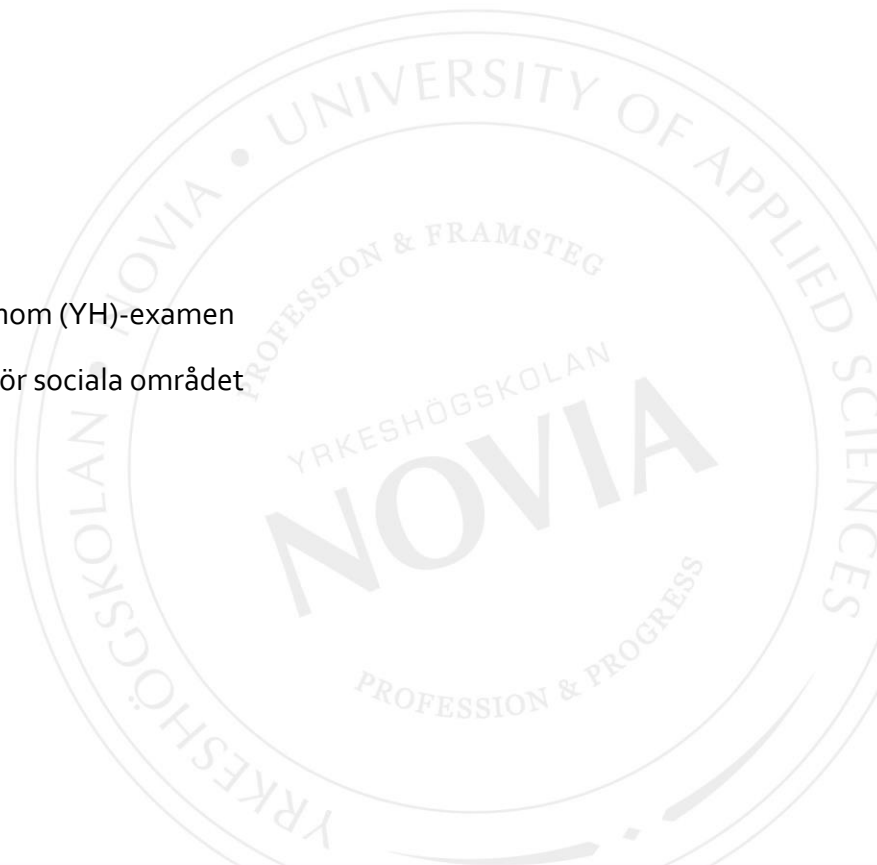


Att (be)möta utmanande beteende inom specialomsorgen

En kvalitativ intervjustudie med personal vid
boendeverksamheter för personer med intellektuell
funktionsnedsättning

Mikaela Norrteir

Examensarbete för Socionom (YH)-examen
Utbildningsprogrammet för sociala området
Vasa 2020



EXAMENSARBETE

Författare: Mikaela Norrteir

Utbildning och ort: Sociala området, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Mental- och missbrukarvård

Handledare: Pia Höglund-Ingo och Ralf Lillbacka

Titel: Att (be)möta utmanande beteende inom specialomsorgen. En kvalitativ intervjustudie med personal vid boendeverksamheter för personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Datum 30.10.2020

Sidantal 62

Bilagor 3

Abstrakt

Fokus för det här examensarbetet är hur personal inom specialomsorgen upplever, tänker kring och bemöter utmanande beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. De mer specifika frågeställningarna har utformats utgående från tidigare forskning och etablerad teori på området, och berör bland annat attitydfrågor, attribution, praktiskt bemötande och betydelsen av stöd från organisation, chefer och arbetskamrater.

Undersökningen har genomförts med hjälp av kvalitativa intervjuer med fyra respondenter. Respondenterna är alla anställda, eller har tidigare varit anställda, inom boendeverksamhet i Kårkulla samkommuns regi. Resultaten visar bland annat att maktlöshet var en av de dominerande känslorna hos respondenterna när de konfronterades med utmanande beteende, att relationen till brukaren och kännedom om hans beteende var ett viktigt verktyg för respondenterna i hanteringen av utmanande beteende, men också att det stöd man upplever sig ha från arbetskamrater och närmaste chef spelar en nyckelroll.

Språk: Svenska

Nyckelord: intellektuell funktionsnedsättning, utmanande beteende, personal, bemötande

BACHELOR'S THESIS

Author: Mikaela Norrteir

Degree Programme: Social services, Vasa

Specialization: Mental health and addiction care

Supervisor(s): Pia Höglund-Ingo och Ralf Lillbacka

Title: Responding to challenging behaviour in special care services. A qualitative interview study with staff working with people with intellectual disability in residential care.

Date 30.10.2020

Number of pages 62 Appendices 3

Abstract

This thesis focuses on special care staffs' experiences, beliefs and responses to challenging behaviour among people with intellectual disability. Research questions have been formulated in accordance with earlier research and established theory within the field of intellectual disability and challenging behaviour. Questions of interest for this study are, among others, questions of attitude, attribution of causes, practical treatment and the importance of support from colleagues, foreman and organization.

This study was carried out through qualitative interviews with four respondents, all of them currently or formerly employed in residential care units belonging to Kårkulla samkommun. The results showed powerlessness as one of the dominating feelings respondents experience when confronted with challenging behaviour. The relationship to service users and knowledge about their behaviour was one of the most important tools in managing challenging behaviour, while support from colleagues and foreman is also found to be a significant factor in the overall coping with challenging behaviour.

Language: Swedish Key words: intellectual disability, challenging behaviour, care staff, treatment

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Definitioner.....	3
3.1	Intellektuell funktionsnedsättning.....	3
3.2	Autism.....	5
3.3	Utmanande beteende.....	7
4	Teoretisk bakgrund.....	9
4.1	Utgångspunkter för bemötande av utmanande beteende.....	9
4.2	Studier av bemötande i praktiken.....	12
5	Lagar och styrdokument.....	16
5.1	FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.....	16
5.2	Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda.....	17
5.2.1	Självbestämmanderätt.....	18
5.2.2	Begränsningsåtgärder.....	19
5.3	Riktlinjer inom Kårkulla samkommun.....	21
6	Undersökning.....	24
6.1	Metodval.....	24
6.2	Respondenter.....	26
6.3	Etiska överväganden.....	27
6.4	Analysmetod.....	29
7	Resultat.....	30
7.1	Känsloreaktioner.....	31
7.2	Attributioner.....	33
7.3	Bemötande av utmanande beteende.....	35
7.4	Arbetsplatsen och kollegorna.....	37
8	Diskussion.....	42
8.1	Resultatdiskussion.....	43
8.1.1	Slutsats.....	48
8.2	Metoddiskussion.....	49
	Källförteckning.....	51
	Bilagor.....	56

1 Inledning

Det här arbetet handlar om utmanande beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, med särskild fokus på hur det uppfattas och hanteras av personal inom specialomsorgen.

Enligt Bowring et al. (2019, 178) uppvisar ungefär 1 av 5–6 vuxna med intellektuell funktionsnedsättning utmanande beteende, vilket ofta resulterar i sänkt livskvalitet. Utmanande beteende kan i korthet beskrivas som beteende som på grund av sin intensitet, frekvens och varaktighet sannolikt utgör ett allvarligt hot mot personens egen eller andra personers fysiska säkerhet (Emerson & Einfeld 2011, 4). Förutom de fysiska skador som uppstår, för beteenden av det här slaget ofta med sig fler negativa konsekvenser i samband med omgivningens reaktioner; det kan handla om övergrepp, olämpligt bemötande, social exkludering, deprivation och systematisk vanvård. De åtgärder som människorna i personens omgivning tar till för att försöka hantera ett utmanande beteende kan alltså i många fall orsaka mer skada än beteendet i sig, och detta gäller såväl anhöriga som professionella (Emerson & Einfeld 2011, 10–11).

För de yrkesgrupper som arbetar med att stöda personer med intellektuell funktionsnedsättning utgör utmanande beteende som aggressivitet, självskadebeteende och destruktivitet ett allvarligt hot mot den egna hälsan, säkerheten och det allmänna välbefinnandet (Emerson & Einfeld 2011, 1). Mills och Rose (2011, 844) kunde utifrån sin studie i ämnet påvisa att det finns ett samband mellan utbrändhet hos professionella som arbetar med personer med intellektuell funktionsnedsättning och utmanande beteende. Forskarna kunde också konstatera att negativa känslor gentemot det beteende personalen mötte, i synnerhet rädsla för att utsättas för misshandel, fungerade som en katalysator för utbrändhet.

Mitt intresse för detta ämne uppstod i samband med egna upplevelser av utmanande beteende på min arbetsplats, en serviceenhet för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Under de år jag arbetat på enhetens boende har jag insett vilken komplex fråga utmanande beteende är, både då det gäller strategier för hantering av sådana beteenden och konsekvenserna för såväl brukare (benämning för klienter som använder specialomsorgstjänster) som personal. I och med Finlands ratificering av FN:s

konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning år 2016 (Finlands FN-förbund, 2016), och den uppdatering av specialomsorgslagen (1977/519) som gjordes i samma veva, har nya regler kring stärkt självbestämmanderätt och mer specifika bestämmelser gällande begränsningsåtgärder trätt i kraft. Hur dessa lagar tolkas i situationer där utmanande beteende förekommer är dock till syvende och sist upp till den som bär ansvaret för personens omsorg, dvs. personalen.

Det är i skärningspunkten mellan utmanande beteenden och brukarens självbestämmanderätt som personalen ska fatta beslut om åtgärd, ibland i situationer där brukarens, den egna eller andra personers hälsa och säkerhet är hotad. Mer kunskap behövs kring vilka känslor, tankar och attityder som influerar dessa beslut, samt hur väl yrkespersoner inom fältet upplever sig kunna hantera situationer som uppstår i samband med utmanande beteende.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med den här studien är att undersöka hur personal inom specialomsorgen uppfattar utmanande beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, vilka känslor och tankar som präglar synen på dessa beteenden samt hur de bemöter dem som professionella.

Mer specifika frågeställningar, som jag vill höra undersökningspersonernas synpunkter på, är:

- Varför uppstår utmanande beteenden? Vilka orsaker ligger bakom?
- Vilket är det bästa sättet att hantera utmanande beteende?
- Vilka känslor brukar undersökningspersonerna uppleva när de konfronteras med utmanande beteende?
- Med vilken grad av självsäkerhet tar undersökningspersonerna sig an utmanande beteende?
- Hur svårt tycker de att det är att avgöra när en brukares självbestämmanderätt behöver begränsas på grund av utmanande beteende?

- Finns det ett gemensamt engagemang och ett samförstånd i arbetsgruppen gällande utmanande beteenden?

3 Definitioner

Nedan följer definitioner och beskrivningar av de begrepp och teman som berörs i det här arbetet. Eftersom jag tidigare skrivit en kandidatavhandling under rubriken *”Riskmarkörer för problembeteende hos personer med utvecklingsstörning med eller utan autism”* (2016), och till viss del använder mig av samma källor, kan vissa avsnitt och formuleringar vara identiska i de båda arbetena. Tre källor som återkommer i detta kapitel är *American Psychiatric Association* som jag från och med nu kommer referera till som APA, *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* som förkortas AAIDD, och *World Health Organization* som förkortas WHO.

3.1 Intellectuell funktionsnedsättning

En intellektuell funktionsnedsättning innebär tydliga begränsningar inom två områden: rent intellektuella funktioner såsom inläring, problemlösning och omdöme samt *adaptiva funktioner* (APA, 2017). Med adaptiva funktioner avses de förmågor och färdigheter som människan lär sig och använder sig av i sitt dagliga liv (AAIDD, 2019). Hur mycket stöd en person med intellektuell funktionsnedsättning behöver för att klara sig i vardagen beror på graden av nedsättning inom dessa adaptiva funktioner, som brukar delas in i tre domäner: *den konceptuella domänen*, *den sociala domänen* och *den praktiska domänen* (APA, 2017).

Till den konceptuella domänen hör funktioner som rör minne, språk, att kunna lära sig läsa och skriva, att kunna använda sig av kunskap och föra ett resonemang, samt matematik (APA, 2017). Koncept som bygger på siffror, såsom pengar och tid, hör alltså till den här domänen, liksom att kunna agera självständigt i olika situationer (AAIDD, 2019). Inom den sociala domänen återfinns förmågor och funktioner som empati och att kunna inleda och upprätthålla vänskapsförhållanden (APA, 2017), men också att kunna kommunicera, lösa problem vid social interaktion, ta ansvar, följa regler, känna självförtroende och att kunna skydda sig själv från att bli utnyttjad av andra människor (AAIDD, 2019). Den praktiska domänen omfattar sådana förmågor som att ta hand om sig själv och sin hälsa, kunna

resa/transportera sig självständigt, använda kommunikationsmedel som till exempel telefon, skapa rutiner (AAIDD, 2019), klara av att sköta sin ekonomi, ta ansvar för ett jobb, organisera arbets- eller skoluppgifter och finna lämpliga sysselsättningar att ägna sin fritid åt (APA, 2017).

Enligt den femte utgåvan av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA 2013a, 33), eller DSM-5 som är titelns officiella förkortning, bör följande kriterier uppfyllas för att diagnosen intellektuell funktionsnedsättning ska kunna ställas:

- Det bör finnas nedsättningar i de intellektuella funktionerna, till exempel planering, problemlösning, omdöme, slutledningsförmåga, abstrakt tänkande, att kunna lära från erfarenheter och inlärningssvårigheter i akademisk mening. Dessa funktioner bör undersökas både genom klinisk bedömning och genom standardiserade IQ-test.
- Det ska finnas påtagliga nedsättningar i de adaptiva funktionerna, som resulterar i att individen inte klarar av att möta de krav gällande socialt ansvarstagande och självständighet som ställs utifrån de utvecklingsmässiga och sociokulturella omständigheterna. Utan kontinuerligt stöd begränsar nedsättningarna individens fungerande på ett eller flera livsområden, och möjligheterna till delaktighet i samhällslivet minskar.
- De intellektuella och adaptiva funktionsnedsättningarna har visat sig redan under utvecklingsperioden, alltså innan individen hunnit fylla 18 år.

Diagnosen specificeras genom att graden av intellektuell funktionsnedsättning fastställs. I DSM-5 har graderingssystemet fyra nivåer: *lindrig*, *medelsvår*, *svår* och *mycket svår* (APA 2013a, 33).

I tidigare versioner av DSM utgjorde resultatet av standardiserade IQ-test ett eget kriterium, utifrån vilket man också fastställde graden av funktionsnedsättning. Efter den senaste uppdateringen har intelligenskvotens relevans minskat, och IQ-testen är numera bara en av flera undersökningar som utförs i samband med diagnostisering (APA, 2017). Såväl World Health Organization (2018) som APA (2017) tycks dock vara överens om att diagnosen kommer med en intelligenskvot som ligger ungefär två standardavvikelse under medeltalet i populationen, alltså omkring 70 eller lägre. Numera ställs diagnosen

främst utgående från svårigheterna inom adaptivt beteende, eftersom det till syvende och sist är det som avgör vilken form av stöd individen behöver (APA 2013a, 33). Kartläggningen av de adaptiva funktionerna sker genom standardiserade mätningar av individens förmågor och intervjuer med närstående, lärare och eventuella vårdgivare (APA, 2017).

Intellektuell funktionsnedsättning tros finnas hos ungefär 1% av befolkningen, av vilka 85% har den mildaste graden av funktionsnedsättning. Diagnosen, som anses vara ett kroniskt tillstånd, är vanligare hos män än hos kvinnor. Orsakerna bakom funktionsnedsättningen varierar från fall till fall; det kan handla om genetiska syndrom, följdverkningar av sjukdomar såsom hjärnhinneinflammation, mässling eller kikhosta, hjärnskador i barndomen, gifter i omgivningen (till exempel bly eller kvicksilver), att modern använt droger eller alkohol under graviditeten, att modern varit sjuk eller haft en infektion, eller att problem som exempelvis syrebrist uppstått under själva förlossningen. I samband med intellektuell funktionsnedsättning har en del komorbida tillstånd observerats. Exempel på diagnoser som ofta förekommer samtidigt som intellektuell funktionsnedsättning är cerebral pares, epilepsi, autismspektrumstörning, ADHD, depression och ångestsyndrom (APA, 2017).

3.2 Autism

Autism, eller autismspektrumstörning, är enligt WHO (2019) den övergripande benämningen för en rad olika tillstånd som kännetecknas av svårigheter gällande socialt beteende, språk och kommunikation. Till dessa tillstånd hör också ett begränsat och repetitivt mönster av intressen och aktiviteter som är unika för individen.

Enligt WHO har uppskattningsvis 1 av 160 barn någon grad av autismspektrumstörning. Ett exakt antal är svårt att fastställa, då undersökningsresultat ofta skiljer sig markant från varandra och antalet fall i länder med låg- eller medelinkomst ofta är okänt. Det går emellertid att konstatera en global ökning av diagnostiserade under de senaste 50 åren, vilket sannolikt beror på en större medvetenhet och bättre diagnosverktyg (WHO, 2019). I USA gör den nationella folkhälsomyndigheten, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), uppskattningen att 1 av 54 barn har en autismspektrumstörning (CDC, 2020), vilket visar på de stora skillnader i antal rapporterade fall som finns länder emellan.

