



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Om du börjar prata

En kvantitativ studie om förhållningssätt och  
initiativtagande till samtal om döden och existentiella  
frågor hos personal inom äldreomsorgen

Sofia Forsberg och Emma Svensson

Kandidatuppsats SOPA 63

HT 2015

Handledare: Roberto Scaramuzzino

# Abstract

Authors: Sofia Forsberg and Emma Svensson

Title: If you start talking

Supervisor: Roberto Scaramuzzino

Assessor: Anders Östnäs

As a consequence of increased knowledge about health and changed social structures, people tend to grow older and the life expectancy on average keeps on getting higher (Hemström, 2012). The life expectancy of half of the girls and boys born in Sweden during 2011, is 93 respective 91 years old. Today, it is more common that people pass away in their own homes or in retirement homes, than in a hospital (Qvarnström, 1993). The growing elderly population require a growing need of assistants related to the physical and psychological problems that comes with growing older. Despite the need of these conversations, both the elderly and the staff within the elderly care do not talk about feelings and thoughts associated with getting older and dying (Österlind, 2009). We have completed a quantitative survey, viewing how often the employees, working in retirement homes in Skåne, Sweden, starts these kind of conversations with the elderly, their approaches and what individual and/or organisational factors affects the existents of these conversations and the employees approaches. It turns out that the most influential factors that effects approaches and if the employees starts conversations with the elderly about death and existential question, were the ones that are initiated, founded and implemented by the employer. According to our study, individual factors, like religious believes or the number of years in service within the elderly care, did not have as strong impact as the factors implemented by the employer. Due to our time limits, we unfortunately had to accept a falling-off at around 75 percent. This makes the result less reliable even though we got a few statistically significant results.

Keywords: conversations about death, existential questions, approaches, retirement homes, employees

# Innehållsförteckning

<b>1. Problemformulering</b> .....	<b>4</b>
1.1 Syfte & frågeställningar.....	5
<b>2. Kunskapsläget</b> .....	<b>6</b>
2.1 Att arbeta nära döden.....	6
2.2 Äldre i äldreomsorgen.....	8
2.3 Utbildning inom äldreomsorgen.....	8
2.4 Sammanfattning.....	9
<b>3. Teoretisk utgångspunkt</b> .....	<b>10</b>
3.1 Synen på döden.....	11
3.2 HR-perspektivet.....	12
3.3 Humankapital.....	13
<b>4. Metod</b> .....	<b>14</b>
4.1 Val av metod.....	14
4.2 Urval.....	15
4.3 Metodens tillförlitlighet.....	16
4.4 Enkäten.....	17
4.4.1 Förtjänster och begränsningar.....	17
4.4.2 Frågorna.....	18
4.5 Bortfall.....	20
4.6 Etiska överväganden.....	21
4.7 Bearbetning av data.....	21
4.7.1 P-värde och Cramer's V.....	21
4.7.2 Bearbetning av beroende variabler.....	22
4.7.3 Bearbetning av oberoende variabler.....	23
4.7.4 Analysmetod.....	24
4.8 Arbetsfördelning.....	25
<b>5. Resultat och analys</b> .....	<b>25</b>
5.1 Presentation av respondenterna och övergripande resultat.....	26
5.2 Finns det samband?.....	28
5.2.1 Faktiska individuella faktorer.....	29
5.2.1.1 <i>Analys - En erfaren grupp</i> .....	31
5.2.1.2 <i>Analys - Trosuppfattning</i> .....	32
5.2.1.3 <i>Analys - Utbildning</i> .....	32
5.2.2 Upplevda individuella faktorer.....	33
5.2.2.1 <i>Analys - Behöver de prata?</i> .....	35
5.2.3 Organisatoriska faktorer.....	37
5.2.3.1 <i>Analys - Organisationens betydelse</i> .....	41
5.2.3.2 <i>Analys - Organisation och utbildning</i> .....	42
5.2.3.3 <i>Analys - Samtal förekommer - men mellan vilka?</i> .....	43
5.2.4 De beroende variablerna.....	43
<b>6. Sammanfattning och avslutande diskussion</b> .....	<b>44</b>
6.1 Sammanfattande resultat.....	44
6.2 Avslutande diskussion.....	45
<b>7. Referenser</b> .....	<b>47</b>
<b>Bilaga 1 - Enkäten</b> .....	<b>50</b>

# 1. Problemformulering

Vi människor blir allt äldre. Det är statistiskt säkerställt att medellivslängden för både män och kvinnor i Sverige haft en stadig ökning sedan 60-talet (Hemström, 2012). Idag tillhör omkring 20 procent av befolkningen den grupp som Socialstyrelsen definierar som äldre, alltså personer över 65 år, vilket fortfarande är en växande andel (SCB, 2014). Då denna grupp är stor, samt att det finns stora skillnader inom gruppen (exempelvis avseende hälsa), har Socialstyrelsen ytterligare en kategorisering av dessa, de yngre-äldre och de äldre-äldre (Socialstyrelsen, 2005). De yngre-äldre är personer mellan 65 och 79 år och de äldre-äldre är personer som är 80 år eller äldre. Från 1900-talets början till dess slut har en förskjutning skett avseende i vilken ålder personer dör. Förr var statistiken över vilka som dött mer utspridd över generationerna, till skillnad från idag då den övervägande majoriteten av alla som dör är äldre (Qvarnström, 1993). Medellivslängden för kvinnor i Sverige 2009 var 83,4 år och för männen 79,2 år (Hemström, 2012). Av de barn som föddes 2011 beräknas hälften av flickorna leva tills de är 93 år gamla och hälften av pojkarna tills de är 91 år gamla. Ökad kunskap och förändrade samhällsstrukturer kan ses som faktorer som har påverkat denna förskjutning (Qvarnström, 1993). Detta innebär, även om död förekommer i alla åldrar, att döden främst är någonting som idag förknippas med äldre och åldrande. En annan skillnad från förr är att det idag är färre personer som dör på sjukhus, en siffra som fortsätter att minska, vilket innebär att vård och omsorgspersonal inom äldreomsorgen i allt större utsträckning möter döden i arbetet (Qvarnström, 1993; Socialstyrelsen, 2005).

En del av personalen inom äldreomsorgen arbetar på särskilda boende för äldre (även kallat äldreboende) som syftar till vård- och omsorgsboende för äldre samt gruppboende för personer med demenssjukdomar (Socialstyrelsen, 2013). Idag är det vanligt att de personer som bor på särskilt boende för äldre stannar på boendet resten av sina liv (Socialstyrelsen, 2012a). Den vård som via en insats sätts in i livets slutskede kallas för palliativ vård och fokuserar på den medicinska möjligheten till en lindrande, men inte botande, behandling (Socialstyrelsen, 2012a.). Personalen på de särskilda boendena - vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor - arbetar närmast de boende även under den palliativa fasen. Andra professionella kontakter kan dock tillkomma vid insättningen av palliativ vård för att adressera den boendes sociala och psykologiska behov som exempelvis kuratorer, präster eller psykologer (Socialstyrelsen, 2006).

Oavsett om det finns insatser i form av palliativ vård eller inte för de boende, innebär arbetet på särskilda boenden för äldre en nära kontakt med döden och livets sista tid. Trots

dödens närvaro på särskilda boenden inom äldreomsorgen visar studier att det råder en tystnad kring ämnet från de boende, anhöriga och från personalen (Österlind, 2009; Strid, 2007). Samtal om döden och existentiella frågor är någonting som de boende saknar och de upplever att ämnet är tabubelagt (Österlind, 2009). Samma tystnad upplevs inte inom hospicevården, alltså de vårdenheter som enbart riktar sig till de personer som lider av en obotlig sjukdom (Källström Karlsson, 2009). Att tystnaden kring döden som samtalsämne inte existerar på samma sätt inom hospicevården som på särskilda boenden för äldre, kan förklaras genom att personalen inom hospicevården erbjuds ett annat arbetssätt där utbildning, stöd och handledning är naturliga inslag i det dagliga arbetet (Österlind, 2009).

Trots att denna tystnad råder, finns ett behov av att bearbeta händelser och livs skeenden kopplade till döden och existentiella frågor. Ovan presenterade studier beskriver detta behov i arbetet med äldre ur en kvalitativ vinkel och visar på att döden är närvarande men att det råder en allmän tystnad kring ämnet. Vi tar i denna studie, genom en kvantitativ ansats, utgångspunkt i detta behov och den tystnad som beskrivs. Vi vrider dock perspektivet och undersöker personalens, på särskilda boende för äldre, förhållningssätt till dessa samtal samt vilka faktorer som påverkar samtalens förekomst.

## **1.1 Syfte & frågeställningar**

Syftet med vår studie är att beskriva och analysera personalens, på särskilda boende för äldre, uppfattning om deras förhållningssätt och initiativtagande till samtal kring döden och existentiella frågor, samt vilka faktorer som påverkar detta.

- I vilken utsträckning och mellan vilka personer förekommer samtal kring döden och existentiella frågor enligt personalen?
- Finns det samband mellan organisatoriska faktorer (som exempelvis grupphandledning eller arbetskultur) och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor?
- Finns det samband mellan individuella faktorer (som exempelvis ålder eller religiös trosuppfattning) och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor?
- Hur kan vi vidare förklara eventuella samband mellan individuella respektive organisatoriska faktorer och personalens förhållningssätt samt initiativtagande till samtalen?

För att besvara frågeställningarna har vi genomfört en enkätstudie. En enkät skickades via mejl ut till över 500 anställda på särskilda boenden för äldre och av dessa svarade 141 personer, vars svar vi sammanställt och undersökt vidare efter samband. Frågorna i enkäten konstruerades utifrån olika variabler - beroende och oberoende<sup>1</sup> - som vi genom kunskapsorientering och teoretiska utgångspunkter funnit relevanta för att besvara de fyra frågeställningarna.

## 2. Kunskapsläget

*Nedan redogör vi för kunskapsläget inom tre huvudområden som berör det område vi valt att studera. Kunskapsläget har bidragit till utformningen av både de beroende och de oberoende variablerna samt till att besvara den fjärde frågeställningen; hur kan de eventuella sambanden förklaras. De oberoende variablerna innefattar både de organisatoriska faktorer som vi genom fråga två vill undersöka samt de individuella faktorer som vi i fråga tre vill undersöka. De beroende och oberoende variablerna förklaras närmare i avsnitt 4.4.2. Vi har använt oss av såväl vetenskapliga artiklar som böcker och avhandlingar. Vi har sökt litteratur främst via LubSearch och Libris där vi använt oss av sökord som "äldre", "äldreomsorg", "personal", "död", "palliativ vård" samt dess engelska motsvarigheter. Genom den litteratur vi funnit har vi även gått vidare via deras referenser för att hitta ytterligare relevant kunskap. Vi har valt att främst fokusera på forskning och kunskap från Sverige. Anledningen till att vi har gjort en viss avgränsning är att vi tror att den svenska välfärden, med den svenska äldreomsorgen, kan skilja sig mycket från länder utanför Sverige eller Skandinavien. Vi tror också att synen på åldrande, äldre och död kan vara olika i olika kulturer och eftersom vi vill studera svenska särskilda boenden har tyngden legat där.*

### 2.1 Att arbeta nära döden

1992 trädde ädelreformen i kraft vilket innebar att kommunerna fick huvudansvaret för äldreomsorgens verksamhet (Socialstyrelsen, 2005). De senaste åren syns en förskjutning inom verksamhetsområdet då fler äldre personer brukar hemtjänsten medan allt färre bor på särskilda boenden (Szebehely & Trydegård, 2007). Det innebär att de som bor på de särskilda boendena inom äldreomsorgen ofta är mycket sjuka eller i stort behov av stöd vilket ställer höga krav på personalen. Strid (2007) intervjuade vårdpersonal på ett äldreboende och de

---

<sup>1</sup> De beroende och oberoende variablerna förklaras närmre i avsnitt 4.4.2

beskriver de särskilda boendena inom äldreomsorgen som "dödens väntrum". Denna boendeform beskrivs av Strid som en sista anhalt innan döden - samtidigt som det är undersköterskors och vårdbiträdens arbetsplats. Även Whitaker (2004) har en liknande beskrivning av de särskilda boendena - livets sista boning - där döden frekvent gör sig påmind och är väntad. Hur personal upplever arbetet nära döden har även studerats utanför Sverige. En studie från Österrike (Jenull & Brunner, 2008) visar att personal som arbetar på äldreboenden upplever att det är en stressfaktor att arbeta med svårt sjuka eller döende äldre. Studien visade också att personalen önskade att få mer stöd i sitt arbete.

Hur länge en person har arbetat inom äldreomsorgen kan vara en faktor som påverkar personens förhållningssätt till döden. För vissa personer kan arbetet inom äldreomsorgen innebära deras första möte med döden på nära håll (Österlind, 2009). Att ha lång erfarenhet av att arbeta i närhet av döden kan vara en faktor till att man som vårdpersonal upplever sig kunna hantera den, då den inte längre känns skrämmande utan som en naturlig del av livet (Strid, 2007). När det gäller att ha samtal med döende och deras anhöriga visar Jenull och Brunners (2008) studie att det finns ett visst samband mellan personalens ålder och i vilken utsträckning de tycker att samtal med döende och deras anhöriga är svåra. Yngre personer tenderar att tycka att det är svårare att prata med döende och deras anhöriga än vad deras äldre kollegor tycker.

Hedly (1993) har studerat hur sjukvårdspersonal upplever sitt arbete där döden är närvarande. Många av de intervjuade upplevde att det inte fanns tid till att ha några djupare samtal med patienterna. Tidsaspekten har beskrivits även av andra författare (Strid, 2007; Österlind, 2007; Stranz, 2013) som påpekar hur brist på tid påverkar personalens arbete med de äldre. Bland annat beskrivs en bristande anpassning till vad den boende har för behov i arbetet på boendet. Denna tidsbrist beskrivs även av de äldre personerna som intervjuats av Österlind (2009) då de upplever att personalen inte har tid vilket innebär att djupare samtal inte äger rum.

En studie gjord av Stranz (2013) i Sverige och Danmark visade att över 40 procent av den tillfrågade gruppen undersköterskor och vårdbiträden inom äldreomsorgen i Sverige ville sluta på sitt arbete. En faktor som påverkade personalen att vilja sluta var bland annat den fysiska och psykiska börda de upplever i arbetet. Personalen beskrev en önskan om att ha mer tid för att samtala med de boende.

Strid (2007) menar att personalen på särskilda boenden inom äldreomsorgen använder sig av rutiner och ritualer för att bland annat hantera sina känslor relaterade till sjukdom och död i arbetet. Strid menar att döden inte ses som något skrämmande utan som en del i arbetet -

tack vare dessa rutiner. Rutinerna kan alltså ses som ett "skydd" i form av att personalen utför handlingar som de inte tvingas reflektera kring.

## **2.2 Äldre i äldreomsorgen**

Upp emot 90 000 personer bor idag inom äldreomsorgens särskilda boende (Socialstyrelsen, 2012b). Av alla de äldre som varje år flyttar in på ett särskilt boende har över 30 procent av dem avlidit efter bara ett år (Socialstyrelsen, 2012a). Detta tyder alltså på att de äldre inte bor någon längre tid på de särskilda boendena. Äldre personers sista tid i livet är ett relativt utforskat område såväl i Sverige som i resten av världen (Socialstyrelsen, 2007).

Äldre personer löper större risk än yngre personer att drabbas av sjukdomar som påverkar deras livskvalitet negativt, vilket ofta innebär att de får omfattande medicinsk vård (Andersson, Hallberg & Edberg 2006). Speciellt under livets sista år rapporterade flera personer att deras livskvalitet försämrats. Såväl den fysiska som den psykiska hälsan påverkar en persons upplevelse av livskvaliteten. Äldres möjlighet att göra en summering av sitt liv, att få prata om livet då och nu samt döden, kan vara ytterligare en faktor som påverkar livskvaliteten. Whitaker (2004) beskriver hur de boende på särskilda boenden kan hitta kraft och styrka genom att ha möjlighet att reflektera och minnas över livet som varit. Österlinds avhandling (2009) visar att äldre personer känner ett behov av att samtala om döden. Österlind menar dock att personalen på boendet inte alls upplevde att de äldre hade ett behov av att ha samtal kring döden. De boende menade att samtal inte förekom eftersom personalen inte hade tid att ha dessa samtal. De äldre som kommer till tals i Österlinds avhandling menar också att den höga personalomsättningen på boendet bidrar till att samtal inte förekommer i så stor utsträckning, eftersom det inte ges möjlighet att skapa några djupare relationer med den personal som arbetar där.

