



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

ATT BEHÅLLA HJÄRNA OCH KROPP IGÅNG VID ÅLDRANDET

VÅRDPERSONALS SYN PÅ AKTIVITET PÅ SÄRSKILDA BOENDEN

ANNA ERLANDSSON
SOFIE GREITANS

TO KEEP BODY AND MIND INTACT IN THE PROCESS OF AGEING CAREGIVERS OUTLOOK ON THE SUBJECT ACTIVITY

Anna Erlandsson
Sofie Greitans

Erlandsson A. Greitans S. To keep mind and body intact in the process of ageing. Caregivers outlook on the subject activity. *Examination paper in social work 15 hp*. Malmö University: Faculty of Health and Society, unity of social work, 2010

The purpose of this study is to examine how activities are looked upon, organized and put into practice at homes designed for the elderly. To achieve this we have done a survey study, based upon the caregiver's point of view regarding the subject activity. The result of this study has been interpreted and analyzed with help from the engagement- and disengagement theories. The result shows us that the caregiver's find the term activity slightly abstract, and rather difficult to define. All of the caregiver's did agree on the matter that it's good to activate elderly people and that the elderly people are activated at a large extent. The result also shows us that it's not always the elderly people's own wishes and desires of activity that gets organized and put into practice at homes designed for the elderly. In conclusion we find the engagement theory to be very dominant in the thoughts and actions of caregiver's in Swedish geriatric care, rather than the disengagement theories.

Activity, Disengagement theory, Engagement theory, Geriatric care, Homes designed for the elderly

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
Problemformulering	6
Syfte och frågeställningar	6
Disposition	7
METOD	7
Urval	7
Datainsamlingsmetod	8
Enkätutformning	8
Tillvägagångssätt	9
Bearbetning av material	9
Bortfall	10
Forskningsetiska överväganden	10
TEORETISK BAKGRUND	11
Disengagemangsteorin	11
Aktivitetsteorin	12
TIDIGARE FORSKNING	13
SÄRSKILT BOENDE	15
Boendemiljö	16
Personal	16
Social dokumentation	17
AKTIVITETER	18
Begrepp aktivitet	18
Aktivering av äldre på särskilt boende	19
Aktiviteter på särskilt boende	19
RESULTAT	21
Har Du tidigare hört talas om aktivitetsteorin och dess innebörd?	21
Vad definierar Du som aktivitet?	21
Aktiveras vårdtagarna?	22
Är det bra att aktivera vårdtagarna?	22
Hur gör man för att vårdtagarnas önskemål om aktivitet skall komma fram?	23
Vilka aktiviteter är de vanligaste?	23
Hur ofta aktiveras vårdtagarna?	24
Sker aktivering enskilt eller i grupp?	24
Varför aktiveras vårdtagarna?	25
Upplever du att vårdtagarna är tillfredställda med den aktivering som sker?	25
Finns det tydliga riktlinjer inom organisationen kring aktiviteter?	26
Dokumenteras genomförda aktiviteter?	26
För vem och varför dokumenterar man i så fall?	27
Är dokumentering av aktiviteter en kvalitetssäkring?	27
Övriga kommentarer eller reflektioner kring ämnet	28

ANALYS	29
Vad definierar vårdpersonal som aktivitet?	29
Är det bra med aktivering enligt vårdpersonalen?	30
Hur gör man som vårdpersonal för att få fram vårdtagarnas önskemål om aktivitet?	31
Hur organiseras och dokumenteras aktiviteter på särskilda boenden?	34
DISKUSSION.....	37
REFERENSER	41
BILAGOR.....	43
Bilaga 1	43

INLEDNING

Vårt arbete handlar om aktivering av äldre personer i svensk äldreomsorg. För att undersöka detta har vi gjort enkätstudier på särskilda boenden för att ta reda på hur vårdpersonal ser på ämnet aktivitet. Resultatet av enkäterna har vi sedan sammanställt och tolkat utifrån socialgerontologiska teorier.

Det finns olika teorier eller paradigmen angående den åldrande människan och hennes behov. Även om dessa inte bestämmer hur vård och omsorg om äldre ska tillämpas, så sätter de onekligen sin prägel på den och skapar på så sätt riktlinjer och kulturer på våra svenska särskilda boenden.

Med utgångspunkt i en teori som disengagemangsteorin, som hävdar att den åldrande människan naturligt drar sig tillbaka från samhället, av egen fri vilja och inte önskar vara delaktig i sin omgivning, tenderar detta naturligtvis i en passiv socialpolitik och vård och omsorg (Daatland, 1998). Medan aktivitetsteorin som utgångspunkt resulterar i en aktiv vård och omsorg. I korta drag bygger aktivitetsteorin på en interaktionistisk människosyn som betonar att interaktion och aktivitet är grundläggande förutsättningar för ett gott åldrande, samt att den åldrande människan fortsätter ha samma behov som hon haft tidigare i livet (Socialstyrelsen, 2004).

Vårt intresse för ämnet väcktes i samband med att vi under vår utbildning läste om olika teorier rörande den åldrande människan, samt hur dessa influerar organiseringen av svensk äldreomsorg. Vi drar slutsatsen att vi i Sverige eftersträvar ett värdigt åldrande, och att ett värdigt åldrande är starkt förknippat med, och beroende av, en hög grad av aktivitet. Ett aktivt åldrande som förutsättning för ett tillfredsställande åldrande gör det intressant att studera begreppet aktivitet lite närmre, och då särskilt ur vårdpersonalens synvinkel. Detta eftersom vi tycker oss se att det oftast, för att inte säga alltid, är just personalen som dikterar villkoren för den äldres omsorg och vardag.

Vi har båda mångårig erfarenhet av omsorgsarbete med äldre på särskilda boenden och tycker oss kunna se vissa återkommande mönster vad gäller aktivering av äldre. Det finns ofta en ambition eller önskan om hög grad av aktivitet, men dessa målsättningar uppnås sällan och bristfälligt. Även om aktivitetsteorin förespråkas inom svensk äldreomsorg ställer vi oss frågande till huruvida man som vårdpersonal faktiskt utgår ifrån och tillämpar denna teori i sitt dagliga arbete.

För att kunna garantera och organisera ett aktivt åldrande för vårdtagarna, bör det finnas tydliga organisatoriska riktlinjer för hur aktiviteter skall arrangeras och genomföras. Vidare drar vi slutsatsen att dokumentering av utförda aktiviteter är ett viktigt inslag i kvalitetssäkringen av all vård och omsorg.

Att vardagen kan se väldigt annorlunda ut för de äldre som bor på särskilda boenden är något man bör beakta. De äldre har olika grad av funktionsnedsättning, vård- och omsorgsbehov, personliga särintressen och preferenser. Boendets organisation och vårdpersonalens arbetskultur är andra faktorer som både kan ge förutsättningar för aktiviteter, och som kan förhindra dem.

Många, för att inte säga flertalet av vårdtagarna på särskilt boende är i direkt behov av personalens hjälp för sin dagliga livsföring, och således även i utförandet av aktiviteter av olika slag. Detta gör att vårdpersonalen spelar en central roll i huruvida aktiviteter genomförs eller ej, vilket sätt de utförs på och vilka aktiviteter som utförs.

När vi nu utgår från att svensk äldreomsorg genomsyras av ett aktivitetsteoretiskt synsätt, blir också definitionen av aktivitet av högsta intresse. Vi finner begreppet aktivitet flyktigt och svårt att ta på, och vi ställer oss frågan hur man som vårdpersonal ska kunna implementera en teori som bygger på ett så svårdefinierbart begrepp i den dagliga vården av äldre?

Problemformulering

Genom denna uppsats vill vi ta reda på hur aktiviteter ser ut, tillämpas och organiseras på särskilda boenden. Även om det bör vara den enskilda vårdtagaren som är utgångspunkt för hur vård, omsorg samt aktiviteter skall organiseras, så upplever vi att det oftast är vårdpersonalen som sätter ramarna för hur, när och varför aktivering av vårdtagarna sker. Vi tror att det finns en diskrepans mellan den äldres behov och önskemål angående aktivitet eller avsaknaden av aktivitet och det särskilda boendets organisatoriska riktlinjer, rådande ekonomiska förutsättningar och arbetskultur.

Våra egna erfarenheter som vårdpersonal inom äldreomsorgen har gett oss uppfattningen, att de aktiviteter som förekommer på särskilda boenden ofta bestäms utifrån vårdpersonalens och organisationens förutsättningar, snarare än de äldres egna intressen och önskemål. Utifrån denna uppfattning blir det intressant att undersöka hur vårdpersonalen ser på ämnet aktivitet. Vad definierar vårdpersonalen som aktivitet? Är det bra att aktivera de äldre? Hur kommer vårdtagarens önskemål om aktivitet fram? Vilka aktiviteter är de vanligaste och hur genomförs de? Hur kvalitetssäkras man aktiviteter? Hur ser dokumenteringen ut och för vem dokumenterar man för?

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur aktiviteter ser ut, tillämpas och organiseras på särskilda boenden. För att uppnå detta syfte har vi valt att undersöka vårdpersonalens syn på aktivitet genom enkätstudier på tre särskilda boenden i Malmö. Resultaten har därefter sammanställts och tolkats utifrån aktivitets- och disengagemangsteorierna.

I vår studie utgick vi primärt från följande frågeställningar:

- Vad definierar vårdpersonal som aktivitet?
- Är det enligt vårdpersonal bra med aktivering?
- Hur gör man som vårdpersonal för att få fram vårdtagarens önskemål om aktivitet?
- Hur organiseras och dokumenteras aktiviteter på särskilda boenden?

Disposition

Uppsatsen börjar med ett inledande kapitel bestående av en inledning där vi presenterar det ämne vi valt att undersöka och varför vi valt det. Därefter följer problemformulering, syfte och frågeställning. Efter inledande kapitel kommer ett metodavsnitt där vi beskriver de metoder vi använt oss av vid urval, datainsamling, enkätutformning, tillvägagångssätt, bearbetning av material, bortfall, samt ett kort avsnitt om etiska överväganden. Vi presenterar sedan de teorier som vi utgått från samt tidigare forskning kring ämnet. Detta följs sedan av ett avsnitt som beskriver innebörden av särskilt boende, boendemiljö, personal och socialdokumentation. Efter det kommer ett avsnitt gällande begreppet aktivitet, innebörden av aktivering av äldre människor samt vanliga aktiviteter på särskilt boende. För att få en lättöverskådlig presentation av resultatet har vi valt att sammanställa och presentera enkäternas svar kvantitativt och kvalitativt genom att redovisa svaren fråga för fråga genom tabeller och textstycken. I analysen reflekterar vi över det resultat som enkätundersökningen slutligen givit oss och hur detta resultat kan svara på våra frågeställningar. Uppsatsen slutar sedan med en diskussion.

METOD

I vår uppsats ville vi undersöka hur aktiveringen av äldre personer ser ut inom svensk äldreomsorg. För att ta reda på detta bestämde vi inledningsvis vilka teorier vi ville använda oss. Därefter resonerade vi kring vilket område, vilka personer inom äldreomsorgen vi skulle göra vår studie på samt vilken datainsamlingsmetod vi skulle använda.

Urval

Vi valde att göra studien på särskilda boenden då vi, utifrån egna erfarenheter, påstår att de äldre som bor där oftast, eller alltid, måste rätta sig efter rådande organisatoriska riktlinjer och arbetskultur. Vi resonerade kring olika sorters boenden att genomföra vår studie på. Som exempel övervägde vi särskilt boende, korttidsboende och gruppboende. Vidare funderade vi på huruvida undersökningen skulle ske på privata eller kommunala äldreboenden, eller både och, för att kunna göra en jämförelse däremellan. Slutligen valde vi att utföra vår studie på särskilda boenden i kommunal regi, med motiveringen att de bör arbeta utifrån samma riktlinjer och ekonomiska förutsättningar och att de därmed är möjliga att sätta i relation till varandra. Nästa naturliga steg var att välja ut vem vår studie skulle rikta sig till, varpå vi var överens om att avgränsa oss till att enbart utföra studien på vårdpersonal, även om det också varit intressant att undersöka de äldre och deras anhörigas syn på ämnet. Vi baserar vårt urval på en hypotes om att det i hög grad är just vårdpersonalen som sätter ramarna för vårdtagarnas aktiviteter.

När vi bestämt oss för att vår studie skulle innefatta vårdpersonal som arbetar på kommunala särskilda i Malmö, samt att datainsamlingsmetoden skulle bestå av enkäter, så gjorde vi ett subjektivt urval. Det vill säga att vi valde ut tre särskilda

boenden som vi redan hade kännedom om och där vi trodde att både verksamhetschef och vårdpersonal skulle vara positivt inställda till att medverka i studien. Denscombe (1998) skriver att vid ett subjektivt urval väljs informanterna eller fenomen ut för undersökningen då forskaren redan har en viss kunskap om dem sedan tidigare. Forskaren väljer ut dem då han eller hon tror att de kan ge mest värdefull data för undersökningen.

Datainsamlingsmetod

Vårt syfte var att undersöka hur aktiviteter ser ut, tillämpas och organiseras på särskilda boenden, varpå vi begränsade oss till att studera vårdpersonal, arbetande på tre kommunala särskilda boenden i Malmö. Vidare diskuterade vi vilken datainsamlingsmetod som tillämpade sig bäst på vår studie. Inledningsvis funderade vi på att enbart göra personliga intervjuer med vårdpersonal, men kom fram till att det inneburit en radikal förminskning av informanter. Då vi förmodar att vårdpersonal arbetar under pressat tidschema hade kanske personliga intervjuer avskräckt informanter och verksamhetschefer från att delta i studien. Utifrån detta valde vi istället att använda oss av en datainsamlingsmetod bestående av enkäter, som kan anses vara en mer effektiv metod som samtidigt genererar ett mer omfattande material, och som på bästa sätt kunde besvara vårt syfte.

Enkäter är frågeformulär med svarsalternativ som respondenten själv fyller i. Enkätstudier har ett flertal fördelar, varav den främsta är att ett förhållandevis stort urval kan nås jämfört med en intervjustudie. En annan fördel med enkätstudier är, att risken för att man som respondent riskerar att påverkas av intervjupersonen, minskar markant jämfört med en intervjustudie. Det finns ett flertal regler för hur man bör gå till väga när man tillverkar ett enkätformulär, för att validiteten och reliabiliteten ska bli hög. Några av de mest centrala reglerna man bör beakta är att språket ska vara lätt att förstå, frågorna ska inte gå att tolka på flera olika sätt och frågorna ska inte vara ledande. Man ska inte heller ställa för många frågor (Eljertsson, 2005).

Enkätutformning

Enkäten består inledningsvis av en informationsdel, ett s.k. följebrev där vi först kort presenterade aktivitetsteorin och dess innebörd. Vidare förklarade vi tydligt vårt syfte med vår studie, respondenternas deltagande, hur enkäten skulle besvaras samt att deltagandet är frivilligt och att svaren skulle behandlas konfidentiellt.