Symptom på autism upptäcks i de flesta fall redan under de första fem levnadsåren (WHO, 2019), ofta redan när barnet är kring 2–3 år gammalt. Ett tidigt tecken är att barnet slutar tillägna sig nya förmågor eller tappar sådana det redan lärt sig. Autism är tre till fyra gånger vanligare hos pojkar än hos flickor, och flickorna uppvisar ofta mer subtila symptom (APA, 2018).

Den forskning som finns gör gällande att det troligen ligger flera faktorer bakom att vissa människor utvecklar autismspektrumstörning, och att det sannolikt handlar om såväl genetiska faktorer som miljöfaktorer. De effekter som störningen ger upphov till är mycket varierande och manifesterar sig olika starkt hos olika individer. Inom samma diagnos finns personer som är gravt funktionsnedsatta och behöver stöd och hjälp så länge de lever, och så finns det andra vars autism inte hindrar dem från att leva självständiga och produktiva liv. Nivån på den intellektuella förmågan varierar också kraftigt. I och med detta kan individer med autismspektrumstörning uppvisa allt från genomgripande nedsättningar till kognitiva förmågor som är rent överlägsna den genomsnittliga populationens (WHO, 2019).

DSM-5 (APA 2013a, 50–51) ställer upp följande kriterier för diagnosen autismspektrumstörning:

- Ihållande svårigheter med social kommunikation och interaktion i ett flertal sammanhang, vilket innefattar brister i social ömsesidighet, icke-verbal kommunikation samt förmågan att förstå, inleda och upprätthålla sociala relationer.
- Begränsade och repetitiva beteendemönster, intressen och aktiviteter. Det kan till exempel handla om ett stereotypt och repetitivt sätt att röra sig, tala eller använda något objekt. Hit hör även en brist på flexibilitet när det kommer till rutiner, ett ritualiserat beteendemönster samt osedvanligt intensiva intressen som är snävt avgränsade och kan utgöra en fixering för personen. Ett ovanligt intresse för sensoriska upplevelser kan också förekomma, liksom under- eller överkänslighet för sensorisk stimulans.
- Symptomen bör vara närvarande i ett tidigt skede av utvecklingen.

- Symptomen orsakar kliniskt signifikanta nedsättningar på den aktuella funktionsförmågan i sammanhang som är viktiga för individen, till exempel vid arbete eller i sociala situationer.
- De störningar som anges ovan kan inte bättre förklaras med diagnosen intellektuell funktionsnedsättning eller generell psykisk utvecklingsavvikelse. Autismspektrumstörning och intellektuell funktionsnedsättning förekommer ofta samtidigt.

Enligt det system som används i DSM-5 (APA 2013a, 52) specificeras diagnosen genom den grad av stöd som individen behöver. Det finns tre nivåer:

1. i behov av stöd
2. i behov av omfattande stöd
3. i behov av mycket omfattande stöd.

Utöver dessa nivåer specificeras även om störningen åtföljs av en intellektuell funktionsnedsättning eller inte, huruvida den har orsakats av en känd medicinsk eller genetisk faktor, samt om individen är katatonisk (APA 2013a, 51).

För optimal utveckling och högsta möjliga välbefinnande hos personer med autismspektrumstörning ska stödinsatser sättas in i ett så tidigt skede som möjligt. Autismspektrumstörning anses vara ett livslångt tillstånd som i dagsläget inte går att bota. Symtom som skapar svårigheter gällande kommunikation och socialt beteende kan dock ofta lindras genom evidensbaserade psykosociala interventioner. Behovet av stöd hos en person med autism är ofta mångfasetterat och kan förutom hälsofrämjande och rehabiliterande åtgärder innefatta behov av kontinuerlig, daglig omsorg. Ett samarbete mellan olika aktörer, inklusive skolväsendet, eventuella arbetsgivare och socialservicen, är önskvärt. Autismspektrumstörning förekommer ofta samtidigt som en del andra sjukdomar och tillstånd, såsom epilepsi, depression, ångest och ADHD (WHO, 2019).

3.3 Utmanande beteende

Begreppet utmanande beteende (direkt översatt från den engelska termen *challenging behaviour*) används för att beskriva en mängd olika beteenden som förekommer i olika situationer och miljöer. Det är således ett brett begrepp, samtidigt som det kan sägas vara

en social konstruktion. Vilka beteenden som innefattas i begreppet varierar beroende på vilka sociala regler om lämpligt beteende som gäller i olika sammanhang, omgivningens syn på intellektuell funktionsnedsättning och orsakerna bakom ett beteende samt omgivningens kapacitet att hantera den situation som uppstår på grund av en persons beteende. Ett utmanande beteende kan därmed bara uppstå om det uppvisas i en kontext där det anses olämpligt och står i konflikt mot de kulturella värderingar och förväntningar som präglar sammanhanget. Vem som uppvisar beteendet utgör också en faktor, då olika sociala roller förknippas med olika beteenden; till exempel upplevs aggression från en kvinna med intellektuell funktionsnedsättning som mer avvikande än om samma beteende uppvisas av en man utan funktionsnedsättning (Emerson & Einfeld 2011, 7).

Emerson (enligt Emerson & Einfeld 2011, 4) definierar utmanande beteende som kulturellt avvikande beteende av sådan intensitet, frekvens eller varaktighet att de sannolikt kunde utgöra ett allvarligt hot mot personens egen eller andra personers fysiska säkerhet. Beteendena kan också leda till att personen som uppvisar dem blir allvarligt begränsad i, eller till och med utestängs från, olika sammanhang och att personens delaktighet i samhället därmed blir lidande. En annan följdverkning av utmanande beteenden är att de ofta leder till åtgärder som är begränsande och obehagliga för personen (Royal College of Psychiatrists et al. 2007, 14).

Hanbury (2007, 19) tillägger att utmanande beteenden ofta leder till sänkt livskvalitet, både för den person som uppvisar beteendet och människorna i omgivningen. Hanbury (2007, 20) listar följande kategorier av utmanande beteende:

- Omåttlig självstimulering, dvs. ett beteende som fungerar som ett förstärkande stimulus och som ofta är repetitivt till sin karaktär. Exempel på sådana beteenden är att gunga med kroppen, snurra runt, peta sig själv i ögat eller att onanera.
- Självskadebeteende, såsom att bita, klösa eller nypa sig själv, slå sig själv, dra sig själv i håret eller använda olika objekt för att orsaka skada på den egna kroppen.
- Våld som riktas mot personer i omgivningen för att orsaka dem skada, som exempelvis slag, sparkar, att bita, klösa, knuffa eller attackera andra med någon form av tillhygge.

- Destruktivt beteende, att orsaka skador på omgivningen genom att t.ex. välta omkull, riva sönder, krossa eller tända eld på föremål.
- Beteenden som stör eller hindrar organiserad verksamhet. Exempel på sådana beteenden är att skrika, ropa, springa sin väg eller att vägra röra på sig överhuvudtaget.

En känd förespråkare för så kallat lågaffektivt bemötande (se kapitel 5,1), Bo Hejlskov Elvén, definierar utmanande beteende som *”beteende som skapar problem för personer i omgivningen”* (2009, 12), och han använder av denna anledning hellre termen *problemskapande beteende*. Sådana beteenden upplevs av omgivningen som störande, svåra att orka med och se på, och medför dessutom en känsla av maktlöshet eftersom de är svåra att hantera och förhålla sig till (Hejlskov Elvén 2009, 12).

4 Teoretisk bakgrund

Delar av följande kapitel är hämtade från min egen kandidatavhandling, *”Riskmarkörer för problembeteende hos personer med utvecklingsstörning med eller utan autism”* från 2016. Orsaken till att jag valt att låna in vissa stycken är att kunskapsläget inom vissa av de områden jag beskriver inte ändrats nämnvärt under de senaste åren, och att jag därför delvis använder mig av samma källor.

4.1 Utgångspunkter för bemötande av utmanande beteende

Hur utmanande beteende bör hanteras för att uppnå bästa möjliga resultat är en fråga som engagerat såväl forskare som de som står i direkt kontakt till målgruppen i många årtionden. Sedan slutet av 1940-talet har psykologer försökt implementera principer hämtade från inlärningsteori för att få en bättre förståelse för sociala problem, och även för att hitta lösningar för utmanande beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Emerson och Einfeld (2011, 36) hänvisar till Sidney W. Bijous artikel från 1966 (*A functional Analysis of Retarded Development*) då de skriver att dessa försök har bidragit till markanta förändringar gällande inställningen till dessa människors potential, då resultaten utmanade den djupt ingrodda uppfattningen om att personer med intellektuell funktionsnedsättning var *”oförbätterliga”* och att deras beteende främst berodde på inre patologi.

Det var på 1960-talet som de första behandlingarna specifikt inriktade på utmanande beteenden inleddes (Lloyd och Kennedy 2014, 188). På den tiden bestod behandlingarna för det mesta av medicinering i kombination med någon form av kompletterande terapi. Ibland användes även elchocker som en del av behandlingen. Den kortsiktiga lösningen gick ofta ut på att begränsa individens rörlighet genom bältesläggning eller tvångströja (Lovaas & Simmons 1969, 143). Ett återkommande element i de metoder som utvecklades under den här perioden var att använda sig av en variation av slumpmässiga och planerade förstärkningar, dvs. belöningar eller straff, för att förändra beteende. Ett vanligt förstärkningsmedel var godis, som exempelvis kunde ges ut godtyckligt eller i samband med ett önskat beteende, medan ett oönskat beteende innebar att förstärkningen uteblev (Lloyd & Kennedy 2014, 188). När dessa behandlingar utfördes fanns ännu inga vetenskapliga bevis att tillgå och man visste inte vilka följder behandlingarna skulle få för individen (Lovaas & Simmons 1969, 143). När undersökningar väl gjordes fick man spridda resultat. Ingen metod var tillräckligt effektiv eller generaliserbar för att kunna understödhas på en vetenskaplig nivå (Lloyd & Kennedy 2014, 188).

Under 1970-talet fick forskarna på området upp ögonen för vikten av att ta reda på beteendets orsak och funktion, istället för att endast försöka styra individens beteende i en viss riktning. Edward G. Carr var, enligt Lloyd och Kennedy (2014, 188) en av de första som uppmärksammade de motiverande faktorerna bakom självskadebeteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Det Carr (1977, 801–806) förde fram var att självskadebeteende var *operant*, dvs. att de motiverades och upprätthölls av de konsekvenser det förde med sig; främst genom positiv respektive negativ förstärkning från omgivningen. Positiv förstärkning fungerar utifrån principen att beteendet leder till en viss respons från omgivningen. Om denna respons uteblir förlorar beteendet sin funktion, vilket enligt hypotesen borde resultera i en reducering av just det beteendet. Negativ förstärkning går ut på att undvika obehaglig eller oönskad stimulus, och man ägnar sig därför åt beteenden som leder till att dessa stimuli uteblir (Carr 1977, 805).

Enligt Lloyd och Kennedy (2014, 188) var Carrs insikter kring de operanta funktionerna ett genombrott för behandling av utmanande beteenden, och ytterligare studier har senare bekräftat hypoteserna. Dessa insikter har införlivats i det som kallas *tillämpad beteendeanalys* (eng. *applied behaviour analysis*), som också idag är en allmänt använd strategi vid behandling av utmanande beteende (Emerson & Einfeld 2011, 37).

Perspektivet på utmanande beteende som operant öppnade upp för nya sätt att ta sig an det. Vid analyser av beteende började man söka efter motiverande och upprätthållande faktorer i den kontext och miljö som beteendet förekom i. Man utgick sedan från dessa vid intervention, endera genom att modifiera de faktorer som gav beteendet näring eller genom att introducera nya faktorer i situationen (Emerson & Einfeld 2011, 51). Teorin vidareutvecklades under mitten av 1990-talet, då under namnet *positivt beteendestöd* (eng. *positive behaviour support*). Hanbury (2007,25) menar att skillnaden jämfört med tidigare strategier ligger i att man inom beteendestöd fokuserar på att hjälpa brukaren utveckla beteendemönster som är produktiva och meningsfulla, samt att utveckla sin kapacitet att kunna hantera utmaningar i vardagen på ett positivt sätt.

Sedan slutet på 1980-talet har Andrew McDonnell (2010, 21) och hans medarbetare arbetat med att utveckla en metod för bemötande och hantering av våldsamma situationer inom vården. De kallade sin metod *low-arousal approach*, på svenska *lågaffektivt bemötande*. Metoden utvecklades som en reaktion på McDonnells praktiska erfarenheter inom olika former av service för personer med intellektuell funktionsnedsättning, nämligen att personal ofta använde sig av bestraffningar i sitt bemötande utmanande beteende. McDonnell hade också lagt märke till att personalens beteende i själva verket kunde vara den utlösande faktorn till utmanande beteende hos klienterna, samt att fysiska interventioner användes på ett sätt som var oplanerade och osäkra.

I det teoretiska ramverk som lågaffektivt bemötande bygger på är den grundläggande premisen att individens nivå av *arousal* är en avgörande faktor vid utmanande beteende (McDonnell 2010, 22). *Arousal*, som är den engelska termen för ökad aktivitet i nervsystemet, används översatt inom psykologi och neurovetenskap. Enligt Egidius (u.å.) utlöses *arousal* av inre eller yttre stimuli som exempelvis hot eller ångest, men också av positiva känslor som engagemang och intresse. Medan höga *arousal*-nivåer inte automatiskt utlöser aggressivt beteende, är det ovanligt att finna ett aggressivt beteende som inte föregåtts av ett tillstånd av förhöjd *arousal*. I likhet med den homeostas man talar om i samband med kroppslig balans, vill individen uppnå ett tillstånd av balans i sin nivå av *arousal*. Utmanande beteende kan i den här kontexten ses som individens försök att återfå denna balans (McDonnell 2010, 22).

Lågaffektivt bemötande är en strategi som fokuserar på att sänka nivån av arousal, eller affekt, i krissituationer. För att åstadkomma detta behöver personal först arbeta för att sänka sin egen affektnivå vid bemötande. Ett viktigt element i metoden är att personalen reflekterar över de negativa tankar och föreställningar som de själva har gällande personer som uppvisar utmanande beteende. Ett annat går ut på att ge akt på de icke-verbala signaler personalen sänder ut i konfliktsituationer, liksom att undvika potentiella triggers såsom direkt ögonkontakt eller beröring. En allmän reducering av regler och gränser är en implicit del av metoden, då dessa annars kan bidra till att skapa en kontrollerande kultur. Genom att sänka kraven på brukaren reduceras också potentiella konfliktsituationer. Inom lågaffektivt bemötande strävar man efter att använda sig av så få fysiska interventioner som bara är möjligt. I de fall de är nödvändiga betonar McDonnell att man bör använda sig av interventioner som sänker nivån av arousal samt undvika bestraffande eller smärtsamma angreppssätt (McDonnell 2010, 24). Lågaffektivt bemötande har under de senaste två decennierna blivit en etablerad metod såväl i Storbritannien som i Europa (Studio 3, 2018). I Norden kom genombrottet med Bo Hejlskov Elvén, som släppte sin första bok i ämnet (*Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder*) år 2009.

Sammanfattningsvis kan man säga att teoretiker inom område rört sig bort från inställningen att personer med intellektuell funktionsnedsättning skulle vara inkapabla att lära sig nya saker, att beteenden främst beror på faktorer i personens inre samt att bestraffning och begränsning används inom vården av personer med intellektuell funktionsnedsättning. Istället har man gått mot ett tankesätt där beteenden förekommer av en orsak, förebyggande arbete är avgörande och utmanande beteende bäst bemöts med lågaffektiva metoder.

4.2 Studier av bemötande i praktiken

Det är ett faktum att de yrkespersoner som arbetar inom specialomsorgen spelar en avgörande roll i att hjälpa personer som uppvisar utmanande beteende skapa och upprätthålla en meningsfull tillvaro (Jahoda & Wanless 2005, 544). För många personer med intellektuell funktionsnedsättning är interaktion med professionella av olika slag en del av vardagen. När man ser tillbaka på de behandlingar som prövats i samband med utmanande beteende blir det dock tydligt att professionella också kan orsaka stort lidande hos dem de är satta att hjälpa. Som nämns i inledningen av det här arbetet kan de åtgärder

som människorna i en persons omgivning tar till för att försöka hantera ett utmanande beteende i många fall orsaka mer skada än beteendet i sig (Emerson & Einfeld 2011, 10). Det är därför viktigt att försöka bilda sig en uppfattning om vilka tankar, känslor och attityder som påverkar yrkespersoners agerande i situationer där de konfronteras med utmanande beteende.

Bromley och Emerson (1995, 349–350) kunde i en studie om föreställningar och känsloreaktioner visa att personal som konfronteras med utmanande beteende i regel reagerar känslomässigt. Aggressiva utbrott från personer med intellektuell funktionsnedsättning väckte främst känslor av irritation, ilska och rädsla hos den personalgrupp som undersöktes. Vid episoder av självskadebeteende reagerade många med känslor av sorg och förtvivlan, men kunde också känna ett visst mått av irritation och ilska, ibland till och med äckel. I samma studie undersöktes också vilka aspekter av utmanande beteende som gav upphov till mest stress hos personalen, enligt deras egen utsaga. Det visade sig att beteenden som pågick under en längre tid och kontinuerligt slet på personalen upplevdes som den största källan till stress. Att inte ha ett effektivt sätt att hantera beteendet, att beteendet var väldigt oförutsägbart eller svårt att förstå sig på var andra aspekter som gav upphov till stress (Bromley & Emerson 1995, 350). Som nämndes i inledningen har Mills och Rose (2011, 851–852) senare kunnat visa på ett samband mellan utbrändhet hos professionella som arbetar med personer med intellektuell funktionsnedsättning och utmanande beteende. Forskarna kunde också konstatera att negativa känslor gentemot det beteende personalen mötte, i synnerhet rädsla för att utsättas för misshandel, fungerade som en katalysator för utbrändhet.