Äldre, boende på särskilda boenden, har uttryckt att organisationen bidrar till att vården och omsorgen brister (Franklin, Ternstedt & Nordenfelt, 2006). Personalen har inte möjlighet att se varje individs behov som bland annat bidrar till att vissa personer upplever att de inte har möjlighet att samtala med någon. Detta i sin tur påverkar att de äldre kände sig förbisedda och osynliga.

## **2.3 Utbildning inom äldreomsorgen**

Antalet anställda inom äldreomsorgen som har en undersköterskeutbildning har ökat de senaste åren samtidigt som gruppen som arbetar som vårdbiträden har minskat



(Socialstyrelsen, 2015). Många av de som arbetar inom äldreomsorgen idag kommer att gå i pension inom de närmsta åren vilket kan innebära en risk för att det fattas ett stort antal utbildade undersköterskor. Antalet sjuksköterskor med specialistutbildning inom äldreomsorgens område har även de senaste åren även om det kommer behövas ännu fler i framtiden.

Socialstyrelsen (2006) menar att det finns en risk för att de äldre personer som har ett behov av att samtala om existentiella frågor, inte blir hörda och kanske istället får medicin för att lindra känslorna eller oron. Socialstyrelsen menar vidare att detta kan motverkas genom att personalen som arbetar med döende personer har relevant utbildning för dessa samtal. Även Hedly (1993) beskriver hur det i sjukvården är vanligt att patienternas oro eller djupare tankar behandlades med medicin istället för att ges tid till samtal. Hedly menar att detta kan förebyggas genom utbildning men även om personalen får mer tid till att ha samtal med patienterna. Österlind (2009) beskriver tystnaden som råder kring döden och menar att en faktor till denna tystnad är just bristande utbildning hos personalen.

Socialstyrelsen (2007) menar att vård- och omsorgspersonal som arbetar nära svårt sjuka eller döende är i behov av att få utbildning och stöd i sitt arbete för att kunna ge god vård men också för att arbetet ska vara tillfredsställande. Socialstyrelsen (2006) har genomfört en kartläggning av olika utbildningar och om palliativ vård eller liknande var en del av de olika utbildningarna och i så fall i vilken omfattning. Näst intill alla sjuksköterskeutbildningar hade palliativ vård och omsorg som en del av utbildningen, även om omfattningen varierade kraftigt. Av undersköterskeutbildningarna var det ungefär tre fjärdedelar som hade palliativ vård i programmet. En förklaring till det lägre antalet undersköterskeutbildningar med inslag av palliativ vård uppges bland annat vara att en del av dessa är gymnasieutbildningar och de som studerar där anses inte vara redo för att hantera ämnet.

## **2.4 Sammanfattning**

Personalen på särskilda boende för äldre upplever arbetet i dödens närvaro som stressfyllt och de önskar mer stöd från sin arbetsgivare (Jenull & Brunner, 2008). Arbetet inom äldreomsorgen kan för många vara ett första möte med döden (Österlind, 2009). Det finns anledning att tro att desto längre en person arbetet inom äldreomsorgen, desto mer hanterbar blir arbetssituationen i dödens närvaro (Strid, 2007). Både Whitaker (2004) och Österlinds avhandling (2009) visar att de boende känner ett behov av att reflektera kring döden och

existentiella frågor. Österlind visar vidare att personalen inte upplever att detta behov finns hos de boende. Många författare beskriver hur brist på tid påverkar personalens arbete med de äldre (Strid, 2007; Österlind, 2007; Stranz, 2013; Hedly, 1993). Socialstyrelsen (2007) menar att vård- och omsorgspersonal som arbetar nära svårt sjuka eller döende är i behov av att få utbildning och stöd i sitt arbete, dels för att kunna ge god vård, dels för att arbetet ska vara tillfredsställande. Österlind (2009) beskriver tystnaden som råder kring döden inom äldreomsorgen och menar att en faktor till denna tystnad är just bristande utbildning hos personalen.

Ovanstående kunskapsorientering visar att både individuella och organisatoriska faktorer, som ålder, utbildning och tillgång till tid, kan påverka personalens upplevelse av och förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor samt samtalens förekomst. Kunskapsläget visar även att det finns en lucka i forskningen som kvantitativa studier kan fylla. Generaliserbar empiri framtagen genom kvantitativa studier om arbetet nära döden skulle kunna visa om tystnaden och de oadresserade behoven som de kvalitativa studierna lyfter, kan sägas vara allmängiltiga för verksamheten eller inte. Genom de fyra frågeställningarna<sup>2</sup> ringar vi in olika individuella och organisatoriska faktorer och söker efter samband mellan dem och personalens förhållningssätt samt initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor.

### 3. Teoretisk utgångspunkt

*Nedan följer en redovisning av de teoretiska resonemang som vi utgått från när vi utformat en del av de oberoende variablerna, vilka mynnat ut i några av enkätfrågorna. Genom dessa teoretiska resonemang samt genom kunskapsorienteringen, formade vi de två beroende variablernas utgångspunkt; att förhållningssättet påverkar i vilken utsträckning personalen samtalar med de boende om döden och existentiella frågor samt att det inte är vanligt att det är personalen som initierar dessa samtal. De teoretiska utgångspunkterna har även använts*

---

<sup>2</sup> I vilken utsträckning och mellan vilka personer förekommer samtal kring döden och existentiella frågor enligt personalen?

Finns det samband mellan organisatoriska faktorer (som exempelvis grupphandledning och eller arbetskultur) personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor?

Finns det samband mellan individuella faktorer (som exempelvis ålder eller religiös trosuppfattning) och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor?

Hur kan vi vidare förklara eventuella samband mellan individuella respektive organisatoriska faktorer och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtalen?

för att kunna fördjupa analysen och för att kunna besvara den fjärde frågeställningen. Vi har valt att använda oss av begreppet döden och hur vi människor kan förhålla oss till döden. För att förstå individen i organisationen har vi valt att även använda oss av det organisationsteoretiska perspektivet Human Resource [HR-perspektivet] samt det tillhörande begreppet humankapital.

### 3.1 Synen på döden

Människans syn på och förhållningssätt till döden har förändrats genom historien - precis som synen på vad som händer efter en människas död (Qvarnström, 1993). Enligt den kognitivistiska läran inom psykologin, ligger människans fokus i att kunna förstå världen och att hitta mening med livet (Geels & Wikström, 2006). Enligt attributionsteorin, inom detta psykologiska fält, beskrivs människans behov av att göra världen kontrollerbar genom att göra den begriplig som ett av hennes främsta behov. Behovet att kunna förutsäga och kontrollera hotfulla situationer är särskilt framträdande. Den möjligt mest hotfulla situationen är döden och vad döden innebär för den existerande människan (ibid.).

Många världsreligioner tillhandahåller ett *koncept* med svar på frågor om döden och livet efter döden. Det är svårt att på ett generellt plan beskriva dessa koncept då det flesta religioner är väldigt mångfasetterade och innehåller olika förgreningar. Kristendom och Islam kan dock lyftas här för att belysa ett exempel. Inom båda religioner finns det en tro på en domedag eller ett avgörande skede vid livets sista timmar och att livet (eller det andliga livet) fortsätter efter döden antingen i himmeln eller i helvetet (Roald, 2005; Eriksson & Viberg, 2009). Tryggheten i dessa koncept ligger i att människan under sin livstid kan försäkra sig en plats i himmeln genom att hänge sig åt den enda och allsmäktiga Gud/Allah samt genom att leva livet enligt dennes profetior och budskap.

Ovan presenterade avsnitt om döden har legat till grund för vår övergripande förståelse för hur vi människor förhåller oss till döden och att det i sin tur påverkar hur vi upplever döden. De koncept som olika religioner kan tillhandahålla, för att göra döden mer begriplig, är grunden för den individuella oberoende variabeln *religiös trosuppfattning* som genererat den avslutande frågan i enkäten<sup>3</sup>. Varför vi frågat om religiös trosuppfattning och inte efter en specifik religionstillhörighet eller varför vi inte definierar begreppet tydligare, grundar sig i attributionsteorin. Hur vi tolkar och gör världen begriplig är individuellt samtidigt som många religioner kan tillhandahålla individen en del tankar om vad som händer efter dödsögonblicket

---

<sup>3</sup> Fråga 16 i enkäten: Har du en religiös trosuppfattning?

(Roald, 2005; Eriksson & Viberg, 2009). Det var således inte intressant för vår studie att veta vilken religionstillhörighet respondenten har eller på vilket sätt personen utövar sin eventuella religiösa tro. Det var endast intressant om den svarande upplever sig ha en religiös trosuppfattning (som kan påverka hur personen tänker kring livet efter döden) eller inte.

## 3.2 HR-perspektivet

HR-perspektivet härrör från psykologins fält och fokuserar likt många psykologiska perspektiv på individens behov (Bolman & Deal, 2015). Inom HR-perspektivet lyfts betydelsen av att organisationen ska lägga stort fokus på varje anställds behov och då framförallt de behov som organisationen har möjlighet att tillfredsställa eller påverka. Individen kan först bidra med sin fulla potential när organisationen tillgodoser dessa behov (ibid.). Ett av två läger inom HR-perspektivet menar dessutom att “[...] individer och organisationers behov kan förenas så att individernas energi och talanger tas tillvara och gagnar organisationen” (ibid.:153). Kritiker till detta perspektiv menar att det är svårt, om inte omöjligt, att observera vad behov är och att termen således används utan någon närmare definition. Är det universella eller individuella behov, arvmässiga eller miljömässiga behov, psykologiska eller fysiologiska behov? Bolman och Deal (2015) intar den nutida vetenskapens ställning som menar att det är ett samspel mellan arv och miljö som påverkar och formar människors behov. Det finns således både universella och individuella behov.

De lärde tvistar om vilka behov som styr individers motivation och prestation på arbetsplatsen. Bolman och Deal (2015) sammanfattar de mest inflytelserika teorierna och de flesta teorier framhäver få behov som styrande i denna kontext. Majoriteten av teorierna lyfter på något sätt att relationer mellan människor är ett av få styrande behov. Samspel, att knyta an och att skapa meningsfulla relationer till andra människor.

Globala tendenser speglar vad vi även i Sverige upplever som ett svårlöst och irriterande dilemma; att marknadens ständigt föränderliga behov kräver kompetent personal samt flexibilitet hos organisationen (Bolman & Deal, 2015). Inom äldreomsorgen i Sverige arbetar många människor som närmar sig pensionsåldern. Oro råder därav över att när en stor del av personalstyrkan försvinner, kommer arbetsgivarna behöva anställa utbildad personal (Socialstyrelsen, 2015).

### 3.3 Humankapital

Enligt ovanstående resonemang har varje anställd inom äldreomsorgen inte bara behov som denne delar med övriga anställda, utan även individuella behov. Huruvida i vilken utsträckning dessa behov genom tidigare erfarenheter (eller brist på tidigare erfarenheter) blivit tillfredsställda, har det genererat tankar, idéer och upplevelser som bidragit till skapandet av individens mentala modeller (Bolman & Deal, 2015). Mentala modeller innebär i praktiken individens förhållningssätt till olika situationer. Bolman och Deal (2015) lyfter betydelsen av varje människas inre mentala modeller som en avgörande faktor för hur människan i organisationen formar sin verklighet. De menar att beroende på vilka begrepp och idéer varje individ kodar världen genom, i allra högsta grad påverkar hur individen upplever en viss situation. "De bilder vi har med oss bestämmer vad vi ser, vad vi gör och vad vi åstadkommer" (Bolman & Deal 2015:69). Med andra ord, påverkar våra mentala modeller vårt förhållningssätt i olika situationer, som i sin tur påverkar utfallet av handlingen vi genomför eller inte genomför. Förhållningssättet går emellertid att påverka, bland annat genom att vidga förståelsefältet genom utbildning, ny kunskap och nya erfarenheter (ibid.).

Bolman och Deal (2015) förklarar att det inom många företag finns ett motstånd till att investera i humankapital eftersom effekterna av investeringen kan vara svåra att mäta men kostnaderna desto lättare. Detta till trots, är det enligt HR-perspektivet viktigt för verksamheten att det måste finnas ett ständigt lärande och utveckling för personalen, inte minst för att det ökar medarbetarnas inflytande i arbetet samt motivation att vilja utföra ett fullgott arbete. Forskning visar en tydlig positiv korrelation mellan medarbetares möjlighet att påverka deras arbetsförhållanden och deras inre motivation till att prestera (ibid.). "När en organisations individer finner mening och tillfredsställelse i sitt arbete gynnas organisationen eftersom den då kan göra effektivt bruk av deras energi och kompetens" (Bolman & Deal, 2015:200).

HR-perspektivet med begreppet humankapital har bidragit till utformandet av de organisatoriska oberoende variablerna men främst för att möjliggöra en djupare analys. Perspektivet har inte bara varit i fokus för den andra frågeställningen om organisatoriska faktorer utan även bidragit till fördjupande analys av vidare förklaring mellan de eventuella sambanden.

## 4. Metod

*Vi har valt att arbeta utifrån en kvantitativ metod och att använda oss av strukturerade enkäter för att samla in våra data. Nedan följer en redogörelse över varför vi gjort dessa val, hur urvalsprocessen gått till samt för- och nackdelar med valet av metod i relation till att kunna besvara frågeställningarna.*

### 4.1 Val av metod

Den kvantitativa metoden syftar till att göra generaliseringar, att beskriva skillnader och att konstatera samband mellan variabler inom ett urval som kan generaliseras till hela populationen (Bryman, 2011). Den kvantitativa metodens datainsamling fokuserar således på att inhämta information i specifika frågor från många respondenter för att exempelvis testa en teori (ibid.). Den kvantitativa metoden ger oss även möjlighet att jämföra variabler, som exempelvis personalens förhållningssätt till att prata med de äldre om döden i relation till vilket stöd personalen får från verksamheten i samtalen med de boende. Eftersom vi är intresserade av att bland annat hitta samband som dessa ger den kvantitativa metoden oss de verktyg vi behöver.

Det finns emellertid för- och nackdelar med det mesta, så även med vår valda metod. Merparten av kritiken mot den kvantitativa metoden i samhällsvetenskaplig forskning som Bryman (2011) lyfter, härrör från den kvalitativa metodens förespråkare. Kritikerna menar att den objektivistiska vinkeln av den ontologiska ståndpunkten är missvisande då den ser sociala företeelser som opåverkbara fakta som befinner sig utanför vårt intellekt (Bryman, 2011). Denna positivistiska lära menar med andra ord att “[...] människor reagerar på omgivningen ungefär som molekyler som blir ‘upphetsade’ när en vätska värms upp” (May, 2001:19). Utgångspunkten, menar den kvalitativa metodens förespråkare, är således att människors beteende studeras och analyseras som vilket annat naturvetenskapligt fenomen som helst, med målet att nå objektiv och sann generaliserbar fakta (ibid.). Detta kan vara en generell begränsning av kvantitativa metoder som även gäller för vår enkätstudie. Detta vägs dock upp av den kvantitativa metodens empiriska generaliserbarhet.

Ytterligare en anledning till valet av kvantitativ metod är att det i forskningen om det sociala arbetet till största del förekommer studier med en kvalitativ alternativt kvalitativ-kvantitativ ansats (Dellgran & Höjer, 2013). Det finns således både ett behov och ett utrymme för studier med kvantitativa ansatser i socialt arbete inte minst i relation till studiens ämne och frågeställningar.

## 4.2 Urval

Behovet av att skapa ett urval som får representera hela populationen är i stort alltid närvarande vid en kvantitativ undersökning (Bryman, 2011). En tumregel att förhålla sig till är att “[...] ju större urval desto större sannolikhet att det skall vara representativt för hela populationen” (Trost, 2012:37). När ett urval ska göras är det även viktigt att urvalet speglar karaktären hos populationen (May, 2001). Det som definierar vår population är vård- och omsorgspersonal som är anställda på särskilda boende för äldre i Skåne, alltså undersköterskor, vårdbiträden och sjuksköterskor.

