



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# Göteborgsmodellen

Några äldres tankar om äldreomsorgen i allmänhet och Göteborgsmodellen i synnerhet

Socionomprogrammet

**C-uppsats**

Författare: Hanna Bernmar och Cecilia Olson

Handledare: Gerd Gustafsson

## **ABSTRACT**

### **Göteborgs Universitet**

Institutionen för socialt arbete

C-uppsats

HT 2010

**Titel:** Göteborgsmodellen. Några äldres tankar om äldreomsorgen i allmänhet och Göteborgsmodellen i synnerhet

**Nyckelord:** Salutogen, äldreomsorg, delaktighet, Göteborgsmodellen.

**Författare:** Hanna Bernmar och Cecilia Olson

**Handledare:** Gerd Gustafsson

Syftet med vår studie var att lyfta fram de äldres röster när det gäller införandet av Göteborgsmodellen. Vi ville undersöka deras upplevelser och tankar kring den nya utformningen av äldreomsorgen. Vidare ville vi undersöka om Göteborgsmodellen kan beskrivas som salutogen. Vi har gjort en kvalitativ studie där vi intervjuat sex äldre personer som har bistånd i form av hemtjänst och är boende i Göteborgs kommun. I den teoretiska delen av uppsatsen har vi beskrivit KASAM och det salutogena synsättet samt att vi utgår från kommunikationsteori och beskriver en relationsbaserad kommunikationsteori. Vi gick igenom tidigare forskning inom äldreomsorgen och fokuserade då på det som innehöll äldres egna upplevelser. Resultatet i studien bygger på de äldres egna ord och upplevelser. Vi drar slutsatsen att det som var viktigast för de äldre vi talat med är att ha en känsla av kontinuitet från hemtjänsten. Att veta vem som kommer, när de kommer och vad de ska göra. Vidare berättade de äldre att de ser Göteborgsmodellen som en positiv förändring av äldreomsorgen i Göteborgs stad. Vi tolkar det som att Göteborgsmodellen kan ses både som salutogen och inte salutogen beroende på hur man ser på begreppet. De två sätten vi tolkar begreppet salutogen på i vår studie är dels som en del av KASAM och dels som hälsofrämjande, med fokus på det friska.

## **FÖRORD**

Vi vill först och främst tacka de äldre som ställt upp på intervjuer och välkomnat oss i sitt hem. Sedan vill vi även rikta ett tack till de snälla biståndshandläggare som tog sig tid att hitta informanter åt oss. Vi vill också ge ett speciellt stort tack till vår handledare Gerd för god handledning och uppmuntran.

Göteborg 2010

Hanna Bernmar och Cecilia Olson

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING</b> .....	5
<b>1.1 Syfte</b> .....	6
<b>1.2 Frågeställningar</b> .....	6
<b>1.3 Avgränsningar</b> .....	6
<b>1.4 Begrepp</b> .....	6
<b>2. BAKGRUND</b> .....	7
<b>3. TIDIGARE FORSKNING</b> .....	9
<b>4. TEORIER</b> .....	14
<b>4.1 Salutogent synsätt och KASAM</b> .....	14
<b>4.2 Kommunikationsteori</b> .....	14
<b>5. METOD</b> .....	16
<b>5.1 Val av metod</b> .....	16
<b>5.2 Urval</b> .....	17
<b>5.3 Hur intervjuerna genomfördes</b> .....	18
<b>5.4 Förförståelse</b> .....	18
<b>5.5 Litteratursökning</b> .....	19
<b>5.6 Analysmodell och bearbetning</b> .....	19
<b>5.7 Validitet och reliabilitet</b> .....	20
<b>6. ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	21
<b>7. RESULTAT</b> .....	23
<b>7.1 Göteborgsmodellen</b> .....	23
<b>7.2 Inflytande, delaktighet och självbestämmande</b> .....	25
<b>7.3 Relationer, kontinuitet och kommunikation</b> .....	27
<b>7.4 Tidsaspekten</b> .....	29
<b>8. ANALYS</b> .....	31
<b>8.1 Göteborgsmodellen</b> .....	31
<b>8.2 Inflytande, delaktighet och självbestämmande</b> .....	32
<b>8.3 Relationer, kontinuitet och kommunikation</b> .....	32
<b>8.4 Tidsaspekten</b> .....	34
<b>9. DISKUSSION</b> .....	34
<b>10. REFERENSER</b> .....	39
<b>11. BILAGOR</b> .....	41
<b>11.1 Bilaga 1, Brev till informanterna</b> .....	41
<b>11.2 Bilaga 2, Intervjufrågor</b> .....	42

## 1. INLEDNING

Den 11 och 12e maj 2010 var det inspirationsdagar för ett salutogent förhållningssätt inom äldreomsorgen i Göteborg. Samtliga medarbetare inom äldreomsorgen i Göteborgs kommun var bjudna till Lisebergshallen för en halvdag med inspiration. 6000 personer medverkade sammanlagt under de två dagarna som hade ledorden ”djärvt, innerligt och tillsammans”. Ledorden syftade enligt projektledare Kerstin Hansson till att äldreomsorgen måste vara djärv - våga vara lite tokig, att vi ska vara innerliga i våra insatser och att vi ska jobba tillsammans personal, äldre, anhöriga och hela samhället för ett salutogent arbetssätt.

På scen stod politiker, projektledare, personal från Askim med erfarenhet av ett liknande arbetssätt, medarbetare från olika stadsdelar i Göteborg samt skådespelare som genom ett framträdande visade på vad som skulle kunna ses som salutogent och inte. I publiken satt underteckade två socionomstudenter och funderade över vart de äldre fanns någonstans i allt detta? Efter dagens slut diskuterade vi detta med varandra. Ett utav ledorden var ”tillsammans”, men ändå hade vi på hela dagen inte fått höra rösterna från någon över 65 som faktiskt var de som skulle använda sig av hemtjänstens insatser.

Där och då väcktes vårt intresse att få gräva djupare i just den frågan och vi ville använda c-uppsatsen som tillfälle att få göra detta.

Grunden till det hela är att Göteborgs stad har beslutat att införa ett salutogent arbetssätt inom äldreomsorgen. Målet är att alla omsorgstagare skall uppfatta den omsorg och service de får som salutogen år 2012. Ett steg på vägen till det salutogena arbetssättet är den så kallade Göteborgsmodellen. Kortfattat så innebär den en valfrihetsmodell där den äldre skall kunna, utifrån sin bedömda biståndstid, välja vissa insatser själv ifrån en basmeny. Föregångaren till Göteborgsmodellen är en valfrihetsmodell som infördes i stadsdelen Askim 2005. I övriga staden infördes Göteborgsmodellen den 1 september 2010 och det är just upplevelser av införandet som vi valt att fokusera vår c-uppsats på.

När vi pratade oss samman om vad det var vi ville skriva om kom vi fram till att vår stora fundering handlade just om frånvaron av den äldre. Varför var det ingen äldre från Askim med på inspirationsdagen som kunde berätta om sina erfarenheter kring deras modell? Varför fick ingen äldre från Göteborg berätta om sina förväntningar och tankar inför införandet av Göteborgsmodellen? Vi bestämde oss för att det vi vill göra i vår c-uppsats är att föra fram några av de äldres röster i frågan.

Göteborgsmodellen har när vår studie skrivs inte funnits i mycket mer än två månader, därför väljer vi, som vi nämnde tidigare, att rikta in oss på införandet för att se hur mycket information som kommit ut till de äldre, hur de ser på sin möjlighet att påverka och på vilket sätt Göteborgsmodellen medverkar till ett salutogent arbetssätt.

### **1.1 Syfte**

Syftet med vår studie är att lyfta fram de äldres röster när det gäller införandet av Göteborgsmodellen. Vi vill undersöka deras upplevelser och tankar kring den nya utformningen av äldreomsorgen. Vidare vill vi undersöka om Göteborgsmodellen kan beskrivas som salutogen.

### **1.2 Frågeställningar**

Hur har de äldre förstått innebörden av Göteborgsmodellen?

Hur uppfattar de sin möjlighet att ha inflytande över sina insatser?

På vilket sätt har utförandet av hemtjänsten förändrats sedan Göteborgsmodellen infördes?

En fråga som vi ställer oss i diskussionen är på vilket sätt förändringarna i äldreomsorgen har gjort den mer salutogen?

### **1.3 Avgränsningar**

Eftersom syftet med undersökningen är att få fram de äldres röster så har vi medvetet valt att utesluta att prata med personal i hemtjänsten, biståndshandläggare och andra som arbetar inom äldreomsorgen i Göteborgs stad eller som kan ha åsikter om Göteborgsmodellen. Vi har enbart intervjuat äldre boende i Göteborgs stad då det endast är här som Göteborgsmodellen finns. Vi begränsade oss till att tala med äldre som kunde tala för sig och förstå våra frågor. Anledningen att vi begränsat oss till sex personer är tiden, då tiden i en c-uppsats känns så knapp att det inte går att hinna med ett större antal intervjuer.

### **1.4 Begrepp**

Här redogör vi för de olika begreppens innebörd. Det är inga allmängiltiga förklaringar av begreppen, utan enbart vad de har för betydelse i vår studie.

Självbestämmande – Individens självbestämmande är grundläggande i socialtjänstlagen och innebär i vår studie att de äldre har rätt att få bestämma över hur de vill ha det i sin vardag och utformningen av hemtjänsten, så att det passar de själva.

Delaktighet – Individerna skall få vara med och utforma sina insatser i samråd med biståndshandläggare och hemtjänstpersonal.

Inflytande – Att ha inflytande över att påverka innehållet i biståndets utformning.

Valfrihet – Innebär i Göteborgsmodellen att omsorgstagarna skall ha möjlighet att välja vilka insatser som de vill ha utförda på sin bedömda biståndstid.

Äldre - Vi har valt att benämna våra respondenter som ”äldre” hela uppsatsen igenom. Med äldre avses personer över 65 år med ett SoL beslut om hjälp i hemmet.

## **2. BAKGRUND**

Som start i bakgrundsbeskrivningen vill vi börja med att förklara Askimsmodellen, som är föregångaren till Göteborgsmodellen. I beskrivningen av Askimsmodellen har vi valt att koncentrera oss på de delar som är av mest betydelse för den äldre.

2005 började hemtjänsten i Askim arbeta enligt ett uppdrag som innebar ett nytt sätt att organisera hemtjänsten (Löfström, 2007). Uppdraget hade de fått från Göteborgs stad och det innebar att ”Starta en försöksverksamhet med hushållsnära tjänster utan biståndsbedömning”, detta var ett av delmålen i Göteborgs Stads handlingsplan för äldreomsorgen.

Askimsmodellen var ett projekt under två års tid och efter att projektet avslutats infördes det som en ordinarie del av hemtjänstarbetet. Utgångsläget i planen var att ha en generös fördelning i hushållstjänster och på så sätt kunna förebygga flytt till äldreboende och ge de äldre större möjlighet att bo kvar hemma med ökad självständighet. Ett annat delmål för att öka tryggheten och valfriheten var att biståndsbesluten, istället för specifika insatser, skulle innehålla ett antal timmar som de äldre skulle ha inflytande över. Projektet hade två syften, dels att ge de äldre ökat självbestämmande, valfrihet och inflytande över beviljade serviceinsatser och dels att ta vara på personalens kompetens och utveckla nya renodlade yrkesroller. Det nya sättet att organisera verksamheten var att personalen delades in i två olika grupper -serviceteam och omsorgsteam. Biståndsbedömningen skulle vara enkel och bevilja i

tid istället för insatser som tidigare. Tillsammans med en kontaktman från serviceteamet upprättade den äldre en serviceplan som denne hade inflytande över genom att välja insatser och när de skulle utföras. Omsorgstagarerna som redan var beviljade serviceinsatser kontaktades per brev, där projektet beskrevs och de fick information om sin beviljade biståndstid i timmar och minuter. De fick också information om en så kallad servicemeny som innefattade de olika insatser som fanns att välja mellan (ibid).

