk ohälsa. Anmärkningsvärt var resultatet över att så många fler inom undersökningsgruppen visade tecken på demenssjukdom jämfört med den äldre befolkningen i övrigt. I beaktande skall här tilläggas att de tester och mätmetoder som finns för att diagnostisera demenssjukdom idag inte är anpassade för personer med utvecklingsstörning. En övervägande majoritet av dem som ingick i studien, hade problem med sin psykiska hälsa (ångest, oro, beteendeproblematik) men inte många hade kontakt med eller fick stöd för detta från psykiatrin. Fysiska hälsoproblem hos ÄMU var vanliga, framförallt gällande syn – och hörselnedsättningar samt rörelseförmågan. Många av dem var i behov av hjälpmedel och var oförmögna att kräva det själva på grund av sitt kognitiva funktionshinder. Denna studie visar tydligt att ÄMU har specifika och annorlunda behov av omsorg och omvårdnad jämfört med äldre befolkning i allmänhet, samt att forskningen inom detta område är eftersatt.

Ett projekt i Landskrona kommun har bidragit till vidare diskussioner om ÄMU som har en demenssjukdom och deras möjligheter att få ett bra boende (Hafström, & Persson, 2001). Syftet med projektet var att ta reda på hur demenssjukdom kan uppmärksammas hos personer med utvecklingsstörning, samt hur en bra boendemodell för dem kan se ut. Dessutom undersöktes vilken kunskap och kompetens personalen behöver för att tillgodose de utvecklingsstördas behov. Den boendemodell de utvecklat innebär att det finns två enheter intill varandra. Den ena är för utvecklingsstörda personer med demens och den andra är ett demensboende för äldre i allmänhet. Genom att personalen vid dessa enheter kan ges utbildning och handledning tillsammans görs vinster i form av kunskapsöverföring och kompetensutveckling (a. a.). Denna modell tycks vara en framgångsrik modell för boendeanternativ för ÄMU med demenssjukdom.

Downs Syndrom

En alldeles särskild problematik kring åldrandet finns hos personer med Downs syndrom, som är den vanligaste orsaken till utvecklingsstörning. Därför bör dessa personer särskilt uppmärksammas med hänseende på åldrandeprocessen. Av alla personer med utvecklingsstörning har cirka 10 % Downs syndrom. Dessa personer har en ökad benägenhet för demenssjukdom, samt att de får ett för tidigt generellt åldrande (Gustafsson, & Thuresson, 2004). En markant förändring gällande medellivslängden ses även hos dessa personer. År 1929 var medellivslängden för dessa människor bara nio år. Genom bättre kunskaper och effektivare mediciner som antibiotika, har medellivslängden ökat till omkring 60 år (Markeby Larsson, & Lundström, 2007). Med längre livslängd, följer också ålderssjukdomar. Demensförändringar hos personer med Downs syndrom kan i ett fåtal fall börja redan i 30-års åldern. Vid 50-årsålder visar cirka 50 % tydliga demenstecken (Anneren, 1996). Att dessa personer löper större risk att få demenssjukdom beror på att de har en extra kromosom 21, en trippel, och på denna kromosom sitter anlaget till ett överskott av amyloidbildning i hjärnan. Amyloid ses som inlagringar i hjärnorna hos personer med Alzheimers sjukdom och även hos dem med Downs syndrom. Ett relativt nytt begrepp idag är Downs Syndrom Demens (DSD) som liknar Alzheimers sjukdom (Markeby Larsson, & Lundström, 2007). Åldrandet hos personer med Downs syndrom är det som bäst beskrivits i tidigare studier när det gäller utvecklingsstörda personers åldrande.

Social omsorg

Social omsorg betecknar dels ett utbildningsämne, dels ett arbetsfält/yrkesarbete för yrkesgrupper så som exempelvis vårdare, personliga assistenter samt undersköterskor. Social omsorg kan kortfattat sägas bestå i att hjälpa människor med olika funktionshinder och/eller särskilda behov, att hantera sin vardag (Blomdahl Frej, & Eriksson, 1998). Omsorgen vilar på en värdebas som bland annat innefattar att vårdare ska ta till vara och främja svaga gruppers intressen (a. a.). Det innebär att samhället har ett ovillkorligt ansvar för dessa människor när det gäller att alla människor har lika värde.

Behovet av omsorg uppstår på grund av förändringar och begränsningar i individens dagliga livsvillkor. Den sociala omsorgens syfte är att förebygga, stödja eller återupprätta den sociala funktionen i vardagen genom konkret vardaglig hjälp, service eller stöd för sociala och existentiella behov. Socialt omsorgsarbete är ett förändringsarbete vars praktik inriktas exempelvis på att skapa resurser eller på att genom direkt inblandning i den enskildes livssituation, åstadkomma en förändring. Arbetet kan också på olika sätt utgöra ett stöd för individen (Hellström Muhli, 1998).

I Socialtjänstlagen, SoL, (SFS 2001:453 kap. 1:1§) liksom i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, (6§) anges synsätt och förhållningssätt för personal som arbetar inom den sociala omsorgens olika verksamhetsinriktningar. Det gäller främst förhållningssätt till brukare. Där framgår att arbetet ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Omvårdnad

Det vårdvetenskapliga ämnet omvårdnad har formats med hjälp av olika vetenskapliga teorier och modeller. Det har lett till att ett mångvetenskapligt perspektiv utvecklats, vilket gör att det inte finns någon enhetlig bestämning av vad som är omvårdnadsämnets kärna men omvårdnadsteorins stomme utgörs av de fyra konsensusbegreppen: människa, hälsa/välbefinnande, vårdande och livssammanhang/ miljö (Eriksson, & Lindström i Wiklund, 2003). Det finns inte heller någon klar och entydig definition av begreppet omvårdnad,

som både betecknar mänsklig omsorg (eng. *caring*) och sjuksköterskans professionella omvårdnadsarbete (eng. *nursing*) (Wiklund, 2003). Omvårdnad är alltså både ett professionsneutralt teoretiskt ämne och ett praktiskt arbete, dvs. ett teoretiskt ämne inte bara för sjuksköterskans omvårdande arbete, utan också för andra yrkeskategorier som på olika sätt vårdar människor.

Vårdvetenskapens människobild utgår från ett humanvetenskapligt perspektiv och betonar människans värdighet och okränkbarhet. Människobilden utgår från en uppfattning om människan som en flerdimensionell enhet, det kroppsliga, det själsliga och det andliga. Denna bild av människan är avgörande för hur hälsa och ohälsa uppfattas och att också hälsan uppfattas som mångdimensionell. En vårdvetenskaplig hälsobild ställer människans hälsa och lidande i fokus snarare än sjukdomen (Wiklund, 2003). Syftet med vården/omvårdnaden blir då att lindra människans lidande och ge henne den hjälp och det stöd hon behöver för att uppleva hälsa och livet. Denna människobild stämmer väl överrens med Kims (2000, a) tankar om att lyfta fram *human living* begreppet (mänskligt liv/livsperspektiv) som den primära inriktningen i omvårdnaden. Begreppet förklaras som ett tre dimensionellt synsätt på människan, som biologisk, personlig och social varelse (*biology, personhood, sociality*). Detta tredimensionella synsätt måste beaktas i omvårdnaden av människan. Människan kan bara förstås till fullo om hon sätts in i dess kontext. I det praktiska omvårdnadsarbetet innebär detta att vårdaren ska beakta den enskilda människans liv utifrån: *living of oneself, living with others, samt living in situations*. Omvårdnad är i första hand att hjälpa människor att leva så bra som möjligt, vare sig de är akut eller kroniskt sjuka, funktionshindrade eller går igenom livshändelser såsom förlossning, åldrande och död. Det handlar om att stödja människan i dennes livsvärld/livsperspektiv (Kim, 2000, a).

Den vårdvetenskapliga ansatsen i denna studie tar sin utgångspunkt i Kims (2000, b. s 43) uttalande om omvårdnad att: *Nursing is a service to people for the promotion of health*. Uttalandet bygger på Kims *human living* begrepp och som utgör kriteriet för fenomenet mänsklig omsorg och beskrivs som: *human oriented and which encompasses both a problem-solving orientation and a human – practice orientation* (a.a.s.2).

Detta innebär att vårdarna inom särskilda boenden för ÄMU inte endast hanterar frågor om att stödja i omvårdnaden och i omsorgen, utan också ska stödja den boende utifrån den enskilda äldre personens livsperspektiv (*human living*). Detta innebär att dels leva med begåvningsnedsättningen, dels leva i åldrandet. Det särskilda boendet ska därför tillgodose båda dessa aspekter.

Inom omsorgen för funktionshindrade utförs förutom sociala omsorgsuppgifter, också arbetsuppgifter av omvårdnadskaraktär. Detta, på grund av att personer med utvecklingsstörning utöver sitt funktionshinder kan ha olika typer av omvårdnadsbehov, speciellt i samband med ökad ålder. Därmed kan sägas att dessa personer, precis som äldre befolkning i allmänhet, får ett ökat omvårdnadsbehov i takt med stigande ålder. På så vis blir åldrandeprocessen ett omvårdnadsproblem, kanske än större hos ÄMU än hos befolkningen i övrigt. Det är därför av intresse att studera hur socialchefer diskuterar omvårdnads/omsorgs- och boendeböven för ÄMU.

Styrdokument för omsorgen - och omvårdnaden av ÄMU

Styrdokument för omsorgen och omvårdnaden som ÄMU omfattas av, är Socialtjänstlagen, SoL, (SFS 2001:453) och Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, (SFS 1993:387). Dessa lagtexter och förordningar är formulerade i olika institutionella sammanhang och i olika diskurser; politik och byråkrati. De utgör ytterst de ramar som ledare och andra beslutsfattare inom socialtjänsten i kommunerna

har att rätta sig efter. Inom dessa ramar är dock tolkningsutrymmet förhållandevis fritt och det är i möten och samtal mellan kommunens ledare och samhällets medborgare som praktiska handlingar över tolkandet av lagarna blir till, som exempelvis hur boendeinsatser för äldre människor med utvecklingsstörning ska utformas. Givetvis omfattas ÄMU också precis som befolkningen i övrigt, av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (SFS 1982:763). Denna lag är skriven utifrån ett humanistiskt synsätt. Målet för hälso- och sjukvården ska vara en god hälsa och en vård på lika villkor för alla, samt att vården ska ges med respekt för människors lika värde.

I SoL anges bl. a. att socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra, samt att äldre får goda bostäder och stöd och hjälp som de behöver för ett bra liv. Detta innebär att kommunerna skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd (SFS 2001:453 kap. 5:4 & 5§). Till särskilda boendeformer räknas servicehus, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem, det vill säga boende som det krävs beslut av socialnämnd för att få flytta in i. Vidare står att läsa i SoL att socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor och för människor med fysiska och psykiska funktionshinder, samt planera sina insatser för äldre och funktionshindrade. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer (SFS 2001:453 kap. 5:6 & 8§). Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (SFS, 2001:453 kap. 3:3§).