Då vi utgått från vårt geografiska område när vi begränsat populationen, innebär det att vi gjort ett så kallat *bekvämlighetsurval* (Bryman, 2011). Detta med bakgrund av att det skulle vara möjligt för oss att besöka de utvalda boendena om de skulle önska det. Vi har ingen anledning att tro att boendena i Skåne skiljer sig åt från särskilda boenden i andra län och vårt resultat kan således antas vara generaliserbart till andra län i Sverige.

I nästa steg av urvalsprocessen gjorde vi ett *stratifierat* urval, vilket innebär att samtliga individer inom populationen grupperas i mindre grupper för att lättare kunna hantera det stora antalet personer populationen rymmer (May, 2001). Vårt stratifierade urval innebar en indelning i grupper efter kommuner. Skåne har sammanlagt 294 särskilda boenden för äldre fördelat på 33 kommuner (Socialstyrelsen, 2014).

För att få ett så representativt urval som möjligt av personalen, har vi i efterföljande steg i urvalsprocessen använt oss av ett slumpmässigt (eller sannolikhets-) urval. Den viktigaste grundstenen för denna typ av urvalsmetod är att varje individ, anställd på ett särskilt boende för äldre i Skåne i vårt fall, har lika stor chans som den nästa att vara en del av urvalet (May, 2001). I vissa läroböcker benämns urvalsstrategin som *obundet* slumpmässigt urval för att poängtera att sannolikheten för varje individ i populationen att vara en del av urvalet är lika stort - det är obundet (Trost, 2012; Körner & Wahlgren, 2005). För att göra ett sådant urval är det vanligt att forskare använder sig av en slumpgenerator (Trost, 2012). Vi har använt oss av ett mer traditionellt och analogt tillvägagångssätt, nämligen ett fysiskt lottningsystem. Kommunerna spaltades upp genom att vi läste av en karta över kommungränser inom Skåne län, från vänster till höger, uppifrån och ner och numrerade kommunerna efterhand med siffror från 1 till 33. 33 fysiska lotter tillverkades. En oberoende person ombads att dra 14 lotter och efterhand som lotterna vecklades upp, kodade vi de slumpmässigt valda kommunerna från A till N.

Nästa steg i urvalsprocessen var att välja ut ett boende i varje kommun. Antalet särskilda boenden för äldre i varje kommun varierar, vilket resulterade i att förteckningen över antal boenden per kommun A till N, varierade mellan 3-48. 14 lottdragningar, en för varje kommun, gjordes av en oberoende person och det utvalda särskilda boendet för äldre markerades genom en fetstilt font.

Det sista steget i urvalsprocessen innebar att vi upprättade 14 nya förteckningar över de utvalda särskilda boendena för äldre. Information som kontaktuppgifter och antal boendeplatser samlades in. Ytterligare information om antal anställda samlades in vid det första telefonsamtalet med det specifika boendet. Det visade sig att personalen på ett av de utvalda boendena inte hade egna mejladresser, vilket innebar att vi inte skulle kunna skicka vår digitala enkät till personalen. Vi valde bort det boendet av den anledningen och lottade fram ett nytt.

Vår slumpmässiga urvalsmetod resulterade i 14 kommunalt drivna boenden. Jämförelser mellan kommunal respektive privat regi har således inte varit möjligt och inte heller har det varit en ursprunglig ambition. Vi har vidare inte stratifierat urvalet i annat hänseende än till kommuner, vilket innebär att vi varken försökt styra så att de olika befattningarna (undersköterskor sjuksköterskor och vårdbiträden) utgjort en lika stor del av urvalet eller tagit hänsyn till om respondenten varit män eller kvinnor. Utifrån ramen för uppsatsen och vårt beräknade antal respondenter på mellan 100-150 ansåg vi att det mest fördelaktiga för vår studie var att låta slumpen generera urvalet så långt som det var praktiskt möjligt för att få ett rättvisande svar.

### **4.3 Metodens tillförlitlighet**

*Reliabilitet* syftar till att mäta och tillförsäkra att en studie är tillförlitlig (Bryman, 2011). Begreppet används främst inom den kvantitativa forskningen och har tillkommit för att mäta hur konsistenta olika begrepp är inom samhällsvetenskapen. Exempelvis så att ett begrepp definieras på samma sätt i samtliga frågor i en enkätundersökning och att definitionen består över tid (Bryman, 2011). *Validitet* är ett närbesläktat begrepp men syftar snarare till att mäta om studien i sin helhet, eller frågorna på enkätformuläret, verkligen mäter det som de är avsedda att mäta (Bryman, 2011).

För att kunna distansera oss från studien och inte låta våra förutfattade meningar, om hur det förhåller sig för personal inom äldreomsorgen, påverka studien har dessa två begrepp varit högst användbara. Vi har vid utformningen av enkäten ställt varje fråga mot dessa



begrepp för att säkerställa att vi inte tagit något för givet, varit tvetydiga eller ställt frågor som är direkt irrelevanta. Vi har vid granskningen av enkäten mot begreppet reliabilitet tagit hjälp av Trosts (2012) uppdelning av begreppet för att ha något konkret att mäta mot och därmed minska risken för vår subjektiva påverkan. Komponenterna som Trost använder sig av är: *kongruens*, *precision*, *objektivitet* och *konstans*. Kongruens syftar till att det i en enkät bör finnas några olika frågor om samma företeelse för att täcka hela nyansen och precision syftar till att enkätens typografiska utformning ska vara lättförståelig. Objektivitet syftar till att både de som svarar och forskarna uppfattar ord och svar på samma sätt och konstans syftar till att svaret på frågorna inte ska vara bundna av en viss tidsram (ibid.).

Genom en pilotstudie, där sex bekanta som inte var insatta i studien svarat på enkäten och gett oss feedback, fick vi en sista granskning av om vi uppnått hög reliabilitet och validitet innan vi genomförde studien. Vi hade en föraning om att benämningen särskilda boenden för äldre var relativt okänt, vilket bekräftades av vår pilotstudie som genomfördes av personer som inte arbetar i eller är brukare av äldreomsorgen. Benämningar för denna typ av verksamhet har förändrats över tid och lär antagligen fortsätta att förändras. Benämningen särskilda boenden för äldre är därmed tillhörande vår nuvarande epok, men en konstans i begreppet går inte att garantera.

## 4.4 Enkäten

Vi har använt oss av enkäter i digital form. Vi valde att arbeta med *Google Formulär* för att skapa enkäterna och respondenterna har via en länk använt plattformen för att svara på enkäten. Verktöget gav oss sedan en automatisk sammanställning av svaren genom bland annat *Google Kalkylark*, vilket vi har överfört till ett *Exceldokument*. Anledningen till att vi varit intresserade av att få in våra data i ett Exceldokument beror på att statistikprogrammet SPSS som vi använt oss av kan hämta och tolka uppgifter från ett Exceldokument.

### 4.4.1 Förtjänster och begränsningar

Då vi har studerat ett ämne som, vad vi vet, inte tidigare studerats genom kvantitativ metod i Sverige har vi konstruerat en egen enkät. Vi valde att använda oss av en digital enkät, vilket både har för- och nackdelar. Fördelar med att ha en digital enkät är bland annat att det är kostnadseffektivt och förenklar sammanställningen av svaren (Trost, 2012). Genom att vi mejlade länken till enkäten till enhetschefen med ett bifogat informationsmejl, vilket enhetschefen sedan vidarebefordrade till personalen, gav enkäten dessutom full anonymitet

till respondenterna eftersom vi inte på något sätt kunde spåra vem som fyllt i enkäterna. Det var därmed även tydligt för respondenterna att enhetschefen inte hade tillgång till svaren, vilket lär ha påverkat svarsfrekvensen positivt.

En klar nackdel med digitala enkäter är risken för ett stort bortfall. Trost (2012) menar att svarsfrekvensen ofta blir lägre än vid fysiska enkäter, bland annat på grund av att ett mejl lätt kan glömmas bort eller att mejlet hamnar i skräpposten istället för i inkorgen. Bryman (2011) listar några åtgärder som kan hjälpa att minska bortfallet. En av punkterna behandlar vikten av att bifoga ett introduktionsbrev till enkäten som informerar om syftet och varför just han eller hon blivit utvald. Då vi skickade ut länken till enkäten via mejl, skrev vi en informativ och sammanfattande text i mejlet som föranledde länken. Av texten framgick en presentation av oss, information om syftet med studien samt att den som mottagit mejlet slumpmässigt blivit utvald att svara på enkäten. Bryman (2011) listar även påminnelser som en åtgärd för att minska bortfallet. Vi har skickat påminnelser till samtliga boenden, genom att återigen via enhetschefen gå ut med generella mejl till hela urvalet. Vi kunde se att svarsfrekvensen ökade markant dagarna efter påminnelsen gått ut.

En annan begränsning med detta tillvägagångssätt vi vill lyfta är att vi i utformningen av enkäten blev bundna av enkätverktygets utformningsmöjligheter. Vi önskar att verktyget hade innehållit fler valmöjligheter i utformningen frågorna exempelvis en möjlighet att välja ”annat” istället för ”övrigt” för att anpassa alternativet mer till frågan.

Bryman (2011) beskriver också vikten av att layouten är tydlig och att den inte är för lång med för tätt mellanrum mellan frågorna. Trots ovan nämnda begränsningar tillhandahöll enkätverktyget bra med luft mellan frågorna och vi hade möjlighet att välja ett ”tema” på enkäten som vi ansåg passande. Vi valde ett tema med mjuka, jordnära och få färger.

## 4.4.2 Frågorna

Frågorna i enkäten utgår från de oberoende variabler (både individuella och organisatoriska) och beroende variabler som vi genom kunskapsorienteringen och teoretiska utgångspunkterna funnit relevanta för att besvara frågeställningarna<sup>4</sup>. Körner och Wahlgren (2005) beskriver

---

<sup>4</sup> I vilken utsträckning och mellan vilka personer förekommer samtal kring döden och existentiella frågor enligt personalen?

Finns det samband mellan organisatoriska faktorer (som exempelvis grupphandledning eller arbetskultur) och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor?

Finns det samband mellan individuella faktorer (som exempelvis ålder eller religiös trosuppfattning) och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor?

Hur kan vi vidare förklara eventuella samband mellan individuella respektive organisatoriska faktorer och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtalen?

vad som är beroende respektive oberoende variabler genom att visa på olika faktiska exempel. Den beroende variabeln är den som manipuleras av de oberoende variablerna för att forskaren ska kunna hitta korrelationer. De oberoende variablerna kan således även kallas för de *förklarande variablerna*. I en enkätstudie ringas den beroende variabeln oftast in genom cirka två till tre frågor. De beroende variablerna i vår studie är personalens *förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor* samt *starta samtal om döden och existentiella frågor*. Fråga 4<sup>5</sup> respektive 3<sup>6</sup> i enkäten adresserar dessa.

De oberoende, eller förklarande, variablerna sorterades i de två olika kategorierna; organisatoriska och individuella. Vi resonerade kring i vilken ordning dessa oberoende variabler skulle presenteras i enkäten. Slutsatsen blev att det kan vara en fördel att lägga de personliga oberoende variablerna sist, då en del respondenter kan uppleva dessa frågor som mer besvärliga att svara på i jämförelse med de organisatoriska. Skulle de personliga frågorna placerats i början av enkäten, fanns risken att respondenterna mött för stort motstånd och valt att inte besvara enkäten alls.

Endast de frågor som rör de individuella oberoende variablerna är konstruerade som det Trost (2012) benämner som *sakfrågor*. Dessa frågor syftar till att ta reda på hur saker faktiskt förhåller sig snarare än hur de upplevs. Exempel på sakfrågor från enkäten är “Vad har du för befattning på din nuvarande arbetsplats?” “Har du en religiös trosuppfattning?” eller “Har du fått utbildning i att prata med de boende om döden och existentiella frågor?”. Resterande frågor som berör de upplevda individuella oberoende variablerna, de organisatoriska oberoende variablerna samt de beroende variablerna, är utformade likt det Trost (2012) kallar för *attityd- eller åsiktsfrågor*. Denna utformning av frågor innebär att respondenten tar ställning till olika påståenden eller får gradera sin inställning till det frågan handlar om. Denna typ av frågor syftar med andra ord till att gradera respondenternas uppfattningar och upplevelser. Exempel på attityd- eller åsiktsfrågor från enkäten är “Hur ofta pratar du med en kollega om känslor relaterade till en boendes bortgång?”, “Vilka av följande alternativ stämmer bäst in på din arbetsplats?” eller “Hur brukar du reagera om en boende börjar prata med dig om döden och existentiella frågor?”.

Vi valde att göra samtliga frågor frivilliga vilket innebar att respondenterna inte var tvungna att svara på alla frågor för att kunna skicka in enkäten. Detta med anledning av att vissa frågor kan upplevas som känsliga. Att inte göra frågorna obligatoriska ökar emellertid risken för internt bortfall, alltså att några respondenter inte svarar på alla frågor (Trost, 2012).

---

<sup>5</sup> Fråga 4 i enkäten: Hur brukar du reagera om en boende börjar prata med dig om död och existentiella frågor?

<sup>6</sup> Fråga 3 i enkäten: Brukar du starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende?

Vi ansåg emellertid att fördelen med att kunna skicka in enkäten trots att de inte svarat på alla frågor vägde tyngre än det eventuella interna bortfallet.

## 4.5 Bortfall

Vårt urval består av sammanlagt 559 personer som arbetar på 14 olika särskilda boenden för äldre i Skåne län. Av de personer som vi skickade ut enkäten till fick vi in 141 svar (n=141). Det innebär att vi har en svarsfrekvens på cirka 25 procent. Som vi tidigare skrivit finns det en risk för stort bortfall vid digitala enkäter. Det externa bortfallet i vår undersökning är alltså 75 procent. Att bortfallet i vår enkätundersökning är så hög är inte unikt. Även Statistiska Centralbyrån [SCB] beskriver hur det har blivit allt svårare de senaste åren att få respondenterna att svara på deras enkäter (Strandell & Westling, 2015). Varför allt färre tar sig tid att svara på enkäterna skulle enligt Strandell och Westling kunna bero på att människor upplever att de får många enkäter till sig och således blivit ”trötta” på att besvara dessa. Även i vårt fall skulle detta kunna vara en faktor till det stora bortfallet. En annan faktor till bortfallet i vår undersökning kan vara *tiden*. På grund av den relativt korta tiden som ges till uppsatsskrivandet hade vi inte möjlighet att skicka ut fler påminnelser än en. Efter den första påminnelsen vi skickade ut såg vi hur svarsfrekvensen ökade markant vilket även en andra påminnelse hade kunnat bidra till och således minska det externa bortfallet.

Svarsfrekvensen på samtliga frågor ligger mellan 96-100 procent. Det innebär att det interna bortfallet är litet och påverkar inte resultatet i stort. Vi kan inte heller se något mönster i det interna bortfallet.

På frågan<sup>7</sup> som utgör den beroende variabeln *starta samtal om döden och existentiella frågor* var det 139 personer som svarade, alltså ett internt bortfall på ungefär 1,4 procent. Detta innebär att i de två fall respondenterna inte svarat på denna fråga återfinns deras svar inte heller i den bivariata analysen. På frågan<sup>8</sup> som utgör den andra beroende variabeln, *förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor*, var det två personer som inte svarade vilket innebär ett bortfall 1,4 procent. Svaren som dessa respondenter lämnat kommer alltså inte heller att presenteras i den bivariata analysen. Anledningen till det (lilla) interna bortfallet i fråga 4 skulle kunna vara att vi ställt den som om att alla varit med om en situation där en boende börjar prata om döden och existentiella frågor. Det fanns alltså inget svarsalternativ för de som inte hade varit i den situationen.

---

<sup>7</sup> Fråga 3 i enkäten: Brukar du starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende?

<sup>8</sup> Fråga 4 i enkäten: Hur brukar du reagera om en boende börjar prata med dig om död och existentiella frågor?