Att förstå hur personalens attityder och attributioner (tillskrivande av egenskaper) påverkar har även stått i fokus för forskare på området. Rose et al. (2014, 36) refererar till Roses egen forskning där han kunnat konstatera att det hos personal tenderar att finnas en mindre positiv attityd gentemot personer som uppvisar utmanande beteende än gentemot andra brukare. Negativa attityder har dessutom visat sig vara en faktor som ökar sannolikheten för att utmanande beteende ska förekomma. De attributioner som personal gör gällande utmanande beteenden kan enligt Dilworth et al. (2011, 30) påverka deras villighet att hjälpa den som uppvisar beteendet. Man har bland annat funnit samband mellan negativa känslor, en ovillighet att hjälpa och föreställningen att en person som uppvisar utmanande beteende har kontroll över sitt agerande. På motsvarande sätt

var personal som föreställde sig att brukarna hade ringa kontroll över sitt beteende mer positivt inställda och mer villiga att hjälpa.

Dilworth et al. (2011,29) har dessutom funnit samband mellan personalens attributioner gällande kontroll och faktorer som hur väl personalen upplevde att organisationen fungerade, om den fysiska och sociala miljön där arbetet utfördes upplevdes som ändamålsenlig samt om personalen i allmänhet ansåg att det arbets sätt som användes i vården av brukarna var väl strukturerat. I de fall där personalen upplevde organisationen som välfungerande, den fysiska och sociala miljön som lämplig och arbets sättet som väl strukturerat ansågs brukarna ha mindre individuell kontroll över sitt beteende. Den uppfattningen visade sig också ha ett samband med en positiv attityd gentemot brukarna i allmänhet.

Jahoda och Wanless (2005, 547–548) har genom intervjuer studerat personal som möter aggressivitet från brukare med intellektuell funktionsnedsättning i sitt arbete. Personalen rapporterade främst känslor av frustration, ilska och irritation vid de tillfällen de konfronterades med brukarnas aggressivitet, och i andra hand känslor av ångest och rädsla. Nästan hälften av de tillfrågade såg aggressiviteten som en personlig attack, ämnad att trycka ner dem, och tog det som ett tecken på individen i fråga inte respekterade dem. Forskarna intresserade sig också för personalens perception av brukarna vid tillfället för aggressionsutbrottet. Det visade det sig att personalen hade en negativ inställning till majoriteten av de brukare som uppvisat aggressivt beteende, och uttryckte också sitt ogillande på olika sätt. En del gick så långt att de kallade brukarna vid öknamn. Andra svar handlade mer om det oacceptabla beteendet, och hur brukaren hade betett sig barnsligt och att man rentav borde skratta åt det. Endast ett fåtal av de aggressiva brukarna ansågs vara utan kontroll över sitt beteende.

Jahoda och Wanless (2005, 548) ville också ta reda på hur personalen hade *velat* svara på det aggressiva beteendet i stunden. Mer än en tredjedel av de intervjuade kände för att reagera med fysisk eller verbal aggression; att helt enkelt slå till hen eller skrika åt hen att sluta. En knapp tredjedel av respondenterna kände för att konfrontera brukaren, medan den resterande tredjedelen svarade att de helst hade velat gå sin väg och lämna situationen. Endast två svarade att de hade velat hjälpa den brukare som uppträdde aggressivt eller ta hand om andra brukare. När personalen fick frågan om varför de inte

följt sina impulser i dessa fall gav de flesta "professionalism" som skäl till att de avstått från att göra det de helst velat göra. Det talades om skillnaden mellan att möta dylika beteenden på jobbet och i andra sociala situationer eller hemma och ansvar för brukaren då man var anställd för att ta hand om hen. Några nämnde sin erfarenhet av brukaren som ett skäl; att det inte skulle hjälpa situationen att göra det de kände för, men också det faktum att brukaren hade intellektuell funktionsnedsättning och att man därför måste ta hänsyn.

Saloviita (2002, 27) har undersökt personalens respons på utmanande beteenden hos personer med intellektuell funktionsnedsättning på olika typer av serviceboenden och institutioner i Finland. Saloviitas studie visade att personalen svarade på över hälften (56%) av alla fall av utmanande beteende med en negativ intervention. De negativa interventioner som användes flitigast för att kontrollera farliga beteenden var bestraffning, att begränsa personens rörelsefrihet samt att använda sig av begränsande anordningar. Studien visade även att också mildare varianter av utmanande beteende ofta bemöttes med en negativ intervention. Saloviita (2002, 28–29) ansåg själv att ett av de mest alarmerande fynden i hans studie var att personalen vid de olika inrättningarna såg användningen av negativa interventioner som acceptabla sätt att kontrollera brukarnas beteende, trots att det i många fall stred mot lagen.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att känslomässiga reaktioner är vanliga hos personal som konfronteras med utmanande beteende. De vanligaste känslorna är irritation, ilska och rädsla, men också sorg, förtvivlan och äckel har visat sig förekomma. Personalen i undersökningarna som refereras till ovan upplevde att beteenden som pågick under lång tid, var oförutsägbara och som man inte visste hur man skulle hantera gav upphov till mest stress. Negativa känslor gentemot brukare med utmanande beteende är vanliga, vilket för med sig att personalen blir mindre villig att hjälpa dessa brukare. En negativ inställning hör ofta ihop med föreställningen att brukaren har kontroll över sitt beteende, och att beteendena är personligt riktade mot den anställda. Personal svarar ofta på utmanande beteende med en negativ intervention, som bestraffning eller fysiska begränsningsåtgärder, även då det utmanande beteendet är av ett mildare slag. Negativa känslor, som rädsla för att bli misshandlad, är en av de aspekter som visat sig höra samman med en förhöjd risk att drabbas av utbrändhet.

5 Lagar och styrdokument

Handikappolitiken i Finland utgår från de grundläggande fri- och rättigheterna, såsom de föreskrivs i grundlagen (1999/731), och Förenta nationernas (FN) allmänna förklaring om mänskliga rättigheter. Som medlemsstat i Europeiska unionen (EU) är Finland också en del av de insatser som görs utifrån EU:s handikappstrategi. De huvudsakliga principerna inom handikappolitiken i Finland är att personer med funktionsnedsättning har rätt till likabehandling, delaktighet, icke-diskriminering samt tillgång till nödvändiga tjänster och stödåtgärder. Handikappolitiken samordnas av Social- och hälsovårdsministeriet (Social- och hälsovårdsministeriet, u.å.). Kapitlet inleds med en kort genomgång av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Därefter redogör jag för den nationella lagstiftningen på området, och till sist de riktlinjer som finns inom Kårkulla samkommun gällande bemötande av utmanande beteende.

5.1 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Trots att de överenskommelser som finns om att mänskliga rättigheter ska gälla alla, har det visat sig att vissa grupper av människor inte får sina rättigheter tillgodosedda utan att särskilda åtgärder sätts in för att trygga dem. En sådan grupp är människor med funktionsnedsättning. FN:s medlemsstater har därför enats om en kompletterande konvention, vars primära syfte är att påskynda utvecklingen mot fullvärdiga mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för personer med funktionsnedsättning (Social- och hälsovårdsministeriet 2018, 11).

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och dess fakultativa protokoll (en överenskommelse om att klagomål från enskilda personer eller grupper gällande kränkningar kan prövas av kommittén för rättigheter för personer med funktionsnedsättning) godkändes av FN:s generalförsamling i december 2006. Då konventionen öppnades för undertecknande året därpå var Finland ett av de första länderna att skriva under. Innan konventionen kan träda i kraft i de länder som undertecknat bör det dock ske en ratificering; en process som för Finland bland annat inneburit en del lagändringar. I juni 2016 var ratificeringen fullständig, och konventionen utgör sedan dess en del av Finlands nationella lagstiftning. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning tar genom ett omfattande förbud tydlig ställning

mot diskriminering. Utöver förbudet innehåller konventionen mångsidiga åtgärder för främjande av likabehandling, där det också anges vilka sorts Anpassningar som krävs för att personer med funktionsnedsättning ska kunna åtnjuta sina fulla rättigheter och friheter (Finlands FN-förbund 2016, 3–6).

FN-konventionen ska kunna användas som ett verktyg för förändring. Genom ökad medvetenhet om rättigheterna för personer med funktionsnedsättning, både hos personerna själva och deras omgivning, hoppas man kunna påverka attityder och öka möjligheterna för dessa personer att leva självständiga liv där de fattar sina egna beslut. Funktionsnedsättningar har traditionellt förknippats med välgörenhet eller medicinsk vård, men med en förankring i mänskliga rättigheter främjas istället en syn på personer med funktionsnedsättningar som fullt deltagande och jämlika samhällsmedborgare (Finlands FN-förbund 2016, 7–8).

I följande avsnitt redogör jag för den nationella lagstiftningen på området. Många personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism behöver samhällets stödåtgärder för att få vardagen att fungera. Ibland har stödbehovet uppstått ur den livssituation personen befinner sig i, och har litet eller inget att göra med funktionsnedsättningen. I sådana situationer får personen i fråga service på samma grunder som övriga medborgare, i enlighet med vad som föreskrivs i exempelvis socialvårdslagen, hälso- och sjukvårdslagen, folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och mentalvårdslagen (Kaski 2012, 303).

Det är då den allmänna servicen inte räcker till för att komma till rätta med de utmaningar som funktionsnedsättningen ger upphov till som särskilda arrangemang behöver sättas in. Det är kommunerna som bär ansvaret för att ordna sådan service, med stöd av lagen om service och stöd på grund av handikapp och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda. Som klient inom socialvården tryggas personens rättigheter genom lagen om förmyndarverksamhet och lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (Kaski 2012, 303).

5.2 Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda

Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (1977/519), eller specialomsorgslagen, trädde i kraft i början av år 1978 och åtföljs även av en motsvarande

förordning. Lagen utgör en ram för hur vården av personer med intellektuell funktionsnedsättning ska organiseras, och innehåller förhållandevis detaljerade bestämmelser. Lagen lämnar ändå stort utrymme för verksamheterna att verka och utvecklas (Kaski 2012, 314). I och med specialomsorgslagen blev vården av personer med intellektuell funktionsnedsättning en kommunal uppgift (Kaski 2012, 302). Såväl lagen som den kompletterande förordningen har, i takt med utvecklingen på andra områden i samhället, genomgått många förändringar genom åren (Kaski 2012, 314).

Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda är subsidiär, vilket innebär att dess bestämmelser gäller för de personer som inte kan få den service de behöver med hjälp av någon annan lag (Kaski 2012, 314), och som *”på grund av medfödd eller i utvecklingsåldern erhållen sjukdom eller skada hämmats eller störts i sin utveckling eller sina psykiska funktioner”* (§ 1). Med stöd av lagen ordnas service som förutsätter särskild kunskap kring intellektuell funktionsnedsättning (Kaski 2012, 315). Syftet med de så kallade specialomsorgerna är att hjälpa personer med intellektuell funktionsnedsättning att reda sig i vardagen, kunna anpassa sig till samhället, självständigt förtjäna sitt uppehälle och att garantera dessa personer tillgång till den vård och omsorg som de är i behov av (§ 2).

I och med att FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättningar trädde i kraft i Finland år 2016, blev det även aktuellt med en uppdatering av specialomsorgslagen. Ett tyngdpunktsområde är stärkt självbestämmanderätt för personer med intellektuella funktionsnedsättningar. Självbestämmanderättens principer finns beskrivna såväl i Finlands grundlag som i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (Institutet för hälsa och välfärd, 2020).

5.2.1 Självbestämmanderätt

I den uppdaterade specialomsorgslagen (1977/519), under rubriken *”Stärkt självbestämmanderätt”*, fastställs att *”personer som ges specialomsorger ska bemötas så att deras människovärde inte kränks samt så att deras övertygelse och integritet respekteras”*. Vidare bör dessa personers önskemål, åsikter, intressen och individuella behov tas i beaktande när specialomsorg ges, och möjligheterna att delta och påverka i de egna ärendena tryggas (§ 42).

Under § 42 a beskrivs hur åtgärder som stöder självbestämmanderätten och förutsättningarna för att klara sig på egen hand ska inkluderas i service- och vårdplanen. Sådana åtgärder innefattar att det på en enhet för specialomsorg ska finnas tillräckligt med personal för att möta de behov som finns, samt att dessa utbildats i hur man kan understöda självständighet och förmågan att klara sig själv hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. På enheter som tillhandahåller specialomsorg ska man även se till att rum, möbler och utrustning understöder brukarnas självständighet (Social- och hälsovårdsministeriet, 2017).

5.2.2 Begränsningsåtgärder

Att inskränka på en individs självbestämmanderätt är alltid ett starkt ingripande, och får inte göras utan laglig grund. Under vissa omständigheter anses det dock ofrånkomligt att så kallade begränsningsåtgärder behöver användas. Bland de ändringar som gjordes i specialomsorgslagen år 2016 finns dels bestämmelser om att minska användningen av begränsningsåtgärder, dels tydligare föreskrifter för hur varje enskild åtgärd får användas inom specialomsorgen (Institutet för hälsa och välfärd, 2020). De begränsningsåtgärder som omfattas av specialomsorgslagen (1977/519) är:

- Fasthållande (§ 42 f)
- Omhändertagande av ämnen och föremål (§ 42 g)
- Kroppsvisitation (§ 42 h)
- Kortvarig avskildhet (§ 42 i)
- Tillhandahållande av nödvändig hälso- och sjukvård trots motstånd (§ 42 j)
- Användning av begränsande redskap och klädesplagg i daglig verksamhet (§ 42 k)
- Användning av begränsande redskap och klädesplagg i allvarliga risksituationer (§ 42 l)
- Rörelsefrihet under övervakning (§ 42 m)
- Kvarhållande (§ 42 n)

För utförligare beskrivning av de olika begränsningsåtgärderna, se bilaga 1.

Enligt specialomsorgslagen får begränsningsåtgärder användas vid verksamheter som arrangerar specialomsorg i form av heldygnsomsorg, dvs. serviceboenden och institutioner, samt till viss del även vid dag- och arbetsverksamheter som ordnas inom socialvården. För alla verksamheter gäller att det måste finnas tillräckligt med yrkesutbildad personal inom socialvården eller hälso- och sjukvården, och att enheten har tillräcklig sakkunskap inom medicin, psykologi och socialt arbete för att genomföra och följa upp krävande vård och omsorg (§ 42 b).

Personal vid enheter för specialomsorg ska i första hand arbeta för att förebygga situationer som kräver att begränsningsåtgärder används, och införande av rehabiliterande verksamhetssätt ska främjas. För att kunna utföra detta uppdrag ska personalen få utbildning i såväl förebyggande arbetssätt som hur man använder begränsningsåtgärder på rätt sätt (Institutet för hälsa och välfärd, 2020).

Begränsningsåtgärder ska enligt specialomsorgslagens § 42 d fungera som en sista utväg i situationer där

1. den som ges specialomsorg inte själv kan fatta beslut om sin egen vård eller inte förstår konsekvenserna av sina handlingar
2. begränsningsåtgärder är nödvändiga för att skydda personens egen eller andra personers hälsa och säkerhet, eller för att förhindra betydande egendomsskador, och
3. lindrigare metoder inte är lämpliga eller tillräckliga.

Den åtgärd som vidtas ska vara proportionerlig i förhållande till ändamålet, och ska också upphöra så fort den inte är nödvändig eller om den äventyrar hälsa och säkerhet hos den som blir föremål för åtgärden. Begränsningsåtgärder ska utföras på ett så tryggt och respektfullt sätt som möjligt.

Efter att en begränsningsåtgärd används ska en bedömning av händelsen utföras utan dröjsmål, helst tillsammans med den person som blivit föremål för åtgärden. Omständigheterna kring begränsningsåtgärden, såsom grunderna för användningen, personens syn på åtgärden, tidpunkten, vem som fattat beslut om och vem som utfört

åtgärden och vilka konsekvenser åtgärden fick, ska dokumenteras i personens klient- eller journalhandlingar (§ 42 o). Personen ska sedan utan dröjsmål delges en rapport om innehållet i och grunderna för begränsningsåtgärden, samt information och anvisningar för ändringssökande, i ett format som är begripligt för personen med hänsyn till den kommunikationsmetod personen använder. Personens lagliga företrädare, alternativt en anhörig eller närstående som deltar i planeringen och genomförandet av servicen, ska få en sådan rapport minst en gång per månad (§ 42 p).