Ambitionen är att äldreomsorgen skall möta den gamla människan i den förändring som det innebär att åldras. De äldrepolitiska nationella målen idag är:

att äldre människor skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhälle och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg (Reg.prop. 1997/98:113).

I målen för äldrepolitiken är oberoende, inflytande och trygghet det väsentliga. Med olika initiativ och åtgärder skall kommunernas och landstingens verksamheter riktade mot äldre människor förbättras. Exempel på sådana områden är förbättrad samverkan på olika nivåer, bättre tillgång till både medicinsk och social kompetens, uppsökande verksamhet, ökad information och brukarnas medverkan (Reg. skrivelse 2002/03:30). Även denna aspekt är av intresse dvs. hur socialcheferna framställer de äldrepolitiska målen konkretisering för ÄMU.

LSS syfte är att garantera att de personer som har ett omfattande och varaktigt funktionshinder får den hjälp de behöver i sitt dagliga liv, goda levnadsvillkor och möjlighet att påverka vilken service och vilket stöd de får (SFS 1993:387). Det övergripande målet i LSS är att den enskilde ska få ett liv som alla andra och garanteras goda levnadsvillkor. Med goda levnadsvillkor menas självbestämmande, delaktighet, tillgänglighet, helhetssyn och kontinuitet. Lagen innehåller tio rättigheter/insatser som bland annat ger vuxna rätt till bostad med särskild service eller annan anpassad bostad. För att kunna få insatser beviljade inom denna lag måste individen tillhöra någon av lagens tre personkretsar. De personer föreliggande studie berör, tillhör personkrets ett, det vill säga personer med utvecklingsstörning och personer med autism eller autismsliknande tillstånd. LSS började gälla år 1994 (ersatte nya omsorgslagen) och nu vill regeringen undersöka hur lagen fungerat och om den behöver ändra något i den. Därför har en tillsatt LSS-kommitte granskat lagen och dess tillämpningar och kommit med ett slutbetänkande.

Bestämt är att LSS ska finnas kvar och omfatta samma personer som tidigare men vissa förändringar har föreslagits. Ett av dem handlar om att regeringen ska undersöka hur människor med funktionsnedsättningar kan leva som andra med hjälp av både LSS och SoL. Den nya lagen kan börja gälla tidigast år 2010 (SOU 2008:77).

Boendets utformning och verksamhetsinnehåll

Begreppet gruppboende används i dagligt tal för en rad kollektiva boendeformer för såväl funktionshindrade som för äldre. Med stöd av LSS har många personer med utvecklingsstörning fått insatsen ”bostad med särskild service” beviljade (SFS 1993:387). Dessa boendeformer kan se ut på olika sätt. Vanligast är att de består av 4-5 små lägenheter med egen toalett, dusch, sovrum, vardagsrum och ett mindre kök. Många gruppboendestäder har dessutom gemensamt vardagsrum och kök samt ofta någon form av uteplats eller trädgård. En annan form kan vara serviceboende där 6-8 hyresgäster kan bo. Det kan också handla om ett antal vanliga lägenheter i ett hyreshus (Gotthard, 2007). Personalen utgår där från en mindre personallägenhet eller en gruppboende, på liknande sätt som hemtjänstpersonal. LSS ställer också krav på att det finns möjligheter till olika fritidsaktiviteter och utflykter för hyresgästerna att delta i, till skillnad mot SoL, i vilket endast socialt innehåll och deltagande i samhället omnämns.

Teoretisk ram

Studiens teoretiska ram är dialogism och analysverktyget är diskursanalys (DA), som har sin historiska grund inom studier av språket (lingvistik), men också influerats av symbolisk interaktionism, sociokulturell teori och pragmatism. Studien har således en kommunikativ ansats som har att göra med språkanvändningen, hur individer ”för fram” personliga, sociala och politiska budskap och framställningar genom språket (Starks, & Brown Trinidad, 2007). Inom DA framhävs det språkliga i kunskapsproduktionen, system av vetande, discipliner och vetenskaper uppstår i och genom språket. Det är språket som betingar vår kunskap om verkligheten omkring oss, därför att språket ”konstruerar” en verklighet (Thomassen, 2007). Syftet är att förstå hur människor använder språket för att skapa och anta identiteter och aktiviteter. Den värld vi lever i är alltid språkligt förmedlad och verkligheten är därmed alltid tolkad.

Samhälleliga förlopp betraktas utifrån denna utgångspunkt ”nerifrån- och upp”, vilket betyder att företeelser på en kollektiv nivå ses som producerade genom olika typer av kommunikativa och materiella praktiker som utövas av olika grupper och i olika institutionella miljöer (Säljö, 1999). I föreliggande studie analyseras socialchefer framställningar när det gäller boendeinsatser för ÄMU. Med framställningar (eng. *accounts*) (Buttny, 1993) menas på det sätt människor verbaliserar och förklarar sina påståenden och tankar, här hur socialchefer framställer tankar kring boendeservice, omvårdnad och omsorg för ÄMU.

Den avgörande styrkan i ansatser som tar sin utgångspunkt i och fokuserar sociala praktiker och kommunikativa förlopp är att de kan ge oss insikt i de processer genom vilka sociala privilegier och underordning (åter)skapas i samhället. Detta innebär att man analyserar och studerar ett socialt förlopp snarare än en företeelses egenskap eller essens. Människor, här chefer, måste då förstås både i sin roll som återskapare av sociala praktiker och som förnyare av dessa, det vill säga som sociala aktörer, (Säljö, 1999). Beslut och praktiska handlingar gällande boendeinsatser för ÄMU uppkommer inte genom några

abstrakta mekanismer, utan uppstår i stället som en konsekvens av värderingar, attityder och antaganden som verkar i och genom konkret social interaktion i olika miljöer.

Problemformulering

Som framgår av bakgrund, det är först nu ÄMU börjar bli ålderspensionärer och därmed står kommunerna inför en "ny" problematik. Problematiken består av om ÄMU ska bo kvar i sin invanda miljö i gruppboende eller flytta till särskilt boende inom äldreomsorgen. Gruppboendestäder för personer med utvecklingsstörning har funnits i kommunerna i cirka 15-20 år, sedan avvecklingen av vårdhemmen, där dessa personer förr levde under hela sitt liv. Inom dessa gruppboendestäder arbetar vårdare med särskild yrkeskompetens med inriktning på utvecklingsstörning, dock saknas kunskaper om det normala åldrandet i den omfattningen som vårdare inom äldreomsorgen har. Inom äldreomsorgen gäller det omvända förhållandet. Frågan som då kan ställas är var får ÄMU den bästa omvårdnaden och omsorgen på äldre dagar utifrån sina behov? Det finns därför anledning att söka kunskaper om hur de personer som ansvarar för boendeservice och omvårdnad för ÄMU, framställer sin syn på problematiken. I denna studie analyseras därför socialchefer framställningar om sina planeringar av särskilda boendeinsatser och omvårdnad för ÄMU.

SYFTE

Studiens syfte är att analysera och beskriva hur socialchefer i åtta kommuner i västra Sverige framställer boendeinsatser, omvårdnad och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning.

Frågorna är:

- Vilken är den rådande diskursen gällande boende, omvårdnad och omsorg för ÄMU och deras specifika behov?
- Hur avser chefer att konkretisera äldre- och handikappomsorgens (politiska) mål avseende boende för ÄMU?

METOD

I detta avsnitt redogörs för metodologiska ställningstaganden, informanter, urval, genomförande, analys av data, samt etiska överväganden.

Metodologiska ställningstaganden

Den metodiska inriktningen för denna studie är kvalitativ och diskursanalys (DA) har används i analysarbetet. Med en diskurs menar jag i detta sammanhang ett språkligt system som beskriver företeelser på ett sätt som motsvarar en viss verksamhets traditioner och behov. Genom att intervjua socialchefer gavs det möjlighet att studera vilken diskurs av boendestöd som vinner gehör i chefernas framställningar och vad dessa framställningar implicerar i form av handlingar när det gäller boendeinsatser, omvårdnad och omsorg för ÄMU. Denna ansats passar bra då olika sociala, historiska och politiska perspektiv gällande ÄMU skall undersökas och hur diskursen kring dessa personer är. För att förstå det komplexa samhällets funktion och samspelet mellan individ och social struktur, är det väsentligt att analysera framställningar inom institutionella miljöer och mellan institutioner och den enskilda medborgaren. På detta sätt lyfts "framställandets politik" fram, det vill säga hur verkligheten perspektiveras i dessa olika institutionaliserade praktiker (Säljö, 1999). Frågan blir då vad som görs synligt och vad som döljs i den diskurs kring ÄMU som här analyserats.

Informanter

Informanterna var chefer i åtta kommuner i Västra Sverige. Sex av dessa var socialchefer, en var förvaltningschef och en var omvårdnadschef i respektive kommun. Variationen i val av chefer, berodde på att organisationerna i kommunerna såg olika ut. Av dessa var fem kvinnor och tre män. Yrkeserfarenheten för respektive chef varierade, från att nyligen ha anställts till att ha arbetat under många år som chef. De flesta hade arbetat inom familj- och individomsorgen som socionomer, några/någon inom kriminalvården, inom vården som sjuksköterska, utvecklare inom kommunen samt inom psykiatrin.

Urval och genomförande

En första kontakt togs med FoU-Samordnare på ett Västsvenskt Kommunalförbund i syfte att undersöka ifall intresse för en studie som denna fanns. Vid deltagande i tjänstemannaberedning på detta Kommunalförbund, där flera socialchefer fanns representerade, gavs forskaren tillfälle till att informera om studiens syfte och höra sig för om intresse till att medverka. Gensvaret var positivt. Därefter erhöll forskaren en kontaktlista till samtliga socialchefer (samt någon förvaltningschef och omvårdnadschef) i 15 kommuner. Inklusionskriterier för urval var: 1) att deltagarna skulle inneha en chefsposition (fast eller tillförordnad) motsvarande socialchef, omvårdnadschef eller förvaltningschef, inom kommunala omvårdnadsförvaltningar, 2) vara både kvinnor och män. Exklusionskriterier var att deltagarna inte skulle vara 1) sjukskrivna, 2) eller pensionerade.

Kontakt och förfrågan om deltagande i studien (bil.1) etablerades sedan med åtta chefer. För att få en bredd i datamaterialet, valdes informanter från både större (ca 50 000 inv.) och mindre (ca 10 000 inv.) kommuner. I samband med denna förfrågan gavs ytterligare skriftlig information om studien (bil.2). Informanterna kontaktades därefter per telefon för att meddela om medverkan, med möjlighet att ställa frågor. Alla åtta chefer tackade ja till medverkan och tid för intervjuerna bokades.