## 4.6 Etiska överväganden

Vi har utgått ifrån Vetenskapsrådets etiska forskningsprinciper när vi genomfört vår undersökning. De består av fyra huvudkrav; *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet har hanterats genom att vi informerat respondenterna om syftet med uppsatsen, på vilket sätt deras svar kommer att användas i vår uppsats samt att deltagandet bygger på frivillighet. Med tanke på att respondenterna fått information om att det är frivilligt att delta och om syftet, har även samtyckeskravet uppfyllts eftersom att de genom att svara på enkäten kan anses ha gett samtycke. Enligt konfidentialitetskravet har vi informerat deltagarna om att deras svar är anonyma och att vi kommer hantera uppgifterna på ett sådant sätt att ingen utomstående har möjlighet att identifiera vem det är som har svarat. Genom att vi använde oss av en digital enkätundersökning, som skickats ut genom enhetscheferna, kan vi inte se vem det är som har svarat på enkäten och vi har inte heller haft tillgång till deras mejladresser. Inga frågor i enkäten möjliggör identifiering av respondenterna eller den specifika arbetsplatsen. Nyttjandekravet har hanterats genom att vi informerat om att det endast är vi som kommer ta del av materialet och att vi inte på något sätt kommer att föra det vidare till någon annan. Detta då vi vet att det är ett känsligt ämne vi berör och för att säkerställa att den anställdes svar inte påverkas av vad de tror att verksamheten vill att de ska svara.

## 4.7 Bearbetning av data

### 4.7.1 P-värde och Cramer's V

*P-värde*, eller statistiskt signifikansvärde, visar sannolikheten hos nollhypotesen. Nollhypotesen innebär att vid en analys av om det finns ett samband mellan två variabler, är utgångsläget att det inte finns en skillnad och därmed inte heller något samband (Bryman, 2011). P-värdet anger ett värde mellan 0 och 1, där 1 innebär ett fullt stöd för nollhypotesen - att det inte finns en statistisk säkerställd skillnad mellan variablerna. För att kunna tala om en signifikant skillnad ska p-värdet vara under 0,05. Risken att felaktigt förkasta nollhypotesen är vid denna p-värdesgräns mindre än 5 procent (ibid.). Det är alltså endast i 5 fall av 100 som slumpen kan ha genererat resultatet.

*Cramer's V* är ett mått som visar på hur starkt samband som finns mellan två nominalvariabler. Likt p-värdet, antar *Cramer's V* ett värde mellan 0 och 1 (Bryman, 2011). Värden närmare 0 innebär ett obefintligt samband medan värden närmare 1 visar ett mycket

starkt samband. Värden över 0,10 anses inom samhällsvetenskapen visa på samband och värden över 0,20 som starka samband.

I analysen använder vi oss av dessa två värden för att undersöka om det finns ett samband mellan variablerna samt om sambandet kan sägas vara signifikant. Styrkan av det eventuella sambandet är emellertid inte relevant om p-värdet inte visar på en signifikans. Cramer's V-värdet kommer således till nytta och diskuteras i analysen först när p-värdet visar på signifikans.

#### 4.7.2 Bearbetning av beroende variabler

Avseende frågan<sup>9</sup> som ringar in den första beroende variabeln, *förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor*, har vi gjort en skattning och kategorisering av svaren från respondenterna för att få fram ett värde för varje individ. Svartalternativen delades upp i positiva och negativa reaktioner som graderades med -1 eller +1. Svartalternativen "Jag försöker byta samtalsämne", "Jag får olustkänslor av samtalsämnet" och "Jag undviker att ha dessa samtal" graderades med -1. Svartalternativen "Jag reflekterar gärna kring dessa frågor", "Jag lyssnar på den boendes tankar" och "Jag delger mina egna tankar" graderades med +1. Då frågan möjliggjorde fler än ett svartalternativ var det möjliga utfallet -3 till +3. Spridningen av svaren på frågan varierade mellan -1 och +3, det var dock väldigt få respondenter som fick -1 eller 0. Respondenterna delades in i två grupper. De som fått -1, 0 eller +1 (n=75) placerades i den första gruppen, härnäst refererad till som *grupp 1*, och de respondenter som fått +2 eller +3 (n=64) i den andra gruppen, härnäst refererad till som *grupp 2*. Då grupperna ger information om hur förhållningssättet är till att ha samtal om döden och existentiella frågor, innebär det att grupp 1 generellt sett har ett positivt förhållningssätt men att det i denna grupp finns några få som skattats med ett lite mindre positivt förhållningssätt. I grupp 2, finns de respondenter som har skattats med ett extra positivt förhållningssätt.

Gällande frågan<sup>10</sup> som ringar in den andra beroende variabeln, *starta samtal om döden och existentiella frågor*, har vi inte gjort någon vidare kategorisering eller gradering av svaren, då svartalternativen var dikotoma. Vi har fokuserat på att undersöka hur de oberoende variablerna förhåller sig till denna, på samma sätt som med den andra beroende variabeln.

---

<sup>9</sup> Fråga 4 i enkäten: Hur brukar du reagera om en boende börjar prata med dig om död och existentiella frågor?

<sup>10</sup> Fråga 3 i enkäten: Brukar du starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende?

### 4.7.3 Bearbetning av oberoende variabler

Tabell 1 – Oberoende variabler

Faktiska individuella faktorer	Upplevda individuella faktorer	Organisatoriska faktorer
Ålder	Boendes behov	Tid
År i äldreomsorgen	Svåraste samtalet	Individuell handledning
Befattning	Samtal utanför arbetsplatsen	Grupphandledning
Utbildning i samtal		Utbildning i samtal via arbetsplatsen
Trosuppfattning		Tillåtande kultur via arbetsplatsen
		Inget av ovanstående stöd
		Samtal med kollegor
		Kommun

I tabell 1 presenteras de oberoende variabler som vi kommer att använda oss av i den bivariata analysen. Där ställer vi de oberoende variablerna mot de beroende för att se om det finns samband mellan dessa. De oberoende variablerna baseras på frågorna i enkäten<sup>11</sup>.

Vi har gjort justeringar i de svar vi fått in som varit felstavade eller formulerade på annat sätt än det vi önskat. Exempelvis bad vi om födelseår, skrivet i fyra siffror, men fick in varierande svar med allt ifrån två siffror till hela personnummer. Vi har justerat alla de “felaktiga” svaren till firsiffriga årtal. Eftersom det inte kommer att påverka vårt resultat ser vi inga problem med att vi går in och justerar svaren på detta sätt för att kunna hantera våra data.

En del av de oberoende variablerna har gett stor variation i utfallet, vilket inneburit att vi varit tvungna att kategorisera dem för att göra våra data mer lätthanterlig. Vi har delat in åldrarna, som sträckte sig från 19 till 66 år, i fyra grupper. Den första gruppen utgörs av de yngre åldrarna 19 till 30 år, den andra av de som är mellan 31 och 40 år, den tredje mellan de som är 41 och 50 år och slutligen den sista gruppen som består av de respondenter som är mellan 51 och 66 år.

På liknande sätt har vi kategoriserat svaren över hur länge respondenterna varit anställda inom äldreomsorgen, fast till fem grupper. I frågan<sup>12</sup> bad vi respondenterna svara i hel- och halvår och kategoriseringen har därför även gjort i hel- och halvår. Den första

<sup>11</sup> Se bilaga 1.

<sup>12</sup> Fråga 13 i enkäten: Hur många år har du varit anställd inom äldreomsorgen? Svara med siffror i hel- och halvår

gruppen har arbetat mellan 0,5 till 5 år, den andra mellan 5,5 till 10 år, den tredje mellan 10,5 till 20 år, den fjärde mellan 20,5 till 30 år och den sista gruppen har arbetat mellan 30,5 till 44 år. Anledningen till att vi gjort denna indelning är att tidigare forskning visat att det finns skillnader i hur personalen upplever arbetet i närheten av döden beroende på hur länge de arbetat inom äldreomsorgen. Därför är de två första åldersspannen mindre för att synliggöra de som arbetat kortare tid.

På frågan<sup>13</sup> gällande respondenternas befattning fanns fyra möjliga svarsalternativ. Två av alternativen innefattade titeln vårdbiträde, vilka vi i redovisningen av resultatet slagit ihop till en grupp kallad "vårdbiträde".

Fråga 6<sup>14</sup> i enkäten, om vilken typ av stöd som respondenten anses sig få av arbetsgivaren möjliggjorde mer än ett svarsalternativ. Resultaten av den frågan har vi behandlat separat. I den bivariata analysen redovisas de fem svarsalternativen som separata oberoende variabler och som sätts i relation till de två beroende variablerna.

Frågorna<sup>15</sup> som undersöker hur ofta personalen pratar med en kollega eller någon annan utanför arbetsplatsen om känslor relaterade till en boendes bortgång. De fyra svarsalternativen har vi i redovisningen gjort om till binära grupper, "aldrig/sällan" och "ofta/vid varje dödsfall".

I resultatet redovisas även en tabell över hur de olika kommunerna förhåller sig till de två beroende variablerna. Under urvalsprocessen kodade vi kommunerna som bokstäver från A till N och i tabellen har vi kodat om dessa bokstäver till siffror från 1 till 14.

#### 4.7.4 Analysmetod

Avsnittet resultat och analys är uppdelat i två huvudavsnitt, *presentation av respondenterna och övergripande resultat* samt en bivariat analys under rubriken *finns det samband?*. Det bivariata analysavsnittet är i sin tur uppdelat efter de faktiska individuella faktorerna, de upplevda individuella faktorerna och slutligen de organisatoriska faktorerna och i detta avsnitt presenterar och analyserar vi eventuella samband utifrån teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning.

Genom en univariat frekvensanalys framgår det hur många procent av urvalet som svarat på ett visst sätt (Bryman, 2011). För att tydligt visa en del av svaren som presenteras i

---

<sup>13</sup> Fråga 12 i enkäten: Vad har du för befattning på din nuvarande arbetsplats?

<sup>14</sup> Fråga 6 i enkäten: Vilka av följande alternativ stämmer in på din arbetsplats? (Det är möjligt att välja flera alternativ)

<sup>15</sup> Fråga 7 i enkäten: Hur ofta pratar du med dina kollegor om känslor relaterade till en boendes bortgång?

Fråga 8 i enkäten: Hur ofta pratar du med någon utanför arbetsplatsen om känslor relaterade till en boendes bortgång?



denna del av analysen använder vi oss av diagram, skapade med hjälp av datorprogrammet SPSS. I denna del av analysen svarar vi främst på den första frågeställningen; I vilken utsträckning och mellan vilka personer förekommer samtal kring döden och existentiella frågor enligt personalen?

Med hjälp av den bivariata analysmetoden har vi granskat om “[...] variationen i den ena variabeln sammanfaller med variationen i den andra variabeln” (Bryman, 2011). Vi har med andra ord granskat om det finns några samband mellan de beroende variablerna och de oberoende variablerna. Det är alltså främst denna del av analysen som adresserar de övriga frågeställningarna; Finns det samband mellan organisatoriska faktorer (som exempelvis grupphandledning eller arbetskultur) och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor?; Finns det samband mellan individuella faktorer (som exempelvis ålder eller religiös trosuppfattning) och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor?; Hur kan vi vidare förstå eventuella samband mellan individuella respektive organisatoriska faktorer och personalens förhållningssätt och initiativtagande till samtalen? Detta presenteras via tabeller och de data som fyller tabellerna har vi fått fram genom korstabeller mellan en oberoende och en beroende variabel, vilket SPSS räknat ut. Av korstabellerna framgår procenttalen, p-värdet och Cramer’s V-värdet. I de fall där Cramer’s V visar på ett samband och p-värdet visar på signifikans, har vi inte redovisat eller indikerat på en orsaksriktning, eftersom korrelationsanalyser inte visar på om det finns kausalitet (ibid.).

## **4.8 Arbetsfördelning**

Utgångspunkten för vår studie har varit att genomföra samtliga moment tillsammans. Undantag har dock gjorts från detta på grund att det i praktiken varit ineffektivt. Uppdelningen av arbetet har framförallt inneburit att vi delat upp olika skrivmoment. Vi delade även upp kontakten med boendena, vilket innebar att vi självständigt ansvarade för kontakten med hälften av boendena.

## **5. Resultat och analys**

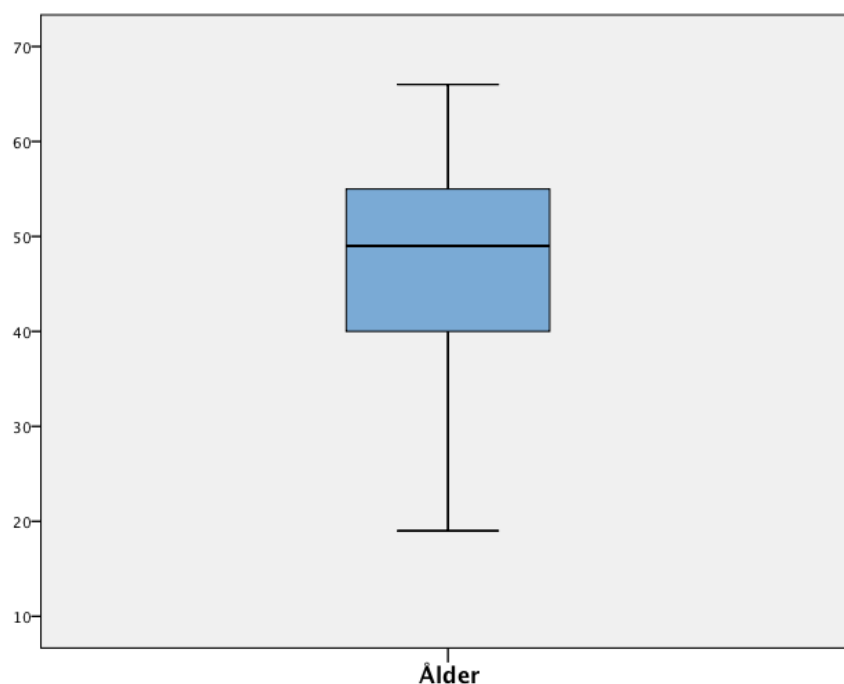
*I detta kapitel kommer vi att presentera studiens resultat samt analysera dessa. Inledningsvis presenteras en deskriptiv analys som i stort beskriver vilka respondenterna är samt hur de svarat på frågorna i enkäten. Vidare presenteras resultaten i en bivariat analys, där vi ställt*

de oberoende variablerna mot de beroende variablerna samt att vi med stöd i teori och tidigare forskning analyserar de resultat som framkommit.

## 5.1 Presentation av respondenterna och övergripande resultat

Sammanlagt svarade 141 personer på enkäten (n=141). De personer som svarat är mellan 19 och 66 år med en medelålder på 46,81 år. Åldersfördelningen presenteras i diagram 1 där boxen visar hälften av respondenterna.

**Diagram 1 – Åldersfördelning (n=140)**



De 141 respondenterna har arbetat inom äldreomsorgen mellan 6 månader och 44 år och genomsnittet är 17,21 år. En klar majoritet, 77,1 procent av respondenterna, är undersköterskor och 11,4 procent är sjuksköterskor. 11,4 procent av respondenterna arbetar som vårdbiträden, med eller utan utbildning.