Efter följebrevet kom själva enkäten (se bilaga 1), som bestod av 15 både kvantitativa och kvalitativa frågor som berör ämnet aktivitet. Detta innebär att vårdpersonalen både kan svara ja och nej på frågorna, samtidigt som de ges möjlighet att utveckla sina svar vid behov. Esaiasson et al, (2005) skriver att kvantitativa studier kan på ett relativt enkelt sätt bearbetas i ett datorprogram. Genom enkätstudier ges det möjlighet att titta på både interna och externa bortfall. Om bortfallet är stort bör man genomföra en så kallad bortfallsanalys, för att undersöka och åtgärda de problem som följer med ett för stort bortfall (Esaiasson et al, 2005). Genom det kvalitativa inslaget i enkäterna kunde vi få fram värdefulla egenskaper och innebörder som gått förlorade med endast kvantitativa svarsalternativ.

Tillvägagångssätt

När vi kommit fram till vilka 3 boenden vi ville undersöka tog vi kontakt med de berörda verksamhetscheferna via e-post. I detta brev redogjorde vi för syftet med vår studie, varför vi valt just deras boende, samtidigt som vi gjorde en förfrågan huruvida vår undersökning ansågs genomförbar på deras respektive arbetsplatser. Samtliga tre enhetschefer visade sig positiva till vår undersökning och gav oss ett första godkännande. Därefter inhämtades skriftliga tillstånd från de berörda verksamhetscheferna som gav oss tillåtelse att genomföra vår studie på arbetsplatsen. Vi kommer i fortsättningen i detta metodavsnitt att benämna de tre särskilda boendena som A, B och C, för att underlätta för läsaren hur vi gått till väga.

På boende A och B lämnade vi efter önskemål enkäterna till verksamhetschefen som därefter la ut dem i personalrummet så att den personal som var intresserade av studien kunde ta en enkät och fylla i.

På boende C fick en av oss möjligheten att delta på en arbetsplatsträff och kunde där, på avsatt tid ge respondenterna muntlig information om syftet med undersökningen samt instruera personalen i hur de skulle gå till väga i ifyllandet av enkäten. Närvaron av oss vid denna arbetsplatsträff gav även informanterna möjlighet att ställa frågor. Enkäterna lämnades sedan även här i personalrummet så att de som var intresserade kunde svara på enkäten. Personalen på samtliga boenden fick sedan en vecka på sig att fylla i enkäterna i lugn och ro. Därefter hämtade vi personligen de ifyllda enkäterna på boende B och C, medan verksamhetschefen på boende A skickade dem via post.

Vi insåg redan innan utlämnandet av enkäterna att det dessvärre kunde finnas en risk för stort bortfall då enkäterna inte delades ut personligen till informanterna utan lämnades i personalrummet. På så vis visste vi inte på förhand hur många som var intresserade av att delta i studien och hade på så vis svårt att titta på externa bortfall. Vi gjorde vår uppskattning av antal enkäter beroende på hur stora de särskilda boendena var och hur stor personalgruppen troligtvis var. Vår förhoppning var att av de 70 enkäter som sammanlagt delades ut, så skulle vi få en svarsfrekvens på cirka 35 enkäter. Vårt tillvägagångssätt vid utdelning av enkäter kan också ha inneburit att enkäter fylldes i under press från verksamhetschef eller arbetskolleger och att verksamhetschef eller arbetskolleger har haft möjlighet att se vad den enskilde svarat på enkäten. Vår önskan hade varit att medverka vid utlämningen av samtliga enkäter samt vid ifyllandet, men på grund av arbetsplatsernas pressade tidsscheman och andra organisatoriska svårigheter så var detta inte möjligt.

Bearbetning av material

När vi samlat in de ifyllda enkäterna satte vi oss ner och började bearbeta resultatet. För att underlätta gick vi igenom fråga för fråga, och ställde de olika svaren emot varandra, för att hitta eventuella likheter och skillnader. Vi valde sedan att sätta ihop resultaten från boende A, B och C och bearbeta det som en homogen grupp. Det hade varit intressant att ställa svaren från de olika boendena mot varandra för att se eventuella likheter eller skillnader. Men då vi hade för lite information om de olika särskilda boendenas organisation, personaltäthet med mera, så ansåg vi att bilden kunde bli sneddriden och feltolkad. Genom att bearbeta resultatet som en grupp kunde vi ändå få fram svar på vårt syfte och våra frågeställningar.

Resultatet bearbetades sedan kvantitativt och kvalitativt. För att göra det kvantitativa resultatet konkret och lättöverskådligt redovisade vi detta i tabellform. I tabellerna framgår hur många som svarat ja, respektive nej på frågorna, eventuella interna bortfall samt vilka som var de vanligast förekommande svaren. Ur de enkätsvar som var av mer kvalitativnatur plockade vi ut signifikativa och representativa generella svar och citat som redovisats genom textstycken.

I analysavsnittet tolkade vi resultatet från enkätstudien utifrån aktivitetsteorin, disengagemangsteorin, samt den information som framkommit under avsnitten om särskilt boende och ämnet aktivitet.

Bortfall

Vi delade ut sammanlagt 70 enkäter på de tre särskilda boendena beroende på deras storlek samt troligen antal vårdpersonal. Vår förhoppning var att få in cirka hälften svar, det vill säga 35 stycken. På boende A delade vi ut 30 enkäter och fick tillbaka 16 svar med ett bortfall på 14 enkäter. På boende B delade vi ut 20 enkäter och fick en svarsfrekvens på 12 och ett bortfall på 8 enkäter. På boende C delade vi ut 20 enkäter och fick 11 svar och 9 bortfall. Detta gav oss en sammanlagd svarsfrekvens på 39 enkäter och ett bortfall på 31 enkäter. De interna bortfallen i enkäterna kommer att redovisas i resultatkapitlet.

En trolig orsak till det externa bortfallet kan vara på grund av det sätt som enkäterna delades ut på. Enkäterna delades inte ut personligen till vårdpersonalen utan lämnades i personalrummet. Detta kan ha medfört att vårdpersonalen lättare valt att inte delta i studien än om enkäter personligen hade delats ut. Andra orsaker kan vara att enkäten ansågs vara för omfattande och komplicerad att svara på. Vårdpersonalens pressade tidsscheman kan också ha bidragit till bortfall. Brist på intresse för enkäter eller det berörda ämnet kan även ha varit en bidragande orsak.

Forskningsetiska överväganden

Innan vi kunde påbörja vår studie var vi tvungna att ansöka om godkännande vid Malmö högskolas Etikprövningsnämnd. Vår ansökan godkändes 2009-11-19 med diarienummer DNR HS60-09/983:21.

Vår utgångspunkt var att deltagandet i enkätstudien skulle vara frivilligt och skulle kunna avbrytas när helst så önskades. Informanterna samt deras arbetsplats skulle vara anonyma och inte kunna identifieras vid presentationen av resultatet i den färdiga uppsatsen. Vid utdelningen av enkäterna såg vi en svaghet i hur vidare anonyma informanterna kunde vara då de ifyllda enkäterna lämnades i personalrummet för oss att avhämta. Även om informanterna inte skrivit sitt namn på enkäten så kan de ändå ha identifierats på basis av deras handstil och på så vis identifieras av verksamhetschefer och arbetskollegor. Detta kan ha bidragit till att en del vårdpersonal inte känt tillräcklig tillit till studien samt att personal som eventuellt är missnöjda med organiseringen kring aktiviteter eller har en annan syn på ämnet, inte vågat skriva ner detta i enkäten av rädsla för konflikt med chef eller kollegor.

Vårdpersonalens deltagande i studien kan ha lett till såväl positiva som negativa diskussioner kring ämnet aktivitet, hur och varför man aktiverar vårdtagarna, boendets organisation och riktlinjer samt vårdpersonalens agerande gentemot vårdtagarna. På grund av detta ansåg vi att det var av stor vikt att verksamhetscheferna redan från början var väl informerade om studiens syfte samt enkätens innehåll, för att kunna hantera eventuella diskussioner.

Enkätstudien kan ha bidragit till att vårdpersonalen börjat reflektera över sitt eget agerande och handlande gällande aktivering av vårdtagarna. En positiv följd av detta kan vara ett bättre framtida förhållningssätt gällande aktivering av vårdtagarna. Medan en negativ följd kan vara tvivel och missnöje inför den egna arbetsrollen och ens förmåga att utföra sitt arbete på bästa möjliga sätt. Något som kan ha blivit särskilt påtagligt om man som vårdpersonal är medveten om de för organisationen föreskrivna riktlinjerna vad gäller aktivering av vårdtagarna, utan att följa dessa i sitt arbete.

TEORETISK BAKGRUND

Genomgående i vårt arbete kommer vi att utgå från att svensk äldreomsorg präglas av ett synsätt som förutsätter aktivitet i åstadkommandet av ett värdigt åldrande. Med denna utgångspunkt är det viktigt att vara tydlig med varifrån dessa tankar härrör samt vilka teoretiska motpoler som finns presenterade. I följande avsnitt kommer vi således att redogöra för två teorier som spelat stor roll i synen på den åldrande människan. Nämligen aktivitets- och disengagemangsteorin.

Aktivitetsteorin och disengagemangsteorin (tillbakadragandeteorin) har varit två av de viktigaste paradigmen för den socialgerontologiska forskningen sedan 1950-talet (Daatland, 1998). Medan den socialgerontologiska arenan på 1950 och -60 talet dominerades av disengagemangsteorin som norm, har 1970-talet och framåt kommit att präglas av en aktivitetsteoretisk syn på äldre, som förespråkar ett aktivt åldrande (Högseth et al, 2004). Precis som åldrandet är socialt konstruerat är också teorierna om åldrandet sociala konstruktioner och medverkar i sin tur till att gestalta och motivera samhällets förvaltning av äldre och ålderdom (Daatland, 1998) Vetenskapen kommer alltid att vara en leverantör av antaganden och kunskap till politiken, och detta gäller även forskning och kunskap om äldre i samhället. Socialgerontologisk forskning såväl som rådande teoretiska inriktningar vad gäller äldre och åldrande, kommer således ha stor inverkan på hur vård och omsorg av dessa planeras och utvecklas på ett politiskt och samhälleligt plan (Högseth et al, 2004).

Disengagemangsteorin

Disengagemangsteorin, även kallad tillbakadragandeteorin, presenterades först av Cumming år 1960. Teorins utgångspunkt är att människan, i förberedelse inför döden, är i behov av ett socialt och psykologiskt disengagemang (Socialstyrelsen, 2004). Cumming påstod vidare att man som äldre inte längre har samma behov av aktivitet som tidigare, utan att varje individ istället har en genetisk nedärvd drift att befria sig från samhället. Disengagemangsteorin bygger på att den åldrande människan självmant drar sig tillbaka från tidigare roller, och att de band hon haft till samhället, successivt bryts ner som en förberedelse inför döden. Denna

nedbrytning sker i takt med att samhället också stöter ut den åldrande individen och att denna ömsesidiga process både är funktionell och ofrånkomlig. Enligt disengagemangsteorin påverkar denna process inte individen negativt på något sätt utan är tvärtom förenat med välbefinnande (Tornstam, 2004).

Teorin hävdar att aktivitet, fram tills att disengagemangsprocessen sätter igång, är förknippat med välbefinnande, men att detta välbefinnande kan komma att försvagas om man tvingas vidmakthålla en social aktivitet i takt med att man blir äldre (Tornstam, 2004). När människan åldras drar hon sig således gradvis tillbaka från omgivningen både psykologiskt och socialt för att låta de yngre generationerna ta hennes plats i samhället. Utgångspunkten ligger i att vi alla ska dö en dag, och för att samhället ska bestå måste det finnas en social ordning som sörjer för att makt överförs från äldre till yngre på ett förhållandevis problemfritt vis (Högseth et al, 2004).

Disengagemangsteorin har fått mycket kritik och anses svår att såväl verifiera som falsifiera samt vara dåligt motiverad. Även om en del äldre drar sig tillbaka är detta inte bevis på att disengagemanget och tillbakadragandet är nödvändigt eller universellt. En passiv syn på äldre, där tillbakadragandet ses som något naturligt och oundvikligt, kan leda till en passiv socialpolitik och omvårdnad av den äldre befolkningen (Socialstyrelsen, 2004).

Aktivitetsteorin

Även om ett aktivitetsteoretiskt tankesätt länge präglat synen på åldrande, var det först när disengagemangsteorin blev aktuell inom socialgerontologin 1960, som aktivitetsteorin fick sitt egentliga namn (Tornstam, 2004). Aktivitetsteorin kom att betraktas som ett alternativt paradigm till disengagemangsteorin (Socialstyrelsen, 2004).

Centralt i teorin är vikten av att bibehålla den sociala samvaro man haft med andra samt de aktiviteter man tidigare utfört, för att skapa goda förutsättningar under ålderdomen. Likadant bör den förlorade yrkesrollen kompenseras med andra liknande roller i exempelvis samhällsliv och föreningar. Detta för att varje individ ska ha en uppfattning om sig själv som värdefull och behövd (Tornstam, 2004). Genom att förneka ålderdomens konsekvenser, och fortsätta att utföra sina favoritaktiviteter och försöka förbli ung så länge som möjligt, hotas inte de äldres självbild. Denna strävan efter att fortsätta att vara aktiv även som äldre stämmer överens med den dominerande samhällsnormen, nämligen att vara produktiv. Genom att stimulera de äldre till fortsatt hög aktivitetsnivå förbättras också de äldres integration i samhället enligt förespråkarna till denna teori (Dehlin et al, 2007).

Enligt ett aktivitetsteoretiskt synsätt är människan som organism anpassad till en viss aktivitetsnivå såväl fysiskt som psykiskt och socialt. Endast då kan man må bra och utvecklas och bygga upp en aktiv livsstil som skyddar mot stress och andra påfrestningar (Norling & Larsson, 2004). De positiva hälsoeffekter som följer av ett liv i rörelse beror på att människan i grunden är en aktiv varelse och aktiviteter i sig fungerar hälsofrämjande. Om man tillåts använda sin hjärna och kropp till meningsfulla och lustfyllda sysselsättningar känner man tillfredställelse och belöning (Josephson, 2004).

Detta perspektiv har utgjort grunden för en aktiv socialpolitik där det anses vara av vikt att skapa möjligheter för aktiviteter, social integration, deltagande och aktiv fritid på äldre dagar. Ett aktivitetsteoretiskt synsätt har otvivelaktigt varit dominerande inom den moderna äldrepolitiken fram tills idag med hälsa och aktivitet som ultimata värden (Daatland et al, 1998).

En generell kritik av aktivitetsteorin har varit att den inte tar någon hänsyn till de stora individuella skillnaderna då det gäller aktivitetsbehov hos äldre (Tornstam, 2004).

Sammanfattningsvis beskriver vi i ovanstående kapitel hur socialgerontologisk forskning dominerats av aktivitets- och disengagemangsteorierna sedan 1950-talet. Först med en dominant disengagemangsteori, som på 70-talet kom att ersättas av aktivitetsteorin och ett förespråkande av aktivt åldrande. Med aktivitetsteorin som norm förkastar man tillbakadragandeteorin och dess utgångspunkt där människan är i behov av ett socialt och psykologiskt disengagemang. Istället tror man på att den åldrande människan fortsätter ha behov av en viss aktivitetsnivå såväl psykiskt, som psykiskt och socialt.