Intervjuerna genomfördes på chefernas arbetsplatser. Varje intervju tog mellan 20 och 30 minuter och spelades in på ljudband. Sammanlagt består datamaterialet av cirka fyra timmars inspelade intervjuer. Vid intervjuerna användes en intervjuguide med fyra frågeområden (bil.3). Intervjuerna transkriberades därefter så ordagrant som möjligt (Linell, 1994).

Analys av data

Som mall för analysarbetet har Faircloughs tre-dimensionella modell för diskursanalys använts (Winther Jørgensen, & Philips, 1999). Fairclough menar att när diskurs skall analyseras skall tyngdpunkten läggas vid två dimensioner:

- 1) *den kommunikativa begivenheten* – tillfälle av språkbruk – exempelvis en intervju, en tidningsartikel, en film eller ett politiskt tal, här intervju med socialchefer
- 2) *diskursordningen* – summan av de diskurstyper som används inom en social institution eller en social domän, vad är man oense om och vad är man ense om? Förtjänsten med att använda diskursordning är att det kan undersökas var den ena eller andra diskursen är dominerande, var det råder strid mellan olika diskurser och vilka självklarheter som alla aktuella diskurser är eniga om, i den här studien, vad socialchefer är eniga/oeniga om när det gäller ÄMU.

Varje tillfälle till språkbruk är en kommunikativ begivenhet som har tre dimensioner:

1. det är en *text* (tal, skrift) här, ett samtal mellan forskaren och informanten
2. det är en *diskursiv praktik*, som innebär produktion och konsumtion av texter, här en intervjusituation dvs. en samtalspraktik, i vilket intervjun genomfördes som ett samtal

3. det är en *social praktik*; här, intervju mellan två samtalsparter i vilket de tillsammans konstruerar innehållet i den aktuella situationen.

Alla tre dimensioner ska uppmärksammas i en konkret diskursanalys av en kommunikativ begivenhet. Det innebär att granska: 1) textens egenskaper (*text*), 2) produktions- och konsumtionsprocesser som är förbundna med texten (*diskursiv praktik*), 3) den bredare sociala praktik som den kommunikativa begivenheten är en del av (*social praktik*).

Analysen genomfördes enligt följande:

- Intervjusamtalen transkriberades till läsbar text
- Den transkriberade texten lästes noggrant och noteringar gjordes
- Texten grupperades i breda teman (*diskursiv enighet, diskursiv oenighet och diskursiv dominans*)
- Ämnen (vad) och händelser (hur) analyserades fram ur teman
- Innehållet i både teman och ämnen analyserades relaterat till studiens syfte och frågeställningar
- Illustrativa exempel på analysen och tolkningen valdes ut
- Excerpter har valts ut ur alla intervjuerna

Påpekas bör att analysen inte skall uppfattas som något försök till utvärdering av verksamheter och boende för ÄMU och som ett ställningstagande till hur det fungerar. Mitt empiriska material ger inte någon möjlighet eller är avsedd för att dra några sådana slutsatser. Avsikten är snarare att skapa förståelse för hur diskurser om ÄMU och deras boende behov gestaltas av chefer inom socialtjänsten.

Etiska överväganden

I betänkandet "God sed i forskningen" (SOU 1999:4) framgår det att forskningens övergripande mål är att finna ny kunskap. Kunskapen ska ge oss bättre förståelse för världen vi lever i och bor i, men också ge redskap för att förändra den till det bättre.

I betänkandet föreskrivs hur moralen används och tolkas rent generellt. Det påpekas att ett särskilt moraliskt ansvar åligger forskaren inför korrekt återgivning och tolkning av källor vid muntliga och skriftliga berättelser. Min ambition har naturligtvis varit att i studien följa dessa forskningsetiska råd. Det innebär att jag inte lämnar ut personliga uppgifter. Deltagandet har varit frivilligt och informanterna har om de så önskat när som helst kunnat avbryta sin medverkan. I lag (SFS, 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, står att forskning bara får utföras om forskningspersonen har samtyckt. Dessförinnan skall forskningspersonen ha fått information om forskningen. Informationen som informanterna erhållit har på ett begripligt språk omfattat studiens syfte, uppläggning, vad medverkan innebär, nyttoeffekter samt hur resultatet kommer att bearbetas. De medverkande har tillförsäkrats konfidentiell behandling i materialet och under arbetets gång.

Tillstånd från forskningsetisk kommitté krävs inte för forskning inom kommunal verksamhet om den inte innefattar behandling av känsliga personuppgifter, innebär fysiska ingrepp, metoder eller biologisk material, (SFS, 2003:460). Tillstånd att genomföra studien har istället givits av förvaltningschefer och verksamhetsansvariga. Studiens design, etiska aspekter och genomförande har också behandlats och granskats vid vetenskapliga utbildningsseminarier under 2008-2009.

RESULTAT

I detta avsnitt redovisar jag resultatet av analyserna och inleder med att beskriva en *allmän diskurs* utifrån socialchefernas framställningar om ÄMU och deras behov av särskilt boendestöd. Därefter kommer jag att redovisa olika ämnen som socialcheferna väljer att ta upp i sina samtal. Dessa har ordnats i tre teman: *diskursiv enighet*, *diskursiv oenighet*, samt *diskursiv dominans*. En sammanfattande uppställning över teman och ämnen, framgår av tabell 1.

Tabell 1. Resultatöversikt över diskursiva teman och ämnen.

Temat	Ämnen
Diskursiv enighet	Serviceplaner Två kulturer och traditioner Förebild för omsorgen Lärande organisation
Diskursiv oenighet	Serviceplaner Specifika behov Personalfrågan
Diskursiv dominans	Ett institutionellt perspektiv

Den allmänna diskursen om ÄMU och boendestöd

Analysen visar tydligt att boendefrågan är ett aktuellt problemområde för cheferna att börja fundera över och planera för. Detta gäller framförallt ÄMU:s boendesituation och det ökade behovet av omvårdnad som uppstår på grund av den ökande åldern. Detta framställs som att den här frågan ligger i tiden och att man ser över vad det är för boende kommunerna tänker satsa på framledes. Frågan sägs också ha lyfts i det kommunalförbund och i det nätverk av chefer som finns inom länet. Samtidigt kan det konstateras att det för närvarande inte finns några konkreta förändringsarbeten på gång, utan frågan finns snarare på en diskussionsnivå. Kännedom om hur många ÄMU som bor i den egna kommunen tycks hos cheferna variera kraftigt, allt från att känna till ungefär hur många personer det rör sig om, till att inte känna till det alls. Intressant är att trots att gruppboendeenheter har funnits sedan flera år tillbaka och att de personer som bor på dessa enheter håller på att bli gamla, tycks detta inte ha föranlett tidigare till konkreta anpassningar av boendeinsatser till de omsorgsbehov som åldrandet medför. Dock har vissa kommuner integrerat enskilda individer till äldreomsorgens särskilda boenden. Den handlings- och aktörsorientering som framkommer i chefernas framställningar, handlar snarare om den kommunikativa praktiken, än om den materiella praktiken. Denna kommunikativa praktik i form av tankar och textuell planeringsarbete, har dock cheferna i kommunerna kommit olika långt i, allt från vaga funderingar till redan genomförda serviceplaner när det gäller boende, omvårdnad och omsorg för ÄMU. Detta, illustreras av följande utdrag (excerpt):

Forskare: *..vad har ni för serviceplaner när det gäller boende, omvårdnad och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning i framtiden?*

Informant: *...jag har precis släppt den frågan...så att vad vi gör nu är att göra en bedömning, en planering för en särskild enhet för äldre utvecklingsstörda...det kommer inte att finnas så många under en övergångsperiod så att man på så sätt får en fysiskt sett en egen enhet...utan här handlar det om att bli en del av en äldre enhet...skapa en särskild enhet för äldre utvecklingsstörda.*

Att frågan om boendestöd för ÄMU finns på planerings- och diskussionsnivå, framställs i termer av att inte ha fått signaler om att detta skulle vara ett akut problem. Man hänvisar detaljkunskaperna om ÄMU:s förändrade boende- och omsorgsbehov till avdelningschefer och annan vårdpersonal och säger sig istället mer driva strategiska frågor på en övergripande nivå, utifrån de diskussioner som förs med dessa, vilket nästa utdrag utgör ett exempel på:

Informant: *jag driver ju dom mer övergr (.) strategiska frågorna ihop med Rune (fingerat namn) (.) Rune driver dom mer utifrån en spetskompetens alltså med ett något mer fördjupat innehåll ska vi säga så att (.) vi diskuterar ju problematiken, utvecklingsbehov eller tillgångar och så vidare (.) i ett övergripande perspektiv jag pratar sällan eller aldrig om antal gruppboendestäder*

Forskare: *nej*

Informant: *vi pratar om behov (.) av (.) utbyggnad av typer av gruppboendestäder*

Forskare: *hm*

Informant: *om Rune kommer till mej så säger han såhär att vi har behov av att bygga ut där vi har en problematik.../*

Intressant i denna allmänna diskurs om ÄMU och boendestöd är, att det i framställningarna inte framgår tydligt vilka dessa övergripande strategiska frågor är. Däremot konstateras att det finns ett behov av utveckling, frågan är utveckling av vad, av förhållningssätt, innehåll i omvårdnaden, personalens utbildning, kunskapsutveckling eller fysiska byggnader? Sammanfattningsvis kan denna allmänna diskurs om ÄMU och boendestöd namnges som *ett diskursivt problemområde i tiden*.

Diskursiv enighet

I tabell 1, framgår de teman och ämnen som socialcheferna framställer utöver den allmänna diskursen om ÄMU och boendestödet som ett diskursivt problemområde i tiden. De ämnen som socialcheferna är eniga om namnges här som *diskursiv enighet*. Det man är enig om gäller: upprättandet av serviceplaner, att äldreomsorg och omsorger om människor med utvecklingsstörning handlar om två olika vårdkulturer och traditioner, att den ena vårdkulturen utgör en förebild för den andra, samt att organisationen ses som en

lärande organisation. Jag inleder redovisningen av den diskursiva enigheten med att klargöra hur dessa förhåller sig till varandra.

Serviceplaner

När det gäller serviceplaner angående boende, omvårdnad och omsorg finns en enighet om diskursen att skapa en egen avdelning/enhet för ÄMU på ett äldreboende (inom äldreomsorgen). Socialcheferna i sina framställningar, ger uttryck för att detta kan vara en framtida boendemodell. Att låta ÄMU flytta till äldreboende innebär att man frigör gruppboendestäder för den yngre generationen, vilket nedanstående utdrag ger uttryck för:

Informant: *...och då skulle vi vilja frigöra ett av gruppboendena...då har vi alltså en tanke på att göra en del av vårt äldreboende i X..som en liten paviljong för...de funktionshindrade*

Forskare: *att de flyttar dit?*

Informant: *ja*

Forskare: *hm..hur ser de här personerna..vill dom flytta?*

Informant: *det..jag vet inte det ska jag säga men jag har inte upplevt när personalen har pratat om det som om det skulle va nåt problem...*

Genom att flytta ÄMU till särskilda enheter på äldreboenden, sker ett slags ”halv integrering” in i äldreomsorgen och som är nytt. Detta är en lösning som är anpassad dels till begåvningsnedsättningen, dels till åldrandet. Denna ”halvintegrering” löser båda dessa aspekter.

