

**Lunds Universitet  
Socialhögskolan  
Magisterkurs i socialt arbete 61-80 p  
SOA 205C  
Vårterminen 2001**

# **AUTONOMI INOM ÄLDREOMSORGEN**

- en undersökning av vårdpersonalens förhållningssätt –

**Författare: Mia Jormfeldt  
Handledare: Verner Denvall**

## Abstract

The aim of this study was to examine how ethical conflicts could influence the ways that care staff chose to act. My questions was

- How do care staff think they should act in situations where aged persons autonomy either could be supported or limited?
- How do care staffs chosen act relate to the Swedish Social Services Act and its intentions?
- Is level of education of any importance when it comes to how care staff chose to act?

Collopys Polarities Within Autonomy was used as theoretical base. His polarities give an opportunity to identify ethical dilemmas in the everyday life of elderly care and also to show how you can support or limit personal autonomy.

A survey was used to gather information. One part of the questionnaire was quantitative and one part had qualitative elements consisting of six short vignettes. These vignettes has been constructed and analysed from Collopys Polarities Within Autonomy.

The study is based on nursing assistants and nursing aids that work in six different elderly homes in the municipal of Halmstad. Totally 110 questionnaires were distributed and 107 persons responded.

In several of the different situations that were described it was about half of the respondents who considered that they should act in a way that would limit the elder's autonomy.

In three of the situations described, nearly half of the answers did not relate to the Swedish Social Services Act and its intentions.

According to the answers no connection were found between level of education and care staffs attitudes towards the elderly and their right to autonomy. A higher level of education is therefor no guarantee for a better behaviour towards the elderly.

# INNEHÅLL

sida

1.	<b>INLEDNING</b>	1
1.1	Utgångspunkt	1
1.2	Syfte och frågeställningar	4
1.3	Perspektiv	5
1.4	Om de begrepp som används	6
1.5	Metod	8
1.5.1	Litteratursökning	8
1.5.2	Undersökningens teoretiska grund	9
1.5.3	Tidigare undersökning	11
1.5.4	Metod för datainsamling	11
1.5.5	Urval	12
1.5.6	Analys	13
1.5.7	Metoddiskussion	14
1.6	Fortsatt framställning	15
2.	<b>BAKGRUND</b>	17
2.1	Den äldre i det särskilda boendet	17
2.1.2	Vad innebär det för den äldre att flytta till ett särskilt boende	18
2.2	Personalen i det särskilda boendet	19
2.2.1	Personalens utbildning	20
2.2.2	Hur ska man vara för att vara en god vårdare?	22
2.3	Vad styr verksamheten?	23
2.3.1	Socialtjänstlagen	23
2.3.2	Andra centrala dokument	24
2.3.3	Hemvårdsnämndens inriktningsmål i Halmstad kommun	25
2.4	Autonomi	26
2.4.1	Att vara kompetent	28
2.4.2	Paternalism	28
2.4.3	Empowerment	29
3.	<b>UNDERSÖKNINGEN</b>	30
3.1	Collopys sex autonomipolariteter	31
3.1.1	Negativ/positiv autonomi	32
3.1.2	Kompetent/inkompetent autonomi	35
3.1.3	Direkt/delegerad autonomi	38
3.1.4	Äkta/oäkta autonomi	41
3.1.5	Beslutande/verkställande autonomi	44
3.1.6	Omedelbar/långsiktig autonomi	46
3.1.7	Sammanfattning	49

3.2	Hur stämmer personalens valda handlingssätt överens med socialtjänstlagen och dess intentioner	49
3.3	Har utbildning någon betydelse för hur personalen anser att man bör handla?	50
4.	<b>SLUTSATSER</b>	53
4.1	Stöds eller begränsas de äldres självbestämmande?	53
4.2	Hur överensstämmer personalens handlingssätt med socialtjänstlagen?	54
4.3	Har utbildning någon betydelse?	54
5.	<b>SLUTDISKUSSION</b>	54
	<b>REFERENSER</b>	60

Bilaga 1. Tabeller

Bilaga 2. Enkät

Bilaga 3. Jämförelse med undersökning gjord 1988

Bilaga 4. Introduktionsbrev

# INLEDNING

## 1.1 Utgångspunkt

**Några av de senaste årens rubriker i massmedia visar att missförhållanden och dåligt bemötande inte är ovanligt inom äldreomsorgen.**

*”Skakande missförhållanden på Årsta sjukhem”* (Aftonbladet 991019)

*”Ny rapport om chefer i äldreomsorgen: Nio av tio uppgivna”* (Dagens Nyheter 20000913)

*”Dåligt bemötande mot man på äldreboende”* (Småänningen 20000926)

*”Personal på äldreboende anmäler sig själva”* (Aftonbladet 20001116)

*”Servicehus anmält för vanvård”* (Aftonbladet 20010223)

Äldrevården har debatterats flitigt och skandalerna avlöst varandra. Staten har tillsatt utredningar och ändrat lagar för att äldrevården ska bli bättre. I utredningar, bland annat Världigt bemötande - går det att lära (SoS 1997: 17) kommer man fram till att bemötandet av våra äldre är dåligt och att det behövs mer utbildning för att det ska bli bättre. Kanske är det så men samtidigt hörs från personalen att det är mer tid/ fler händer som behövs i vården för att man ska kunna ge de äldre ett världigt bemötande.

Under de 20 år som jag har arbetat inom vården som vårdbiträde, skötare, vårdare och områdeschef har äldreboendena ändrat namn från ålderdomshem - servicehus med helinackordering – till boende med särskild service. Nu senast gav regeringen Boende och avgiftsutredningen i *”Betänkande av boende och avgiftsutredningen”* (SOU 1999:33) i uppgift att utreda en ändring av begreppet särskilda boendeformer till äldreboende. Särskilt boende är i dag ofta ett eget boende även om flera av institutionens kännetecken finns där. Enligt Thorsen (1990) är institutionen ett hem men ska också ge hälso- och sjukvård åt de som bor där och har byggts just för dessa ändamål. Storleken och det faktum att man samlar många människor med likartade problem på ett ställe blir en markering mot omvärlden som säger att, här bor det människor som är annorlunda. Detta är inget som har ändrats enbart av namnbyten eller av att de som bor där har kontrakt på sina lägenheter.

Har då innehållet i vården ändrats? Ja, de som nu bor i de särskilda boendeformerna är i större behov av hjälp än för ett antal år sedan. Min erfarenhet säger att det kan ha skett en positiv utveckling av de äldres möjligheter till självbestämmande. Till exempel är det numera ofta möjligt för de äldre att få sova längre på morgonen och äta frukost när de vill. Det diskuteras mer i verksamheterna och socialtjänstlagens betydelse har blivit tydligare. Trots detta är det mycket som kan bli bättre. Det finns ofta en spänning mellan

- den äldres beroende av hjälp och självbestämmande
- vad som anses vara bäst för den äldre och den äldres självbestämmande
- organisatoriska förutsättningar och den äldres självbestämmande.

Dessa spänningar kan i sin tur ge upphov till omedvetna kränkningar av den äldres självbestämmande. Omedvetna så till vida att man inte är klar över vad en speciell handling i en speciell situation betyder för den äldre. En viktig fråga blir då hur personalen hanterar dessa spänningar. Handlar man utifrån lagar och regler?

Autonomi, det vill säga rätten att själv fatta beslut, är grunden för allt bemötande inom äldreomsorgen. Detta uttrycks i socialtjänstlagens portalparagraf (Norström & Thunved 1994). Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. I ändringarna av socialtjänstlagen (19§ SFS 1997:740) har regeringen önskat stärka de äldres rätt till självbestämmande ytterligare. I 19 § socialtjänstlagen anger man än en gång, men med betoning på äldre människor att verksamheten ska bygga på respekt för självbestämmande och integritet. Socialtjänstlagen är en ramlag vilken ger utrymme för individuella tolkningar. I lagen definieras inte heller begreppen autonomi och självbestämmande.

I bemötandeutredningens delrapport (SOU 1997:51) definieras bemötande som innehållande både självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. När jag läste en kort redogörelse för skillnaden mellan integritet och autonomi av Erwin Bischofberger (1991) ställde jag mig många frågor kring äldre människors självbestämmande. Integritet beskriver Bischofberger som identisk med en persons mänskliga värdighet och autonomi som självbestämmande och oberoende. Autonomi ska ange de handlingar som ska främja integriteten. Enligt honom kan integriteten kränkas men aldrig gå förlorad. Autonomi kan både kränkas och gå förlorad.

Autonomin kan också i motsats till integriteten, variera från individ till individ och minska eller öka beroende på individens psykiska och fysiska funktioner.

När man arbetar med äldre som är beroende av hjälp i sin vardag uppstår ofta etiska konflikter i samband med de äldres rätt till självbestämmande. De vardagliga situationer där etiska konflikter uppstår kan handla om rätten att välja mat- och sovtider, att klä sig som man vill eller bestämma när och hur man vill duscha mm. Tidigare beskrevs de spänningar som kan finnas mellan de äldres beroende och deras möjligheter till självbestämmande. Henriksen & Vetlesen (1998) säger att autonomin kränks när vårdpersonal "lägger sig i" i onödan eller "kör över" omsorgstagaren. Enligt dem är autonomin starkt kopplad till människovärdet och en kränkning av autonomin innebär då också till en viss del en kränkning av människovärdet.

Det uppstår ofta konflikter mellan olika etiska principer. Principen om självbestämmande kan hamna i konflikt med andra etiska principer såsom rättvisa, att göra gott och principen om att minska lidande. I en del frågor kan man som personal vara tvungen att välja det handlingsätt som gör minst skada och då kan autonomiprincipen åsidosättas. Konflikterna kan också grunda sig i de intressekonflikter som finns mellan vårdtagare, vårdpersonal och anhöriga. För personalen är det därför en utmaning att kunna utföra arbetet på ett sätt som är etiskt tillfredställande för alla inblandade.

Jag har genom åren intresserat mig mer och mer för de äldres möjlighet och rättighet till självbestämmande. De som bor i särskilda boendeformer har ett stort hjälpbehov och blir därigenom beroende av vårdpersonalen och deras inställning. Att belysa dessa frågor blir viktigt eftersom många konflikter uppstår i vardagliga, intima hjälpsituationer där ingen åskådare finns. Det krävs ett genomtänkt och medvetet handlingsätt i dessa frågor eftersom de kan betyda allt eller inget för den äldre. Mitt intresse ökade när jag tog del av Värddigt bemötande – går det att lära (SoS 1997:17). Där man, som jag tidigare nämnt, kom fram till att bemötandet av våra äldre är dåligt. Flera frågor väcktes hos mig. Är det verkligen så? Hur hanterar vårdpersonalen etiskt svåra situationer? Silfverberg (1996) menar att frihet är en förutsättning för att kunna välja mellan olika handlingsalternativ. Även om det finns gränser mellan vad som är tillåtet eller förbjudet är det ändå vi själva som är ansvariga för hur vi väljer att handla. Hur ser den enskilda vårdpersonalens inställning ut? När de ges tillfälle att svara utifrån hur man "bör" handla i etiska konfliktsituationer, bygger då svaren på de lagar och etiska regler som finns att följa? Med detta som bakgrund har jag formulerat syftet med undersökningen.

## 1.2 Syfte och frågeställningar

### *Syfte*

Det övergripande syftet är att undersöka hur etiska konfliktsituationer kan påverka vårdpersonalens val av handlingsätt.

### *Frågeställningar*

Hur anser personalen att man bör handla i situationer där äldre människors självbestämmande antingen kan stödjas eller begränsas?

Hur stämmer personalens valda handlingsätt överens med socialtjänstlagen och dess intentioner?

Har utbildning någon betydelse för hur personalen anser att man bör handla?

### *Avgränsningar*

- ◆ Konflikter mellan vårdtagare eller mellan personal tas ej upp även om de skulle kunna påverka personalens bemötande.
- ◆ De etiska konfliktsituationerna kretsar kring de äldres personliga autonomi. Därmed inte sagt att det inte uppstår situationer som är etiskt svåra utan att autonomi är inblandad. Alla situationer som rör den personliga autonomi behöver inte heller leda till etiska konflikter.
- ◆ I undersökningen begränsar jag mig till den normativa sidan av autonomibegreppet det vill säga hur man bör göra. Hur personalen faktiskt handlar ryms inte i denna uppsats.
- ◆ Undersökningen har enbart riktat sig till personal som arbetar på ålderdomshem i



### 1.3 Perspektiv

Vårdpersonalens sätt att tänka och handla kring autonomi och bemötande kan ses ur fyra olika perspektiv.



Denna undersökning tar upp

- hur man bör göra som personal (enligt lagar, regler och samhällets värderingar)
- vad personalen säger att man bör göra (enligt egna värderingar)

Vad personalen säger att dom gör och vad personalen verkligen gör kan bero på omständigheter och påverkan (t ex resurser, tid, grupptryck mm). Detta behöver inte nödvändigtvis stämma överens med hur man som personal bör göra. För att undersöka detta krävs andra metoder som intervjuer och observationer och det får bli en uppgift för ett senare projekt.

Mellan de här olika perspektiven finns inga tydliga gränser. Frågeställningarna har utgått ifrån hur man ”bör” handla i olika situationer. Jag har tolkat respondenternas svar utifrån hur man bör göra men det är tänkbart att några respondenter kopplat bör till faktisk handling i vissa frågor.

#### 1.4 Om de begrepp som används

Flera av de begrepp jag definierar här är mycket omfattande och skulle kunna utredas i olika uppsatser var för sig. Här har jag bara försökt att ge korta förklaringar till hur begreppen används i just den här undersökningen.

Det finns många olika benämningar för de personer som får hjälp i någon form inom äldreomsorgen. En undersökning av språkbruket inom utbildningar för äldre- och handikappomsorg (Andersson, 1994) visar att det förekommer 19 olika beteckningar bl a omsorgstagare, vårdtagare och brukare. Det finns alltså ingen enhetligt benämning.

*De äldre och vårdtagare* – är de benämningar som jag använder i min undersökning. Även om begreppet vårdtagare kan föra tankarna till medicinsk vård är det inte det som avses här.

*Vårdpersonal* eller *personal* – används om de som arbetar inom äldreomsorgen. Vårdbitråde och undersköterskor är beteckningar som används när det är relevant i utbildnings-sammanhang.

*Utbildning* – syftar i denna rapporten till vårdbiträdesutbildningar, omvårdnadsprogrammet på gymnasie- eller komvuxnivå.

*Fortbildning* – syftar till den utbildning man får inom sitt yrke, på sin arbetsplats för att förnya och uppdatera sina kunskaper.

*Särskilt boende* – Begreppet särskilt boende är enligt Ädelpropositionen (Regeringens proposition 1990/91:14) ett samlingsnamn för alla de boendeformer som kommunerna ska ansvara för såsom ålderdomshem, servicehus, gruppboende och sjukhem. Vid dessa ska en omfattande service och vård kunna ges dygnet runt.

***Etiska konfliktsituationer*** – uppstår enligt Lingås (1998) när viktiga värden kommer i konflikt med varandra som till exempel mellan självbestämmande – lika behandling eller mellan självbestämmande – hjälpberoende. Konflikterna uppstår när det inte är helt självklart hur man bör handla för att nå ett mål eller vilka medel man ska använda för att nå målet. Konflikter uppstår också när berörda parter har olika intressen i förhållande till dessa mål-medel. Enligt denna definition används begreppet i denna uppsats.

