

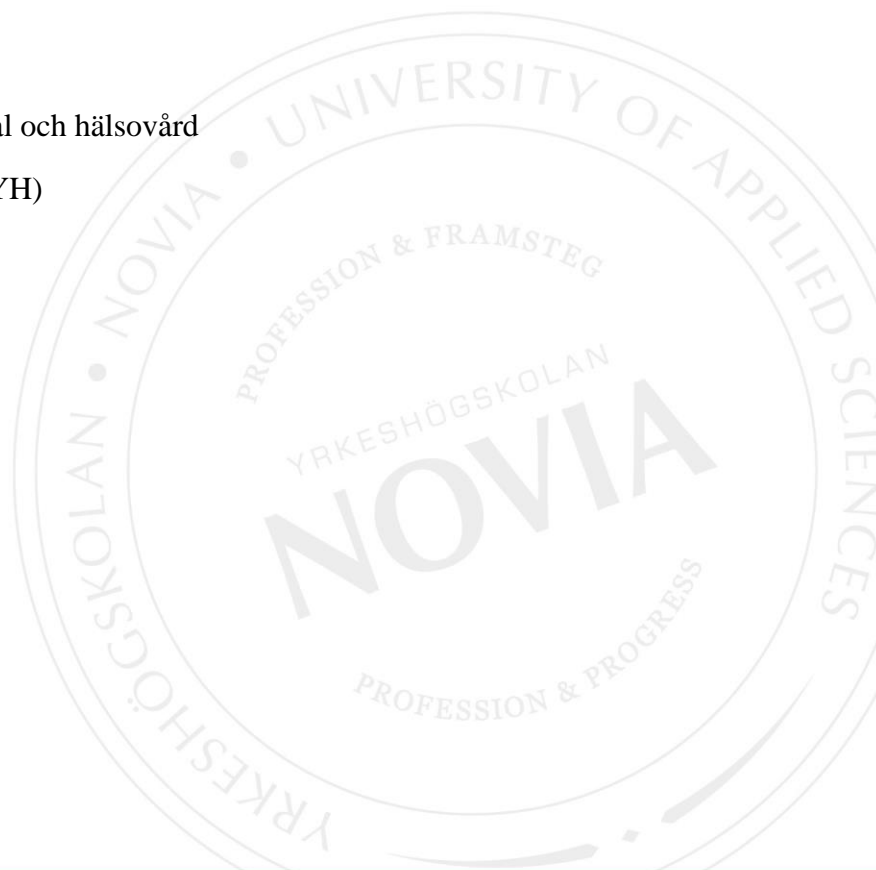
Bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning – En kvalitativ intervjustudie

Jenny Häggblom
Ronja Flygare

Examensarbete inom social och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa, 2020.



EXAMENSARBETE

Författare: Jenny Häggblom, Ronja Flygare

Utbildning och ort: Sjukskötare (YH), Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Akut klinisk vård

Handledare: Lena Sandén-Eriksson

Titel: Bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning - En kvalitativ intervjustudie

Datum 22.04.2020

Sidantal 39

Bilagor 3

Abstrakt

Syftet med denna kvalitativa studie är att skapa förståelse och kunskap om hur bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning uppfylls i vården.

Studien utförs med strukturerade intervjuer som insamlingsmetod och analyseras genom en kvalitativ innehållsanalys. Deltagarna i studien består av åtta personer som arbetar inom vården och har någon gång kommit i kontakt med eller arbetar med personer med intellektuell funktionsnedsättning. Den teoretiska utgångspunkt som används är Ida Jean Orlando's (1961) teori om reflektiv omvårdnadsprocess.

Ur resultatet framkom okunskap gällande bemötande och självbestämmanderätt men även generellt om personer med intellektuell funktionsnedsättning. Deltagarna var eniga om att ett gott bemötande uppfylls genom individualitet, likvärdighet och respektfullhet. Det framkom även att det inte är lätt att veta var gränsen går för självbestämmanderätt och detta är en tolkningsfråga.

Språk: Svenska

Nyckelord: Bemötande, Självbestämmanderätt, Intellektuell funktionsnedsättning

BACHELOR'S THESIS

Author: Jenny Häggblom, Ronja Flygare

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Acute clinical nursing care

Supervisor(s): Lena Sandén-Eriksson

Title: Social approach and autonomy of persons with intellectual disabilities- A qualitative interviewstudy

Date 22.04.2020

Number of pages 39

Appendices 3

Abstract

The purpose of this qualitative study is to create an understanding and knowledge of how the social approach and autonomy of persons with intellectual disabilities are fulfilled in care.

The study is conducted with structured interviews as a collection method and analyzed through a qualitative content analysis. The participants in the study consist of eight people who work in healthcare and at some point have been in contact with or is working with people with intellectual disabilities. The theoretical starting point used is Ida Jean Orlando's (1961) theory of reflective nursing process.

Out of the results emerged ignorance regarding the social approach and autonomy, but also generally about persons with intellectual disabilities. The participants agreed that a good social approach is met through individuality, equality and respect. It also emerged that it is not easy to know where the boundary goes for autonomy and this is an interpretation issue.

Language: Swedish

Key words: Social approach, Autonomy, Intellectual disability

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Bakgrund	2
3.1	Personer med intellektuell funktionsnedsättning.....	2
3.1.1	Downs syndrom	3
3.1.2	Autismspektrumstörning	4
3.1.3	CP-skada.....	5
3.2	Grader av intellektuell funktionsnedsättning	6
3.2.1	Lindrig intellektuell funktionsnedsättning.....	7
3.2.2	Måttlig intellektuell funktionsnedsättning.....	8
3.2.3	Grav intellektuell funktionsnedsättning.....	8
3.3	Bemötande	9
3.4	Självbestämmanderätt	10
3.5	Boendeformer.....	11
3.6	Daglig verksamhet	12
4	Teoretisk utgångspunkt.....	12
5	Kvalitativ metod.....	14
5.1	Urval av informanter.....	15
5.2	Intervju.....	15
5.3	Kvalitativ innehållsanalys	16
5.4	Etiska överväganden.....	16
6	Resultat	17
6.1	Bemötande.....	19
6.1.1	Utmaningar	19
6.1.2	Förbättringar.....	19
6.2	Självbestämmanderätt	20
6.2.1	Svårigheter	20
6.2.2	Samverkan.....	21
6.3	Fortbildning.....	21
6.3.1	Utvecklingsmöjligheter	22
7	Diskussion.....	22
7.1	Metoddiskussion.....	22
7.2	Resultatdiskussion.....	24
7.3	Slutledning.....	27
8	Källförteckning.....	28

1 Inledning

Temat för vårt examensarbete är bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, vårt intresse väcktes eftersom vi båda arbetar på något av Kårkulla samkommuns boenden runtom i Vasa. Vi har därmed mycket erfarenhet inom vården och omsorgen och har sett de orättvisor som finns i samhället mot personer med intellektuell funktionsnedsättning, vi har också upplevt och sett hur de blir bemötta på olika platser till exempel på sjukhus och annanstans i samhället. Med detta examensarbete vill vi belysa hur man ska bemöta och beakta självbestämmanderätten inom vården.

Förbundet De Utvecklingsstördas Väls (FDUV) hemsida har vi bekantat oss mycket med och fått inspiration därifrån till vårt arbete, vi kommer också att ta upp egna erfarenheter såväl som fakta från olika hemsidor på nätet och lagar som berör bemötandet och självbestämmanderätten. Vi använder oss av begreppet intellektuell funktionsnedsättning genom hela examensarbetet. FDUV är en nationell människorättsorganisation som står för frihet, delaktighet, utveckling och valmöjligheter. Detta riktar sig främst för personer med intellektuell funktionsnedsättning och deras anhöriga men också för de personer som behöver ha lite mera stöd i vardagen. Organisationen står även för att personerna och deras anhöriga skall få ha så jämlik ställning i samhället som möjligt, samt få service och stöd på eget modersmål. (FDUV, u.å.)

En annan organisation är Steg för Steg rf som arbetar för att personer med intellektuell funktionsnedsättning ska få synas och höras i samhället, grundtanken i organisationen är att alla ska få känna jämlikhet, delaktighet och ha mänskliga rättigheter. Medlemmarna i föreningen lär sig vilka rättigheter de har, diskuterar sina erfarenheter och fattar beslut om saker som känns viktigt för dem. (Steg för Steg, 2014)

Vi vill lyfta upp ämnet självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning eftersom det är ett viktigt ämne som fler borde ta lärdom av. Idag är det aktuellt med den nya FN konventionen att lyfta självbestämmande och delaktighet hos personer med funktionsnedsättning. Syftet med konventionen är att främja, skydda och säkerställa att personer med funktionsnedsättning har samma mänskliga rättigheter, grundläggande friheter och att främja respekten för deras egen värde som för alla människor i samhället. Personer med funktionsnedsättning har rätt att leva ett självständigt liv som en del av deras egen närmiljö. (Social och hälsovårdsministeriet, u.å.).

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att genom kvalitativ intervjustudie skapa förståelse och kunskap om hur bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning uppfylls i vården.

1. Vad innebär ett gott bemötande?
2. Hur uppfylls självbestämmanderätten i klienternas vardag?
3. Hur kan vårdpersonalen utveckla sin kunskap om bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning?

3 Bakgrund

I bakgrunden förklarar vi vad och hur en funktionsnedsättning kan se ut då det gäller graderna av utvecklingsnivå och hur en person fungerar med sin diagnos. Vi tar upp mera fakta om de vanligaste funktionsnedsättningarna samt vad bemötande och självbestämmanderätt betyder i praktiken. Det finns tre olika grader av intellektuell funktionsnedsättning och detta delas in i lindrig, måttlig och grav som vi beskriver mera ingående nedan.

3.1 Personer med intellektuell funktionsnedsättning

Intellektuell funktionsnedsättning är ett samlingsbegrepp som rör många olika syndrom och tillstånd som kan göra att individen behöver andras stöd och hjälp. Det kan ta längre och personen behöva mera tid att lära sig något nytt, att förstå eller helt enkelt uttrycka sina tankar och känslor. (FDUV, u.å.)