TIDIGARE FORSKNING

Socialgerontologi är jämförelsevis ett relativt ungt forskningsområde som delvis utvecklat egna teorier, men som främst lånat teorier, perspektiv och begrepp från modersdisciplinerna för att sedan tillämpa dessa på sina specifika teman. Inom socialgerontologin är åldrande och livsloppsprocesser, och det sätt på vilka samhället och dess system formellt förvandlar dessa processer ett av de mer centrala temana. Fokus är även riktat mot det samspel som följer i spåren av dessa två processer i äldre människors liv, samt vilka konsekvenser detta kan få (Daatland, 1998). För att få ökad förståelse för äldrevård i dagens samhälle, är det av vikt att gå tillbaka och beakta de historiska faktorer som inverkat på, och format denna. Nedan följer därför en kort överblick av hur aktivitets- och disengagemangsteorierna vuxit fram och vunnit mark, i utformningen av hälso- och socialpolitik.

Den socialgerontologiska forskningen har sina rötter i USA. Som ämnesområde har den till stor del präglats av ett praktiskt fokus, främst beroende på att den har en klar målgrupp för det hälso- och socialpolitiska utbudet i det moderna samhället. Detta förhållande har blivit allt mer påtagligt i takt med att välfärdsstatens utbud vuxit och den demografiska utvecklingen lett till att allt större del av befolkningen består av äldre människor. Socialgerontologiska forskningsområden har således haft en större samhällspolitisk relevans än flera andra samhällseliga forskningsområden. Forskningen och dess resultat och teorier har haft en indirekt betydelse för politiska och praktiska avgöranden, samtidigt som den motiverat och legitimerat beslut och praxis som utgått från helt andra förhållanden (Daatland, 1998).

I Norden är inte disengagemangsteorin den teori som haft störst inflytande vad gäller utformningen av hälso- och socialpolitik. Men i USA hävdar man däremot att teorin haft väldigt stort inflytande och betydelse för utformning av vård och omsorg. Då teorin kan antas inbjuda till en socialpolitik av det mer passiva slaget, samtidigt som den är en briljant ursäkt för samhällets bristfälliga insatser för äldre

hävdar motståndarna att teorin är direkt samhällsvådlig. Motståndarna hävdar vidare att disengagemangsteorin bidragit till att bekräfta allmänna negativa fördomar om äldre, och påpekar faran i att de äldre som inte anpassar sig genom att faktiskt dra sig tillbaka kan komma att betraktas som onormala, och därmed generera ett ökat utanförskap (Högseth et al, 2004).

I Norden, och då synnerligen inom den praktiska äldreomsorgen har ideologier knutna till aktivitetsteorin fått en mer framträdande roll än de knutna till disengagemangsteorin och tillbakadragandet som norm. Istället har aktivitetsteorin i stor utsträckning utgjort grunden för och legitimerat en aktiv socialpolitik, det vill säga en politik som skapar förutsättningar för aktivitet, social integration och aktiv fritid för den åldrande människan. Problemet med aktivitetsteorin är istället att den utesluter frågan huruvida alla faktiskt är intresserade av och vill ha aktiviteter, eller om äldre människor pressas till att delta i aktiviteter de inte efterfrågar. En rad av de aktiviteter som erbjuds på särskilt boende har med all säkerhet en spegling av aktivitetsteorins ideologiska tänkande, där all form av aktivitet förespråkas (Högseth et al, 2004).

Oftast kännetecknas en bra ålderdom, eller vad man brukar kalla det goda åldrandet av god hälsa i hög ålder, med liten eller ingen funktionsnedsättning. På samma sätt är personlig tillfredsställelse också något eftersträvansvärt, tillsammans med aktivt engagemang i sin omgivning, meningsfull sysselsättning, psykologiskt välbefinnande, samt samstämmighet mellan önskade och uppnådda mål. Om ovanstående är vad som krävs för en god ålderdom talar väldigt mycket för att aktivitetsteorin är den teori som bör användas i utformningen av vård och omsorg, såväl på ett personligt som ett samhälleligt plan. WHO:s dokument "Aktivitet åldrande" som antogs år 2002 pekar på tre centrala hörnstenar för ett aktivt åldrande, nämligen deltagande, trygghet och hälsa (Dehlin & Rundgren, 2007).

Flertalet studier visar att de som varit väldigt aktiva i unga år bibehåller en liknande aktivitetsnivå genom hela livet, medan de som haft en mer passiv livsstil förblir mindre aktiva. Undersökningar visar även att den vanligaste aktiviteten för människor över 70 år är promenader, och att den näst vanligaste aktiviteten är trädgårdsarbete (Frändin & Grimby, 2001).

Äldre som grupp har generellt sett mer problem med hälsan än vad yngre grupper har. Resultat från äldrestudier visar att perioden efter 70-års ålder för många präglas av fler negativa än positiva upplevelser och livshändelser, samtidigt som hälsan hos dessa grupper successivt försämras över tid. Studierna visar vidare att aktiva äldre löper mindre risk för att drabbas av depression, och högre grad av livskvalitet. Det framkom även tydliga samband mellan fysisk träning och bibehållen kognitiv funktion (Dehlin & Rundgren, 2007).

I ett examensarbete gjort av studenter från Luleås tekniska universitet 2006, gällande äldre personers erfarenheter av engagemang i aktivitet på särskilt boende, visade det sig att äldres engagemang till aktiviteter är till stor del beroende på deras kroppsliga förmågor. De äldre med fysiska begränsningar valde att inte engagera sig i aktiviteterna då de ansåg att de inte var anpassade efter deras förmågor medan de äldre utan fysiska begränsningar var positiva till att delta i boendets aktiviteter (Forsell & Zaletavea, 2006).

Sammanfattningsvis har vi i Sverige valt att tillämpa en äldrevård med aktivitet som norm snarare än en disengagemangsteoretisk sådan. Vi likställer det goda åldrandet med hög grad av aktivitet, långt upp i åldrarna. Historiskt sett har vi valt att lyssna till den forskning som påvisar aktivitetens positiva inverkan på hälsan, och samtidigt tydliggjort de negativa effekter ett passivt liv kan medföra. Forskning visar att en aktiv människa är frisk längre, har högre grad av livskvalitet och mer sällan drabbas av depressioner. En aktiv människa är således inte lika vårdkrävande och med en aktiv äldreomsorg kan vi då förmoda vinster av såväl personlig som ekonomisk karaktär. En aktiv äldreomsorg, som utgår från ett aktivitetsteoretiskt perspektiv, är målsättningen för svensk äldrevård och dikterar villkoren hur vi arbetar på våra särskilda boenden.

SÄRSKILT BOENDE

För att kunna förstå uppsatsens syfte så har vi valt att presentera ett avsnitt som handlar om särskilt boende. Innan vi i uppsatsen går djupare in på ämnet aktivitet och vad aktivering av äldre kan innebära, så vill vi ge läsaren en grundförståelse för de äldre som bor på särskilda boende. Under vilka förhållanden de lever samt hur vårdpersonalens förutsättningar och organisationens struktur kan se ut.

Sedan 1992, och ÄDEL- reformen, går äldreomsorgen i Sverige under kommunernas ansvar. Den generella utvecklingen av äldreomsorgen tog fart på allvar under 1970- talet, till stor del beroende på att antalet äldre över 80 år ökade kraftigt i samhället då. Antalet institutionsplatser ökade som mest mellan 1960 och 1980 för att sedan dess endast öka marginellt. Detta på grund av den ”hemmaboendeideologi” som råder inom svensk socialpolitik och som förespråkar att äldre människor bör bo kvar hemma så länge som möjligt. Resultatet av en ständigt ökande äldre befolkning parallellt med en marginell ökning av vårdplatser är att de äldre som vårdas på särskilda boenden oftast är mycket gamla, sjuka och väldigt vårdkrävande (Dehlin & Rundgren, 2007).

Särskilt boende är ett samlingsnamn för flera boendeformer för personer med stora omvårdnads- eller stora tillsynsbehov, som är i behov av särskilt stöd och service. För att få bo på ett särskilt boende krävs det enligt Socialtjänstlagen (2001:453) en biståndsprövning och beslut av kommunen. För att personen skall beviljas insatsen särskilt boende krävs det att det framgår att skälig levnadsnivå inte kan uppnås i den egna bostaden, med hjälp av beviljade hemtjänstinsatser (www.regeringen.se, 091119). Enligt Wånell (2006) är det framför allt tre grupper av äldre som beviljas särskilt boende. Äldre med grava demenssjukdomar, äldre med stora omvårdnadsbehov på grund av kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar samt äldre med allvarliga sjukdomar som är i behov av heldygnsomsorg i livets slutskede (Wånell, 2006).

Enligt siffror från 2006 så är den typiske vårdtagaren som bor på särskilt boende en kvinna mellan 85 och 90 år. Sju av tio boende är kvinnor och åtta av tio personer är 80 år eller äldre. (Wånell, 2006). De äldres vardag kan variera, allt ifrån att man lever självständigt med endast behov av tillsyn tills att man är i behov av stöd och hjälp med de flesta moment i den dagliga livsföringen. (Grahm & Bengtsson, 2004).

Boendemiljö

Det särskilda boendet är ett alternativ till den egna bostaden när kvarboende inte längre bedöms som skäligt eller möjligt. På det särskilda boendet har de äldre tillgång till personal dygnet runt samt möjlighet till god vård, hygien, mat, sömn och trygghet. I boendet finns det både en gemensam och en privat sfär. De äldre hyr ett eget rum med badrum och kökspentry, som inreds med privata möbler och attribut. Det finns ett gemensamt vardagsrum och matrum som delas av alla boende och används som en plattform för måltider, gemenskap och aktiviteter (Wånell, 2006).

I den särskilda boendemiljön som både består av de äldres hemmiljö men även personalens arbetsmiljö, görs det försök att göra atmosfären så hemlik som möjligt för de äldre. I lokalerna blandas äldre och antika möbler med hjälpmedel och andra medicinska och omvårdnadsutrustningar. Genom färgsättning, trädgårdar, aktiviteter och ibland husdjur försöker man skapa en lugn och trygg miljö som både anknyter till de äldres tidigare liv och överensstämmer med deras aktuella behov och önskemål (Paulsson, 2004).

När den äldre flyttar in på ett särskilt boende förändras livet drastiskt. Den äldre befinner sig i en ny miljö och vardag som skall delas med andra äldre och diverse personalgrupper. Detta medför en risk för att den äldre kan komma att förlora sina gamla vanor och förmågor och istället börjar överta organisationens rutiner gällande dygnsrytm, matvanor utevistelser och dagligt innehåll (Grahn & Bengtsson, 2004).

Då flera av de äldre som bor på särskilda boenden har funktionsnedsättningar och svårt att röra sig längre sträckor, är det viktigt att det finns tillgång till utomhusmiljö i närmiljön. Utomhusmiljön ser väldigt olika ut beroende på utformningen av det särskilda boendet samt var någonstans det ligger. Vissa boenden har inhägnade trädgårdar där de äldre fritt kan gå ut när de önskar vilket inte finns på andra boenden. Det finns även en skillnad om boendet ligger avsides eller mitt i stan (Norling & Larsson, 2004).

Personal

Det särskilda boendet är arbetsplats för en rad olika yrkesgrupper inom vård och omsorg. Vårdpersonalen bestående av undersköterskor och vårdbiträden arbetar och finns tillgängliga dygnet runt. Det finns en verksamhetschef som har ett övergripande ansvar över verksamheten samt sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och läkare knutet till boendet.

Enligt Ellström m.fl. (2003) kan vårdpersonalens arbetsuppgifter karakteriseras som husmorsuppgifter. Detta innebär att man som vårdpersonal skall kunna klara av det mesta inom boendets väggar. Den större delen av uppgifterna ägnas till omvårdnad av de äldre samt skötsel av boendets miljö, men tid läggs även på medicinska uppgifter och dokumentation (Ellström m. fl., 2003). Vårdpersonalens arbetssätt utformas och påverkas av en rad olika faktorer, till exempel de lagar som styr verksamheten, riktlinjer, ekonomiska och organisatoriska förhållanden samt den arbetskultur som råder på det särskilda boendet (Paulsson, 2004).

Som vårdpersonal bör man besitta en rad olika kompetenser för att kunna utföra sitt yrke på ett korrekt och tillfredställande sätt. Personalen bör ha en praktisk

kompetens gällande utförandet av arbetsuppgifter, social kompetens i mötet med vårdtagaren som kräver flexibilitet och samarbetsförmåga samt emotionell kompetens för att kunna sätta sig in i vårdtagarens situation och för att kunna visa empati. Det krävs att personalen har ett flexibelt tänkande kring sitt arbetssätt och att arbetssättet är baserat på att alla äldre är olika och unika individer (Ellström mfl., 2003).

Även om de äldre som bor på särskilda boenden är unika individer med olika behov och önskningsar, så tenderar vardagen och vårdpersonalens handlingsätt medvetet eller omedvetet att stabiliseras i form av rutiner och vanemönster. Det vardagliga handlandet utmärks i många situationer av hög grad av rutinmässighet och grundar sig oftast på den arbetskultur som vårdpersonalen skapar på det särskilda boendet (Paulsson J, 2004).

Social dokumentation

Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) 11 kap 5§ skall handläggning som rör enskilda samt genomförandet av beslut om stödinsatser, vård och behandling dokumenteras. Dokumentationen skall vara objektiv och tillräckligt omfattande för att kunna ge en klar bild av olika situationer (Bergstrand, 2006). Dokumentationen skall utgöra ett arbetsinstrument för personalen vid planering av den äldres vård samt vid genomförandet av beslutade insatser. I dokumentationen skall det finnas daganteckningar där personalen skall dokumentera avvikelser, viktiga händelser, information samt sociala aktiviteter (Carlsson & Nilsson, 2009).

Enligt Carlsson & Nilsson (2009) är den sociala dokumentationen viktig när det gäller kontrollen av de beviljade insatsernas kvalitet. Genom att dokumentera kan personalen på ett överskådligt sätt följa upp och utvärdera de beviljade insatserna och lättare uppmärksamma förändringar i den äldres hjälpbehov och på så sätt kunna anpassa vård och omsorg efter de förändrade behoven. Att dokumentera innebär inte bara att anteckna fakta och iakttagelser utan att även tydliggöra den enskildes behov, önskningsar och upplevelser. När personalen dokumenterar den äldres vardag så tydliggörs personalens arbetsmetoder och förhållningssätt. Dokumenteringen kan på så vis starta en tankeprocess som innebär att personalen börjar reflektera kring det man gör tillsammans med de äldre, varför man gör det man gör och om det kan göras på ett annat sätt (Carlsson & Nilsson, 2009).

Tillsynsmyndigheter har påtalat brister i den sociala dokumentationen inom äldreomsorgens genomförande av dokumentering av stöd- och hjälpinsatser. Kritiken riktas mot den bristfälliga dokumenteringen gällande utförda insatser men även avsaknaden av socialt innehåll i dokumenteringen. Det saknas även dokumentation gällande de äldres egna önskemål och intressen, och det saknas oftast socialt innehåll i daganteckningarna. Troliga orsaker till bristerna kan vara vårdpersonalens pressade tidsscheman och att det ibland kan vara svårt för vårdpersonalen att veta vad det är som skall dokumenteras och för vem och varför man gör det. Många av de vardagliga moment som sker på särskilda boenden kan upplevas som självklara för vårdpersonalen, så som städning, promenad och tidningsläsning, att de kan glömmas bort att dokumenteras (Carlsson & Nilsson, 2009).