Handikappolitiken i Finland utgår från de grundläggande fri- och rättigheterna, såsom de föreskrivs i grundlagen (1999/731), och FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter samt den handikappstrategi man kommit överens om inom EU. Sedan 2016 gäller också FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, vilket också inneburit en del förändringar inom den nationella lagstiftningen. I lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (1977/519) har självbestämmanderätten för personer med intellektuell funktionsnedsättning stärkts, samtidigt som bestämmelserna kring begränsningsåtgärder blivit stramare. Målsättningen är att användandet av begränsande åtgärder ska minska, samtidigt som åtgärder som främjar individens självbestämmanderätt och möjligheter att klara sig självständigt ökar.

5.3 Riktlinjer inom Kårkulla samkommun

I en artikel, som först publicerades i tidningen Omslaget (4/2015) skriver Kårkullas dåvarande arbetarskyddschef Kristiina Juvas och ledande terapeut Pia Lindevall om arbete med utmanande beteende inom samkommunen. Juvas och Lindevall (2016) för fram vikten av att hotfulla och våldsamma situationer aldrig ska betraktas som normala händelser. Då våld, eller hot om våld, börjar ses som en del av tillvaron på en serviceenhet lägger man inte märke till utvecklingsbehoven, vare sig det gäller miljön på enheten eller det praktiska arbetet med personer med utmanande beteende.

Det var på grund av en gemensam oro för brukarnas och personalens välmående som arbetarskyddschefen och den ledande terapeuten inledde ett samarbete. Olycksfallsstatistiken inom samkommunen talade sitt tydliga språk: över 60 % av alla olycksfall och -tillbud hos brukare orsakas av utmanande beteende; hos personalen över 90 % av alla arbetsolycksfall och -tillbud. Det fanns alltså ett uppenbart behov av att

utveckla processer kring utmanande beteende inom organisationen och även att utveckla kunskaperna hos personalen. En enkät skickades ut till alla anställda inom vården. Av resultatet framkom att personalen önskade utbildning gällande förebyggande av utmanande beteende, i frågor kring begränsningsåtgärder, fysiska sätt att bemöta brukare med utmanande beteende samt i arbetarskyddsfrågor (Juvas och Lindevall, 2016).

Juvas och Lindevall (2016) beskriver de åtgärder som vidtagits för att kunna förebygga utmanande beteende, däribland utbildning av personal och anhöriga. Kårkulla samkommun har valt att utbilda sina anställda inom något som kallas MAPA, efter *Management of Actual or Potential Aggression*; en metod som används inom flera organisationer inom specialomsorg och mentalsjukvård i Finland. MAPA-skolningen innebär att anställda får lära sig hur man förebygger och bemöter personer med utmanande beteende utan att provocera, kränka eller skada. Man lär sig att analysera risker, men man tränar även på praktiska, effektiva och trygga sätt att skydda sig själv och andra. Utöver detta har samkommunen också ett internt utbildningspaket bestående av tre moduler: 1) arbete kring personer med utmanande beteende – bakomliggande orsaker, förebyggande åtgärder, 2) arbetarskyddsfrågor och lagstiftning och 3) begränsande åtgärder inom vård och omsorg, lagstiftning. I Kårkulla samkommuns verksamhetsmodell för en trygg arbetsmiljö (2015b) står att personalen ska få lära sig att förstå brukarnas beteende och uttryck. Alla ska lära sig att kommunicera med brukarna så att riskerna för missförstånd elimineras. Personalen förväntas agera professionellt även i frustrerande och känsloladdade situationer, och instrueras i att handla på ett tryggt, fast och icke-provocerande sätt.

Inom ramen för förebyggande åtgärder har man också sett närmare på hur man kan utveckla den fysiska och psykiska verksamhetsmiljön för att främja välmående och minska förekomsten av utmanande beteende. I detta sammanhang poängteras personalens ansvar gällande rapportering av utvecklingsbehov. För att kunna förebygga utmanande beteende är, enligt Juvas och Lindevall (2016), täckande rapportering av olycksfall och olyckstillbud avgörande. Inom samkommunen sker denna rapportering, vare sig incidenten gäller personal eller brukare, genom HaiPro-systemet. HaiPro-verktyget utvecklades av *Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy*, som ägs av finska staten. I Finland används HaiPro vid fler än 200 hälso- och socialvårdsenheter för rapportering av

”ogynnsamma händelser och farliga situationer som kan äventyra patientsäkerheten inom social- och hälsovården”, men också för arbetarskyddsrapportering (Awanic Oy, 2016).

Då en HaiPro-rapport fylls i av en vårdare får enhetschefen, arbetarskyddschefen, arbetarskyddsfullmäktige och personal vid den lokala omsorgsbyrån (dvs. psykologen, socialkuratorn, pedagogiska handledare, autismhandledare) tillgång till denna. Rapporten innehåller en beskrivning av händelseförloppet, en analys av orsakerna till händelsen och förslag till åtgärder för att kunna förhindra att något liknande sker igen (Kårkulla samkommun, 2015b). Rapporterna går igenom på omsorgsbyråns team-möte, där ansvarsfördelningen sker. Vid behov konsulteras personal vid Expert -och utvecklingscentret, och åtgärder planeras. En plan skickas till regionchefen. Ett åtgärdsmöte hålls sedan på enheten, efter vilket de åtgärder som planerats tas i bruk. Åtgärdena kan till exempel bestå av utbildning för personalen, medicinändringar eller tydliggörande av vardagen (Kårkulla samkommun, 2015a).

Grunden till förebyggande arbete ligger i den individuella plan som ska finnas för varje brukare. I den anges mål och metod för brukarens habilitering, alltid utgående från brukarens individuella behov. Planen utarbetas av ett team, om möjligt i samråd med brukaren själv. Då utmanande beteende finns med i bilden uppgörs förebyggande åtgärdsplaner samt planer för hur brukaren ska bemötas om hen betar sig våldsamt eller hotfullt. Om brukarens beteende utgör ett hot mot den egna eller andras säkerhet planeras även begränsande åtgärder i vården av brukaren. Brukarens liv ska betraktas ur ett salutogent perspektiv, och även arbetsmiljön runt brukaren bör planeras så att risker minimeras (Kårkulla samkommun, 2015b). Juvas och Lindevall (2016) konstaterar i sitt slutord att personalens välmående är en mycket viktig faktor i sammanhanget. Då personalen känner sig trygga i sitt arbetsliv, har tillräcklig kunskap och mår bra, kommer detta också återspeglas i brukarens liv.

I arbetarskyddslagens (2002/ 738) 27 § fastställs följande gällande arbete förknippat med en uppenbar risk för våld: *”arbetet och arbetsförhållandena ordnas så att risken för våld och våldssituationer i mån av möjlighet förebyggs. På arbetsplatsen skall då finnas sådana ändamålsenliga säkerhetsarrangemang eller säkerhetsanordningar som behövs för att förhindra eller begränsa våldet samt möjlighet att larma hjälp. För arbete och arbetsplatser som avses i 1 mom. skall arbetsgivaren utarbeta anvisningar om rutiner”*.

Varje enhet inom Kårkulla samkommun bör göra upp en egen handlingsplan vid våld och hot eller utmanande situationer. Handlingsplanen ska innehålla tydliga, entydiga och detaljerade anvisningar som alla på enheten följer. Det bör finnas ett system för hur och var man kan få hjälp. Det ska även finnas rutiner för eftervård för personer som utsatts för våld eller allvarligt hot om våld (Kårkulla samkommun, 2015b). Den 1.6.2015 tog ledningsgruppen inom Kårkulla samkommun beslut om tillvägagångssätt vid misstanke om fysiskt övergrepp. Det konstaterades att något tydligt handlingsförfarande inte fanns vid misstanke om *medvetna* fysiska övergrepp på personal eller brukare. Det förtydligas dock att beslutet inte omfattar knip eller motsvarande utåtagerande beteende. Ledningsgruppens bedömning var att en utomstående part borde avgöra om det rör sig om en brottslig handling, och beslöt därför att alla situationer av ovan nämnda slag ska polisanmälas (Kårkulla samkommun, 2015c).

Det kan sammanfattningsvis konstateras att utmanande beteende ligger bakom en stor andel av de olycksfall och tillbud som rapporteras inom Kårkulla samkommun, och detta gäller både brukare och personal. För att komma till rätta med problemet har satsningar gjorts gällande utbildning för personalen, bestående av MAPA-skolning och samkommunens interna utbildningspaket. Man betonar också vikten av att alla incidenter rapporteras via HaiPro, då dessa uppgifter ligger till grund för förebyggande åtgärder och utveckling. Vid misstanke om fysiska övergrepp på personal eller brukare har man inom samkommunen fattat ett principbeslut om att en polisanmälan alltid bör göras.

6 Undersökning

I det här kapitlet redogör jag för hur jag genomfört min undersökning. Jag kommer härvid motivera de val jag gjort gällande metoder för datainsamling och analys, samt hur jag valt ut mina respondenter och vilka etiska frågor jag behövt ta ställning till under processens gång.

6.1 Metodval

Fokus för det här arbetet ligger på interaktionen mellan å ena sidan personer med intellektuell funktionsnedsättning som uppvisar utmanande beteenden, och å andra sidan den personal vars uppgift det är att bemöta dessa beteenden. Av dessa två har jag sedan

valt att koncentrera mig på personalen, eftersom det är den variabel som kan, och bör, anpassas efter den andra. Det jag helst av allt ville få fram var undersökningspersonernas egna erfarenheter, känslor och tankar kring ämnet, och jag har därför valt att använda mig av kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod. Som Kvale och Brinkmann (2014, 17) uttrycker det, vill jag försöka *”förstå världen från undersökningspersonernas synvinkel, utveckla mening ur deras erfarenheter”*.

Hos dem som varje dag möter utmanande beteenden i sitt arbete tror jag att det finns mycket *”tyst kunskap”*, som inte låter sig fångas genom någon annan metod. Min förhoppning är att jag genom samtal ska få reda på mer än det jag kommer på att fråga om, och jag kommer därför att ägna mig åt det som Kvale och Brinkmann kallar *halvstrukturerad livsvärldsintervju* (2014, 45); en teknik som ligger mitt emellan öppna vardagssamtal och slutna frågeformulär. Jag kommer vid intervjutillfällena att följa en guide med frågor som formulerats på förhand och som är de samma för alla respondenter, samtidigt som jag håller mig öppen för att låta samtalet ta oväntade vändningar och sidospår med hjälp av följdfrågor eller frågor jag kommer på i stunden.

Vid planeringen av intervjun har de teoretiska utgångspunkter jag refererar till i tidigare kapitel tagits i beaktande. Utifrån den kunskap som finns inom området för min frågeställning har jag kunnat identifiera fyra olika kategorier som är av intresse för den här undersökningen: *känsloreaktioner, attributioner, bemötande av utmanande beteende* samt en kategori frågor som berör *arbetsplatsen och kollegorna*. Inom dessa kategorier har jag sedan formulerat de frågor jag önskat få svar på. Resultatet blev som följer:

1. Känsloreaktioner
 - a. Finns det någon speciell situation du kommer att tänka på?
 - b. Vilka känslor upplever du i en sådan situation?
 - c. Har du någonsin känt dig rädd för att själv bli skadad?
 - d. Har utmanande beteende någonsin gjort att du inte velat gå till jobbet?
2. Attributioner
 - a. Vad tror du ligger bakom utmanande beteenden?
 - b. Har brukaren kontroll över sitt beteende?
 - c. Hur tycker du att man borde hantera utmanande beteenden?
3. Bemötande av utmanande beteende

- a. Hur väl upplever du att du kan hantera situationer som uppstår? Hur brukar du reagera?
 - b. Är det lätt att avgöra när man bör vidta en begränsningsåtgärd?
 - c. Har det funnits tillfällen då du inte vetat vad du ska ta dig till?
4. Arbetsplatsen och kollegorna
- a. Får du det stöd du behöver från chefen och organisationen?
 - b. Används förebyggande arbetsätt?
 - c. Upplever du att din arbetsgrupp har ett gemensamt engagemang och t.ex. kan utveckla strategier som alla håller sig till i en specifik situation?
 - d. Hur går snacket på arbetsplatsen om brukare som uppvisar utmanande beteende?
 - e. Har du sett några exempel på verkligt dåligt bemötande? Eller har du själv reagerat på sätt som du i efterhand ångrar?

Innan intervjun börjar kommer jag dock be respondenterna att fylla i en snabb kartläggning (se bilaga 2) av vilka beteenden de haft att göra med på sina arbetsplatser. Jag använder mig då av den förteckning som sammanställts av Hanbury (2007,19) och som jag refererar till i kapitel 2.3. Jag ber också respondenterna fylla i sin utbildningsbakgrund och antal år de arbetat inom specialomsorgen. Dessa uppgifter är till för mig, för att jag ska få en bättre förståelse för den person jag intervjuar. Samtidigt fungerar enkäten som en introduktion till ämnet, då det framgår exakt vad jag menar då jag talar om "utmanande beteende".

Som avslutning på varje intervju vill jag också fråga respondenterna vad de tycker är det bästa med deras arbete; varför vill man arbeta med personer som uppvisar utmanande beteenden? Eftersom ämnet för intervjun kan upplevas som tungt och sätta tankar i rörelse vill jag sluta i det som är positivt. I den här extra-frågan kommer man dessutom att kunna upptäcka aspekter av intervjupersonens syn på brukarna som inte tas upp i de andra frågorna. Jag kommer, med respondenternas godkännande, att spela in intervjuerna för att underlätta behandlingen och analysen av materialet.

6.2 Respondenter

Studien begränsar sig till finlandssvenska enheter för specialomsorg tillhörande Kårkulla samkommun i Österbotten, Finland. Avgränsningen gjordes eftersom ett bredare

perspektiv skulle innebära en betydligt mer omfattande undersökning än det här lärdomsprovet ger utrymme för.

Kårkulla samkommun har valts för att det är den största producenten av specialomsorgstjänster på svenska i Finland. Organisationens tjänster spelar därmed en avgörande roll för många finlandssvenskar med intellektuell funktionsnedsättning. Genom att hålla sig inom en och samma organisation torde man också ha större möjlighet att urskilja skillnader och likheter i resultat, då de praktiska och värdemässiga utgångspunkterna för arbetet följer samma linje.

Urvalet av respondenter gjordes delvis utifrån var deras arbetsplats ligger rent geografiskt. I Österbotten finns 16 serviceenheter i Kårkullas regi. Enheterna är dessutom uppdelade i flera verksamhetspunkter, dvs. att en enhet kan bestå av flera boenden eller boende och dagverksamhet. Det fanns därför ingen anledning att intervjua två arbetstagare vid samma verksamhetspunkt.

Eftersom jag själv arbetat vid två av dessa 16 enheter har jag kontakter på lite olika ställen i Österbotten. Utifrån dessa kontakter har jag sedan kunnat ta mig vidare och lärt känna fler inom organisationen. Jag har medvetet valt ut personer som jag vet har erfarenhet av mitt ämne och som själva har ett intresse för det. Detta för att jag önskade få tala med personer som sannolikt redan reflekterat en del över de frågor jag kommer att ställa. En annan faktor jag tog i beaktande vid urvalet var att de jag valde helst skulle komma från olika bakgrunder gällande utbildning.

Mitt slutliga urval utgörs av fyra personer, som alla arbetar vid olika enheter belägna inom en radie på 100 km från Vasa. Något som de alla har gemensamt är att de arbetar vid boenden. Arbetserfarenhetens längd inom specialomsorgen varierar mellan sex och 23 år, och tre olika utbildningsbakgrunder finns representerade.

6.3 Etiska överväganden

För att vara säker på att jag tagit hänsyn till alla etiska aspekter som min undersökning innehåller har jag använt mig av Kvaales och Brinkmans (2014, 105) "etiska frågor i början av en intervjuundersökning". I det här avsnittet besvarar jag de frågor som tas upp där.

De goda effekter jag tänker att min undersökning kan föra med sig är ny kunskap om ett komplext och, för dem som arbetar inom specialomsorgen, ständigt aktuellt ämne. Det har mig veterligen inte gjorts någon undersökning som precis motsvarar den här i Österbotten. För den grupp som mina respondenter representerar kommer undersökningen för det första föra med sig att de får berätta om sina erfarenheter; att deras insatser uppmärksammas och att deras röster hörs. För det andra utgör den här studien en chans att fånga upp den kunskap som intervjupersonerna ackumulerat genom praktiskt arbete i verkliga situationer.

Informerat samtycke från deltagarna erhålls genom att jag redan vid förfrågan berättar om undersökningens tema och syfte, förklarar hur intervjun kommer gå till och informerar om vilka åtgärder jag kommer att vidta för att säkra anonymiteten. Jag berättar också att jag vill spela in samtalet, så att det inte kommer som en överraskning vid själva tillfället. Därefter får personen själv ta ställning till om hen vill delta.

Sekretessen har beaktats redan i planeringsskedet och är av stor vikt för undersökningen. Eftersom Österbotten är litet, och Kårkulla samkommun ännu mindre, vill jag säkerställa att deltagarna inte ska gå att identifiera utifrån min text. Det får inte heller vara möjligt att lista ut vilken brukare ett uttalande kan handla om. Jag kommer därför att undvika att beskriva deltagarnas arbetsplatser närmare, och kommer inte heller nämna något om deltagarnas ålder, utbildning, arbetserfarenhet eller andra särskiljande drag i texten. Detsamma gäller eventuella brukare som beskrivs av respondenterna. Personerna som deltar i min studie är själva bundna av tystnadsplikt genom det arbete de utför, vilket utgör ännu ett skydd för brukarnas anonymitet.