En person med intellektuell funktionsnedsättning som har brister inom det intellektuella har svårigheter med till exempel planering, konkret tänkande, omdöme och förmåga att lära sig av erfarenheter. Brister inom den adaptiva funktionsförmågan leder till att personen ej uppnår den utvecklingsmässiga och sociala förväntade nivån av ett personligt oberoende och socialt ansvarstagande. Man har med andra ord svårigheter med kommunikation, den sociala delaktigheten och självständighet. (Nylander, 2019, s. 22)

Laursen, Plos och Ivarsson (2009) beskriver i sin artikel *”Yrkeskunnande och kompetensutveckling i arbetet med vuxna individer med utvecklingsstörning – ett*

vårdarperspektiv” om hur synen förändrats inom handikappomsorgen till att vårdarens roll har blivit alltmer stöttande, förutsättningen för den individuella vården är förmågan, resurserna och viljan hos brukaren. Samhället kan inte erbjuda stödet klienterna behöver för att kunna leva ett så normalt liv som möjligt och kunna leva sitt liv precis som alla andra. Detta har grundat sig i att det är alldeles för låg utbildningsnivå och för hög personalomsättning. Det är viktigt att arbetet är givande och tillfredsställande för att klara av ansträngningar relaterat till hälsa och vidareutveckling.

I Laursen et als. artikel framgår det att genom att bredda brukarens rörelsefrihet och ge hen möjlighet att påverka sin vardag, arbetet kan då ses som en prövning och detta uppmuntrar till större känsla av ansvar och utveckling av kunskap. I artikeln används en kvalitativ intervjustudie och syftar till att kunna ge en bild av omständigheterna, egenskaperna och betydelse ur en vårdarens synvinkel. Studiens resultat var vad som behövs för att kunna åstadkomma goda levnadsvillkor och tillitsfull gemenskap gentemot klienterna, det är också viktigt att förstå klienternas behov och hur de uppfylls på bästa möjliga sätt. Laursen et al. beskriver i sin slutledning att yrkeskunnande kan också ge sig uttryck genom tyst kunskap såsom att kunna greppa det alldeles särskilda och oförutsedda, denna kunskap kan hittas i de enskilda vårdarens särdrag, i deras händer och ögon men också i deras röst. (Laursen, Plos & Ivarsson, 2009)

3.1.1 Downs syndrom

Downs syndrom orsakas av en kromosomavvikelse i nummer 21 det vill säga att individen har en tredje kromosom eller delar av den tredje medan en ”normal” individ har två kromosomer. Karakteristiska särdrag för Downs syndrom är skeva ögon, öron som ligger längre ner och handflatan har en fyrfingerfåra. (Åker, 2018).

Downs syndrom är ofta en lindrig eller medelsvår intellektuell funktionsnedsättning med ett flertal kroppsliga karakteristiska särdrag. Personer med Downs syndrom råkar vanligen ut för svag muskeltonus, munnen kan förbli öppen, tungan kan vara framskjuten, näsan är mindre, mongolveck (vid inre ögonvrån uppstår en hudflik på övre ögonlocket), överörlighet, nacken är kraftigare och personen är kortare i växten. Vanligt förekommande hos personer med Downs syndrom är djup nedstämdhet, ängslighet, rubbningar i känslolivet, tvångssyndrom och slöhet.

Hit kan det också höra ADHD, ofrivilliga ljud eller rörelser, autism och framåtskridande demens. Epilepsi uppkommer främst i personens ungdom eller då personen utvecklar

demens. Personer med Downs syndrom drabbas oftare av hastigare åldrande och med detta uppträder rubbningar i hår, skelett och rörelseförmågan. Med diagnosen Downs syndrom tillkommer också ett större begär av social medverkan. (Nylander, 2019, s. 34)

Personer med diagnosen Downs syndrom kan få allt från måttliga till akuta symtom och har större benägenhet att få hjärtproblem på grund av missbildningar i hjärtat, störningar i utvecklingen är också vanligt förekommande symtom. Den intellektuella kapaciteten är oftast nedsatt medan till exempel den känslomässiga delen är oföränderlig. Kromosomavvikelsen kan påverka många inre organ och kan ge medicinska åkommor såsom hjärtproblem, syn och hörsel förändringar, epilepsi, mera känslig för infektioner, besvär i luftvägarna och att sköldkörtelfunktionen är försvagad. Dessa kroppsliga besvär kan oftast vårdas medicinskt, vad det gäller att mogna kan personer med Downs syndromet dra stor nytta av stimulans, vardaglig träning samt habilitering. (Hjärnfonden, u.å.)

Med fosterdiagnostik kan den gravida kvinnan undersökas för att påträffa ifall det finns något avvikande hos fostret, dessa granskningar erbjuds gratis åt alla gravida kvinnor. På 1970-talet infördes fosterscreeningen och granskningarna av kromosomavvikningar i Finland. Tillvägagångssättet av fosterdiagnostik har förbättrats och nyttjandet av fosterscreeningen har utökats och blev lagstadgad år 2007. Vid onormalt utfall kan man noggrant testa fostrets kromosomer tack vare fostervattenprov eller ett prov från kvinnans moderkaka. Vid dessa prov finns det en 0,5-1 procents chans för kvinnan att få ett missfall. (FDUV, u.å.)

3.1.2 Autismspektrumstörning

Autism är en medfödd funktionsnedsättning som innebär neurobiologisk störning i det centrala nervsystemets utveckling. Autism upptäcks oftast då barnet borde börja lära sig kommunicera, därför kan en diagnos oftast först vara möjlig att ställas då barnet är runt 1½ år gammalt. (Finlands Svenska Autism & Aspberger Förening, u.å.). Autism är en av diagnoserna inom autismspektrumet som också omfattar Aspergers syndrom, Atypisk autism och Desintegrativ störning. Vanliga symtom är avvikande sinnesreaktioner, aktivitetsnivå, ätbeteende, självskadebeteende, tics och sömnavvikelser. (Klasén McGrath, 2009).

Det är vanligt att personer med autism också har andra sjukdomar och funktionshinder som påverkar förmågan att klara vardagen. Det är svårt att avgöra om personen med autism har

en ytterligare diagnos eftersom många syndrom har likartade symtom som autism, till exempel ADHD och OCD även kallat tvångssyndrom. (Dahlgren, 2019, s. 32)

Andra kombinerade utvecklingsstörningar, epilepsi, syn- och hörselnedsättning samt talsvårigheter uppkommer ofta i samband med autism. Uppskattningsvis har 80% av individer som får diagnosen ett IQ på under 70. (Klasén McGrath, 2009). Personer med autism har grundläggande svårigheter att uppfatta och använda helheter samt sammanhang, vilket påverkar deras tolkning av information i samhället. Detta gäller speciellt i sociala situationer, där förståelse är av största vikt. (Nylander, 2019, s. 114)

När man undersöker om ett barn har autism finns det sju symtom som är fördelade i två huvudkriterier. Tre symtom finns under det första huvudkriteriet som rör barnets förmåga att samspela och kommunicera på ett ömsesidigt sätt med andra personer. Övriga fyra symtom finns under det andra huvudkriteriet som rör barnets beteenden, aktiviteter och intressen. För att man skall kunna diagnostiseras med autism krävs det att man uppvisar tre symtom inom kriteriet samspel och kommunikation samt minst två symtom från området som rör beteende, aktiviteter och intressen. (Dahlgren, 2019, s. 30)

Lorna Wings symtomtriad, även kallat Wings triad är ett försök att beskriva vad som är gemensamt för alla personer som har en autismdiagnos, oavsett begåvningsnivå. Triaden utvecklades av forskarna Lorna Wing och Judith Gould i slutet av 1970-talet. De tre områdena är huvudrubriker i diagnosmanualen ICD-10. (Västerbro, 2015). Det finns två internationella manualer som används vid diagnostisering av tillstånd inom autismspektrumet, dessa är kallade DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), som ges ut av amerikanska psykiatrisällskapet och ICD-10 (International Classification of Diseases) som ges ut av Världshälsoorganisationen. (Klasén McGrath 2009).

3.1.3 CP-skada

CP-skada eller cerebral pares är ett paraplybegrepp för ett funktionshinder som uppkommit av en defekt eller en rubbning i tillväxten och mognaden medan hjärnan ännu utvecklas. Skadan kan uppkomma under kvinnans graviditet, vid förlossningen eller före barnet har fyllt två år. De understödande faktorerna är infektioner, störningar i cirkulationen, blodutgjutningar, ärftliga komponenter, stopp i utvecklingen men också för tidig födsel kan påverka. Barn som har en CP-skada har också en fördröjd förbättring i rörelseförmågan och

under barnets mognad uppkommer olika symtom vilket visar var i hjärnan defekten ligger och när den ägde rum. (Hjärnfonden, u.å.)

Personer med cerebral pares kan också ha andra funktionshinder såsom avvikelser i uppfattningsförmågan, svårigheter att prata, försämrad eller skadad syn men också intellektuell funktionsnedsättning. Funktionshindret delas in i spastisk CP vilket är den som oftast är förekommande av de tre, med denna typ uppkommer en intensifierad muskeltonus som drabbar hela eller någon del av kroppen, kroppsrorelserna är problematiska att behärska. Med dyskinetisk CP menas att det vanligt att barnets kroppsrorelser blir omedvetna och det går inte att behärska muskeltonusen, reflexer som uppstår vid nyföddhet kan bli kvarlämnade och de kommer att utgöra en stor bidragande faktor till att det inte går att kontrollera kroppsrorelserna. Barn med ataktisk CP har problem att kontrollera kroppsrorelsernas styrka och omfattning, med detta tillkommer också försämrat balanssinne, ostadighet och muskeltonusen är mycket försämrad. (Hjärnfonden, u.å.)

Att få en diagnos kan vara långvarig då barnens tillväxt ser så olika ut om de är yngre än ett år och ibland kan det ta flera år att utreda ifall barnet har en funktionsnedsättning. Ingen behandling av CP-skada kan kureras men däremot kan den göra symtomen mildare. Då barnet blir äldre och mognaden gör framsteg förvandlas också symtomen och då kan planeringen av den efterföljande behandlingen fortgå. Effekterna kan reduceras hos barnet med träning och stimulans, habiliteringen är också mycket viktigt i behandlingen. (Hjärnfonden, u.å.)

3.2 Grader av intellektuell funktionsnedsättning

Intellektuell funktionsnedsättning kallades tidigare för utvecklingsstörning. En person som har en intellektuell funktionsnedsättning behöver oftast mer tid och stöd än andra för att lära sig saker, förstå sammanhang och utvecklas i sin egen takt. Problemen vid intellektuell funktionsnedsättning märks och blir mer tydliga i olika skeden av utvecklingen beroende på hur omfattande de är. Ibland ser man att det finns något avvikande redan vid födseln, medan i andra fall märker man gradvis en försening i utvecklingen jämfört med jämnåriga. En kritisk tidpunkt är skolstarten, då det kan bli aktuellt att utreda om individen bör få extra hjälp eller stöd i skolan eller flytta till en särskola. (Socialstyrelsen, 2017)

Intellektuell funktionsnedsättning innebär en nedsättning av intelligensen kombinerat med svårigheter att klara vardagslivet självständigt. Detta varierar dock i vilken utsträckning den sociala kompetensen eller det adaptiva beteendet betonas i förhållande till intelligens eller begåvning. (Granlund & Göransson, 2019, s. 12)

Diagnosen intellektuell funktionsnedsättning fastställs vid en psykologutredning. Utredningen inleds med en noggrann kartläggning av hur personen utvecklats under uppväxten och när avvikelser från den normala utvecklingen först märkts av. Till följd av detta genomförs tester för att fastställa olika slags kognitiva färdigheter som har betydelse för inläring och skolutbildning. Dessutom görs en skattning av färdigheter från det vardagliga livet. Informationen sammanfattas i ett utlåtande som beskriver styrkor och svårigheter. Om det visar sig att kriterierna är uppfyllda fastställs diagnos. (Infoteket om funktionshinder, 2019).