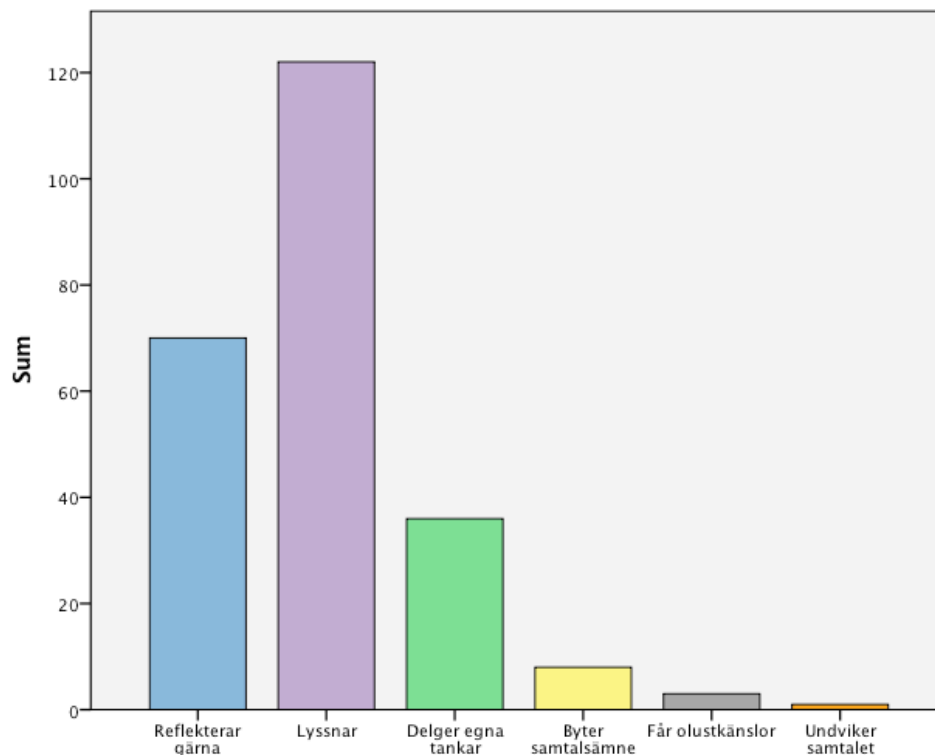
Omkring 40 procent av respondenterna svarade att de inte fått utbildning i att samtala om döden och existentiella frågor. De flesta av de som uppger att de fått denna specifika utbildning har fått den i samband med utbildningen till undersköterska eller via arbetsplatsen. 66 procent av de tillfrågade anser att de skulle vilja ha mer stöd av sin arbetsgivare kopplat till samtalen med de boende om döden och existentiella frågor.

Tre av fem respondenter anser inte att kulturen på deras arbetsplats är tillåtande gällande samtal kring döden och existentiella frågor. Vi frågade även hur många som upplever att de

har tid att samtala med de boende om döden och existentiella frågor varpå omkring 40 procent svarar att de upplever att de inte har tid för dessa samtal. 46 procent av respondenterna upplever inte att de boende har något behov av att samtala om döden och existentiella frågor.

I diagram 2 visas hur de tillfrågade reagerar när en boende börjar prata om döden och existentiella frågor med dem. Frågan var en flervalsfråga och diagrammet visar samtliga svar från respondenterna. I avsnitt 4.7.2, bearbetning av beroende variabler, förklaras hur vi har skattat varje respondents svar och sedan kategoriserat dem i grupp 1 och grupp 2 i förhållningssätt. Hälften svarar att de gärna reflekterar kring dessa frågor och 87 procent uppger att de lyssnar på den boende. Runt en fjärdedel svarar att de delger sina egna tankar och 6 procent uppger att de försöker byta samtalsämne. Cirka 3 procent svarade att de får olustkänslor eller att de undviker samtalen helt.

**Diagram 2 – Reaktionen på samtalen (n=140)**

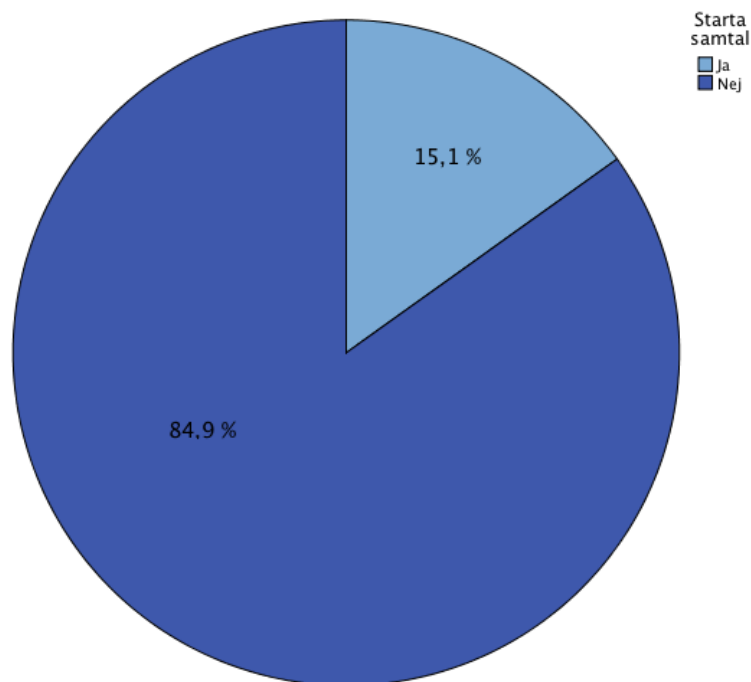


För att få ett bredare perspektiv av hur personalens förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor ser ut frågade vi även efter om det var något samtal som var svårare att ha – med de boende eller med de anhöriga. Ungefär 34 procent upplever att det är svårare att ha samtal om döden och existentiella frågor med anhöriga till den boende än med den boende själv. Omkring 3 procent uppger att de får olustkänslor av att ha samtalen oavsett med vem de samtalar med och den stora majoriteten, cirka 56 procent, svarade att inget av de ovanstående alternativen stämmer in. En annan nyans av dessa samtal, är huruvida personalen pratar med

varandra i samband med en boendes bortgång. Det visade sig att 21 procent av respondenterna aldrig eller sällan pratar med sina kollegor om känslor relaterade till dödsfallet.

Av de 139 som svarade på frågan om de brukar starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende, uppger 84,9 procent att de inte gör det vilket presenteras i diagram 3.

**Diagram 3** – Starta samtal (n=139)



## 5.2 Finns det samband?

*Den fortsatta delen av resultatet och analysen är uppdelad i tre huvudavsnitt; faktiska individuella faktorer, upplevda individuella faktorer och organisatoriska faktorer. I början av varje avsnitt presenteras en tabell som visar en sammanställning av resultaten och sedan följer en förklarande text. Denna text belyser de oberoende variablerna var för sig, först i relation till den ena beroende variabeln - förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor med de boende - och sedan samma oberoende variabel i relation till den andra beroende variabeln - starta samtal om döden och existentiella frågor. En analys avslutar varje avsnitt där vi analyserar de mest intressanta resultaten i vår studie och som ger svar på våra frågeställningar. I den avslutande delen av detta resultat och analysavsnitt återfinns en analys där de båda beroende variablerna ställs emot varandra.*

## 5.2.1 Faktiska individuella faktorer

Tabell 2 – Faktiska individuella faktorer

Faktiska individuella faktorer	Beroende variabel 1 Förhållningssätt till samtal					Beroende variabel 2 Starta samtal				
	N	Grupp 1	Grupp 2	P**	V***	N	Ja	Nej	P	V
<b>Ålder</b>	138			N.S.*	-	138			N.S.	-
19-30	14	50,0 %	50,0 %			14	14,3 %	85,7 %		
31-40	23	47,8 %	52,2 %			24	8,3 %	91,7 %		
41-50	42	57,1 %	42,9 %			42	14,3 %	85,7 %		
51-66	59	54,2 %	45,8 %			58	19,0 %	81,0 %		
<b>År i äldreomsorgen</b>	139			N.S.	-	139			N.S.	-
0,5-5	27	55,6 %	44,4 %			27	18,5 %	81,5 %		
5,5-10	14	57,1 %	42,9 %			14	7,1 %	92,9 %		
10,5-20	47	51,1 %	48,9 %			48	10,4 %	89,6 %		
20,5-30	39	53,8 %	46,2 %			38	21,1 %	78,9 %		
30,5-44	12	58,3 %	41,7 %			12	16,7 %	83,3 %		
<b>Befattning</b>	138			N.S.	-	138			0,000	0,447
Sjuksköterska	15	60,0 %	40,0 %			15	60,0 %	40,0 %		
Undersköterska	107	50,5 %	49,5 %			107	11,2 %	88,8 %		
Vårdbiträde	16	68,8 %	31,3 %			16	-	100 %		
<b>Utbildning i samtal</b>	135			0,029	0,188	135			0,032	0,185
Ja	57	43,9 %	56,1 %			55	23,3 %	76,4 %		
Nej	78	62,8 %	37,2 %			80	10,0 %	90,0 %		
<b>Trosuppfattning</b>	137			N.S.	-	137			N.S.	-
Ja	41	56,1 %	43,9 %			40	17,5 %	82,5 %		
Nej	96	53,1 %	46,9 %			97	14,4 %	85,6 %		
*N.S.= Non-significant **P= p-värde ***V= Cramers' V										
<b>Grupp 1:</b> Något mindre positivt förhållningssätt. <b>Grupp 2:</b> Något mer positivt förhållningssätt.										

Utifrån tabell 2 kan vi utläsa att personalen är relativt jämnt representerad i de båda grupperna inom den första beroende variabeln<sup>16</sup> gällande ålder. Det som går att utläsa är att det i de två första åldersintervallen är ungefär lika många respondenter i grupp 1 och grupp 2 medan i de två övre åldersintervallen tillhör en något större andel grupp 1. Det finns inget signifikant samband mellan ålder och förhållningssätt till samtalen. Den andra beroende variabeln<sup>17</sup> visar på en något annan fördelning. Fördelningen mellan vilka som uppger att de startar samtal och

<sup>16</sup> Förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor

<sup>17</sup> Starta samtal om döden och existentiella frågor

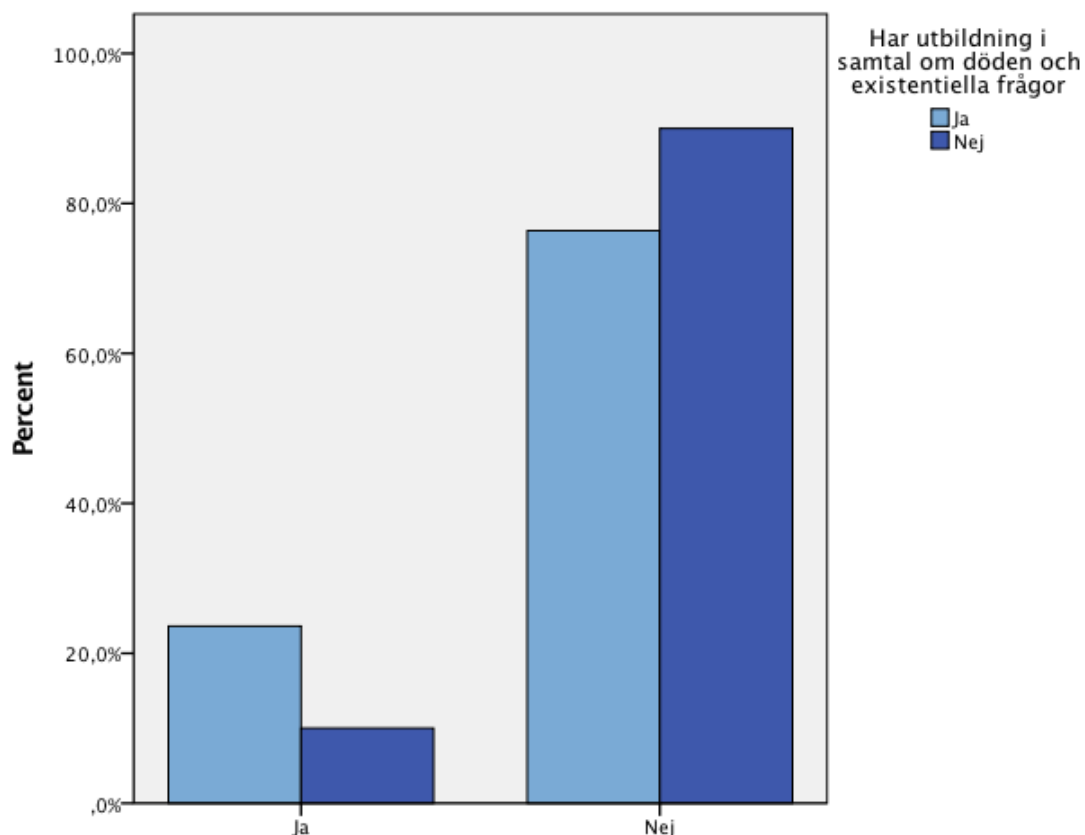
vilka som inte gör det ser relativt jämn ut över åldersintervallerna – en majoritet inom samtliga intervall uppger att de inte startar samtalen. Det är något färre i intervallet 31-40 år som uppger att de brukar starta dessa samtal medan det i det översta intervallet, 51-66 år, är något fler i jämförelse med de andra åldersspannen. Vi kan med andra ord utläsa att sannolikheten att personalen initierar samtalet ökar något, om än lite, med åldern men detta marginella samband är inte statistiskt säkerställt.

När vi granskar siffrorna över de fem kategorier som beskriver hur länge personalen har arbetat inom äldreomsorgen i förhållande till förhållningssättet, finns det inte något tydligt mönster och inte heller något signifikant samband. Ser vi till den andra beroende variabeln visar procentsiffrorna även där en jämn fördelning mellan intervallen. En majoritet av respondenterna i samtliga intervall uppger att de inte brukar initiera samtal om döden och existentiella frågor med de boende. Procentsiffrorna över de som brukar initiera dessa samtal är dock något högre i det första intervallet, 0,5-5 år samt i de två övre, 20,5-30 år samt 30,5-44 år. Sambandet är inte statistiskt säkerställt.

Vilken befattning personalen har är beroende av om och vad de har för vård- och omsorgsutbildning. I tabell 2 framgår att det inte finns något signifikant samband mellan förhållningssätt till att samtala om döden och existentiella frågor och vad personalen har för utbildning. Det procentsiffrorna visar är emellertid att en lite större andel av sjuksköterskorna och vårdbiträdena tillhör grupp 1 medan undersköterskorna är jämt fördelade i grupp 1 och grupp 2. Befattning i relation till om personalen initierar samtalen med de boende visar däremot på ett mycket starkt samband genom ett Cramer's V-värde på 0,447 samt att sambandet är signifikant då p-värdet är 0,000. Vi kan utläsa att ingen av vårdbiträdena uppgett att de startar samtalen. Av undersköterskorna uppger 88,8 procent att de inte brukar starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende. Och 40,0 procent av sjuksköterskorna uppger att de inte brukar starta samtalen.

Av de respondenter som uppger att de fått utbildning i att samtala om döden och existentiella frågor tillhör en majoritet av dem grupp 2. Cramer's V på 0,188 visar på att det finns ett samband mellan att ha utbildning i dessa samtal och personalens förhållningssätt. P-värdet på 0,029 visar att sambandet är signifikant. När det gäller den andra beroende variabeln finns det även här ett signifikant samband. P-värdet är 0,032 och Cramer's V 0,185 visar på ett tydligt samband. Av procentsiffrorna går det att utläsa att 23,3 procent av de som har utbildning i samtalen, även brukar ta initiativ till dessa samtal. I diagram 4 tydliggörs hur majoriteten av de som brukar starta samtal har utbildning i att samtala om döden och existentiella frågor och det motsatta hos de som inte brukar starta samtalen.

**Diagram 4 – Starta samtal och utbildning i samtal (n=135)**



Slutligen visar tabell 2 hur många i respektive grupp som har en religiös trosuppfattning. Skillnaden är endast på några procent och visar att det inte finns ett signifikant samband i deras förhållningssätt till samtalen. En religiös trosuppfattning i relation till att starta samtalen, visar inte heller på något signifikant samband. Av de som uppger att de har en religiös trosuppfattning är det 82,5 procent som uppger att de inte brukar starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende.

### **5.2.1.1 Analys - En erfaren grupp**

De som svarat på vår enkät visade sig vara en erfaren grupp. Respondenterna har arbetat i äldreomsorgen mellan 6 månader och 44 år med ett snitt på ungefär 17 år. Många av de som svarat på vår enkät har alltså arbetat i vad Whitaker (2004) kallar för "livets sista boning" i många år. En majoritet av respondenterna har förmodligen mött döden i arbetet många gånger. Vi ställde även frågan hur personalens egen syn på döden har förändrats sedan de började arbeta i äldreomsorgen och resultatet är tydligt - tre av fyra upplever att arbetet har bidragit till att de nu ser döden som något fint och en naturlig avslutning på livet. Strid (2007)

beskriver erfarenheten som en bidragande faktor till att personalen upplever att de kan hantera döden på ett bra sätt i arbetet. Att ha många års erfarenhet av arbete nära döden kan alltså göra att den inte längre känns lika skrämmande, vilket även våra resultat visar. Det finns dock inget signifikant samband mellan hur länge respondenterna arbetat i äldreomsorgen och hur deras förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor ser ut. Inte heller för den andra beroende variabeln, att starta samtal, kan vi se något signifikant samband.