Tanken är att det nya boendet skall ligga i anslutning till ett äldreboende men ändå vara en avskild avdelning/enhet för ÄMU. De socialchefer som förespråkar en flyttning från gruppboendestaden på äldre dagar när omvårdnadsbehoven blivit större och bättre kan tillgodose på annat boende, är överlag positiva till vad en flyttning kan innebära för personen. Detta, förutsatt att flytten är välplanerad och uppfattas som positiv av ÄMU. Utdragen nedan visar detta:

Informant: *...ja det är ju inte farligt att flytta för det kan va berikande att flytta...många människor flyttar åtskilliga gånger i livet...och jag har aldrig någonsin upptäckt att det är farligt för en funktionshindrad utvecklingsstörd att flytta...däremot kanske det krävs ofta avsett bättre planering före..att man pedagogiskt lägger upp det men flytten i sej...då är det ju oftast som för oss alla andra människor att man får en slags nytändning, nykick det blir ny miljö...*

Informant: *...alltså en flyttning är inte negativ om det är så att man hela tiden jobbar efter begreppet att man ska känna att man flyttar TILL nåt...*

Av utdragen framgår vikten av planering och förberedelse inför att starta en ny enhet för ÄMU och utgör ett pedagogiskt problem för chefen. Detta framställs som att det inte ska upplevas för individen att flytta "från" något, utan "till" något, ett ställningstagande som bygger på egen yrkeserfarenhet.

Hur personal- och kompetensfrågan skall lösas på dessa "nya" äldreboenden för ÄMU, råder det dock viss oenighet om, som det redovisas för under temat diskursiv oenighet. När det gäller ÄMU som också fått en demenssjukdom tycks det råda en relativt stor enighet hos socialcheferna om att dessa personer mycket väl skulle kunna flytta till befintliga demensboenden inom äldreomsorgen. Detta illustreras av följande utdrag:

Informant: *...avdelningschefen för LSS tror ju kanske mer att dom här kan integreras när dom blir äldre och glömska, dementa då kan dom bo på ett demensboende som vi har för övriga äldre...för det skiljer nog inte så mycket då på deras beteende och den hjälp de behöver..*

Informant: *...säg då att man skulle utveckla en demens..då kanske man ändå får titta på ett demensboende i så fall..om det skulle bli framträdande..*

Forskare: *ett demensboende inom äldreomsorgen?*

Informant: *ja precis om det nu skulle "ta över" liksom...ta överhanden från funktionshindret kan man säga då...*

Forskare: *för då är det andra omvårdnadsbehov som också kommer in i bilden..*

Informant: *ja precis...då krävs det helt andra omvårdnadsåtgärder och vi har en högre personaltäthet idag på demensboendena*

Intressant är att dessa utdrag visar på att här är uppfattningen om integreringen med äldreomsorgen total. Chefernas framställningar och synsätt på att demenssjukdomen i sig gör att dessa personer nu kan bo tillsammans oavsett tidigare funktionshinder eller inte. Här ses samordningsvinster. Demenssjukdomen förenar plötsligt ÄMU med äldre i allmänhet och behoven av omsorg framställs vara lika för båda grupperna, därför kan de också bo tillsammans. Frågan är om de tidigare behov av stöd och omsorg som själva utvecklingsstörningen gav upphov till försvinner, eller kan dessa framställningar tolkas mer som ett verbaliserat resonerande?

Två kulturer och traditioner

Det råder enighet i diskursen om att här är det två kulturer och traditioner som möts, omsorgen om funktionshindrade (styrt av LSS) och äldreomsorgen (styrt av SoL). ÄMU hamnar här mellan "två stolar i en organisation", som inte alltid är så lätta att förena. Detta skall dock inte drabba den enskilda individen enligt utdraget nedan:

Informant: *ja...men det får inte bli en fråga vart man hör hemma...utan det måste handla om den enskilda individen*

Forskare: *ja och en och samma socialtjänst är det ju som du säger...*

Informant: *ja det är ju faktiskt det...*

Av utdraget framgår att trots att frågan om boendet handlar om två olika lagstiftningar, ingår de ändå i en samlad socialtjänst. Socialchefen framställer därmed att det inte ska vara den institutionella rationaliteten eller den byråkratiska ordningen som styra den enskildes boende val.

Cheferna är eniga om en diskurs att det råder två olika ideologiska kulturer och traditioner som handlar om vårdarnas förhållningssätt och bemötande. Det framställs att vårdare inom LSS har ett mer salutogent förhållningssätt, medan vårdare inom äldreomsorgen har ett patogent. Ett salutogent förhållningssätt får oss att avvisa den dikotomiserade klassifikationen av människor som friska eller sjuka, för att i stället se var de befinner sig på ett kontinuum från hälsa till ohälsa. Den hindrar oss från att gå i fällan att uteslutande ägna oss åt en given sjukdoms etiologi, istället för att alltid söka efter människans totala historia, inklusive hans eller hennes sjukdom (Antonovsky, 2005). En förklaring till detta ges i utdragen nedan:

Informant: *...ja bemötas med respekt är ju jätteviktigt..men där tror jag kanske att personalen inom LSS verksamheten är bättre på det än vad vi är inom äldreomsorgen...för inom äldreomsorgen tror jag att många har kommit från sjukvården av personalen och kommer du från ett sjukhus där är auktoriteten på ett helt annat sätt...*

Informant: *sen tror jag det är lite skillnad i...grundtanke...inom respektive omsorg*

Forskare: *ja..hur tänker du då?*

Informant: *eh...nu är jag ute på djupt vatten...jag tänker såhär att på våra särskilda boenden så har de fokuserat mycket mera på fysiska behov...det har varit så traditionellt...men där är det ju faktiskt dags att börja tänka om...om man då kommer ifrån en gruppboende eller övriga funktionshinderomsorgen då...så är det ett mer helhetstänk rent socialt...*

Forskare: *hm...inte lika fokuserat på det medicinska eller på vården...*

Informant: *precis...nu så tycker jag att hela äldreomsorgen också ska jobba på det sociala innehållet...det är det vi jobbar för att utveckla mest nu...*

Intressant i framställningarna ovan, är chefernas uppfattning om att helhetssynen på människan beaktas mer inom funktionshinderomsorgen (LSS) än inom äldreomsorgen. Att livssammanhang och den sociala miljön där är ett prioriterat område på ett annat sätt än inom äldreomsorgen. Detta uttrycker också Sand (2007), som menar att kännetecknet för dagens äldreomsorg är en successivt minskad servicenivå, samt en stark inriktning mot hjälp till de allra äldsta och mest hjälpbehövande. Insatser av sjukvårdskaraktär har fått en alltmer dominerande plats i samhället, vilket speglar insatserna inom äldreomsorgen. Detta innebär att helhetssynen på människan och ett salutogent synsätt till viss del fått "ge vika" för patogent synsätt. I diskursen gavs det också uttryck för att det råder ett mer kollektivt tänkande inom äldreomsorgen, till skillnad från omsorgen om funktionshindrade där traditionen att arbeta individinriktat är mer rotat med exempelvis individuella plan för livet (*human life*). Utdraget nedan ger exempel på detta:

Informant: *...det som är positivt med LSS-sidan som vi har generellt sett svårare med inom äldresidan det är ju anpassningen...eller kopplingen till individen...alltså individperspektivet...men det är ju kulturellt och traditionellt...generellt tyvärr mer kollektivt synsätt inom äldreomsorgen...kopplat till ett mer individuellt synsätt inom LSS och jag ser ju att det finns positiva erfarenheter när man får in det individuella...*

Intressant är att chefen framställer LSS-sidan i positivare termer än äldreomsorgen, utifrån sina professionella iakttaganden i arbetet. En erfarenhet att användas som resurs för utvecklingen av äldreomsorgen.

Förebild för omsorgen

Det tycks vara så att LSS- verksamheten är en förebild för äldreomsorgen i vissa avseenden. Detta gäller som framgång, individperspektivet, helhetssynen och salutogent synsätt och som avses att utgöra modell för hur äldreomsorgen ska utvecklas. Diskursen visar att socialcheferna ser ett positivt innehåll i omsorgen för funktionshindrade som de också tror att äldreomsorgen skulle gynnas av. Samtidigt uttrycks en medvetenhet om att resurserna fördelas olika för dessa omsorger och att lagstiftningarna ser olika ut avseende detaljreglering på hur omsorgen ska bedrivas. Detta illustreras av följande utdrag:

Informant: *...jag har nån uppfattning om att ...ja alltså i handikappomsorgen så har man ju mer det här med att man...normalitetsprincipen och man ägnar mycket resurser åt den enskilde så att säga...medans i äldreomsorgen är det så knappt med resurser idag så där får man knappt gå ut...där är det bara ren omvårdnad*

Intressant här, är att synen på omvårdnad inte tycks omfatta sådana aspekter som individperspektiv, helhetssyn och normalitet. Helhetssynen på människan och dennes liv omfattas i omvårdnaden av människa, hälsa, välbefinnande, vårdande och livssammanhang/miljö. Det borde därför inte råda någon motsättning mellan omvårdnad inom äldreomsorgen och omsorgen inom LSS.