Servicemenyn såg ut på följande sätt:

- |  |  |
|--|--|
| • Promenader   | • Städning av två rum, kök, hall och badrum  |
| • Social samvaro   | • Fönsterputsning, utförs två gånger om året |
| • Andra ärenden  | • Tvätt                                      |
| • Sy i knapp, byta glödlampor, vattna krukväxter och liknande tjänster | • Strykning                                  |
| • Bank och postärenden   | • Mangling i samband med tvätt               |
| • Apoteksärenden   | • Snöskottning                               |
| • Rasta hund, tömma kattlåda   | • Avfrostning av kyl och frys                |
| • Inköp av dagligvaror   |  |

(Löfström 2007, sid. 31)

Göteborgs stad har ett system som kallas för schablontid som är vad biståndshandläggarna utgår ifrån när de beviljar tid till insatser. Som ett exempel på detta kan nämnas att städning räknas som 40 min/vecka och eftersom att städning erbjuds var 3:e vecka innebär det att varje städtillfälle blir 2 timmar långt. Om särskilda skäl föreligger kan tiden bedömas vara längre, eller kortare. I Askimsmodellen utgick man från just dessa schablontider när man lade upp servicetiden. Modellen innebär rent konkret att den äldre skall kunna välja att ta 1 timma från till exempel sin städtid och istället använda den för att gå på en promenad (ibid).

I tidningen Samspel (2010) står att läsa att Askimsmodellen är, som tidigare nämnt, förebilden till Göteborgsmodellen och i det stora hela är de utformade på samma sätt. Göteborgsmodellen bygger även den på att de äldre skall ha möjlighet att välja insatser utifrån sin bedömda biståndstid. Valen utgår från en så kallad basmeny som innefattar andra exempel än vad Askims servicemeny gör vilket gör basmenyn mer allmän än vad servicemenyn är. I basmenyn ingår: Inköp, ledsagning och ärenden, tvätt och klädvård, städning, hjälp vid



måltider och annat stöd i vardagen. Det står också att trädgårds- och fastighetsskötsel ej ingår och ej heller uppgifter som kräver särskild fackkunskap. Den restriktion som finns är att serviceinsatsen som utförs inte får strida mot målet med biståndet. Som exempel kan ges att målet med att ha insatsen tvätt är att man ska ha rena kläder att ta på sig, byter man då ut det flera gånger har man inga rena kläder hemma och då finns inte längre möjligheten att välja bort tvätt. I Göteborgsmodellen finns inga krav på att dela upp personalen i service- och omsorgsteam utan varje stadsdel bestämmer själv hur man vill lägga upp arbetet. (Samspel 2/2010)

Göteborgsmodellen anses vara ett stort steg på vägen mot en salutogen äldreomsorg och som vi nämnt tidigare har Göteborgs stad tagit beslutet att äldreomsorgen skall uppfattas som salutogen av alla omsorgstagare senast 2012.

I en informationsfolder från Göteborgs stad kunde vi läsa att anledningen till att Göteborgs stad vill ha ett salutogent arbetssätt beskrivs vara att de äldre skall känna delaktighet och medskapande i det arbete som hemtjänsten utför åt dem. Individen skall bemötas med ett förhållningssätt som stöder individuella förmågor och i mesta möjliga mån gör att individen känner delaktighet. Göteborgs stad vill att dess medarbetare inom äldreomsorgen ska fråga sig varför man gör saker för individen och tänka salutogent då de svarar på den frågan. Om du gör något för att individen själv inte kan, då gör du rätt. Gör du det för att individen inte förstår, då ska du bidra med begriplighet. Gör du det för att individen inte vill, så ska du inspirera till delaktighet. Gör du det för att individen inte har ork till det som är meningsfullt, då ska du underlätta och avlasta (Folder om salutogent arbete, Göteborgs stad 2010).

### **3. TIDIGARE FORSKNING**

I detta kapitel skriver vi om olika typer av forskning som gjorts inom äldreomsorgen tidigare och som på något sätt knyter an till vår studie.

Vi vill börja med att göra en kort förklaring av olika välfärdsmodeller för att tydliggöra sammanhanget från staten ner till hemtjänsten för att sedan komma in på grunderna i hemtjänsten så som den ser ut idag i Sverige. Dunér och Nordström (2005) beskriver tre välfärdsmodeller, den socialdemokratiska, den konservativa och den liberala. Den socialdemokratiska är den som även kallas för den skandinaviska modellen och den innebär att man utgår från individens behov och att den enskilde kan vara oberoende i förhållande till familjen. Den grundas på att insatserna skall vara tillgängliga för alla genom generella

socialförsäkringar. Den konservativa modellen används bland annat i Tyskland och Italien och innebär att familjen är den viktigaste enheten. Man utgår från kyrkans ideologi om att familjen hjälper den som behöver hjälp och staten går bara in om familjen inte klarar av det själva. Den liberala modellen förekommer främst i USA, Canada och Australien. Där utgår man från individens eget ansvar, både familjen och marknaden ligger till grund för individens möjlighet till hjälp, staten hjälper bara till om inga andra alternativ finns.

I Sverige regleras äldreomsorgen på nationell nivå men ansvaret för genomförande ligger hos kommunen. Detta innebär att kommunen själv kan bestämma hur man vill utföra äldreomsorgen och vad man vill hålla sig till för riktlinjer. Riktlinjerna är det som biståndshandläggarna i varje kommun förhåller sig till när de beslutar om bistånd för de äldre. Grunden i biståndshandläggarnas arbete är att ta emot, utreda, bedöma och besluta kring de äldres ansökningar om hjälp, vilket innebär att det handlar om myndighetsutövning.

Biståndshandläggaren styrs, förutom av kommunens riktlinjer, främst av lagstiftning och av det medborgerliga rättvisetänkandet att lika skall behandlas lika. Lagen säger att den enskilde har rätt till individuell behovsprövning och det skall ytterst handla om den enskildes självbestämmande och rätten till ett aktivt och självständigt liv. Socialtjänstlagen är den lag som ligger till grund för biståndshandläggningen, i Socialtjänstlagen utgår man från bestämmelsen i 4 kap 1§ som säger att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd. Genom biståndet skall den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå (ibid). Sedan 2010 finns ett tillägg i lagen som säger att biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv ([www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se)).

Äldreomsorgen i Göteborgs stad är en så kallad beställar- utförarorganisation och Dunér och Nordström (2005) beskriver att biståndshandläggaren fattar beslut om insatser och hemtjänsten är de som utför insatserna.

Ingvad (2003) beskriver hemtjänsten som en vård och omsorg som finansieras med offentliga medel. Hjälp från hemtjänsten innefattar bland annat hushållshjälp, hjälp med den personliga vården, trygghetslarm, dagverksamhet och matdistribution. Målet med verksamheten är att den äldre ska få den trygghet och det stöd som den behöver för att klara sig hemma och i och med det inte behöva flytta till alternativa boendeformer.

Trycket på äldreomsorgen har under de senaste två decennierna ökat kraftigt. Detta beror både på att antalet äldre stadigt blir fler samt att det gjorts nedskärningar i antalet vårdplatser på sjukhus. Även kraven på omsorgsinsatserna i hemmet har ökat i och med att allt fler äldre får lämna sjukhuset med kvarstående vårdbehov (ibid).

Göteborgsmodellen och det salutogena arbetssättet innebär en stor organisationsförändring för äldreomsorgen i Göteborgs stad. Vi letade tidigare forskning kring detta ämne för att undersöka på vilket sätt organisationsförändringar påverkar relationen mellan hemtjänstpersonalen och de äldre och på så sätt de äldres upplevelser av en god eller dålig omvårdnad. Ingvad (2003) beskriver det som att organisationsförändringar inom äldreomsorgen påverkar mest sättet som hemtjänstpersonalen lägger upp sitt arbete på, och inte i samma utsträckning omsorgstagarens upplevelse av omsorgen. I den mån organisationsförändringen inte innebär att man byter ut den personal som går hem till omsorgstagaren så behöver inte relationen mellan omsorgstagare och hemtjänstpersonal påverkas. Oavsett om den relation de har är god eller dålig har de oftast upparbetat sin relation på förhand vilket innebär att sättet de två interagerar förmodligen kommer att bestå.

Angående relationer så beskriver Ingvad även betydelsen av relationer mellan hemtjänstpersonalen och omsorgstagarna. Att en omsorgstagare upplever omsorgen de får som god har till stor del med relationen att göra, likväl har det med relationen att göra om en omsorgstagare upplever omsorgen som dålig. För god omsorg vill omsorgstagarna känna att de vet vem som kommer hem till dem och att de har något gemensamt med den personen så att omsorgstiden blir en trevlig stund. Detta ökar omsorgstagarens känsla av trygghet, när de känner sig trygga har de dessutom lättare att uttrycka sina önskemål och får då en större delaktighet och inflytande över hur hjälpen utförs.

När omsorgen uppfattas som sämre kan det bero på att omsorgstagaren upplever att relationen med hemtjänstpersonalen brister på något eller flera sätt. Något som också har betydelse för hur de äldre uppfattar omsorgen är att veta vilken tid hemtjänstpersonalen kommer och att de kan hålla de tider som har sagts (ibid).

Carina Löfström (2007) har gjort en utvärdering av Askimsmodellen. I rapporten skriver hon om konsekvenserna av det nya sättet att organisera hemtjänsten, både för de äldre, personalen, ekonomin och biståndshandläggningen. Denna utvärdering är av stor relevans för vår undersökning och det kändes självklart för oss att redovisa hennes resultat. Eftersom att vår uppsats koncentrerar sig på de äldres upplevelser väljer vi att här enbart redovisa för de äldres upplevelser av Askimsmodellen. Frågorna som skulle besvaras utifrån de äldres synpunkt var om omsorgstagare upplevde större valfrihet och självbestämmande samt hur de upplevde och använde servicemenyn. Carina gjorde både kvalitativ och kvantitativ analys. I sina analyser kom hon kortfattat fram till följande. De flesta var nöjda med hemtjänsten, något de enligt

tidigare enkäter hade varit redan innan omstruktureringen. De flesta ville behålla sin tidigare hjälp och gjorde inga större förändringar utifrån servicemenyn. Det som hade förändrats var att utnyttjad tid till städning hade stigit något jämfört med tidigare. Även om de flesta inte utnyttjat valmöjligheten så var de överlag nöjda med att känna att de hade ett större inflytande och delaktighet. Ett genomgående drag var också att omsorgstagarna ville ha lika stort inflytande på vad de vill få utfört och på vilket sätt, som över vem som kom och på vilken tid. Carina påpekar att eftersom omsorgstagarna redan sedan innan var nöjda med hemtjänsten så är det svårt att säga att de positiva omdömena berodde uteslutande på Askimsmodellen, men att man åtminstone behöll omsorgstagarnas nöjdhet och lyckades öka upplevelsorna av inflytande och trygghet (ibid).

Tove Harnett (2010) har skrivit en doktorsavhandling om äldreomsorgens vardag. Där diskuterar hon rutinkulturer och hur de påverkar arbetet inom äldreomsorgen. Denna studie kändes relevant från vår sida på grund av att den enligt oss tar upp flera sätt att se på vad som är salutogent samt vad som påverkar personalens tankesätt och beteende gentemot de äldre. Harnett har gjort flera olika delstudier på äldreboenden om hur personalen hanterar de klagomål som de får från de äldre och deras anhöriga. De flesta klagomål handlar, från de äldres synvinkel, om att personalen har för lite tid att sitta ner tillsammans med de äldre och att det är något fel på maten. De anhöriga talar mest om att de äldre får vara ute för lite och om vilka kläder de äldre har på sig. Personalen rättfärdigar sitt beteende med att de inte har nog med resurser för att hinna med allt som de äldre önskar. Som exempel kan nämnas att en person som kan borsta sina egna tänder under uppsyn, men som gör det väldigt långsamt, blir fråntagen tandborsten. Harnett beskriver en rutinkultur bland personalen som hindrar de äldres inflytandeförsök. Till exempel om någon vill gå och lägga sig under frukosten så säger personalen att denne får vänta tills efter frukosten är avklarad, detta eftersom rutinerna är sådana. Att den äldre skall få igenom sitt önskemål till viss del löser man genom anpassning till rutinerna, i detta fall framflyttning. Tillfällen då de äldre får använda sitt inflytande är då deras önskemål matchar rutinerna, till exempel att vilja gå på en promenad en tid då man vet att det passar. Harnett påpekar att rutiner kan vara en maktresurs både för äldre och personalen och därför inget som automatiskt är dåligt. Personalens tankar om att för få resurser skulle vara det som begränsar flexibiliteten är en empiriskt fråga som det inte finns svar på än, vi vet alltså inte om ökad personalresurs leder till ökad flexibilitet (ibid).