Junell och Brunners (2008) studie visade att det finns ett samband mellan personalens ålder och i vilken utsträckning de upplever svårigheter med att föra samtal med döende eller deras anhöriga. Liknande resultat går inte att finna i vår undersökning. Ålder verkar inte heller vara en faktor som påverkar förhållningssättet till samtalen eller i vilken utsträckning personalen startar samtal med de boende. Resultaten i denna studie tyder alltså på att det är andra faktorer som påverkar om respondenterna har ett extra positivt förhållningssätt till samtalen eller om de startar samtalen med de boende.

### **5.2.1.2 Analys - Trosuppfattning**

Utifrån den uppfattning om olika religioner vi haft med oss, hade vi en föreställning om att personer med en religiös trosuppfattning har ett mer positivt förhållningssätt till döden till följd av de verktyg som religionen tillhandhåller. Denna tanke motiveras av den kognitivistiska läran om att människor genom att göra världen begriplig även till viss del gör den kontrollerbar, vilket läran menar är ett av människans främsta behov (Geels & Wikström, 2006). Resultaten från vår undersökning stödjer inte denna uppfattning då de respondenter som svarat att de har en religiös trosuppfattning är ganska jämnt fördelade mellan de båda grupperna inom respektive beroende variabler. Dessa respondenter tenderar med andra ord inte att varken ha ett mer positivt förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor och inte heller att initiera dessa samtal i större utsträckning än de respondenter som svarat att de inte har en religiös trosuppfattning.

### **5.2.1.3 Analys - Utbildning**

Österlind (2009) lyfter bristande kompetens hos vård- och omsorgspersonalen som en bidragande faktor till den tystnad hon beskriver inom äldreomsorgens särskilda boenden. Även i vår undersökning visar det sig att utbildningen spelar roll i hur personalen förhåller sig till samtal kring döden och existentiella frågor. Gällande i vilken utsträckning respondenterna inom varje befattningsgrupp startar samtal med de boende om döden och existentiella frågor kan vi se tydliga samband. Ingen av de vårdbiträden som svarat på vår enkät uppger att de



brukar starta dessa samtal. Bland sjuksköterskorna, å andra sidan, svarar en majoritet att de brukar starta samtalen. Ytterligare ett signifikant samband går att urskilja i förhållande till utbildning hos personalen; om personalen har utbildning i att samtala om döden och existentiella frågor och deras förhållningssätt till samtalen. Utbildning i ämnet har med andra ord stor påverkan i förhållande till samtalen, vilket även Bolman och Deals (2015) resonemang om mentala modeller och att de kan utvecklas genom utbildning och ökad kunskap påvisar.

## 5.2.2 Upplevda individuella faktorer

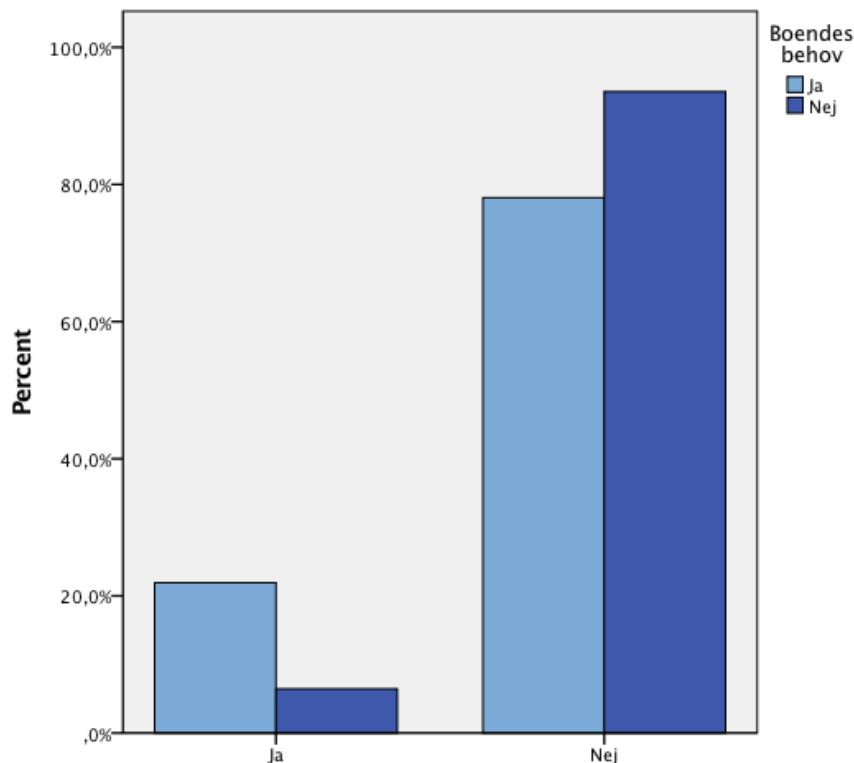
Tabell 3 – Upplevda individuella faktorer

Upplevda individuella faktorer	Beroende variabel 1 Förhållningssätt till samtal					Beroende variabel 2 Starta samtal				
	N	Grupp 1	Grupp 2	P**	V***	N	Ja	Nej	P	V
Boendes behov	136			N.S.*	-	135			0,012	0,217
Ja	73	47,9 %	52,1 %			73	21,9 %	78,1 %		
Nej	63	60,3 %	39,7 %			62	6,5 %	93,5 %		
Svåraste samtalet	138			N.S.	-	138			N.S.	-
Med den boende	9	66,7 %	33,3 %			10	-	100 %		
Med de anhöriga	46	47,8 %	52,2 %			47	12,8 %	87,2 %		
Båda är lika svåra	4	50,0 %	50,0 %			4	-	100 %		
Inget av ovanstående	79	57,0 %	43,0 %			77	19,5 %	80,5 %		
Samtal utanför arbetsplatsen	138			N.S.	-	138			N.S.	-
Ofta/Vid varje dödsfall	31	48,4 %	51,6 %			31	25,8 %	74,2 %		
Aldrig/Sällan	107	55,1 %	44,9 %			107	12,1 %	87,9 %		
* N.S.= Non-significant **P=p-värde ***V=Cramers' V										
<b>Grupp 1:</b> Något mindre positivt förhållningssätt. <b>Grupp 2:</b> Något mer positivt förhållningssätt.										

I tabell 3 kan vi se att av de respondenter som upplever att de boende har ett behov av att samtala om döden och existentiella frågor tillhör något fler grupp 2. Detta visar till trots inget signifikant samband. Det finns däremot ett tydligt samband i synen på de boendes behov av samtalen och om respondenterna brukar starta samtal eller inte. Av de som upplever att de boende har ett behov av samtalen är det 21,9 procent som uppger att de brukar starta dessa samtal. Motsvarande siffra för de som inte upplever att de boende har ett behov av samtalen är 6,5 procent. Cramer's V på 0,217 bekräftar att det finns ett starkt samband mellan dessa två variabler och p-värdet på 0,012 visar att sambandet är signifikant. Diagram 5 visualiserar

detta samband och tydliggör att det är procentuellt fler som brukar starta samtalen som även upplever att de boende har ett behov av samtalen, samtidigt som det motsatta synliggörs.

**Diagram 5** – Starta samtal och boendes behov (n=135)



Av de som tycker att det är svårare att samtala med den boende om döden och existentiella frågor än dennes anhöriga tillhör 66,7 procent grupp 1. Av de som tycker det motsatta, att samtalen med de anhöriga är svårare, tillhör 52,2 procent grupp 2. De fyra respondenter som uppgett att de upplever samtalen med både de anhöriga och de boende som svåra är jämt fördelade i grupp 1 och 2. Av de som inte upplever något av samtalen som svårare och inte heller får olustkänslor av att ha samtalen är det något fler som tillhör grupp 1. Sambandet är inte signifikant. Vi kan utläsa något slags samband när det svåraste samtalet sätts i relation till den andra beroende variabeln – om respondenterna initierar samtalen med de boende. Av de som upplever att det är svårare att samtala med den boende uppger 100 procent att de inte brukar starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende. Samtliga av de respondenter som upplever samtalen med både de boende och de anhöriga som svåra uppger även de att de inte heller brukar starta samtal med de boende. Respondenterna som anser att samtalen med de anhöriga är svårare uppger 12,8 procent att de brukar starta samtal med de boende. Av de som inte upplever att något av samtalen är svårare än det andra och att de inte

heller får olustkänslor av samtalen uppger 80,5 procent att de inte brukar starta samtalen med de boende om döden och existentiella frågor. Det finns emellertid inget statistiskt säkerställt samband mellan upplevelsen av samtalen och om personalen brukar starta samtalen med de boende.

Tabell 3 visar att av de som svarat att de ofta eller vid varje dödsfall pratar med en person utanför arbetsplatsen om känslor relaterade till en boendes bortgång tillhör ungefär lika många respondenter grupp 1 som grupp 2. I gruppen som sällan eller aldrig brukar prata med någon utanför arbetsplatsen om känslor relaterade till en boendes bortgång är det något fler som tillhör grupp 1. Något signifikant samband går inte att utläsa. När denna oberoende variabel ställs i relation till i vilken utsträckning personalen initierar samtal om döden och existentiella frågor med de boende kan vi se en viss procentuell skillnad. Av de som ofta eller alltid samtalar med någon utanför arbetsplatsen är det en större andel (25,8 procent) som startar samtal med de boende än de som sällan eller aldrig pratar med någon utanför arbetsplatsen (12,1 procent).

### **5.2.2.1 Analys - Behöver de prata?**

Äldre riskerar i större utsträckning än yngre att drabbas av både psykiska och fysiska sjukdomar som kan komma att drastiskt försämra deras livskvalitet (Andersson, Hallberg & Edberg, 2006). En bidragande faktor till att höja livskvaliteten är att prata om det goda i livet, livet förr, livet nu och livet efter döden (ibid.). Österlind (2009) beskriver också detta behov även om behovet inte finns hos alla äldre. Österlind menar vidare att personalen inte upplever att behovet existerar. Vårt resultat bekräftar till viss del detta. En majoritet av respondenterna upplever inte att de boende har ett behov av att samtala om döden och existentiella frågor. En marginell skillnad finns bland grupp 1 och grupp 2 där något fler i grupp 2 anser att behovet finns.

I en folder som vänder sig till de som är brukare av äldreomsorgen förklaras vad Socialstyrelsens riktlinjer om värdegrundsarbete innebär. Där poängteras bland annat att personalen ska arbeta utifrån de behov och synpunkter som den äldre själv uttrycker eller som uttrycks via dennes anhöriga (Socialstyrelsen, 2012c). Vikt läggs också vid att det är av största betydelse att personalen frågar den boende om vilka behov han eller hon har och hur han eller hon önskar att stödet utformas. Av de respondenter i vår undersökning som svarat att de upplever att de boende har ett behov av att samtala om döden och existentiella frågor, svarar ungefär fyra av fem respondenter att de inte startar samtalen med de boende. Av de som inte upplever att de boende har detta behov är siffran över hur många som startar samtal

betydligt lägre. Detta samband är statistiskt säkerställt och vi ställer oss frågan om det beror på att genom att initiera samtal om döden och existentiella frågor får personalen samtidigt en uppfattning om den boende har ett behov av att samtala vid fler tillfällen. Samtidigt är det nästan hälften av de som svarat att de inte initierar samtalen som ändå upplever att den boende har ett behov av det.

Resultat från andra studier visar att vård- och omsorgspersonal tycker att det är svårare att prata med de anhöriga än den sjuke eller döende personen själv (Jenull & Brunner, 2008). Även vi ställde frågan om det fanns skillnader i hur de upplevde samtalen beroende på vem de hade samtalen med - de boende eller de anhöriga. En tredjedel svarade att de upplever att det är svårare att samtala med de anhöriga än med de boende om döden och existentiella frågor. En förklaring till denna upplevelse skulle kunna vara att de troligtvis har en närmare kontakt med de boende än de anhöriga och av den anledningen är det lättare att prata med de boende. I Jenull och Brunners (2008) kvalitativa delstudie berättar vård- och omsorgspersonalen att de upplevde samtalen svårare med de anhöriga eftersom de inte alltid förstår, eller vill förstå, att deras närstående är nära döden. Vilket även skulle kunna vara en förklaring till resultatet i vår studie. Endast ett par procent angav att det gav dem olustkänslor oavsett om de hade samtalen med de boende eller de anhöriga. En majoritet av respondenterna svarade att inget av ovanstående stämmer in på deras upplevelse av samtalen. Vi tolkar detta som att de inte upplever att de får olustkänslor av att ha dessa samtal - varken med de boende eller med de anhöriga. Trots ovanstående resonemang återfinns ingen statistiskt säkerställd skillnad i hur respondenterna förhåller sig till samtalen eller i frågan om de brukar starta samtal med de boende. Vi kan dock se att fyra av fem respondenter som inte upplever något samtal som svårare än det andra och inte heller får olustkänslor, trots det inte startar samtal med de boende om döden och existentiella frågor.

## 5.2.3 Organisatoriska faktorer

Tabell 4 – Organisatoriska faktorer

Organisatoriska faktorer	Beroende variabel 1 Förhållningssätt till samtal					Beroende variabel 2 Starta samtal				
	N	Grupp 1	Grupp 2	P**	V***	N	Ja	Nej	P	V
Tid	137			N.S.*	-	137			N.S.	-
Ja	82	47,6 %	52,4 %			82	18,3 %	81,7 %		
Nej	55	61,8 %	38,2 %			55	10,9 %	89,1 %		
Individuell handledning	138			N.S.	-	138			N.S.	-
Ja	9	66,7 %	33,3 %			9	11,1 %	88,9 %		
Nej	129	53,5 %	46,5 %			129	15,5 %	84,5 %		
Grupphandledning	138			0,015	0,207	138			N.S.	-
Ja	18	27,8 %	72,2 %			17	17,6 %	82,4 %		
Nej	120	58,3 %	41,7 %			121	14,9 %	85,1 %		
Utbildning i samtal via arbetsplatsen	138			N.S.	-	138			N.S.	-
Ja	18	55,6 %	44,4 %			18	11,1 %	88,9 %		
Nej	120	54,2 %	45,8 %			120	15,8 %	84,2 %		
Tillåtande kultur på arbetsplatsen	138			N.S.	-	138			N.S.	-
Ja	57	47,4 %	52,6 %			58	17,2 %	82,8 %		
Nej	81	59,3 %	40,7 %			80	13,8 %	86,3 %		
Inget av ovanstående stöd	138			N.S.	-	138			N.S.	-
Ja	56	60,7 %	39,3 %			55	16,4 %	83,6 %		
Nej	82	50,0 %	50,0 %			83	14,5 %	85,5 %		
Vill ha mer stöd	137			N.S.	-	137			N.S.	-
Ja	91	50,5 %	49,5 %			92	16,3 %	83,7 %		
Nej	46	58,7 %	41,3 %			45	13,3 %	86,7 %		
Samtal med kollegor	136			N.S.	-	136			N.S.	-
Ofta/Vid varje dödsfall	107	51,4 %	48,6 %			107	15,0 %	85,0 %		
Aldrig/Sällan	29	62,1 %	37,9 %			29	13,8 %	86,2 %		
* N.S.= Non-significant **P=p-värde ***V=Cramers' V										
<b>Grupp 1:</b> Något mindre positivt förhållningssätt. <b>Grupp 2:</b> Något mer positivt förhållningssätt.										