Under undersökningsprocessen kommer inga namn antecknas på något ställe. Istället kommer deltagarna omnämnas som "respondent 1", "respondent 2" och så vidare. Enkäterna jag samlar in förvaras på ett tryggt ställe fram tills den dag de inte längre behövs. Därefter förstörs de. Detsamma gäller ljudfilerna som skapas under intervjuerna. Den enda som kommer ha tillgång till materialet är jag själv.

Min bedömning är att intervjun inte kommer att föra med sig några skadliga konsekvenser för deltagarna. Frågorna och samtalet i sig kommer förmodligen leda till att respondenterna reflekterar över sitt förhållningssätt, och det ser jag som en positiv sak. Även om man inte gör något fel kan det vara bra att damma av sina antaganden och

föreställningar med jämna mellanrum. Jag förutsätter att publiceringen av min undersökning inte heller kommer föra med sig några negativa effekter för intervjupersonerna, då det inte är min avsikt att kritiskt granska deras uttalanden och döma ut deras erfarenheter som bra eller dåliga. Jag hoppas istället att resultatet ska kunna leda till nya insikter, både för deltagarna själva och för andra inom fältet. Jag kommer att behöva komma tillbaka till frågan i min resultatredovisning och slutdiskussion.

Mina egna erfarenheter och kunskaper inom ämnet gör att jag behöver vara extra uppmärksam på min egen roll i undersökningen. Jag valde mitt ämne för att det engagerar mig, vilket också innebär att det är knutet till en del värderingar och åsikter. Dessa bör jag vara medveten om när jag gör mina intervjuer och tolkar materialet. Det som gäller är att försöka sätta sig in i respondentens tanke sätt, hur olikt mitt eget det än må vara.

6.4 Analyismetod

Jag har valt den något svårdefinierade *bricolage*-metoden för min analys. Enligt Kvale och Brinkman (2014, 281) rör sig bricolagetolkaren "*fritt mellan olika analytiska tekniker och begrepp*", genom "*en rad olika ad hoc-metoder och teoretiska ansatser*". Detta tilltalade mig eftersom mina utgångspunkter för undersökningen har hämtats från så många olika håll. Vid min analys behöver jag förhålla mig till såväl lagen som organisationens egna riktlinjer, samtidigt som jag också vill jämföra mina resultat med de etablerade teorier och den forskning som finns på området.

Om *bricolage* nämner Kvale och Brinkman (2014, 281) att man först skapar sig en helhetsbild av materialet, sedan går tillbaka till avsnitt som är av särskilt intresse. Ett exempel är att sammanställa yttranden som tyder på en viss attityd till ett fenomen, vilket kan vara en väg att gå med just mitt tema. *Bricolage* går ut på att hitta de strukturer och mönster som är meningsfulla med tanke på syftet och att framställa dessa på det sätt som bäst åskådliggör dem, vare sig man väljer att uttrycka sig i ord, siffror, figurer eller en kombination av olika uttrycksformer.

7 Resultat

Som tidigare nämnts inleddes varje intervju med att respondenten fick fylla i en kort enkät om vilka former av utmanande beteenden de själva stött på i sina arbeten. För detta ändamål användes Hanburys (2007, 19) lista, som innehåller 1) omåttlig självstimulering, 2) självskadande beteende, 3) våld som riktas mot andra personer i syfte att skada, 4) destruktivt beteende och 5) beteende som stör eller hindrar organiserad verksamhet. Alla jag intervjuade hade sett exempel på samtliga kategorier av beteende, vilket antyder att utmanande beteenden av det här slaget är vanliga inslag på deras arbetsplatser. En respondent hade velat lägga till en kategori av beteenden som främst upplevs som psykiskt påfrestande av människor i omgivningen, såsom att man konstant har något ljud för sig, upprepar samma frågor otaliga gånger eller att brukare mobbar eller försöker manipulera andra. Respondent 1 tog också upp att beteenden som var tunga på ett mentalt plan nästan kunde kännas värst ibland:

"Ibland saknar jag nästan den fysiska delen, liksom, jag blir hellre misshandlad än har någon som frågar tusen frågor. Det är konstigt hur det kunde bli så, men jag får nog så i nerverna för som sagt, jag har ju inga pauser på arbetet. Så jag får aldrig det där lugnet, jag får aldrig en lugn minut."

Efter att respondenterna fyllt i enkäten ville jag höra om deras spontana tankar om ämnet och frågade därför om de kom att tänka på någon särskild situation då de fyllde i enkäten. Två av respondenterna såg beteendena på listan som vardagliga händelser på deras arbeten. Att det är typiska drag för dem de har att göra med, och att det är pågående beteende som upprepar sig. Utöver att man reflekterar över orsakerna bakom dessa vardagliga händelser, var det nog främst om det varit "något större pådrag" kring en enskild händelse som man funderade på det i efterhand. Tre av respondenterna kom att tänka på en specifik brukare de mött. Respondent 4 funderade över vilka inre skador en brukare som ofta bankar sitt huvud mot väggen och slår sig själv kan tänkas ha, och oroade sig även för att våldet också kan rikta sig mot andra brukare. Respondent 1 mindes en särskild episod när hon stod i köket och lagade mat åt en brukare:

"... så han kom bakifrån och kramade mig och så bet han allt vad han kunde i kinden. Jag trodde han skulle pussa mig, för han brukar göra det, men han bet mig riktigt hårt istället. Det var länge kvar det där blåmärket."

7.1 Känsloreaktioner

Jag bad respondenterna beskriva vilka känslor de upplever i de situationer de beskrivit i samband med den inledande frågan. Respondenterna nämnde känslor av chock, nervositet, oro, frustration, irritation och maktlöshet som första reaktion. Maktlösheten, som nämndes av två respondenter, gällde att man inte visste hur man skulle hantera en situation, i synnerhet då ett beteende blivit ett återkommande inslag i vardagen. Respondent 2 uttryckte sig på följande sätt:

”Man förstår ju att hon inte sitter och slår sig i huvudet för ros skull, man vet ju att det är något som är fel men vi vet ju sällan riktigt exakt vad det är. Eller vad man ska göra. Så det blir ju liksom en maktlöshet och på det viset en stress som vårdare, för man är ju där för att man vill göra sitt bästa och vill kunna hjälpa dem.”

Respondent 1 berättade om hur hen brukar tänka vid episoder av utmanande beteende:

”...okej, jag måste agera nu och ta mig ut ur den här situationen och sedan låtsas som att ingenting skulle ha hänt för att inte göra det värre. Jag måste låtsas som att det här är helt okej, det här berörde mig inte på något sätt. Man måste liksom lägga en mantel över sig...”

Respondenten talade också om hur tungt det kunde bli i längden, att försöka hålla masken och inte visa sina känslor på arbetet. Hen trodde att känslorna förmodligen tagit sig uttryck på annat sätt, exempelvis hemma, och att hen bearbetat upplevelser i efterhand. Flera av respondenterna nämnde att de nog kunde känna ilska men aktade sig för att låta det synas utåt i situationen med brukaren. Respondent 2 berättade att den ilska hen kände sällan riktade sig mot brukaren som uppvisade beteendena, utan snarare mot chefer och förmän som inte insåg allvaret i en situation. Som en tilläggsfråga passade jag på att fråga hur respondenterna lyckades med att inte ta utmanande beteenden som personligt riktade mot dem. Alla hade nog situationer där de angav att det var svårare att inte ta saker personligt, men de flesta menade att det var något som blivit lättare. Tre av respondenterna berättade att de i början av sina karriärer ofta tagit illa upp av brukarnas beteenden, men att de med tiden blivit skickligare på att förstå att det inte hade något med dem som personer att göra. Respondent 2:

“Nej, inte lyckas jag alltid med det... och speciellt i sådana fall där man får höra att ‘för mig gör han aldrig så’ [...] då blir det ju att man tänker att ‘men varför gör han det med mig, vad gör jag som är fel’ eller ‘varför tycker han inte om mig då, liksom?’”

Jag undrade också om respondenterna någon gång känt sig rädda i sina arbeten. Alla hade nog haft stunder då de varit rädda, men för tre av respondenterna var rädsla ingen betydande faktor. Såhär uttryckte sig respondent 3 och 4:

“Nå, alltså man måste ju veta när man ska avlägsna sig från stället, ska vi säga, och i de situationerna har man ju säkert till en viss del varit rädd, men då har man ju också bara varit tvungen att förstå att nu måste jag gå bort därifrån eller ta hjälp av någon annan.”

“...man, förstår du, kan lite känna sådär att du skulle ju verkligen kunna få en jävla stol i huvudet om det så skulle vilja. Men ska vi säga, till 95 %, inte känner jag.... man känner nog sig så trygg i alla fall.”

Respondent 1 hade dock en annan synvinkel på rädsla. Hen talade en del om rädslan för att något plötsligt och oväntat ska hända när man inte är beredd, som gjorde att hen alltid var tvungen att vara på sin vakt under arbetspasset. Det var dessutom jobbigt att märka hur det påverkade kollegorna.

“Det är nog kanske den värsta rädslan. Att man inte vet... vissa saker vet man som ‘okej, nu blev han mörk i blicken, nu kommer kanske något att hända’. Men ibland så visste man inte. Så det var ju att vara på vakt hela tiden; att vad kan hända här?”

“Kollegorna runt omkring mig... man hörde ju att de var inne på wc och grät. Det var nog tungt, kanske det tyngsta, att man hörde att det tog så pass på. Och jag var som ‘jag vet hur det känns...’”

Detta kanske också inverkar på arbetsmotivationen, då respondent 1 var den enda som angav att hen hade haft perioder då utmanande beteende gjorde att hen inte hade velat gå till jobbet alls. Resten hade inte känt så, eller hade bara känt visst motstånd i perioder. Respondent 3:

“Det har kanske funnits mera utmanande klienter som har gjort att det har känts tyngre att gå till jobbet. Inte så att jag inte skulle vilja gå till jobbet, men jag har behövt peppa mig själv betydligt mera för att gå till jobbet.”

7.2 Attributioner

Som en inledning på avsnittet om attributioner ville jag först få reda på något om respondenternas egen syn på utmanande beteende. Därför bad jag dem berätta om vilka orsaker de själva tror ligger bakom beteenden av det slag vi pratar om.

Två av respondenterna tog upp brukarnas uppväxtförhållanden som potentiella orsaker. Respondent 3, som mest jobbat med barn med intellektuell funktionsnedsättning, tänkte att otrygga hemförhållanden och avsaknaden av pålitliga vuxna spelade en stor roll. Att beteendena var ett sätt att ge uttryck för känslor som de inte lärt sig hantera på något annat sätt. Respondent 1 hade många gånger tänkt på hur föräldrarnas fostran av brukaren inverkat:

”Jag vet inte hur man ska förklara det, men det är som att de gjort allt för att de ska må bra och gett dem allting och som... och det har förstört så mycket. För om de skulle ha sett dem som någon som kan utvecklas och som kan lära sig fast de är annorlunda, så skulle de ha så mycket enklare att vara.”

Respondent 2 var övertygad om att utmanande beteende är ett uttryck för någon form av obehag; att någonting är fel, och att detta något skulle kunna gå att rätta till om man bara förstod vad det var. Det kan handla om något fysiskt, någon smärta, att brukaren är hungrig, törstig, fryser eller har för varmt. Det kan också vara något i omgivningen som stör. Då vissa brukare inte har något språk blir man helt enkelt tvungen att pröva sig fram. Respondentens sätt att resonera överensstämmer med de centrala principerna inom tillämpad beteendeanalys, som jag refererar till i kapitel 5. Respondent 2 gav ett tydligt exempel som hen i sin tur hört från någon annan:

”Någon som bara river av sig alla kläder, förstör allt i sin omgivning, och så har de till sist upptäckt att hen har haft en vaxpropp i örat, och det var den där vaxproppen som har varit hela irritationen. För just de som har autism är ju så känsliga för om något är annorlunda eller om något är fel i kroppen som de inte förstår. Och då vaxproppen var borta har också det där beteendet försvunnit.”

Jag ville också veta hur respondenterna resonerade gällande vilken grad av kontroll brukarna har över sitt beteende. Det visade sig vara en mångfacetterad fråga som respondenterna verkligen fick tänka över. Alla var i stort sett överens om att det fanns

brukare som inte hade kontroll över sitt beteende, men också att graden av kontroll varierade beroende på hur pass omfattande funktionsnedsättningen var, brukarens mognadsgrad samt vilket sorts beteende det handlade om. Något som alla nämnde på ett eller annat sätt, var att det nog fanns brukare som betedde sig som de gjorde för att få uppmärksamhet, för att provocera eller för att få sin vilja igenom, och att de därmed måste anses ha kontroll över sina handlingar. Respondent 2 tänkte dock att det fanns tillfällen då brukaren troligen hade valt ett annat sätt att agera om de bara hade kunnat:

“Så fort någon vänder sig mot dem så slutar det. Så då kan man ju tänka att det är något de har kontroll över och som de gör för att få något visst. Men då igen tänker jag, att skulle de ha något annat sätt som de skulle kunna kommunicera det där på så skulle de kanske inte göra så, sitta och slå sig, om de skulle kunna eller veta av något annat att göra.”

Detta låg i linje med vad respondent 3 ansåg: att det är personalens uppgift att hjälpa brukarna att känna igen sina känslor och hitta lämpliga sätt att uttrycka dem. Jag frågade också om respondenterna märkte någon skillnad i deras egna reaktioner beroende på om de tänkte sig att brukaren hade kontroll eller inte. Svaren var lite tvetydiga, men två av respondenterna kunde nog märka en tydlig skillnad. Respondent 1 gav ett exempel:

“Det är som ‘jag vet att du inte kan stiga upp och göra det där själv, så jag hjälper gärna’. Men sådana som jag vet att bara sitter och strejkar; ‘nej, jag tänker inte plocka upp det där från golvet’. Så nog är det ju som att, då blir man lite stressad.”

Respondent 3 och 4 höll med om att man hade bättre tålamod med sådana brukare som man föreställde sig hade mindre kontroll över sitt beteende. Respondent 3: *“Nog blir man ju irriterad om man märker att det börjar vara på flit, börjar provocera på något sätt.”* Från mer högfungerande brukare förväntade man sig mer, till exempel att de skulle förstå en viss situation. Men respondenten påpekade också att det har så mycket att göra med hur brukare blir bemötta av personalen. Respondent 4 om de brukare hen inte ansåg kunde sägas ha kontroll över sitt agerande:

“Jag tror nog att det är så mycket som rör och för i deras huvuden och hjärnor, att de kan inte alls hantera den där situationen när den kommer på sedan.”

Förståelse var en av de saker som betonades när jag frågade respondenterna hur de tyckte att utmanande beteende skulle bemötas. Att man håller sig lugn, undviker att bli arg

tillbaka eller bestraffa brukaren för beteendet. Respondent 1 tyckte det var viktigt att försöka förbereda sig för vad man kunde möta under ett arbetspass, *”att på ett ungefär veta vad man håller på med och vad man kommer in i för värld”*. Respondent 2 ansåg att man, om möjligt i samarbete med andra som känner brukaren, skulle ta reda på orsaken och kanske försöka lära brukaren alternativa sätt att uttrycka sig. Respondent 3 var av den åsikten att det viktigaste var att skilja på person och beteende:

”Sen, det som jag tror att är a och o är att försöka se barnet bakom beteendet och [...] att komma ihåg att det finns ett jättefint barn bakom det här beteendet, och det här beteendet är inte barnet. Och att försöka hitta det där barnet och att vara en trygghet för barnet.”

7.3 Bemötande av utmanande beteende

Till näst ville jag höra lite om hur väl respondenterna upplever sig kunna hantera utmanande beteende i praktiken, om de kände sig självsäkra i sitt bemötande av olika situationer. Alla respondenterna var överens om att man med tiden blir allt mer självsäker gällande sin förmåga att hantera situationer som uppstår, men att man likväl alltid får börja från ruta ett med varje ny brukare. Respondent 3:

”I dagens läge nog, men då igen är det alltid när man får en ny brukare eller ny klient, så är det ju osäkrare. Men jag tycker att man växer för varje, varje ny man lär känna så växer man och är inte lika osäker och blir inte lika till sig mera.”

En annan faktor som nämndes var dagsformen. Som respondent 2 beskrev:

”Är man minsta trött eller ur balans och är i andra tankar själv så har man ju mycket sämre tålamod. På något vis så är det som att de... ja, jag tror att de läser av också väldigt snabbt om man är i någon sådan sinnesstämning”.

Jag var också nyfiken på om respondenterna någonsin varit i en situation där de inte vetat vad de skulle ta sig till. Samtliga hade nog upplevt sådana situationer. En faktor som alla nämnde i samband med detta var det stöd som kollegor kan ge vid sådana tillfällen. Respondent 1 beskrev en händelse där hen önskat att någon kommit in i rummet och hjälpt till, respondent 2 nämnde att osäkerheten kunde komma när man var ensam med en brukare. Respondent 4 beskrev tryggheten hen kände i att kunna *”fråga vidare”* om något kändes osäkert, och respondent 3 uttryckte sig som följer:

”Jo, det har det nog. Men då har det funnits andra omkring, så man har fått i alla fall det där psykiska stödet. Trots att vi kanske båda eller alla har varit lika ovetande om vad man ska göra så har man i alla fall haft tryggheten att någon annan är där.”