Lärande organisation

I diskursen råder det enighet kring att omsorgen för funktionshindrade och äldreomsorgen kan lära av varandra. Att mer eller mindre medvetet arbeta för att dessa omsorgstraditioner ska kunna närma sig varandra och kunskapsöverföring ska ske, framställs som att detta gynnar ÄMU men också äldre i allmänhet, dvs. alla äldre. Följande utdrag illustrerar detta:

Informant: *...man har olika synsätt inom äldreomsorg och handikappomsorg...jag jobbar en del med att man ska försöka att närma sig...och ibland finns det lite murar tror jag...att man är lite tveksam till att om man är i äldreomsorgen till att gå in och jobba i handikappomsorgen...och vice versa...man har lite olika syn på varandra hur man jobbar..*

Informant: *det finns ju egentligen inget mål att vi ska integrera de här två personalgrupperna på nått sätt...men jag tror ändå att det kan finnas...alltså man träffas ju och man kommer att utbyta erfarenheter...att man ser att – nämen dom har jättemycket att lära oss...kan vi ha en utbildningsdag ihop kanske där vi har ett erfarenhetsutbyte..*

Tänkvärt är chefernas framställningar till hur detta ömsesidiga lärande av varandra ska ske i den materiella praktiken. Här tycks de också ha kommit olika långt i processen med kunskapsöverföring inom respektive omsorg. Vad de olika omsorgstraditionerna kan lära av varandra ges det i chefernas framställningar flera förslag på vilket tolkas här som en lärande organisation. Utdragen nedan visar exempel på det:

Forskare: *vad har personal inom LSS verksamhet kontra personal inom äldreomsorgen att lära av varann tror du?*

Informant: *från LSS är det just att uppmärksamma individen och individperspektivet och utifrån det...man kan kombinera...det går att bygga en verksamhet där man gör OLIKA saker..med var och en...man kan med en ganska liten personalbemanning klara av att ha...till exempel måltidssituationen i den egna bostaden...det skulle vara fullständigt omöjligt att tänka sig den tanken inom äldreomsorgen...även om man hade samma personalnivå*

Informant: *det jag tror äldreomsorgen kan lära LSS:en ..för de är inte så vana inom LSS att man blir äldre och orkar mindre...och att man orkar mindre stimulans..det är ju trots allt faktiskt att acceptera att det är så ..att också se den åldrande människans förändrade behov...*

Utdragen visar på det ömsesidiga utbytet dessa två verksamheter kan ha av varandra. Det faktum, att personer med utvecklingsstörning blir allt äldre och kanske kommer att leva och bo inom äldreomsorgen så småningom, pressar cheferna till att finna nya former för samarbete. Personal inom äldreomsorgen har kunskaper inom kunskapsområdena gerontologi och geriatrik, som de skulle kunna dela med sig av till personal inom omsorgen för funktionshindrade. Kompetensen inom omsorgen för funktionshindrade fokuserar mycket på att finna alternativa kommunikationsformer, tolka signaler när det inte finns ett verbalt språk. Dessa kompetenser är något som också skulle kunna användas inom äldreomsorgens demensvård. Cheferna ger i sina framställningar uttryck för samordningsvinster avseende ekonomi, anpassning av omsorg och omvårdnad till

individens behov, kunskaper och kompetenser. Vad som mer kan läras av varandra, uttrycks också nedan:

Forskare: *du pratade om inom äldreomsorgen att man där är mer inne på omvårdnad...jag som kommer från LSS verksamhet där handlar det ju mycket om att göra saker tillsammans MED folk och inte ÅT folk ..inom äldreomsorgen kanske har en annan..*

Informant: *göra ÅT...men vi har jobbat jättemycket med rehabiliterande arbetssätt i framförallt hemvården...just för det här att lite mer "stå med händerna bakom ryggen"...det blir både kvalitetshöjande och...egentligen även ekonomiskt bättre...och om vårdtagaren kan klara av att ta på sig en strumpa själv tänk vilket "lyft" för henne..*

Autonomins betydelse för människors hälsa och välbefinnande verkar vara väl förankrat inom både omsorgen för funktionshindrade och äldreomsorgen, men att det inom den sistnämnda görs mer "åt" folk än "med", förklaras av de knappa resurser som råder inom äldreomsorgen. Det går fortare att göra saker och ting "åt" en annan människa, än att vänta ut henne och göra saker med denne. Samtidigt verkar detta vara ett prioriterat område inom äldreomsorgen som det arbetas med på olika sätt, hur man behåller funktionen hos gamla så länge som möjligt.

Som framgår framställs båda organisationerna som lärande organisationer i vilka man ser varandra som resurser. Det som återstår, gäller att hitta pedagogiska metoder för att överföra denna kommunikativa praktik till en materiell praktik. Hur aspekten saknas.

Diskursiv oenighet

I tabell 1, framgår också de ämnen som socialcheferna är oeniga om och de namnges här som *diskursiv oenighet*. Det man är oenig om gäller: upprättandet av serviceplaner, specifika behov hos ÄMU, samt personalfrågan. Jag inleder redovisningen av den diskursiva oenigheten med att klargöra hur dessa förhåller sig till varandra.

Serviceplaner

När det gäller serviceplaner angående boende, omvårdnad och omsorg för ÄMU råder det i diskursen som framgår av resultatöversikten både enighet och oenighet. Alla socialchefer är inte eniga om att flytt till en ny enhet i anslutning till ett äldreboende är det bästa alternativet. Detta vittnar följande utdrag om:

Informant: *..jag tycker inte att man skall flytta runt människor och att dom skall byta miljöer...utan att man skall ju försöka komma med resurser dit där individen befinner sig...så ett är ju att de skall bo kvar på gruppboenden så långt som möjligt..och det kan jag ju se att vi har en väldigt god hemsjukvård så blir de sjuka och så kan vi klara det ..vi har ju en god dygnet runt bemanning*

Forskare: *det betyder ju väldigt mycket för trygghetsaspekten..*

Informant: *absolut det gör det...och sen tycker jag framförallt att personalen som har känt dom...de har bott på gruppboendestaden hur länge som helst va..även om man kanske försämras syn och hörsel och allt så förnimmer man ändå och personalen vet ju hur de här har velat haft det.*

Ett av de största skälen till att även som äldre få bo kvar i gruppboendestaden är just som vi ser i utdraget ovan, den personkännetecken som vårdarna har. Detta framställs som att det är vårdarna på gruppboendestaden som väl känner till de här personerna och också är bra på att tolka deras signaler och kommunicera på alternativa sätt med dem. Utdraget visar tydligt att precis som inom äldreomsorgen i övrigt tycks det även här råda tankar på att det skall vara "kvarboendeprincipen" som gäller (till viss del), illustrerat av följande utdrag:

Informant: *..och när vi pratar om det så tänker väl vi att det ska fungera ungefär på samma sätt som för andra äldre...det är ju deras egna boenden och där får dom bo så länge dom VILL..och klarar av det*

Forskare: *med ökad ålder kommer också ett ökat omvårdnadsbehov...skulle det kunna tillgodoses i gruppboendestaden om personen vill bo kvar där?*

Informant: *ja..det tycker jag är vår skyldighet att göra*

Av utdraget framgår att ÄMU jämföras med äldre människor i allmänhet med då bortser man från ÄMU:s specifika behov när det gäller åldrandeprocessen. Av utdraget kan också utläsas ett ideologiskt ställningstagande om kommunens ansvar att sörja för dessa personer, också på äldre dagar. Det som således är intressant här, är att chefen framställer detta som ideologisk, snarare än en organisatorisk eller institutionell angelägenhet. I chefernas framställningar om lämpliga boendeanternativ för ÄMU skiljer sig diskursen åt, även om majoriteten tror på en ny boendeenhet i anslutning till ett äldreboende, så finns det i den kommunikativa praktiken de som förordar "kvarboendeprincipen" och att resurserna flyttas dit där individen befinner sig.

Specifika behov

I diskursen om hur omsorgs- och omvårdnadsbehoven hos ÄMU ser ut, om deras behov skiljer sig jämfört med äldre personer i allmänhet, varierar framställningarna hos cheferna. Med andra ord, är ÄMU som andra äldre eller har de specifika behov? Chefernas kunskaper om vad själva funktionshindret utvecklingsstörning innebär, brister hos vissa chefer, något som utdragen nedan illustrerar:

Forskare: *tror du att äldre med utvecklingsstörning omsorgs och omvårdnadsbehov skiljer sig från äldres i allmänhet?*

Informant: *det tror jag inte att det nödvändigtvis behöver göra egentligen...det beror väl lite grann på vilken grad av utvecklingsstörning du har naturligtvis...men bara för att dom blir äldre så behöver inte själva utvecklingsstöringen i sig göra att det ändrar omsorgsbehovet..*

Informant: *när man blir dement så tror inte jag att det skiljer...då tror jag att man bemöter dom på samma sätt..*

Utdragen visar att kunskaper om vad utvecklingsstörning innebär tycks vara svaga, i fråga om specifika behov av stöd. Konsekvenserna av vad det innebär att ha en begåvningsnedsättning och följderna därav nämns sällan i diskursen. I andra chefers framställningar var dock kunskapen om de specifika behov som utvecklingsstörningen medför mer förankrade, något som följande utdrag visar:

Informant: *jag kan ju ana att det handlar om att dom bekymmer som man försöker tillgodose tidigare inom handikappomsorgen...man måste ju ha ett annat pedagogiskt förhållningsätt...här får du på nåt sätt två saker du ska hantera..det ena är den gamla kroppen och det andra är...människan som kanske pedagogiskt är lite annorlunda..*

Forskare: *du menar behöver ett annat stöd pedagogiskt på grund av begåvningsnedsättningen..det här med tydliggörande pedagogik..*

Informant: *ja du kan inte göra likadant som du har på ett vanligt äldreboende...du måste ha äldreomsorg rent somatiskt och samtidigt ha en bra verksamhet där du tar hänsyn till de här individernas förutsättningar*

Av utdraget framgår att de specifika behov som ÄMU har, kräver ett annat pedagogiskt förhållningsätt hos personalen än inom äldreomsorgen. Det här är människor som på grund av sin begåvningsnedsättning har svårt för abstrakt tänkande, att göra det abstrakta så konkret som möjligt, är stor uppgift för personalen inom omsorgen för utvecklingsstörda. Intressant i chefernas framställningar är den spännvidd i kunskaper om vad utvecklingsstörning innebär och vilka specifika behov det genererar av omsorgen och omvårdnaden, samtidigt som cheferna är ytterst ansvariga för verksamheten och dess utveckling.

Personalfrågan

Inom diskursen om personal och vilken personalgrupp som är bäst lämpad att arbeta med ÄMU föreligger också en viss oenighet. Dessutom finns en oenighet om vilka kompetenser som behövs, utbildningsbakgrund och på vilken grund själva omsorgen och omvårdnaden ska vila på. Ska det vara personal från omsorgen om funktionshindrade, äldreomsorgen eller kanske en kombination? Alla tre alternativen fanns med i chefernas framställningar. Några exempel på det ses i utdragen nedan:

Forskare: *...tänker ni er att flytta med personalen från gruppboendet över till det nya boendet?*

Informant: *ja ja..det tänker vi..men vi tänker oss att kanske en sån sak som nattpersonal skulle man kunna ha gemensamt med äldreomsorgens personal*

Informant: *..att man fortfarande har med sig den speciella kompetens och erfarenhet man behöver ha av att jobba med den här gruppen...det behöver man ha också på äldreboendet...och det kan man få antingen genom att det faktiskt finns personer som vill följa med över och vill jobba med utvecklingsstörda...men det finns också möjlighet att kompetensutveckla personal på äldreboendet..som vill utvidga sig och kanske jobba något annorlunda än vad man är van vid...och den kombinationen är rätt spännande*

I diskursens kommunikativa praktik, kan här urskiljas en ambition om att förena det "bästa" från LSS verksamhet, med det "bästa" från äldreomsorgen. I den materiella praktiken verkar det dock som att av den integrering som hittills skett av ÄMU in på äldreboenden, har personalen uteslutande kommit från äldreomsorgen. Detta är intressant och anmärkningsvärt med tanke på diskursen om att omsorgen för funktionshindrade, i mångt och mycket, har ideologiska och pedagogiska inslag som äldreomsorgen skulle behöva få influenser av. Uppenbart är, att trots ambitionerna om att förena och välja de bästa inslagen från varje omsorgsform, tycks detta inte vara en materiell verklighet.