Det finns två olika diagnostiska system ICD-10 och DSM-5. Båda är system för statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar. Det finns flera skillnader mellan båda systemen. Till exempel används begreppet intellektuell funktionsnedsättning i DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som är utgivet av den amerikanska psykiatriska föreningen, APA. I den svenska översättningen av ICD-10, som är utgivet av Världshälsoorganisationen, WHO används begreppet utvecklingsstörning. Det finns även skillnader på autismområdet. (Socialstyrelsen, 2017).

3.2.1 Lindrig intellektuell funktionsnedsättning

Förskolebarn behöver inte visa tydliga brister i det kognitiva beteendet. Skolbarn samt vuxna visar inläringssvårigheter som färdigheter inom läsning, skrivning, räkning, förståelse av tid och hantering av pengar, vilket medför behov av stöd för att kunna klara av åldersrelaterade förväntningar. Hos vuxna finns funktionsnedsättning gällande tänkande, exekutiva färdigheter såsom planering, prioritering, kognitiv flexibilitet och korttidsminne. Sättet att ta sig an problem och problemlösning visar sig vara avvikande jämfört med jämnåriga. Individen kan uppfattas som omogen i sociala interaktioner jämfört med normalutvecklade jämnåriga.

Svårigheter med kommunikation, uttryckning och att reglera känslor och beteende finns. Förståelse av risker i sociala situationer är begränsade och individen kan vara i större risk att bli manipulerad på grund av sin god-trohet. Individen kan fungera självständigt gällande hygien och omvårdnad av sig själv. Stöd kan behövas för mera avancerade sysslor såsom att handla, använda allmän kommunikation, sköta hushåll, göra mångsidig och näringsrik kost, ha hand om räkningar och handskas med ekonomin. Stöd krävs oftast i samband med hälsofrågor och juridiska frågor och om individen ska kunna klara av att bilda familj. (Kindwall, 2015).

3.2.2 Måttlig intellektuell funktionsnedsättning

Under hela utvecklingen går den kognitiva förmågan långsammare jämfört med jämnårigas. Förskolebarn utvecklas långsammare i språk och kunskaper. Skolbarn utvecklas långsammare i förmågan att läsa, skriva, räkna och ha förståelse av tid samt hantering av pengar. Hos vuxna ligger inlärningsförmågan på en grundläggande nivå och stöd krävs vid särskilda kunskaper i arbete och privatliv. Ett dagligt stöd krävs för att individen ska klara av förståelsebaserade och vardagliga uppgifter. Individen har ett märkbart avvikande gentemot jämnåriga i det sociala och kommunikativa beteendet under hela utvecklingen. Det finns förmåga att grunda relationer, vilket kan visa sig i familje- och vänskapsband. Individen kan ha stabila vänskapsrelationer hela livet och ibland även kärleksförhållanden. Det är emellanåt vanligt med svårigheter att uppfatta eller tolka sociala signaler korrekt. Beslutsförmågan har tydliga begränsningar, därför kan det vara bra med en stödperson.

Socialt och kommunikativt stöd behövs för att individen ska kunna fungera i arbetssammanhang. Individen kan klara av vardagliga behov såsom att äta, på- och avklädning, toalettbesök samt hygienomskötsel, men för att självständigt klara dessa saker behövs en långvarig handledning och uppmaning. Arbete som ställer begränsade krav på förståelse och kommunikation kan vara möjligt men förutsätter stöd från kollegor, arbetsledare och avseende i hur uppgifter ska utföras, att passa tider, transport samt hantering av ekonomi. Individen kan delta i varierande fritidsaktiviteter. Hos en betydande minoritet av individer med medelsvår intellektuell funktionsnedsättning förekommer oanpassningsbart beteende som orsakar sociala problem. (Kindwall, 2015).

3.2.3 Grav intellektuell funktionsnedsättning

Förmågan att utveckla konkreta kognitiva färdigheter är påtagligt begränsad. Individen kan ha omfattande svårigheter att förstå skrift, innebörd av tid, siffror och ekonomi. Vårdpersonal måste ge ett livslångt stöd för problemlösning i vardagen. Individen kan klara av att använda föremål på ett målinriktat sätt vid egenomsorg, arbete och avkoppling. Samtidigt förekommande motoriska och sensoriska funktionsbegränsningar kan emellertid förhindra att personen använder saker på ett ändamålsenligt sätt. (Kindwall, 2015).

Individen har påtagliga begränsningar i sitt ordförråd samt med grammatik. Talförmågan kan bestå av enstaka ord eller korta fraser som förstärks med tonfall, styrka och gester. Man kan även använda sig av symboler och individen söker kontakt och besvarar socialt samspel via gester eller miner. Språket används mer för social kommunikation än för att ge

förklaringar. Relationer till anhöriga och närstående skänker både glädje och stöd. (Kindwall, 2015).

Individen behöver stöd vid alla vardagliga aktiviteter såsom måltid, på- och avklädning, hygienskötsel och dusch samt toalettbesök. Det behövs alltid tillsyn. Individen kan inte fatta ansvarsfulla beslut gällande sitt eget eller andras välbefinnande. Hos vuxna är ständigt stöd och hjälp en förutsättning för att personen ska kunna delta i uppgifter i hemmet, på fritiden och i arbete. Inom alla områden förutsätter utveckling av färdigheter långvarig handledning och övning. Hos en betydande minoritet av dessa individer förekommer maladaptivt beteende, även självskadebeteende. (Kindwall, 2015).

3.3 Bemötande

Personer med intellektuell funktionsnedsättning har också den fullständiga rättigheten att vara involverade i samhället som vilken människa som helst. Ett bra bemötande är utgångspunkten för att kunna vara delaktig och ha självbestämmanderätt för personer med intellektuell funktionsnedsättning. De mest betydelsefulla orden i mötet och i arbetet med personer med funktionshinder är inverkan, att vara till hands, medverkan, sammanhang samt helhetsbild. (Socialstyrelsen, 2017)

Enligt Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) har var och en som bor i Finland rätt att utan orättvis behandling få den vård hen behöver och patienten har rätt att hälsovården och sjukvården är av god standard. En god omvårdnad löper följsamt och är ett säkert förlopp, patienten ska behandlas och vårdas med värdighet, patientens integritet ska värderas och i mån av möjlighet tas hänsyn till patientens modersmål och kultur. En god kvalitet på omvårdnaden utgår från att patienten vårdas både opartiskt och partiskt detta betyder att vården ska vara medicinskt grundad och evidensbaserad men också att patientens intryck av god vård uppmärksammas. (VCS, 2019) Patienten har rätt att få ett gott, hänsynsfullt och sakligt bemötande men det skall också tas i beaktande att patientens människovärde inte vanhedras. De individuella behoven skall beaktas så långt det går. (HUS, u.å.) Den första lagen som har med bemötandet av personer med intellektuell funktionsnedsättning är Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) lagens syfte är att främja klientmedverkan och förtroendefulla klientrelationer, samt rätten till god service och gott bemötande inom socialvården. (Finlex, 2000). Den andra lagen som har med bemötandet att göra är Diskrimineringslag (1325/2014) och lagens syfte

är att främja likabehandling, förebygga diskriminering samt effektivisera rättssäkerheten för den som utsatts för diskriminering. (Finlex, 2014).

3.4 Självbestämmanderätt

Självbestämmande är en mänsklig rättighet. Alla individer har självbestämmanderätt trots sjukdom, nedsättning eller annat hinder. Det innebär rätt till likabehandling, personlig frihet och integritet. FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning befäster fulla och lika mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för personer med funktionsnedsättning. De ska få dessa rättigheter och friheter tillgodosedda fullt ut utan diskriminering. Självbestämmande för personer med intellektuell funktionsnedsättning betyder att individen har rätt att besluta om sitt eget liv och saker som berör en själv samt att både anhöriga och personal stöder och handleder personerna som behöver assistans. Stödet och handledningen innebär att konkretisera och förtydliga så att saker och ting blir förståeliga. Det är viktigt att använda den form av kommunikation som personen förstår.

Självbestämmande för personer med funktionsnedsättning aktualiserades i juni 2016 i samband med att Finland fastställde FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Då uppdaterades specialomsorgslagen med en paragraf om hur självbestämmandet stöds och där begränsningsåtgärder beskrivs. En ny lag om självbestämmande är under arbete. (FDUV, u.å.)

Björnsdóttir, Stefánsdóttir och Stefánsdóttir (2014) beskriver i sin artikel " *'It's my life': Autonomy and people with intellectual disabilities.* " om självbestämmanderätten i relation till privatliv, vilket är hem och dagliga aktiviteter. Artikeln visar hur systemet har förbättrats med tiden och maktmissbruket har minskats. Artikeln visar också att den assistans som personer med intellektuell funktionsnedsättning får i sina hem efterliknar egenskaper som fås på en avdelning och det är ofta förknippat med ett förminskande synsätt både från personal och anhöriga. Forskningsresultaten påvisar att personer med intellektuell funktionsnedsättning kan med tillräckligt stöd utveckla självbestämmanderätt och göra sina egna val. Björnsdóttir et al. 2014 använde sig av en kvalitativ datainsamling som metod för sin forskning med hjälp av intervjuer men också observationer av deltagarna i deras naturliga miljö.