En annan forskare som skriver om äldres möjligheter till inflytande är Eva Wikström. I förhållande till Göteborgsmodellen känns denna forskning extra viktig då den handlar om vad de äldre anser är viktigast att känna delaktighet i. I ett nummer av tidningen Samspel (2/2010) läste vi att det delvis är Wikströms forskning som Göteborgs stad utgått ifrån när man lagt upp basmenyn. Wikström (2005) skriver i sin avhandling om vad det finns för möjligheter och hinder till inflytande för de äldre i hemtjänsten. Att de äldre känner att de har inflytande och känner sig delaktiga är viktigt för att de ska kunna känna sig självständiga. Om insatserna upplevs påtvingade minskar känslan av självständighet betydligt och de äldre känner sig förbisedda. Enligt hennes studie är det viktigast för de äldre att ha inflytande över vem ur hemtjänstteamet som kommer, när de kommer och vad de ska göra, det vill säga kontinuiteten. Hon beskriver att många äldre tycker att det finns för lite tid för hemtjänsten och att vårdbiträdena är stressade. Detta påverkar de äldres inflytandemöjligheter negativt då de inte upplever att det finns tid för deras önskemål. Äldre önskar möjlighet att ha inflytande över saker som vilken dag de ska få handlat, och att det skall finnas mer flexibilitet i hjälpen. Anledningen att de äldre vill veta vilken tid hemtjänsten kommer är att de inte känner att de har kontroll över sin vardag när de får sitta och vänta hela dagar. De vill kanske till exempel inte gå ut innan hemtjänsten varit där av rädsla att missa dem och det kan leda till att de inte hinner ut på någon promenad alls den dagen. När de äldre har inflytande på vilken tid hemtjänsten kommer har de oftast istället inte inflytande över vem som kommer, det vill säga den ena möjligheten tar ut det andra. De äldre uttrycker att de först och främst vet vad de *inte* kan få hjälp med under tiden vårdbiträdet är hos dem men att de är osäkra på vad de har möjlighet att be om hjälp med (ibid).

Vi har medvetet valt att inte skriva om forskning om salutogent arbete i detta avsnitt. I stället har vi valt att ha begreppet salutogent i teorikapitlet. Göteborgsmodellen är nyligen införd i Göteborgs stad och trots att en version av modellen funnits i Askim i några år finns det inte mycket forskning gjord om den. Vi anser att en viktig del i vår studie är att den belyser det salutogena arbetet och vad det har för innebörd för de äldre. När det gäller Göteborgsmodellen så anser vi, som vi skrivit i inledningen, att det var märkligt att introducera en ny arbetsmodell som skulle förbättra för de äldre utan att ha med något om vad de äldre själva tänker om det. Därför ansåg vi att det perspektivet behövdes tas upp.

## **4. TEORIER**

### **4.1 Salutogent synsätt och KASAM**

Eftersom det salutogena synsättet och KASAM är en grundläggande teori i vår uppsats vill vi redogöra för dessa begrepp. Det salutogena synsättets ”fader” är Aaron Antonovsky (2005), han började arbeta med begreppet då han funderade över varför vissa kvinnor som varit fångar i koncentrationsläger klarade sig bra senare i livet, medan andra inte klarade sig alls. Han kom fram till att det hade att göra med inställning hos människan själv, om man kan se en mening med vad som sker är det lättare att acceptera och då kan man må bättre.

Själva begreppet salutogenes innebär att sluta tänka på vad som orsakade till exempel sjukdomen, och istället tänka hur gör jag för att bli friskare? Antonovsky beskriver det som rörelser mot den friska polen på skalan hälsa - ohälsa. Kärnan i svaret på den salutogenetiska frågan kallas för KASAM och är en förkortning av orden Känsla av Sammanhang. KASAM har tre teman – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Individer med höga värden på dessa komponenter bedöms ha hög KASAM, och tvärtom.

Begriplighet: ser stimuli som förutsägbara, förnuftiga, gripbara, ordnade och strukturerade.

Hanterbarhet: uppleva att saker står till ens förfogande, att man har resurser. Gör att man inte känner sig som ett offer.

Meningsfullhet: En motivationskomponent, att ha något i livet som betyder mycket – att sträva mot. (ibid).

Westlund och Sjöberg (2005) gör en jämförelse mellan patogen och salutogen äldreomsorg. Patogen betyder sjukdomsinriktad vilket innebär att den är koncentrerad kring fysiska behov. En patogen omsorg leder till att de basala behoven tillgodoses, så som måltider och sänggående, däremot görs inte mycket annat. I den salutogena omsorgen där det fokuseras på vad som är meningsfullt för den äldre prioriteras också de sociala behoven och omsorgen blir på så sätt meningsfull och hanterbar (ibid).

### **4.2 Kommunikationsteori**

Vi har här först skrivit en kort beskrivning av grunderna i kommunikationsteori. Sedan går vi över till relationsbaserad kommunikationsteori som vi anser är mest relevant i vår studie.

All kommunikation bygger på tecken och koder, där tecken har betydelsen av bokstäver, ord och så vidare och koderna är systemet som organiserar upp tecknen – till exempel musik eller språk (Nilsson och Waldemarson, 1994). De tar upp att det finns olika inriktningar av kommunikationsteori och ger exempel på en processinriktad och en betydelseinriktad. Den

processinriktade kommunikationen bygger på att det finns en sändare, ett budskap och en mottagare. Kommunikation sker alltid i ett socialt sammanhang, uppfattningarna man har om sig själv och hur man tolkar det som sägs påverkar kommunikationen. Det är en överföring av information där människan påverkas själv och påverkar andra i överföringen av budskapet. I den betydelseinriktade kommunikationen däremot har sändare och mottagare en mindre betydelse och där är istället budskapet det viktiga. Människor skapar och överför betydelse mellan varandra och i kommunikationen fokuserar man på vilken roll budskapen har och på vad syftet med kommunikationen är. Kommunikation är en ständigt pågående process, något som vi alltid gör och som inte går att undvika, vare sig vi vet att vi kommunicerar eller inte. Både det vi gör och det vi inte gör innehåller olika budskap som omgivningen tolkar (ibid).

Den relationsbaserade kommunikationsteorin grundas i antagandet att kommunikation mellan människor handlar om att bygga upp relationer och att bibehålla och förändra dem. Hur kommunikationen mellan människorna sker bestäms av deras relation. Den relationsbaserade kommunikationsteorin har uppstått ur det systemteoretiska tänkandet att kommunikation leder till relationer som skapar system, eller formar och strukturerar ett redan befintligt system. Det finns inom relationsteorin två grundtankar. Den ena är tanken om budskapets dubbelsidiga natur och handlar om att ett budskap kan ha ett faktiskt innehåll och ett innehåll som kan tolkas olika beroende på vad sändare och mottagare har för relation och tycker om varandra (Eide, Eide 1997). Ett exempel på detta, kopplat till vår studie, skulle kunna vara att vad som sägs mellan en personal och en äldre är det faktiska innehållet, hur det sägs och kroppsspråket som används är vad som avgör hur budskapet tolkas. Den andra grundtanken enligt Eide och Eide (1997) är att relationer kan vara antingen komplementära eller symmetriska. En komplementär relation innebär att parterna är olika och kompletterar varandra. Det handlar inte om att den ena parten har mer att säga till om eller att någon skulle vara underlägsen, utan det handlar om att kunna komplettera den andra parten. Till exempel kan det innebära att vårdgivarens kompetens är större än vårdtagarens men att vårdtagaren å andra sidan har den bästa kunskapen om just sin situation. I en symmetrisk relation däremot är parterna lika och det innebär att de har liknande kunskap och tankar om en situation vilket gör att de har lika mycket makt och inflytande. Motsatsen blir den asymmetriska relationen som innebär att man har olika roller där den ena parten alltid har mer makt och kontroll än den andra parten. Förhållandet mellan vårdgivaren och vårdtagare är egentligen en asymmetrisk relation eftersom vårdgivaren innehar en maktposition. Däremot är det vad man väljer att göra med relationen som avgör om den faktiskt blir asymmetrisk. Relationen börjar ofta som en delvis

asymmetrisk relation men även som en komplementär relation på grund av att vårdgivaren använder sin kompetens att lyssna till vårdtagaren. Om vårdgivaren är öppen för att ta till sig vårdtagarens önskemål och självkunskap utvecklas relationen mot att bli mer komplementär. Genom bra kommunikation och samarbete kan relationen på sikt komma att bli symmetrisk (ibid).

## **5. METOD**

I detta kapitel kommer vi att redovisa följande: Val av metod, urvalsprocessen, hur intervjuerna genomfördes, förförståelse, litteratursökning, analysmodell och bearbetning samt validitet och reliabilitet.

### **5.1 Val av metod**

Denscombe (2000) skriver att valet av metod är avgörande i forskningsprocessen eftersom att då man bestämt sig för metoden har man också bestämt sig för om man vill ha en djupgående forskning som rör få människor, eller om man vill skrapa på ytan i många fall.

Vi valde att använda oss av kvalitativ utgångspunkt för att vi vill fånga de äldres egna upplevelser och personliga tankar kring införandet av Göteborgsmodellen. Larsson, Lilja, Mannheimer (2005) beskriver kvalitativa metoder som sättet att studera individer ur ett helhetsperspektiv, vilket innebär att man inte ser individers situationer som uppdelade i olika delar utan istället ser man till sammanhangets betydelse. De beskriver det som den idealiska målsättningen att kunna uppleva det som intervjupersonen upplever. I den motsatta kvantitativa metoden vill man istället dela in empirin i olika delar för att lättare kunna räkna på generaliserbarhet (ibid). Som kvalitativ metod valde vi sedan att använda intervjuer. Anledningen till detta var att vi ville ha fram de äldres egna ord och tankar. Till exempel en situationsobservation hade inte räckt för att få fram vad vi sökte. Vi valde att göra semistrukturerade intervjuer (Denscombe, 2000) vilket för oss innebär att vi har ett antal frågor att stötta oss på för att veta att vi under samtalet täcker in alla områden vi är intresserade av. Just semistrukturerade intervjuer passar oss därför de innebär att vi inte nödvändigtvis måste hålla oss till frågeformuläret vare sig i utformningen av frågorna eller i ordningsföljden, då vi vill att intervjun skall kunna kännas som ett naturligt samtal.