Med begreppet *autonomi* avses en persons rätt till egna åsikter, att fatta sina egna beslut i de frågor som rör just den personens liv, handlingar, levnadsvanor och materiella tillhörigheter och också rätt att handla utifrån sina beslut, sin personliga tro och personliga värderingar.

***Självbestämmande*** – har ingen klar definition i litteraturen, utan används ofta synonymt med *autonomi* (Elander & Hermerén, 1989). Så används det också i denna undersökning.

***Respekt för autonomi/självbestämmande*** – innefattar det som definieras som *autonomi/självbestämmande*, men också att man ska handla så att man underlättar och hjälper de som är beroende av hjälp att fatta beslut och att genomföra dem.

I denna undersökning används begreppet *bemötandet* indirekt men är trots det centralt och behöver därför beskrivas närmare. Vad innebär bemötande? När man funderar närmare på begreppet låter det sig inte fångas och förklaras på något enkelt sätt. Det finns inte mycket skrivet och forskat om bemötande och i synnerhet inte om bemötande av äldre. Däremot kan man ju säga att det finns mycket skrivet som indirekt handlar om bemötande i t ex litteratur om etik.

Enligt Bonniers svenska ordbok (Malmström, 1994) betyder bemötande

- 1) Sättet, hur man bemöter, uppförande mot, behandling
- 2) Handling då man bemöter, besvarande av det som någon ger uttryck för

I SOU 1998:16 "När åsikter blir handling" menar man att

*"bemötandet av en viss grupp eller individer är mer än bara uppfattningar och värderingar, det är när uppfattningar, värderingar – positiva som negativa – omsätts i handling. Bakom det positiva bemötandet finns i botten en positiv attityd. På samma sätt förhåller det sig med det negativa bemötandet"* (SOU, 1998:16, s.40)

I *Värdigt bemötande – går det att lära?* (SoS, 1997:17) definieras ett värdigt bemötande

*"Med bemötande avser man i utredningen att vårdpersonalen:*

*Visar respekt för den enskilde vårdtagaren*

*Ger vårdtagaren stöd att bevara sin integritet och sitt självbestämmande*

*Hjälper vårdtagaren till ett meningsfullt innehåll i vardagen"* (SoS 1997:17, s.46)

*Bemötande* handlar i denna undersökning om relationer och hur man bör besvara och möta det någon annan ger uttryck för. Bemötandet omfattar på detta sätt såväl handlingar som verbal- och ickeverbal kommunikation.

Förhållningssätt innebär enligt Egidius (1979) ett allmänt sätt att förhålla sig till omvärlden och sig själv t ex optimistiskt, klandrande, dominerande.

*Förhållningssätt* används i denna uppsats i betydelsen - Sättet man förhåller sig till något, vad man har för inställning, tankar och känslor inför något. Detta visar sig sedan i **bemötandet** dvs hur man handlar utifrån sin uppfattning om hur något eller någon är.

Med ett gemensamt förhållningssätt avses ett sätt att bemöta människor som grundar sig på teorier, modeller eller arbetsbeskrivningar (ex mål med verksamheten) som utgår ifrån en föreställning om hur människor fungerar och interagerar. Ett *gemensamt förhållningssätt* är då ett medvetet och klart uttalat sätt att bemöta andra människor utifrån en uppfattning om vad som är det bästa sättet att handla på för att uppnå det man vill.

## 1.5 Metod

### 1.5.1 Litteratursökning

**Jag har sökt litteratur i olika databaser. De databaser som använts är Spriline, Libris, Euroetichs, Rixlex och Artikelsök. För att finna relevant litteratur har följande sökord**

använts: autonomi, självbestämmande, bemötande, etik, äldre, åldrande, äldreboende samt kombinationer av dessa och deras engelska motsvarighet. Jag har också haft stor hjälp av högskolebiblioteket i Halmstad som ställt upp med fjärrlån från olika länder. I sökningar i databaserna har jag beroende på sökordskombination fått varierande antal träffar. Jag har valt ut den litteratur som överensstämmer med mitt syfte och mina frågeställningar. Enbart svensk, norsk och engelsk litteratur har använts.

## 1.5.2 Undersökningens teoretiska grund

Collopys (1988) sex autonomipolariteter utgör den teoretiska basen i undersökningen. Vinjetterna (fallbeskrivningarna) har konstruerats och analysen av svaren har gjorts efter den.

Bart Collopy är fil.dr och arbetar med etiska studier vid The Third Age Gerontology Center, Fordham university i New York. Under åren 1987 – 1989 var han medarbetare vid Hastings Center, New York. Där arbetade han med etiska frågor inom äldrevård och hemtjänst/hemsjukvård. Under den tiden utvecklade Collopy en modell som lägger tonvikten på hur man identifierar etiska konfliktsituationer Collopys (1988) sex autonomipolariteter är användbara i ett socialt perspektiv där fokus ligger på vardagliga situationer och handlingar. Även Agich (1993) menar att man måste se autonomi i relation till de vardagliga situationerna för att kunna veta hur man handlar bäst. Collopy menar att autonomi är ett svårt begrepp, fullt av motsatsförhållanden och åskillnader. Det är ett begrepp som kan vara svårt att reda ut även för personal som har ett stort etiskt intresse.

Syftet med Collopys autonomipolariteter är dels att identifiera situationer som innebär etiska dilemma. Dels att visa hur man kan stödja eller utmana en persons autonomi. Collopy menar också att man noga måste se till varje persons förutsättningar, personlighet, historia mm när man som personal står inför en etiskt svår situation. Collopy beskriver sex polariteter inom den personliga autonomi:

- *Negativ/positiv (negative/positive) autonomi.* Negativ autonomi betyder icke-ingripande och förebygger tvång och kontroll. Positiv autonomi anger hur individens beslut bör understödjas. En viktig balansgång mellan att försumma eller överbeskydda individen.

- *Kompetent/inkompetent (competent/incapacitated) autonomi.* Kompetent autonomi innebär att man gör val som är logiskt försvarbara. Inkompetenta val är omdömeslösa och irrationella.
- *Direkt/delegerad (direct/delegated) autonomi.* Direkt autonomi innebär att handla med stark egen kontroll. Delegerad autonomi att man överlämnar beslutsfattandet åt någon annan.
- *Äkta/oäkta (authentic/inauthentic) autonomi.* Äkta autonomi innebär att val och beslut är djupt karakteristiska för individen. Oäkta autonomi innebär att valen avviker från individens personlighet och historia.
- *Beslutande/verkställande (decisional/executional) autonomi.* Denna polaritet beskriver förmågan att fatta beslut och friheten att handla.
- *Omedelbar/långsiktig (immediate/long range) autonomi.* Omedelbar autonomi innebär att besluten är bra för stunden. Långsiktig autonomi är beslut som är bra för självbestämmandet på lång sikt.

Dessa polariteter beskrivs mer ingående i kapitel tre.

Collopys polariteter är ingen fullständig kartläggning av begreppet och ger inte heller några absoluta lösningar på de komplexa problemen. Polerna är inga självklara motsatser. Det är inte heller självklart vad som är det rätta, vilken pol man bör ta ställning för. Trots att de till viss del överlappar varandra kan de vara ett användbart verktyg för arbetet, diskussionerna om alternativa handlingsätt och för att definiera målsättningar i verksamheterna. I den här undersökningen används autonomipolariteterna som analysinstrument. Jag har dock utvecklat hans modell så att den är användbar för mig. Utifrån hans polariteter har jag konstruerat egna fallbeskrivningar.

Collopys syfte med modellen är att argumentera mot reduktionism och visa hur komplext autonomibegreppet är. Han vill också föreslå forskningsinriktningar och ge ett hjälpmedel i det praktiska arbetet. Collopy illustrerar sina polariteter med fallbeskrivningar. I denna undersökning har inte hans fallbeskrivningar använts. Istället har jag konstruerat egna vinjetter som bygger på min egen erfarenhet från arbete inom äldreomsorgen och de erfarenheter som mina elever delat med sig av när jag arbetat som lärare. Vinjetterna har först testats i två klasser på komvux omvårdnadsprogram. Där fick jag bekräftat att vinjetterna

belyser angelägna frågor som man kände igen från arbete och praktik men också att de beskrev svåra konfliktsituationer. De har också använts i en tidigare undersökning.

**Inom äldreomsorgen är den renodlade autonomin ett problematiskt begrepp på grund av att de äldre ofta är sjuka och beroende av hjälp i vardagen. Collopys autonomipolariteter ger en bild av hur omfattande autonomibegreppet egentligen är men ger också ett verktyg för att förstå och analysera etiska konfliktsituationer och konsekvenser av olika handlingsätt. Därför är hans polariteter användbara för min undersökning.**

### **1.5.3 Tidigare undersökning**

1998 gjordes en liknande undersökning (Jormfeldt,1998) som byggde på samma fallbeskrivningar och analyserades efter Collopys modell. Undersökningen gjordes i Laholms kommun. En enkät skickades ut per post till 100 respondenter. Svarsfrekvensen var låg, endast 45 % besvarade enkäten.

I denna undersökning har jag preciserat syftet mera och har delvis andra frågeställningar. Jag har också funderat mer kring perspektivet och försökt att renodla det. Båda undersökningarna bygger på en enkät där fallbeskrivningar är centrala. Fallbeskrivningarna är desamma i båda undersökningarna eftersom de prövats och funnits användbara. Övriga frågor i enkäten i denna undersökning har däremot delvis ändrats för att svara upp mot syfte och frågeställningar. I detta arbete har jag själv delat ut enkäten och presenterat undersökningen på personalmöten. Därigenom har jag fått en högre svarsfrekvens. De teoretiska avsnitten har jag försökt avgränsa och göra mer distinkt. Collopys autonomipolariteter är centrala och används som analysinstrument. Därför har min avsikt varit att fördjupa den teoretiska basen. SPSS har använts i båda undersökningarna för att bearbeta materialet statistiskt. I den tidigare undersökningen redovisades endast frekvenstabeller. Här har jag även använt mig av korstabeller

### **1.5.4 Metod för datainsamling**

Jag har haft möjlighet att genom Kommunförbundet Hallands Forsknings- och utvecklingsenhet driva ett projekt om autonomi och bemötande inom äldreomsorgen. Där

användes samma enkät som ligger till grund för denna uppsatsen. Datainsamlingen har alltså gjorts i form av en enkät. Den delades ut och besvarades på personalens arbetsplatsträffar. Då gavs också tillfälle att besvara frågor både kring undersökningen och enkäten. Vid arbetsplatsträffarna informerades om syfte, konfidentialitet mm. Jag lämnade också ett introduktionsbrev där projektet beskrevs och med namn och telefonnummer för eventuella frågor i efterhand (bil.4). Detta brev tjänade också som information till de som fick enkäten utdelad i efterhand.

Enkäten (bil.2) är till en del kvantitativ men har också inslag av en kvalitativ karaktär i form av fallbeskrivningar (korta vinjetter). Enkäten består av en del med slutna frågor som ger svar på respondentens ålder, kön och utbildning m m för att få veta något om vem respondenten är och för att kunna se om det finns något samband mellan t ex utbildning och valt handlingsätt. Efter dessa följer sex frågor som utgår ifrån tre korta fallbeskrivningar där respondenten ges möjlighet att svara fritt. Anledningarna till att använda fallbeskrivningar med öppna svar i enkäten är flera. Dels kan respondenten svara med egna ord och det som de först kommit att tänka på. Det är också möjligt att respondenterna har fler förslag till handling än jag hade kunnat tänka ut och ge som fasta svarsalternativ. En annan anledning är att respondenten ska ha en beskrivning att utgå ifrån som säger lite mer än en kort fråga. Jegerby (1999) säger att vinjetter är användbara främst i ett normativt material. Min avsikt var att ta reda på hur respondenterna anser att man *bör* handla i dessa situationer. Fallbeskrivningarna har konstruerats (av författaren) och svaren analyserats utifrån samma modell, Collops autonomipolariteter.

## 1.5.5 Urval

I Halmstad kommun finns nio ålderdomshem av varierande storlek och geografiskt läge. Tanken var att både landsbygd och stad, små och stora ålderdomshem skulle vara representerade i undersökningen. På små orter och små ålderdomshem kan man tänkas ha mer nära relationer både till arbetsledning, arbetskamrater och vårdtagare, ”alla känner alla”. På större ålderdomshem är det längre avstånd mellan arbetsledning och vårdpersonal. Arbetet måste också styras mer av rutiner när många människor arbetar ihop. För att tillgodose dessa kriterier valde jag sex ålderdomshem som kom att ingå i undersökningen. Av dessa är två relativt små med 10-15 anställda, två medelstora med 30-40 anställda och två större ålderdomshem med 60-80 anställda. Några ligger centralt i Halmstad och några i mindre



samhällen. Det kan tänkas att storleken på ålderdomshemmen kan ha betydelse för vidareutbildningsinsatser och diskussionsmöjligheter. I och med ett första urval kunde de skillnader hos respondenterna som kan bero på ålderdomshemmens storlek och läge täckas upp.

I undersökningen har jag vänt mig till vårdbiträden och undersköterskor som arbetar på ålderdomshem i Halmstad kommun. Anledningen är att det är de som arbetar närmast omsorgstagarna i det vardagliga situationerna där de etiska konfliktsituationerna kan uppstå. Strävan var att nå ut med enkäten till all dagpersonal (vårdbiträden och undersköterskor) som arbetar på dessa ålderdomshem. Kontakt togs med arbetsledarna på respektive ålderdomshem. Jag förklarade syftet med projektet och hur jag tänkt gå till väga. Alla var mycket positiva till att delta och överenskommelse gjordes om att jag skulle få komma på arbetsplatsträffar och informera om projektet, dela ut enkäter och få dem besvarade på plats. På ålderdomshemmen har man arbetsplatsträffar en gång varannan månad och att få komma dit inom rimlig tid var inte lätt. På ett av ålderdomshemmen fick jag pga tidsbrist träffa personal vid två olika tillfällen, i samband med en förlängd fikarast.

Enligt uppgift från arbetsledarna skulle totalt 161 personer kunna delta i arbetsplatsträffarna. De som verkligen deltog uppgick till 93 personer. Av dessa var det bara en person som vägrade fylla i enkäten. På två av arbetsplatserna var deltagandet så lågt att jag bad arbetsledarna att lämna ut enkäter till de som inte var närvarande. 17 enkäter delades ut och 15 återkom ifyllda per post. Totalt delades 110 enkäter ut och 107 personer besvarade enkäten. Den höga svarsfrekvensen beror troligtvis på min närvaro under tiden de fyllde i enkäten men också att det avsatts tid till just detta.

### **1.5.6 Analys**

**Databearbetning har gjorts med hjälp av SPSS. Svaren på de slutna frågorna kodades och matades in direkt. Svaren på de öppna frågorna omfattar ca 25 sidor dataskriven text. Dessa lästes flera gånger tills det var möjligt att se vilka mönster som framträdde. Därefter grupperades svaren och dessa grupper kodades och matades in. På alla svaren har sedan frekvensberäkningar gjorts för att man ska kunna se vilka svar som är mest förekommande. Detta har redovisats med tabeller (bil. 1).**

**Jag har läst svaren flera gånger för att se vilka svar som liknar varandra. Efter det har jag delat in svaren i grupper och benämnt de olika grupperna efter de vanligast**

förekommande svaren. Några av de som svarat har angivit mer än en lösning. Eftersom de var uppmanade att rangordna alternativen har jag ansett att de första de angivit har varit det som de ansåg som den bästa lösningen. Jag har tagit med det första alternativet. I några fall har svaren kunnat hänföras till mer än en grupp. Jag har då läst svaren om igen och tolkat det tillsammans med vad de säger som helhet.