Resultatet tyder på hur personer med intellektuell funktionsnedsättning gör sina val självständigt beroende på deras relation till sina vårdare och kvaliteten på det stöd de får. (Björnsdóttir, Stefánsdóttir & Stefánsdóttir, 2014) Lagen som har med självbestämmanderätt

hos personer med intellektuell funktionsnedsättning är Socialvårdslag (1301/2014) och dennes syfte är att understöda och bevara välfärden och den sociala tryggheten, minska bristande jämlikhet och understöda delaktigheten, kunna så jämlikt som möjligt trygga en nödvändig, tillfredsställande och förstklassig socialservice och att kunna understöda klientorienteringen och att klienten har rätt till god service och gott bemötande. (Finlex, 2014)

3.5 Boendeformer

Det finns många olika boendeformer som erbjuds och som kan ansökas om för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Det finns självständigt boende med stöd där personerna kan bo i en vanlig bostad som hen hyr eller besitter. Den andra formen är fortgående boendeservice i boendeenhet, detta kan vara ett kollektiv där personen hyr ett rum som har en egen toalett men har gemensamt kök, vardagsrum och bastu med de övriga personerna som bor i kollektivet. Det kan också slås ihop med lägenheter där personerna ska klara sig mera på egen hand och är inte i behov av lika mycket stöd som de i kollektivet. I vissa fall kan flera lägenheter bilda en boendeenhet där det ska finnas en plats för gemenskap. Med temporär boendeservice avses korttidsvård, boendeträning och internatboende för att personerna ska träna att klara sig själv och träna på boendet de vanligaste vardagliga sysslorna. (Kårkulla, 2019)

Kåhlin, Kjellberg och Hagberg (2014) beskriver i sin artikel "*Staff experiences of participation in everyday life of older people with intellectual disability who live in group homes*" om personalens erfarenheter som rör vardagen för äldre personer med intellektuell funktionsnedsättning och bor i grupphem. Delaktigheten i vardagen har både personliga och opersonliga omfattningar, vilket inverkar på en persons vilja, förmåga och tillgång. Studiens startpunkt var förståelsen av delaktighet. Äldre individer med intellektuell funktionsnedsättning verkar vara i större risk för att deras delaktighet i vardagen minskar än hur den yngre generationen har det. Studien syftar till att undersöka hur personalstyrkan i grupphemmen för personer med intellektuell funktionsnedsättning upplever delaktigheten och vad det betyder för den äldre. Ett grupphem bör uppfylla att varje individ med intellektuell funktionsnedsättning har goda levnadsvillkor, eftersom alla individer har rätt till självbestämmanderätt och integritet. Studien byggs på en kvalitativ datainsamling, vilket baserar sig på intervjuer. Resultatet som tas upp i Kåhlin et als. artikel från 2014 handlar om att delaktigheten innefattar både att göra och känna, samt beskriver faktorer som påverkar den antingen positivt eller negativt. (Kåhlin, Kjellberg & Hagberg, 2014)

Det finns en lag som hör ihop med boendeformerna och det är Lag angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977) och syftet med dessa specialomsorger är att hjälpa dessa människor i det dagliga livet, att låta personen självständigt försörja sig, att de anpassar sig till samhället och att försäkra den vård och omsorg hen behöver. (Finlex, 1977).

3.6 Daglig verksamhet

Kårkulla samkommun erbjuder verksamhet som främjar delaktighet och sysselsättning. Inom verksamheten tillgodoses personens behov av att vara aktiv, det erbjuds arbete/sysselsättning, varierande erfarenheter och utvecklande av upplevelser i en stimulerande miljö. Det ges möjlighet till sociala kontakter med andra personer, grupper och olika situationer i samhället. En socialpedagogisk arbetsmetod används där inläringen sker genom erbjudande av arbete, vuxenundervisning, alternativ verksamhet och behovsrelaterade upplevelser med beaktande av var och ens förutsättningar i praktiken. (Kårkulla, 2019) Lag om service och stöd på grund av handikapp (handikappservicelagen) (380/1987) och dess syfte är att underlätta personer med intellektuell funktionsnedsättning förutsättning att leva sitt liv, att kunna fungera som likvärdiga medlemmar i samhället och förebygga och eliminera besvär och hinder som diagnosen medför. (Finlex, 1987).

4 Teoretisk utgångspunkt

Vi använder oss av Ida Jean Orlandos teori om en reflektiv omvårdnadsprocess eftersom den belyser interaktionen mellan sjuksköterska och patientrelation och olika aspekter från området. Det är praktiskt att använda Orlandos teori i vården eftersom det ligger till grund för ett gott bemötande och hur vi kan utveckla oss för att ge så god vård som möjligt. Vi ansåg att teorin lämpar sig till vårt tema och vi ville veta mera om den för att få en större uppfattning av hur vi kan tillämpa den i examensarbetet.

Inom vården skulle denna teori också vara passande att implementera för i de flesta fall vårdas klienten bara och inte människan så det finns mycket att lära då det kommer till att ta hand om hela människan och se den också och inte bara sjukdomen, syndromet eller medicinen.

Orlando i *“The dynamic nurse-patient relationship”* från år 1990 menar hon att inom två till fem år måste sjuksköterskan tillämpa sig en bred baskunskap, alla medicinska specialiteter samt den mentala- och folkhälsan. Den kunskapen sjuksköterskan får är relaterad till individer, deras miljö och deras hälsa. Det är viktigt för sjuksköterskan att kunna

skilja på hennes uppfattning om generella principer och meningen med den som hon måste upptäcka i den omedelbara vårdsituationen för att kunna hjälpa patienten. (Orlando, 1990, s. 1-2)

Meningen med vården är att tillämpa den hjälp patienten behöver för att dennes behov skall vara tillfredsställda. Sjukskötaren uppnår hennes mening genom att påbörja med en process för att fastställa patientens omedelbara behov och hjälper till att tillgodose behovet direkt eller indirekt. Hon tillgodoser det direkt när patienten är oförmögen att tillgodose sina egna behov och indirekt är när hon hjälper patienten upprätthålla dennes egna förmåga att tillgodose sina behov. (Orlando, 1990, s. 9)

Bemötandet och omvårdnaden är viktigt då det gäller att vårda hela patienten, interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten har lika stor del i detta då det gäller att kunna läsa av varandra och sjuksköterskan ska kunna bedöma hur patienten reagerar på olika saker.

Orlandos teori strävar till att fokuset riktas till patientens upplevelser av sin situation och vilken nytta sjukskötarens handlingar har och riktas från den medicinska diagnosen och deras automatiska handlingar som beslutades utan patientens samråd. Hon är en av de få omvårdnadsteoretiker som inkluderar patientens aktiva deltagande i sin teori och den har blivit en del av många sjuksköterskors sätt att tänka och agera. (Rooke, 1995, s.123).

Ju bredare sjuksköternas kunskap är, desto fler resurser kan hen använda för att hjälpa patienten. Oberoende av ursprunget till Orlandos teori, är det alltid patienten som står i centrum i hennes teoretiska tänkande. Enligt Orlando krävs professionell omvårdnad då orsaken till den bristande förmågan att vårda sig själv är okänd för individen eller sjuksköterskan. Teorin bidrog avsevärt till att rikta omvårdnadens fokus från medicinsk assistentverksamhet till utforskande och tillfredsställande av patientens omedelbara behov. (Rooke, 1995, s. 126-127).

De centrala begreppen i teorin är den professionella omvårdnadens funktion, patientens beteende, den omedelbara reaktionen, den reflektiva omvårdnadsprocessen och den automatiska personliga reaktionen. Den professionella omvårdnadens funktion är det viktigaste strukturella begreppet i Orlandos teori. Omvårdnadens funktion består av att utforska och tillgodose patientens omedelbara hjälpbehov. Detta bör inte förväxlas med de grundläggande mänskliga behoven. Patientens beteende kan anta följande former: verbala (frågor, önskemål), icke-verbala (hostningar, skrik), övriga icke-verbala (tårar i ögonen,

hudfärg). Patientens beteende stimulerar sjuksköterskans observationer och är därmed utgångspunkten för sjuksköterskans utredning.

De första tre stadierna utgör tillsammans personens omedelbara icke observerbara reaktion. Orlando beaktar den omedelbara reaktionen unik för varje situation. Sjuksköterskans iakttagelser, tankar och känslor rörande patientens beteende speglar sjuksköterskans egen personlighet.

Orlandos reflektiva omvårdnadsprocess speglar hennes syn på sjuksköterska-patientsituationen som en dynamisk helhet, där patientens beteende påverkar sjuksköterskan och dennes beteende påverkar patienten. En medveten omvårdnadshandling kräver en gemensam kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten där man kommer fram till innebörden i patients beteende vilken hjälp patienten behöver, och hur patienten blev hjälpt av sjuksköterskans behandling.

Orlando hävdar att de automatiska reaktioner och handlingar som finns i varje omvårdnadssituation ofta ger upphov till oklar kommunikation som i sin tur leder till konflikter. Orlando definierar automatiska personliga reaktioner som reaktioner som sjuksköterskan beslutar på egen hand utan att ta hänsyn till patientens syn på situationen. (Rooke, 1995, s. 135-145).

5 Kvalitativ metod

Kvalitativ metod har sin grund i deltagarens upplevelser av en händelse. (Marshall & Rossman, 2016, s. 111) I en erfarenhet finns det inget som är ett självklart faktum eller något som är inkorrekt. Syftet med den kvalitativa forskningen är att den förekommer i händelsens vardagliga miljö. (Rossman & Rallis, 2012, s. 111) Kvalitativ data kan insamlas med till exempel intervjuer, där deltagarens uttalande, upplevelser och beskrivningar blir föremål för analysen. (Henricson & Billhult, 2017, s.112)

Kvalitativ metod som innefattar en intervjustudie passar bra för vårt examensarbete med tanke på att vi vill få fram vårdpersonalens erfarenheter och tankar kring personer med intellektuell funktionsnedsättning. En strukturerad intervjustudie med öppna frågor har vi som utgångspunkt, det går ut på att intervjuaren ställer frågorna på samma sätt till alla informanter. I en strukturerad intervjustudie finns både öppna frågor som ökar kunskap men även ja och nej frågor. Det är tidskrävande att framställa frågor till denna typ av studie, men det har sin förmån då man sammanställer materialet till analysen. Intervjun bör ha ett

specifikt syfte och en mall av samspelet mellan den som intervjuar och deltagaren. Frågorna är av stor vikt, för att detta samspel skall uppnås. (Danielson, 2017, s.143-145).

5.1 Urval av informanter

Studien riktar sig främst till vårdpersonal. Vi har i första hand nått ut till vårdpersonal inom primärvården för att få höra deras synpunkter på ämnet. Intervjun var frivillig, vi har nått ut till åtta deltagare för att få svar på frågeställningarna och samla ihop information till vår analys. Vi riktar oss till deltagare från olika vårdinrättningar, till exempel en hälsovårdscentral i Österbotten och några stycken utbildade inom eller personal som arbetar med personer med intellektuell funktionsnedsättning, som till exempel på Kårkulla samkommun.

Vi vill få fram olika erfarenheter i vår studie för att få fram olika synsätt på ämnet. Våra deltagare består av kvinnor i åldern 27-59 år, tre av dem är sjuksköterskor, två av dem är socionomer varav en utbildar sig till högre YH, två av dem är närvårdare och en av dem är primärskötare, allt som allt åtta deltagare med flera olika utbildningar. Vi fick tag i tre deltagare från en hälsovårdscentral i Österbotten och resterande fem deltagare fick vi tag i från olika boenden inom Kårkulla samkommun i Österbotten.