## 5.2 Urval

Vi ville hitta informanter som bodde i olika stadsdelar i Göteborg, informanterna skulle vara fyllda 65 år och ha bistånd i form av hemtjänst enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen. För att få en spridning i urvalet ville vi inte bara ha respondenter från olika stadsdelar utan även från olika hemtjänstlag inom stadsdelarna. På grund av rådande sekretess inom äldreomsorgen hade vi ingen möjlighet att få namn och telefonnummer till möjliga deltagare utan vi gick en annan väg. Vi valde att be biståndshandläggare i olika stadsdelar att fråga omsorgstagare som de träffade i arbetet om de var intresserade att vara med i studien. Vi skrev ett brev till informanterna som de fick av sin biståndshandläggare (se bilaga 1). Biståndshandläggarna ringde sedan upp oss och meddelade namn på dem som tackat ja till att vara med i undersökningen och sedan tog vi kontakt med dem för att boka in en tid för intervju. För att säkra spridningen av informanterna så valde vi att intervjua två omsorgstagare från varje stadsdel och vi tog dem från olika hemtjänstlag. Biståndshandläggarna frågade äldre om de ville vara med i studien fram till att de hade två stycken som svarat ja. Sammanlagt intervjuade vi sex personer. Vi fick sammanlagt sju namn från biståndshandläggarna men en person ångrade sig och ville inte vara med längre. I och med att ansvaret att hitta informanter lades över på biståndshandläggarna så hade vi inte den kontrollen som vi skulle ha velat över vad som gjordes. Detta resulterade i att arbetet med att hitta informanter tog längre tid än vad vi hade räknat med. Vi hade till exempel önskat att få fler än två som tackade ja i varje stadsdel för att kunna säkerställa deras anonymitet inför biståndshandläggarna, men det fanns ingen tid från biståndshandläggarnas sida för det. En annan svårighet som vi stötte på var att behöva avgränsa urvalet av informanter. Vi ansåg att i en så pass liten studie hade vi inte utrymme för intervjuer med personer som hade svårigheter med att till exempel höra eller att uttrycka sig muntligt. Vi fick därför be biståndshandläggarna att enbart fråga äldre som de själva tror skulle kunna klara av intervjusituationen. Vi är medvetna om att detta påverkar vårt urval men då vi enbart hade tid för ett litet antal intervjuer så gjorde vi medvetet denna avgränsning. Vi är inte heller ute efter att kunna generalisera utan vårt syfte är att lyfta fram personliga upplevelser och tankar. Denscombe (2000) skriver om urval i mindre undersökningar att det finns en tendens att informanter väljs på grund utav att de har något speciellt att bidra med. Det är mindre vanligt med slumpmässiga urval. Vad man väljer för tillvägagångssätt beror på undersökningens syfte. Han betonar att det inte finns några bestämda regler när det gäller småskaliga undersökningar (ibid).

### **5.3 Hur intervjuerna genomfördes**

När vi fått namn och telefonnummer till respondenterna utav biståndshandläggarna tog vi kontakt med dem via telefon och bestämde tid för intervju. Vi föreslog för alla att vi skulle komma hem till dem och göra intervjun där då vi tänkte att det är det mest bekväma för dem. Ingen av de äldre hade något emot det. Vi lät de äldre själva bestämma vilken tid och dag vi skulle komma, så anpassade vi oss efter det. När vi kom hem till den äldre fick de bestämma vart vi skulle sitta, för att de skulle känna sig mest bekväma. Vi presenterade oss, vad vi skrev om och varför vi var intresserade av deras åsikter. Intervjuerna var öppna och vi följde vårt frågeformulär mest för att se att vi hade täckt alla områden som vi var intresserade av. En del av intervjuerna genomfördes med bandspelare och vi hörde alltid med de äldre innan så att det var okej. I två fall ville de inte ha bandspelaren på, då skrev vi istället ner så mycket som möjligt under intervjuens gång. Alla intervjuer vi hade löpte på bra, det kändes lätt att prata med de äldre om vårt ämne och de var allihop glada över att kunna hjälpa oss. Intervjuerna tog ungefär 1.5 timmar. Den kortaste intervjun vi hade var knappt en timma, den var med en intervjuperson som själv tog kommandot över intervjun och pratade om allt vi var intresserade av att höra utan att vi knappt behövde säga något själva. Den längsta intervjun vi hade var strax över två timmar lång och då hade vi också en fika paus då vi pratade om annat än det som rörde studien.

### **5.4 Förförståelse**

Enligt det hermeneutiska synsättet så har forskarens förförståelse stor betydelse för hur materialet kommer att tolkas och därför är forskarens förförståelse viktig att få en förklaring på. (Larsson, Lilja, Mannheimer 2005). Förförståelse är något som alla har och det går inte att nollställa sig inför en uppgift eller en situation. Förförståelse får vi genom erfarenhet och att generalisera våra erfarenheter. (Thomassen 2007).

Vi har båda erfarenhet av att arbeta inom äldreomsorgen. Vi gjorde båda två praktik samt sommarvikarierade som biståndshandläggare första halvan av 2010 då förberedelserna för Göteborgsmodellen och det salutogena arbetssättet pågick för fullt. Då detta var det som påverkade att vi valde att skriva om ämnet har vi givetvis även fått egna tankar och bildat oss en förförståelse om ämnet. Vi hade tankar kring både hur modellen skulle fungera i praktiken och hur det gynnar eller missgynnar både de äldre och personal inom hemtjänsten. Vi hade även tankar kring om vad salutogent som begrepp innebär och på vilket sätt det kan användas. Utifrån vår förförståelse tänker vi främst på salutogent som hälsofrämjande, det vill säga att man fokuserar på vad människan kan göra själv. Att ha mer inflytande över sin vardag kan

delvis ses som salutogent, men våra tankar är snarare att det salutogena synsättet skulle innebära att det finns mer tid i mötet med de äldre. Till exempel att låta någon som kan klä på sig själv göra det, fast det tar tid. Att helt enkelt att låta den äldre göra allt som den kan göra själv, utan inblandning från hemtjänstpersonal och med bara stöd och uppmuntran.

## **5.5 Litteratursökning**

För att hitta litteratur som passade vårt forskningsområde sökte vi i Göteborgs universitets databas GUNDA, artikelsök samt i LIBRIS. Sökord som vi använde oss av var; salutogen, självbestämmande, inflytande, bemötande, omsorg, äldreomsorg, hemtjänst, biståndshandläggare, och omsorgstagare. Ett ord som vi ville använda oss av men som vi snabbt insåg att vi inte kunde söka på var valfrihet. Valfrihet inom äldreomsorg innebär oftast att ha en möjlighet att göra ett så kallat kundval, som innebär att omsorgstagaren väljer mellan olika privata utförare och kommunal utförare. Detta är inte den typen av valfrihet som vi var ute efter, vilket gjorde det svårt för oss att hitta, för oss, relevant forskning när vi sökte på just det ordet. Då Göteborgsmodellen är så nyligen införd att det ännu ej finns mycket skrivet om den så har vi sökt det mesta av vår information om den via Göteborgs stads hemsida och även i tidningar inriktade på äldreomsorg i Göteborgs stad, så som Samspel.

## **5.6 Analysmodell och bearbetning**

När vi analyserat vårt material har vi använt oss av ad hoc som analysmodell. Ad hoc innebär en blandning av olika analysmodeller. Genom att blanda olika modeller kan forskaren växelvis använda sig av olika sätt att analysera sitt material och behöver då inte känna sig bunden till bara ett sätt att tänka. Detta sätt att analysera ger utrymme att hitta samband och strukturer i materialet som kanske inte hade upptäckts genom att använda sig av bara en modell (Kvale, 1997). Vi har när vi analyserat främst använt oss av två olika metoder. Den första är meningskoncentrering vilket innebär att vi har formulerat meningar ur intervjuerna mer koncist och dragit bort delar ur längre uttalanden. Den andra metoden är narrativ strukturering som för oss inneburit att vi, eftersom vi vill ha fram de äldres ord, velat göra citaten ur intervjuerna lättlästa. Våra egna analysdelar som finns med finns där för att få en mer sammanhängande historia av vad de äldre berättat (ibid). Vi har valt att lägga upp vårt resultat i tre delar, resultat, analys och diskussion. I resultatdelen redovisar vi empirin. Vi samlade det som vi ansåg vara nyckelord redan när vi började skriva ut intervjuerna, för att börja förbereda inför resultatdelen. Vi läste båda två igenom intervjuerna i sin helhet och började efter det att kartlägga mönster och teman som vi hittade genom att jämföra

intervjuerna med varandra. Stycken ur olika intervjuer som påminde om varandra eller hade starka samband markerade vi med olika färger. Vi tittade också efter olikheter eller svar som helt avvek från andra och markerade även dessa. Vi har valt att redovisa resultatet med många citat, av anledning att vårt syfte är att lyfta fram de äldres egna ord. Vi gör själva sammanfattningar och korta förklaringar mellan de olika citaten. I analysen gör vi sedan en jämförelse mellan vad vi ser i resultatet och den tidigare forskningen och teorin. Där analyserar vi vad som stämmer, eller inte stämmer, överens med vad tidigare forskare kommit fram till och kopplar till de teorier vi utgår ifrån. I diskussionsdelen lyfter vi syftet med vår undersökning och diskuterar det i förhållande till våra frågeställningar och vårt resultat.

### **5.7 Validitet och reliabilitet**

Validitet är ett sätt att mäta giltigheten i en studie. För att uppnå validitet bör man under skrivandets gång kontrollera att rapporten utgår ifrån sitt syfte, det vill säga att man mäter det man har för avsikt att mäta (Kvale, 1997). Vi tänkte på att frågorna i våra intervjuer skulle matcha syftet med studien. Vi valde att göra öppna intervjuer, vilket vi anser stärker validiteten då det gav oss utrymme att ställa följdfrågor i de lägen vi inte riktigt förstod vad den äldre menade. Det gav också de äldre möjlighet att ha öppnare samtal med oss och ställa frågor om det var något de missförstod. Vi är medvetna om att det kan ha påverkat validiteten i vår studie negativt att vi hade svårigheter att hitta informanter och att det tog längre tid än vi trodde att det skulle göra. Likaså kan det ha påverkat att vi inte kunde hitta våra informanter själva utan var tvungna att förlita oss på att biståndshandläggarna hittade informanter åt oss. Vi vet inte säkert hur många äldre biståndshandläggarna tillfrågade och inte heller hur många som svarade nej på frågan om de kunde tänka sig att vara med i studien.

Reliabilitet handlar om pålitligheten i studien. Resultatet skall bli det samma om man gör om undersökningen igen (Kvale, 1997). För att stärka reliabiliteten i vår studie så transkriberade vi de intervjuer där vi fått tillåtelse att använda bandspelare så nära talspråket som möjligt. De två intervjuer då vi inte använt bandspelare skrev vi båda under intervjuens gång och jämförde sedan våra anteckningar direkt efter intervjun var klar och skrev ner allt så ordagrant vi kunde. Vi försökte att hela tiden tänka på att inte ställa ledande frågor. I ett par fall fick vi frågor av de äldre som innebar att vi fick förklara någonting om Göteborgsmodellen. Eftersom vi inte hade någon annan information med oss än vad vi vet själva fick vi berätta ur vår egen synvinkel och det kan eventuellt ha påverkat sättet den äldre såg på just den delen. Reliabilitet handlar också om möjligheten att generalisera resultatet. I vårt fall har vi gjort en

kvalitativ studie där vi intervjuat sex personer vilket vi anser är för få för att kunna dra några generella slutsatser i just vårt resultat. Vi har däremot gjort jämförelser med tidigare forskning där vi nått liknande resultat som många gjort tidigare vilket gör att vi ändå kan stärka vår reliabilitet till viss del.

## **6. ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Inom samhällsvetenskaplig forskning finns många etiska riktlinjer man får ta ställning till, både i studiens upplägg och inte minst i intervjusammanhang. Dessa riktlinjer är till för att ha något att förhålla sig till, de är inga regler som måste följas (Kvale 1997). De etiska riktlinjer vi i huvudsak har valt att förhålla oss till är informerat samtycke, konfidentialiteten och att förhålla oss till eventuella konsekvenser för de äldre vi intervjuat. Informerat samtycke innebär att forskaren förklarar undersökningens syfte och hur undersökningen är upplagd för informanten. Informanten får också veta att det är okej att dra sig ur när som helst och att deltagandet är frivilligt (ibid). Vi informerade de äldre om syftet med studien via brevet som de fick av sin biståndshandläggare. I brevet stod det att de äldre kommer att vara anonyma i studien, samt att vi hade skrivit ner våra telefonnummer ifall de hade några frågor kring studien i efterhand. Vid intervjun påminde vi igen om syftet med studien samt att varken deras namn eller vilken stadsdel de bor i kommer att nämnas i uppsatsen. Vi påpekade även att de när som helst bara kan säga till om de inte skulle vilja vara med längre. I brevet utelämnade vi medvetet ordet "Göteborgsmodellen" på grund av att vi inte ville att de äldre skulle ta reda på vad den innebär bara för att vi skulle komma och prata om den. I stället skrev vi att vi är intresserade av deras upplevelser av delar av hemtjänsten. Vi övervägde om det var rätt mot de äldre att göra på det viset och kom fram till att fördelarna det gav vår studie övervägde den nackdel det eventuellt kunde anses vara för de äldre att inte fått information om just ordet "Göteborgsmodellen". Vi styrker det valet genom Kvale (1997) som skriver att det i vissa intervjuer bör undanhållas viss information gällande det specifika syftet från informanterna för att inte påverka deras åsikter om ämnet och att de inte skall styras till specifika svar.