**För att analysera svaren har jag skapat tre kategorier som jag benämner**

- *Stödjare* – vilket innebär att vårdpersonalen handlar så att man stödjer den äldres beslut eller ger den äldre möjligheter och resurser så att man underlättar och hjälper dem att fatta och genomföra egna beslut.
- *Undvikare* – varken stödjer eller begränsar. Personalen kompromissar eller lägger beslutet hos en tredje person och slipper själv ta ställning. De kan dock inte veta hur utfallet blir.
- *Begränsare* – man tar inte hänsyn till den äldres beslut, anser att man vet bäst som personal. I vissa fall kan det vara begränsande att lämna någon som fattat ett beslut helt åt sitt eget öde.

**Utifrån vad Collopy säger och min egen tolkning har jag sedan hänfört respondenternas svar till någon av dessa tre kategorier.**

**Tolkningen av svaren på de öppna frågorna kan innebära ett problem för trovärdigheten. Skulle någon annan tolka svaren på annat sätt? Tolkningen av svaren har gjorts utifrån en angiven teori och anknutits till den vilket ökar tillförlitligheten i tolkningen. I resultatet redovisas respondenternas kommentarer så att läsaren kan bilda sig sin egen uppfattning om hur tillförlitlig tolkningen är.**

**Med hjälp av dataprogrammet SPSS gjordes korstabeller för att se om det fanns några samband mellan utbildning och hur personalen anser att man bör handla i de situationer som beskrivs i fallbeskrivningarna. Detta redovisas med korstabeller (bil.1).**

### **1.5.7 Metoddiskussion**

Att undersöka vårdpersonalens förhållningssätt till äldres rätt till självbestämmande skulle nog bäst ha kunnat undersökas kvalitativt genom ostrukturerade intervjuer med ett fåtal respondenter. Frågeställningarna däremot, och min ambition att söka efter samband eller överensstämmelser mellan frågorna lämpade sig bäst till en kvantitativ undersökning. Undersökningen har vissa kvalitativa drag eftersom resultatet på de öppna frågorna har tolkats

och kategoriserats. De öppna frågorna avser att ta reda på hur vårdpersonalen anser att man bör handla i situationer där de äldres självbestämmande antingen kan stödjas eller begränsas. Hur vårdpersonalen verkligen handlar har jag ingen möjlighet att få svar på

En annan fråga rör också möjligheten till generalisering. En kommun har undersökts och det finns viss tillfällighet i urvalet. Därför kan man inte säga att resultaten gäller för vårdpersonal generellt. Collopys modell har däremot testats i en tidigare undersökning och vid en jämförelse med den tidigare undersökningen, gjord i en annan kommun, är resultaten i stort sett likartade när det gäller i vilken utsträckning personalen anser att man bör stödja eller begränsa de äldres självbestämmande (bil.3).

Andra exempel och situationer för att beskriva polariteterna skulle kanske resultera i andra förslag till handling. Jag har försökt att hålla fallbeskrivningarna korta och fokusera på just polariteterna. Alltför utförliga fallbeskrivningar kunde gjort det svårare att veta vad respondenten fokuserat på och associerat till. Det är också svårt att veta om respondenterna har svarat på hur man bör handla eller utifrån hur deras faktiska arbetssituation ser ut (bör var det som efterfrågades).

Respondenterna har inte haft tillgång till (och troligtvis inte heller kännedom om) Collopys autonomipolariteter utifrån vilken analysen gjordes. Det är tänkbart att deras utgångspunkt vid besvarandet av en del frågor varit en annan och att deras svar främjar delaktighet och aktivering på ett positivt sätt. Det är också svårt att veta hur respondenternas utbildning har sett ut. Att de har fått t ex fortbildning i etik säger ingenting om kvaliteten på utbildningen. Likaså kan kvaliteten och inriktningen på till exempel omvårdnadsprogrammet se olika ut för olika respondenter.

Min närvaro vid besvarandet av enkäten kan ha påverkat respondenterna. De fick en avgränsad tid till att fylla i enkäten. Det kan ha verkat stressande jämfört med en postenkät som man kan ta god tid på sig att fylla i.

## **1.6 Fortsatt framställning**

**För att ge en översikt över innehållet i denna uppsats ges här en kort presentation av de kommande kapitlen och deras innehåll.**

I kapitel 2 redovisas de teorier som ligger till grund för undersökningen. Först ges en beskrivning av de som bor och arbetar inom äldreomsorgen, de äldre och personalen. Sedan redogörs för de lagar och regler som styr verksamheten. Därefter följer en genomgång och definition av begreppet autonomi och näralliggande begrepp såsom kompetens, paternalism och empowerment. En beskrivning ges också av hur begreppen bemötande och förhållningssätt används i denna uppsats.

I kapitel 3 presenteras Collopys autonomipolariteter tillsammans med resultat och analys. Collopys autonomipolariteter ligger till grund för såväl utarbetande av fallbeskrivningar som analys av enkätsvaren. Genom att samla allt på ett ställe är det min avsikt att göra materialet mer sammanhängande och undvika för många upprepningar. Även när det gäller frågorna kring socialtjänstlagens och utbildningens betydelse har jag valt att redovisa resultat och analys tillsammans.

I kapitel 4 ges en kort sammanfattning av de slutsatser man kan dra av resultatet.

I kapitel 5 avslutas uppsatsen med några tankar kring autonomi, personalens förhållningssätt och hur man kan arbeta vidare för att öka de äldres möjligheter till självbestämmande. Här ges också förslag på områden som är angelägna att forska vidare kring.

De flesta tabeller har jag valt att redovisa som bilagor (se bil.1). Den enkät som ligger till grund för undersökning finns också med som bilaga (se bil.2).

## 2. BAKGRUND

### 2.1 Den äldre i det särskilda boendet

Sedan början av 1980-talet har möjligheterna att få hjälp i hemmet ökat och många äldre vill bo kvar hemma så länge som möjligt. Även med ett ganska omfattande hjälpbehov är det idag möjligt att bo kvar i det ordinära boendet. Till följd av detta är de som i dag flyttar till särskilt boende äldre än förr och har ett större hjälpbehov. Totalt bor ca 9 % (130 000) av alla som är över 65 år i någon särskild boendeform. Denna siffra ökar med stigande ålder (prop. 1997/98:113). Det faktum att kvinnor lever längre än män gör att majoriteten av de äldre i särskilda boendeformer är kvinnor. Många av de boende behöver tillsyn dygnet runt och en del är demenssjuka eller har någon demensliknande sjukdom.

Hjälpbehovet handlar inte bara om hjälp med städning och mat utan också om hjälp i mycket personliga situationer, t ex hjälp med hygien och toalettbesök, hjälp att äta och att förflytta sig. Den situation som uppstår mellan den äldre och personalen är ett ojämlikt beroendeförhållande. Mottagaren (den äldre) är ofta hjälplös och beroende av givaren (personalen). I denna relation har mottagaren ingen möjlighet att ge tillbaka lika mycket som hon får. Ström (1997) menar att den yrkesmässiga omsorgen är ett ojämlikt beroendeförhållande och att det gör det troligt att personalen får högre status än den äldre. I sådana situationer är det inte lätt för den äldre att hävda sin rätt till självbestämmande. Att den ena parten är svag och den andra är stark kan ge upphov till maktutövning. Makten ligger då i det val som den starkare parten kan göra. Valet kan vara att antingen stödja eller ignorera de behov och önskningar som den svagare ger uttryck för.

Det finns också hinder hos de äldre själva som gör dem benägna att ge upp sitt självbestämmande. Elander & Hermerén (1989) beskriver de hinder som finns hos äldre som bor på sjukhem och då bland annat de hinder som kan relateras till de äldre själva. Liksom andra är en del äldre benägna att ge upp sin autonomi på grund av personlighet, ålder, utbildning eller klasstillhörighet. De vill kanske också anpassa sig och vara till så lite besvär som möjligt. Detta kan leda till att de ofta uppför sig såsom de tror att det förväntas av dem och att de inte vågar uttrycka sina önskemål.

### 2.1.2 Vad innebär det för den äldre att flytta till ett särskilt boende?

Att inte längre kunna klara sig själv i sin vardag kan för många äldre innebära att man måste ta steget och flytta till ett särskilt boende. Lingås (1998) skiljer på ”hem hemma” (det ordinära boendet) och ”hem borta” (institutionsboende). Institutionsboende definierar han som ”...där vi inte helt är herrar i vårt eget hus, även om det finns en egen lägenhet inne i själva ”hemmet” (1998 s.31). Vidare säger han att institutionsboende innebär att man måste anpassa sig till andra (boende och personal). Självbestämmandet är begränsat och reglerna är fler. Trots detta kan man få en ”hem hemma” känsla även i det särskilda boendet om det självbestämmandet individen har motsvarar hans/hennes behov av att få bestämma.

Thorsen (1990) säger att institutionen ska vara ett hem för de boende men den ska också ge hälso- och sjukvård, omsorg, träningsmöjligheter och hjälp med det som de boende inte klarar själva. I institutionen utövar man alla dagliga aktiviteter under ett tak, som sömn, arbete och hobby. En institution kännetecknas också av att det ofta är andra som fattar beslut som rör ens dagliga liv. Storleken och det faktum att man samlar många människor med likartade problem på ett ställe blir en markering gentemot omvärlden.

De äldre har efter pensioneringen vant sig vid att styra sin tid. Agich (1993) säger att institutionens struktur ger en annan dagsrytm än de äldre är vana vid. Rytmen bestäms mer av personalens arbetstid än av vårdtagarens behov. När man får stiga upp, bada och äta bestäms mer av personaltillgång och skiftbyten än av de äldres önskemål. Elander & Hermerén (1989) beskriver också de organisatoriska hinder som finns för de äldres självbestämmande såsom personaltillgång, scheman, tider och central tillagning av mat som inte ger några större valmöjligheter.

Inbyggt i institutionen ligger alltså ett minskat självbestämmande. Har den äldre flyttat till det särskilda boendet på grund av fysiska svårigheter innebär detta också att världen ”krymper”. Man kan inte göra allt det som man varit van att göra, till exempel gå till affären, hälsa på vänner eller bara ta en promenad när andan faller på. Detta behöver man hjälp med vilket kanske inte alltid är så lätt att be om. I en tidigare uppsats (Jormfeldt, 1997) där jag intervjuade tre äldre kvinnor framträdde tydligt deras rädsla för att vara till besvär. Att inte våga be om ”det lilla extra” av rädsla för att personalen ska tycka illa om dem.

När man som äldre flyttar till ett särskilt boende innebär det att man automatiskt får ett minskat självbestämmande. Individuella orsaker som till exempel sjukdomsbild kan påverka graden av självbestämmande. Det kan ha organisatoriska orsaker (personal, tid mm). Det kan också bero på att anhöriga "lägger sig i" ekonomi och annat (Elander & Hermerén, 1989). Den äldre måste anpassa sig till andra boende, vilka man oftast inte valt att bo tillsammans med. Man måste leva upp till personalens förväntningar när det gäller beteende och handlingar, helt enkelt passa in i mallen.

## 2.2 Personalen i det särskilda boendet

Av de som bor i särskilda boendeformer är majoriteten kvinnor. Omsorgen ges i stor utsträckning av kvinnor till kvinnor. För inte så länge sedan var den informella omsorgen, det vill säga kvinnors oavlönade omsorg i hemmet, den omsorg som fanns att få. När den formella omsorgen utvecklades rekryterades personalen nästan enbart bland kvinnor. Enligt Ström (1997) har på detta sätt den kvinnokultur som funnits i hemmen förts över till den formella omsorgen. Detta är en del av det som Eliasson (1995) kallar för omsorgsrationalitet. De förmågor som kvinnokulturen anses ha utvecklat bygger på hänsynstagande, samarbete och känslomässigt engagemang. Detta är förmågor som tillskrivits kvinnor som inre kvaliteter istället för förmågor som kommer till uttryck i mötet mellan människor. Eliassons egen definition av begreppet omsorgsrationalitet blir istället "*att utifrån konkret kunskap och situationsförståelse kunna hantera - och orka leva med - konflikter mellan motstridiga principer och grundläggande värden.*" (1995, s. 213).

Vad händer då när vård och omsorg organiseras utifrån manliga normer? Det förekommer många omorganiseringar idag i kommunerna. Dessa omorganiseringar genomförs i många fall efter männens förutsättningar. Det innebär en specificering och en avgränsning av arbetsuppgifterna, större krav på formell och högre utbildning och krav på en ökad effektivitet. I sådana organisationer finns mindre och mindre plats för förmågor som hänsynstagande och känslomässigt engagemang. Samtidigt är det, paradoxalt nog, det som oftare efterfrågas i t ex anställningsannonser under beteckningen "social kompetens". Omsorg om människor tar tid, olika människor har olika behov och omsorgen måste då få ta olika lång tid hos olika människor. Det är en förutsättning för att man ska kunna betrakta varje människa som en unik individ. Szebeheley (1995) menar att det är en förutsättning att vårdpersonalen kan påverka sin arbetssituation och skapa handlingsutrymme för att de äldre i sin tur ska

kunna ha något inflytande över sin vardag. Vårdpersonalen, vårdbiträde och undersköterskor, har en underordnad roll i organisationen. De är de som utför de konkreta omsorgsarbetet och står närmast omsorgstagaren. Arbetsledare, äldreomsorgschefer och socialchefer styr arbetet och socialnämnden utformar de regler och riktlinjer de har att arbeta efter. Det som främst styr deras arbete är socialtjänstlagen. Silfverberg (1996) skriver att de lagar och normer som är vägledande för personalen i deras arbete har de inte själva varit med och utformat. Trots detta är det personalen som ska förvandla denna teori till praktik i mötet med den äldre. När tid och pengar tryter uppstår konflikter. Det kan vara svårt att leva upp till principerna om självbestämmande och integritet om inte resurserna finns för att förvekliga dem. Mattiasson & Andersson, (1991) menar också att personalen tolkar och efterlever lagstiftningen olika beroende på hur situationen ser ut och vilka personer som är inblandade.

Arbetsgruppen spelar en stor roll för personalen. Silfverberg (1996) beskriver mest de positiva sidorna av grupp tillhörigheten. Enligt henne är det i gruppen som kunskaper och yrkesidentiteten utvecklas men också normerna för personalens agerande. I värdigt bemötande - går det att lära? (SoS 1997:17) nämns att sättet att bemöta vårdtagarna bestäms, på gott och ont, i arbetsgruppen. Ibland blir lojaliteten mellan vårdpersonalen viktigare än vårdtagarens behov. Där beskrivs också hur nya kunskaper och idéer efter utbildning ses med skepsis av gruppen. Silfverberg (1996) beskriver hur man i arbetsgruppen diskuterar, utbyter sorger och glädjeämnen. Ett av vårdbiträdena som hon intervjuat berättar hur hon ser arbetsgruppen som en säkerhetsventil, där hon kan prata av sig för att inte "pysa över" hos vårdtagaren.