5.2 Intervju

För att samla in kvalitativa data används till exempel intervjuer, bloggar, berättelser, fokusgrupper och deltagandes observation. Forskaren ses som en medskapare av texten i en intervjustudie, vilket innebär att resultatet inte kan ses som oberoende av forskaren. Vid kvalitativ metod är forskaren flexibel och följsam mot deltagare, miljö och de förändringar som eventuellt kan ske under datainsamlingen. Det finns ingen absolut sanning eller heller inget som är fel i en erfarenhet. (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2016, s. 115). Vi använder oss av en intervjustudie inom ämnet för att få all den information som vi söker av våra deltagare. Frågorna byggde vi upp specifikt och delades in i olika områden för att få svar på studiens syfte. Områdena innefattar bemötande och självbestämmanderätten, samt fortbildning inom ämnet. Vi gör frågorna enkla, konkreta och korta så att de är lättförståeliga. Vi vill att deltagaren har möjlighet att utveckla sina svar, så vi valde få ja/nej frågor. Med frågorna vill vi väcka tankar och funderingar hos deltagarna och att de skulle behöva fundera lite extra på dem. Vi vill också få fram ifall det finns okunskap inom området och försöka få fram deltagarens åsikter om vad som händer på enheten samt i samhället.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Vid kvalitativ innehållsanalys av intervjustexten kan man strukturera upp ett analyschema där alla intervjuer kodas och numreras. Analyschemat sorteras enligt text, meningsenheter, koder, huvudkategorier och underkategorier, detta fungerar som ett stöd vid den fortsatta innehållsanalysen. (Danielson, 2017, s.292) Innehållsanalysen beskrivs enligt Berelson (1952) som en metod för ett sakligt, metodiskt sökande och en kvantitativ anpassning av tydligt innehåll i dialogen. Krippendorff (2013) ser också innehållsanalysen som en metod där ursprunget är behandlandet av texter kvantitativt i massmedia utgår ifrån budskapet, markeras nuförtiden inte bara texter utan även annat innehåll och andra typer av data till exempel dagböcker och intervjuer. (Danielson, 2017, s.286) Innehållsanalysen kan utföras induktivt det vill säga att utgå ifrån innehållet i texten men den kan också utföras deduktivt vilket betyder att analysen utgår ifrån en fast teori eller modell. (Hsieh & Shannon, 2005; Elo & Kyngäs, 2007, s.290)

Dataanalysmetoden eller innehållsanalysen börjar med att vi har samlat ihop material från intervjustudierna och analyserat det. Genom att analysera materialet uppstår olika kategorier eller centrala teman som stöder och ger svar på forskningsfrågorna. Med hjälp av dessa kategorier kan även likheter mellan innehållet i studien kartläggas och på detta sätt kan man få en klar översikt av innehållet och komma fram till ett resultat av studien. Vi använder oss av våra frågeställningar då vi analyserar resultatet och ur detta resultat framgår sedan huvudkategorier och underkategorier.

5.4 Etiska överväganden

Forskningsetiken går ut på att bevara alla deltagares lika värde, integritet och självbestämmande. Denna etiska aspekt används genom hela examensarbetet, från väljandet av tema till genomförandet och analysen. Deltagaren bemöts med respekt oavsett om hen deltar i studien eller ej. Forskningsetiken används också för att bevara forskningens rykte samt samhällets tillit för högskoleutbildning. (Kjellström, 2017, s.57) Konfidentialiteten indelas i två delar vilka består av att förvara insamlat data på ett säkert sätt där obehöriga ej har tillgång, den andra delen består av att insamlat data framförs så att det inte kan återkopplas till en skild deltagare. (Kjellström, 2017, s.73)

Vi beaktar sekretessen då det kommer till att personliga uppgifter inte kommer ut. Vi har behandlat intervjumaterialet konfidentiellt. Deltagarna i studien informeras om studien och vad den innebär, de ska känna till frivilligheten att delta i studien. I informationsbrevet har

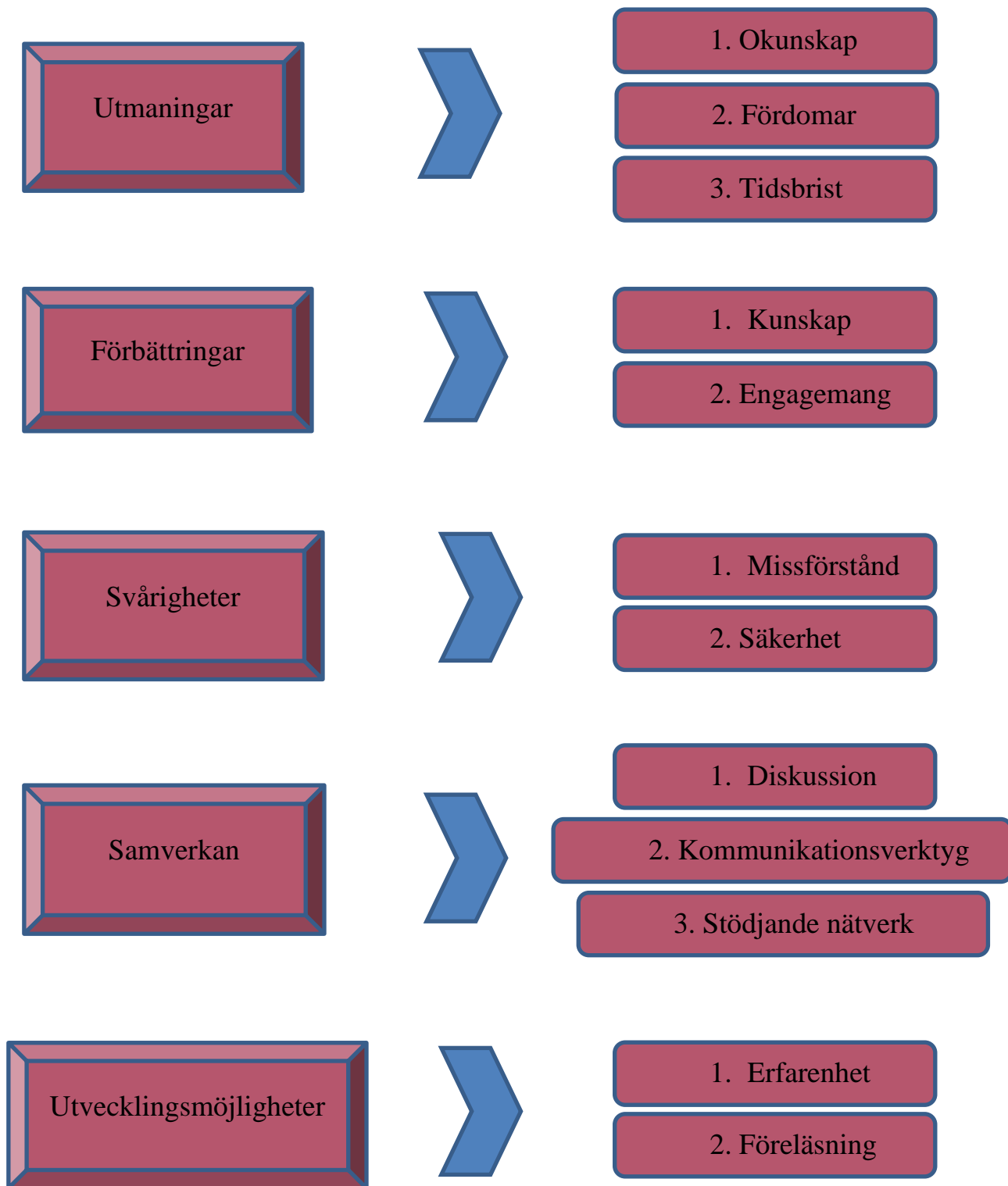
det kommit fram mera om de etiska överväganden vi använder oss av i våra intervjuer. Vi bandar in intervjuerna och informerat deltagarna om att materialet förstörs efter vi analyserat klart. Vi informerar även deltagarna att de har rätt att avbryta när som helst under intervjun. Före våra intervjuer har vi begärt om underskrift av samtyckesblanketten och förvarar dem oåtkomligt för obehöriga. Innan vi började intervjuar fick deltagarna ett informationsbrev (bilaga 1) och undertecknade ett samtycke (bilaga 2). Intervjufrågorna (bilaga 3) hade på förhand blivit godkända av vår handledande lärare i skolan.

6 Resultat

I detta kapitel presenterar vi resultaten från våra intervjuer som vi fått fram genom kvalitativ innehållsanalys. Av resultatet framgår fem huvudkategorier vilka är: Utmaningar, Förbättringar, Svårigheter, Samverkan och Utvecklingsmöjligheter. Under varje huvudkategori uppstår sammanhörande underkategorier. Utgående från den första frågeställningen om bemötande bildas två huvudkategorier samt fem underkategorier. Från den andra frågeställningen om självbestämmanderätt bildas två huvudkategorier och fem underkategorier. Ur den tredje och sista frågeställningen om fortbildning bildas en huvudkategori och två underkategorier.

Av de sjukskötare som vi intervjuat i studien upplevde alla svårigheter med både bemötandet och självbestämmanderätten eftersom de inte fått tillräcklig information eller kunskap inom handikappomsorgen. Huvudkategorierna består av deltagarnas upplevelser, berättelser och åsikter som vi sammanställt. Kategorierna innehåller citat från intervjuerna. Citaten är skrivna med kursiverad stil. Nedan beskriver vi närmare hur kategorierna blivit strukturerade enligt resultatet från innehållsanalysen. Av bilden framgår det hur de fem huvudkategorierna är sammankopplade med tillhörande underkategorier.

Huvudkategorier och underkategorier



6.1 Bemötande

Den första frågeställningen baserar sig på hur vårdpersonal på olika vårdinrättningar upplever vad ett gott bemötande innebär. Deltagarna fick möjligheten att fritt berätta om sina egna upplevelser och erfarenheter av bemötandet av personer med intellektuell funktionsnedsättning. Alla deltagare var eniga om att ett gott bemötande uppfylls genom individualitet, likvärdighet och respektfullhet. Våra frågor handlar om upplevelser av bemötande, svårigheter och bristfällighet då det beträffar bemötandet samt vilka förbättringar som kan göras både inom vården och i samhället. Utgående från dessa frågor och svar uppkom två huvudkategorier som består av: Utmaningar och Förbättringar.