Ett annat etiskt övervägande som uppstod under själva intervjutillfället var frågan om att använda bandspelare eller ej. Denna fråga var inget vi hade tänkt på att informera om i informationsbrevet utan det var någonting som vi tog upp först när vi var på plats hos den äldre. Vi frågade de äldre om det var okej att vi spelade in samtalet och berättade även att det endast var till för att vi själva skulle komma ihåg vad som sagts och att banden kommer att

förstöras efter att studien är klar. Utav de äldre var det fyra stycken som samtyckte till användandet av bandspelare. En samtyckte först men knappt en minut in i intervjun så ångrade sig intervjupersonen och bad oss att stänga av, vilket vi givetvis gjorde. Den andra ville inte att vi skulle använda bandspelare alls eftersom han inte kände sig trygg med att inte veta vad som skulle hända med bandet sedan, trots att vi förklarade att bandet skulle förstöras. Vi ansåg att fördelen med att ha den ordagranna intervjun inte övervägde faktumet att informanterna kände sig obekväma.

Konfidentialitet innebär att man säkerställer anonymiteten hos informanterna. Detta görs både i intervjusituationen genom att förklara hur anonymiteten kommer bevaras i studien och på utskriftsstadiet genom att fundera över hur man säkerställer att man inte avslöjar något som kan röja informantens identitet (Kvale, 1997). Hur vi säkerställde konfidentialiteten i intervjusituationen har vi redogjort för ovan. I utskriftsstadiet valde vi medvetet ut citat som inte avslöjar identiteten hos den som pratar. I de fall någon sa något personligt i ett citat som vi använde oss av valde vi att sälla bort det som eventuellt kunde avslöja identiteten på personen i fråga. I vissa citat går det att utläsa om den äldre är en man eller en kvinna. Vi valde att inte ge de äldre fiktiva namn, eller nummer, då vi anser att det för vårt syfte inte finns någon mening med att kunna koppla ihop vem som sagt de olika citaten.

Att överväga konsekvenserna för intervjupersonerna innebär att se till både vad som eventuellt kan ses som negativt av de medverkande och till vad som kan ses som positivt. Det negativa och det positiva som kan upplevas av intervjupersonen bör ta ut varandra, så att det huvudsakliga intrycket för den intervjuade inte riskerar vara negativt (Kvale, 1997). Vad gäller konsekvenserna för de som vi intervjuat så lämnade vi våra namn och telefonnummer hos de äldre för att de skulle kunna höra av sig till oss om några frågor uppstod efter intervjutillfället. Under våra intervjuer upplevde vi inte att någon av de äldre verkade tycka att det vi pratade om var jobbigt eller att det skulle kännas negativt för dem. Vi gick inte på djupet i någons känslor eller frågade om sådant som gjorde intrång i deras personliga integritet eftersom vår studie inte krävde detta. Vi upplevde att de äldre var positivt inställda till mötena och de uttryckte att de tyckte att det var trevligt med besök och att de tyckte om att kunna hjälpa till med vår uppsats.

## 7. RESULTAT

Resultatet redovisar vi i fyra olika rubriker. Den första handlar om Göteborgsmodellen och de äldres förståelse och upplevelser av den. Den andra handlar om de äldres upplevelser av inflytande, delaktighet och självbestämmande. Den tredje handlar om relationer, kontinuitet och kommunikation mellan de äldre och personal. Den fjärde handlar om tidsaspekten. De två sista rubrikerna har vi valt att dela upp på detta sätt för att det kändes som ett tydligt sätt att jämföra skillnader mellan före och efter Göteborgsmodellen inom de områden som vi förstått som mest betydelsefulla för de äldre.

### 7.1 Göteborgsmodellen

De äldre vi intervjuat har på olika sätt visat att de förstår grunderna i Göteborgsmodellen, även om inte alla kände igen själva ordet. Vi fick många tveksamma svar om vad Göteborgsmodellen innebär och de flesta frågade oss om deras svar stämde eller inte, eftersom de kände sig osäkra på om de förstått och minns det rätt.

Ett exempel på det är detta svar vi fick på frågan ”har du hört talas om Göteborgsmodellen?”  
*”Är det det här att man skall få lite extra? Om man inte brukar sig av en viss slags hjälp, så får man göra vad man vill. Eller?”*

En annan intervjuperson svarade direkt nej på frågan, men när vi förklarar snabbt vad Göteborgsmodellen innebar så hade hon mer att tillägga.

*”Ja det har jag hört talas om. Ja just det /.../ om man har två timmar, om man vill välja bort städet till exempel och göra något annat istället. Det är så det skulle fungera?”*

De äldres uppfattning av hur väl det fungerar att byta insatser så här tidigt efter införandet av Göteborgsmodellen går isär. Vissa säger att det har gått bra att byta även tidigare, innan Göteborgsmodellen. Andra har inte fått byta något vare sig tidigare eller nu, eller så har de inte haft något intresse av att byta. Oavsett om de kunnat använda sig av möjligheten att byta insatser eller ej så pratar de alla om att förändringen som gjorts är en positiv utveckling av äldreomsorgen för att den ger de äldre en större känsla av delaktighet och av att deras behov sätts i centrum. Trots att det ännu inte blivit någon stor förändring i vardagen för de äldre vi pratat med så uttrycker de flesta en tro om att Göteborgsmodellen kommer att bli bra i framtiden, när den har funnits ett tag så att både de äldre och hemtjänsten hunnit komma in i det nya sättet att arbeta.

*”Jag tror att det är 12.5 timmar som jag får lov att byta ut, men det har inte riktigt börjat fungera här tycker jag /.../ men jag tycker att det verkar vettigt. Om det är vissa insatser man inte kan ha, som till exempel när jag ska gå ut och det är regnigt /.../ skulle det ju vara toppenbra om jag fick byta.”*

*”Det är säkert något bra. Nu är jag över 90, så den där framtiden den har ju jag bakom mig (skrattar) /.../ Så för mig är det ointressant. Det kanske är bra för många andra.”*

I detta citat är personen inte lika öppet positiv till att kunna byta insatser för egen del, men tänker på andra som är friskare och mer intresserade av den möjligheten och påpekar därför att det förmodligen kan vara bra för dem.

En av de äldre pratar om Göteborgsmodellen som Göteborgspaketet.

*”Det här Göteborgspaketet det är ett steg i rätt riktning /.../ ett klart framsteg att om jag inte behöver ha städad kan jag göra något annat /.../ man måste sätta människan i centrum, det är det viktiga.”*

Samma person har försökt att byta en insats en gång sedan Göteborgsmodellen infördes, men lyckades inte och uttrycker i detta citat sin besvikelse över att det inte fungerade som han ville. *”Jag ringde en söndag och frågade om ledsagning till måndagen, men det gick inte. Det klart, det var väl med för kort varsel såklart”.*

Nästan alla äldre vi talat med har egna tankar om hur de skulle vilja använda sig av Göteborgsmodellen i framtiden. En tänkte på att underlätta för sina anhöriga. Ett par stycken funderade på vad de behövde utanför hemmet eller vart de skulle vilja åka om de fick möjlighet till det. Det är flera av de äldre som uttrycker att den utbytbara tiden blir värdefull och de vill att den tiden skall användas till något som verkligen blir viktigt för dem.

*”Om man kunde få hjälp att städa skåpen. Min bror hjälper mig med det nu men det skulle jag vilja ändra, det kan vara onödigt att han skall göra när möjligheten finns.”*

För denna person blir valfriheten ett sätt att inte behöva lägga ansvar på sina anhöriga i samma utsträckning som tidigare och istället låta hemtjänsten göra de sysslor i hemmet som hon idag har hjälp med andra av.

*”Operan kan jag klara mig utan, men jag kanske vill gå och köpa en flaska vin.”*



*”Jag läste att man kunde få hjälp med att gå till apoteket och sådär. Och eh... det kunde ju vara bra men jag vet inte om jag vill bruka mina samlade timmar till något sådant. Jaha.”*

## **7.2 Inflytande, delaktighet och självbestämmande**

De flesta äldre vi talat med upplever ett visst mått av inflytande, delaktighet och självbestämmande men de beskriver det på olika sätt. Till exempel är det ett par av de äldre som blir tillfrågade vad de behöver hjälp med varje gång hemtjänsten kommer, vilket gör att de kan känna att de bestämmer själva över vad som blir gjort. Andra är nöjda med den rutin de har i vardagen för att de själva varit med från början och påverkat hur den är upplagd och vill därför inte ändra något. En person skiljer sig dock genom att anse att det inte finns något som han har möjlighet att påverka. De äldre uttrycker många sätt att känna inflytande, delaktighet och självbestämmande, fyra av de äldre nämner till exempel att de känner ett slags inflytande genom att kunna säga till när de *inte* behöver hjälp.

*”Om jag behöver hjälp på eftermiddagen så kommer de, annars är det bara att jag säger att jag inte behöver det. Det fungerar väldigt bra.”*

Denna typ av inflytande är, enligt de äldre, minst lika viktig som att kunna ha inflytande om vad som ska göras. De uttrycker att det kan vara skönt att veta att man kan bli lämnad ifred när man inte behöver hjälpen.

En av de äldre nämner flera gången hur bra det är att hemtjänsten kan fungera så att man själv får bestämma själv vilka insatser som känns viktigast för dagen. En annan uttrycker hur han fått igenom sin vilja när han blev irriterad på hemtjänstpersonalen, men han uttrycker ändå att det var ett tillfälle då han kände inflytande. Ytterligare en av de äldre pratar om att det viktigaste är att kunna bestämma vilken tid på dygnet hon behöver hjälp. Dessa olika exempel visar tydligt på spridningen i svaren vi fick från de äldre men gemensamt har de ändå att de visar på att de äldre upplever inflytande, självbestämmande och delaktighet i vardagen. Det är ingen av de äldre som direkt uttrycker att de känner att de har mer inflytande idag än de hade innan Göteborgsmodellens införande utan den upplevelse de har av det idag har de haft under hela tiden de haft hjälp av hemtjänsten.

*”När jag blev ännu lite bättre kände jag att nu behöver jag inte anlita så att de ställer fram lite fil och så till lunch, utan det kan jag göra själv. Då tar vi lite gymnastik den tiden istället.”*

*Så hade vi gymnastik här istället och det tyckte de var jätteroligt, så fick de också röra lite på armar och ben.”*

*”Sedan ville jag gå till apoteket och då sa hon att det inte stod i schemat. Det skiter jag i för nu ska vi gå till apoteket ändå. Så då ringde hon något samtal och sedan gick det bra.”*

*”Ja om jag skall iväg tidigt på mornarna /.../ en gång skulle jag iväg tidigt till sjukhus och hade svårt med färdtjänst /.../ då var de här kl. 5 på natten och hjälpte mig. Så jag kan inte säga annat än att jag får vara med och bestämma. Det tycker jag är helt fantastiskt.”*

De äldre beskriver även situationer då de inte upplever att de har något inflytande men då de önskar att de hade det.