Diskursiv dominans

Under detta tema behandlas den diskursiva dominansen i socialchefernas framställningar. Det som redovisas nedan är den diskurs som dominerar, dvs. *det institutionella perspektivet* på boendeinsatser, omvårdnad och omsorg för ÄMU. Analysen visar att cheferna i sitt sätt att uttrycka sina tankar, planer och utvecklingsmöjligheter när det gäller ÄMU, håller ett institutionellt perspektiv då de beskriver den enskilda individen och dennes behov av omvårdnad och boende. Med detta avses att de i sina framställningar använder institutionella kategorier i sina beskrivningar, att de hänvisar och motiverar boendestödet utifrån institutionell rationalitet och ordning, så som lagar, ekonomi och administration/byråkrati, snarare än som ideologiska åtaganden eller till vetenskaplig kunskap. I följande utdrag exemplifieras alla tre perspektiven, men det är det institutionella perspektivet som dominerar:

Institutionella perspektivet:

Informant: *...vi har startat upp ett äldrecentrum för några år sen och det är egentligen ett nav i X kan man säga...om man längtar ut och är för pigg för ett äldreboende och vill bo kvar hemma...man vill träffa andra aktivera sig...då skapade vi äldrecentrum...där finns det också biståndshandläggare så man kan slussas rätt...man behöver inte söka som gammal då...vi hade 1017 besökare under februari*

Forskare: *ja i ock med att det här är personer som får ett större omvårdnadsbehov också just för att man blir äldre...så kan det ju finnas vinster att samarbeta med äldreomsorgspersonal*

Informant: absolut och vice versa skulle jag vilja säga...för du har ju också...jag tänker på alla stökar som kommer med den kommunikationsproblematiken...där man faktiskt kan lära av varandra

Intressant är att cheferna i sina beskrivningar om ÄMU och boendestödet har ett så dominant institutionellt perspektiv, trots att det är individuella behov som skall tillgodoses. I utdraget beskrivs människor i institutionella kategorier och benämningar så som "stökar" och att val av det individuella boendet benämns som att "slussas" till "rätt instans". Uttryck som "man", "vi" och "vårat", är dominerande institutionella kategorier för att beskriva sig själv och verksamheten. Att ange "man" om sig själv istället för att uttrycka sig i "jag" form, innebär en viss distansering och anonymisering i diskursen.

Det ideologiska perspektivet:

Informant: ...det vi jobbar med i X är ju att var och en har rätt till en individuell plan / genomförandeplan oavsett var man bor nånstans...att jobba med individuell målsättning och livskvalitet...sen tror jag att man kan utveckla det...sätta fokus på mer övergripande målsättningar som alla har rätt till och som inte bara...alltså det handlar inte om målsättningar om att – jag ska göra så och så ..en gång två gånger i veckan...det blir rätt "fjuttigt"..utan det handlar ju om målsättningar som både inom LSS men också inom övriga gruppen...för att få ett högt oberoende alltså...vad är det jag faktiskt vill med mitt liv...livskvalitetsmålsättning...en funktionsmålsättning...vad ska jag kunna klara av inom ett år? Ska jag bli nöjdare..gladare...alltså den typen av målsättningar tror jag vi måste jobba med...och det är svårt därför man är så dagsaktuell...vi tror att målsättningar handlar om att man måste GÖRA saker och ting...när det egentligen handlar om – hur uppfattar vi det? ..hur mår vi?

I utdraget framställs det ideologiska perspektivet i form av individuella "livskvalitetsmålsättningar" som en rättighet för individen och att dessa målsättningar skall verka som grund för verksamheten. Hinder för denna typ av målsättningar är det uppgiftsorienterade arbetssätt som råder idag (att göra saker och ting), istället för att inrikta sig mer på människors upplevelse av sin livssituation. Det som är intressant här, är att i framställningen ovan, framgår inte endast det ideologiska grundmotivet för rätten till omsorg, utan också fokus på det individuella perspektivet. Arbetet i omsorgen ska då planeras utifrån funktionsmålsättningar och livskvalitetsmål för den enskilde. Här utgör således den enskilde individens uppfattningar grund för vårdens/omsorgens utgångspunkt och inte tvärtom, vilket det senare tycks vara det rådande (Andersson, 2004, Hellström Muhli, 2003)).

Det vetenskapliga perspektivet:

Informant: *...men jag tror att det viktigaste är nog snarast att vi måste integrera dubbelkompetensen hos medarbetare och inte ha två yrkesgrupper som går brevid varandra...och då kommer en annan frågeställning...då är det ju..*

Forskare: *utbildning*

Informant: *utbildning att...vem kan då i det läget ge den kompetensen till våran personal...då är det ju utbildningsinstitutionerna som...då får vi vända oss till vårdskolan*

Forskare: *ja precis...kanske att skapa en utbildning?*

Informant: *ja kanske det...så att det är ett öppet område och det intressanta är...vore bra om vi teoretiskt går före...inte praktiskt*

Forskare: *ja så att grunden finns där först innan..*

Informant: *måste ha en grund...om du skall kunna erbjuda nån människa den så måste du ha en grund...eftersom vi inte har den praktiska erfarenheten fullt ut...nä då får vi skaffa oss en teoretisk grund vad vi vill utveckla med dom här ställena...att titta på vilka bitar som skulle falla på plats...ska vi komplettera med typ KY-utbildningen...hur kan vi titta på teknikstöd...hur kan vi få in det ...det är många delar...och det kan jag tycka ibland att det finns för lite forskning...för få studier som gäller utvecklingsstörda i kombination med åldrande...alltså hjälpmedel och när det handlar om kommunikation och så vidare...det har inte varit fint nog i forskarvärlden*

Som framgår av utdraget, efterfrågas här en kunskapsgrundad praktik, snarare än att satsa på parallella kompetenser bland omsorgspersonalen. Med detta avses att personalen ska ha en utbildning riktad för arbete med ÄMU. Av utdraget kan tolkas att det saknas en sådan utbildning i dagsläget, men att en sådan bör utvecklas. Därmed förlägger chefen ansvaret på en annan instans, i detta fall på utbildningsanordnarna. Dock lyfts frågan om att omsorgspraktiken idag inte är tillräckligt utforskad och därmed grundas inte praktiken på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det som intresseväckande, är huruvida den vetenskapliga kunskapen som faktiskt ändå finns, är förankrad hos ledarna. Av utdraget framgår också det sätt som kunskapsfrågorna framställs på, är snarare ett slags resonerande och en situerad samtalskonstruktion, än en tidigare reflekterad handlingsplan.

DISKUSSION

Studiens bidrag kommer under detta avsnitt att diskuteras i relation till *metodologiska aspekter, resultat, konklusioner och implikationer, samt förslag på vidare studier* kommer att ges.

Metoddiskussion

Metoden diskursanalys och den dialogiska ansatsen om kommunikation som materiell handling valdes eftersom den anses lämpa sig för att förstå och förklara samhälliga förlopp, och alldeles särskilt gäller detta under förhållanden av social förändring (Säljö, 1999). I denna studie är det samhälleliga förloppet just den förändring som gäller för ÄMU. Det är som nämnts tidigare, först nu ÄMU börjar bli ålderspensionärer och därmed står kommunerna inför en ”ny” problematik. Ytterst var det dock forskningsfrågan som avgjorde valet av metod. Beslutsfattande och myndighetsutövning, liksom mänsklig samvaro mer i allmänhet, är beroende av hur vi konstituerar världen omkring oss i språkliga termer. Det handlar om vilka bilder av omvärlden som vinner gehör i olika miljöer och vad dessa bilder implicerar i form av handlingar. I denna studie handlade det om att beskriva chefernas bilder om vilken diskurs av boendestöd, omvårdnad och omsorg som vann gehör. Med hjälp av vald metod har således studiens syfte besvarats. Den insikt som nås genom att studera kommunikation och interaktion, och se dem som situerade i ett sammanhang, här omsorgen och boendestödet för ÄMU, ger möjlighet till en mer inträngande analys av hur boendestöd, omvårdnad och omsorg för ÄMU planeras och tillämpas, än vad som annars hade varit möjligt.

Validiteten och tillförlitligheten i denna studie styrks av att de åtta intervjuerna utfördes på likartat sätt efter en intervjuguide. **Fattas ngt här...lägg till referenser (Polity, Beck) !?** Giltigheten i samtalsyttringarna ligger i att transkriptionen av samtalen görs så ordagrant som möjligt, vilket också gjorts i denna studie. De resultaten som kommer fram måste det finnas ordentligt stöd för i datamaterialet. Eftersom diskursanalys är en tolknings- och förklaringsmodell kan ett och samma datamaterial åstadkomma olika resultat hos olika forskare. Tillförlitligheten och validiteten över resultaten är därför beroende av styrkan och logiken i forskarens sätt att avge och presentera sitt resultat. Emellertid, bygger all redovisning av rådata på en selektion, vilket innebär att exempelvis val av utdrag i redovisningen skett utifrån forskarens val. En annan forskare kanske hade gjort en annorlunda selektion.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva hur chefer framställer boendeinsatser, omvårdnad och omsorg för ÄMU. I resultatet visar det sig att boendefrågan för ÄMU är ett aktuellt problemområde. Trots det verkar den handlings- och aktörsorientering som framkommer i chefernas framställningar, främst handla om den kommunikativa praktiken, snarare än om den materiella praktiken. I chefernas framställningar finns en medvetenhet om att allt fler av de personer som bor i gruppboendena nu blivit ålderspensionärer, men få chefer verkar ha genomfört konkreta anpassningar av boendeinsatser till de omsorgsbehov som åldrandet medför för ÄMU. För de flesta verkar denna fråga ännu vara på planeringsstadiet, vilket är intressant då problemet redan nu är aktuellt.

I kommunikationen om hur serviceplaner och boendialternativ för ÄMU bör utformas förelåg både en diskursiv enighet och oenighet, som handlade om ÄMU ska flytta eller inte. Genom att skapa en särskild enhet/avdelning för ÄMU på ett äldreboende, anpassat för

individens specifika funktionshinder men också för åldrandet i sig, tillgodoses båda aspekterna av individens livsperspektiv (*human living*) (Kim, 2000). Anmärkningsvärd är dock den diskursiva dominansen i chefernas framställningar om ÄMU som har en demenssjukdom, helt kan integreras i de demensboenden som finns inom äldreomsorgen. Här beaktas således inte de specifika behov av stöd som själva utvecklingsstörningen ger upphov till. Förvånande är också, att ingen av cheferna framställde eller tycktes känna till projektet i Landskrona kommun, där en boendemodell för ÄMU med demenssjukdom, tagits fram (Hafström, & Persson, 2001). Den skulle kunna användas som modell i planeringen av framtida boenden.