Respondent 2 beskrev larmet man som anställd hade på sig och som var kopplat till en väktarfirma, som en extra trygghet i situationer där brukare betedde sig hotfullt. Vad hen visste hade larmet inte behövt användas en enda gång på hens arbetsplats, men det fyllde ändå sin funktion:

”...de flesta klienter är också helt medvetna om att vi har det där, så ofta kan det hjälpa att bara visa och säga att ‘nämen om du inte hör på vad jag säger, så måste jag kalla på polisen’, säger vi ju då att det är. Och då vill de ju inte, så då blir de som att ‘nä...’ det är ett hot som på något vis biter. Att inte vill de ju att man ska behöva göra det.”

I det här skedet av intervjun ville jag också veta om respondenterna anser det vara en lätt sak att avgöra när man bör vidta en begränsningsåtgärd. Frågan besvarades på olika sätt av alla mina respondenter. Respondent 1 upplevde att man på hans nuvarande arbetsplats tillsammans skapat ett sorts regelverk för när en begränsningsåtgärd ska användas. På en tidigare arbetsplats hade hen upplevt det som svårare, då det mer var upp till varje anställd att bedöma. Respondent 3 och 4 kände sig trygga i sin förmåga att göra den bedömningen. Respondent 3 upplevde att det kom ganska naturligt:

”Att man gör bara det som måste göras. Jag funderar inte på att ‘oj, det här borde jag inte göra just nu’. Utan då gör man bara det man måste göra just då. För allas säkerhet.”

Det märktes att Respondent 2 reflekterat mycket över de etiska dilemman som begränsningsåtgärderna förde med sig, och nämnde att de också diskuterades mycket på arbetsplatsen. Hen gav som exempel ett fall där personalen bedömt det som nödvändigt att en boendes kylskåp försågs med lås, då brukaren annars tömde hela kylskåpet på en gång:

”Och det är ju ett destruktivt beteende förstås. Men samtidigt så är det ju nog jättesvårt att avgöra och begränsa det där. För nog vet man ju det där med sig själv, att nog finns det ju tillfällena där man äter upp hela chipspåsen eller chokladplattan på en gång fast man kanske inte nödvändigtvis mår bra av det, men man behöver få göra det då i den stunden. Och det

känns ju på något vis fel att alltid begränsa åt dem, att de ska bara ha rätt att få äta godis den där ena dagen i veckan”.

Respondent 4, som hade längst arbetserfarenhet av alla respondenter, reflekterade över hur saker och ting har ändrats sedan hen började jobba:

“...om jag går tillbaka 15 år, så de där begränsningarna, alltså det fanns ju nog vissa grymma saker då [...] Att i dagens läge går det inte att göra vilka begränsningar som helst. Det har blivit jätte-jättehårt med det också. Och de har så det här självbestämmande. Det är det där ordet självbestämmande som är nog i dagens läge i fokus.”

Precis som respondent 2 gav även respondent 4 uttryck för viss ambivalens när det gällde att väga behovet av begränsning mot en brukares självbestämmanderätt:

“Men det finns nog situationer som... det är ju av en orsak som de är där, och då ska man nog kunna på något vis begränsa.”

7.4 Arbetsplatsen och kollegorna

På den här punkten ville jag höra jag mig för om vilket slags stöd respondenterna upplevde att de fick från arbetskamrater, chefen och organisationen. Två av respondenterna hade erfarenheter av att stöd i frågor som gällde utmanande beteende kunde vara en bristvara. Respondent 2:

“Nä, och det tycker jag är synd och trist. För ofta så känns det som att det är de andra vikarierna, inhopparna eller andra som är unga, just har börjat jobba som man på något vis upplever den största samförståelsen med och som ifrågasätter och reagerar och vill hitta en lösning och tänker att det här inte är något som vi bara ska acceptera”.

Respondent 2 upplevde att kollegor som jobbat länge på samma arbetsplats ofta hade gett upp i frågan om utmanande beteende:

“...och nog finns det ju alltid undantag, men tyvärr tycker jag nog de är i minoritet ändå och det är ett ganska genomgående mönster från chefer och de som har jobbat längre [...] Antingen bara blundar de eller så tänker de att 'såhär är det'.”

Respondent 3 och 4 upplevde båda att stödet från såväl chefer som kollegor i dagsläget var riktigt bra. Respondent 3 uppgav att känslan av uppbackning i tiderna berott på vilken

chef och vilka kollegor som just då arbetade på enheten. Respondent 4 var den som kände störst tillit till sina kollegor:

”Jå-å! Japp! Det hörde du redan här tidigare att det finns nog så stort stöd, både bland arbetskamrater, chef [...] Ja, alltså till 100 % så känner man sig trygg och man får det där stödet.”

Respondent 4 tog som exempel när hen frågat en kollega, vars bostad ligger nära arbetsplatsen, om hen fick ringa ifall något inträffade under nattsiftet som gjorde att respondenten inte klarade av situationen ensam, och fått ett självklart ja till svar.

Att förebyggande arbete är viktigt framgår tydligt av den teori jag läst mig in på inför denna undersökning. Jag ville därför ta tillfället i akt och fråga mina respondenter om den saken. Respondent 3 och 4 var ännu en gång rätt så samstämmiga; de tyckte båda att förebyggande arbetssätt användes på deras arbetsplatser. Respondent 1 tyckte nog också att man ägnade sig åt det på arbetsplatsen, men kunde också se brister:

”Jo, alltså, grejen är den att ibland finns det inte tid, och ibland finns det inte energi, så ibland blir det ju nog som inte gjort på rätt sätt.”

Respondent 2 önskade att det gjordes mer av den sorten på hans arbetsplats. Hen nämnde bland annat att man kunde göra mer då det kommer till alternativa kommunikationssätt, och även då det gäller att hitta vettiga sysselsättningar som brukarna kan ägna sin tid åt. Respondent 2 upplevde att det ofta behövde hända något allvarligt innan saker och ting togs itu med:

”Och då blir den där lösningen [...] att de skickas till Pargas några veckor på utredning och så hoppas de att det ska lösa sig med någon medicinering eller någonting sådant.”

Respondent 2 kände oro över hur lättvindigt nya mediciner tycktes skrivas ut och läggas till:

”...att de bara lägger på en ny medicin utan att ens fundera på om någon av de andra kunde tas bort istället eller vad det blir för biverkningar eller kombinationer av alla de där pillren i dosetten. [...] fortfarande är det som en övergripande tanke, att det här är det effektivaste sättet att rätta till. ”

Nästa fråga handlade om samförståelsen inom arbetsgruppen, specifikt om respondenterna upplevde att det gick att få till ett gemensamt engagemang och utveckla strategier kring utmanande beteende som alla inom gruppen upprätthöll. Respondent 2 kunde också på den här punkten se utrymme för förbättring på sin arbetsplats. Hen tycker att det ofta behöver gå onödigt långt innan gruppen sluter upp kring ett problem. Också på andra enheter där hen arbetat har personalen haft svårt att komma överens, dels på grund av att äldre anställda klamrar sig fast vid gamla rutiner och inte vill prova på nytt eller ens erkänna de problem som finns:

”Och samma att det är någon som ’nej, men med mig är han alltid lugn. För mig springer han inte av och an’, och så tar de en inte på allvar om de inte själva ser problemet. Det förekommer nog också, just bland de som varit länge på ett jobb och av en eller annan orsak så gör inte brukaren det då hen är på jobb. Så därför tror hen att det inte existerar.”

Respondent 1, 3 och 4 hade alla goda erfarenheter av samarbetet på sina arbetsplatser. Respondent 1 beskrev relationerna på sin nuvarande arbetsplats:

”... det tycker jag faktiskt funkar jättebra, och man lär sig som något nytt. Jag menar, det finns sådana som har varit där i 20+ år och inte har vetat en viss sak om en klient, och så säger man [...] att ’det här jag reagerat på och sådär gör jag’, och det var som ’oj, vad bra att du sa det där, jag har gjort i 20 år fel.’ [...] Så vi berättar nog som ganska detaljerat om en klients beteende och frågar ’hur gör du?’ Och så frågar man det då av allihop, att ’vad tycker ni att funkar bäst?’ Och så provar man de där olika sakerna.”

Hur talar man då om de brukare som uppvisar utmanande beteende? På den här frågan fick jag bredare svar än jag väntat mig, då det också ledde till diskussioner om attityden överlag bland kollegorna. Respondent 1 och 4 medgav nog att det var ett sätt att ventilerat sina frustrationer att säga något fult eller skämta om en brukare. Inte så att brukarna hörde, utan personal sinsemellan. Respondent 1 underströk dock att hen ansåg pratet vara rätt så harmlöst till sin natur:

”Alltså ibland så kan det nog låta som att vi nästan mobbar, eller som sådär att ’nog är de ju... alltså hur kan de vara sådär?’ Men sen i slutet av, då vi har diskuterat en klient, så blir det nog ändå att ’ja, nog är det ju roligt att de är speciella nog’. Att nog är det... ’inte finns det ju någon annan som den där personen’. Så ibland kan det låta lite elakt, men sen är det nog för att allihop är så stressade.”

Respondent 2 och 3 tyckte att pratet som personal ägnade sig åt antydde vilken attityd man hade gentemot brukarna. Respondent 3 kunde märka skillnaden beroende på om den anställdas fokus låg på det utmanande beteendet eller om hen också kunde se de fina sidorna hos brukaren:

“För det har också stor skillnad på bemötande, hur man själv tänker om barnen. Och barnen känner det. Genast. De vet nog, att ‘bryr sig den här personen på riktigt eller ser den bara mig som något som är jobbigt?’. Och deras naturliga reaktion är ju att fortsätta och försöka trigga någonting. Eller vara jobbiga, fortsätta med dåligt beteende. För om de inte får någon positiv respons så inte vill de ju jobba på sig då heller, tror jag.”

Respondent 2 kunde också, baserat på hur det pratades bland de anställda, märka en del negativa attityder:

“...nog blir det ju lätt den där allmänna jargongen att de är ‘jobbiga’ [...] och mycket liksom att man tycker att det är ‘onödigt’. Mer liksom onödigt i en sådan bemärkelse att det bara borde försvinna av sig själv, att brukarna bara borde sluta... ‘Skärpa sig’ med vissa saker som de gör bara för nöjes skull eller något.”

Men respondent 2 lade också märke till de gånger då det omvända reflekterades i pratet:

“...vissa som man märker har till och med det där extra intresset för att jobba med dem som är mer utmanande och faktiskt dras till dem och gärna är med dem [...] Men nog är ju de i minoritet också. Men de finns ändå, och det är ju bra. Det är ju dem man önskar att det fanns mer av. Att de var i majoritet i den här branschen, och mindre sådana som du sa, eller som din mamma sa, hellre skulle kunna jobba på Halpa-Halli.”

Respondent 4 kunde se en förändring över tid också i hur man pratade om brukarna på arbetsplatsen:

“Men det tycker jag har blivit lite bättre också med årens lopp. Det var mera förr att man kunde. Det har också blivit lugnare. Är det det då att man är nog som så rädd över det där att vilka konsekvenser det kan ha?”

Den avslutande frågan i citatet har att göra med de fall av misshandel och vanvård vid olika enheter inom Kårkulla samkommun som uppdagades för ett par år tillbaka, och som även ledde till rättsliga följder. I augusti 2014 avslöjades grava missförhållanden vid

Sagaboendet i Sibbo, som även ledde till att två före detta vårdare vid boendet åtalades för tre fall av misshandel. Det handlade om slag med öppen hand, knuffar och örfilar (Vasama, 2015). Av dessa dömdes sedan den ena för lindrig misshandel (Crawford, 2015). Året därpå, i november 2015, gick två anonyma vårdare ut och berättade om vanvård, psykisk och fysisk misshandel samt censurering av information i kontakten till anhöriga vid en enhet i Pargas (Alm, 2015). Den senaste händelsen av det här slaget ägde rum 2017 i Närpes, då en dömdes för lindrig misshandel efter att ha tagit tag i nacken och brukare och lett bort hen mot en soffa. Interventionen gjordes för att förhindra brukaren från att dricka en kaffekopp som inte var ämnad för hen (Ruda, 2017).

Mot slutet av intervjun ville jag gärna veta om respondenterna haft oturen att bevittna någon incident där bemötandet varit verkligt dåligt eller direkt olämpligt, eller om de själva gjort sådant som de ångrar i efterhand. Alla hade nog sådant som de för egen del funderade på, hur de betett sig i olika situationer. Respondent 1 berättade:

“Det har jag nog... Nå, det som jag ofta ångrar är att jag ibland måste vara så... ta i med våld. Jag är så allergisk mot det, för det finns inte någonstans inom mig att jag någon gång skulle vilja göra våld. [...] Så det skäms jag ju nog över många gånger: ‘nämen tog jag faktiskt i så där hårt?’ Och någon gång har jag ju i misstag också, vet du som, då man måste vara så våldsamt att de kanske har fått något blåmärke. Och då blir man ‘shit, var det jag som gjorde det där?’ Jag har nog jättedåligt samvete för det.”

Också respondent 3 kunde dra sig till minnes fysiska interventioner som hen ångrar i efterhand:

“...men nog är det ju många små saker som att man kanske har hållit i någon som det visat sig att det inte överhuvudtaget var lämpligt att göra det med den personen”.

I övrigt handlade det ofta om att man i efterhand kände att man hade kunnat ha bättre tålamod med en brukare i någon situation. Det nämndes av tre av respondenterna. Respondent 4 gav ett exempel på en sådan situation, med en brukare som hade för vana att stiga upp mitt i natten och börja bygga med stora legoklossar i allrummet. Byggandet gav upphov till en del oväsen, som kunde göra respondent 4 frustrerad:

”Så jag går jag ju och tar bort det där lego, hon får dem först klockan sex tillbaka. Och jag ger henne bara sådana där små lego, för de har ju inte alls något ljud. Men inte är hon nöjd, inte vill hon ha de där små lego. Hon vill ha de där stora lego.”

Respondent 4 berättade för morgonpersonalen vad hon gjort när de kom till arbetet, varpå en kollega påpekade:

”ja, ja... tänk om någon skulle komma på natten och ta din stickning då när du sitter och stickar och säga 'här stickar du inte något du nu'. Ja, så det satte nog mig att fundera, att 'herregud, det är ju riktigt sant'.”

Då det gällde dåligt bemötande från kollegor hade ingen av respondenterna varit med om någon riktigt allvarlig incident. Respondent 2 konstaterade att det ju nog är lätt att hitta fel i kollegorna: *”något som man tycker att, sådär skulle inte jag ha gjort”*. Endast en av dem hade någon gång funderat på att göra en polisanmälan mot en arbetskamrat som betett sig illa. I övrigt handlade det mest om verbala kränkningar man bevittnat, eller en dålig attityd rent generellt. Respondent 3:

”Och sen så, en del så behöver för sin egen del lyfta upp sig själv och vara lite bättre än barnen. Och det tycker jag nog att är väldigt fel. För ingen av oss är något finare än de här barnen. Så man behöver inte... jag vet inte, då tycker jag inte heller att man behöver jobba med de barnen om man har ett behov av att trycka ner dem.”

Något som också kom upp var benägenheten att låta bli att rapportera händelser som inträffade. Respondent 1:

”Och... det är så sällan som någon fyller i en, och det händer ju nästan varenda dag. Men det är aldrig någon som fyller i det, så det ser ju ut som att det är ett felfritt ställe. Inte händer det något här.”

8 Diskussion

Syftet med den här studien är att undersöka hur personal inom specialomsorgen uppfattar utmanande beteende hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, vilka känslor och tankar som präglar synen på dessa beteenden samt hur de som professionella

bemöter dem. Jag kommer i detta kapitel diskutera hur syftet uppfyllts av undersökningen.

8.1 Resultatdiskussion

Det kan inledningsvis konstateras att utmanande beteende av det slag som definierats i kapitel 2.3 är ett allmänt förekommande inslag bland de brukare som respondenterna kommer i kontakt med i sina arbeten. Det kunde till och med anses höra till vardagen inom specialomsorgen.

Som nämns i kapitel 5.2 har Bromley och Emerson (1995, 349–350) kunnat påvisa att personal som konfronteras med utmanande beteende i regel reagerar känslomässigt. Detta stämde också för respondenterna i den här undersökningen. De känslor som rapporterades var chock, nervositet, oro, frustration, irritation och maktlöshet. Maktlöshet är en känsla som jag inte direkt stött på i den teori jag konsulterat för den här undersökningen, och då var det ändå två av fyra som angav maktlöshet som en av de dominerande känslorna.