*”Städningen fungerar väldigt bra, men jag skulle vilja ha det lite oftare.”*

*”Jag skulle ju vilja komma upp lite tidigare än vad jag gör /.../ då kan jag inte gå på toa eller göra någonting före de har varit här. Ibland kommer de tidigare så jag kommer upp ur sängen, sedan sticker de iväg och kommer tillbaka. Det är helt okej. Men jag är så seg på morgonen så ju senare de kommer desto kortare blir dagarna för mig. Det är en sak som jag ska försöka få lite mer ordning på.”*

*”Jag vill inte ändra något i deras schema, de har så många att springa till. Till exempel på lördag morgon, jag tycker att de kommer så sent till mig och jag frågar. Vi har varit hos en fem, sex stycken redan säger de. Jag menar de springer ju som igelkottar fram och tillbaka, det måste man också ta hänsyn till. Även om det irriterar mig ibland för man vill ju själv gå ut lite tidigare och sådär. Så måste man vänta...”*

När vi pratar om när och på vilket sätt de äldre skulle vilja känna mer inflytande är det oftast tiden som kommer upp. Många av de äldre känner sig stressade över att hemtjänstpersonalen har så bråttom jämt och det gör att de känner att de är till besvär om de anmärker på eller försöker ändra tiden personalen kommer. De använder ord som *”de sticker iväg”* eller *”så många att springa till”* vilket tyder på att de äldre är medvetna om att hemtjänstpersonalen har mycket att göra och stressiga scheman. De äldre vi talat med upplever att tiden som hemtjänstpersonalen kommer på och hur lång tid de stannar är något som de har lite eller

inget inflytande över. Den insatsen som flest hade synpunkter på var städningen. Antingen att den inte gjordes bra eller att det inte gick att påverka hur och när det skulle göras. Den av de äldre vi talade med som inte upplevde något inflytande alls uttrycker att han vill ha inflytande över alla delar i städningen, men har idag ingen möjlighet att påverka någonting.

*”Till exempel städning. Vad säger att det måste vara två rum och kök? Jag vill ha fler rum städade och då borde man kunna få det. Jag saknar en anpassning till individen, man borde ha individuell omvårdnad /.../ Jag betalar hellre 100 eller 200 kronor mer och får det som jag vill ha det. Man borde få välja vem som ska städa så man vet att man väljer någon som gör det bra. Och så är det bättre om bara en kommer åt gången när de ska städa.”*

### **7.3 Relationer, kontinuitet och kommunikation**

Dessa tre begrepp valde vi att redovisa under samma rubrik då vi såg att de går så mycket ihop med varandra. Alla de äldre vi pratat med har på olika sätt påpekat hur viktigt det är med relationerna till personalen i hemtjänsten och även vikten av kontinuitet, både när det gäller tid och personal. I kommunikationen mellan de äldre och personalen, vad gäller att ha nått fram med budskapet om Göteborgsmodellen, så har de olika relationerna påverkat på olika sätt. För de med nära relationer till personalen har budskapet ofta gått fram tydligare och de har fått mer förklarat för sig muntligt. De som uttrycker att de har en mindre bra relation har mest fått information genom den broschyr eller de papper de fått hemskickade. Oavsett relationen till hemtjänsten vill vi påpeka att alla de äldre vi talat med talar gott om de allra flesta i personalen och tycker att de gör ett bra jobb. De två nedanstående citaten kommer från två av de äldre som anser sig ha en bra relation till hemtjänstpersonalen och av citaten kan man utläsa att det är kombinationen av en bra kommunikation och kontinuitet som gör att de upplever relationen som så bra.

*”Nej, jag är väldigt god vän med allihopa. Så att inflytande. Nej. /.../ Det är inga större krav jag har att de ska... Jag utnyttjar inte mina vänner på det sättet, för det är så jag ser det. Vi är mer kompisar liksom. Tror jag i alla fall. Sedan är de väldigt trevliga för de vill liksom göra gentjänster. Om jag är snäll mot dem så är dem snälla mot mig va. Så fungerar det. Man måste liksom själv vara normal och trevlig så kommer det tillbaka. Man kan kalla det för ett inflytande kanske men det är medmänsklighet att man hjälps åt och så. Det är jätte bra.”*

*”Det är särskilt en som kommer. Jag har min kontaktperson och om hon har semester eller nåt så vet jag vem som är kontaktperson istället för henne. Så det är helt klart /.../ Idag var hon här och hon kommer i morgon också, det vet jag. Sedan när hon är ledig då kan vem som helst komma. Det är bara trevligt att få träffa och lära känna allihopa. Det är väldigt fin personal här i (min stadsdel). De är jätte jätte fina så jag kan väl inte sådär vänta mig sådär mycket mer av dem.”*

Tre av de äldre uttrycker att de saknar personalkontinuitet. Trots att en av de äldre säger att det inte spelar så stor roll vem som kommer så uttrycks ändå en trygghet i att personalen som kommer känner till ens behov och önskemål. De övriga två uttrycker en besvikelse över att inte ha någon personalkontinuitet och de hade velat upprätta en relation till hemtjänsten, som de inte anser att de har idag.

*”Det är olika som kommer till mig men jag har inget emot det. Alla gör ett bra jobb. De som känner mig vet hur jag vill ha det och sticker alltid armen under min vänsterarm.”*

*”Människor som kommer till en i ens hem släpper man in i sitt innersta. Det är olika hela tiden och det känns inte bra. Det vore bättre om det var några olika bara, kanske fyra stycken. Att det är två stycken som alltid kommer och när de är sjuka eller borta så vet man vem som kommer istället. Varför ordnar man det inte så?”*

*”Jag har inte hunnit få någon relation till någon som kommer för de är så många. Det är tråkigt för det vore bra med lite kontakt.”*

Informationen om Göteborgsmodellen har som vi nämnde tidigare nått ut på olika sätt till de äldre, alla har fått någon form av papper med information men det skiljer sig i hur mycket information de fått muntligt. Det märks inte minst på att de pratar om vem de vill tala med för att få mer information. De som vill ringa biståndshandläggaren eller en chef för att få reda på vad som gäller saknar det förtroende för hemtjänstpersonalen som de med en god relation har.

*”Ja, det var en av killarna som berättade om den. Kanske förra veckan någon gång.”*

*”Ja, jag har fått sånt där papper. Men jag vet inte riktigt hur... för på det pappret jag har verkar det som man ska få samla ihop timmar och det är det jag inte fått klart för mig /.../ Jag får väl ringa till biståndshandläggaren.*

*”Jag har fått någon broschyr men jag tycker inte riktigt att jag förstod vad som stod i den. Det är viktigt att veta exakt men om jag vill ha reda på det så får jag nog ringa chefen.”*

En äldre anser att det behövs bra relationer för att få en sådan här organisationsförändring att fungera och att man utgår ifrån att relationerna redan är bra mellan alla äldre och hemtjänstpersonal. *”Man glamouriserar från politikernas sida i de här broschyrerna, det fungerar ju inte så i verkligheten. Det är människor som träffar människor, det blir inte som det är skrivet. Det måste man acceptera.”*

Till alla äldre vi pratat med ställde vi frågan om de upplever någon förändring i hemtjänstpersonalens arbete eller bemötande sedan Göteborgsmodellen infördes. Vi fick liknande svar ifrån alla de äldre och de menar på att de inte tycker att de upplevt någon förändring de senaste månaderna, varken på personalens bemötande eller i utförandet av insatserna.

*”Nej, jag har ingen skillnad märkt i höst. /.../ men jag tror att det är relativt nytt för dem också. Om ni hade återkommit i början av nästa år så kanske jag hade haft mer att säga om det.”*

*”Det går utmärkt bra att byta ut saker, att ha den möjligheten /.../ det är ingen skillnad. Ja då det gick bra att byta redan innan.”*

*”Jag har inte märkt någon förändring. Det program jag har haft hela tiden fungerar jätte bra.”*

#### **7.4 Tidsaspekten**

Under denna rubrik tar vi upp två olika sätt att se på tiden. Dels hur de äldre funderar över tiden i förhållande till Göteborgsmodellen och dels hur de äldre upplever att tiden de har bistånd på används av hemtjänstpersonalen. Flera av de äldre hade funderingar över hur lång tid i förväg de skall säga till om de vill göra ett byte av biståndsinsats då det är något som de

inte fått klart för sig genom den information de hittills fått om Göteborgsmodellen. Likaså är de fundersamma över vad de ska hinna göra under ett byte av insats. De menar på att till exempel den tiden man skulle få städat kan vara för kort tid för att hinna göra någonting som man vill göra utanför hemmet.

*”Hur lång tid i förväg skall jag säga till? Om jag vill ha hjälp en annan gång istället för städ men inte när städet skall vara, kan jag få det då?”*

*”Om jag vill åka ner till stan till exempel går det inte att byta ut på grund av tiden. Då får jag nog säga till ett år i förväg (skrattar).”*

*”Vad hinner man på två timmar? Man hinner ju ingenting. Jag hinner knappt till stan ens och göra någonting. Man hinner inte på biograf eller teater eller ta Älvsnabben. Man hinner inte göra någonting på två timmar.”*

När det gäller hur de äldre upplever att deras biståndstid används av hemtjänstpersonalen så nämner alla vi pratat med att personalen inte alltid stannar hela tiden, men de har olika tankar om det och de bryr sig olika mycket om det. Några tycker att det är jobbigt och känner sig stressade av det medan andra tycker att det inte gör så mycket, bara de får gjort det som skall göras. En av de äldre hade en idé om att personalen skulle sitta ner och prata med den äldre en liten stund och att det skulle ha stor betydelse för att den äldre skulle känna sig mindre stressad.

*”Jag tycker inte att hemtjänsten ska ha så bråttom jämt, det hade vart bättre om de tog sig tid att prata med oss gamla och fråga på vilket sätt vi vill ha det. Det har de aldrig gjort. Det skulle vara värt 5 minuter för att få det bättre för de äldre.”*

*”De stannar inte alltid hela tiden när de ska städa. Det finns en tjej som är bra /.../ det är ofta två som städar och de hetsar på varandra så det går fortare så de blir klara snabbt och kan gå härifrån.”*

*”Nej, det kan jag väl nästan säga nej till. Eh... det kan vara olika. Inte kategoriskt nej men det är olika. Och som jag sa om promenader, det kan ta lite längre tid än det ska göra så det jämnar ut sig med andra grejer om man säger så.”*

## 8. ANALYS

I detta kapitel analyserar och jämför vi delar av resultatet med den tidigare forskningen på området och de teorier vi använt oss av. Vi lägger upp det på samma sätt som resultatdelen, det vill säga i fyra olika delar som vi går igenom var för sig.

### 8.1 Göteborgsmodellen

Det var tydligt att alla vi pratade med hade förstått grundtanken i Göteborgsmodellen. Även om de tolkade den något olika så hade alla fått någon sorts information om den. Att de äldre uppfattat informationen om Göteborgsmodellen på olika sätt kan till viss del förklaras via kommunikationsteorin. Nilsson och Waldemarson (1994) skriver att enligt kommunikationsteori sker alltid kommunikation i ett socialt sammanhang vilket innebär att både den som ger information och den som mottar information påverkas av budskapet. Man tolkar även budskapet olika beroende på egna uppfattningar och tankar.

Överlag var de äldre nöjda med hjälpen de hade idag och var därför inte säkra på att de kommer att använda sig av Göteborgsmodellen i framtiden, men oavsett om de tänkt använda sig av den eller inte så sa alla att de tyckte att Göteborgsmodellen var en förbättring av äldreomsorgen och de är nöjda att de har möjlighet till större inflytande och självbestämmande. Vad vi sett hos de äldre vi intervjuat överrensstämmer väl med vad Carina Löfström (2007) skriver i sin utvärdering av Askimsmodellen, att de flesta var nöjda med hemtjänsten redan innan omstruktureringen och även om inte alla utnyttjat valmöjligheten så var de överlag nöjda med att känna att de hade större inflytande och delaktighet.