En diskursiv enighet fanns i chefernas framställningar om att omsorgen för funktionshindrade och äldreomsorgen representerar två olika kulturer och traditioner, vilket ger anledning till vidare diskussion. Kanske beror det på att som ämnesområde har social omsorg (som det mest handlar om inom LSS verksamheter), sina rötter inom samhällsvetenskap, sociologi, socialpsykologi och socialpedagogik (Kangas Fyhr, 2002). Omvårdnad (som är dominerande inom äldreomsorgen efter ADEL-reformen), har sitt ursprung från vårdvetenskapen. Frågan kan då ställas, om detta är en förklaring till det mer salutogena förhållningssätt som cheferna framställer att vårdare inom LSS har? Inom omsorgen för funktionshindrade läggs fokus på det "friska" och det som fungerar för individen. Här ses inte en person som har en utvecklingsstörning som en sjuk person, vilket hon heller inte är. Inom vården, existerar enligt min erfarenhet, inte samma förhållningssätt. Där betraktas exempelvis en person som har Downs syndrom som sjuk. Hur personer som har en utvecklingsstörning betraktas inom äldreomsorgen är jag osäker på. Då cheferna i sina framställningar ger uttryck för att det tycks råda ett mer patogent synsätt i äldreomsorgen, är det begränsande inte bara för ÄMU, utan även för äldre i allmänhet, om målet är att beakta det salutogena förhållningssättet i omsorgen för att beakta *human living* aspekten som Kim (2000, a, b) lyfter som omvårdnadens viktigaste aspekt. I den fortsatta planeringen av boendeenheter och omvårdnad av ÄMU, bör cheferna beakta att alla tre dimensionerna i *human living* begreppet (Kim, 2000, a, b) finns med. Detta innebär att boendet och omvårdnaden planeras efter den enskilda personens specifika behov (*living of oneself*), behovet av att leva i ett socialt sammanhang (*living with others*) och att den enskilde ges möjligheter till att leva i ett specifikt sammanhang i livet (*living in situations*). Då stöds människan i dennes livsvärld/livsperspektiv.

Tänkvärt är att även om cheferna i sina framställningar inte uttrycker det i direkta ordalag, så verkar det som om omsorgen för funktionshindrade (LSS) i vissa avseenden skulle kunna fungera som en förebild och modell för äldreomsorgen. Cheferna framställer "LSS-sidan" i positivare termer än äldreomsorgen. Detta kan tillskrivas delvis skillnader i lagstiftningarna (SoL och LSS) och fördelningen av personalresurser, men kan knappast vara hela sanningen. Denna uppfattning uttrycks av vissa chefer. Till viss del har det säkert att göra med de olika omsorgs- och omvårdnadskulturer som diskuterats ovan. De styrkor som det råder en diskursiv enighet kring gällande omsorgen för funktionshindrade, med andra ord, vad de utvecklat mer än äldreomsorgen, berörde områden som: helhetssyn, individperspektiv och pedagogiskt förhållningssätt. Dessa erfarenheter borde kunna användas som resurs för utvecklingen av äldreomsorgen. Detta motiverar frågan, behövs det ett paradigmskifte i äldreomsorgen med omsorgen för funktionshindrade som modell, när det gäller ideologiska, pedagogiska, vetenskapliga och salutogena aspekter.

I kommunikationen ses det ömsesidiga utbytet dessa två verksamheter kan ha av varandra som en resurs. För trots att det i diskussionen verkar som att äldreomsorgen har mycket att lära av omsorgen för funktionshindrade, så finns det förstås kunskap inom

äldreomsorgen som personal inom LSS – verksamheter skulle behöva. Det gäller framförallt kunskaper om den åldrande människan, gerontologi och geriatrik. Hur kunskapen ska integreras mellan dessa båda verksamheter verkar i chefernas framställningar ligga mest på det kommunikativa planet, metoder för att överföra det till den materiella praktiken återstår. I diskursen kring vilken kunskap och kompetens personalen behöver för att tillgodose ÄMU:s behov, med andra ord, vilken personalgrupp som är ”bäst” lämpad att arbeta med ÄMU, märks en viss oenighet. Som framgår av analysen, beror det på att man ännu inte har hittat former för hur samarbetet i den lärande organisationen ska gå till.

Resultatet visar att det i kommunikationen om hur ÄMU:s omsorgs- och omvårdnadsbehov ser ut, jämfört med äldre personer i allmänhet, föreligger en diskursiv oenighet. Chefernas kunskaper om vad funktionshindret utvecklingsstörning innebär för individen och vilka specifika stödinsatser dessa personer har behov av, varierar. Intressant är att, det som cheferna inte berör i sina framställningar, är konsekvenserna av vad det innebär att ha en begåvningsnedsättning och följderna av det. Inte heller det faktum att personer med Downs syndrom har en betydande ökad risk för demenssjukdom berördes i chefernas framställningar. I studien gjord av Strydom, Hassiotis och Livingston, (2005) visades tydligt att ÄMU har specifika och annorlunda behov av omsorg och omvårdnad jämfört med äldre befolkning i allmänhet. ÄMU visar sig ha en betydande överrepresentation när det gällde ohälsoproblem, psykisk förvirring, inklusive symtom av funktionell nedgång och demenssjukdomar, jämfört med äldre befolkning i allmänhet. Möjligen kan chefernas ringa kunskaper inom detta område förklaras av cheferna hänvisar till den eftersatta forskningen när det gäller specifika hälso- och omsorgsbehov hos ÄMU. Frågan som dock kan ställas, är huruvida den forskning som ändå finns, tas tillvara i chefernas planeringar.

Konklusioner och implikationer

Den slutsats som kan dras av denna studie är att boendestöd för ÄMU är ännu på planeringsstadiet och framträder som en kommunikativ praktik, snarare än en materiell sådan. När det gäller förhållningssätt, innehåll i omvårdnaden, personalens utbildning och kunskapsutveckling, tycks cheferna föredra omsorger om funktionshindrade som modell för äldreomsorgen i stort. Det handlar också om två olika omsorgskulturer som behöver utvecklas och fogas samman, vilket kan genomföras i den lärande organisationen. Studien visar dessutom på att kunskaper om de specifika behov av stöd som ÄMU har behov av, behöver medvetandegöras och reflekteras kring för att kunna skapa bra boendeanternativ för ÄMU. Sammanfattningsvis kan det konstateras att den allmänna diskursen om ÄMU och boendestöd är ett diskursivt problemområde i tiden. Detta problemområde i tiden har synliggjorts i denna studie och är också det kunskapsbidrag som förhoppningsvis förvaltas av cheferna och används för utveckling av boendestöd och omsorg/omvårdnad för ÄMU.

När det gäller praktiska överväganden, bör exempelvis följande beaktas:

- Att kunskaper implementeras i organisationen om ÄMU:s specifika behov
- Att öka individperspektivet i äldreomsorgen och i hela organisationen
- Att medvetandegöra det salutogena förhållningssättet i äldreomsorgen
- Att öka kunskaper om den åldrande människan i omsorgen om funktionshindrade

Förslag till fortsatt forskning

Denna studie har gläntat på dörren till ett forskningsområde som tidigare utforskats i ringa omfattning. På frågan om vad som är lämpligt när det gäller boendeformer och omvårdnad för ÄMU och deras specifika behov, kan det tänkas att diskursen skulle kunna

skilja sig åt, beroende på vilken yrkeskategori som intervjuades. I denna studie analyseras chefers framställningar över området, intressant vore att också intervjua omvårdnadspersonal som arbetar på dessa boenden och följa diskursen hos dem. Kanske skulle de som arbetar med ÄMU ha andra kunskaper. Vilka dessa är, skulle kunna utgöra grund för en framtida studie.

Inte bara i Sverige utan även i Västvärlden i stort börjar kunskaper efterfrågas, när det gäller ÄMU, inte minst för planering av boende och omsorg. Men den kunskap om funktionshinder och åldrande som hittills funnits, har som regel rört frågor kring funktionshinder hos äldre snarare än hur det är att leva under många år och åldras med funktionshinder (Jeppsson Grassman, 2008). Som framgår, är det angeläget att utveckla kunskaper inom detta specifika område.

REFERENSER

- Andersson, K. (2004). Det gäller att hushålla med kommunens resurser – biståndsbedömares syn på äldres sociala behov. (It is important to save the resources of the municipality – views of the welfare officers on elderly`s need.) *Social vetenskaplig tidskrift*. 11, 3-4, s.275-292.
- Anneren, G. (1996). *Downs Syndrom*. Stockholm: Liber förlag.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 30, nr 3, 564-572.
- Bagger-Sjöbäck, D. (Red.). (2006). *Det goda åldrandet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Blomdahl Frej, G. & Eriksson, B. (Red.). (1998). *Social omsorg och socialpedagogik; Filosofi, teori, praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Buttny, R. (1993). *Social Accountability in communication*. London: Sage Publ.
- Dehlin, O. et al. (2000). *Gerontologi: Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Norrköping: Natur och kultur.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge.
- Gotthard, L-E. (2007). *Utvecklingsstörning och andra funktionshinder*. Stockholm: Bonnier utbildning.
- Gottlieb, N. (1992). Empowerment, Political Analyses, and Services for Women. In Hasenfeld, Y. (1992). *Human Services as Complex Organizations*. London: Sage publ.
- Gustafsson, G. & Thuresson, K. (2004). *Personer med förståndshandikapp och demens*. Vårdalinstitutet., Tematiska rum. www.vardalinstitutet.net Hämtat den 2009 03 21.
- Gubrium, J. & Holstein, J. (1999). The nursing home as a discursive anchor for the ageing body. *Ageing & Society*. Vol. 19, 519-538.
- Hafström, M-L. & Persson, I. (2001). *Demens och utvecklingsstörning*. Landskrona kommun: Vård-, Äldre-, Omsorgsförvaltningen.
- Hellström Muhli, U. (2003). *Praxiskunskaper i äldreomsorg. En studie av samtal vid behovsbedömning av omsorg*. (Akad. avh. i manus). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis. Göteborgs universitet, Utbildningsvetenskapliga fakulteten.
- Hellström Muhli, U. (1998). Kompetens inom social omsorgsledarskap. I E. Pilhammar Andersson (red). *Kompetens ur ett vårdpedagogiskt perspektiv, En antologi (Rapport 1998:1)*. Göteborg: Institutionen för vårdlärarutbildning, Göteborgs universitet.