Rädsla hade alla respondenter också upplevt i trängda situationer, men någon mer ihållande känsla av rädsla hade bara upplevts av en respondent. Hen beskrev det tunga i att alltid känna att man behövde vara på sin vakt, då det när som helst kunde uppstå en svår eller hotfull situation. Just oförutsägbarheten beskrevs också av Bromley & Emerson (1995, 350) som en av de saker som gav upphov till mest stress hos personalen i deras undersökningar. Mills och Rose (2011, 844) kunde dessutom påvisa ett samband mellan utmanande beteende och utbrändhet, i synnerhet kopplat till rädsla för att utsättas för misshandel. Kopplingen känns olycksbådande, då respondenten nämner att den ständiga anspänningen på arbetet troligen påverkat övriga delar av livet på så sätt att återhållna känslor bearbetades i efterhand, i andra sammanhang. Detta är också en tänkbar anledning till att respondent 1 var den enda som upplevt att utmanande beteende varit en faktor som gjort att hen inte ville gå till jobbet. Respondenten var dock inte den enda som uttryckte behovet av att bearbeta situationer som skedde på arbetet. Sådär uttryckte sig respondent 2:

"...om det blir någon mer sådan krissituation så vet jag nog att jag är en sådan som ändå reagerar ganska rationellt i situationen och sedan först efteråt kommer alla de där känslorna och tankarna, då man mer analyserar och mer liksom går igenom vad som faktiskt skulle ha kunnat hända [...] mer alla sådana tankar och reaktioner kommer."

Något som alla respondenter på sätt eller annat berörde var förmågan att hålla masken och inte visa sina äkta reaktioner i mötet med brukaren, liksom hur de alla genomgått perioder där de kände sig ledsna och tog illa upp av brukares beteende gentemot dem. Alla uppgav att det var något som blev lättare i och med att de fick mer arbetserfarenhet, men att det fortfarande fanns situationer då man inte var "mer än människa". Relationen till brukare man arbetat länge tillsammans med kan bli rätt så familjär, och man fäster sig givetvis vid människor man umgås mycket med och dessutom har omsorg om. När en brukare som man upplever sig komma bra överens med, och som man dessutom tycker mycket om som person, plötsligt ger en ett slag eller säger något elakt är det klart svårare att inte ta det personligt. Det som slagit mig flera gånger när jag bearbetat materialet från intervjuerna, är hur hårdhudad man på sätt och vis behöver vara som vårdare. Man ska tåla förolämpningar, hot, fysiska angrepp, ha tålamod att gång på gång ställa saker till rätta, skydda andra i omgivningen; allt detta, och samtidigt bibehålla sin känslighet och empati för dem man vårdar. Det är en krävande och, med tanke på ersättning och generell status i jämförelse med andra yrken, oerhört underskattad uppgift.

Vad gäller orsaker bakom utmanande beteende kunde jag märka att respondenterna alla uttalade sig utifrån något slags grundläggande teori. Två av respondenterna var inne på att beteendena troligtvis var resultatet av vad brukaren lärt sig under uppväxten, otrygga hemförhållanden och kanske även tidiga trauman. En av respondenterna utgick från att utmanande beteende var uttryck för obehag eller missnöje; att något är fel. Respondent 4 var också inne på samma linje, att det i fallet med en specifik brukare troligen handlade om en ledsamhet hen inte kunde uttrycka på annat sätt.

Sammanfattningsvis kan man säga att respondenterna såg utmanande beteende som ett uttryck för negativa känslor, som brukaren själv inte kan eller inte har fått lära sig att reglera, och som hen inte heller har möjlighet att kommunicera på de sätt vi "normalstörda" vanligen förlitar oss på. Respondenternas tankar om vilken kontroll brukarna hade över sitt beteende stämde till stor del överens med Rose et al. (2014) och

Dilworth et al. (2011). Respondenterna ansåg sig ha en mer positiv inställning till och bättre tålamod med brukare som upplevdes ha mindre kontroll över sina handlingar. Man förväntade sig mer av högfungerande brukare och blev snabbare irriterad om man upplevde att de provocerade en medvetet. Respondent 3:

”Jag skulle kanske inte säga att man blir irriterad om det är någon som omedvetet gör det eller om den inte själv kan hantera sina känslor. Men barn lär ju sig också, att vad kan man, ’hur kan jag trigga den här personen?’ Nog blir man ju irriterad om man märker att det börjar vara på flit, börjar provocera på något sätt.”

Att påstå att en brukare gör något för att vara till besvär, provocera eller manipulera, tror jag är något av ett tabu inom vården. Orsakerna bakom beteenden av den karaktären är givetvis alltid mer djupgående än att en brukare vill ställa till det för personalen; det förstår nog alla. Ändå är det som att idén om brukaren som bråkmakare har etsat sig fast. En fras som jag själv kommit att bli allergisk mot är att brukare ”testar” en, vilket på något sätt antyder att hen vill prova hur mycket man som personal tillåter innan man sätter ner foten, och att det som personal i den situationen gäller att ”visa vem som bestämmer”. Förutom att ett sådant förhållningssätt är direkt lagstridigt med tanke på självbestämmanderätten, anser jag också att det tyder på brist på kunskap.

Respondenterna upplevde att deras förmåga och självsäkerhet när det kom till att hantera utmanande beteende mognade med tiden. Det framgick dock tydligt att kännedomen kring den enskilda brukaren var en avgörande faktor, då alla nämnde att det kändes som att vara tillbaka på ruta ett varje gång man möter en ny brukare. Att ha en personlig relation, och helst då en god sådan, är något jag själv håller som mycket viktigt. Då man vet hur någon brukar reagera, vad som lugnar och vad som utlöser utmanande beteende kan man också arbeta förebyggande på ett helt annat sätt. Att dessutom ha en god relation där brukaren känner tillit till en, gör svårigheter som redan uppstått lättare att lösa. Därför är det oroväckande att många verksamheter inom vård- och omsorg inte har tillräckligt med arbetskraft, utan tvingas ta in den ena tillfälliga vikarien efter den andra. Då har man mindre chans att välja vem man tar in, och brukarna möts hela tiden av nya ansikten.

I mitt teoriavsnitt beskriver jag hur man både på det teoretiska fältet och i lagstiftning tar avstånd från användandet av bestraffning i vården av personer med intellektuell

funktionsnedsättning, och istället sätter personens självbestämmanderätt i första rummet. Då det var tal om begränsningsåtgärderna tänkte respondent 4 tillbaka på de metoder som användes när hen påbörjade sin karriär inom specialomsorgen, för drygt 20 år sedan:

“Alltså, när jag började, man nästan bestraffade ju dem, att gjorde de något dumt så minns jag: ‘jaha, nu ger vi inget kaffe åt henne på fem dagar’. Tänk vad hemskt! Så jag kan tycka att det är så grymt i dag när man ser tillbaka, att den personen som man bestraffade förstod ju inte den bestraffningen. Och vi dumhuvuden trodde ju att ‘Nå nu, nu fick hon sig ett straff. Nu får hon inte kaffe på en vecka’. Helt fel.”

Att man frångått bestraffningar av det här slaget har jag nog också kunnat märka under arbetet med undersökningen, men jag har också funnit exempel som visat att det gamla tänkesättet lever kvar. Oavsett vad man kallar det handlar det ju om en begränsande åtgärd när en brukare hindras från att utöva sin självbestämmanderätt, och jag tycker inte det är svårt att tänka sig att sådana mer informella former av begränsning sker i viss utsträckning ute på enheterna. Tvärtom tror jag att rester av sådana kutymer som exemplifieras ovan kan vara rätt så vanliga, i synnerhet då det handlar om små interventioner som kan tyckas harmlösa; såsom att neka en brukare kaffe.

Vilken inverkan stödet från förmän och kollegor har på ens förmåga att bemöta utmanande beteende, är en annan aspekt som jag inte upplever tar så stor plats i den teori jag fördjupat mig i. Studierna tar ofta fasta på individuella föreställningar och attityder. Att den gemenskap och tillit man känner till sina arbetskamrater spelar en stor och viktig roll i det dagliga arbetet med utmanande beteende anser jag framkommer tydligt i intervjuerna. Det talas om det bekymmersamma med chefer som inte bryr sig och inte tar sitt ansvar, kollegor som gett upp, som inte är beredda att prova på något nytt och som bara ser det negativa i brukarna. I enstaka fall har respondenterna också upplevt att kollegor beter sig direkt olämpligt.

Det motsatta, dvs. det positiva samarbetet arbetskamrater emellan, är ändå det som framkommit tydligast; tryggheten i att någon annan är på plats i en svår situation, att kunna ventiler frustrationer, att lära av varandra och tillsammans komma fram till de bästa strategierna. Om chefer har det bland annat sagts att man känner sig trygg att prata

om vad som helst med sin närmaste chef, att det är chefen som lärt en vad självbestämmande innebär och att chefen har förmågan att lugna ner kaotiska situationer.

Jag avslutade alla mina intervjuer med att fråga mina respondenter vad de tyckte var det bästa med deras jobb, och vad det var som gjorde att de ville arbeta med personer som uppvisar utmanande beteende. Detta efter att min första respondent påpekade att jag borde släppa in lite ljus och positivitet efter en intervju om ett så pass allvarligt ämne. Respondent 1 tyckte att det bästa med hans arbete var att det kändes som att man gjorde skillnad:

“Den tanken har jag nog mycket då jag kommer från arbetet. Idag har jag gjort något som var värt någonting. Någon mår nog bättre för att jag var på jobb idag. Jag har inte haft det där samma när jag varit på andra arbetsplatser.”

Respondent 4 berättade att hen ibland funderat över att byta bana och prova på något annat jobb, men efter att ha testat att hoppa in vid andra verksamheter kommer hen gång på gång tillbaka till vilken frihet arbetet som vårdare på Kårkulla innebär:

“Klart det är mycket arbete, och det ska göras och det ska städas och det ska bykas och det ska... men där emellan har du nog den där möjligheten att göra precis vad du vill med dem. [...] nog vill man ju ha det där att kunna gå ut och gå med dem, och kunna fara ut och grilla med dem och kunna göra det ena med det andra.”

Respondent 4 beskrev brukarna som härliga, då de trots att hen kunde bli frustrerad på dem alltid fick henne att skratta. För respondent 2 var utmaningen en av de bästa sakerna med arbetet; krissituationer där adrenalin-nivån höjdes var helt enkelt hens grej. Viljan att förstå och övertygelsen att det alltid fanns någon orsak bakom ett beteende var andra viktiga drivkrafter. De gånger man fick uppleva framsteg, att det arbete man lade ner på att komma till rätta med ett beteende faktiskt lyckades och vardagen fungerade bättre, var också ett av skälen till att hen tyckte om sitt jobb. Respondent 3 formulerade sig riktigt fint gällande just detta:

“Det bästa och det som gör att jag vill jobba med personer med utmanande beteende är att kunna vara en trygg person i deras liv. Att få vara en som tycker om dem och som bryr sig om dem oavsett deras beteende. Det är underbart att se hur beteendet ändras när dom känner

sig värdefulla och omtyckta. Jag tycker man får en stor belöning i det skede som barnen vågar öppna sig och märker att 'den här personen tycker om mig oberoende'."

8.1.1 Slutsats

De viktigaste fynden i min undersökning anser jag har att göra med relationen mellan personal och brukare. Det framkommer gång på gång att yrkesskickligheten är något som förvärvas över tid, samt att den till stor del också är avhängig hur väl man känner en brukare. Detta är en av de saker jag tar med mig från det här arbetet: personalen inom specialomsorgen är inte utbytbar. Därmed inte sagt att uppställningen alltid måste vara den samma, eller att brukarna inte skulle kunna vänja sig vid ny personal. Det viktiga skulle vara att personalen väljs med omsorg, och att brukarnas möjligheter att forma trygga relationer till personalen tas i beaktande i den praktiska planeringen av arbetsplaner osv. Att de vikarier och inhoppare som tas in har de rätta egenskaperna skulle också vara viktigt. Detta är förstås lättare sagt än gjort, då bristen på behöriga arbetstagare inom branschen redan i utgångsläget är så stor. Situationen har därför att göra med så många fler faktorer än vad verksamheterna själva har makt att påverka. En annan viktig lärdom jag tar med mig från det här arbetet är betydelsen av stöd från kollegor och chefer, liksom ett bra samarbete inom arbetsgruppen. Respondenterna i min undersökning återkom ofta till tryggheten i att kunna fundera tillsammans med någon annan, fråga råd eller att helt enkelt slippa vara ensam i svåra situationer.

Känslan av maktlöshet när man som vårdare konfronteras med utmanande beteende, liksom den ihållande rädslan för oförutsägbart beteende som kan ge långtgående konsekvenser, var intressanta fynd gällande respondenternas känsloreaktioner. Vad gäller attributioner stämde undersökningspersonernas tankar och erfarenheter överens med de studier jag presenterat tidigare i det här arbetet, dvs. att man som personal kände sig mer positivt inställd till, och mer villig att hjälpa, en brukare med utmanande beteende om man föreställde sig att hen inte kunde kontrollera sina handlingar. Att brukare bestraffades för utmanande beteenden förekom till någon del, men respondenterna gav överlag uttryck för en mer modern attityd gällande bemötande. Många av uttalandena stämde överens med de grundläggande principerna för tillämpad beteendeanalys och lågaffektivt bemötande, samtidigt som de avspeglade de värderingar som vår lagstiftning bygger på.

8.2 Metoddiskussion

När jag ser tillbaka på all den tid jag ägnat åt detta examensarbete önskar jag att jag från början förstått att fördela min tid och energi lite jämnare. Som det nu gick till ägnades en väldig massa tid åt att fila på definitioner och teori, som förvisso är viktigt. I efterhand önskar jag att jag sparat på krafterna och istället gjort en utförligare undersökning och analys. I det här fallet kändes det nästan som att teorin tog överhanden. Till sist hade jag samlat på mig så mycket fakta att jag omöjligt kunde hålla alla i minnet vid analysen av materialet. Därför känns det också som att jag inte fått ut allt av mitt material.

I övrigt är jag nöjd med mitt tillvägagångssätt. Valet av kvalitativa intervjuer som metod var lämpligt för ändamålet. Jag tycker också att valet av respondenter var lyckat. Det enda som gav mig huvudbry var att en av respondenterna främst hade arbetat med barn, medan de andra alla hade omsorg om vuxna. Vid närmare eftertanke tror jag dock inte att detta spelade någon betydande roll för resultatet. Urvalsprocessen var dock inte helt enkel. På grund av olika orsaker relaterade till coronapandemin var det tre personer som fick förhinder och blev tvungna att dra sig ur, vilket betydde att jag fick göra om processen ett par gånger. Hur intervjuerna skulle genomföras då läget med covid-19 är som det är har inte heller varit helt lätt att avgöra. Det blev så att jag träffade två av respondenterna ansikte mot ansikte, och två intervjuades över videosamtal. Själva intervjuerna var intressanta och roliga att göra, så om jag gjort undersökningen igen hade jag nog intervjuat fler, bara för att få en bredare bild. Jag hade då också satsat ännu mer på spridningen inom den grupp jag intervjuar, så att olika karaktärsdrag, bakgrunder och attityder representerades. Då alla intervjuer var gjorda transkriberades de, och sorterades redan på det stadiet så att alla respondenters svar stod tillsammans under frågan eller ämnet de berörde. Därefter analyserades materialet, fråga för fråga, för att hitta mönster. Valet av analysmetod upplever jag fortfarande som riktigt, men som jag nämnde ovan hade jag nog kunnat dra fler slutsatser ur mitt material om jag lämnat mer utrymme för analys-skedet.

Det jag upplevde som absolut svårast var de avvägningar som behövde göras vid presentationen av resultatet. Min mening var aldrig att framställa någon av mina respondenter i dålig dager, ej heller den organisation de arbetar för. Jag tycker att sekretessen har beaktats, men hur respondenterna skulle uppfatta texten jag skapat kring

deras uttalanden har jag ibland känt mig osäker på. Samtidigt förlorar man ju sin objektivitet om man i för hög grad tar hänsyn till undersökningspersonernas känslor. Jag vill tro att jag framställt resultatet på ett sätt som inte sårar. Det har åtminstone varit min strävan.

Jag anser att storleken på min undersökning begränsar generaliserbarheten, då resultaten bygger på endast fyra intervjuer. Det jag åstadkommit är mer en ögonblicksbild, en titt bakom kulisserna på fyra enheter tillhörande Svenskfinlands största serviceproducent. Det jag däremot tror är att många av de resultat jag presenterat troligen kan appliceras också på andra verksamheter inom social- och hälsovården, då de till syvende och sist berör allmänna utmaningar inom människonära yrken. Jag anser att undersökningen uppfyllde sitt syfte och att mina frågeställningar besvarades.

Under arbetet med den här undersökningen kom jag på en mängd nya frågeställningar som hade varit intressanta att söka svar på. Om jag hade fått göra ett nytt arbete hade jag nog valt att undersöka användningen av bestraffning inom specialomsorgen. Det är ett ämne som för mig känns högst relevant, i synnerhet med tanke på de lagändringar som ägde rum år 2016. En annan fråga jag gärna velat utreda är varför man som vårdare drar sig för att anmäla olyckor och tillbud. Ännu ett uppslag för en undersökning är om de lagändringar som gjordes 2016 faktiskt lett till de förändringar man hoppades på i praktiken.

Källförteckning

Alm, J., *Vanvård och psykisk misshandel på Kårkulla i Pargas*. [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2015/11/17/vanvard-och-psykisk-misshandel-pa-karkulla-i-pargas> [hämtat: 23.10.2020].

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), 2019. *Definition of Intellectual Disability*. [Online] <https://www.aidd.org/intellectual-disability/definition> [hämtat: 12.4.2020].