Trots att de var nöjda med att känna att de har inflytande så var sig de äldre som vi talat med osäkra på, eller visste inte alls, *när* de kunde byta, *hur lång tid* i förväg de skulle säga till och *vilka delar* av hjälpen de har rätt att byta ut och inte. I basmenyn som Göteborgs stad gjort står vilka insatser som de äldre har rätt att byta, däremot framgår det inte när de får byta eller hur lång tid i förväg de bör säga till och denna information har helt enkelt ännu inte nått de äldre. Wikström (2005) skriver i sin avhandling att det är vanligt att de äldre känner att de vet vad de *inte* kan få hjälp med av hemtjänsten men att de inte på samma sätt vet vad de kan få hjälp med. Det var bland annat detta Göteborgs stad utgick ifrån när man gjorde basmenyn. Wikström skriver även om att äldre önskar mer flexibilitet i hjälpen de får av hemtjänsten.

Detta kopplar vi till att de äldre vi talat med är nöjda med att känna att de har möjlighet att få välja vad de vill ha utfört under sin biståndstid istället för att det alltid skall vara bestämt i förväg.

## **8.2 Inflytande, delaktighet och självbestämmande**

Både inflytande, delaktighet och självbestämmande förekommer i hemtjänsten till viss del enligt de äldre vi talat med. De beskriver det dock på olika sätt. En del av de äldre upplever att de har möjlighet att påverka varje dag vad hemtjänsten hjälper dem med medan andra beskriver enstaka tillfällen då de upplevt att de fått vara med och bestämma. Wikström (2005) skriver att äldre behöver känna att de har inflytande för att kunna känna sig självständiga i vardagen. Om insatserna de får känns påtvingade minskar känslan av självständighet och de känner sig förbisedda. Detta kan även kopplas till KASAM, känsla av sammanhang. Antonovsky (2005) Om man känner att man är självständig och att man har möjlighet att bestämma över sin egen vardag ger en större känsla av de tre teman i KASAM, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Det blir lättare att se en mening med vad som sker och på så sätt kan man också må bättre.

Det som tydligast kommer upp som ett område där äldre inte upplever att de har inflytande är över vilken tid hemtjänsten kommer. De äldre talar även mycket om att det inte går att påverka hur och när städningen utförs och att hemtjänstpersonalen ofta är stressad och har lite tid för dem. Wikström (2005) skriver även hon om att äldre tycker att det finns för lite tid för dem och hon kopplar det till att det påverkar deras inflytandemöjligheter negativt. Vårt resultat visar på hur de äldre inte vill vara till besvär genom att försöka ändra personalens schema eller rutiner. Områden och gånger de däremot får igenom sitt inflytande är tillfällen då det passar personalen att ändra något utan att de behöver göra om i dagsschemat. Samma sak beskriver Harnett (2010) då hon skriver om personalens rutinkulturer, att det går bra för de äldre att ha inflytande och påverka vad som ska göras så länge det passar in i personalens schema och rutiner.

## **8.3 Relationer, kontinuitet och kommunikation**

Alla de äldre vi talat med påpekar vikten av att ha goda relationer med hemtjänsten. En bra relation och en god kommunikation hänger samman eftersom det ena leder till det andra. Personalkontinuiteten är också något de äldre beskriver som viktig för att de ska känna sig trygga i relationerna till hemtjänstpersonalen. Vi kopplar detta till Ingvad (2003) som skriver



om både relationer och kontinuitet. Relationen mellan den äldre och hemtjänstpersonalen påverkar om den äldre upplever omsorgen som god eller ej. Likaså vill den äldre veta vem som kommer och när de kommer för att kunna känna att omsorgen är god. Att ha en god relation, att stunden man ses blir trevlig, leder till ökad trygghet hos de äldre.

I vår studie uttrycker några av de äldre att de saknar en personalkontinuitet och att de önskar att de hade det för att kunna skapa en relation. Några av de vi talat med upplever att det oftast är samma personal som kommer till dem och de är nöjda med det. Att det är viktigt för de äldre att veta vem som kommer och när de kommer finner vi stöd för i forskning av både Ingvad (2003), Wikström (2005) och Löfström (2007).

De äldre vi talat med uttrycker att de inte har märkt någon skillnad i bemötandet från personalen eller utförandet av insatser efter det att Göteborgsmodellen införts. Även detta kopplar vi till Ingvads (2003) forskning där han skriver att om organisationsförändringen inte innebär ett utbyte av personalen så behöver inte heller relationen mellan den äldre och hemtjänstpersonalen förändras. De har redan byggt upp sin relation på förhand vilket innebär att den förmodligen kommer att bestå trots förändringar i arbets sättet.

Enligt den relationsbaserade kommunikationsteorin bestäms kommunikationen mellan människors av deras relation. Innehållet i information kan tolkas olika beroende på relationen mellan sändare och mottagare (Eide och Eide 1997). I vår studie har de äldre förstått olika mycket av informationen om vad Göteborgsmodellen innebär. De som beskriver att de har en god relation med hemtjänstpersonalen har tagit åt sig mer av informationen än de som beskriver sin relation som sämre. De med en god relation har fått mer information muntligt och har också kunnat ställa fler frågor. Några av de äldre i vår studie ville ta kontakt med en chef eller biståndshandläggare för att få mer information om Göteborgsmodellen, de som ville det var de som upplevde att de inte hade så god relation till hemtjänstpersonalen. En av de äldre pratar om att inte ha hunnit få någon relation alls till hemtjänstpersonalen eftersom det är så många olika som kommer. De olika typerna av relationerna som finns mellan de äldre och hemtjänstpersonalen i vår studie kopplar vi till Eide och Eides (1997) förklaring av relationer som komplementära, symmetriska eller asymmetriska. För de äldre med god relation till hemtjänsten kan relationen beskrivas som både komplementär och symmetrisk, för de som upplever relationen som sämre kan relationen beskrivas som asymmetrisk. Men en komplementär och symmetrisk relation kan den äldre och hemtjänstpersonalen kommunicera på ett jämlikt sätt och ställa frågor och dela med sig av kunskap till varandra. I en

asymmetrisk relation däremot sker kommunikationen på personalens villkor, vilket innebär att det inte finns utrymme för de äldres frågor och funderingar i samma utsträckning.

#### **8.4 Tidsaspekten**

De äldre i vår studie har många frågor och funderingar omkring Göteborgsmodellen, både över vad de kan hinna göra när de bytt en insats och hur lång tid i förväg de skall säga till om de vill göra ett byte. De har inte lyckats få svar på dessa frågor genom de broschyrer och den information de hittills fått. I förhållande till Antonovsky (2005) och KASAM kan man säga att genom att sakna förståelse påverkas de äldres känsla av begriplighet, vilket i sig leder till att känslan av hanterbarhet och meningsfullhet i Göteborgsmodellen blir svagare.

De äldre i vår studie nämner att hemtjänstpersonalen inte stannar hos dem hela biståndstiden. En del av de äldre nämner även att personalen sällan tar sig tid att sitta ner och prata en stund. Harnett (2010) nämner samma sak i sin forskning när hon skriver att de flesta klagomål från de äldre handlar om att personalen inte har tid att sitta ner och prata. Även Wikström (2005) skriver om att äldre tycker det finns för lite tid för hemtjänsten och att vårdbiträdena är stressade.

### **9. DISKUSSION**

Syftet med vår studie var att lyfta fram de äldres röster upplevelser och tankar när det gäller införandet av Göteborgsmodellen. Vi ville också undersöka om den kan beskrivas som salutogen. För att besvara syftet ställde vi följande frågeställningar;

Hur har de äldre förstått innebörden av Göteborgsmodellen?

Hur uppfattar de sin möjlighet att ha inflytande över sina insatser?

På vilket sätt har utförandet av hemtjänsten förändrats sedan Göteborgsmodellen infördes?

Samt på vilket sätt förändringarna i äldreomsorgen har gjort den mer salutogen?

Vad gäller den första frågeställningen kan vi konstatera att de äldre vi talat med har förstått grundtanken i Göteborgsmodellen. De har fått information om modellen, mest skriftligt men en del av dem även muntligt. Vi vill beskriva det som att de äldre har förstått vad själva innebörden i Göteborgsmodellen är även om flera av dem inte kunde själva ordet. De beskriver det som en möjlighet att få byta en insats mot en annan då det är något man inte behöver hjälp med för dagen. Alla de äldre vi talat med beskriver Göteborgsmodellen som en

positiv förändring eftersom den ger dem en känsla av valfrihet. Vi tycker att det är väldigt positivt för Göteborgs stad att modellen de tagit fram beskrivs av de äldre som bra och att den gör att de känner valfrihet och att de har möjlighet att bestämma mer själva. Oavsett om de äldre använder sig av möjligheten att byta eller inte så ser i alla fall de som vi talat med det som att de fått mer att säga till om och tycker att något i deras liv förändrats till det bättre. Den känslan anser vi vara väldigt viktig för de äldre. Sedan anser vi också att Göteborgsmodellen innehåller mer än vad de äldre uppfattat det som vilket innebär att det skulle kunna beskrivas som än mer positivt för de äldre om de fått hela innebörden klar för sig. Att ha möjlighet att byta insatser är bara en del av Göteborgsmodellen. De äldre skall kunna samla ihop tid som de inte nyttjat och använda den vid ett annat tillfälle. De har också rätt att dela upp tiden de har på fler tillfällen, till exempel att få städat 80 minuter varannan vecka istället för var 120 minuter var tredje vecka. De äldre talar mest om att använda tiden till att gå ut eller få något gjort i hemmet och om att byta tiden från städningen till att göra något annat. Vi tolkar det som att de dels inte förstått de möjligheter som finns med Göteborgsmodellen och dels att de inte förstått hur de ska läsa av basmenyn. I basmenyn som alla äldre fått står de alternativ som de kan välja att byta sin tid mot. Tiden de har att byta är den tiden som är deras servicetid, det vill säga det som inte räknas som ren omsorg. Det var bara en av de äldre som vi talade med som uppgav att hon visste hur mycket servicetid hon hade till sitt förfogande varje månad och det var den äldre, som vi uppfattade det, som hade bäst relation till sin kontaktperson. Av det utläser vi att det är viktigt för de äldre att relationerna till hemtjänstpersonalen är bra och att det finns en person som har kontinuerlig kontakt med den äldre, som den äldre kan känna förtroende för. Kontinuiteten beskriver alla de äldre vi talat med som viktig för relationen till hemtjänsten, oavsett om de anser att de idag har personalkontinuitet eller inte och det är även kontinuiteten som beskrivs som viktigast i den mesta av den tidigare forskningen. Flera av de forskare vi nämner talar om vikten av att den äldre vet *vem* som kommer och *när* de kommer. De flesta av de äldre vi talade med hade flera frågor angående Göteborgsmodellen och hur och när de kunde använda sig av den. Delvis tror vi att om alla äldre hade haft en kontaktperson inom hemtjänsten som var hos dem ofta och som de hade en god relation till och bra kontakt med hade fler av dem haft en bättre förståelse för vad Göteborgsmodellen innebär i helhet. Vi vill påpeka att Göteborgsmodellen, nu när vi gör vår studie, bara har pågått i lite över två månader och givetvis påverkar det hur väl informationen hunnit nå ut. All organisationsförändring tar tid och vi inser att vi förmodligen fått andra svar om vi hade talat med samma personer om till exempel ett år.