6.1.1 Utmaningar

Av våra deltagare upplevde de flesta att svårigheter beträffande bemötandet uppkommer oftast vid tidsbrist, stress, låg personalstyrka, utbildad personal eller okunskap överlag, både inom arbetsplatsen och i samhället. Vi fick även höra att fördomar är ett stort problem mot personer med intellektuell funktionsnedsättning. Enligt deltagarna uppkommer fördomar på grund av rädsla och okunskap. Av de informanter som är sjuksköterskor känner de sig otillräckliga samt obekväma inför att jobba med personer med intellektuell funktionsnedsättning på grund av för lite fortbildning inom området, medan vårdpersonalen inom handikappomsorgen menar att man måste lära känna klienterna samt att alla individer kan kommunicera, man måste bara vilja förstå dem.

”På central sjukhuse kommer vi tid me en som e handikappa så var int di riktit bra bemött, e e som int di sku lägg rikti värde på teje människona som di sku måst, e e lite hede att di talar över hovo påddom”

”ja ha upplevt att folk ha gått över ti andra sidan trottoaren då man ha vari ut på stan me klienter o de sku man ju int tro”

”de verkar som att folk faktist tror att de smittar eller nånting, absolut int allihopa men de händer”

6.1.2 Förbättringar

Alla informanter var eniga om att fortbildning är nyckeln till förbättring. Fortbildningen kan bestå av informationstillfällen, kurser, erfarenhetstalare samt temakvällar, som borde ordnas

för vårdpersonal som kan komma i kontakt med personer med intellektuell funktionsnedsättning samt individer i samhället för att normalisera och minska fördomar.

De flesta av informanterna tycker att engagemang hos vårdpersonalen är viktigt för att klienten ska kunna känna sig trygg och bli bemött på samma sätt som alla andra. De menar att alla har ett eget ansvar att ta reda på mera om personer med intellektuell funktionsnedsättning och att intresset att lära sig mera samt att trivas med det man gör är viktigt.

”de behöver kanske vara kurser eller informationstillfällen för annan vårdpersonal på sjukhus o sånt”

”att som personal själv också så måste man ju tänk att man har ett eget ansvar, att bemöt bra”

”ja lyfter no på hatten åt di som jobbar me di som har funktionsnedsättning för int ere ju nå lätt”

6.2 Självbestämmanderätt

Andra frågeställningen baserar sig på hur självbestämmanderätten uppfylls hos klienten. De flesta av deltagarna tycker det är svårt att beakta självbestämmanderätten eftersom de inte vet alla gånger var gränsen går, men är medvetna om att självbestämmanderätt finns. I fall där självbestämmanderätten inte kan beaktas till fullo måste det finnas beslut bakom handlingen eller följa lagen som stödjer detta. Att sätta gränser och regler är också viktigt för att klienterna skall få en bra vardag. Frågorna innefattar upplevelser av självbestämmanderätten, i vilka vårdssituationer självbestämmanderätten inte kan beaktas eller inte beaktas samt vilka förbättringar som kan göras inom vården. Utgående från dessa frågor och svar uppkom två huvudkategorier som består av: Svårigheter och Samverkan.

6.2.1 Svårigheter

Faktorer som gör att självbestämmanderätten inte kan tas i beaktande kan vara situationer som innefattar begränsande åtgärder i samband med säkerhet och att vårdpersonalen måste tillgodose hälsan före självbestämmanderätten. Deltagarna tar upp vikten av att kunna läsa ansiktsuttryck och kroppsspråk. Många deltagare nämner att “lirkas” uppkommer ofta och att det är många funderingar kring när det är acceptabelt eller när inskränker det på klientens

självbestämmanderätt. Många deltagare berättar att det inte är lätt att veta var gränsen går för självbestämmanderätt och de menar att detta är en tolkningsfråga.

”jag tror att he e en tolkningsfrågo me sjölvbestämmanderätten”

*”där säkerheten som e i fara, så i såna situationer så ere ju svårt ti ta
självbestämmanderätten i beaktande”*

6.2.2 Samverkan

I våra intervjuer framkom det att diskussion kring självbestämmanderätten på arbetsplatsen är viktigt för att förbättra samt för att inte fastna i dom vardagliga rutinerna. Vårdpersonalen anser att ett stödjande nätverk är grundläggande för klientens välmående, det innebär regelbunden kontakt med anhöriga eller vårdpersonal från klientens egen enhet. Kommunikationen är viktig för att minska missförstånd och som hjälpmedel kan man använda sig av olika kommunikationsverktyg såsom tecken som stöd och föremål samt att erbjuda valmöjligheter för de klienter som behöver stöd att välja.

*”rutinerna som finns, e dom till nytta eller e de mera att dom e till nytta för personalen än
till nytta för brukarna”*

*”kurser på olika nivåer, allt från föremål ti tecken o vi sku behöv special kurser så att vi
blir bättre på att förstå dem o då får di ju bättre sjölvbestämmanderätt”*

*”har du int ett verbalt språk elo int kan kommunicer ordentlit så ere ju svåran me
sjölvbestämmanderätten. tå har e ju ti jäär me att har man erfarenheit o man känner dem
så pass bra så att man som i alla fall tror se vejt”*

6.3 Fortbildning

Den sista frågeställningen lyder: Hur kan vårdpersonalen få mera kunskap om bemötandet och självbestämmanderätten hos personer med intellektuell funktionsnedsättning? För att få svar på denna fråga har deltagarna fått berätta om vilka fortbildningar de fått, resultatet av de tre frågor i intervjun om detta var att det inte fanns många fortbildningar om endera bemötande eller självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Alla deltagare var eniga om att kunskapen är långt ifrån tillräcklig hos vårdpersonal men också hos individerna i samhället. Vårdpersonalen inom handikappomsorgen får möjlighet att delta i både interna och externa fortbildningar, dessa kan innefatta till exempel

fortbildning inom självförsvar, bildkommunikation samt fortbildningar om olika handikapp. Intervjufrågorna innefattar vilken information deltagaren fått om bemötande och självbestämmanderätt, ifall intresset finns för att lära sig mera om personer med intellektuell funktionsnedsättning samt vilken fortbildning deltagaren fått. Huvudkategorin är: Utvecklingsmöjligheter.

6.3.1 Utvecklingsmöjligheter

Vårdpersonal på andra vårdinrättningar borde även få meddelande om det är en fortbildning på kommande som handlar om personer med intellektuell funktionsnedsättning och som är nyttig eller nödvändig för vårdpersonalen, så att även de kan delta och lära sig mera. Vårdpersonalen inom handikappomsorgen skulle gärna få hålla en föreläsning för dem för att utvidga kunskapen, detta framkom i intervjuerna som ett önskemål från HVC. Informanterna berättar att deras kunnande kommer till stor del från erfarenheter men går gärna på fortbildningar för att hålla sig uppdaterade.

“No ere ju ändå om man jobbar inom dehä branschen så ere ju ständig utveckling o förbättring”

“man sku tänk sej att di som di som jobbar på boenden sku kom o ha en liten föreläsning, int behöver e ju allti ordnas från nå högre opp så att säg”

7 Diskussion

Syftet med denna studie är att genom kvalitativ intervjustudie skapa förståelse och kunskap om hur bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning uppfylls i vården.

7.1 Metoddiskussion

Metoddiskussion hänvisar till hur kvaliteten har garanterats i examensarbetet och betydelsen av ett granskande förhållningssätt till det som utförts i arbetet samt diskussionen kring det. Styrkor såväl som svagheter utgör en viktig del av diskussionen. Vid användandet av en kvalitativ metod diskuteras metoden genom att använda sig av begrepp som trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. I metoddiskussionen ska fokuset ligga på ifall arbetets syfte och frågeställning gett tillförlitliga svar utifrån den valda metoden. (Rosenqvist & Andrén, 2006; Bordens & Abott, 2013, s.412)

Trovärdigheten i examensarbetet innebär att texten skapar kunskap och om resultaten av studien är relevanta, detta säkerställs genom att respondenten känner till från tidigare eller lärt känna miljön före studien påbörjas. Man kan även diskutera ifall man bitt någon utomstående som till exempel en handledare att kontrollera om resultatet är passande, vilket ökar trovärdigheten för resultatet. Diskussion kring hur pålitligheten påverkas av respondenternas förutfattade meningar och förståelse samt hur man hanterar den aspekten i studien behövs. Överförbarheten i examensarbetet innebär hur resultaten kan överföras till andra yrkesgrupper och sammanhang. Det krävs att trovärdigheten och pålitligheten är garanterade för att bedömningen av resultatens överförbarhet skall kunna bli utfört. (Lincoln & Guba, 1985, s.431-433)

Som metod i vårt examensarbete hade vi från första början tänkt använda oss av enkäter men efter presentationen av arbetsplanen fick vi responsen av vår lärare i forskningsmetodik att för vårt tema skulle det passa bättre med en intervjustudie. Vi funderade på det och ändrade vår metod till intervjuer istället, nu i slutändan tycker vi båda att intervjuerna har varit ett bra alternativ och vi har fått mycket mera material och information än vad vi skulle ha fått med enkäter. Vi bandade in våra intervjuer för att bättre kunna fokusera på det deltagaren sa, transkriberade materialet och raderade ljudfilerna då vi analyserat klart.

Vi anser att vi lyckades bra med att hitta passande deltagare till studien. Målet från början var att få tag på åtminstone sex deltagare, slutligen blev det åtta deltagare som ställde upp. Vi visste redan i tidigt skede att vi ville ha deltagare från olika vårdinrättningar och det slutade med tre deltagare från en hälsovårdscentral i Österbotten och fem deltagare från olika Kårkulla samkommuns boenden runt om i Vasa. Deltagarnas ålder varierar mellan 27-59 år och alla är kvinnor, alla tillhör olika yrkesgrupper inom vården. Detta var en bidragande faktor till ett brett och mera tillförlitligt resultat eftersom deltagarna hade olika erfarenheter och upplevelser av handikappomsorgen.

Innan insamlingen av materialet påbörjades sökte vi information och fakta om personer med intellektuell funktionsnedsättning. Detta gjorde att vi kände oss mera insatta och förberedda. I bakgrunden använder vi oss av pålitliga internetsidor och böcker, vi kompletterade vår text med vetenskapliga artiklar som hör till temat. Vi upplevde det svårt att hitta relevant forskning inom temat och vi känner att det borde forskas mera för att bilda en bättre uppfattning samt att vårdpersonalen kan dra nytta av den evidensbaserade kunskapen forskning medför. Som teoretisk utgångspunkt använder vi oss av Ida Jean Orlandos (1961) teori om reflektiv omvårdnadsprocess. Orlandos teori tar upp att den riktar sig främst mot

verbal kommunikation men kan också implementeras i icke-verbal kommunikation, vilket är mera relevant i vårt examensarbete eftersom de flesta personer med intellektuell funktionsnedsättning inte kan kommunicera verbalt och använder sig då av ansiktsuttryck, tecken och läten för att få fram till exempel sin vilja eller helt enkelt uttrycka sig som vilken annan människa som helst fastän det är på ett annat sätt.