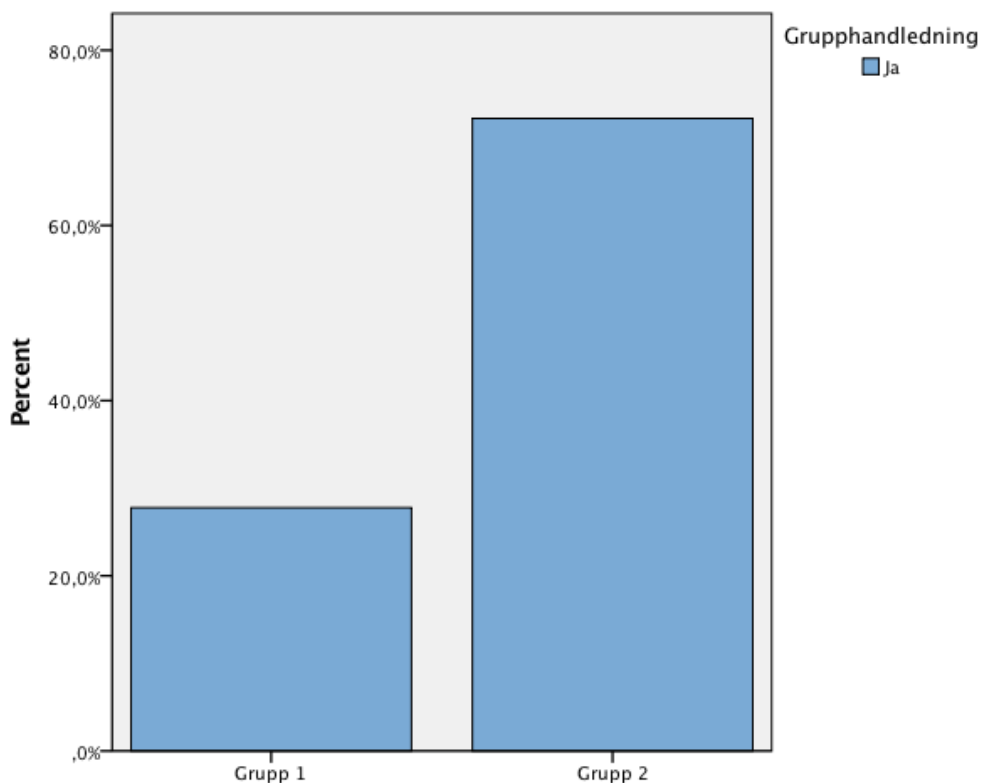
Av de som upplever att de har tid att prata med de boende om döden och existentiella frågor kan vi se i tabell 4 att 47,6 procent tillhör grupp 1. Av de som inte upplever att de har tid för dessa samtal är det 61,8 procent som tillhör grupp 1. Det verkar finnas ett samband mellan

förhållningssätt och upplevelsen av tid men detta samband är dock inte statistiskt säkerställt. Liknande tendenser finns avseende tid i relation till den andra beroende variabeln. Det är fler av de respondenter som upplever att de har tid att ha samtalen som också startar dem (18,3 procent) än de som inte upplever att de har tid (10,9 procent). Detta samband är inte statistiskt säkerställt.

Om respondenterna får individuell handledning gällande samtal kring döden och existentiella frågor ställs i relation till förhållningssätt finns inget statistiskt säkerställt samband. Av de 9 respondenter som uppger sig få individuell handledning via arbetsplatsen tillhör majoriteten grupp 1 i förhållningssätt. Individuell handledning verkar inte heller ha något samband med i vilken utsträckning personalen initierar samtalen med de boende. Även inom denna beroende variabel visas att av de 9 respondenter som uppger sig ha individuell handledning tillhör en majoritet gruppen som inte svarat att de brukar starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende. Sambandet är inte signifikant.

Av de respondenter som svarat att de får grupphandledning i att samtala med de boende om döden och existentiella frågor, finner vi en stor skillnad mellan de som tillhör grupp 1 respektive grupp 2. Av de som uppger att de får grupphandledning tillhör 72,2 procent grupp 2 och av de som inte får grupphandledning tillhör majoriteten, 58,3 procent, grupp 1. Cramer's V på 0,207 bekräftar detta samband och p-värdet på 0,015 visar på att sambandet är signifikant. I diagram 6 visas förhållningssättet hos de respondenter som svarat att de får grupphandledning. Sett till den andra beroende variabeln är det procentuellt fler av de som uppger att de får grupphandledning som brukar starta samtal med de boende om döden och existentiella frågor (17,9 procent) än de som uppger att de inte får handledning (14,9 procent). Trots detta procentuella samband kan vi inte se något statistiskt säkerställt samband sett till grupphandledning och i vilken utsträckning respondenterna startar samtal med de boende.

**Diagram 6** – Förhållningssätt till samtalen och grupphandledning (n=18)



Av de som uppger att de får utbildning via arbetsplatsen i att samtala om döden och existentiella frågor med de boende tillhör 55,6 procent grupp 1 och resterande respondenter grupp 2. Liknande siffror återfinns bland de som inte uppger sig få denna utbildning, men med en liten majoritet i grupp 1. Det är således svårt att se något mönster och det finns inte heller ett statistiskt säkerställt samband. I förhållande till den andra beroende variabeln<sup>18</sup> ser vi i tabell 4 att av de som uppger att de får utbildning är det 11,1 procent som startar samtal med de boende om döden och existentiella frågor. Av de som inte får utbildning men som uppger att de brukar starta samtal är procentsiffran något högre, 15,8 procent. Det går inte att finna något statistiskt säkerställt samband mellan denna oberoende variabel och den beroende.

57 respondenter upplever att de har en tillåtande kultur på arbetsplatsen som möjliggör samtal om döden och existentiella frågor. Dessa respondenter är relativt jämnt fördelade mellan grupperna i förhållningssättet med en liten majoritet i grupp 2, 52,6 procent. Av de som inte upplever att de har denna tillåtande kulturen kan vi se att en större andel av respondenterna återfinns i grupp 1, nämligen 59,3 procent. Även om vi kan se denna procentuella skillnad visar emellertid inte p-värdet på något statistiskt säkerställt samband. Sett till den andra beroende variabeln, starta samtal, visar procentsatserna att en majoritet, 82,8 procent, av de som upplever att de har en tillåtande kultur inte startar samtal med de

<sup>18</sup> Starta samtal om döden och existentiella frågor

boende om döden och existentiella frågor. Procentuellt är det fler av de som upplever en tillåtande kultur som startar samtalen än de som inte upplever att kulturen på arbetsplatsen är tillåtande. Även om vi kan utläsa att respondenter som uppger att de har en tillåtande kultur på arbetsplatsen i något större utsträckning startar samtal med de boende om döden och existentiella frågor kan vi inte se något signifikant samband.

Angående de respondenter som uppgett att de varken får stöd genom individuell handledning, grupphandledning, utbildning eller genom en öppen arbetskultur, kan vi av tabellen utläsa ett litet samband mellan denna "brist på stöd" och förhållningssättet till samtalen. Av de som inte uppger sig få något av ovan nämnda stöd återfinns 60,7 procent av respondenterna i grupp 1. Vi ser inte heller något statistiskt säkerställt samband mellan de som inte upplever sig få "något stöd" och i vilken utsträckning de startar samtalen med de boende. 83,6 procent av de som inte får något stöd uppger att de inte startar samtal med de boende om döden och existentiella frågor.

På frågan om respondenterna önskar mer stöd från arbetsgivaren gällande att samtala med de boende om döden och existentiella frågor, svarar 91 av 137 respondenter, nästintill jämt fördelade i grupp 1 och grupp 2 gällande förhållningssätt, att de önskar detta. Av de som inte vill ha mer stöd från arbetsgivaren är det något fler som återfinns i grupp 1, 58,7 procent. Vi ser varken något signifikant eller procentuellt samband. Av de respondenter som uppger att de önskar mer stöd från sina arbetsgivare är det 16,3 procent som brukar starta samtal med de boende. Av de som inte vill ha mer stöd är samma siffra 13,3 procent. Alltså är det en något större procentuell andel som startar samtal om döden och existentiella frågor som vill ha mer stöd än de som inte uppger att de önskar detta, dock är sambandet inte signifikant.

Gällande i vilken utsträckning respondenterna samtalar med sina kollegor om känslor relaterade till en boendes bortgång kan vi se att av de som ofta eller alltid samtalar med sina kollegor om detta tillhör 51,4 procent grupp 1, alltså är de nästintill helt jämt fördelade mellan grupperna. Om vi dock ser till de som sällan eller aldrig samtalar med deras kollegor om detta kan vi se att 62,1 procent tillhör sig i grupp 1, alltså en majoritet i gruppen med något mindre positivt förhållningssätt. Detta samband är dock inte statistiskt säkerställt. Liknande siffror återfinns i den andra beroende variabeln. 15,0 procent av de som ofta eller vid varje dödsfall samtalar med sina kollegor uppger att de startar samtal med de boende om döden och existentiella frågor. Av de som aldrig eller sällan samtalar med sina kollegor är det en något mindre andel, 13,8 procent, som startar samtalen med de boende.



Tabell 5 – Organisation

Organisation	Beroende variabel 1 Förhållningssätt till samtal					Beroende variabel 2 Starta samtal				
	N	Grupp 1	Grupp 2	P**	V***	N	Ja	Nej	P	V
Boende	139			0,038	0,410	139			N.S.*	-
Boende 1	32	59,4 %	40,6 %			32	12,5 %	87,5 %		
Boende 2	3	-	100 %			3	-	100 %		
Boende 3	6	16,7 %	83,3 %			6	16,7 %	83,3 %		
Boende 4	5	60,0 %	40,0 %			5	-	100 %		
Boende 5	5	20,0 %	80,0 %			5	40,0 %	60,0 %		
Boende 6	6	33,3 %	66,7 %			6	16,7 %	83,3 %		
Boende 7	4	25,0 %	75,0 %			4	75,0 %	15,0 %		
Boende 8	10	90,0 %	10,0 %			11	9,1 %	90,9 %		
Boende 9	23	60,9 %	39,1 %			22	13,6 %	86,4 %		
Boende 10	7	57,1 %	42,9 %			7	14,3 %	85,7 %		
Boende 11	9	88,9 %	11,1 %			10	30,0 %	70,0 %		
Boende 12	17	47,1 %	52,9 %			17	5,9 %	94,1 %		
Boende 13	9	44,4 %	55,6 %			8	-	100 %		
Boende 14	3	33,3 %	66,7 %			3	33,3 %	66,7 %		

\* N.S.= Non-significant \*\*P=p-värde \*\*\*V=Cramers' V  
**Grupp 1:** Något mindre positivt förhållningssätt. **Grupp 2:** Något mer positivt förhållningssätt.

Inom de 14 boenden som blivit utvalda varierar svarsfrekvensen mellan 6 procent till 77 procent av de anställda (3-32 respondenter). Vi kan se i tabell 5 att det finns ett signifikant samband mellan var respondenterna arbetar och deras förhållningssätt till samtal om döden och existentiella frågor. I den andra beroende variabeln, om respondenterna startar samtal om döden och existentiella frågor med de boende, kan vi inte se något sådant samband.

### 5.2.3.1 Analys - Organisationens betydelse

Av de svar vi fått in kan vi utläsa att många av respondenterna inte upplever sig få stöd i arbetet gällande samtal om döden och existentiella frågor. Omkring 40 procent uppger att de varken får individuell handledning, grupphandledning, utbildning i samtal eller att de har en kultur på arbetsplatsen som tillåter samtal kring döden och existentiella frågor. Det finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan om respondenterna får grupphandledning och deras förhållningssätt till samtalen (se tabell 4). Genom att investera i organisationens humankapital och därmed möta de anställdas behov av stöd i att samtala om döden och existentiella frågor, så kan de anställda utifrån sin maximala energi och kompetens möta de boendes behov (Bolman & Deal, 2015).

Whitaker (2004) beskriver hur de särskilda boendena inom äldreomsorgen består av en "väntans kultur". De boende väntar medan personalen har ont om tid. Två av fem respondenter i vår undersökning upplever att de inte har tid för att samtala med de boende om döden och existentiella frågor i sitt arbete. Detta skulle kunna vara en möjlig förklaring till de relativt låga siffrorna över hur många av respondenterna som uppger att de brukar starta dessa samtal med de boende - de kanske upplever att det faktiskt inte finns tid till samtalen. Österlind (2009) menar att även de boende upplever att personalen inte har tid för att samtala. Att de boende upplever denna tidsbrist hos personalen skulle kunna bidra till att inte heller de boende startar samtal med personalen kring döden och existentiella frågor. I nästa steg skulle detta kunna vara en bidragande faktor som förklarar varför näst intill hälften av våra respondenter inte upplever att de boende har ett behov av att samtala kring dessa frågor. Organisationen och de anställda är beroende av varandra och när de inte lever upp till den andres behov kommer detta bidra till att någon av parterna, eller båda, drabbas negativt (Bolman & Deal, 2015). Två av fem respondenter upplever inte att organisationen ger dem den tid som krävs för att samtala kring döden och existentiella frågor. Detta kan innebära att organisationens mål, "[...] att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande" (Socialtjänstlagen [SoL] SFS 2001:453 5 kap. 4§), påverkas negativt samtidigt som personalen kan uppleva en icke tillfredsställande arbetssituation.

Det finns ett statistiskt säkerställt samband mellan var respondenterna arbetar och deras förhållningssätt till samtalen om döden och existentiella frågor. Sett till den andra beroende variabeln, starta samtal, och var respondenterna arbetar finns inget signifikant samband. Sammanvägda resultat tyder på att organisationen spelar stor roll för hur respondenterna förhåller sig till samtalen i stort.

### **5.2.3.2 Analys - Organisation och utbildning**

Ett perspektiv på behovet av utbildning och kompetens i att samtala om döden och existentiella frågor är att en klar majoritet av respondenterna önskar mer stöd från sin arbetsgivare för att kunna tillgodose behovet. De mentala modeller som personalen besitter av hur samtal om döden och existentiella frågor ska hanteras, är med andra ord inte tillräckliga för att öka förekomsten av samtalen. Bolman och Deal (2015) menar att dessa mentala modeller i praktiken är det samma som förhållningssätt, vilka kan förstärkas och utvecklas via ökad kunskap och utbildning. Den önskan som finns om mer stöd från personalens sida kan således tolkas som att det på särskilda boenden för äldre i Skåne behöver investeras mer i humankapital, med fokus på utbildning och vidareutbildning i samtal om döden och

existentiella frågor. Trots ansträngda budgetar, finns det en för verksamheten klar vinning i att investera i humankapital, även om det är lättare att räkna örena på kostnaderna än på vinsterna av investeringen (Bolman & Deal, 2015). Vår studie visar dock att detta inte sker i någon större utsträckning då endast 18 av 138 respondenter har svarat att de får utbildning via arbetsplatsen i att prata med de boende om döden och existentiella frågor.

### **5.2.3.3 Analys - Samtal förekommer - men mellan vilka?**

Som vi tidigare nämnt så är det få av respondenterna som uppger sig starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende. Upp mot 80 procent av de som svarat uppger dock att de samtalar med deras kollegor ofta eller vid varje dödsfall kring känslor gällande en boendes bortgång. Dessa siffror stämmer överens med de resultat Strid (2007) fann i sin kvalitativa studie - personalen upplever inte ensamhet i sin sorg efter en boendes bortgång eftersom de har varandra. När vi frågade om de upplevde sig arbeta på en arbetsplats där det finns en tillåtande kultur för att samtala om döden och existentiella frågor, var det endast strax över 40 procent som höll med om påståendet. Vi ställer oss frågande till varför de svarar så olika på dessa två frågor, vad kan det bero på? Frågan om hur ofta de brukar samtala med deras kollegor kring känslor rörande en boendes bortgång är kopplad till det specifika dödsfallet och samtalen är alltså direkt kopplade till detta. Rörande frågan om kulturen på arbetsplatsen är den inte ställd på samma sätt, alltså inte situationsspecificerad. Denna skillnad skulle alltså kunna förklaras genom att det är allmänt accepterat att samtala om döden och existentiella frågor i samband med en boendes bortgång men inte annars. Ett annat alternativ är att respondenterna har en eller några kollegor de samtalar med om detta, men att det inte finns en allmänt tillåtande kultur för dessa samtal.

### **5.2.4 De beroende variablerna**

Avslutningsvis har vi även satt de två beroende variablerna mot varandra för att se om det finns något samband mellan i vilken utsträckning respondenterna startar samtal och deras förhållningssätt samt vice versa. Vi kan inte se något signifikant samband. Det vi kan se är dock att av respondenterna i grupp 1 inom förhållningssätt uppger 12,2 procent att de brukar starta samtal med de boende. Motsvarande siffra för respondenterna i grupp 2 är något högre, 17,5 procent.