Sammanfattningsvis är särskilt boende en utväg för de äldre som inte längre kan bo kvar i den egna bostaden på grund av stora omvårdnads- eller tillsynsbehov.

Många av de äldre som bor där är i behov av stöd och hjälp för att klara sin vardag. Boendemiljön ser olika ut beroende på byggnadernas utformning samt geografisk placering. På det särskilda boendet delar de äldre sin hemmiljö med en rad olika yrkesgrupper. Vårdpersonalen bestående av undersköterskor och vårdbiträden arbetar närmast de äldre och delar sin arbetstid mellan de äldres omsorgs- och omvårdnadsbehov och diverse andra arbetsuppgifter. Vårdpersonalens arbetssätt och den äldres vardag påverkas av de lagar, riktlinjer och ekonomiska och organisatoriska förhållanden som råder på det särskilda boendet. Enligt lag är vårdpersonalen skyldig att dokumentera sitt arbete med de äldre. Dokumentationen skall tydliggöra den äldres behov, önskingar och upplevelser och kan användas som ett arbetsredskap för att tydliggöra vårdpersonalens arbetsmetoder och förhållningssätt gentemot vårdtagarna.

AKTIVITETER

I tidigare avsnitt har vi presenterat det socialgerontologiska forskningsområdet och under vilka förhållande de äldre lever i på särskilda boenden i Sverige. Följande avsnitt kommer att handla om ämnet aktivitet, hur begreppet kan definieras och tolkas, hur aktivering av äldre kan se ut samt hur aktiviteter kan organiseras på särskilda boenden.

Frändin och Grimby (2001) skriver i boken Åldrandets villkor att en aktiv livsstil bör grundläggas i tidig ålder och att det är av stor betydelse att personer försöker bibehålla sin fysiska aktivitetsnivå under åldrandet. Risker finns att de funktioner som inte används tillbakabildas och resulterar i en passiv livsstil. Författarna framför att det finns en tydlig koppling mellan aktivitetsnivå och välbefinnande samt intellektuell kapacitet (Frändin & Grimby, 2001). Undersökningar har visat att aktiviteter och sysselsättning hjälper till att hålla kropp och själ i form vid åldrandet och kan hjälpa de äldre att bibehålla sin minnesfunktion och minska riskerna för depression. Fysisk aktivitet och motion stimulerar blodcirkulationen och förhindrar sjukdom samt att muskler i kroppen från att förtvina. Studier har påvisat samband mellan fysisk träning och bibehållen kognitiv funktion (Dehlin & Rundgren, 2007)

Begrepp aktivitet

Det är svårt att få fram en riktig och korrekt definition av ordet aktivitet, då ordets definition är beroende av det sammanhang som det sätts i relation till. Det finns lättillgängliga beskrivningar och förklaringar kring begreppet fysisk aktivitet, men vi finner avsaknad av aktivitetsbegrepp som innefattar psykologisk och intellektuell förklaring.

Enligt Dahlin Ivanoff & Sonn (2001) kan en aktivitet definieras som meningsfull om personen deltar frivilligt och aktivt i den mot ett mål som upplevs som meningsfullt (Dahlin Ivanoff & Sonn, 2001). Folkhälsan (091123) beskriver fysisk aktivitet som innefattande av all kroppsrörelse som är resultat av det muskelarbete som resulterar i ökad energiförbrukning. De talar även om hälsotion som innefattar fysisk aktivitet som främjar hälsa och funktionsförmåga och där målet är att förbättra eller bibehålla fysisk och psykisk

hälsa. Och om nyttomotion som innefattar den vardagliga motionen så som att promenera, städa, cykla och gå i trappor (www.folkhalsan.se, 091123).

Aktivering av äldre på särskilt boende

Det är svårt att generalisera kring behovet av aktiviteter hos äldre på särskilda boenden då de äldres vårdbehov, som är relaterat till deras fysiska och kognitiva funktionsförmåga ser väldigt olika ut. De äldre har olika bakgrund och deras önskingar och intressen är inte det samma på basis att de är äldre och därmed är en homogen grupp (Bengtsson, 2003). Även om en grundläggande utgångspunkt bör vara att de äldres aktiviteter utgår utifrån deras egna individuella intressen och önskemål, så kan detta stöta på problem om det finns en diskrepans mellan den äldres önskingar och funktionsförmåga, och boendets och personalens tid och möjligheter (Dahlin Ivanoff & Sonn, 2001).

ADL är en förkortning för aktiviteter i dagligt liv eller allmän daglig livsföring. Förkortningen syftar på de moment i vardagen som personer måste kunna behärska för att självständigt klara sin vardag. Momenten kan bestå av att klara sina förflyttningar, sin personliga hygien och omvårdnad och hushållsskötsel. Många av de äldre som bor på särskilda boenden har olika funktionshinder som påverkar deras aktivitetsförmåga och gör dem beroende av personal i deras dagliga livsföring. Oberoende av funktionshinder så beror även en stor del på hur en person utför sin dagliga livsföring, på hur viktig och meningsfull som personen anser aktiviteten vara (Dahlin Ivanoff & Sonn, 2001).

Enligt Folkhälsogruppens rapport (1991) råder ingen tvekan om att fysisk inaktivitet är en av de väsentligaste bakomliggande faktorerna för äldres sjukdomar och för tidig död i Sverige. Aktivitet har dock som norm eskalerat så till den grad att vårdtagares önskemål om att få vara ifred inte alltid respekteras. För att aktiviteten ska vara till godo för vårdtagaren måste hänsyn tas till dennes personliga integritet och till individuella preferenser. Vårdpersonal har vid åtskilliga tillfällen sagt sig ha blandade, konfliktfyllda känslor i samband med försök att aktivera somliga gamla människor. Samtidigt som de fått lära sig att aktivitet är det riktiga, har de stundtals haft känslan av att de gör något orätt i aktivering av vissa äldre. Vidare säger sig vårdpersonal ha upplevt att de vid flera tillfällen aktiverat någon som de egentligen borde ha lämnat ifred, eller behandlat på ett helt annat sätt än vad som varit föreskrivet (Oden et al, 1993).

Det är dock viktigt att personer med funktionshinder ges möjlighet att bibehålla sin självständighet i vardagen så mycket och länge som möjligt. De förmågor som finns kvar måste användas för att inte gå förlorade. Äldre som bor på särskilda boenden bör stimuleras av vårdpersonalen till att använda sina förmågor, till exempel genom att gå kortare sträckor istället för att åka rullstol, få dela sin mat själv, borsta sina tänder och sitt hår. (Frändin & Grimby, 2001). Vårdpersonal förstärker dock oftast de äldres inaktivitet, av förmodad omtanke eller tidspress, och slutresultatet kan bli att den äldre får allt svårare och svårare att klara aktiviteter på egen hand (Dehlin & Rundgren, 2007).

Aktiviteter på särskilt boende

Norling och Larsson skriver i boken *Goda aktiviteter för äldre* (2004) om olika aktiviteter som kan förekomma på särskilda boenden och aktiviteter som kan

främja ett gott åldrande. De poängterar att äldre personer är beroende av daglig och regelbunden fysisk- och psykiskstimulans. Genom fysisk aktivitet kan den äldre få förbättrat kroppsspråk och ökad aptit. Psykiska och mentala aktiviteter kan skapa en lugn sinnestämning, motverka sömnbesvär och hjälpa den äldre att klara av eventuell vardagsstress. Sociala aktiviteter skapar gemenskap, integration och bryter de äldres isolering (Norling & Larsson, 2004).

På särskilda boenden organiseras aktiviteter efter de äldres önsningar och förmågor samt organisationens förutsättningar och möjligheter. Då de äldres vardag till större del spenderas inomhus bör det finnas tillräckligt med inomhus aktiviteter för att stilla deras behov (Norling & Larsson, 2004).

Tv-tittande är en stor del av de äldres vardag och kan både vara en positiv upplevelse som negativ. Ibland kan det vara svårt för äldre, framför allt vid demenssjukdomar, att sortera och tolka informationen från tvn. Personalen bör vara närvarande för att stödja de äldre vid tv-tittandet för att eventuellt förklara eller lugna de äldre. Högläsning är också en aktivitet som oftast förekommer på särskilda boenden. Personalen kan hjälpa de äldre att följa med i samhället genom att varje dag läsa ur dagstidningar eller förgylla deras fantasi och minnefunktion genom att läsa ur skönlitterära böcker. Pussläggning och sällskapsspel är inte bara tidsfördriv utan kan stimulera de äldres hjärnfunktion och tankeverksamhet. (Norling & Larsson, 2004).

Oftast finns det aktiviteter med inslag av musik i samarbete med något studieförbund eller kyrka. Det kan vara en trubadur som kommer och sjunger varannan vecka eller en musikanter som spelar något instrument. Enligt författarna kan musiken hjälpa till att de äldres minnen från förr kommer fram och att äldre som annars har svårt att kommunicera verbalt ibland kan sjunga med i sångerna. Vardaglig musik kan även förbättra vården och skapa en lugn atmosfär på boendet (Norling & Larsson, 2004).

Utomhusaktiviteter anses vara mycket positiva för de äldres humör och livskvalité när det gäller friskluft, solljus och möjligheten till att se hur miljön ändrar sig efter årstid och klimat. Exempel på sådana aktiviteter är promenader, trädgårdsskötsel eller bara att sitta och titta på natur och andra människor. Det föreligger dock ofta organisatoriska hinder till utevistelser på särskilda boenden. Det kan vara utemiljöns utformning, brist på personalresurser eller rutiner i vård situationer som gör att de äldres utevistelser inte alltid kan genomföras optimalt. Undersökningar har visat på att äldre i hög grad är intresserade av att komma ut i naturen och på promenader minst en gång i veckan. Hälften av de äldre önskade att komma ut oftare än vad de gör idag (Bengtsson, 2003)

Sammanfattningsvis kan begreppet aktivitet ses som flyktigt och svårdefinierat, då ordet oftast är beroende av det sammanhang som det sätts i relation till. En aktivitet kan vara allt från vardagliga moment till att göra något ut över det vanliga. Ett gott åldrande är oftast förknippat med en aktiv livsstil och är till stor del en självklarhet i den svenska äldre vården. Genom en aktiv livsstil kan de äldre till en viss del bibehålla sina fysiska och psykiska funktionsförmågor och på så vis förhindra sjukdom och passivitet.

Det är svårt att generalisera kring de äldres önskemål och behov av aktiviteter på särskilda boenden då de äldre som bor där har olika bakgrund, intressen och funktionsförmågor. Det finns dock en rad vanliga aktiviteter som är utformade

efter äldres förmodade intressen och som organiseras på boenden runt om i landet. Det bästa vore om vårdpersonal efterfrågar de äldre om deras egna önskemål om aktivitet och tar hänsyn till om de äldre inte vill delta i aktiviteter. Detta efterföljs dock inte alltid då det visat sig att vårdpersonal inte alltid kan uppfylla de äldres önskemål och att de ibland upplever att de aktiverar de äldre mot deras vilja.

RESULTAT

Efter föregående genomgång av socialgerontologisk forskning, innebörden av särskilt boende och aktivitet följer här en presentation av det resultat som vi fått fram genom vår enkätstudie. Studien gav sammanlagt en svarsfrekvens på 39 enkäter som har bearbetats både kvantitativt och kvalitativt. Det kvantitativa resultatet samt eventuella interna bortfall kommer redovisas genom tabeller medan vi ur den kvalitativa delen har plockat ut signifikativa och representativa generella svar och citat.

Har Du tidigare hört talas om aktivitetsteorin och dess innebörd?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Ja	9		
Nej	29		
		1	38

En majoritet av informanterna svarade att de inte tidigare hört talas om aktivitetsteorin och dess innebörd. En av de informanterna skrev *"jag har inte hört talas om någon speciell aktivitetsteori, bara att det är bra med aktivering"*. Av de nio informanter som svarade att de tidigare hört talas om aktivitetsteorin och dess innebörd hade fem informanter hört talas om teorin under utbildning, två under arbetsplatsträff, en från media och en visste inte varifrån hon eller han hört talas om teorin.

Vad definierar Du som aktivitet?

Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
39	0	39

Denna fråga besvarades på olika sätt av informanterna. Tio besvarade frågan genom att ge en beskrivande definition av ordet och skrev bland annat att aktivitet kan definieras som *"att man gör något utöver det vanliga"*, *"att bevara det friska friskt"*, *"att behålla hjärna och kropp igång vid åldrande"*, *"att kunna röra sig fritt fysiskt, psykiskt, socialt och andligt för att kunna leva ett meningsfullt liv"* och att *"delta i sysselsättningar av trevligt slag och att få igång kroppen fysiskt och psykiskt vid olika funktionshinder"*. En informant definierade aktiviteter som *"aktiviteter i dagligt liv"*.

29 av informanterna valde att definiera begreppet aktivitet genom att presentera olika aktiviteter, så som promenader, utevistelser, gymnastik, högläsning,

handarbete, målning, spel, filmvisning, bakning, samtal och musikunderhållning av olika slag.

Aktiveras vårdtagarna?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Ja	36		
Nej	3		
		0	39

På denna fråga svarade en överlägsen majoritet ja på frågan om vårdtagarna aktiveras medan tre svarade nej. Några av dem som svarat ja på frågan utvecklade sina svar genom att skriva; *"Ja, när vårdtagarna själva vill"*, *"Ja de som är intresserade av det"*, *"ja, de vårdtagare som är mer klara försöker vara med"*, *"Ja till viss del, men är det verkligen den aktivitet som de vill göra?"* Fyra informanter skrev att vårdtagarna aktiveras när det finns tid till det och en skrev att dem hade några aktiviteter i huset men att det inte är så många som vill delta i dem.

Är det bra att aktivera vårdtagarna? Varför är det bra/inte bra?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Ja	39		
Nej	0		
		0	39

På denna fråga svarade samtliga 39 informanter att det är bra att aktivera vårdtagarna. Cirka två tredjedelar av informanterna (19 stycken) fokuserade på hur aktiviteter kan bidra till livsglädje och kan förgylla den äldres tillvaro. En informant skrev *"Ja aktivering är bra! Livet ska ju vara värt att leva, man ska inte bara vara"*, medan två andra skrev *"Vårdtagarna behöver fylla ut sin tid med något"* och *"vårdtagarna måste också få uppleva avbrott i vardagen"*.

Cirka en fjärdedel av informanterna, det vill säga 11 stycken valde att skriva om aktivitetens betydelse för den fysiska hälsan och uttryckte detta bland annat genom att skriva *"det har stor betydelse vid förebyggandet av sjukdomar och för att de skall kunna behålla sina befintliga funktioner"*, *"Om de inte aktiveras så kan de förlora sin livsglädje och fysiska förmågor"*, *"de äldre behöver aktivera kropp och själ för att hålla sinnet vid liv"* och *"aktiviteter bryter ensamheten och kan bidra till bättre sömn, aptit och minskning av lugnande medicin"*.

Fyra informanter skrev att *"precis som alla andra människor så mår äldre bra av stimulans"*, *"aktivitet kan hjälpa vårdtagaren att glömma att vara egocentrisk"*, *"det är viktigt att personalen hjälper de vårdtagare som inte kan aktivera sig själva"* och att *"Aktivitet är bra men man skall inte tvinga dem att delta, har man inte spelat bingo tidigare i sitt liv så behöver man inte göra det bara för att man blir gammal"*, medan fem informanter valde att inte utveckla varför det är bra att aktivera vårdtagarna.