American Psychiatric Association, 2013a. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. (5th ed.). Washington (D.C.): American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association, 2013b. *Intellectual Disability*. [Online] https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Intellectual-Disability.pdf [hämtat: 15.4.2020].

American Psychiatric Association, 2018. *What Is Autism Spectrum Disorder?* [Online] <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder> [hämtat: 17.4.2020].

American Psychiatric Association, 2017. *What is Intellectual Disability?* [Online] <https://www.psychiatry.org/patients-families/intellectual-disability/what-is-intellectual-disability> [hämtat 30.3.2020].

Awanic Oy, 2016. *Rapporteringsystem för ogynnsamma händelser inom social- och hälsovården*. [Online] <http://awanic.com/haipro/swe/> [hämtat: 19.10.2020].

Bowring, D., Painter, J. & Hastings, R., 2019. Prevalence of Challenging Behaviour in Adults with Intellectual Disabilities, Correlates, and Association with Mental Health. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(4), s. 173–181.

Bromley, J. & Emerson, E., 1995. Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. *Journal of intellectual disability research: JIDR*, 39 (4), s. 341-352.

Carr, E. (1977). The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84(4), 800-816.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020. *Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder*. [Online] <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> [hämtat: 17.4.2020].

Crawford, M., 2015. Vårdare dömd i fallet vid Sagaboendet. [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2015/12/01/vardare-domd-i-fallet-vid-sagaboendet> [hämtat: 22.10.2020]

Dilworth, J. A., Phillips, N. & Rose, J., 2011. Factors Relating to Staff Attributions of Control Over Challenging Behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(1), s. 29-38.

Egidius, u.å. *Arousal*. i: Psykologiguiden. [Online] <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=arousal> [hämtat 23.10.2020]

Emerson, E. & Einfeld, S. L., 2011. *Challenging behaviour*. (3 uppl.) Cambridge: Cambridge University Press.

Finlands FN-förbund, 2016. *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och dess fakultativa protokoll*. [Online] https://www.ykliitto.fi/sites/www.ykliitto.fi/files/vammaisten_oikeudet_2016_ru_net.pdf [hämtat: 5.5.2020].

Hanbury, M., 2007. *Positive Behavior Strategies to Support Children and Young People with Autism*. London: SAGE Publications Ltd.

Hejlskov Elvén, B., 2009. *Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd, 2020b. *Begränsningsåtgärder*. [Online] <https://thl.fi/sv/web/handbok-om-funktionshinderservice/stod-och-service/stod-till-sjalvbestammanderatten/begransningsatgarder> [hämtat: 3.5.2020].

Jahoda, A. & Wanless, L. K., 2005. Knowing you: The interpersonal perceptions of staff towards aggressive individuals with mild to moderate intellectual disabilities in situations of conflict. *Journal of intellectual disability research*, 49(7), s. 544–551.

Juvas, K. & Lindevall, P., 2016. "Ingen ska behöva känna sig hotad i sitt arbete eller i sitt hem". [Online] <http://www.karkulla.fi/materialbank/aktuellt/arbete-kring-utmanande-beteende> [hämtat 18.10.2020].

Kaski, M. (Red.), 2012. *Utvecklingsstörning*. Helsingfors: Utbildningsstyrelsen.

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Kårkulla samkommun, 2015a. *Behandling av HAIPro-rapporter och åtgärder kring utmanande beteende*.

Kårkulla samkommun, 2015b. *Verksamhetsmodell för en trygg arbetsmiljö*.

Kårkulla samkommun, 2015c. § 21 *Tillvägagångsförfarande vid misstanke om fysiskt övergrepp*.

Lloyd, B. & Kennedy, C., 2014. Assessment and treatment of challenging behaviour for individuals with intellectual disability: A research review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 187-199.

Lovaas, O. & Simmons, J. (1969). Manipulation of self-destruction in three retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2 (3), 143–157.

McDonnell A. A., 2010. *Managing aggressive behaviour in care settings. Understanding and applying low arousal approaches*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.

Mills, S. & Rose, J., 2011. The relationship between challenging behaviour, burnout and cognitive variables in staff working with people who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), s. 844–857.

Norrteir, M., 2016. *Riskmarkörer för problembeteende hos personer med utvecklingsstörning med eller utan autism*. En systematisk litteraturöversikt. Vasa: Avhandling för politices

kandidat inom utvecklingspsykologi. Åbo Akademi, Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier.

Rose, J., Gallivan, A., Wright, D. & Blake, J., 2014. Staff training using positive behavioural support: The effects of a one-day training on the attributions and attitudes of care staff who work with people with an intellectual disability and challenging behaviour. *International Journal of Developmental Disabilities*, 60(1), s. 35–42.

Royal College of Psychiatrists, British Psychological Society & Royal College of Speech and Language Therapists, 2007. *Challenging Behaviour: a unified approach. Clinical and service guidelines for supporting people with learning disabilities who are at risk of receiving abusive or restrictive practices.* [Online] https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr144.pdf?sfvrsn=73e437e8_2 [hämtat: 18.5.2020].

Ruda, A., 2017. *Böter för misshandel vid Kårkulla i Närpes.* [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/04/07/boter-misshandel-vid-karkulla-i-narpes> [hämtat: 23.10.2020].

Saloviita, T., 2002. Challenging behaviour, and staff responses to it, in residential environments for people with intellectual disability in Finland. *Journal Of Intellectual & Developmental Disability*, 27(1), s. 21–30.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2018. *Rätt till delaktighet och likabehandling. Nationellt handlingsprogram för FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning 2018–2019.* Helsingfors: Social- och hälsovårdsministerier.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2017. *Ändringar i specialomsorgslagen.* [Online] <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/79887> [hämtat: 29.4.2020].

Social- och hälsovårdsministeriet, u.å. *Handikappolitik.* [Online] <https://stm.fi/sv/handikappolitik> [hämtat: 3.5.2020].

Studio 3, 2018. *What is the Low Arousal Approach?* [Online] <https://www.studio3.org/post/what-is-the-low-arousal-approach> [hämtat: 19.10.2020].

Vasama, E., 2015. *Fallet Sagaboendet behandlas i tingsrätten*. [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2015/11/17/fallet-sagaboendet-behandlades-i-tingsratten> [hämtat: 22.10.2020].

World Health Organization, 2018. *6Aoo Disorders of intellectual development*. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision): Version 04/2019. [Online] <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f605267007> [hämtat: 15.4.2020].

World Health Organization, 2019. *Autism spectrum disorders*. [Online] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> [hämtat: 17.4.2020].

Finlands författningssamling

Arbetarskyddslagen (2002/738). [Online] <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738#L5P27> [hämtat: 19.10.2020].

Finlands grundlag (1999/731). [Online] <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990731> [hämtat: 23.10.2020].

Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (1977/519). [Online] <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1977/19770519> [hämtat: 26.4.2020].

Bilagor

Bilaga 1.

Begränsningsåtgärd	Beskrivning och särskilda föreskrifter
Fasthållande	Att under en kort stund hålla fast en person i syfte att lugna henne eller honom. Kan också innebära att en person flyttas i verksamhetsenhetens lokaler. Beslut om fasthållning fattas av yrkesutbildad person inom socialvården eller hälso- och sjukvården i verksamhetsenhetens personal (§ 42 f).
Omhändertagande av ämnen och föremål	Att ta ifrån en person ämnen och föremål som sannolikt kommer att användas på ett sätt som äventyrar personens hälsa och säkerhet eller orsaka betydande skador på egendom. Beslut om omhändertagande fattas av yrkesutbildad person inom socialvården eller hälso- och sjukvården i verksamhetsenhetens personal. Om ämnen eller föremål omhändertas längre tid än ett dygn behövs ett skriftligt beslut från verksamhetsenhetens ansvariga föreståndare. Ämnen och föremål ska återlämnas till personen senast då specialomsorgen upphör, så länge de inte är av sådant slag att de enligt lag ska förstöras eller andra åtgärder vidtas (§ 42 g)
Kroppsvisitation	Personal får kroppsvisitera en person trots motstånd om det finns grundad anledning att misstänka att personen bär med sig ämnen eller föremål av det slag som nämns i § 42 g. Visitationen bör utföras av en yrkesutbildad personal inom socialvården eller hälso- och sjukvården, och ska dessutom ske i närvaron av en annan yrkesutbildad medlem av personalen vid verksamhetsenheten. Båda personerna ska vara av samma kön som den som visiteras. Personalen får dock vara av motsatt kön om dessa är yrkesutbildade och visiteringen måste ske omedelbart på grund av överhängande risker för hälsa och säkerhet eller betydande egendomsskador. I sådana situationer

	får beslut om kroppsvisitation fattas av yrkesutbildad personal, men beslutet ska annars alltid fattas av verksamhetens ansvariga föreståndare (§ 42 h).
Kortvarig avskildhet	Att för en kort stund, högst två timmar, skilja en person från andra i syfte att lugna honom eller henne. Dörren till det rum som används får vid behov låsas, men avskildheten bör alltid ske under övervakning av personal som är yrkesutbildad inom socialvården eller hälso- och sjukvården. Personalen ska under hela tiden befinna sig i samma rum som den avskilde, alternativt i den omedelbara närheten utanför rummet. Personalen ska kunna få kontakt med personen under hela tiden, och den avskilde ska också kunna få kontakt med personalen. Beslut om avskiljande fattas av verksamhetsenhetens ansvarige föreståndare, men kan i brådskande fall fattas av yrkesutbildad personal vid verksamhetsenheten (§ 42 i).
Tillhandahållande av nödvändig hälso- och sjukvård trots motstånd	All vård och behandling av en person som ges specialomsorg ska i första hand ske i samförstånd med henne eller honom. Om personen inte själv kan fatta beslut om sin vård, och personens hälsa är allvarigt hotad, får nödvändig hälso- och sjukvård ges trots motstånd. Beslut om sådan åtgärd kan fattas av behandlande läkare eller en yrkesutbildad personal inom socialvård eller hälso- och sjukvård som ingår i personalen vid verksamhetsenheten (enligt läkares anvisningar). Personen får vid sådana tillfällen kortvarigt hållas fast eller begränsas i sin rörlighet så länge åtgärden utförs, dock högst en timme. I fall där en person kontinuerligt är i behov av nödvändig hälso- och sjukvård trots motstånd kan ett skriftligt beslut utfärdas av behandlande läkare för 30 dagar i taget (§ 42 j)
Användning av begränsande redskap och	Gäller 1) anordningar som hindrar att en person ramlar ur sängen vid vila (nattetid eller dagtid) eller kortvarigt vid dagliga rutiner, men som inte begränsar personens rörlighet, 2)

<p>klädesplagg i daglig verksamhet</p>	<p>anordningar som kortvarigt hindrar att en person ramlar av stolen vid måltider eller andra dagliga rutiner och 3) anordning eller klädesplagg som hindrar personen från att skada sig själv eller förbättrar säkerheten, men som inte mer än i ringa utsträckning begränsar personens rörlighet eller möjligheter att vara aktiv. Anordningarna eller klädesplaggen får användas under den tid som det är nödvändigt, under övervakning och bedömning av yrkesutbildad personal. Beslut om användning av begränsande redskap och klädesplagg kan fattas av yrkesutbildad inom socialvården eller hälso- och sjukvården, enligt anvisningar från verksamhetsenhetens ansvariga föreståndare. Beslut om återkommande användning av ett specifikt redskap eller klädesplagg kan fattas av verksamhetens ansvariga föreståndare för sex månader åt gången. Återkommande användning av begränsande anordningar och klädesplagg ska regelbundet kontrolleras och utvärderas (§ 42 k).</p>
<p>Användning av begränsande anordningar eller klädesplagg i allvariga risksituationer</p>	<p>En persons rörlighet och möjligheter till aktivitet kan tillfälligt inskränkas genom begränsande anordningar eller klädesplagg i situationer där personens egen eller andra personers hälsa och säkerhet är allvarligt hotad. Beslut om användande av begränsningsåtgärd i risksituationer kan i brådskande fall fattas av en yrkesutbildad person inom socialvård eller hälso- och sjukvård som ingår i personalen på verksamhetsenheten. Den ansvariga föreståndaren för verksamhetsenheten ska då omedelbart underrättas om detta. Användningen av ovanstående åtgärder kräver ofta beslut från läkare och förutsätter att personens tillstånd övervakas och följs med under hela tiden de används. Användningen måste upphöra direkt det inte är nödvändigt (§ 42 l).</p>

Rörelsefrihet under övervakning	<p>Att övervaka rörelsefriheten för en person som ges specialomsorg om det är sannolikt att personens eller andra människors hälsa och säkerhet skulle äventyras i annat fall. Detta gäller då personen avlägsnar sig från och rör sig utanför verksamhetsenheten. Rörelsefriheten får, om andra metoder inte är tillräckliga, övervakas med hjälp av en teknisk apparat som personen bär på sig. Övervakning av en persons rörelsefrihet ska skrivas in i hans eller hennes service- och vårdplan. Om andra metoder är otillräckliga, får rörelsefriheten begränsas nattetid genom att dörren till rummet låses i högst åtta timmar. En person med yrkesutbildning inom socialvården eller hälso- och sjukvården som ingår i personalen på verksamhetsenheten måste då befinna sig i rummets omedelbara närhet, på ett sätt som möjliggör kontakt mellan personalen och personen som ges specialomsorg under hela inlåsningsperioden. Ett skriftligt beslut om rörelsefrihet under övervakning, giltigt i max sju dagar, kan upprättas av den ansvarige föreståndaren för verksamhetsenheten. För längre perioder krävs beslut av en i tjänsteförhållande anställd föreståndare eller socialarbetare. Omständigheterna kring åtgärden ska regelbundet kontrolleras och utvärderas (§ 42 m).</p>
Kvarhållande	<p>Att hindra en person som ges specialomsorg från att avlägsna sig från verksamhetsenheten eller gården i anslutning till enheten, då det är sannolikt att detta skulle utgöra ett omedelbart och allvarligt hot mot personens egen eller andra personers hälsa och säkerhet. En person får på samma villkor hämtas tillbaka till verksamhetsenheten om han eller hon påträffas i enhetens omedelbara närhet. I verkligt hotfulla situationer, eller då personen gör kraftigt motstånd, får maktmedel användas, men endast i fall där det är absolut nödvändigt. I brådskande fall kan beslut om kvarhållande fattas av en person med yrkesutbildning inom socialvården eller hälso-</p>

och sjukvården som ingår i personalen på verksamhetsenheten, och ansvarige föreståndaren ska då genast underrättas om åtgärden. En person som ges specialomsorg oberoende av sin vilja kan också under längre perioder bli föremål för åtgärden, utifrån ett skriftligt beslut från ansvarig föreståndare i max sju dagar, eller i högst 30 dagar utifrån beslut från ansvarig föreståndare eller socialarbetare anställd i tjänsteförhållande. Behovet av åtgärden och dess effekter för personen som blir kvarhållen ska regelbundet kontrolleras och utvärderas (§ 42 n).

Bilaga 2.

Intervju för examensarbete

Respondent __

- Utbildning
- Arbetserfarenhet (antal år inom specialomsorgen)

Vilka beteenden har du stött på i ditt arbete? Enligt Hanbury (2007, s. 20).

Omåttlig självstimulering	Ex. gunga med kroppen, peta sig själv i ögat, onanera	
Självskadande beteende	Ex. bita, klösa, nypa eller slå sig själv, använda föremål för att skada sig själv	
Våld som riktas mot andra personer i syfte att skada	Ex. slag, sparkar, bita, klösa, knuffa eller attackera med tillhygge.	
Destruktivt beteende	Ex. att orsaka skador på omgivningen genom att välta omkull, riva sönder, krossa, tända eld på föremål.	
Beteende som stör eller hindrar organiserad verksamhet	Ex. skrika, springa sin väg eller vägra röra på sig överhuvudtaget.	
Annat. Vad?		

Bilaga 3.

Intervjufrågor

1. Känsloreaktioner
 - a. Finns det någon speciell situation du kommer att tänka på?
 - b. Vilka känslor upplever du i en sådan situation?
 - c. Har du någonsin känt dig rädd för att själv bli skadad?
 - d. Har utmanande beteende någonsin gjort att du inte velat gå till jobbet?
2. Attributioner
 - a. Vad tror du ligger bakom utmanande beteenden?
 - b. Har brukaren kontroll över sitt beteende?
 - c. Hur tycker du att man borde hantera utmanande beteenden?
3. Bemötande av utmanande beteende
 - a. Hur väl upplever du att du kan hantera situationer som uppstår? Hur brukar du reagera?
 - b. Är det lätt att avgöra när man bör vidta en begränsningsåtgärd?
 - c. Har det funnits tillfällen då du inte vetat vad du ska ta dig till?
4. Arbetsplatsen och kollegorna
 - a. Får du det stöd du behöver från chefen och organisationen?
 - b. Används förebyggande arbets sätt?
 - c. Upplever du att din arbetsgrupp har ett gemensamt engagemang och t.ex. kan utveckla strategier som alla håller sig till i en specifik situation?
 - d. Hur går snacket på arbetsplatsen om brukare som uppvisar utmanande beteende?
 - e. Har du sett några exempel på verkligt dåligt bemötande? Eller har du själv reagerat på sätt som du i efterhand ångrar?
5. Vad är det bästa med ditt jobb? Vad är det som gör att man vill arbeta med personer som uppvisar utmanande beteende?