## 6. Sammanfattning och avslutande diskussion

### 6.1 Sammanfattande resultat

I studien har sex statistiskt säkerställda samband funnits. Det är mellan variablerna:

- personalens befattning och personalens initiativtagande till samtal om döden och existentiella frågor.
- om personalen fått utbildning i att samtala om döden och existentiella frågor och deras förhållningssätt till dessa samtal.
- om personalen fått utbildning i att samtala om döden och existentiella frågor och deras initiativtagande till dessa samtal.
- om personalen upplever att de boende har ett behov av att samtala om döden och existentiella frågor och deras initiativtagande till samtalen.
- om personalen får grupphandledning i att samtala med de boende om döden och existentiella frågor och deras förhållningssätt till samtalen.
- vilket boende respondenterna arbetar på och deras förhållningssätt till samtalen.

Utifrån de metodologiska analysverktyg vi valt att använda, visar resultaten att en korrelation mellan dessa variabler existerar. De bivariata analysverktygen visar således inte på någon form av kausalitet och inte heller om vi kan utesluta att en tredje variabel påverkat resultatet.

Svarsfrekvensen på cirka 25 procent är besvärande för resultatet. Som tidigare nämnt är det svårare idag än för ett decennium sedan, att få en hög svarsfrekvens på enkätundersökningar. Statistiska Centralbyrån beskriver hur det har blivit allt svårare de senaste åren att få respondenterna att svara på deras enkäter (Strandell & Westling, 2015). Förutom att det verkar finnas en tendens till minskat intresse för att delta i enkätundersökningar, har även tidsbegränsningen kopplad till denna uppsats varit en bidragen faktor till den låga svarsfrekvensen. Mer tid och därmed ökad möjlighet till att skicka ut påminnelser till personalen hade kunnat minska bortfallet. Det största problemet med det stora bortfallet är att tillförlitligheten i resultaten sviktar. Bortfallet gör det svårt, om inte omöjligt, att generalisera svaret till populationen. Tillförlitligheten till de statistiskt säkerställda resultaten vi funnit blir även de till följd av det höga bortfallet tvivelaktigt.

## 6.2 Avslutande diskussion

Syftet med denna studie har varit att kartlägga personalens, på särskilda boende för äldre, uppfattning om deras förhållningssätt och initiativtagande till samtal kring döden och existentiella frågor. Vi ville även studera vilka faktorer, organisatoriska eller individuella, som påverkar detta.

De intervjustudier som gjorts på särskilda boenden inom äldreomsorgen, som vi har tagit del av, visar att samtal om döden och existentiella frågor inte förekommer i någon påtagbar omfattning samt att ämnet är tabubelagt (Österlind, 2009; Strid, 2007). De resultat som presenterats i vår studie skiljer sig till viss del mot vad annan forskning har visat. Vi ställer oss frågande till vad detta kan bero på. I princip har all den forskning vi tagit del av kring ämnet genomförts med en kvalitativ metod vilket skulle kunna bidra till dessa skillnader. Den kvantitativa metoden har inte gett oss möjlighet att gå in på djupet och ställa följdfrågor till respondenterna. En annan möjlig förklaring är att vi kanske varit otydliga i formuleringen av enkätfrågorna. Vi har resonerat kring om frågorna, trots noggrann bearbetning, gjort att respondenterna svarat utifrån hur de skulle vilja att de arbetade gällande samtal kring döden och existentiella frågor, snarare än att svara efter hur de faktiskt i dagsläget arbetar. Tidigare studier har visat att ämnet är tabubelagt, vilket kanske har påverkat svaren i en mer positivt riktning än väntat, då vi antar att personalen vill utföra ett fullgott arbete och gärna vill visa att de arbetar för en öppen samtalskultur. Även på grund av egna tidigare erfarenheter hade vi inte trott att det var så många som skulle svara att de ofta eller vid varje dödsfall pratar med en kollega om känslor relaterande till en boendes bortgång. Kollegorna behöver prata med varandra om praktiska rutiner vid ett dödsfall och vi undrar därför om frågan i enkäten varit ställd på ett sådant sätt att även de respondenter som enbart har dessa "praktiska" samtal svarat att de ofta pratar om känslor relaterade till en boendes bortgång med kollegor. Det kan även vara som Strid (2007) menar, att personalen använder rutiner som ett försvar för att undvika känslorna de får i samband med en boendes bortgång och genom att ha de mer praktiska samtalen behandlas på sätt och vis även de känslomässiga.

En majoritet av respondenterna uppger att de inte tror att de boende har ett behov av att samtala kring döden och existentiella frågor, vilket stämmer bra överens med resultatet i Österlinds (2009) avhandling. I den, relativt lilla, grupp som ändå menar att det finns ett behov är respondenterna mer benägna att starta samtal än de som inte upplever att det finns ett behov. Det är svårt att säga hur stort behovet av dessa samtal hos de boende är, men utifrån tidigare forskning kan vi se att behovet finns (Österlind, 2009). Kanske är det alltså en

kunskapslucka hos personalen om de boendes behov som, om den skulle fyllas, kan bidra till att fler i personalen tar initiativ till att samtala om döden och existentiella frågor med de boende.

Vad vi kan se i vår studie är att många av de oberoende variablerna som har störst påverkan på de beroende variablerna, är faktorer som organisationen kan påverka. Vad personalen har för utbildning och om de har utbildning i samtal tycks spela stor roll för hur de förhåller sig till samtalen och i vilken utsträckning de startar samtalen med de boende. Trots att detta är faktorer som vi placerat som individuella faktorer menar vi att de också tillhör de faktorer som organisationen faktiskt kan påverka. Detta tyder på att organisationen, men även de boende, skulle tjäna på att satsa på utbildning och vidareutbildning för personalen. Även grupphandledning kring döden och existentiella frågor samt vilken arbetsplats respondenterna arbetar på visar på en statistiskt säkerställd skillnad i deras förhållningssätt till samtalen. Eftersom en stor grupp av äldreomsorgens personalstyrka inom några år kommer att gå i pension finns en risk för att utbildad personal kommer att utgöra en större del av personalen än den gör idag (Socialstyrelsen, 2015). Utifrån resultaten av vår studie kan vi se att detta kommer bli en stor förlust för boendena gällande samtal om döden och existentiella frågor, då utbildningsnivån verkar spela stor roll i detta hänseende. Särskilda boende för äldre i Skåne som organisationer, kan se detta som ett kvitto utskrivet i förtid, på att deras framtida investeringar i humankapital - främst via utbildningar - kommer att ge stora effekter på verksamhetens möjlighet att uppfylla socialtjänstlagens krav på omsorg och värdegrundsarbete.

Under arbetet med denna uppsats har vi förstått att stödet kan se väldigt olika ut för de som arbetar inom vård i livets slutskede. Inom hospicevården är det vanligt med handledning och utbildning – vilket inte verkar vara lika vanligt inom äldreomsorgen. Kanske beror detta just på att de äldres död ses som mer naturlig och anses kanske därför inte vara lika svår för personalen att hantera. Vår studie visar att personalen gärna lyssnar och samtalar om döden och existentiella frågor med de boende, om de boende börjar prata. Vi anser dock att detta område borde få mer utrymme i forskningen. Mer kunskap om personalens upplevelser i arbetet och de äldres upplevelse av livets sista tid inom äldreomsorgen kan bidra till en bättre arbetsplats för personalen och en bättre plats för de äldre att bo på.

## 7. Referenser

- Andersson, M., Hallberg, IR. & Edberg, A-K. (2006). The final period of life in elderly people in Sweden: Factors associated with QoL. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(6). 286-293.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2015). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. (5 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2 uppl.) Malmö: Liber
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2013). Kunskapsbildning som praktik och politik - om socialt arbete som forskningsämne. I B. Blom, S. Morén & L. Nygren (red.) *Kunskap i socialt arbete. Om villkor, processer och användning* (s. 98-110). (2 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Eriksson, L. & Viberg, Å. (2009). *Gud och det utvalda folket: inledning till Gamla Testamentet*. Stockholm: Verbum.
- Franklin, L-L., Ternstedt, B-M. & Nordenfelt, L. (2006). Views on Dignity of Elderly Nursing Home Residents. *Nursing Ethics*, 13(2). 12-23.
- Geels, A. & Wikström, O. (2006). *Den religiösa människan: psykologiska perspektiv: en introduktion till religionspsykologin*. (2 uppl.). Löberöd: Plus ultra.
- Hedly, V. (1993). *I dödens närhet. Sjukvårdspersonalens upplevelser och reaktioner i vården av döende personer*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Hemström, Ö (2012). *Medellivslängden ökar stadigt*. Hämtad den 28 oktober, 2015, från SCB, <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt/>
- Jenull, B. & Brunner, E. (2008). Death and dying in nursing homes: a burden for the staff? *Journal of Applied Gerontology*, 27, 2, 166–80.
- Källström Karlsson, I-L. (2009). *Att leva nära döden: patienters och vårdpersonals erfarenheter inom hospicevård*. Doktorsavhandling. Örebro: Örebro universitet.
- Körner, S. & Wahlgren, L. (2005). *Statistiska metoder*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Qvarnström, U. (1993). *Vår död*. Stockholm: Liber.
- Roald, A.S. (2005). *Islam: historia, tro, nytolkning*. Stockholm: Natur och kultur.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SCB (2014). *Befolkningspyramiden har blivit ett torn*. Hämtad den 13 januari, 2016, från [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Befolkningspyramiden-har-blivit-ett-torn/)
- Socialstyrelsen (2005). *Var dör de äldre - på sjukhus, särskilt boende eller hemma? En registerstudie*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006). *Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007). *Forskning som speglar vården i livets slutskede. Sammanställning av aktuell forskning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012a). *Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012b). *Äldre - vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012c). *Äldreomsorgens värdegrund - Vad innebär den för dig?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Särskilt boende för äldre*. Hämtad den 28 oktober, 2015, från <http://socialstyrelsen.iterm.se/showterm.php?fTid=759>
- Socialstyrelsen (2014). *Samtliga resultat från kommun och enhetsundersökning - 2014*. Hämtad den 28 oktober, 2015, från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-9>
- Socialstyrelsen (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.



- Strandell, G. & Westling, S. (2015). *Mer bortfall i statistiken*. Hämtad den 13 januari, 2016, från SCB, [http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Statistikskolan-Mer-bortfall-i-statistiken/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Statistikskolan-Mer-bortfall-i-statistiken/)
- Stranz, A. (2013). *Omsorgsarbetets vardag och villkor i Sverige och Danmark. Ett feministiskt kritiskt perspektiv*. Doktorsavhandling. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Strid, A.L. (2007). *Att arbeta i dödens närhet. Rutiner och ritualer i äldreomsorgen*. Licentiatavhandling. Lund: Lunds Universitet.
- Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2007). Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 14(2-3), 197-219.
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 20 oktober, 2015, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Whitaker, Anna. (2004). *Livets sista boning - anhörigskap, åldrande och död på sjukhem*. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Österlind, J. (2009). *När livsutrymmet krymper: vård och omsorg av äldre personer i livets slutskede*. Doktorsavhandling. Örebro: Örebro Universitet.

# Bilaga 1 - Enkäten

## Studie om samtal kring döden och existentiella frågor

Vi är två studenter, Emma Svensson och Sofia Forsberg, som läser termin 6 socionomprogrammet på Lunds Universitet. Vi skriver nu vårt examensarbete i socialt arbete och det är därför vi vänt oss till Dig. Vi vill undersöka i vilken utsträckning vård- och omsorgspersonal på särskilda boenden inom äldreomsorgen i Skåne pratar om död och existentiella frågor med kollegor och de boende samt vilka faktorer som påverkar dessa samtal.

Med död och existentiella frågor menar vi i vår enkät, samtal som dels kan röra praktiska tankar som exempelvis begravning eller arv och dels frågor om känslor och tankar kring livet och döden.

Vi hoppas att Du vill dela med Dig av Dina erfarenheter och svara på ett antal frågor – det tar cirka 10 minuter. Svaren kommer att behandlas anonymt – ingen kommer veta vad just Du svarat. Enkätsvaren kommer bara att användas i syfte för denna uppsats. Det är frivilligt att delta i denna undersökning.

Glöm inte att trycka på “skicka” när Du besvarat frågorna!

Tack på förhand!

---

### Förhållanden på arbetsplatsen

#### 1. Upplever du att du har tid att prata med de boende om döden och existentiella frågor under ditt arbetspass?

- Ja
- Nej

#### 2. Upplever du att det finns ett behov hos de boende att prata om döden och existentiella frågor?

- Ja
- Nej

#### 3. Brukar du starta samtal om döden och existentiella frågor med de boende?

- Ja
- Nej

#### 4. Hur brukar du reagera om en boende börjar prata med dig om död och existentiella frågor? (Det är möjligt att välja flera alternativ)

- Jag försöker byta samtalsämne
- Jag reflekterar gärna kring dessa frågor
- Jag lyssnar på den boendes tankar
- Jag får olustkänslor av samtalsämnet
- Jag undviker att ha dessa samtal
- Jag delger mina egna tankar

**5. Vilket av följande alternativ stämmer bäst in på dig?**

- Det är svårare att prata med de boende än med dennes anhöriga om döden och existentiella frågor
- Det är svårare att prata med anhöriga till den boende än med den boende om döden och existentiella frågor
- Jag får olustkänslor oavsett om jag pratar med de boende eller deras anhöriga om döden och existentiella frågor
- Inget av ovanstående

**6. Vilka av följande alternativ stämmer in på din arbetsplats? (Det är möjligt att välja flera alternativ)**

- Vi får individuell handledning kring frågor som rör döden eller existentiella frågor
- Vi får grupphandledning kring frågor som rör döden eller existentiella frågor
- Vi får utbildning i att samtala om döden och existentiella frågor
- Vi har en kultur på arbetsplatsen som gör det lätt att samtala kring döden och existentiella frågor med varandra
- Inget av ovanstående

**7. Hur ofta pratar du med dina kollegor om känslor relaterade till en boendes bortgång?**

- Aldrig
- Sällan
- Ofta
- Vid varje dödsfall

**8. Hur ofta pratar du med någon utanför arbetsplatsen om känslor relaterade till en boendes bortgång?**

- Aldrig
- Sällan
- Ofta
- Vid varje dödsfall

**9. Har du fått utbildning i att prata med boende om döden och existentiella frågor? Om nej, hoppa över fråga 9. a.**

- Ja
- Nej

**9. a. Om ja, i vilket sammanhang fick du denna utbildning? (Det är möjligt att välja flera alternativ)**

- Via arbetet
- Via vård- och omsorgsutbildningen på gymnasiet eller vuxenskola/Komvux
- Via utbildningen till sjuksköterska
- Via fristående kurs på högskolenivå

**10. Skulle du vilja ha mer stöd från din arbetsgivare gällande ditt arbete i förhållande till döden eller existentiella frågor? Med stöd menar vi handledning, samtal, utbildning eller någonting annat som du upplever att du vill ha.**

- Ja
- Nej

Nu några frågor om dig

**11. Vilket år är du född?** Svara med fyra siffror

**12. Vad har du för befattning på din nuvarande arbetsplats?**

- Undersköterska
- Sjuksköterska
- Vårdbiträde (med vård- och omsorgsutbildning)
- Vårdbiträde (utan vård- och omsorgsutbildning)

**13. Hur många år har du varit anställd inom äldreomsorgen?** Svara med siffror i hel- och halvår

**14. I vilken kommun arbetar du?**

**15. Hur har din arbetslivserfarenhet inom äldreomsorgen påverkat ditt förhållningssätt till döden och existentiella frågor?**

- Jag upplever att döden är mer skrämmande än jag gjorde förut
- Det har bidragit till att jag ser döden som något fint och som en naturlig avslutning på livet
- Jag upplever inte att min syn på liv och död förändrats efter jag började arbeta i äldreomsorgen
- Övrigt:

**16. Har du en religiös trosuppfattning?**

- Ja
- Nej

Stort tack för din medverkan!