Om det är arbetsgruppen som anger normerna för bemötandet av vårdtagaren måste det vara viktigt att arbeta mer med arbetsgrupperna, för att få till stånd ett bättre bemötande som innebär respekt för äldre människors självbestämmande. Metoder som kan vara användbara för att arbeta med gruppen kan vara handledning, rollspel och fortbildning.

### 2.2.1 Personalens utbildning

I *"Värdigt bemötande - går det att lära?"* (SoS 1997:17) ställer man frågan om utbildningsnivå spelar någon roll för hur man bemöter vårdtagaren? Kan man lära sig ett gott bemötande eller är det personliga egenskaper som är så fast rotade hos den enskilda vårdpersonalen att de inte låter sig förändras?



I utredningen visar man att varken gymnasieutbildningarna inom vård- och omsorg, komvuxutbildningar eller den praktik som ingår i utbildningarna lägger särskilt stor vikt vid etik och bemötande. Där kommer man också fram till att de studerande som i undervisningen fått arbeta mer med rollspel, diskussioner och egna intervjuer var de som var mest nöjda med bemötandedelen i undervisningen. Utredningen visar också att det var dessa personerna som hade ett språk för att reflektera kring sitt eget förhållningssätt i praktik och yrkesliv. Att tala om bemötande och sitt eget förhållningssätt är svårt. Dels måste man ha ett språk för att tala om psykologiska och känslomässiga frågor. Dels måste man uppmärksamma och inse vikten av sitt eget handlande i etiska konfliktsituationer. I utredningen uppmärksammades intervjupersonernas svårigheter att tala om bemötande. Detta tolkades som att frågorna i intervjun väckte känslor av otillräcklighet, att inte ha tid, orka eller kunna ge vårdtagaren vad den behövde. Kanske blev man också påmind om de gånger man faktiskt inte levt upp till ett gott bemötande.

Silfverberg (1999) menar att det är genom samtalet som vi kan lära oss att hantera etiskt svåra situationer. *”Vi klargör våra egna tankar, när vi hör vad vi själva säger. Genom att lyssna till andras erfarenheter kan vi få nya infallsvinklar på problematiska situationer.”* (Silfverberg 1999, s. 63). Som redskap för att kunna uppnå detta nämner hon handledning där man genom dialogen gör nya erfarenheter och övar upp sin omdömesförmåga. Även i inledningen till *”Det goda mötet”* (2000) nämner man att det främst är genom diskussioner kring egna erfarenheter och funderingar som man som personal kan utveckla sitt eget bemötande.

I rapporten *Äldrevårdens svaga länkar* (SoS 1996:17) sägs att vid en mätning med KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv) visar det sig att de äldre i stort sett är nöjda med den vård och omsorg de får när det gäller medicinsk behandling/omvårdnad, miljö och utrustning. De områden som de äldre var minst nöjda med var personalens individorienterade förhållningssätt. Detta beskrivs som innehållande fler faktorer än bemötande, till exempel innebär det att se och bekräfta den enskilda vårdtagaren som en unik person. Detta stämmer till en viss del med en kvalitetsstudie av äldreomsorgens särskilda boendeformer (Andersson, 1994). Här säger författaren att några av de äldre som intervjuats efterlyste mer kunskaper i människokännedom hos personalen. *”Att kunna sätta sig in i hur den boende har haft det tidigare för att kunna förstå hur man gör på bästa sätt nu”* (Andersson, 1994, s. 16). I *Äldrevårdens svaga länkar* (SoS 1996:17) ställer man frågan om det är möjligt att lära sig ett gott bemötande eller om det är något medfött. Författarna menar att det till vissa delar är

möjligt. Deras förslag på hur detta ska gå till stämmer överens med Silfverbergs (1999). Det är genom handledning, i samtalet som man kan få en bild av hur man själv handlar i vissa situationer. Utifrån detta kan man sedan öva upp sin förmåga att bemöta vårdtagarna på ett personligt sätt. Men för att kunna uppnå detta måste enligt författarna minst tre förutsättningar vara uppfyllda:

- ”(1) Mågruppen, dvs de som skall delta, måste vara motiverade.*
- (2) Lärarna/handledarna för utbildningen måste vara kompetenta inom området.*
- (3) Organisationens ledning måste aktivt visa att man stöder denna verksamhet.” (SoS-rapport 1996:17, s.34)*

### **2.2.2 Hur ska man vara för att vara en god vårdare?**

I de flesta dokument talar man om de övergripande mål som personalens handlingar är tänkta att befrämja. I socialtjänstlagens 1§ (SFS 1980:620) talar man om att verksamheten ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. I 7a§ sägs att insatserna ska vara av god kvalitet och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. I lagen definieras inte detta närmare men i förarbetet till lagen (prop. 1997/98:113) framgår det att detta förutsätter att man ser den äldre som en individ och respekterar dennes egenskaper, vilja och önskemål. Några lämpliga egenskaper hos personalen är enligt propositionen lyhördhet, inlevelseförmåga och förmåga att samarbeta med enskilda individer.

Silfverberg (1996, s. 160) har konstruerat ett ”utkast till en dygdelista” där hon beskriver vilka dygder hos personalen som motsvarar olika handlingsområden. Listan omfattar dygderna flexibilitet, lyhördhet, förmåga att föra en dialog och förståelse för andras integritet. Dessa krävs enligt Silfverberg för att handla så att man i nämnd ordning respekterar självbestämmandet och integriteten, främjar ett normalt liv, främjar samspel, kunskapsutveckling och människors tillit. Senare utvecklar Silfverberg (1999) denna dygdelista till att omfatta tretton dygder istället för fyra. Några av de hon tar upp utöver de jag redan nämnt är bl a klokhet, förmåga att ta sitt samvete i bruk, reflektion och mod. En dygd är för Silfverberg det vi har inom oss som avgör hur vi väljer att handla i en situation ” *Det dygdiga valet innebär att göra den rätta bedömningen och utföra den rätta handlingen på rätt plats och vid rätt tillfälle- men också att svara med passande känslor.*” (Silfverberg 1999 s.

99). I äldrevårdens svaga länkar (SoS-rapport 1996:17) talar man också om att det är personalens självuppfattning/självbild som avgör hur man uppfattar och handlar i en situation.

Sammantaget kan sägas att det går att tillägna sig ett bättre bemötande och att det kan ske först och främst genom samtalet. Formerna för detta kan variera. Det kan ske till exempel genom handledning eller diskussioner. Gemensamt är att det kräver ett aktivt deltagande.

## **2.3 Vad styr verksamheten ?**

Den kommunala omsorgsverksamheten styrs som jag tidigare nämnt av socialtjänstlagen och kommunala regler och riktlinjer. Även regeringens propositioner styr i den mån de blir antagna av riksdagen. I den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98: 113) anger regeringen hur äldreomsorgen ska se ut i framtiden. Vad säger då dessa lagar och dokument om äldre människors rätt till självbestämmande ?

### **2.3.1 Socialtjänstlagen**

Autonomiprincipen är en av de mest utmärkande principerna i socialtjänstlagen. Portalparagrafen, 1 § socialtjänstlagen betonar att insatserna ska bygga på rätten för den enskilde att själv bestämma över sin situation ( Norström & Thunved, 1994). I ändringarna av socialtjänstlagen (19 § SFS 1997:740) har regeringen funnit behov av att ytterligare stärka de äldres rätt till självbestämmande. I 19 § socialtjänstlagen anger man än en gång, men med betoning på äldre människor, att verksamheten ska bygga på respekt för självbestämmande och integritet.

I socialtjänstlagens 7a § (SFS 1980:620) sägs att insatserna ska vara av god kvalitet och att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. I lagen definieras inte detta närmare men i förarbetet till lagen (prop. 1997/98:113) kan man se att detta förutsätter att man ser den äldre som en individ och respekterar dennes egenskaper, vilja och önskemål. Några lämpliga egenskaper hos personalen är enligt propositionen förmåga att visa lyhördhet, inlevelseförmåga och förmåga att samarbeta med enskilda individer.

De enda undantag man kan göra från principen om självbestämmande när det gäller äldre människor är omhändertagande med stöd av någon tvångslag. De lagar som kan bli aktuella är

då LPT (Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård) eller smittskyddslagen. Det är bara i de här fallen som någon form av tvång får användas inom vården och dessa lagar har strikta föreskrifter om när de får användas och vem som har rätt att fatta beslut om tvångsvård.

### **2.3.2 Andra centrala dokument**

I Socialtjänstpropositionen (1996/97:124) slår regeringen fast att *"varje människa skall betraktas som en unik individ med en egen individuell livshistoria, med en egen uppfattning om och rätt att bestämma hur hon vill leva sitt liv"*. Människor som är beroende av hjälp för att klara det dagliga livet är speciellt utsatta. De behöver hjälp att klara av det allra mest personliga och i situationer som rör t ex personlig hygien eller andra djupt personliga behov är det viktigt att respektera individens självbestämmande och integritet.

I den Nationella handlingsplanen för äldreomsorgen (prop. 1997/98: 113) beskriver man några konkreta situationer där självbestämmandet ska respekteras. Det som nämns är att de äldre själva ska få välja sina sovtider samt ges möjlighet att få äta det man tycker om. Regeringen har på detta sätt velat stärka möjligheterna till självbestämmande också hos de som har svårast att göra sin röst hörd. Anledningen till detta är att bristen på respekt för individens självbestämmande och integritet har uppmärksammats i olika sammanhang. Uppföljningen av Ädelreformen (SoS 1996:2) visade brister på detta och att det många gånger handlar om osynliga och omedvetna kränkningar av självkänsla och värdighet. Detta har varit grunden till att regeringen tillsatte en särskild utredning (Dir. 1995:59) i syfte att analysera bemötandet av äldre. Detta gjordes alltså 1995, vilket var långt före de skandaler inom äldreomsorgen som massmedia gjort oss uppmärksamma på de senaste åren. Utredningen har lagt fram fyra delbetänkande, två av dem är intressanta här. Den ena skildrar brister i bemötande, Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51), och den andra skildrar goda exempel på bemötande, Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52).

I (SOU 1997: 51) är syftet att analysera och kartlägga brister i bemötande av äldre och ge förslag till hur bristerna ska undanröjas. Där sägs att begreppet bemötande är svårt att definiera men tyngdpunkten ligger på självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. De brister som dominerar i utredningen är brister i individualisering av vård och omsorg och individuellt bemötande. Äldre människor ses alltför ofta, som en grupp där alla har samma

behov och önskningsar. De äldre ses som objekt och ur detta uppstår kränkningar och ibland övergrepp.

De konkreta brister som beskrivs är bland annat

- bristande information om vardagens rutiner (ex ändrade tider för hjälp eller byte av personal)
- personalen är ej rädd om den enskildes personliga ägodelar och bryr sig ej om placering för tillgänglighet.
- att endast få gå på toaletten när personalen har tid
- städning sker utan omtanke om hur den enskilde vill ha det
- bli serverad kall, smaklös mat
- opersonlig, stressig matning
- brister i ett aktivt och engagerat lyssnande- även för dem som ej kan kommunicera annat än med kroppsspråk.

De åtgärder som förespråkas är bl a stärkt tillsyn, ökad utbildning och fortbildning av personal (främst när det gäller etik), översyn av personalens arbetsinnehåll och möjligheter för enskilda att framföra klagomål.

SOU 1997:52 skrevs för att balansera bilden av äldreomsorgens vardag men också för att ge goda exempel som kan stimulera till förändringsarbete och nytänkande. Där ges exempel på aktiviteter för utbyte av idéer och erfarenheter t ex "lärande granskning" där vårdpersonal från olika enheter granskar varandras sätt att arbeta och ger konstruktiv kritik. Ett annat exempel beskriver hur man på ett gruppboende arbetar med äldre som betraktats som svåra och aggressiva. De äldre mår bättre genom att personalen lyssnar och lär känna dem i grunden. De försöker också följa de äldres egna rutiner och vanor istället för att de äldre ska följa verksamhetens.

### **2.3.3 Hemvårdsnämndens inriktningsmål i Halmstad kommun**

I Halmstads kommun har hemvårdsnämnden fastställt inriktningsmål för verksamheten (antagna 931215, §129). Det är övergripande mål som bygger på socialtjänstlagens principer och värderingar. De generella målen för nämndens verksamhet säger bl a att valfrihet skall

vara vägledande för omsorgen. Inflytande över omsorgen skall kunna ske genom bland annat brukarråd.

Om självbestämmande säger målen bland annat att:

- de äldre skall ges möjlighet att leva och bo självständigt
- omsorgen ska anpassas efter den enskildes behov
- omsorgen ska bygga på respekt för människans självbestämmande och integritet.

För att uppnå detta anger nämnden att det är viktigt att ha personal med lämplig utbildning och människosyn och att satsa på två- eller flerspråkig personal och fortbildning.

## 2.4 Autonomi

I alla etiska teorier spelar respekten för andra människors autonomi och rätt att fatta autonoma beslut en stor roll. Det råder dock stor oenighet om hur autonomi definieras och vad som associeras med autonomi. Ordet härstammar från grekiskans *autos* (själv) och *nomos* (bestämma). Det användes först i betydelsen autonoma stater d v s självstyrande stater men har sedan utvidgats till att gälla individer och då i betydelsen personlig autonomi. I det begreppet ligger olika betydelser såsom självbestämmande, frihet, oberoende och frihet i val och handling.

Det finns två filosofer som har varit viktiga för utvecklingen av autonomibegreppet, den tyske 1700-talsfilosofen Immanuel Kant och den engelske 1800-talsfilosofen John Stuart Mill. Kants autonomibegrepp fokuserar på vilka egenskaper som kännetecknar en autonom person. Han menar att vi måste respektera människors rätt att bestämma över sig själva. *"Det är inte tillfyllest att vi, av vilket skäl det vara månne, tillskriver vår vilja frihet om vi inte har tillräckliga skäl att tillräkna alla förnuftiga varelser densamma"* (s. 76 sv. övers, J, Retzlaff, 1997). Enligt Kant ska man, i moraliska frågor, handla enligt allmänt acceptabla regler och plikter. Det innebär att jag måste kunna tänka mig att det sätt jag handlar på även måste gälla för andra i liknande situationer. Mill å andra sidan fokuserar på vad som kännetecknar autonoma handlingar. Han säger att social kontroll över individuella handlingar är nödvändigt bara för att förhindra att andra människor skadas (Mill, 1985, först utgiven 1859).

**Det finns många teorier om autonomi och nästan alla framhåller följande två förutsättningar som viktiga**

- 1) frihet från kontrollerande inflytande
- 2) förmåga till avsiktlig handling

Att vara en autonom person innebär att man råder över sin egen person, är förnuftig, medveten och oberoende av andra i sina val och beslut. Många teorier presenterar ett autonomiideal som ligger utom räckhåll för "normala väljare". Det kräver att en autonom person ska vara herre över sig själv, konsekvent, oberoende, vara den som fattar beslut och ha helt egna värderingar och en egen tro som är oberoende och opåverkad av andra. Detta innebär att väldigt få personer eller de val som någon gör är helt autonoma. Även autonoma personer misslyckas ibland med att själva fatta beslut på grund av tillfälliga begränsningar beroende på sjukdom eller andra tillstånd som begränsar möjligheterna. Å andra sidan kan personer som generellt sett ej är autonoma (mentalpatienter som ej kan svara för sig själva) ibland göra autonoma val t ex när det gäller vad de ska äta eller vägra medicinering. Många människor kan också acceptera stora inskränkningar i sin självständighet om det sker på ett anständigt sätt t ex i skolor, på arbetsplatser eller i hemmet (likaså i det särskilda boendet).