Intervjufrågorna baserade vi på studiens frågeställningar och de svar vi fick analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. Vi upplevde det svårt att formulera korrekta frågor för att få svar på frågeställningarna och att inte anta brister inom vården. Vi sorterade våra tre frågeställningar i tre huvudkategorier. Innehållet i intervju svaren anser vi gav svar på examensarbetets frågeställningar, materialet i både bakgrunden samt den teoretiska utgångspunkten överensstämde mycket med intervju svaren.

Eftersom vi båda arbetar inom Kårkulla samkommun har det vid somliga tillfällen varit svårt att inte ha egna tankar utan alltid utgå från en bakomliggande källhänvisning. Med detta i åtanke har vi försökt hålla ett så objektivt synsätt som möjligt under studiens gång. Vi har haft regelbunden kontakt med vår handledande lärare som följt med genom hela processen så att studien har gått rätt till.

7.2 Resultatdiskussion

I detta kapitel diskuterar vi resultaten som kopplas ihop med bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten. I samtliga intervjuer har vi märkt av likheter i de svar vi fått men också olikheter, på så sätt att vårdpersonalen på de olika vårdinrättningarna har olika erfarenheter och upplevelser.

Av resultatet i studien framgår det av intervjudeltagarna att det förekommer mycket okunskap hos vårdpersonalen samt i samhället. Tre deltagare känner sig otillräckliga samt obekväma då det gäller vården av personer med intellektuell funktionsnedsättning, detta baserar sig på låg fortbildning inom området. I Laursen, Plos & Ivarssons artikel (2009) beskriver de att samhället inte kan erbjuda stödet klienterna behöver för att få leva ett normalt liv och kunna leva sitt liv precis som alla andra. Detta grundar sig i alldeles för låg utbildningsnivå och för hög personalomsättning.

Två av intervjudeltagarna påpekade att fördomar mot personer med intellektuell funktionsnedsättning förekommer och de tror att den bakomliggande orsaken till fördomar är rädsla och okunskap. Detta tas upp i diskrimineringslagen (1325/2014) som beskriver

vikten av att främja likabehandling, att förebygga diskriminering och att effektivisera rättssäkerheten. Björnsdóttir, Stefánsdóttir och Stefánsdóttir (2014) påvisar i sin artikel hur systemet förbättrats med tiden och maktmissbruket minskat, den visar också att den assistans personer med intellektuell funktionsnedsättning får i sina hem efterliknar egenskaper som fås på en avdelning och detta är ofta förknippat med ett förminskande synsätt från vårdpersonalen men också anhöriga. I Orlandos omvårdnadsteori (Rooke, 1995) menas att vårdpersonalens iakttagelser, tankar och känslor rörande klientens beteende speglar vårdpersonalens egen personlighet.

De flesta deltagare i studien upplever stress på grund av tidsbristen i arbetet och detta kan ses som en svårighet då det beträffar bemötandet. Tidsbristen kan ses i Kåhlin, Kjellberg och Hagberg (2014) artikel där det beskrivs att äldre med intellektuell funktionsnedsättning löper större risk för att deras delaktighet i vardagen minskar jämfört hur den yngre generationen har det.

Alla deltagare i studien är eniga om att utbildningen är viktig för möjligheten att utvecklas. Detta beträffas i Orlandos omvårdnadsteori (Rooke, 1995) där det beskrivs att desto bredare vårdpersonalens kunskap är, desto fler resurser kan hen använda för att hjälpa klienten.

Många av intervjudeltagarna anser att engagemang hos vårdpersonalen är av stor vikt för att kunna ge en trygg och professionell omvårdnad. Detta kan ses i Laursen, Plos & Ivarsson (2009) artikel där vikten av ett givande och tillfredsställande arbete belyses för att vårdpersonalen ska kunna hantera de ansträngningar som relaterar till hälsa och vidareutveckling. Vasa Central Sjukhus (2019) beskriver att klienten vårdas både opartiskt och partiskt, detta innebär att vården är medicinskt grundad och evidensbaserad, klientens intryck av god vård ska också uppmärksammas.

Vårdpersonalen inom handikappomsorgen tar upp vikten av att kunna läsa kroppsspråk och ansiktsuttryck. Det uppkom också funderingar kring var gränsen går för "lirkas" då det gäller att ta självbestämmanderätten i beaktande. Detta tas också upp i Orlandos omvårdnadsteori (Rooke, 1995) där det nämns att de automatiska reaktionerna och handlingarna som finns i varje enskild vårdssituation ofta ger upphov till oklar kommunikation vilket i sin tur leder till konflikter.

Två deltagare i studien upplever att de situationer när självbestämmanderätten inte kan beaktas innebär att tillgodose hälsan före självbestämmanderätten eller när begränsande åtgärder används på grund av att klientens eller vårdarens säkerhet är i fara. I samband med

att Finland 2016 fastställde FN konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, uppdaterades specialomsorgslagen med en paragraf där begränsningsåtgärder beskrivs, detta enligt FDUV:s hemsida (u.å).

Diskussionen kring självbestämmanderätt på arbetsplatsen är viktig för att kunna utvecklas och inte haka upp sig på de vardagliga rutinerna. I Orlandos omvårdnadsteori (Rooke, 1995) påpekas att en medveten omvårdnadshandling kräver en gemensam kommunikation mellan sjuksköterskan och klienten där man kommer fram till innebörden i klientens beteende, vilken hjälp hen behöver och hur hen blev hjälpt av vårdarens behandling.

Av våra intervjudeltagare framkom det kommunikationens betydelse för att minska missförstånd. Fyra av deltagarna i studien gav förslag på kommunikationsverktyg såsom tecken som stöd samt att erbjuda valmöjligheter. Förbundet De Utvecklingsstördas Väls (u.å) menar att det är viktigt att använda den form av kommunikation som klienten förstår. Stödet och handledning som klienten får av vårdpersonal och anhöriga innebär att göra saker och ting förståeliga genom konkreta och förtydligande handlingar. I Orlandos omvårdnadsteori (Rooke, 1995) beskrivs klientens beteende i följande former: verbala (frågor, önskemål), icke-verbala (hostningar, skrik), övriga icke-verbala (tårar i ögonen, hudfärg).

De flesta intervjudeltagare anser att ett stödjande nätverk är viktigt för klienternas välmående. I Socialvårdslagen (1301/2014) understryks vikten av att understöda och bevara välfärden och den sociala tryggheten, minska bristande jämlikhet och understöda delaktigheten, med detta kan man så jämlikt som möjligt främja en nödvändig tillfredsställande och förstklassig socialservice. Kindwall (2015) beskriver att relationen till anhöriga och närstående skänker både glädje och stöd åt personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Deltagarna från HVC önskar att föreläsningar inom handikappomsorgen också borde nå dem så att de kan utveckla sin kunskap. Laursen, Plos och Ivarsson (2009) beskriver i sin artikel om hur synen förändrats inom handikappomsorgen till att vårdarens roll alltmer blivit stöttande, förutsättningen för den individuella vården är förmågan, resurserna och viljan hos brukaren.

Intervjudeltagarna från Kårkulla samkommun anser att deras kunskap kommer från erfarenheter de fått ifrån arbetet tillsammans med personer som har en intellektuell funktionsnedsättning. Orlando (1990) menar att inom två till fem år måste vårdpersonalen

använda sig av en bred baskunskap, alla de medicinska specialiteterna samt den mentala- och folkhälsan. Den kunskapen vårdaren får är relaterad till individer, deras miljö och hälsa.

7.3 Slutledning

Det har varit intressant att fördjupa oss mera inom handikappomsorgen eftersom vi upplevt och sett många olika orättvisor då det kommer till bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Vi har själv lärt oss mera av denna studie och fått höra andras synpunkter och upplevelser. Under samtliga intervjuers gång märkte vi hur mycket okunskap det faktiskt finns ute i samhället men också på olika vårdinrättningar, till exempel på en hälsovårdscentral i Österbotten fick vi förfrågan att skicka in vårt färdiga examensarbete dit så att de skulle få ta del av informationen och bilda en bättre uppfattning om personer med intellektuell funktionsnedsättning. Vi fick också ta del av hur vårdpersonalen på Kårkulla samkommun anser att kunskapen kan utvecklas och hur stort behov det är av relevant fortbildning både för vårdpersonal men även andra yrkesgrupper och individer i samhället.

Det skulle vara intressant att studera detta vidare och bredda vår och andras kunskap inom området. Om vi haft möjlighet att intervjua flera deltagare från flera olika vårdinrättningar, skulle vi gärna höra vad Vasa central sjukhus anser om ämnet eftersom flera av våra deltagare ansåg att bristfälligt bemötande är ett problem som borde åtgärdas. Deltagarna i studien tycker att vårdpersonalen på Vasa central sjukhus skulle behöva få mera fortbildning inom området eftersom deltagarna upplever sämre kvalitet på vården samt att klienterna inte blir sedda och hörda.

Deltagarna nämnde en del om fortbildning och utvecklingsmöjligheter för dem, det kom upp önskemål ifall Kårkulla samkommuns vårdpersonal skulle åka ut till olika vårdinrättningar för att ha en liten föreläsning om basfakta som alla borde veta om personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Vi tycker att vi fått tillförlitliga och tillfredsställande resultat på våra tre frågeställningar och anser att denna studie kan bidra med fakta och kunskap åt vårdpersonal men också individer i samhället kan ha nytta av informationen. Vi anser att vården kan dra stor nytta av vår studie eftersom vi fått breda och innehållsrika resultat från intervjuerna och fått ta del av många personliga erfarenheter från deltagarna.

8 Källförteckning

Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, G. V. & Stefánsdóttir, Á. (2015). 'It's my life': Autonomy and people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(1), pp. 5-21. doi:10.1177/1744629514564691 [hämtat 5.11.19].

Dahlgren, S. (2019). Autismspektrumtillstånd, s. 30 & 32. *Omsorgsboken: Möjligheter och svårigheter vid intellektuell funktionsnedsättning* (Sjätte upplagan.). Stockholm: Liber AB.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju, s.143-145. Henricson, M. (2017) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys, s.286, 290, 292. Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Diskrimineringslag 30.12.2014/1325 [Online]
<https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2014/20141325>, [hämtat 04.03.2020]

Finlands svenska autism- och asperger förening, vad är autism? (u.å.). [Online]
https://www.autism.fi/om_autism_asperger/vad_ar_autism/ [hämtat 01.11.19].