Hur gör man för att vårdtagarnas önskemål om aktivitet skall komma fram?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Frågar vårdtagarna	11		
Frågar vårdtagare & anhöriga	17		
Frågar anhöriga	5		
Provar sig fram	3		
Frågar inte vårdtagarna	3		
		0	39

På denna fråga svarade informanterna att de använder sig av olika metoder för att få fram vårdtagarnas önskemål om aktivitet. 11 informanter skrev att dem frågar vårdtagarna själva om deras önskemål angående aktiviteter och skrev bland annat; *"vi frågar, föreslår och lyssnar"*, *"pratar med vårdtagaren, men inte alltid deras önskemål kommer fram"*, *"fråga dem, försöka tjata på, motivera dem"* och *"genom att vi på boendet är lyhörda och ordnar aktiviteter för vårdtagaren efter vad den själv vill"* En stor del av informanterna, 22 stycken skrev om att anhöriga oftast används som hjälp vid att få fram vårdtagarnas önskemål om aktivitet. Två informanter skrev *"genom att anhöriga talar om vad vårdtagaren tidigare har tyckt om att göra eller genom att själv prata med vårdtagaren och höra vad som fångar dennes intresse"* och *"man får lyssna till både dem och anhöriga för att kunna få reda på tidigare intresse"* Tre svarade att vårdpersonalen provar sig fram för att se vad vårdtagaren tycker om medan tre svarade att man troligtvis inte frågar vårdtagarna om deras önskemål om aktivitet. Fem av informanterna valde att tillägga att man oftast måste tjata eller motivera vårdtagarna till att delta i aktivitet.

Vilka aktiviteter är de vanligaste?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Musikunderhållning	28		
Promenader/utevistelse	27		
Gympa/rörelse till musik	23		
Läsning/högläsning	18		
Spel av olika slag	17		
Samtal	6		
Kyrkobesök	6		
Måleri	4		
Filmvisning	4		
Titta på bilder	2		
Korsord	2		
Massage	1		
Vattna blommor	1		
Vet ej	4		
		0	39

På denna fråga valde en stor majoritet informanter att skriva ner flera olika aktiviteter medan fyra informanter svarade att det inte visste vilka de vanligaste

aktiviteterna var. Tabellen ovanför visar vilka aktiviteter som är vanligast samt hur många gånger de förekom i enkätstudien. De mest förekommande svaren var musikunderhållning, promenader/utevistelser och gympa/rörelse till musik.

Hur ofta aktiveras vårdtagarna?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Varje dag	5		
Flera gånger per vecka	5		
2-5 gånger per vecka	3		
1-2 gånger per vecka	11		
Det ser olika ut	13		
Vet ej	2		
		0	39

På denna fråga visade sig svaren skilja sig från varandra, vilket kan bero på hur man tolkar begreppet aktivitet. Två informanter svarade att de inte visste hur ofta vårdtagarna aktiveras och tretton att det ser olika ut bland annat beroende på vårdtagarens behov, önsknings samt vårdpersonalens möjligheter. Resterande informanter svarade att vårdtagarna aktiveras allt från en till två gånger per vecka till varje dag. Bland annat skrev informanterna *"det utgår ifrån vårdtagarens möjligheter och behov och kan vara dagligen eller enligt arbetsplan"*, *"det är gemensamma aktiviteter några gånger i veckan till de som vill vara med och att vi ibland sitter med dem några minuter om vi ser att vi har tid"* och en annan informant skrev att det beror på vilket boende det handlar om samt väder, vilja och om vårdtagarna kan delta i aktiviteter eller ej.

Sker aktivering enskilt eller i grupp?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Både och	29		
Oftast i grupp	9		
Beror på vårdtagaren	1		
		0	39

En stor majoritet av informanterna, ca 75 % har svarat att aktivering sker både i grupp och enskilt. Övriga har svarat att aktivering oftast sker i grupp, medan ingen av informanterna uppgivit som svar att aktivering oftast sker enskilt. Ett enkätsvararsvar hänvisar till vårdtagaren och dennes önskemål som styrande i frågan huruvida aktivering sker enskilt eller i grupp, att det är vårdtagarens preferenser och önskemål som avgör hur aktiveringen utformas.

En annan informant pekar på att vissa aktiviteter naturligt utförs i grupp och använder sig då av film, musik, högläsning och gymnastik som exempel. Samma informant pekar på promenader och utevistelse som aktiviteter som nästan alltid, av praktiska skäl, utförs individuellt.

Varför aktiveras vårdtagarna?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
För att de ska må bra	10		
För en innehållsrik vardag	8		
För att få livskvalitet	7		
Av fysiska skäl	6		
För att de ska ha roligt	4		
För att kvalitetssäkra vardagen	3		
		1	38

Då denna fråga var mer öppen i sin natur fick vi en rad olika svar, vilket såklart är väldigt intressant. Det vanligaste svaret, som förekom i 10 av enkäterna, var att "vårdtagarna aktiveras för att de ska må bra". 7 respondenter svarar att de aktiveras för deras välbefinnande, och för att få livskvalitet. Många av enkätsvaren, 8 stycken, fokuserar på aktivering för en innehållsrik vardag. Dessa informanter hävdar alla, med olika ord, att vårdtagarna aktiveras för innehållsrikare vardag. En skriver att det är "För att det ska hända något, det bryter den monotona vardagen", en annan "För att vardagen ska kännas innehållsrik", eller "Roligt att ha något som bryter av de vardagliga rutinerna, så att dagarna inte ska bli så långa", för att nämna några av deras citat.

Ett annat mönster som går att skönja i enkätsvaren är de som hävdar att vårdtagarna aktiveras av främst fysiska skäl (6 stycken). Bland annat skriver dessa informanter att aktivering sker "För att bevara det friska friskt, bättre sömn och bättre aptit", att vårdtagarna "De är lugnare på kväll/natt och sover utan lugnande medicin". En informant skriver att aktivering sker "För att undvika ousatt fysik och kroppsfunktioner och minskar risken för trycksår och dyl" och en annan att vårdtagarna aktiveras för bättre allmäntillstånd, minne och koncentrationsförmåga samt för att stimulera såväl kropp som intellekt.

Fyra skriver att man aktiverar vårdtagarna för att de ska ha roligt. För att de behöver något att gilla eller att sjunga med i även om de kanske inte minns detta efteråt. En positiv upplevelse gör vårdtagarna fortsatt positiva under dagen.

Tre av informanterna har svarat att man aktiverar vårdtagarna för att kvalitetssäkra deras vardag, utan att utveckla detta närmre.

Upplever du att vårdtagarna är tillfredställda med den aktivering som sker?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Ja	21		
Ganska nöjda	17		
Nej	1		
		0	39

Omkring hälften av alla informanter (21 av 39) har svarat ja på denna fråga, och upplever således att vårdtagarna är tillfredställda med den aktivering som sker. 3 av de som svarat ja har utvecklat sina svar vidare. En hävdar att ja, de är tillfredställda eftersom vårdtagaren blir glad, får bättre självkänsla och samtalar bättre. En annan att ja, de är nöjda då *"högläsningen sätter igång diskussion i ämnet"*. Den tredje som svarar ja med motivering upplever att vårdtagarna är tillfredställda med den aktivering som sker, eftersom de fortsätter med de aktiviteter som erbjuds dag efter dag, att lyssna på musik exempelvis.

Resterande enkätsvar visar alla på att personalen upplever vårdtagarna tillfredställda med den aktivering som sker till viss del, eller att de är ganska nöjda. Svaren tyder på stora individuella skillnader hos vårdtagarna och en informant skriver att *"De som är lite piggare är ej tillfreds, de som sover 20 timmar/ dygn (sitter och sover i rullstolen hela dagarna) är nöjda med det lilla"*. Ett annat svar lyder; *"Det är väldigt olika. Vissa vill att det ska hända något hela tiden medan andra inte vill delta i något"*. Vidare tyder svaren på att vissa är nöjda, andra är det inte, och personalen upplever att de som inte är nöjda efterfrågar mer aktivitet, i synnerhet i form av utevistelse.

Finns det tydliga riktlinjer inom organisationen kring aktiviteter? Hur ser de ut?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Ja	20		
Vet ej	9		
Nej	8		
		2	37

De som svarat ja på frågan har vidare beskrivit de organisatoriska riktlinjerna på följande vis; I biståndsform, som beviljade insatser som vårdtagaren har rätt till, kan som exempel vara beviljade promenader. Vikten av att försöka få vårdtagaren att komma igång med olika saker själv. Musik varje torsdag, gymnastik och andra gruppaktiviteter. En respondent svarar att det finns bestämda aktivitetsdagar där personalen tillfrågar och uppmanar alla vårdtagare att delta. En annan att de organisatoriska riktlinjerna uppmanar personal att dags- och veckoplanera aktiviteter.

De som svarat nej på frågan utvecklar att det kanske finns, men att de i så fall inte tagit del av den informationen, eller saknar kunskap i vilka dessa organisatoriska riktlinjer i så fall skulle vara. En informant, som uppger sig arbeta natttid vet inte, och har inte heller sökt den informationen, då den anses irrelevant för nattpersonalen.

Dokumenteras genomförda aktiviteter?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Ja	33		
Ibland	6		
		0	39

Att genomförda aktiviteter dokumenteras framkommer tydligt då 33 av 39 informanter svarat ja på denna fråga. Två av dessa har specificerat sina svar genom att skriva att dokumentationen av genomförda aktiviteter sker i Origo, ett datasystem.

6 av informanterna har svarat att genomförda aktiviteter ska dokumenteras men att det "görs ibland", "är dåligt med det", att det "görs till viss del" och att det "nog slarvas en hel del". Flera informanter hävdar att det som inte är dokumenterat, har inte hänt. En av respondenterna svarar varken ja eller nej på frågan men skriver att "Allt ska numera dokumenteras, allt från skoskav till död".

För vem och varför dokumenterar man i så fall?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Anhöriga	12		
Personalen	11		
Chef/arbetsledare	5		
Kommunen	5		
För syns skull	2		
		2	37

Det vanligast förekommande enkätsvaret talar om för oss att informanterna hävdar att de dokumenterar de utförda aktiviteterna för i första hand vårdtagarnas anhöriga, tätt följt av för personalens egen räkning. Enkätsvaren saknar motivering till varför man dokumenterar för anhörigas skull, men ger däremot en del exempel på varför man dokumenterar för personalens skull. Bland annat för att man som personal ska kunna se över huruvida aktiveringen blivit utförd, om den går bra eller helt enkelt som en påminnelse om att utföra en viss aktivitet.

Är dokumentering av aktiviteter en kvalitetssäkring?

	Antal svar	Bortfall	Svarsfrekvens
Ja	20		
Vet ej	8		
Nej	5		
Tror inte det	4		
		2	37

Två av informanterna som svarat ja på frågan hävdar att dokumentering av aktiviteter är en kvalitetssäkring, både för vårdtagaren och för boendet eftersom detta ger möjlighet att bevisa vårdtagarnas välmående, samt att beviljade insatser blir utförda. Den enda informanten som motiverat sitt Nej skriver att "Nej, knappast, kvalitet är något mycket mer och kan nog inte dokumenteras."

Övriga kommentarer eller reflektioner kring ämnet

I slutet av enkäten hade vi en öppen fråga där informanterna fick fylla i övriga kommentarer och reflektioner kring ämnet. 10 informanter valde att fylla i denna öppna fråga. Nedan följer en sammanfattning av vad de skrev.

Vårdpersonalen på särskilda boenden upplever generellt att det aktiveras för lite, samt att aktivitet är en oerhört viktig del i deras arbete och att det måste avsättas mer tid till detta. Någon tycker att man borde lägga in aktiviteter i personalens dagliga rutinarbete i högre utsträckning, medans en annan upplever att det tyvärr finns för lite tid och personal för att kunna utföra all den aktivering och alla de aktiviteter man egentligen skulle vilja.

Informanterna anser att aktivering behövs, och alltid kommer att behövas för att stimulera de äldre, men påpekar samtidigt att aktivering av de gamla inte behöver innebära några storslagna insatser. Det kan räcka med lite damning eller något liknande för att vårdtagaren ska känna sig tillfreds med att ha utfört och hjälpt till med något. En informant påpekar även att de flesta vårdtagarna är väldigt gamla, flera närmre 100 år och att bara stiga upp ur sängen på morgonen och att sedan klä på sig kan vara en tillräcklig aktivitet bara det.

En informant hävdar att om det bara funnits mer personal hade aktiveringen av de gamla varit mycket bättre och mer omfattande. Men med en kraftig personalbrist i kombination med väldigt många bisysslor måste det prioriteras, och då prioriteras aktiviteter bort. Även om ”bara en pratstund” är guld värd för vårdtagaren, upplever personalen att de sällan kan ta sig tid till detta.

Sammanfattningsvis visar resultatet av enkätstudien att majoriteten av informanterna inte tidigare hört talas om aktivitetsteori och dess innebörd. Studien visar även att informanterna har svårt att definiera begreppet aktivitet. En fjärdedel beskriver begreppet genom att sätta in det i ett sammanhang medan tre fjärdedelar presenterar olika aktiviteter för att definiera begreppet. En övervägande majoritet svarade att det är bra att aktivera vårdtagarna och att detta görs allt från någon gång per vecka till varje dag. Aktivering är bra på grund av en rad faktorer så som bevarandet av den fysiska förmågan samt för att bidra till livsglädje och en innehållsrik vardag. För att få fram vårdtagarnas önskemål om aktivitet frågar majoriteten av informanterna vårdtagarna själva eller deras anhöriga. Resultatet visade också att det finns en rad vanliga aktiviteter som förekommer på alla de tre särskilda boendena som var med i studien och att aktivering sker både enskilt och i grupp. Informanterna upplever att vårdtagarna är nöjda eller ganska nöjda med den aktivering som sker. När det gäller organisering av aktiviteter svarade hälften av informanterna att det finns tydliga riktlinjer kring aktiviteter på arbetsplatsen, medan resterande hälft svarade att det inte visste om det finns eller att det inte finns. En majoritet svarade att genomförda aktiviteter dokumenteras och att detta utförs för anhöriga och personalens skull. Två fjärdedelar svarade att dokumentering av aktiviteter är en kvalitetssäkring, medan en knapp fjärdedel svarade att de inte visste om det var det och resterande fjärdedel svarade att det inte var det eller att det inte tror att det är det.

ANALYS

I detta avsnitt analyserar vi resultatet från enkätstudien genom att tolka det utifrån de socialgerontologiska teorier vi tidigare nämnt samt den information som framkommit under avsnitten om särskilt boende och i ämnet aktivitet. I analysen kommer vi att utgå från arbetets frågeställningar, under vilka vi analyserar vårt insamlade material. Vi kommer genomgående att referera till de författare och teorier vi använt oss av tidigare i arbetet.

Vad definierar vårdpersonal som aktivitet?