Collopy (1988) menar att autonomi inte innebär att en person måste behärska alla omständigheter eller vara helt oberoende av inflytande och påverkan utifrån. Alla människor begränsas av tid, rymd, historia, samhälle och personlighet.

Eftersom väldigt få personer eller de val de gör är helt autonoma talar Beauchamp & Childress (1994) om respekten för autonomi istället. Att respektera någon som en autonom person innebär att man erkänner den personens rätt till egna åsikter, att göra val och handla utifrån personlig tro och värderingar även om personen inte är helt fri och har möjlighet att själv handla utifrån sina beslut. Sådan respekt omfattar inte bara en respektfull attityd utan också respektfulla handlingar. Det betyder att man ska handla så att man underlättar och hjälper personen att göra autonoma val. Att inte respektera autonomi innebär, å andra sidan, handlingar och attityder som ignorerar och förolämpar andras autonomi, vilket innebär ett förnekande av att alla människor är lika mycket värda.

Att autonomibegreppet i sin ursprungligaste betydelse inte är tillämpligt (och ibland rent problematiskt) när det handlar om äldre, svaga, sjuka och ibland förvirrade äldre visas av flera

författare (Agich, 1993; Collopy, 1988; Elander & Hermerén, 1989). Agich menar att man här måste granska autonomibegreppet och sätta det i relation till vardagens realiteter. Han föreslår att man lägger tyngdpunkten på den faktiska autonomi såsom den visar sig i vardagen och anlägger ett utvecklingsorienterat och fenomenologiskt (hur vi uppfattar världen och dess företeelser genom våra sinnesintryck) perspektiv på autonomi. Detta innebär att personalens handlingar, i relation till vårdtagaren, måste bygga på en tro på vårdtagarens egen förmåga och en förståelse för deras upplevelser. Men också att personalen har en vilja att se på sina egna handlingar och innebörden i dem. Enligt Elander & Hermerén (1989) skulle de flesta sjukhemspatienter kunna fatta många fler beslut om de tilläts och uppmuntrades att göra det.

Inom äldreomsorgen är autonomi ett problematiskt begrepp. Autonomi är grunden för bemötandet och måste vara det vi strävar efter men när det handlar om äldre, försvagade personer bör man istället för det renodlade autonomibegreppet utgå från respekten för den faktiskt situationsbundna autonomi.

#### **2.4.1 Att vara kompetent**

Beauchamp & Childress (1994) beskriver kompetensbegreppet och dess innebörd. Kompetensbegreppet fokuserar på människors möjligheter till ett adekvat beslutsfattande ur ett lagligt eller psykiskt perspektiv. När det gäller förmågan att fatta beslut har lagen tidigare antagit att en person som inte kan sköta sina tillgångar inte heller är kapabel att t ex rösta, gifta sig eller fatta medicinska beslut. En person är kompetent att fatta beslut om personen har:

- förmåga att förstå information
- förmåga att bedöma informationen utifrån sina egna värderingar
- förståelse för följderna av det fattade beslutet
- förmåga att fritt kommunicera sin vilja

Ibland har man helt dömt ut en person och sagt att om en människa är inkompetent att fatta beslut i en situation så gäller det i alla andra situationer också. Många människors kompetens att fatta beslut varierar beroende på vilken situation det gäller. Olika personer har olika förmågor och alla kompetenta individer är inte lika kapabla och alla inkompetenta är inte lika inkapabla att fatta beslut (Beauchamp & Childress, 1994) (Collopy, 1988). Att förmågan kan variera från dag till dag och att en person kan vara kapabel att fatta en del beslut men inte andra vid samma tidpunkt beskrivs av Elander & Hermerén (1989).



#### 2.4.2 Paternalism

Paternalism är ett begrepp som är svårt att förbigå när man talar om autonomi. Paternalism innebär att man tar på sig rätten att bestämma vad som är bäst för någon annan utan dennes medgivande med motiveringen att det är för personens "eget bästa". Är det en person som är under 18 år (dvs ett barn) är det reglerat i lag och oftast accepterat. När det handlar om myndiga personer blir det mer komplicerat. Enligt Beauchamp & Childress, (1994) innebär paternalism alltid någon form av inblandning eller vägran att föga sig i den andras uppfattning om vad som är bäst för dem. Detta kan då göras med tvång, maktutövande, manipulering, lögn mm.

För människor som inte är kompetenta att fatta beslut på grund av allvarlig sjukdom (okontaktbara, oförmögna att kommunicera) kan paternalism vara nödvändigt och oundvikligt. Vi talar då om "svag" paternalism vilket innebär att man gör något gott för en annan människa utan att inhämta dennes medgivande. Ofta beroende på att det inte är möjligt att kommunicera eller för att förhindra att personen skadar sig på grund av att beslutet eller handlingen inte grundar sig på autonoma, rationella val. Att ta över beslutsfattandet för en äldre person med grav demens som irrar ut i kyligt väder utan ytterkläder för att gå hem till "mor" är nödvändigt. Personen kan komma till skada beroende på att sjukdomen gör personen ur stånd att fatta rationella beslut. Beauchamp & Childress diskuterar om "svag" paternalism kan betraktas som egentlig paternalism eftersom de val eller handlingar personen gör ligger utanför dennes självkontroll (de förtjänar att skyddas, det är en rättighet). "Stark" paternalism å andra sidan innebär att ta över beslutsfattandet för att man vill göra gott och anser att man "vet bäst" utan att ha inhämtat personens medgivande. Trots att personen kan anses som i huvudsak autonom och rationell (Beauchamp & Childress, 1994). Det innebär att göra personen "moraliskt omyndig" (Tranöy, 1994). Inom äldreomsorgen är detta inte alltför ovanligt. T ex när det gäller att få bestämma när man ska gå och lägga sig, gå på toaletten eller vad man ska äta.

#### 2.4.3 Empowerment

Starrin & Jönsson (2000) beskriver begreppet empowerment som enligt dem kan betraktas som motsatsen till ett paternalistiskt förhållningssätt. Det finns många komponenter som tillsammans definierar begreppet. Ofta talar man om känslan av att ha kontroll över det egna livet, tro på sin egen förmåga, vara delaktig och ha inflytande över sin situation. Att arbeta

inom äldreomsorgen innebär att arbeta så att man stärker de äldres tilltro till den egna förmågan att själva fatta de beslut som rör dem. Att uppmuntra dem och ge dem möjligheter till inflytande, ta deras åsikter och önskemål på allvar och respektera deras åsikter även om de inte stämmer överens med mina egna.

Många författare har beskrivit autonomi eller självbestämmande som en av de svåraste etiska frågorna inom äldreomsorgen. För att kunna öka personalens medvetenhet om de etiska konflikterna och deras eget handlande är det viktigt att dessa situationer kan identifieras. Vet man vilka situationer som är etiskt utmanande har man också möjlighet att reflektera över dem. Därmed ökar de äldres möjlighet till självbestämmande (Nordenfelt,1991; Collopy,1988; Mattiasson & Andersson, 1991 ; Elander & Hermerén, 1989).

I en artikel beskriver Mattiasson & Andersson (1991) en undersökning om inställningen till sjukhemspatientens autonomi där de har använt sig av fallbeskrivningar utifrån Collopys autonomipolariteter. Studien omfattar både ett patient- och personalperspektiv samt ett organisationsperspektiv. Olika personalgruppers inställning och deras uppfattning om avdelningens beslut har mätts på en 9 gradig skala, man har också motiverat med egna ord. Resultatet av undersökningen är att ungefär hälften av personalen anser att patientens vilja ska stödjas när personalens individuella inställning tillfrågas. När personalen tillfrågas om hur de tror att avdelningens beslut skulle bli tror bara en fjärdedel att patientens beslut skulle stödjas.

I detta kapitel har jag redogjort för den teoretiska bakgrunden till undersökningen. Det finns dock ytterligare en modell som är den som undersökningen bygger på nämligen Collopys autonomipolariteter. Den ligger till grund för såväl utarbetande av fallbeskrivningar som analys av materialet. I följande kapitel redovisas autonomipolariteterna ingående tillsammans med resultat och analys.

### **3. UNDERSÖKNINGEN**

Undersökningen grundar sig på en enkät som delades ut till vårdpersonal på sex äldreomsorgshem i Halmstad kommun. Enkäten nåddes av 110 personer av 160 möjliga. 107 personer

besvarade enkäten. Enkäten (bil.2) bestod av en del med fasta svarsalternativ och en del där respondenterna kunde svara med egna ord. Jag har valt att redovisa Collopys autonomipolariteter tillsammans med resultat och analys för att förenkla för läsaren. Genom att samla allt på ett ställe är det min avsikt att göra materialet mer sammanhängande och undvika för många upprepningar. Även när det gäller frågorna kring socialtjänstlagens och utbildningens betydelse har jag valt att redovisa resultat och analys tillsammans. Detta för att få en enhetlig redovisning. I det följande ger jag en närmare beskrivning av var och en av Collopys autonomipolariteter.

### **3.1 Collopy sex autonomipolariteter**

Collopy menar att ett av de största etiska problemen inom äldreomsorgen handlar om den personliga autonomin. När svåra frågor dyker upp, är det då de äldres självbestämmande eller personalens beslut och rutiner som ska styra vården. Ofta kan personalen ta över beslutsfattandet i bästa välmening och på så sätt kan intrång i de äldres självbestämmande göras utan att man reflekterat över vad det innebär för omsorgstagaren. Problemen kan handla om konflikter mellan

frihet	-	det som anses vara bäst för den äldre
självbestämmande	-	beroende av andra
egna val	-	kollektiv vård

Om det är personalen som fattar dessa beslut (även om det sker i bästa välvilja) utan att reflektera över konsekvenserna, blir resultatet en kontrollerande vård. Inte för att göra skada utan helt enkelt beroende på den makt man har som personal i relation till omsorgstagaren.

Respondenterna ombads i enkäten att utifrån korta fallbeskrivningar beskriva med egna ord hur de anser att man bör handla i fallet. En del svar har varit mycket utförliga och en del korta och koncisa. Det sätt som respondenterna uttrycker sig på varierar men det huvudsakliga förhållningssättet har i de flesta fall varit tydligt. Fortsättningsvis kommer jag att redogöra för en polaritet i taget. Jag ger korta exempel som illustration till polariteten. I samband med varje polaritet redovisar jag också resultat och analys för de fallbeskrivningar som kopplas till just den polariteten.

#### **För att analysera enkätsvaren har jag skapat tre kategorier som jag benämner**

- *Stödjare* – vilket innebär att man handlar så att man stödjer den äldres beslut eller ger den äldre möjligheter och resurser så att man underlättar och hjälper dem att fatta och genomföra egna beslut.

- *Undvikare* – varken stödjer eller begränsar. Personalen kompromissar eller lägger beslutet hos en tredje person och slipper själv ta ställning. De kan dock inte veta hur utfallet blir.
- *Begränsare* – man tar inte hänsyn till den äldres beslut, anser att man vet bäst som personal. I vissa fall kan det vara begränsande att lämna någon som fattat ett beslut helt åt sitt eget öde.

Utifrån vad Collopy säger och min egen tolkning har jag sedan hänfört respondenternas svar till någon av dessa tre kategorier. Under varje polaritet förs också ett resonemang kring respondenternas svar i förhållande till Collopys autonomipolariteter.

### **COLLOPYS SEX AUTONOMIPOLARITETER**

- **Negativ/positiv autonomi**
- **Kompetent/inkompetent autonomi**
- **Direkt/delegerad autonomi**
- **Äkta/oäkta autonomi**
- **Beslutande/verkställande autonomi**
- **Omedelbar/långsiktig autonomi**

Figur 1: Collopys autonomipolariteter

#### **3.1.1 Negativ/positiv autonomi**

Denna polaritet har utvecklats utifrån den filosofiska diskussionen om fri- och rättigheter. Där skiljer man mellan negativ autonomi (krav på icke-ingripande) och positiv autonomi (krav på ett berättigat stöd) (Beauchamp & Childress, 1994; Collopy, 1988; Young, 1986). Negativ autonomi betyder icke-ingripande och förebygger tvång och kontroll. Det anger att individens självbestämmande ska vara fritt från påverkan och ingripande. Negativ autonomi förbjuder inblandning i andra människors beslut, även om det görs i bästa välmening eller för att förhindra skada. Positiv autonomi anger hur individens autonomi bör understödjas. Respekten för autonomin innebär en skyldighet att handla så att man underlättar för personen att fatta sina egna beslut och en skyldighet att tillhandahålla resurser och möjligheter för ett eget beslutsfattande om än i begränsad form. Att uppmuntra, stödja och stärka personens eget beslutsfattande kräver mycket mer tid och engagemang än att låta bli att blanda sig i.

Balansen mellan dessa två poler är viktig eftersom en "icke-ingripande" attityd kan leda till att den äldre personen försummas och negligeras. Collopy anser att en alltför "understödjande" attityd kan leda till att personalen gör för mycket, tar över sådant som de äldre klarar själva och det kan leda till inlärd hjälplöshet, överbeskydd och kontroll. För att upprätthålla balansen

är det viktigt att försvara den negativa autonomin men också att se bakom den för att upptäcka och tydliggöra när det är personalens plikt att arbeta för att stärka och stödja de äldres egna beslut.

Positiv autonomi väcker också frågor som – hur långt ska personalen gå i sina ansträngningar att uppmuntra och stödja någon som inte vill samarbeta? Ett exempel handlar om en man på ett äldreboende som efter en tids sjukdom får en rullstol pga trötthet. Det är bara tillfälligt tills mannen återfår orken. Mannen trivs så bra med rullstolen och de fördelar han upplever att den för med sig att han inte gör några som helst försök till att gå själv. Den negativa autonomin innebär att han har fattat sitt beslut och att man inte ska ingripa. Den positiva autonomin innebär å andra sidan att man ska uppmuntra och stödja honom och försöka få honom att gå igen. Detta för att stärka hans självkänsla och hans oberoende.

Fallbeskrivningen som personalen skulle ta ställning till här handlar om Karls behov av hjälp med städning.

Karl är 81 år och bor på ett särskilt boende för äldre. Han har aldrig varit gift utan levt ensam hela sitt liv. En syster har han god kontakt med och hon besöker honom ofta. Han har själv skött hushållet, städad, lagat mat och tvättat. Han städar och tvättar själv nu också och tycker att det går riktigt bra. Det är lite dåligt med orken så ibland orkar han inte städa men är nöjd ändå. Personalen erbjuder honom hjälp med städningen men Karl avböjer. Personalen märker snart att det blir smutsigare och smutsigare i Karls lägenhet.