Den andra frågeställningen, om hur de äldre känner möjlighet till inflytande över sina insatser och den tredje frågeställningen om de äldre upplever någon skillnad i utförandet av hemtjänsten sedan Göteborgsmodellen infördes tycker vi det blir enklast att svara på gemensamt. De äldre uppfattar sina möjligheter till inflytande väldigt olika. När vi under intervjuerna ställde frågan till de äldre om de känner att de har något inflytande över hjälpen de har från hemtjänsten svarade vissa att de känner att de har stor möjlighet att påverka sina insatser medan andra upplever att de inte har något inflytande alls. Det vi mest reagerade på, i förhållande till Göteborgsmodellen, var att ingen av de äldre kopplade samman Göteborgsmodellen med det inflytande de känner idag. Vi hade förväntat oss att i alla fall ett par av de vi pratade med skulle göra kopplingen att de kan få känna mer inflytande nu när Göteborgsmodellen finns än vad de kände innan. Att de äldre inte kopplade samman möjligheten till inflytande med Göteborgsmodellen kan det finnas flera orsaker till. Vi tror att det kan vara så att de äldre kopplar ihop Göteborgsmodellen med ordet valfrihet i stället för inflytande. Vi kunde konstatera att de äldre tycker att Göteborgsmodellen är positiv därför att de upplever att de har ökad valfrihet och får bestämma mer över sin vardag. När vi pratade om inflytande istället så gjorde de helt enkelt inte kopplingen till Göteborgsmodellen eftersom det inte är ett ord de använder i sammanhanget. För de äldre vi talat med handlar Göteborgsmodellen om att kunna byta någon insats ibland och känna en delaktighet och valfrihet i det, men inte i samma utsträckning om att känna inflytande och självbestämmande i den dagliga hjälp de får från hemtjänsten. Det var ingen av de äldre som vi talade med som upplevde någon förändring i utförandet av hemtjänsten idag jämfört med innan Göteborgsmodellen infördes. Den hjälp de fick tidigare får de fortfarande, oavsett om det innebär stor eller liten möjlighet att påverka vad hemtjänsten gör hemma hos dem. Vi trodde att det skulle vara en större skillnad i hemtjänstens utförande och bemötande än vad svaren vi fick antydde. I Askimsmodellen skulle personalen fråga den äldre varje gång de kom hem till dem ”vad vill du ha hjälp med idag?”, vilket automatiskt leder till ett förändrat beteende hos hemtjänsten. För den äldre blir de dagliga mötena lite annorlunda än de varit tidigare och den äldre får möjlighet att tänka efter vad den faktiskt behöver just nu. Enligt de äldre vi pratat med har denna känsla av förändring inte funnits i deras dagliga möten med hemtjänsten. Här tänker vi på Ingvads (2003) forskning som säger att i de fall organisationsförändringar inte innebär att personalen byts ut så ändras förmodligen inte personalens bemötande mot de äldre eftersom relationen mellan dem redan är uppbyggd. Vi tänker att det kan vara en anledning till att utförandet inte förändrats sedan Göteborgsmodellens införande. Det är samma personal som går till de äldre idag som det var tidigare och den personalen har inte fått till sig att det är

något de *måste* göra annorlunda i mötet med de äldre. Personalen har redan relationer till de äldre de går till och de relationerna som redan finns överväger tanken att bemöta annorlunda.

Vår sista frågeställning var vilket sätt förändringarna i äldreomsorgen har gjort den mer salutogen. Denna fråga besvarar vi dels genom våra egna tankar och förförståelse om vad salutogenes innebär och dels utgår vi från hur vi tolkat de äldres uppfattningar om Göteborgsmodellen och sättet hemtjänsten arbetar på. Vi har tidigare nämnt våra tankar kring vad salutogent som begrepp innebär för oss. Vi tänker på salutogent som hälsofrämjande. Det är även så som Antonovsky (2005) ”översätter” ordet. Med hälsofrämjande menar vi att fokusera på det som en person kan göra själv och inte på vad den *inte* kan göra. Vi anser att förändringarna som gjorts i äldreomsorgen i Göteborgs stad i och med Göteborgsmodellen har påverkat salutogenesen på så sätt att den kan sägas ha höjt KASAM hos de äldre. När de äldre vi talat med beskriver att de känner större valfrihet och ser Göteborgsmodellen som positiv kan det kopplas till att känna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet på det sätt som de beskrivs i KASAM. Meningsfullhet därför att de får möjlighet att vara delaktiga och göra det som är meningsfullt för dem själva för dagen. Begriplighet på så sätt att de har en ny förståelse för vad som sker och ska ske i deras vardag och hanterbarhet genom att de vet att de tillfällen de har ork och kan själva så kan de få hjälp med annat istället. I och med en höjd KASAM hos de äldre tycker vi att äldreomsorgen kan beskrivas som delvis mer salutogen än tidigare. Däremot anser vi inte att Göteborgsmodellen gör äldreomsorgen mer salutogen ur en hälsofrämjande synpunkt. Vi skrev tidigare om Harnetts (2010) avhandling där hon beskriver hur personalens rutinkultur påverkar hjälpen de äldre får. Personalen har inte tillräckligt med tid för att låta de äldre göra det de kan göra själva utan gör det ofta åt dem istället för att det skall gå fortare. Vi tänker att för att kunna utföra ett salutogent arbete behövs tid. Tid att låta den äldre göra saker själv, även om det går långsamt och tid att prata med den äldre för att veta hur den vill ha det. Dessutom anser vi att i en salutogen modell bör det inte bara vara serviceinsatserna som är utbytbara. När vi tänker att omsorgen skall vara salutogen tänker vi att man även skall ha rätt att byta och påverka andra insatser i vardagen än till exempel städ eller inköp. Om en äldre en dag orkar klä sig eller tvätta sig själv, som räknas som omsorgsinsatser, så skall den ha samma möjligheter att byta ut tiden mot något annat som den hade haft om det gällde städning. Det skulle kanske kunna motivera de äldre att försöka själva vissa dagar då de känner sig ovanligt pigga. Det anser vi skulle vara att fokusera på det friska hos människan. Vi vill inte påstå att detta sätt att arbeta inte redan kan finnas i vissa hemtjänstlag eller ännu mer specifikt hos enskilda i personalen. Vi har, när vi intervjuat de

äldre, märkt att de olika hemtjänstlagen arbetar på väldigt olika sätt. Framförallt tycker vi att vi har sett att det skiljer sig mycket i de olika hemtjänstlagens sätt att tänka på kontinuiteten i arbetet. De äldre vi talat med som oftast har samma person ur hemtjänstlaget hos sig och känner personalen väl uttrycker en trygghet som gör att den äldre känner att de kan be om saker på ett annat sätt än de som inte känner samma trygghet. De har goda relationer och bra kommunikation med hemtjänsten som leder till att de kan samarbeta så att den äldre kan få hjälp med det den behöver från dag till dag. I de fallen har arbetet redan på förhand fungerat så som det skall fungera enligt Göteborgsmodellen. I informationen som finns att läsa om Göteborgsmodellen står att det skall finnas en kontaktperson för varje äldre men det har inte nämnts något om att fokusera på kontinuitet i arbetet. Likaså nämns inte kontinuiteten i informationen om att äldreomsorgen i Göteborgs stad skall ha ett salutogent förhållningssätt år 2012. Det vi anser oss komma fram till i vår studie handlar om att det som är meningsfullt för individen är att ha en känsla av kontinuitet både tids- och personalmässigt. Det är även det som den mesta forskningen inom äldreomsorgen pekar på. Eftersom det är så allmänt känt i forskningsvärlden att det är viktigt för den äldre att veta vem som kommer, när de kommer och vad de skall få gjort under den tiden hemtjänsten är hos dem tycker vi det är märkligt att det tänkandet saknas i Göteborgsmodellen. Vi tror att om man hade tagit fasta på kontinuiteten i en organisationsförändring kunde man ha fått mycket av det som Göteborgsmodellen innebär på köpet. Det skulle dessutom innebära en större känsla av trygghet hos de äldre än vad vi anser att vi såg hos de vi pratat med under vår studie.

Sammanfattningsvis kan vi säga att vi tycker att vi fått svar på de frågeställningar vi hade och att vi fått lyft fram några äldres röster och åsikter. Om Göteborgsmodellen vill vi säga att information har nått fram till de äldre vi pratat med, även om de har frågor som är obesvarade än så länge. De äldre uppfattar modellen som positiv och ett steg i rätt riktning för äldreomsorgen. När det gäller frågan om Göteborgsmodellen kan anses vara salutogen vill vi påstå att vi har två svar på den frågan. Modellen kan delvis ses som salutogen då den kan anses höja de äldres KASAM. Ser man däremot på ordet salutogen ur hälsofrämjande synvinkel anser vi att Göteborgsmodellen inte kan beskrivas som salutogen då det enligt oss saknas fokus på det friska hos människan.

## 10. REFERENSER

### Böcker:

Antonovsky, Aaron (2005): *Hälsans mysterium* Stockholm: Natur och kultur

Dunér, Anna och Nordström, Monica (2005): *Biståndshandläggningens villkor och dilemman: Inom äldre- och handikappomsorg*. Lund: Studentlitteratur AB

Denscombe, Martyn (2000): *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur

Eide, Hilde och Eide, Tom (1997): *Omvårdsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur

Harnett, Tove (2010): *The Trivial Matters, Everyday power in Swedish elder care*. Jönköping: School of Health Sciences

Ingvad, Bengt (2003): *Omsorg och relationer. Om det känslomässiga samspelet i hemtjänsten*. Lund: Socialhögskolan Lunds Universitet

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Löfström, Carina (2007): *Framtidens hemtjänst? Utvärdering av Askimsmodellen*. FoU i Väst/GR

Nilsson, Björn & Waldemarsson Anna-Karin (1994): *Kommunikation. Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups utbildning

Westlund, Peter och Sjöberg, Arne (2005): *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård*. Stockholm: Fortbildning Stockholm AB

Wikström, Eva (2005): *Inflytandets paradoxer, Möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande I hemtjänsten*. Växjö: Växjö Universitet.

### **Tidningar**

*Samspel* Tidningen för dig som arbetar inom äldreomsorgen i Göteborgs stad 2/2010

### **Internet**

Folder om salutogent arbete, Göteborgs stad (2010)

[http://www.goteborg.se/wps/wcm/connect/7f1e14804260d7f7a3b7ab35c0c39edb/Folder+Salutogen+%C3%A4ldreomsorg+i+framtidenSKRIVARE.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=URL&CACHEID=7f1e14804260d7f7a3b7ab35c0c39edb](http://www.goteborg.se/wps/wcm/connect/7f1e14804260d7f7a3b7ab35c0c39edb/Folder+Salutogen+%C3%A4ldreomsorg+i+framtidenSKRIVARE.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=URL&CACHEID=7f1e14804260d7f7a3b7ab35c0c39edb)

Socialtjänstlagen: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2001:453>



## 11. BILAGOR

### 11.1 Bilaga 1, Brev till informanterna

Göteborg, 101010

Hej,

Vi är två studenter som läser 6e terminen på Socionomprogrammet vid Göteborgs Universitet. Vi ska nu skriva vår c-uppsats och söker medverkande till vår studie.

Om Ni vill vara med innebär det att vi kommer hem till Er för en intervju. Intervjun kommer att handla om Era upplevelser av delar av hemtjänsten.

Är Ni intresserad så meddela Er biståndshandläggare det snarast, så kommer vi att ta kontakt med Er för att bestämma en tid för intervjun. Vi gör ett slumpmässigt urval mellan er som vill vara med, därför är det inte säkert att just Ni kommer med. Vi tar kontakt med Er via telefon oavsett om Ni är utvald för en intervju eller ej.

Varken Ert namn eller stadsdelen Ni bor i kommer att nämnas i uppsatsen utan Ni kommer att vara helt anonym, det är enbart Era tankar och upplevelser som kommer att publiceras.

Tack på förhand,

Hälsar,

Hanna Bernmar, telefon:

och

Cecilia Olson, telefon:

Om Ni har några frågor angående studien går det bra att ringa något av ovanstående nummer.

## 11.2 Bilaga 2, Intervjufrågor

Det här är de frågor vi tänker oss få svar på.

Vad har du för hjälp av hemtjänsten idag? Hur länge har du haft hjälp? Vem kommer är det samma person eller är det olika?

Har du hört talas om Göteborgsmodellen? Hur har du förstått innebörden av den? Hur har du/kommer du att använda dig av den?

På vilket sätt har du upplevt att du kan vara med mer och bestämma över vilken hjälp du får och när du får den? Upplever du någon förändring jämfört med tidigare?

Har du märkt några förändringar i bemötandet från hemtjänstpersonalen den senaste månaden och i så fall på vilket sätt?

Tycker du att hemtjänsten fungerar bra för dig? Är det något som du saknar? Är det något som du kan göra själv som du upplever att hemtjänsten ändå gör för dig?