I resultatet från enkätstudien kan vi se att de som deltagit i enkätstudien, i likhet med vad vi uppger i kapitlet *Begrepp aktivitet*, finner begreppet aktivitet svårdefinierat. Tre fjärdedelar av vårdpersonalen valde att beskriva ordet aktivitet genom att benämna olika slags aktiviteter, exempelvis musikunderhållning och utevistelser. Resterande fjärdedel valde däremot att ge en något mer beskrivande definition av begreppet. Bland dessa svar kan vi se att aktivitet, i hög utsträckning ses som något som sker utöver de vardagliga sysselsättningarna. Endast en informant associerade aktivitet som något som utförs i vårdtagarens dagliga liv, exempelvis förflyttningar, personlig omvårdnad och skötsel av den egna hygien.

De aktiviteter vårdpersonalen använde sig av för att definiera begreppet aktivitet, såsom utevistelser och musikunderhållning, kan tolkas som såväl vardagliga som något utöver det vanliga, beroende på deras sammanhang. Utevistelser kan som exempel kännas vardagliga om de äldre har möjlighet att gå ut när de själv önskar. Eller kan de upplevas som något utöver det vanliga om den äldre, som är beroende av vårdpersonalens hjälp och tidsscheman, får gå ut en gång per vecka.

Samma sak gäller musikunderhållning, där det på liknade vis finns en skillnad på hur och vad man associerar som aktivitet. Är det musikunderhållning när vårdtagaren lyssnar till musik i vardagen, eller krävs en trubadur som kommer och sjunger varannan vecka för att det ska räknas som en legitim aktivitet? Enligt Dahlin & Sonn (2001) kan en aktivitet definieras som innehållsrik om personer deltar frivilligt och aktivt i den mot ett mål som upplevs som meningsfullt. Enligt detta synsätt är det snarare upplevelsen av aktiviteten, än aktiviteten i sig som spelar roll. Hur och vad man tolkar som aktivitet blir centralt då man ombeds definiera begreppet aktivitet, och ens eget synsätt blir avgörande för hur man svarar på frågorna rörande aktivitet i enkätundersökningen. Vad man tolkar som aktivitet kommer vara utgångspunkten för hur ofta man upplever att vårdtagarna aktiveras, samt hur man dokumenterar dessa.

För att undersöka vårdpersonalens befintliga kunskaper angående aktivitetsteorin, valde vi att inleda vår enkät med att fråga hur många som tidigare hört talas om teorin. En övervägande majoritet av vårdpersonalen uppgav som svar att de inte tidigare hört talas om aktivitetsteorin och dess innebörd. Högseth et al (2004) hävdar att synen på äldre och äldre vård sedan 1970-talet har präglats av en aktivitetsteoretisk syn som förespråkar ett aktivt åldrande. Då svensk äldre vård i hög utsträckning influerats av ett aktivitetsteoretiskt perspektiv, kan det tyckas lite märkligt att endast så få informanter hade hört talas om teorin. Kanske är aktivitetsteorin så etablerad, att det inte alltid är självklart för vårdpersonal på

särskilda boenden, varifrån de åskådningar och riktlinjer man arbetar utifrån härstammar.

Även om majoriteten av vårdpersonalen inte tidigare hade hört talas om teorin var samtliga överens om det goda i att aktivera vårdtagarna. Att vårdpersonalen svarar på detta vis vittnar om ett aktivitetsteoretiskt tänkande, även om de inte är medvetna om att detta härstammar från just aktivitetsteorin. Detta blir särskilt tydligt när en informant svarar att hon eller han inte hört talas om någon speciell aktivitetsteori, utan bara att det är bra med aktivering.

Svaret på denna frågeställning är följaktligen att vårdpersonal finner begreppet aktivitet som flyktigt och svårdefinierat. Det kan därmed vara lättare att presentera olika aktiviteter, än att beskriva själva ordets innebörd. Vårdpersonalen upplever att aktivitet är något som utförs utöver det vanliga, varpå äldres personliga livsföring anses vara vardagsmoment och inte aktivitet. Självklarheten i de vardagliga aktiviteterna gör att man som vårdpersonal inte längre reflekterar över dem. En fara, som Dehlin & Rundgren (2007) gör oss uppmärksamma på i boken *Geriatrisk*, är att detta kan medföra att personal av förmodad omtanke utför dessa vardagsaktiviteter, istället för att låta vårdtagaren göra det. Detta kan bero på att man upplever sig hjälpa vårdtagaren, eller på grund av förmodad tidspress, och leder i värsta fall till att förstärka de äldres inaktivitet och beroende. Om man tolkar begreppet aktivitet som något utöver det vanliga, snarare än som en naturlig del i de äldres vardag, medför aktiviteter ökade krav på personalen. Aktivering blir då en extrauppgift som vårdpersonalen måste organisera och utöva, vid sidan av övriga arbetsuppgifter. Om aktivering ses som något arbetsamt och tidskrävande kan en naturlig följd bli mindre aktivering av vårdtagarna.

I tolkningen av inhämtade enkätsvar tycker vi oss kunna se att man inte refererar till aktivitetsteorin då man uppmanar vårdpersonal att aktivera vårdtagarna på särskilda boenden. Istället använder man sig av andra källor, och påvisar rådande riktlinjer för att betona vikten av aktivitet. De två informanter som svarat att de hört talas om aktivitetsteorin under arbetsplatsträff gjorde detta i samband med vår enkätstudie och kan således inte användas som motargument i denna hypotes. Slutligen säger sig all vårdpersonal vara överens om att aktivering är något positivt och bra, även om de inte direkt kopplar detta till aktivitetsteorin. Denna uppfattning stämmer väl överens med aktivitetsteorin, som enligt Tornstam (2004) hävdar att aktivitet är nära förknippat med välbefinnande. Genom sin positiva inställning till aktivitet tar vårdpersonalen indirekt avstånd från disengagemangsteorin. Denna teori utgår, enligt Tornstam, ifrån att det är tillbakadragandeprocessen snarare än aktivering som är förknippad med välbefinnande för den åldrande individen.

Är det bra med aktivering enligt vårdpersonalen?

Samtliga informanter har svarat att det är av godo att aktivera vårdtagarna. Detta visar tydligt att man utgår ifrån aktivitetsteorin snarare än disengagemangsteorin, i synen på den åldrande människan. Ingen av informanterna påstår att det är dåligt för vårdtagaren att aktiveras, och en övervägande majoritet hävdar att de äldre blir aktiverade. Endast tre informanter svarar att vårdtagarna inte aktiveras. Vi tolkar dessa svar som att aktivering är något självklart och otvivelaktigt hos vårdpersonalen. Vad gäller motiveringen till varför det är bra fokuserar de flesta ur vårdpersonalen på hur aktiviteter kan leda till ökad livsglädje. Man ser tydliga

kopplingar mellan ökad livskvalitet och aktiviteter, samt hur dessa upplevs bryta den monotona vardagen och förgylla de äldres tillvaro. Personalen betonar även de fysiska och psykosociala förtjänsterna av aktivering, och upplever att aktivering genererar en vinst hos vårdtagaren.

Vårdpersonalen säger sig ständigt försöka integrera och aktivera vårdtagarna, snarare än att stöta ut dessa från gemenskapen. Därmed förkastar de det disengagemangsteoretiska tankesätt som presenteras av Tornstam (2004) i *Åldrandets socialpsykologi* gällande den åldrande människans behov av ett socialt och psykologiskt tillbakadragande. Att vårdpersonalen skulle utgå utifrån det tillbakadragande, som Tornstam beskriver som en ömsesidig process, med äldres tillbakadragande parallellt med samhällets förskjutning av dessa, finner vi därför föga troligt.

En liten del av informanterna har svarat att man aktiverar vårdtagarna främst av fysiska skäl och lägger tonvikten på aktivitetens betydelse för den fysiska hälsan. I likhet med de resultat Frändin & Grimby (2001) presenterar i *Aktivitetsvanor och möjlighet till fysisk träning*, hävdar informanterna att de fysiska funktioner som inte används riskerar att försvinna eller tillbakabildas. Inaktivitet förmodas även leda till ökad funktionsnedsättning och risk för sjukdomar hos den åldrande individen. Vidare påpekar Dehlin & Rundgren (2007) hur hög grad av aktivering dessutom visat sig kunna leda till minskad användning av lugnande medicin, smärtstillande och sömnmedel. Samtidigt som den kognitiva funktionen hålls intakt längre. En informant uppger att man aktiverar vårdtagarna för att bevara det friska friskt, vilket kan tolkas som en strävan efter att behålla den roll man tidigare haft i livet. Något vars vikt tydligt poängteras inom aktivitetsteorin.

Svaret på ovanstående frågeställning är att vårdpersonal anser att aktivering är något bra, ur såväl fysisk, som psykisk och social utgångspunkt, allt i enlighet med aktivitetsteorin. Detta stämmer bra överens med den tidigare forskning vi presenterat i vårt arbete, där aktiviteter och sysselsättning kan hjälpa till att hålla kropp och själ igång och på så vis förhindra sjukdom och funktionsnedsättning. Vi finner det dock inte självklart att förkasta disengagemangsteorin helt, då den faktiskt hävdar att aktivitet är av godo fram till dess att disengagemanget eller tillbakadragandet sätter igång. Slutligen upplever vi att majoriteten av informanterna förespråkar aktivering som något bra och oombärligt i ett gott åldrande, annars hade man inte aktiverat.

Hur gör man som vårdpersonal för att få fram vårdtagarnas önskemål om aktivitet?

Enligt enkätundersökningen uppger majoriteten av informanterna att de frågar vårdtagarna alternativt deras anhöriga för att önskemål om aktivitet ska komma fram. Att tillfråga vårdtagaren själv i utformningen av dennes aktivitet borde vara en självklarhet, men med eventuella fysiska funktionsnedsättningar är detta inte alltid genomförbart. De individuella önskemålen kan gå förlorade till följd av vårdtagares svårigheter att uttrycka sig, vilka kan bero på afasi, språkbarriärer eller demenssjukdom. Att använda sig av anhöriga kan fungera som en hjälpande hand, men också leda till att man som vårdpersonal enbart lyssnar till den anhörigas synpunkter och önskemål. Det finns även risk för att man utgår ifrån att vårdtagaren fortätter ha samma intressen och preferenser livet igenom, och enbart aktiverar vårdtagaren utifrån det. Tornstam (2004) skriver om hur aktivitetsteorin,

till viss del är förespråkare av detta. Främst då teorin hävdar vikten av att kvarhålla de aktiviteter man tidigare utfört, samt att människan fortsätter ha samma behov av, och önsknings om fortsatt aktivitet i åldrandet. I dessa fall kan det kanske vara bra att göra som några av informanterna, som uppger att de provar sig fram för att ta reda på vilka aktiviteter vårdtagarna uppskattar. På så vis ges vårdtagarna möjlighet att uppleva nya aktiviteter, som de inte utfört tidigare.

En del informanter tillade att man ofta måste tjata på och försöka motivera vårdtagarna till att delta i aktiviteter, eller att vårdtagarna aktiveras när det finns tid. En informant uppger att det finns aktiviteter men att det inte är så många som önskar delta. Vårt att reflektera kring är om aktiviteterna utgår från vårdtagarnas egna önskemål, eller om vårdtagarna tillfrågas om att delta i befintliga aktiviteter organiserade av boendet. Kanske har vårdtagaren behov av, och önskan om aktivering, men saknar intresse för att aktiveras på det sätt som erbjuds. En av informanterna svarar nämligen att vårdtagaren aktiveras, men ställer sig frågande till om det görs på det sätt som de egentligen skulle vilja. En annan skriver att aktiviteter är bra, men att man inte ska tvinga någon att delta. Personer som inte spelat bingo tidigare i livet, bör inte tvingas göra detta i åldrandet. Informanterna uppger att det är svårt att möta de individuella önskemålen om aktivitet. Detta kan bero på en rad olika faktorer, såsom tids- eller personalbrist, boendets geografiska placering, eller ekonomiska och praktiska skäl.

Att aktivering av vårdtagarna sker framkommer med tydlighet i enkätundersökningen. Frågan är på vems villkor, och i vilken utsträckning vårdpersonal har tid och möjlighet att möta vårdtagarnas egna önskemål och behov.

Enligt folkhälsogruppens rapport från 1991 har aktivitet som norm eskalerat till en nivå där vårdpersonalen inte alltid tar hänsyn till eventuella önskemål om att slippa delta (Oden et al, 1993). Vårdpersonal uppger i enkäten att de vid tillfällen har tjatat på de äldre att delta i aktiviteter, vilket kan ha resulterat i att de aktiverat de äldre mot deras vilja bara för aktiveringens skull. Vi tolkar detta som att aktivitetsteorin kanske präglat den svenska äldrevården så mycket att man följer dess principer även när vårdtagaren uttryckligen inte vill eller önskar så. Om man utgår ifrån att ett gott åldrande är beroende av aktivitet, blir aktiveringen i sig viktig, oavsett intresse för själva aktiviteten. Om man utgår från Dehlin & Rundgrens (2007) tolkning av aktivitetsteorin förespråkar den ett förnekande av ålderdomens konsekvenser, och uppmanar till försök att förbli ung så länge som möjligt. Detta för att undvika att de äldres självbild hotas. Vidare hävdar författarna att en strävan efter fortsatt aktivitet stämmer väl överens med rådande samhällsnormer. Något som kan vara en bidragande faktor till att man ibland aktiverar vårdtagarna utan deras fulla samtycke.

Vi ställer oss frågande till varför vissa vårdtagare inte önskar delta i de aktiviteter som erbjuds. Beror det på brisande intresse för aktiviteterna och dess innehåll, eller på det tillbakadragande som disengagemangsteorin presumerar. Tar vårdpersonalen omedvetet ett för stort avstånd från disengagemangsteorins åsikter, med följd att de ignorerar vårdtagarnas tillbakadragande. Enligt Tornstam (2004) utgår disengagemangsteorin från aktivitet som något positivt, fram till dess att tillbakadragandeprocessen sätter igång. Men om man tvingas vidmakthålla en aktivitet i takt med att man blir äldre kan detta leda till minskad välbefinnande. Vi upplever obligatorisk aktivering som särskilt allvarligt i de fall där vårdtagaren

inte själv kan uttrycka önskemål om att slippa delta. Vi resonerar även kring om aktivitetens tidpunkt kan vara avgörande för huruvida man önskar delta. Vår slutsats utifrån informantsvaren är att aktivering sker på dagen, företrädesvis för- och eftermiddag. Detta blir väldigt tydligt i ett enkätsvar utformat av en nattarbetande personal, som skriver att hon/ han inte behöver aktivera vårdtagare överhuvudtaget. Detta tyder på att aktivering sker på det sätt som bäst passar vårdpersonalens scheman, och således inte på kvällar eller morgnar.

Tre informanter arbetades på två olika boenden skiljde sig ifrån mängden då de uppgav att vårdtagarna inte aktiveras och att man troligtvis inte frågar vårdtagarna om deras önskemål gällande aktivitet. Att dessa tre informanter svarat såhär är naturligtvis intressant, särskilt som alla tre i tidigare svar hävdade att aktivering av vårdtagarna är något bra.