### *Resultat*

Personalen bör övertala Karl att ta emot hjälp med städningen ansåg 36 % av respondenterna. De svarar bland annat *"Personalen kan med jämna mellanrum prata med Karl om hjälp med städningen. Så småningom kanske han tar emot hjälp..."*. 26 % har svarat att man ska städa tillsammans med Karl och har uttryckt att *"Man kan erbjuda Karl att man hjälps åt med städningen. Det blir roligare om man städar tillsammans"*. Be system om hjälp för att försöka övertala Karl har 12 % svarat. De 12% som har svarat *"man får gå in och städa och plocka när han inte är på rummet t ex vid måltid, fotvård"* och *"... smyga in med städningen utan att han knappast märker det, skapa förtroende"* har jag hänfört till gruppen *"smyga in hjälpen"*. De har inte uttryckt att man bör diskutera saken med Karl eller städa tillsammans. Att Karl bestämmer själv ansåg 8 %. De svarar bland annat *"personalen ska inte bestämma hur han har det, är han nöjd med att ha det smutsigt så ska han ha det"*. 6 % ansåg att personalen bör bestämma om det blir för smutsigt *"om man bor tillsammans med andra så"*

*måste personalen få bedöma om det behövs städas eller ej....Karl, måste rätta sig efter personalens önskemål". (tab.9).*

**Tabell 9: Positiv/negativ autonomi**

	Antal	Procent
Karl bestämmer	8	8
Personalen bestämmer	6	6
Övertala Karl	37	36
Smyga in hjälpen	13	12
Städa tillsammans	27	26
Be system om hjälp	13	12
Totalt	104	100
Ej svarat	3	
Totalt	107	

#### *Analys*

Enligt Collopy anger denna polaritet hur de äldres beslut bör stödjas. Negativ autonomi innebär i Karls fall att han själv bestämmer och att ingen skall påverka eller kontrollera honom. Positiv autonomi anger att man bör stödja Karl och underlätta för honom att själv fatta beslut.

Karl har själv avböjt hjälp med städningen och vill klara sig själv. De som ansåg att Karl bestämmer, att personalen kan erbjuda sig att städa tillsammans med Karl eller att man bör övertala Karl att ta emot hjälp tolkar jag som att man stödjer Karls beslut eller erbjuder honom hjälp utan tvång. För Karl kan givetvis de olika sätten att bli bemött få olika konsekvenser. De som stödjer Karls beslut stärker hans självförtroende men att slå sig till ro med att Karl bestämmer och sedan inte bry sig mer leder till att man försummar honom. Att erbjuda honom hjälp upprepade gånger ger honom valmöjligheter och en chans att ändra sig. Försöka övertala honom kan vara problematiskt. Det gäller att vara lyhörd för om man går för långt och blir påstridig. Eller om övertalningen lyckas, har man lyssnat på svaret eller "kört över" Karl.

Att städa tillsammans ger Karl en möjlighet att fortsätta leva ungefär som han varit van vid. Be system om hjälp att prata med Karl om städningen tolkar jag som att man överläter beslutet å någon annan och då behöver man inte längre brottas med problemet. De som

undviker att ta ställning varken stödjer eller begränsar eftersom man undviker konflikt och fortfarande ger Karl en möjlighet att bestämma. Be Karls system om hjälp kan kanske vara ganska oproblematiskt eftersom Karl har god kontakt med henne men han kanske ändå inte vill att personalen gör det utan hans vetskap. Det kan göra att Karl känner sig överkörd.

De som ansåg att personalen bör bestämma när det behöver städas och de som ansåg att man skulle smyga in hjälpen eller städa när Karl inte var på rummet begränsar Karls självbestämmande.

### *Kommentar*

De som begränsar tar inte hänsyn till Karls beslut eller erbjuder honom några valmöjligheter. Om personalen fattar besluten åt honom kan han "tappa gnistan" och initiativ-förmågan och kanske inte vågar be om hjälp med annat. Märker Karl att personalen städar när han inte är på rummet så vågar han kanske inte lämna det alls. Han slutar gå ut på promenader eller att äta i matsalen.

Sammanfattning:

Stödjare – 70%

Undvikare – 12%

Begränsare – 18%

### **3.1.2 Kompetent/inkompetent (competent/incompetent) autonomi.**

Kompetent autonomi innebär att beslut och val är sunda och logiskt försvarbara. Inkompetent autonomi innebär att beslut och val som individen gör är ologiska och irrationella. Vad som utmärker en kompetent person är en mycket svår etisk fråga. Vem ska avgöra om en person är kompetent eller inte? Gäller det i alla situationer? Om det skiftar, när och hur skiftar det? Vems värderingar är det som styr? Om man inte reflekterar över dessa frågor är det lätt att man som personal tar över beslutsfattandet i alla situationer och utan att vara ombedd att göra det. Å andra sidan är denna frågan avgörande när det gäller beslut som den äldre fattar som kan leda till skada. Det är då det kan vara försvarbart att som personal ingripa i dessa beslut.

Frågan blir ändå, vem definierar skada? Kan "skada" graderas? Är det försvarbart att som personal gripa in om den äldre fattar beslutet "Mitt självbestämmande är viktigare än den eventuella skada jag kan utsättas för"? Ett exempel är när personalen på ett äldreboende upptäcker att en man med åldersdiabetes allt oftare äter mer och mer av de söta kakor som de

andra boende får till kaffet. Han säger att de är mycket godare än de tråkiga osötade kakor han själv får. Hans blodsocker stiger i höjden men han säger själv att "det är det värt". Är mannen kompetent att fatta beslut om vad han ska äta? Finns det andra situationer där mannens kompetens ifrågasätts? Har han fått tillräcklig information? Det som stödjer mannens självbestämmande är att diskutera, ta reda på hans inställning, informera och försöka motivera. Att begränsa självbestämmandet innebär att "köra över" hans beslut. Personalen bestämmer att han inte får äta något sött oavsett vad han säger själv. Han betraktas som inkompetent och kommer förmodligen att göra det i andra situationer också

Collpy anger att det finns en risk att distinktionen mellan kompetent/inkompetent autonomi är så svår för personalen att man när frågan uppstår har lättast att inkompetentförklara den äldre. Det är också lätt att inkompetentförklara äldre personer när deras beslut inte passar boendets normer eller personalens förväntningar. Beauchamp & Childress (1994) menar också att man måste skilja på "svag" paternalism och kriterier för kompetens. Detta för att undvika att inkompetensförklara en person bara för att hans/hennes beslut är för riskfyllt eller inte följer normerna. Om man som personal å andra sidan enbart värderar självbestämmandet i alla situationer kan verkligt inkompetenta beslut och beteenden leda till stor skada för den äldre. För att motverka detta måste man undvika generella och schablonmässiga omdömen. Bli medveten om hur etiskt svår den här frågan är och framförallt respektera de äldres egna värderingar av vad som är förståndigt och logiskt. Men också lära sig att kompetens kan vara beroende av sammanhang och skifta från situation till situation.

Den andra fallbeskrivningen personalen skulle ta ställning till handlar också om Karl men om att eliminera risker.

En dag får Karl en stroke. Han blir halvsidigt förlamad och får svårt att tala. Han övar snart upp armen och kan använda den igen. Ena benet bär honom dock inte och det är svårt att förstå vad han säger. Trots att Karl har svårt att gå försöker han hela tiden. Det får till följd att Karl ramlar och slår sig ofta. Karls syster är orolig att något allvarligt ska hända och en dag ramlar Karl och slår sig i huvudet.

### *Resultat*

Att man bör ordna hjälpmedel för att underlätta för Karl ansåg 21 %. De hjälpmedel som de flesta nämnt är olika larm och rollator "man kan ge honom något larm som larmar såfort han reser sig upp" och "Erbjuda Karl en rollator el. gåstol". Två av dessa personer talade om



kommunikationshjälpmedel *"fast Karl har svårt att tala, förstår han vad personalen säger. Om han inte kan prata kan han kanske skriva annars får man göra en bildtavla som han kan peka på...öva upp ett ord i taget..."*. Karl bör få tät tillsyn ansåg 19 %, som har uttryckt att *"Han ska få så mycket tillsyn som det går att få 18 % ansåg att man bör prata med Karl och förklara faran i att han försöker gå själv. Av dessa nämnde 5 personer att systemen kunde vara med på samtalet. "Sätta sig ner i lugn och ro och diskutera detta, kanske systemen också kan vara med" och "Man får försöka förklara för honom att han kan slå sig allvarligt och fråga om han kan be om "hjälp" när han ska gå". Gångträna ansåg 14 % "gångträna honom så mycket det går, så att han känner att han får försöka". Karl gör som han vill, "om han vill klara sig själv, låt honom göra det" har angivits av 10 %. 5 % har svarat att man bör kontakta någon expert såsom läkare eller sjukgymnast för att utarbeta en lösning. Lika många ansåg att man borde använda rullstolsbälte/bord och två personer poängterade att det skulle göras på läkarordination. Under annat har de flesta svarat att Karl borde komma till ett annat boende. Det har jag tolkat som att de missförstått frågan och utgått ifrån att han, i fallbeskrivningen bor i ordinärt boende. (tab.10)*

**Tabell 10: Kompetent/inkompetent autonomi**

	Antal	Procent
Karl gör som han vill	10	10
Tät tillsyn	19	19
Prata med Karl	18	18
Hjälpmedel	21	21
Gångträning	14	14
Kontakta experter	5	5
Använd rullstolsbälte/bord	5	5
Annat	9	8
Totalt	101	100
Ej svarat	6	
Totalt	107	

#### *Analys*

I Karls fall innebär kompetent autonomi att han är införstådd med riskerna och konsekvenserna. Karl väljer att försöka gå trots de svårigheter han har. Några har uttryckt att *"Karl är klar i huvudet så att man kan tala med honom"* och att man då kan diskutera fram gemensamma lösningar. De som har angivit att Karl behöver tät tillsyn, hjälpmedel, gångträning eller att man pratar med honom om en lösning tolkar jag som att de anser att han är kompetent att fatta sina egna beslut och att det är viktigt för honom att träna upp sig igen. Karls beslut kan då bäst stödjas genom att man ger honom möjligheter att klara sig själv så

mycket som möjligt. Att stödja Karls självbestämmande innebär att man stärker hans självförtroende. Karl kan träna upp sig och bli mer oberoende av andra. Det visar också att personalen stöttar och tror på honom.

Att kontakta experter såsom läkare eller sjukgymnast tolkar jag som att man undviker att ta ställning. Personalen kan lita till att andra ger förslag till hur man bör handla och att Karl förhoppningsvis är införstådd med det.

De som svarat att man bör hindra Karl från att gå med rullstolsbälte eller ett bord framför rullstolen tolkar jag som att Karl inte förstår sitt eget bästa och att de anser att han är inkompetent att fatta sina egna beslut. Då är det i och för sig riktigt, enligt Collopy, att någon annan tar över beslutsfattandet. Men det kan inte göras helt okritiskt. Viktiga frågor att ställa sig är; vem ska avgöra om en person är kompetent eller inte? Gäller det i alla situationer? Och vilket sätt hjälper man Karl bäst på? Låser man fast Karl i rullstolen (även om det sker i bästa välvilja) känner han förmodligen en stor maktlöshet. Har han inte gått med på det så leder det förmodligen till att han sitter och ”ropar” för att han vill komma loss och upp och gå

#### *Kommentar*

I Karls fall är hans kommunikationssvårigheter centrala. Om man inte förstår vad han säger är det svårt att veta vad han egentligen vill. De gånger han går och ramlar är han kanske på väg till något speciellt som han inte kan ge uttryck för. Endast två personer har under hjälpmedel angivit att man bör hjälpa honom att kommunicera först och främst. De som ansett att Karl gör som han vill, utan att ange någon åtgärd, brister (enligt min tolkning) paradoxalt nog i respekten för hans självbestämmande. Det innebär att man inte hjälper honom eller försöker underlätta hans beslut och det blir mer en "låt-gå" attityd. Att slå sig till ro med att Karl gör som han vill kan leda till att Karl känner sig försummad och att ingen bryr sig om honom.

Sammanfattning.

Stödjare – 72%

Undvikare – 5%

Begränsare – 15%

### **3.1.3 Direkt/delegerad (direct/delegated) autonomi.**

**Direkt autonomi innebär att individen beslutar och handlar oberoende och självständigt och med stark kontroll över egna beslut och handlingar. Delegerad autonomi innebär**

**att individen frivilligt överlåter beslutanderätten och utförandet åt någon annan. Det är viktigt att känna igen skillnaden mellan dessa poler. För svaga individer kommer självbestämmandet att stödjas och överleva längre när de kan delegera vissa beslut och handlingar till andra. En förutsättning är givetvis att dessa situationer kan identifieras. När det sker är delegerat självbestämmande, ett självbestämmande så gott som något. Lingås (1998) menar att man kan få en "hem hemma" känsla även i det särskilda boendet och uppleva att man kan fatta egna beslut om det självbestämmandet den äldre har motsvarar hans/hennes behov av att få bestämma. Ett exempel kan vara en rullstolsburen man som behöver hjälp vid sänggående. Han tycker om att titta på tv, speciellt sport, sent på kvällarna men personalen har en fast tid när de kan hjälpa honom till sängs. Mannen anser själv att han kan fatta beslut om när han ska gå till sängs. Han har inte delegerat det beslutsfattandet till personalen.**

Collopy påpekar dock att detta inte löser de etiska problemen. Att överlämna beslutanderätten åt andra kan ge upphov till många missförstånd mellan den äldre och vårdpersonalen. Har den äldre delegerat beslutanderätten i en fråga behöver det inte innebära att man har gjort det i alla frågor. Vilket kanske personalen tolkar det som. I äldrevården är det risk att bara den direkta autonomin räknas och delegering ses som att man har gett upp sin autonomi. Om man som äldre inte kan delegera något/några beslut utan att personalen tar över allt beslutsfattande måste man välja – antingen förlorar man sin autonomi eller så lämnas man ensam och får fatta alla sina beslut utan stöd och hjälp. För att motverka detta och de missförstånd som delegerad autonomi kan ge upphov till säger Collopy att man måste utveckla klara överenskommelser om vilka beslut den äldre behåller kontroll över och vilka som delegeras. När den delegerade autonomin värderas som ett utövande av autonomin ses de äldre som aktiva deltagare i omsorgens vardag. För personalen är det alltså viktigt att göra klart vilka beslut som har delegerats och vilka beslut som den äldre fortfarande vill fatta själv.

Den tredje fallbeskrivningen personalen skulle ta ställning till handlar om att besluta om inköp.

Karin är 83 år och bor på ett särskilt boende för äldre. Hon är änka sedan flera år och har tre barn. Hon är kroppsligt pigg och vital men minnet sviker. Ibland är hon glömsk och lite virrig men stundtals helt klar. När personalen frågar henne vad hon behöver från affären säger hon att det kan de bestämma för hon vet inte. Samma sak när de frågar vad hon vill ha till frukost. Karin äter vad de serverar.

### Resultat

Här fördelade sig svaren i fyra nästan lika stora grupper. Den största gruppen är de som ansåg att man bör ta med Karin till affären "hon kanske känner igen varorna när hon ser dem" och "så hon får vara med och påverka vad som handlas" ansåg 31 %. Att fråga anhöriga innebar att "fråga hennes anhöriga vad hon Karin tyckt om förut" och "samtala med barnen om vad hon varit för sorts människa tidigare" och det svarade 23 %). De 23 % som svarade att personalen bestämmer menade att man gör som Karin vill "det tycker jag är bra för personalen kan ju se vad hon behöver hemma". Att Karin och personalen bestämmer tillsammans innebar att man tillsammans går igenom vad Karin behöver, pratar med Karin och gör henne delaktig. 22 % ansåg att man bör göra detta. (tab. 11)

**Tabell 11: Delegerad/direkt autonomi**

	Antal	Procent
Ta med henne till affären Karin och personalen bestämmer tillsammans	33	31
Fråga anhöriga	23	22
Personalen bestämmer	24	23
Annat	1	1
Totalt	105	100
Ej svarat	2	
Totalt	107	

### Analys

Delegerad autonomi innebär i Karins fall att hon har lämnat över beslutsfattandet till personalen och säger att de kan bestämma vad hon behöver från affären och vad hon ska äta. Om personalen bestämmer vad Karin behöver från affären stödjer de hennes eget beslut eftersom Karin själv uttryckt detta. Om man stödjer Karins beslut att överlämna beslutsfattandet till personalen innebär det att man som personal kan lägga energi på att stödja Karin i andra beslut hon ger uttryck för att hon själv vill fatta. För Karin blir det mindre förvirrande om hon upplever att hennes beslut och personalens handlingar stämmer överens.