Förbundet De Utvecklingsstördas Väls, Fosterdiagnostik i Finland, (u.å.) [Online]
<https://www.fduv.fi/sv/information/fosterdiagnostik/> [hämtat 1.4.2020]

Förbundet De Utvecklingsstördas Vél, För ett gott liv på jämlika villkor (u.å.). [Online]
<https://fduv.fi/sv/omfduv/> [hämtat 5.11.19].

Förbundet De Utvecklingsstördas Vél, Självbestämmande (u.å.). [Online]
<https://www.fduv.fi/sv/information/sjalvbestammande/> [hämtat 01.11.19].

Förbundet De Utvecklingsstördas Vél, Vad är en intellektuell funktionsnedsättning? (u.å.) [Online] <https://fduv.fi/sv/information/intellektuellfunktionsnedsattning/> [hämtat 1.11.2019].

Granlund M. & Göransson K. (2019). Intellektuell funktionsnedsättning, s. 12. Dahlgren, S., Söderman, L. & Nordlund, M. (2019). *Omsorgsboken: Möjligheter och svårigheter vid intellektuell funktionsnedsättning* (Sjätte upplagan.). Stockholm: Liber AB.

Helsingfors universitetssjukhus, god vård och bemötande (u.å.). [Online]

<https://www.hus.fi/sv/patienten/patientens-rattigheter/god-var-d-och-gott-bemotande/Sidor/default.aspx> [hämtat 3.11.19].

Henricson, M., Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod, s.112. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Hjärnfonden, vad är CP? (u.å.). [Online] <https://www.hjarnfonden.se/om-hjarnan/diagnoser/cp-skada/#> [hämtat 30.10.19].

Hjärnfonden, vad är down syndrom? (u.å.). [Online] <https://www.hjarnfonden.se/om-hjarnan/diagnoser/downs-syndrom/> [hämtat 30.10.2019]

Infoteket om funktionshinder, vad är intellektuell funktionsnedsättning (IF)? (2019).

[Online]

<http://www.lul.se/sv/Kampanjwebbar/Infoteket/Funktionsnedsattningar/Utvecklingsstornin-g1/Vad-ar-utvecklingsstornin-g/> [hämtat 01.11.19].

Kindwall K., Diagnoskriterier för intellektuell funktionsnedsättning (5.5.2015). [Online] <http://habilitering.se/autismforum/om-diagnoser/diagnoskriterier/diagnosmanualen-dsm-5/diagnoskriterier-intellektuell> [01.11.2019]

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik, s. 57, 73. Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Klasén McGrath, M., Autism (2009). [Online] <https://www.autism.se/autism> [hämtat 01.11.19].

Kåhlin, I., Kjellberg, A. & Hagberg, J. (2014). Staff experiences of participation in everyday life of older people with intellectual disability who live in group homes.

Scandinavian Journal of Disability Research, 17(4), pp. 335-352.

doi:10.1080/15017419.2014.941923 [hämtat 5.11.19].

Kårkulla samkommun, Verksamhet som främjar delaktighet och sysselsättning (2019)

[Online] <http://www.karkulla.fi/service/specialomsorg/dagverksamhet/> [hämtat 04.03.2020]

Kårkulla, Verksamhetsformer (2019). [Online] <http://www.karkulla.fi/brukare-och-anhoriga/for-brukare/> [hämtat 30.10.19].

Lag angående specialomsorger om utvecklingsstörda (specialomsorgslagen) 23.6.1977/519

[Online] <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1977/19770519> [hämtat 04.03.2020]

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (socialvårdens klientlag) 22.9.2000/812 [Online] <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812>, [hämtat 04.03.2020]

Lag om service och stöd på grund av handikapp (handikappservicelagen) 3.4.1987/380 [Online] <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1987/19870380> [hämtat 04.03.2020]

Laursen, E., Plos, K. & Ivarsson, B. (2009). Yrkeskunnande och kompetensutveckling i arbetet med vuxna individer med utvecklingsstörning — ett vårdarperspektiv. *Vård i Norden*, 29(1), pp. 19-23. doi:10.1177/010740830902900105

Lincoln & Guba, (1985); Polit & Beck, (2016), *Datansamling*, s. 115. Henricson, M. & Billhult A. *Kvalitativ metod*. (2017) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB

Lincoln & Guba, (1985), *Vetenskaplig kvalitet i examensarbete*, s.431-433. Henricson, M. (2017) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB

Marshall & Rossman, 2016, *Kvalitativ metod*, s. 111 Henricson, M., Billhult, A. (2017). *Kvalitativ metod. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Nylander, L. (2019). *Autism/autismspektrumstörning*, s. 114. *Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatri: Kliniska riktlinjer för bemötande och behandling* (Första upplagan.). [Sundsvall] : Svenska psykiatriska föreningen ; Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Nylander, L. (2019). *Intellektuell funktionsnedsättning*, s. 22. *Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatri: Kliniska riktlinjer för bemötande och behandling* (Första upplagan.). [Sundsvall] : Svenska psykiatriska föreningen ; Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Nylander, L. (2019). *Intellektuell funktionsnedsättning*, s. 34. *Vuxna med intellektuell funktionsnedsättning i psykiatri: Kliniska riktlinjer för bemötande och behandling* (Första upplagan.). [Sundsvall] : Svenska psykiatriska föreningen ; Stockholm: Gothia Fortbildning AB.

Orlando, I. J. (1990). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process, and principles*, s. 1-2, 9. New York, NY: National League for Nursing.

Rooke, L. (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier IV*, s.123, 126-127, 135-145. Lund: Studentlitteratur.

Rosenqvist & Andrén, (2006); Bordens & Abott, (2013), Diskussion, s.412. Henricson, M. (2017) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB

Rossmann & Rallis, 2012, Kvalitativ metod, s.111 Henricson, M., Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Social- och hälsovårdsministeriet, rättigheter för personer med funktionsnedsättning (u.å.). [Online] https://stm.fi/sv/artikkeli/-/asset_publisher/yk-n-vammaisyleissopimus-voimaant-periaatteina-osallisuus-ja-esteettomyys [hämtat 5.11.19].

Socialstyrelsen, Bemötande och delaktighet, (9.2.2017) <https://www.kunskapsguiden.se/funktionshinder/Teman/Yrkesintroduktion-for-baspersonal-som-arbetar-med-personer-med-funktionsnedsattning/Sidor/Bem%C3%B6tande-och-delaktighet.aspx> [hämtat 1.4.2020]

Socialstyrelsen, Intellectuell funktionsnedsättning-utvecklingsstörning (1.2.2017). [Online] <https://www.kunskapsguiden.se/funktionshinder/Teman/intellektuell-funktionsnedsattning/Sidor/intellektuell-funktionsnedsattning.aspx> [hämtat 01.11.19].

Socialvårslag 30.12.2014/1301 [Online] <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301> [hämtat 04.03.2020]

Steg för Steg, Om Steg för Steg (09.05.2014). [Online] https://stegforsteg.fi/pasvenska/om_steg_for_steg/ [hämtat 5.11.19].

Vasa central sjukhus, god vård och bemötande (29.5.19). [Online] https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/sjukhusguiden/sjalvbestammande/god-vard-och-bemotande/ [hämtat 3.11.19].

Västerbro, N. Lorna Wings symtomtriad (2015). [Online] <http://habilitering.se/autismforum/om-diagnoser/diagnoskriterier/historisk-bakgrund/lorna-wings-symtomtriad> [hämtat 01.11.19].

Åker, A, Allt om down syndrom (23.3.2018). [Online] <https://www.doktorn.com/artikel/allt-om-downs-syndrom> [hämtat 30.10.19]

Informationsbrev

Hej!

Våra namn är Jenny Häggblom och Ronja Flygare och vi studerar tredje året till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi skriver vårt examensarbete om bemötande och självbestämmanderätt hos personer med intellektuell funktionsnedsättning och hur detta upprätthålls och beaktas inom vården.

Temat för examensarbetet är bemötande och självbestämmanderätt. Vi anser det är viktigt att belysa temat för att skapa en bättre förståelse och för att försöka förbättra kunskapen då det gäller personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Syftet med temat är att belysa hur bemötandet och självbestämmanderätten hos personer med intellektuell funktionsnedsättning upprätthålls och beaktas inom vården. Vi har förklarat i examensarbetet temat bemötande och självbestämmanderätt som två skilda punkter.

Intervjustudien gör vi i syfte för att skapa en bättre uppfattning om hur vårdpersonal ser på temat och vilka åsikter de har om det. Deltagaren i intervjun kommer att vara anonym och materialet vi samlar in kommer behandlas konfidentiellt samt förstöras efter vi analyserat klart. Intervjun kommer bandas in och därefter förstörs ljudfilen. Alla deltagare har rätt att avbryta intervjun när som helst och det är frivilligt att delta. Resultatet av vår intervjustudie kommer att publiceras i examensarbetet.

Vid frågor kontakta

Jenny Häggblom

Ronja Flygare

Tfn 045 8701301

Tfn 040 5856836

Jenny.Haggblom@edu.novia.fi

Ronja.Flygare@edu.novia.fi

Ansvarig lärare

Lena Sandén-Eriksson

Tfn 044 7805342

Lena.Sanden-Eriksson@novia.fi



Samtycke

Jag har tagit del av informationsbrevet. Jag deltar i intervjun och ger mitt godkännande till att mina svar får användas i examensarbetet.

Underskrift:

Namnförtydligande:

Ort och datum:

Intervjufrågor

- Kön?
- Ålder?
- Utbildning?
- Var jobbar du?
- Kan du berätta om hur du upplever att personer med intellektuell funktionsnedsättning bemöts på din enhet?
- Kan du berätta om hur du upplever självbestämmanderätten tillgodoses hos personer med intellektuell funktionsnedsättning på din enhet?
- När upplever du/Har du upplevt sämre/bristfälligt bemötande?
- När upplever du/Har du upplevt att självbestämmanderätten inte beaktas?
- I hurudana vårdsituationer tycker du att klientens självbestämmanderätt inte kan beaktas?
- Hurudana svårigheter tycker du det kan vara då det beträffar bemötandet? Om patienten/klienten inte kan kommunicera eller dylikt
- Vad har du fått för information om självbestämmanderätt samt bemötande av personer med intellektuell funktionsnedsättning?
- Har du fått fortbildning inom området?
- Skulle du vilja veta/lära dig mera om personer med intellektuell funktionsnedsättning?
- Hur skulle man kunna förbättra bemötandet av personer med intellektuell funktionsnedsättning?
- Hur skulle man kunna förbättra självbestämmanderätten hos personer med intellektuell funktionsnedsättning?

Tack för deltagandet!