Trots föregående resonemang upplever majoriteten av informanterna att vårdtagarna är nöjda eller ganska nöjda med den aktivering som sker. Flera av dem som svarat att vårdtagarna upplevs som ganska nöjda har dock påpekat ett visst missnöje bland de piggare vårdtagarna och upplever att dessa önskar mer aktivering. Däremot upplevs de vårdtagare som inte orkar lika mycket längre nöjda med den aktivering som sker. Hur nöjd man är kan vara starkt sammankopplat med den egna förmågan att utföra aktiviteter, samtidigt som missnöjet kan bero på avsaknad av intresse av aktiviteter. Vissa upplever kanske inget utbyte av aktiviteterna, såväl fysiskt som psykosocialt. Detta kan både bero på att man är för frisk, eller för sjuk. De med stora funktionsnedsättningar, såväl fysiskt som kognitivt kanske är svåra att aktivera, särskilt i grupp. Detta kanske kan tyda på ett visst disengagemang, tillbakadragandet är nämligen utgångspunkten i hela det paradigmet. I rapporten *God vård i livets slut – En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre* (2004) som utfärdats av socialstyrelsen kan vi läsa att hela disengagemangsteorin bygger på att den åldrande människan är i behov av ett socialt och psykologiskt disengagemang i förberedelse inför döden. I övrigt ansåg informanterna generellt att det aktiveras för lite, även om de upplever vårdtagarna som nöjda, eller ganska nöjda med den aktivering som sker. För att underlätta aktiviteterna ansåg en informant att man borde föra in dessa i det dagliga rutinarbetat i högre utsträckning. Samma informant hävdar vidare att aktiveringen inte måste bestå av något storslaget, då de flesta vårdtagarna är väldigt gamla. Detta kanske kan tyda på en viss grad av tillbakadragande i hög ålder i individuella vårdtagares fall. Socialstyrelsen (2004) poängterar detta med individuella faktorer då de i ovanstående rapport redogör för den kritik disengagemangsteorin fått utstå. För även om en del äldre drar sig tillbaka som ett resultat av hög ålder, är detta inget bevis på att disengagemanget eller tillbakadragandet skulle vara något nödvändigt eller universellt.

Svar på frågeställningen är att vårdpersonalen använder sig av olika strategier för att få fram vårdtagarnas önskemål om aktivitet. De flesta frågar vårdtagarna själva men en stor del tar även hjälp av anhöriga. En del provar sig fram för att se vad vårdtagarna eventuellt kan tänkas uppskatta. Tre informanter svarade dock att man som vårdpersonal troligtvis inte frågar de äldre om deras önskemål om aktivitet. Flera informanter hävdar att man oftast måste skapa motivation hos de äldre för att de ska vilja delta, och att de aktiviteter som erbjuds kanske inte alltid intresserar alla äldre. Vårdpersonalen upplever att de äldre är nöjda eller ganska nöjda med den aktivering som sker men kan se skillnader, beroende av de äldres funktionsförmågor. De som är väldigt pigga och fysiskt aktiva upplever kanske

inte att deras behov av aktivering stillas, medan de som är tröttare upplevs vara nöjda med den aktivering som sker.

Hur organiseras och dokumenteras aktiviteter på särskilda boenden?

Utifrån enkätresultatet kan vi se att utförande av aktiviteter i hög utsträckning är beroende av det särskilda boendets byggnadsutformning och geografiska placering. Som exempel har vårdpersonal från ett och samma boende svarat att vårdtagarna ofta besöker kyrkan som aktivitet, ett svar inga av de övriga informanterna uppgett som en vanligt förekommande aktivitet. Detta svarsresultat härstammar från informanterna på ett boende vi vet ligger i närheten av en kyrka, och visar oss med tydlighet den geografiska placeringens möjligheter för vissa aktiviteter. På liknande sätt har informanterna från ett annat boende svarat att utevistelser är vanligt förekommande. Detta boende har en stor inhägnad utemiljö som möjliggör utevistelse för de äldre när så önskas. De övriga boendena, som saknade denna inhägnade utemiljö uppgav promenader som aktivitet istället för utevistelse. På detta vis kan boendets byggnadsutformning och geografiska placering möjliggöra eller hämma vissa aktiviteter. De som har tillgång till en inhägnad utemiljö kan förmodligen vara utomhus mer än de som är i behov av personalens stöd och hjälp vid promenader.

Vad gäller inomhusaktiviteter ser vi tydliga likheter beträffande vilka sådana vårdpersonal uppger som vanligast förekommande. Resultatet visar att samtliga informanter svarat musikunderhållning, gympa/rörelse till musik, högläsning och sällskapsspel som några av de vanligast förekommande aktiviteterna på särskilt boende. Norling & Larsson (2004) hävdar att aktiviteter på särskilda boenden organiseras efter de äldres önsknings och förmågor samt efter organisationens förutsättningar och möjligheter. Vidare anser författarna att eftersom de äldres vardag till större del spenderas inomhus, är det av stor vikt att det finns tillräckligt med inomhusaktiviteter för att stilla vårdtagarnas behov. När det gäller vilka aktiviteter som är vanligast förekommande ser vi tydliga likheter mellan informanternas svar och vad arbetets författare påstått. Som exempel på detta tar Norling & Larsson upp högläsning, tidningstittande och sällskapsspel som vanligt förekommande aktiviteter, varav samtliga återfinns i vårdpersonalens enkätsvar. Ovanstående författare betonar även förekomsten av musik i olika former, som vanlig aktivitet, och lovordar dess förmåga att bringa gamla minnen till liv samt fungera hjälpande för vårdtagare med verbala svårigheter.

Av de svar vi fått in är det inget som tyder på att de äldre skulle ha individuella intressen som skiljer sig från den förmodade bilden av den åldrande människan och livssituationen på boende. Är det så att dessa unika förmodade intressen faktiskt inte finns hos de äldre, utan att de faktiskt har liknande intressen och efterfrågar samma aktiviteter? Eller baseras de aktiviteter som erbjuds på fördomar om hur äldre vill aktiveras? På så vis utgår man ifrån den homogena gruppen snarare än de individuella önskemålen och då blir frågan om hur man får fram de äldres önskemål intressant. Frågar man då verkligen de äldre och deras anhöriga om önskemål om aktivitet eller frågar man om deltagande i de aktiviteter som redan finns och erbjuds på boendet.

En orsak kan vara att aktiviteterna utgår ifrån organisatoriska och ekonomiska förutsättningar, och att det således är lättare att anpassa vårdtagarens intressen efter boendets förutsättningar, än tvärtom. Graham & Bengtsson (2004) framhåller

att det föreligger stor risk för att äldre förlorar sina gamla vanor och förmågor i samband med flytt till särskilt boende. Den äldre övertar nämligen ofta organisationens rutiner gällande dygnsrytm, matvanor utevistelser och dagligt innehåll efter en tid på särskilt boende.

Vi tycker oss kunna dra paralleller mellan de vanligast förekommande aktiviteterna och aktivitetsteorins tankar kring vikten av att behålla den fysiska, psykiska och sociala nivån. Aktiviteterna är i hög grad utformade för att ge den äldre en såväl fysisk, som psykisk och social stimulans. Majoriteten av informanterna har svarat att aktivering sker både gemensamt och individuellt. Tre fjärdedelar uppger att aktivering sker både och, medan resterande fjärdedel skrev att det sker i grupp. Inte en enda informant har svarat att aktivering sker enbart enskilt. Vi tycker oss se mycket gruppaktiviteter och tror att detta kan bero på att dessa är lättare att organisera och kräver mindre personal. Det kan också vara så att de vanligaste aktiviteterna sker i grupp för att vårdtagarna medvetet skall socialiseras. Detta stämmer väl överens med aktivitetsteorins åsikter om att bibehålla den sociala samvaro man haft med andra. Dels för att skapa goda förutsättningar under ålderdomen, men även för att behålla uppfattningen om sig själv som värdefull och behövd (Tornstam, 2004). En informant skrev att om aktivering sker enskilt eller i grupp, beror på vårdtagarens egna önskemål. På så vis kan vi tolka detta som att de flesta äldre faktiskt vill aktiveras gemensamt med andra. Samtidigt finner vi det, utifrån samlat material, föga troligt att alla aktiviteter kunnat genomföras enskilt med vårdtagaren även om de önskat, och efterfrågat det. En informant svarar att aktivitet kan hjälpa vårdtagaren att glömma att vara egocentrisk. Denna mening eller åsikt kan tolkas på olika sätt. Kanske har den äldre påbörjat sitt tillbakadragande och upplevs därmed som besvärlig, men måste trots detta delta. Att tvingas vidmakthålla sociala aktiviteter i åldrandet, och därmed hindras från det naturliga psykologiska och sociala tillbakadragande disengagemangsteoretikerna förutsätter, leder till minskat välbefinnande för den äldre individen (Tornstam, 2004). Eller leder deltagandet i aktiviteter till möjlighet till gemenskap med andra, och istället ökat välbefinnande? Det kan även vara så att vissa aktiviteter helt enkelt lämpar sig bättre i grupp, som musik och sällskapsspel. Samtidigt som andra är mer individuellt utformade, som promenader där vårdpersonalen kanske måste koncentrera sig på en vårdtagare.

Hur ofta vårdtagarna aktiveras beror till stor del på vad vårdpersonalen definierar som aktivitet, därför är det inte konstigt att de svaren på denna fråga skiljer sig från varandra. Svaren på hur ofta vårdtagarna aktiveras varierar från någon gång per vecka, till varje dag. Utifrån de sammanlagda svaren tycker vi oss kunna se att aktivering är vanligt förekommande. En informant uppger att hur ofta vårdtagaren aktiveras är helt beroende på dennes möjligheter och behov. Andra menar att aktivering blott är en av vårdpersonalens alla arbetsuppgifter. Vårdpersonalen ska även ansvara för vård och omsorg om vårdtagaren, medicinska uppgifter samt städning och skötsel av boendets miljö. Utöver detta ska de beställa hem varor vid behov, och dokumentera vad som görs. Arbets sättet på särskilda boenden utformas och påverkas av de lagar som styr verksamheten. Centralt i arbetsutformningen är olika riktlinjer samt rådande ekonomiska och organisatoriska förhållanden. Den arbetskultur som råder bör vara av vikt i utformningen av aktiviteter. Om personal är intresserad av och drivande i en viss aktivitet, kan detta medföra ett ökat utövande av just denna aktivitet som baseras på personalens, snarare än vårdtagarens önskemål.

Huruvida det finns tydliga riktlinjer inom organisationen gällande aktivering har informanterna svarat olika. Medan hälften uppger att det finns tydliga riktlinjer, svarar resterande hälft att det inte finns, eller att de inte vet om det finns. Vad som är intressant är att svaren skiljer sig väldigt även inom de olika boendena. Vi tolkar informanternas stora spridning i svaren som avsaknad av riktlinjer, som är tydliga för all vårdpersonal. I beskrivningen av riktlinjerna kring aktivitet är svaren väldigt spridda, och inte heller där liknar de varandra. En informant nämner beviljade insatser skrivna av biståndshandläggare. En annan skriver att riktlinjerna av aktiviteter är schemalagda i form av musik på torsdagar etc. eller i form av dagsutflykter. En skriver att de ombeds dags- och veckoplanera aktiviteter. De flesta som svarat ja på frågan utvecklar inte detta vidare. Detta tolkar vi som att man som vårdpersonal vet att det finns riktlinjer kring aktivitet, men att man inte kan beskriva hur dessa ser ut.

De som svarat nej på frågan påpekar just detta. Att det kanske eller förmodligen finns riktlinjer, men att man inte har tagit del av dessa. En av informanterna som svarat nej motiverar detta med att hon inte behöver ha koll på dessa riktlinjer eftersom hon arbetar natttid. Detta säger en del om hur och när aktivering sker. Det vill säga alltid på dagtid, inga sena kvällar eller tidiga morgnar och utifrån personalens arbetsschema. Vidare kan man diskutera ifall bristen på tydliga riktlinjer gällande aktivitet kan vara skälet till varför personalen finner begreppet aktivitet så svårdefinierat.

Samtliga informanter uppger att genomförda aktiviteter dokumenteras, varav sex medger att dokumenteringen endast sker ibland och att det nog slarvas en del. Enligt lag, (2001:453) 11 kap 5§, ska genomförda insatser dokumenteras, något vi upplever vårdpersonalen som medvetna om. Enligt Carlsson & Nilsson (2009) har tillsynsmyndigheter vid ett flertal tillfällen riktat kritik mot den bristfälliga dokumenteringen gällande avsaknaden av socialt innehåll, och av äldres önskemål och intressen. Vidare uppger författarna att den bristande dokumentationen kan bero på ett flertal faktorer. Det kan som exempel handla om vårdpersonalens pressade tidsschema och att det ibland kan vara svårt att veta vad det är som ska dokumenteras, och för vem man gör det. Många av de vardagliga moment som utförs på särskilda boenden kan vara så vanliga att de inte uppmärksammas som värda att dokumentera. Vi ser tydliga problem i bristande dokumentation med tanke på att flera informanter uppger att det som inte skrivits ner, inte heller hänt. Med detta menar de att dokumentationen bestämmer om en aktivitet är utförd eller ej. Detta visar hur viktig dokumentationen faktiskt är för kvalitetssäkring. En informant upplever dock dokumenteringen som för omfattande och skriver att allt numera ska dokumenteras, allt från skoskav till död. Hur och vad man som vårdpersonal dokumenterar kan även bli centralt för vad man associerar till, och definierar som aktivitet. Detta kan vara orsaken till att man inte räknar de dagliga rutinerna som aktivitet, nämligen för att man inte dokumenterar dessa.

Hälften av informanterna uppger att dokumenteringen av aktiviteter är en kvalitetssäkring. Dokumentationen kan fungera som bevis på att aktiviteter blivit utförda, samtidigt som den fungerar som ett redskap för personalen i deras planering och uppföljning av aktiviteter. Dokumentationen kan man även gå tillbaka och utvärdera för att upptäcka och åtgärda eventuella brister i aktiveringen av de äldre. Flertalet av informanterna hävdar att de främst dokumenterar för anhörigas skull, och i andra hand för att kunna använda

dokumentationen som ett redskap medarbetare emellan, som ett hjälpande arbetsinstrument. Svaren tyder också på att vårdpersonalen säger sig dokumentera för kommunens, och chefens skull. Om någon av dessa genomför ett stickprovsundersökning gällande dokumentation vill man ha ryggen fri. Vidare uppger några av informanterna att det dokumenteras mycket för dokumentationens skull, och för att det ska se bra ut.

Som svar på frågeställningen tycker vi oss kunna se tydliga likheter i svaren de olika boendena emellan, vilket tyder på liknande genomförandeplaner vad gäller aktiviteter. De aktiviteter som uppges vara vanligast är förekommande på alla tre boendena. Vi tolkar detta resultat som att aktiviteterna är lika på olika särskilda boenden, med små lokala avvikelser beroende på boendets geografiska placering och möjlighet till utevistelse. Däremot får vi inget svar på ifall likheterna i aktiviteter på särskilda boenden beror på att gamla människor faktiskt har samma, eller i alla fall liknande intressen. Eller om man planerar och genomför aktiviteter utifrån faktorer såsom personaltäthet, ekonomisk genomförbarhet eller liknande yttre faktorer

Såväl författare som vårdpersonal uppger att aktivering i hög utsträckning sker i grupp, något som förespråkas av aktivitetsteorin och dess tankar om människan som en fortsatt social varelse (Tornstam, 2004). Aktivering, i synnerhet gemensam sådan, rimmar däremot illa med disengagemangsteorins hypotes om äldre människors behov av tillbakadragande (Tornstam, 2004).