Att ta med Karin till affären eller fråga anhöriga om råd tolkar jag som ett sätt att lägga beslutsfattandet hos någon annan och kan ses som en medelväg. I affären kan dock Karin själv bestämma om hon vill ha något eller inte. Dessa två förhållningssätt har dock andra

positiva konsekvenser. Karin kommer ut och får andra upplevelser och kontakten med anhöriga utvecklas. De som tyckte att Karin och personalen bör bestämma tillsammans tolkar jag som en kompromiss.

#### *Kommentar*

Att flertalet undviker att ta ställning/kompromissar kan tänkas bero på att frågan om delegerad autonomi är mycket svår och krockar med andra värden som är lättare att konkretisera. Respondenterna kan ha andra utgångspunkter. Socialtjänstlagen talar inte bara om självbestämmande utan också om delaktighet och aktivering.

Enligt Collopy är ett delegerat beslut ett självbestämmande så gott som något. Karins möjligheter till självbestämmande kan överleva längre om hon kan överlåta vissa beslut och handlingar till andra.

#### Sammanfattning:

Stödjare – 23%

Undvikare – 76%

Det var ingen som ansåg att man bör begränsa Karins beslut.

#### **3.1.4 Äkta/oäkta (authentic/inauthentic) autonomi.**

Äkta autonomi inkluderar kompetensbegreppet (rationella och logiska bedömningar) men går längre än så. Fullt ut är det ett uttryck för människans identitet, mål och historia. Som vi har sett innan så har kompetensbegreppet länge varit det som har använts för att bestämma när det är försvarbart att ingripa i en annan persons val och handlingar. Collopy anser däremot att för att vi ska kunna göra en fullständig bedömning måste vi gå bakom kompetensbegreppet. Äkta autonomi består alltså av beslut och handlingar som är djupt karaktäristiska för individen med hänsyn till individens värderingar, karaktär och livshistoria. De beslut en individ fattar kan verka ologiska för personalen om de inte känner till personens bakgrund och personliga värderingar.

Oäkta autonomi består av beslut och handlingar som är avvikande från individens livshistoria och personliga värden. För att bedöma äktheten måste vårdpersonalen ta ställning till om individens beslut är i linje med tidigare värderingar m m. Detta kräver ett genuint intresse hos personalen att lära känna människan, dess tidigare liv och åsikter. Det kräver också att

personalen är tolerant mot de som tänker och handlar annorlunda. Tranöy (1993) menar att tolerans är viktigt för att kunna hantera moraliska konflikter. De beslut som en excentrisk enstöring fattar kan verka oförståndiga för många men är kanske djupt karaktäristiska för just den personen. Till exempel när det gäller en man som flyttar in på ett äldreboende. Mannen gör helt klart för personalen att han inte vill äta tillsammans med de andra boende eller umgås med dem. Han tillbringar allt tid på sitt rum och vill helst att personalen kommer in dit så lite som möjligt. För att stödja mannens självbestämmande är det viktigt att som personal ta reda på om mannen varit en enstöring i hela sitt liv. Har han det är det naturligt att fortsätta med samma vanor. Har inte det kan det ligga andra orsaker bakom hans beteende som personalen kanske kan ta hänsyn till t ex depression eller han kanske har svårt att äta och skäms över sitt bordsskick.

Det finns en risk att man definierar autonomi enbart efter hur rationella de äldres val och handlingar är d v s att man inte tar hänsyn till de värderingar och motiveringar mm som kan ligga bakom. En annan risk är att man inte upptäcker de äldre som känner press på sig att uppföra sig såsom det förväntas, efter boendets normer trots att detta går helt emot deras egen uppfattning och deras äkta ”jag”. För att undvika detta är det viktigt att lära känna och förstå de äldres personliga värderingar. En dokumenterad livshistoria kan hjälpa personalen att avgöra vilka beslut som är äkta/oäkta.

Den fjärde fallbeskrivningen handlar om Karins möjligheter att besluta om tvätt.

Karins barn har berättat att Karin alltid varit noga med sin klädsel och att vara fin i håret. Karin har en rutig klänning som hon är mycket förtjust i. Hon vill alltid ha den på sig och vill inte ens släppa den ifrån sig för tvätt.

### *Resultat*

42 % är överens om hur man bör handla i detta fallet. Man bör ta klänningen och tvätta den när hon lagt sig så att den är torr tills morgonen eller när hon duschar. Några har nämnt att man ska tala om för Karin att man tar den. De flesta har dock svarat ” *smyga med sig klänningen när hon sover, så kan man tvätta den över natten*” eller ”*låt någon annan personal ta den till tvätt när man hjälper henne vid dusch*”. Att övertala och lirka med henne tills hon själv gick med på att den tvättas ansåg 34 % att man bör göra. Köp en liknande klänning ansåg 16 % varav några uttryckte ”*köpa en klänning till som är så lik den andra som möjligt som hon kan byta med*”. Tvätta klänningen tillsammans med Karin tyckte 8 %.

”Lå henne gå med till tvättstugan och hjälpa till” svarade en av dem. (tab.12).

Tabell 12: Äkta/oäkta autonomi

	Antal	Procent
Köp en liknande klänning	17	16
Övertala, lirka	36	34
Tvätta den över natten	44	42
Tvätta tillsammans	8	8
Totalt	105	100
Ej svarat	2	
Totalt	107	

### *Analys*

Karin har alltid tidigare varit noga med sin klädsel och sitt utseende. Hennes beslut att inte lämna ifrån sig klänningen till tvätt kan enligt Collopy ses som ett tecken på att beslutet är oäkta det vill säga att det går emot hennes tidigare värderingar. De som ansåg att man bör tvätta klänningen tillsammans med Karin eller övertala och lirka med henne tills hon går med på att tvätta den tolkar jag som att det som har varit viktigt för Karin tidigare fortfarande gäller och man stödjer henne att besluta och handla så som hon varit van att göra utan att överta beslutsfattandet. Att tvätta klänningen tillsammans innebär att Karin vet var den tar vägen och behöver inte vara orolig. Dessutom hon får sysselsättning, hon får göra något som hon känner igen.

De som har svarat att man bör köpa flera likadana klänningar, undviker på så sätt konflikt, man varken begränsar eller hjälper Karin att fatta beslut. De som svarat att man bör ta klänningen och tvätta den över natten tolkar jag som att man brister i respekt för Karins självbestämmande.

### *Kommentar*

Tar man klänningen från Karin kanske ännu svårare att lämna ifrån sig klänningen. Inte heller gör man något för att stödja Karins eget beslutsfattande och få det att stämma överens med hennes tidigare värderingar. Märker Karin att personalen tar hennes klänning när hon sover blir hon orolig och får kanske svårt att sova. Troligtvis håller hon ännu hårdare i klänningen.

Sammanfattning:

Stödjare – 42%

Undvikare – 16%

Begränsare – 42%

### **3.1.5 Beslutande/verkställande (decisional /executional) autonomi.**

Den beslutande autonomin omfattar förmågan att kunna och friheten att fatta beslut. Verkställande autonomi omfattar förmågan och friheten att handla utifrån sina beslut d v s att genomföra sina beslut, omsätta dem i handling. Skillnaden mellan beslutande och verkställande autonomi betyder allt eller inget. Beslutande autonomi kan existera och gör det ofta utan att förmågan att genomföra beslutet finns. Beauchamp & Childress (1994) beskriver detta som respekt för autonomin. Collopy menar att det är stor risk att man bortser från den beslutande autonomin när den verkställande autonomin minskar eller försvinner helt. Sjuka, äldre personer som är beroende av hjälp i sin vardag har möjlighet att bevara sitt självbestämmande om de får hjälp att genomföra sina beslut och omsätta dem i handling.

Behöver man hjälp att äta är det t ex viktigt att få bestämma själv inte bara när och vad man ska äta utan också i vilken takt och ordning man vill äta maten på tallriken. Om inte personalen tar hänsyn till eller uppmärksammar dessa beslut kan den äldre känna sig deprimerad och maktlös. För att motverka detta är det viktigt att identifiera och skydda den beslutande autonomin. Collopy frågar sig också om det finns speciella områden där autonomin är speciellt utsatt för detta hos de äldre som är beroende av hjälp. Dessa områden kan handla om personlig omvårdnad men också ekonomi, medicinering med mera.

Den femte fallbeskrivningen handlar om Selma och hennes möjligheter att bestämma utförandet av det hon beslutat.

Selma är 79 år och bor på särskilt boende för äldre. Hon är klar och mycket pratsam. Selma är halvsidesförlamad och rullstolsburen och behöver hjälp med nästan allt. Hon ringer ofta på personalen för att få hjälp med olika saker. Selma vill själv bestämma hur personalen ska göra när de hjälper henne med hygien, hur de ska vika ihop hennes kläder och var de ska lägga dem vilket gör att omsorgen tar längre tid.

#### *Resultat*

43 % ansåg att Selma bör bestämma själv ”*låt Selma själv bestämma hur hon vill ha det. Hon ska inte behöva ändra sig för att göra personalen nöjd*” och ”*man gör som Selma vill. Då*



*mår hon som bäst*". Personalen måste sätta gränser så att Selma inte blir för krävande svarade 26 %. "noga informera Selma om hur vi arbetar....,sätta gränser" och "Svara inte med detsamma på ringningen. Behöver inte lyssna på allt. Tala om för henne att många andra behöver hjälp, hinner inte alltid med småaker" är svar som förekommit. 16 % ansåg att Selma får bestämma "det som går att genomföra utan att det tar för lång tid" eller "det finns andra pensionärer som behöver hjälp, hon måste tänka på dem, inte bara på sig själv". Att man kan se vad Selma klarar av att göra själv, t ex vika sina kläder, tyckte 8 %. Några svarade att det är bra träning som gör att hon kanske kan klara mer själv. Kompromissa för att hitta en lösning som både Selma och personalen är nöjda med ansåg 5 %. (tab.13)

**Tabell 13: Beslutande/verkställande autonomi**

	Antal	Procent
Selma bestämmer	45	43
Sätta gränser	27	26
Selma hjälper till	8	8
Kompromissa	5	5
Om tid finns bestämmer Selma	17	16
Annat	2	2
Totalt	104	100
Ej svarat	3	
Totalt	107	

### Analys

Selma kan inte själv sköta sin hygien och vika sina kläder. Däremot talar hon om hur personalen ska göra när de hjälper henne. Enligt Collopy innebär detta för Selma att hon själv kan fatta beslut men för att bevara sitt självbestämmande behöver hon hjälp med att verkställa besluten. Collopy menar att skillnaden mellan beslutande och verkställande autonomi betyder allt eller inget för individen. När bara den verkställande autonomi värderas är det risk för att individen ses som inkompetent fastän beslutsförmågan finns kvar.

De som angav att Selma själv bestämmer och att personalen ska genomföra hennes beslut tolkar jag som att man stödjer Selmas självbestämmande.

Att kompromissa med Selma och mötas på halva vägen eller försöka få Selma att hjälpa till med det hon kan tolkar jag som en kompromiss om man verkligen lyssnar till Selma.

Att Selma bestämmer om tid finns eller att det är viktigt att sätta gränser för Selma så att hon inte blir för krävande begränsar enligt min tolkning hennes självbestämmande.

### *Kommentar*

Att stödja Selma kan innebära att man stärker hennes uppfattning om sig själv som en person som fattar sina egna beslut. Hon kan dessutom fortsätta att utföra de rutiner hon är van vid. Selma mår bra och får möjlighet att intressera sig för annat. Om man begränsar hennes självbestämmande är det inte omöjligt att Selmas tankar kommer att kretsa kring ”bagateller”. Hur ska hon kunna få detta gjort. Resultatet blir säkert att Selma ringer oftare och oftare på personalen om ”småsaker” bara för att detta är väldigt viktigt för henne. Personalen kommer att uppleva henne mer och mer krävande. Det finns frågetecken här. De som har svarat att andra betingelser måste vara uppfyllda för att Selma ska få bestämma (tid, hänsyn till andra boende) har kanske inte svarat ur ett normativt perspektiv (hur något bör vara) utan utifrån hur de upplever att deras arbetssituation faktiskt är. Det är ont om tid och personal i dagens äldreomsorg och kraven på effektivitet ökar. Min tolkning är dock att de har svarat ur ett rättviseperspektiv dvs att alla äldre *bör* få lika mycket eller lika lite av personalens utmätta tid.

### Sammanfattning:

Stödjare – 43%

Undvikare – 13%

Begränsare – 42%

### **3.1.6 Omedelbar/långsiktig (immediate/long range) autonomi.**

Omedelbar autonomi innebär att individen beslutar efter vad som är önskvärt för stunden. Långsiktig autonomi betyder att individen fattar beslut som är bra med tanke på framtiden. Det som är önskvärt för stunden kan motarbeta det som är bra på lång sikt. Det finns en stark spänning i denna polariteten och det är omöjligt att ta ställning. Långsiktig autonomi är bra och omedelbar autonomi är en rättighet. Collopy säger att det oftast är personalen som definierar den långsiktiga autonomin. Genom att prioritera den långsiktiga autonomin ger man stort berättigande till ingripande i den äldres beslut. Vilket man då kan försvara med att det finns framtida mer övergripande mål som berättigar att man ”kör över” den äldres beslut. Om personalen å andra sidan prioriterar omedelbar autonomi bortser man från det som är bra på lång sikt. Man lägger också moraliska aspekter på alla former av ingripande även i beslut som kan leda till skada. I och med detta avsäger sig personalen allt socialt ansvar för den svagare individen och detta kan leda till en ”lå gå” attityd. Den äldre har valt själv och får stå för följderna. Collopy menar att det är viktigt att behålla spänningen mellan dessa hellre än att

prioritera en av dem. För vårdpersonalen gäller det att se och erkänna det etiska dilemma och arbeta med det. Viktiga frågor som det här väcker är vad som är framtiden för en gammal människa och vem som definierar den.

Den sjätte och sista fallbeskrivningen handlar om Selmas beslut angående hennes kostvanor.

När personalen handlar å Selma vill hon att de ska köpa choklad och kakor vilket hon är mycket förtjust i. Detta gör att Selma går upp i vikt och hon får svårt att röra sig och medverka när hon behöver hjälp.