- Hepworth, M. (2004). Images of Old age. In J.F. Nussbaum & J. Coupland (2004). *Handbook of communication and aging research*. (Sec. ed) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publ.
- Jeppsson Grassman, E. (Red). (2008). *Att åldras med funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jönsson, L-E. & Lundin, S. (Red.). (2007). *Åldrandets betydelser*. Malmö: Studentlitteratur.
- Kangas Fyhr, A. (2002). *Social omsorg*. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Kim, H S. (2000, a). An Integrative Framework for Conceptualizing Clients: A Proposal for a Nursing Perspective in the New Century. *Nursing Science Quarterly*. Vol 13, nr 1, 37- 44.
- Kim, H S. (2000, b). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Kylen, G. (1981). *Begåvning och begåvningshandikapp*. Stockholm: Stiftelsen ALA.
- Linell, P. (1994). *Transkription av tal och samtal: teori och praktik*. (Rapport, 1994:9). Stockholm: Stockholms universitet.
- Markeby Larsson, L. & Lundström, K. (2007). *Att åldras som utvecklingsstörd*. Uppsala: Octopus Demens.
- Reg. prop. (1997/98:113). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Stockholm.
- Sand, A-B. (2007). *Äldreomsorg – mellan familj och samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Schutz, A. & Luckmann, T. (1973). *The structure of the Life-world*. Evanston, Illinois: Northwestern university Press.
- SOU. (1994:4). *God sed i forskning*. Utbildningsdepartementet.
- SOU. (2008:77). *Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning*. Statens offentliga utredningar.
- Starks, H. & Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: a Comparison of Phenomenology, Discourse analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*. Vol 17, nr 10, 1372-1380.
- Strydom, A & Hassiotis, A. & Livingston, G. (2005). Mental Health and Social Care Needs of Older People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. nr 18, 229-235.
- Svensk författningssamling. (1982). (SFS 1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svensk författningssamling. (1993). (SFS 1993:387). *Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS)*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Svensk författningssamling. (2001). (SFS 2001:453). *Socialtjänstlagen (SoL)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svensk författningssamling. (2003) (SFS 2003:460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Säljö, R. (1999). Dialogiska ansatser. I J. Linden, G. Westlander & G. Karlsson. (1999). (Red). *Kvalitativa metoder i arbetslivsforskning – 24 forskare visar hur och varför*. Uppsala: Rådet för arbetslivsforskning.
- Thomassen, M. (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis - introduktion i vetenskapsfilosofi*. Gleerups Utbildning.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Winther Jørgensen, M. & Philips, L. (1999). *Diskurs Analyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag.

BILAGOR 1-3



Institutionen för Vård och Natur

Magisterprogrammet

Äldres hälsa och omvårdnad

Skövde 09-03-10

Till Socialchefer - en förfrågan om deltagande i studie

Här kommer en förfrågan om att få intervjua dig om din planering av boendeservice för äldre personer med utvecklingsstörning.

Jag studerar på magisterprogrammet Äldres hälsa och omvårdnad vid Högskolan i Skövde, Institutionen för vård och natur, där det ingår att genomföra en studie omfattande 15 poäng. Tidigare var jag verksam inom omsorgen för funktionshindrade och därför kommer min studie att handla om äldre personer med utvecklingsstörning.

Gynnsammare levnadsvillkor och förbättrad hälsovård är några av de orsakerna till att personer med utvecklingsstörning lever allt längre idag. Vi möter allt fler äldre personer med utvecklingsstörning, vilket gjort att deras levnadsvillkor börjat uppmärksammas mer än tidigare. Trots det är kunskapen och erfarenheten förhållandevis begränsad när det gäller åldrandet hos personer med utvecklingsstörning. Idag har många kommuner haft gruppboendestäder i cirka 15 – 20 år, sedan avvecklingen av vårdhemmen, där hyresgästerna först nu börjar bli ålderspensionärer. Det som ofta ställer till svårigheter inför åldrandet är boendets utformning och verksamhetsinnehåll. Frågor som kan ställas är; ska en äldre person med utvecklingsstörning bo kvar i sin invanda miljö eller flytta? Var får personen bra omvårdnad och omsorg på äldre dagar?

Studiens syfte är att beskriva hur socialcheferna i Västra Götalands läns kommuner planerar/planerat för boendet, omsorgen och omvårdnaden för äldre personer med utvecklingsstörning. Studien har en kvalitativ ansats.

Datamaterialet kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att det inte kommer att framgå i rapporten/upsatsen vem som berättat vad. Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och kan när som helst avbrytas.

Tidigare i år informerade jag om studien på tjänstemannaberedningen vid Skaraborgs kommunalförbund och intresse för en studie som denna, tycktes finnas. Nu hoppas jag att du och den kommun du representerar vill delta, vilket skulle vara av stort värde för kunskapsutvecklingen inom denna omsorgsform. Bifogat finner du mer information om studien. Jag kommer att kontakta dig per telefon inom några dagar i detta ärende. Då får du också mer information om metoden och har möjlighet att ställa frågor. Du är naturligtvis också välkommen att ringa eller skicka e-post till mig om du funderar över något.

Med vänliga hälsningar

Ingalill Niggol
Tfn. 0501 18140

Handledare:
Universitetslektor Ulla Hellström Muhli
Högskolan i Skövde, IVN
Tfn. 0500 448442

Frågeguide (med fyra frågeområden)

Informera om att tidsramen för intervjun är max 30 min.

Börja med lite "bakgrundsfrågor", exempelvis:

Hur länge har du arbetat som socialchef?

Hur ser din bakgrund ut, vad arbetade du med innan?

1. Hur många äldre personer med utvecklingsstörning uppskattar du finns i er kommun?

2. Hur ser boendeservicen för dessa personer ut idag?

Vad har ni för serviceplaner när det gäller boende, omvårdnad och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning i framtiden?

3. Hur skulle du beskriva dessa personers omsorgsbehov?

Hur skiljer sig deras behov jämfört med äldre personer i allmänhet? I så fall vilka?

4. De äldrepolitiska nationella målen idag är (enligt Reg. Prop. 1997/98:113), *Att äldre människor skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg....*

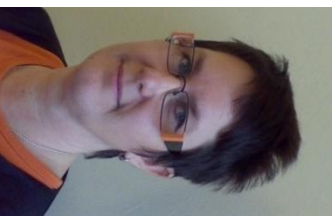
Hur konkretiseras dessa i din kommun, under din ledning?

Avsluta med: Tacka för att du avsatte tid och intresse för intervjun.

Hur ska äldre personer med utvecklingsstörning bo?

En studie om boende, omsorg och omvårdnad Bilaga 2

Institutionen för Vård och Natur
Magisterprogrammet
äldres hälsa och
omvårdnad



Inga-Lill Niggol
Gymnasie lärare inom
Vård och Omsorg
Vuxenutbildning Skövde

Tidigare verksam inom
omsorgen för funktions-
hindrade LSS-verksamhet
Tel arb: 0500 – 497709
mobil: 070-3305185
inga-lill.niggol@skovde.se

Bakgrund

Gynnsammare levnadsvillkor och förbättrad hälsovård är några orsaker till att personer med utvecklingsstörning lever allt längre idag. Vi möter allt fler äldre personer med utvecklingsstörning vilket gjort att deras levnadsvillkor blivit uppmärksammas mer. Kunskapen och erfarenheten är förhållandevis begränsad när det gäller äldreandet hos personer med utvecklingsstörning. Ett problem ligger i att upptäcka äldreandets sjukdomar, eftersom dessa personer är beroende av att någon annan ser deras svårigheter. De har ofta svårt att såväl förmedla som att själva förstå vad som händer i kroppen. En särskild problematik kring äldreandet finns hos personer med Downs syndrom. Denna grupp har en ökad benägenhet för demenssjukdom, samt får ett tidigt generellt äldreande. Det är viktigt att förstå att vissa personer med utvecklingsstörning äldras tidigare och då krävs ett specifikt bemötande och annan omvårdnad.

Idag har många kommuner haft gruppbostäder i cirka 15-20 år, där hyresgästerna först nu börjar bli ålderspensionärer. Det som ofta ställer till svårigheter inför äldreandet är boendets utformning och verksamhetsinnehåll. Ska en äldre person med utvecklingsstörning bo kvar i sin invanda miljö eller flytta? Var får personen bra omsorg och omvårdnad på äldre dagar?

Syfte

Studiens syfte är att beskriva hur socialchefer i åtta kommuner i västra Sverige framställer boendeinsatser, omvårdnad och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning.

Frågorna är:

Vilken är den rådande kursen gällande boende, omvårdnad och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning och deras specifika behov?

Hur avser de att konkretisera äldre- och handikappomsorgens (politiska) mål?

Metod

Kvalitativ metod och ansatsen diskursanalys avses att används genom intervju med socialchefer. Hur de planerar/planerat boendet för denna grupp. Deras åsikter om aktuella boendeformer för äldre personer med utvecklingsstörning, samt hur de avser att konkretisera äldre- och handikappomsorgens (politiska) mål.

Etiska aspekter

Etiskt tillstånd söks genom att intervjupersonerna och deras chefer får en förfrågan om att delta i studien. Ambitionen är att följa de forskningsetiska råd och principer som gäller avseende informerat samtycke, konfidentialitet, korrekt återgivning och tolkning av källor. Det är en samhällsrelevant och etiskt försvarbar studie då den tjänar ett gott syfte – att bidra med kunskapsutveckling – inom området.

Frågeguide (med fyra frågeområden)

Informera om att tidsramen för intervjun är max 30 min.

Börja med lite ”bakgrundsfrågor”, exempelvis:

Hur länge har du arbetat som socialchef?

Hur ser din bakgrund ut, vad arbetade du med innan?

- 1. Hur många äldre personer med utvecklingsstörning uppskattar du finns i er kommun?**
- 2. Hur ser boendeservicen för dessa personer ut idag?
Vad har ni för **serviceplaner** när det gäller boende, omvårdnad och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning i framtiden?**
- 3. Hur skulle du beskriva dessa personers omsorgsbehov?
Hur skiljer sig deras behov jämfört med äldre personer i allmänhet? I så fall vilka?**
- 4. De äldrepolitiska nationella målen idag är (enligt Reg. Prop. 1997/98:113),
Att äldre människor skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg...
Hur konkretiseras dessa i din kommun, **under din ledning?****

Avsluta med: Tacka för att du avsatte tid och intresse för intervjun.

Policy och Praxis i särskilt boende och omsorg för äldre personer med utvecklingsstörning – Kommunala chefers framställningar

Äldre personer med utvecklingsstörning (ÄMU) är en ökande befolkningsgrupp till följd av förbättrad hälsovård och livsvillkor. Därmed får de ett ökat omvårdnads- och boendebehov som äldrebefolkningen i övrigt. Kommunerna står därför inför en ny situation. Frågan är om ÄMU ska bo kvar i sin invanda miljö eller flytta till särskilt boende inom äldreomsorgen, eller finns det andra alternativ som tillgodoser ÄMU:s specifika behov?



Ulrika Hernant FoU-samordnare
ulrika.hernant@skaraborg.se
Tel 0500-49 72 07
www.skaraborg.se