Vad gäller riktlinjer och dokumentation kring aktiviteter är svaren väldigt spridda. Utifrån resultatet upplever vi att det ofta finns riktlinjer gällande aktivitet, men att dessa är otydliga och svåra att referera tillbaka till. Dokumentation av aktiviteter verkar väldigt vanligt förekommande, även om viss personal vittnar om slarv. Carlsson & Nilsson (2009) betonar dokumenteringens positiva effekter genom några olika exempel. De hävdar att personal blir medvetna om arbetsmetoder och förhållningssätt i högre utsträckning, och att detta kan starta en tankeprocess som leder till effektivare och bättre aktivering av vårdtagare. I förlängningen skulle dokumentation således kunna leda till förbättrad kvalitet på vård, omsorg och aktiviteter på de särskilda boendena. De flesta som besvarat vår enkät anser att dokumentation av aktiviteter är en kvalitetssäkring, men undantag av en vårdpersonal, som hävdar att kvalitet är omätbart, och beroende av så mycket mer än bara genomförd dokumentation.

Avslutningsvis ser vi även här en genomgående syn på aktivering av vårdtagaren som något bra, i enlighet med aktivitetsteorin. En teori som tycks präglade vårdpersonalens syn- och arbetssätt i väldigt stor utsträckning, även om de är omedvetna om detta.

DISKUSSION

I detta avsnitt diskuterar vi utvalda delar av analysen som vi finner vara extra intressanta att lyfta fram och diskutera vidare. Vi utgår både från våra egna tidigare erfarenheter som vårdpersonal inom särskilt boende men även som den roll vi nu innehar av socionomstuderande.

Utifrån resultatet kan vi både se klara likheter mellan svaren från alla tre boenden samtidigt som det finns skillnader inom de tre boendena. När det rör frågan om hur man gör för att få fram vårdtagarnas önskemål om aktiviteter samt vilka aktiviteter som är vanligast, så har alla tre boendena svarat relativt lika, fransett aktiviteten kyrkobesök och benämningen utevistelse eller promenad. Majoriteten av vårdpersonal svarade att de frågar vårdtagarna själva om deras önskemål eller tar hjälp av deras anhöriga. Hur kan det då komma sig att aktiviteterna ser så lika ut oberoende av vilket boende de äldre bor på? Det kan vara så att vårdpersonalen inte redogjort i enkätstudien för de äldres eventuella personliga önskemål om aktivitet, då dessa aktiviteter utförs individuellt med den äldre och kan därför inte räknas in i de vanligaste aktiviteterna? Eller att alla de äldre faktiskt har samma önskemål om aktivitet. Det kan också vara så att de äldre blir tillfrågade om de aktiviteter som redan finns organiserade, snarare än efter deras egna intressen och önskemål. Vi ställer oss undrande till om det verkligen finns möjlighet att tillgodose de äldres eventuella intressen och önskemål och om det verkligen görs en ansträngning för att uppfylla dem. Det sannolika är nog att utformningen av aktiviteter snarare bygger på de organisatoriska och ekonomiska förutsättningar som råder på boendena och som endast ger möjligheter till vissa aktiviteter. Om dessa aktiviteter inte är baserade på de äldres egna intressen, betyder det då att de baserade på fördomar om hur äldre vill och skall aktiveras?

Ett tillägg vi vill göra i diskussionen kring vanliga aktiviteter är gällande tv-tittande. Ingen av vårdpersonalen har svarat att detta är en vanligt förekommande aktivitet, men enligt våra erfarenheter som vårdpersonal så är just tv-tittandet en stor del av vårdtagarnas vardag. Kanske är det just på grund av att det förekommer så frekvent i vardagen och är så passivt i sin natur att vårdpersonalen inte reflekterar över det som en aktivitet. En del vårdpersonal har dock skrivit att filmvisning är en vanlig aktivitet, vilket kan innebära att man vid denna aktivitet gör något extra, som inte görs vid vardags tv-tittande.

Samtliga vårdpersonal hävdar att det är bra med aktivering och att vårdtagarna aktiveras i stor utsträckning, men definierar samtidigt begreppet aktivitet olika. Som vi tidigare skrivit så har flera av vårdpersonalen har svarat att man oftast får tjata och motivera vårdtagarna att delta i aktiviteter och att de som vill och kan delta gör det. En vårdpersonal skrev även att det finns aktiviteter på boendet men att många inte vill delta i dem. Här tycker vi oss kunna se ett stort aktivitetsteoretiskt tänkande hos personalen, där man möjligtvis ibland inte respekterar den äldres självbestämmanderätt över sitt liv och sin vardag. Återigen frågar vi oss om det verkligen är de äldres egna önskemål som styr vilka aktiviteter som erbjuds och genomförs. Beror de äldres motvilja till aktiviteterna på grund av brist på intresse och engagemang för aktiviteten i sig eller på grund av det tillbakadragande som disengagemangsteorin förespråkar. Vad blir flöjden för dem som inte vill delta i aktiviteter men som gör det på grund av tjat och motivation. Aktiveras de mot sin vilja för aktiveringens skull? Samtidigt reflekterar vi över dem äldre som vill men som inte kan delta i aktiviteterna. Hur gör man för att tillgodose deras behov? Kanske är det just dem som är i stort behov av aktivering och vad kan följderna bli om vårdtagaren inte får utlopp för sin önskan om aktivitet? Vårdpersonal har även svarat att de som är lite piggare inte är nöjda med den aktivering som sker utan efterfrågar mer aktivitet. Detta tyder också på att det särskilda boendet inte alltid kan tillgodose de äldres behov och önskningar om aktivitet.

Enligt våra erfarenheter som vårdpersonal så har vi varit med om att äldre velat hjälpa till i boendets hushållsarbete, exempelvis genom att stryka, diska, duka och baka. De äldre har oftast, om inte alltid nekas till detta på grund av säkerhets- och hygienskäl. Genom detta agerande har man inte tagit hänsyn till de äldres önskemål och behov av att hjälpa till och att fortsätta vara aktiva på det sätt som den äldre själv önskar. Istället blir de äldre oftast ombedda att göra andra sysslor så som att vattna blommor och vika servetter utifrån vad organisationen anser att de äldre skall få hjälpa till med. Genom att tillåta de äldre att utföra de aktiviteter som de tidigare gjort och respekterat deras önskemål om delaktighet, hade detta kanske lett till att de äldre kunnat bibehålla sin aktivitetsnivå snarare än bli passiva vårdtagare. Vi tolkar nämligen att det är på detta vis som aktivitetsteorin förespråkar att ett aktivt åldrande skall se ut snarare än att endast delta i förutbestämda organiserade aktiviteter.

En annan sak som vi finner intressant av enkätstudien var att svaren kunde skilja sig åt inom samma boende. Detta blev extra tydligt när det gällde om det finns tydliga riktlinjer kring aktiviteter eller ej på det särskilda boendet. Som vi tidigare skrev i analysen så har samtliga vårdpersonal på alla tre boendena svarat att det både finns tydliga riktlinjer, att det inte finns eller att man inte vet om det finns. De riktlinjer som eventuellt finns är således inte tydliga för all personal, vilket också visar sig i hur olika vårdpersonal beskriver riktlinjerna. Genom resultatet gör vi också tolkningen att det finns vårdpersonal som inte tagit del av riktlinjerna på grund av att de inte vet att det finns några och att det finns vårdpersonal som vet att det finns tydliga riktlinjer men som inte kan beskriva dem. Därmed ser vi stora svårigheter i tillämpningen av dessa förmodade riktlinjer. Detta kan också vara en anledning till varför vårdpersonalen definierar begreppet aktivitet olika samt skillnader i tolkningen om hur ofta vårdtagarna aktiveras.

Skillnader inom boendena finner vi även i vårdpersonalens syn på vem man dokumenterar för. Vårdpersonal inom samtliga tre boenden har gett olika svar på denna fråga och skriver att man dokumenterar i förstahand för anhöriga, tätt följt av personal och sedan chef, kommun och för syns skull. Vi tolkar detta som att man som vårdpersonal inte har en enhetlig bild av varför och för vem man dokumenterar. Vi tycker det är konstigt att ingen svarat att man dokumenterar för vårdtagarens och dennes rättsäkerhets skull. Men resonerar kring att även om man kanske indirekt dokumenterar för brukarens skull, tar denne aldrig själv del av dokumentationen. En knapp majoritet hävdar att man dokumenterar för att vårdpersonalen skall veta vad som är sagt och gjort, och använder således dokumentationen som ett redskap i sitt arbete. Vilket stämmer överens med en av grundtankarna för dokumentationen av utförda insatser inom äldreomsorgen. Att en del vårdpersonal svarat att man dokumenterar för chef, kommun och för syns skull kan visa på att man som vårdpersonal eventuellt är medveten att dokumentationen kan komma att granskas av utomstående personer, till exempel tillsynsmyndigheter. Det som förvånade oss mest gällande för vem vårdpersonalen dokumenterar för, var att man i hög utsträckning gör det för anhörigas skull. Tyvärr fattas det motivering i enkätsvaren till varför man gör det för anhörigas skull och undrar om det kan vara så att dokumentationen fungerar som ett slags bevis på genomförda aktiviteter. Vidare undrar vi hur ofta anhöriga frågar efter utdrag av detta material? Samt sekretessen kring huruvida det är sekretessbrytande att lämna denna information till anhöriga och vilka anhöriga som i så fall skulle få tillåtelse att ta del i dokumentationen.

Avslutningsvis frågar vi oss om det nya boendet någonsin kan ersätta det gamla för de äldre människorna, då vardagen kretsar kring organisationens utformning, vårdpersonalens rutiner och arbetskultur. Aktivitet och aktivering är en stor del av de äldres liv och grundar sig på tankar kring en teori som förespråkar att de äldre fortsätter att ha samma önskningar och behov av en aktiv livsstil. Vi ställer oss skeptiska till hur vidare det faktiskt är de äldres individuella intressen och önskemål om aktivitet som tillämpas i detta nya boende. Där begreppet aktivitet tolkas på olika sätt och till stor del praktiseras efter de organisatoriska förutsättningar som råder snarare än de äldres individuella intressen.

REFERENSER

Bengtsson, Anna (2003) *Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade* Statens folkhälsoinstitut 2003:60 Sandvikens tryckeri, Sandviken

Bergstrand Bengt Olof (2006) *Den nya Socialtjänstlagen*. Falköping: Elanders Gummesson. Bokförlaget kommunlitteratur

Carlsson Thomas & Nilsson Ann (2009) *Dokumentera mera : social dokumentation inom omsorgen om äldre- och funktionshindrade* Stockholm : Gothia

Daatland S Ola (1998) *Äldreforskning och socialpolitik: Dominerande paradigm och kritiska alternativ* i Eliasson-Lappalainen Rosmari & Szebehely Marta (red) (1998) *Vad förgår och vad består? : en antologi om äldreomsorg, kvinnosyn och socialpolitik* Lund : Arkiv

Dahlin Ivanoff Synneve & Sonn Ulla (2001) *Strategier för bevarande av ADL-förmåga* i Grimby Agneta & Grimby Gunnar (red.) (2001) *Åldrandets villkor* Lund : Studentlitteratur

Dehlin Ove & Rundgren Åke (2007) *Geriatrik*, upplaga 2:1 Lund: Studentlitteratur (Polen)

Descombe Martyn (2000) *Forskningshandboken -för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* Lund: Studentlitteratur

Eljertsson, Göran (2005) *Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik* Lund: Studentlitteratur

Ellström Eva, Ekholm Bodil & Ellström Per-Erik (2003) *Verksamhetskultur och lärande : om äldreomsorgen som lärandemiljö* Lund : Studentlitteratur

Esaiasson, Peter. Gilljam, M. Oscarsson, H. Wägnerud, L (2005) *Metodpraktikan* Stockholm: Norstedts Juridik AB

Folkhälsan (091123)
<http://www.folkhalsan.fi/default.asp?path=28;32;6796;646;647>

Forsell Camilla & Zaletaeva Tatjana (2006) Examensarbete: *Äldre personers erfarenhet av engagemang i aktivitet på särskilt boende* Luleå Tekniska Universitet

Frändin Kerstin & Grimby Gunnar (2001) *Aktivitetsvanor och möjlighet till fysisk träning* i Grimby Agneta & Grimby Gunnar (red.) (2001) *Åldrandets villkor* Lund : Studentlitteratur

Grahn Patrik & Bengtsson Anna *Trädgårdsrum- rum i bostadens utemiljö* i Wijk Helle (red.) (2004) *Goda miljöer och aktiviteter för äldre* Lund : Studentlitteratur

Högseth Gunnar (2004) *Socialgerontologi* i Bondevik Margareth & Nygaard Harald (red.) *Geriatrisk : ur ett tvärprofessionellt perspektiv* (2004) Lund : Studentlitteratur

Josephson Staffan (2004) *Att skapa mening i* i Wijk Helle (red.) (2004) *Goda miljöer och aktiviteter för äldre* Lund : Studentlitteratur

Norling, Ingemar & Larsson, Eva-Lena (2004) *Ett gott och friskare liv som äldre - för en aktiv livsstil i natur och trädgård* Göteborg: Göteborgs botaniska trädgård

Norling Ingemar & Larsson Eva-Lena (2004) *Natur baserade aktivitetens betydelse* i Wijk Helle (red.) (2004) *Goda miljöer och aktiviteter för äldre* Lund : Studentlitteratur

Paulsson Jan *Rum för äldre* i Wijk Helle (red.) (2004) *Goda miljöer och aktiviteter för äldre* Lund : Studentlitteratur

Regeringen.se (091120) <http://www.regeringen.se/sb/d/8088/a/73322>

Socialstyrelsen (2004) artikelnummer 2004-123-9 *God vård i livets slut –En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. Lindesberg: Berglagens Grafiska AB

Tornstam, Lars (2004) *Åldrandets socialpsykologi*. Norstedts akademiska förlag, Stockholm

Wånell Sven Erik *Boende för äldre* i Thorslund Mats (red) & Sven Erik Wånell (2006) *Åldrandet och äldreomsorgen* Lund : Studentlitteratur

BILAGOR

Bilaga 1

Enkäten består av 14 frågor som berör ämnet aktivitet och 1 öppen fråga där Du fritt kan reflektera kring ämnet. Om utrymmet inte räcker till, skriv gärna på baksidan med hänvisning eller på annat papper. Ta den tid du behöver för att svara på frågorna.

1. Har Du tidigare hört talas om aktivitetsteorin och dess innebörd?

Var någonstans? _____

2. Vad definierar Du som aktivitet?

3. Aktiveras vårdtagarna?

4. Är det bra att aktivera vårdtagarna?

Varför är det bra/ inte bra? _____

5. Hur gör man för att vårdtagarnas önskemål om aktivitet skall komma fram?

6. Vilka aktiviteter är de vanligaste?

7. Hur ofta aktiveras vårdtagarna?

8. Sker aktivering enskilt eller i grupp?

9. Varför aktiveras vårdtagarna?

10. Upplever Du att vårdtagarna är tillfredställda med den aktivering som sker?

11. Finns det tydliga riktlinjer inom organisationen kring aktiviteter?

Hur ser de ut? _____

12. Dokumenteras genomförda aktiviteter?

13. För vem och varför dokumenterar man i så fall?

14. Är dokumentering av aktiviteter en kvalitetssäkring?

15. Övriga kommentarer eller reflektioner kring ämnet