### Resultat

Här finns det två lösningar som dominerar. 48 % ansåg att man ska ransonera godiset för Selma eller köpa "lightprodukter" utan att ange vems beslut det var. "Köpa 'light' godis och kakor, minska successivt" och "försöka ransonera för hennes egen skull" är exempel på svar som förekommit. Den andra lösningen innebär att man bör informera om följderna och motivera Selma att äta nyttigare men att det ändå är hennes beslut som gäller. "Göra henne uppmärksam på problemet och vad följden blir" eller "Ge förslag, att frukt är gott men nyttigt". Att Selma själv bestämmer vad hon ska äta och hur mycket tyckte 14 %. "Låt henne äta, man lever bara en gång" och "Personalen har inga rättigheter att bestämma om hon vill handla kakor" är några av svaren. 5% ansåg att man bör be anhöriga eller någon expert (sjuksköterska, dietist) att prata med Selma om problemet. Under annat har en person svarat att Selma kanske tröstäter och behöver sällskap. (tab.14)

**Tabell 14: Omedelbar/långsiktig autonomi**

	Antal	Procent
Informera/motivera Selma	32	31
Ransonera/köp light-produkter	50	48
Låt Selma äta	14	14
Kontakta anhöriga/expert	5	5
Annat	2	2
Totalt	103	100
Ej svarat	4	
Totalt	107	

### Analys

Selma vill ha kakor och choklad utan tanke på konsekvenserna för framtiden vilket är ett kortsiktigt beslut. Enligt Collopy innebär omedelbar autonomi i Selmas fall att hon beslutar för stunden. Långsiktig autonomi innebär att hon skulle ha beslutat att avstå från godsakerna

med tanke på att inte gå upp i vikt och må bättre (och underlätta för personalen?). Collopy säger att det inte finns någon lösning på detta dilemma. Långsiktig autonomi är något bra medan omedelbar är en rättighet. Det är omöjligt att ta ställning i dessa fall och beror mycket på individen och situationen. Enligt Collopy är det viktigaste för vårdpersonalen att se det etiska dilemmat och att arbeta med det. Att diskutera både med Selma och personalen sinsemellan.

De som har svarat att Selma bör bestämma själv vad hon ska äta stödjer hennes självbestämmande. Likaså de som ansåg att man bör informera och motivera Selma att äta nyttigare. Enligt Collopy är det som stödjer mest i denna situation att man diskuterar med Selma och naturligtvis att man respekterar hennes självbestämmande. Att stödja Selmas beslut innebär att man ser Selma som en kompetent person. Om personalen informerar och motiverar Selma men låter beslutet vara hennes känner Selma förmodligen att personalen bryr sig om henne och tar henne på allvar. De kommer då också ha störst möjlighet att påverka Selma.

De som ansåg att man bör kontakta anhöriga eller experter för att få dem att tala med Selma om problemet undviker att ta ställning. För att slippa konflikten överlämnar man beslutet åt någon annan.

Nästan hälften av de som svarat ansåg att man bör begränsa Selmas beslut genom att ransonera godiset för Selma eller köpa osötade kakor utan att informera Selma. Det är ett "starkt" paternalistiskt förhållningssätt. Det är personalen som vet bäst och deras syn som bör råda.

#### *Kommentar*

Om man begränsar Selmas självbestämmande genom att ransonera och köpa sådant som hon inte har bett om betraktar man Selma som inkompetent att fatta sina egna beslut. Selma behandlas som ett barn som inte vet sitt eget bästa. Hennes självkänsla sjunker och Selma blir förmodligen deprimerad och initiativlös.

#### Sammanfattning:

Stödjare – 45%

Undvikare – 5%

Begränsare – 48%

### **3.1.7 Sammanfattning**

Någon gemensam syn på hur man bör handla i dessa situationer har inte gått att urskilja. I de frågor som avser negativ/positiv autonomi och kompetent/inkompetent autonomi har mer än hälften angivit att man bör stödja den äldres självbestämmande. Personalen bör handla så att de hjälper och underlättar för den äldre att besluta och utföra sitt beslut. På frågan som rör äkta/oäkta, beslutande/verkställande och omedelbar/långsiktig autonomi har ungefär lika många svarat att personalen bör stödja den äldres självbestämmande som de som anser att man bör utmana den äldres självbestämmande. När det gäller frågan avseende delegerad/ direkt autonomi var mer än hälften överens om att kompromissa var det sätt personalen bör handla på. Det innebär då att överlämna beslutet åt anhöriga eller åt den äldre själv utan övertalning eller tvång.

**Många anser att man bör handla så att man begränsar de äldres självbestämmande. Följer man då den lag som ska styra arbetet inom äldreomsorgen?**

### **3.2 Hur stämmer personalens valda handlingssätt överens med socialtjänstlagen och dess intentioner?**

Socialtjänstlagen anger de övergripande principerna och ger en vag vägledning om hur man ska handla i etiskt svåra situationer. I Socialtjänstpropositionen (prop. 1996/97:124) uttrycks det lite klarare. Där slås fast att varje människa har rätt till en egen uppfattning om och rätt att bestämma hur hon vill leva sitt liv. Vidare trycker man på att det är speciellt viktigt att respektera självbestämmande hos människor som är beroende av hjälp av andra för att klara sin vardag. Det uttrycks inte helt klart men kan tolkas som att man inte bara ska kunna fatta beslut utan också få hjälp att verkställa dem utan tvång eller kontroll. I två av frågorna stämmer mer än hälften av svaren överens med socialtjänstlagens intentioner. Det är i de frågor där personalen anser att man bör stödja den äldres självbestämmande. I det ena fallet stödjer man Karls beslut att städa själv genom att acceptera hans beslut men erbjuda honom hjälp i olika former utan tvång. I det andra fallet stödjer man Karls beslut så som han ger uttryck för det. Det gör man genom att underlätta för honom med olika hjälpmedel och tät tillsyn.

I tre av frågorna har nästan hälften (mellan 41 och 46%) av svaren inte stämt överens med socialtjänstlagens intentioner. Detta kan kanske förklaras med att nästan hälften av de som svarat på enkäten anser att de har fått för lite eller ingen utbildning alls vad gäller socialtjänstlagen. Karins klänning blir tvättad utan hennes vetskap och tvärtemot vad hon ger uttryck för. I lagens intentioner står att varje människa har rätt att bestämma hur hon vill leva sitt liv. Det står inte att något annat gäller om man är lite glömsk och förvirrad. I det andra fallet anser nästan hälften av de som svarat att personalen bör ransonera Selmas godis eller köpa sockerfritt. Enligt lagens intentioner har varje människa, förutom rätten att bestämma även rätt att ha en egen uppfattning om hur man vill leva sitt liv. I dessa frågor var det ungefär lika många av svaren som stämde överens med socialtjänstlagens intentioner dvs man ansåg att man bör respektera de äldres självbestämmande.

Många har angett att de inte har tillräcklig utbildning vad gäller etik och lagar. Därför är det på sin plats att redovisa utbildningens betydelse.

### **3.3 Har utbildning någon betydelse för hur personalen anser att man bör handla?**

Av personerna som svarat är det drygt hälften som har vårdbiträdesutbildning och nästan hälften som har undersköterskeutbildning. En person har ej svarat (bil.1, tab.2).

Var tredje person har angivit att de har annan utbildning istället för eller utöver vårdbiträdes- och undersköterskeutbildning. Exempel som angetts är t ex *barnskötarutbildning, tandsköterskeutbildning, konsumtionslinjen och högskoleutbildning.*

På frågan *Hur länge har du arbetat inom ditt yrke?* angav tre fjärdedelar att de arbetat mer än 6 år. Endast en person var relativt ny i yrket (bil.1, tab.3).

**Det var många som fått någon form av vidareutbildning på sin arbetsplats. Av de som svarat har tre fjärdedelar (bil.1, tab.4) angett ett eller flera alternativ och de fördelar sig enligt följande.**

**Tabell: 4:1 Typ av vidareutbildning**

	Antal	Procent
Specifika sjukdomar	46	43
Bemötande och förhållningssätt	44	41
Arbetsmiljö	43	40
Rehabilitering	31	29
Lagar och regler	31	29
Annat	18	17

**De som har svarat att de har annan vidareutbildning har bland annat angivit Durewallutbildning och del av undersköterskeutbildning.**

Två tredjedelar av de som svarat tyckte att etik ingick i hög/tillräckligt hög omfattning i deras utbildning/vidareutbildning. De som har kommenterat frågan säger bland annat *"i utbildningen till USK gick större delen av utbildningen ut på bemötande, etik och moral"*. En tredjedel angav att etik och bemötande ingick i ganska liten omfattning eller inte alls i deras utbildning *"Ibland tycker jag att kurserna inte är till för oss utan för han som håller i kursen..."* var några kommentarer. Av de 10 som inte har svarat har flera kommenterat att *"den etik/bemötande man fick i utbildningen är sålänge sedan"* och *"kommer ej ihåg vad jag lärde mig för 10 år sen, eller under åren som gått"*

Totalt ansåg nästan var tredje person att de fått tillräcklig utbildning i etik (bil.1, tab.5).

**På frågan om socialtjänstlagen ingick i utbildningen/vidareutbildningen tyckte nästan hälften av de som svarat att socialtjänstlagen ingått ganska lite eller inte alls i deras utbildning (bil.1, tab.6).**

En fjärdedel tycker att de äldre de arbetar med har möjlighet att själva bestämma över sin vardag i hög omfattning (bil.1, tab.7). Kommentarererna de har gett visar dock att det är beroende av vissa omständigheter som t ex *"i den mån det finns personal och tid och beroende på vad det är den boende vill"*. Att de äldre kan bestämma i tillräckligt omfattning ansåg knappt hälften *"beroende på hur personalen har det med tiden, har man ont om tid kan vi inte ge så mycket till de äldre"* eller *"Inte när det gäller utevistelse"*. En tredjedel ansåg att de äldre kunde bestämma ganska lite över sin vardag. *"Oftast för lite personal för att hinna med mer än det primära behovet"* och *"En del personal ser det inte som sitt jobb att: gå ut med dem, i såfall kanske 1ggr/år, sen har de gjort sitt...."*

Totalt ansåg en dryg tredjedel att de äldre de arbetar med har ganska små eller inga möjligheter alls att bestämma över sin vardag.

De allra flesta ansåg att de hade någon möjlighet att regelbundet diskutera svårigheter och etiska konfliktsituationer på arbetsplatsen. Endast två personer svarade nej på frågan (bil.1, tab. 8). De som inte har svarat har kommenterat att de är nyanställda och därför inte vet hur det är på arbetsplatsen. De forum där man hade möjlighet att diskutera fördelar sig enligt följande.

**Tabell: 8:1 Diskussionsforum**

Forum	Antal	Procent
Personalmöten	57	53
Handledning	5	5
Spontant personalen emellan	85	80

**Här har en del angett mer än ett alternativ. Att man kan diskutera svårare situationer med arbetskamraterna tyckte de allra flesta. En del har kommenterat att ”Arbetsplatsträffarna skulle få vara ett större forum för detta ämne”. Möjligheten att diskutera på personalmöten ansåg hälften att de hade. Några har påpekat att ”.. vi som är timanställda får ej vara med på personalmöten”. Möjlighet till diskussioner under handledning hade väldigt få personer.**

När det gäller frågan om utbildning har någon betydelse för hur man anser att man bör handla i de situationer som beskrivs i enkäten finns det inget belägg för att en högre utbildningsnivå innebär att man i större utsträckning stöder de äldres självbestämmande (bil.1, tab.15-20). Chi-tvåanalys visar att det inte finns något samband mellan utbildningsnivå och förhållningssätt. Det framgår inte av undersökningen hur kvalitén på respondenternas utbildningar ser ut. Har de byggt på ett aktivt deltagande eller varit rena föreläsningar? Det var flera respondenter som påpekade att det var länge sedan de gått utbildningen och att de har glömt vad de lärt sig. Det tyder på att utbildning måste ske fortlöpande. Det visade sig inte heller finnas något samband mellan de som fått vidareutbildning i etik och personalens förhållningssätt.

I ett av fallen kan man se att det finns en liten övervikt av att de med högst utbildningsnivå är de som i störst grad utmanar självbestämmandet hos den äldre. Detta är motsatt tendens mot



hypotesen att mer utbildning skulle leda till större respekt för självbestämmandet. Detta var också det tydligaste exemplet.

## Tabell 19: utbildning \* beslutande/verkställande autonomi

		Beslutande/verkställande autonomi				Totalt
		Stöder	Medelväg	Begränsar	Annat	
Utbildning	Grundskola	6%	1%	7%	1%	15%
	Vårdbiträdesutbildning	21%	6%	11%	1%	39%
	Undersköterskeutbildning	16%	6%	24%	-	46%
Totalt		43%	13%	42%	2%	100%

N= 96%      ej svarat= 4%

## 4. SLUTSATSER

### 4.1 Stöds eller begränsas de äldres självbestämmande?

I flera av de olika situationer som beskrivits var det drygt hälften av respondenterna som ansåg att man bör handla så att man begränsar de äldres självbestämmande. Svaren visar att man många gånger anser det berättigat att ta över beslutsfattandet för de äldre till exempel när det gäller att ransonera godis eller att sätta gränser för hjälpen.

I de fallen där analysen visar att man begränsar självbestämmandet ger några av svaren också uttryck för att det finns annat som kommer i konflikt med den äldres självbestämmande såsom personalens tid, de äldres hälsa och de andra boendes hjälpbehov.

Resultatet visar att det inte finns något gemensamt förhållningssätt hos personalen. För de äldre betyder det att de inte alltid kan veta vad som gäller eller vilket bemötande de kan vänta sig. Kanske finns det för lite tid i verksamheterna för att utveckla klara och tydliga mål och arbetssätt.

Resultaten och analyserna av svaren på fallbeskrivningarna visar att personalens respekt för de äldres självbestämmande varierar beroende på de olika situationerna de beskriver. Det är inte så att en persons svar uttrycker stöd för, eller begränsar självbestämmandet i alla fallen.

## **4.2 Hur överensstämmer personalens handlingsätt med socialtjänstlagen?**

I tre av fallen som beskrivits var det nästan hälften av svaren som gick emot socialtjänstlagen och dess intentioner. Det var också en dryg tredjedel som ansåg att de äldre de arbetar med hade liten eller ingen möjlighet att bestämma över sin vardag. Detta ger en bild av att man kanske inte alltid lever upp till de lagar och regler som ska styra arbetet i äldreomsorgen. Det kan kanske förklaras med att nästan hälften av de som svarat på enkäten anser att de har fått för lite eller ingen utbildning alls vad gäller socialtjänstlagen. Det är svårt att leva upp till lagen om man inte har kännedom om den. I teoriavsnittet visades att lagen ger stort utrymme för tolkningar. Saknas det klara och tydliga mål och arbetssätt i verksamheten lämnas personalen att handla utifrån sina egna värderingar.

## **4.3 Har utbildning någon betydelse?**

Utifrån svaren på enkäten går det inte att finna något samband mellan utbildning och hur man som personal förhåller sig till de äldres självbestämmande. En högre utbildningsnivå är alltså ingen garanti för ett bättre bemötande. Undersökningen ger dock inga svar på hur utbildningen har sett ut för de som svarat.

En tredjedel av de som svarat på enkäten anser att de fått för lite eller ingen utbildning alls i etik och bemötande.

Det sätt på vilket man kan lära sig ett bättre bemötande och att hantera etiska konfliktsituationer är enligt flera författare genom samtalet, i handledning. Endast 5 % av de som svarat har haft tillgång till handledning. I kommentarerna visas att det saknas tid och organiserade forum där personalen kan diskutera etiska konfliktsituationer.

## **5. SLUTDISKUSSION**

### ***Autonomi***

Autonomi är ett svårt begrepp, fullt av motsägelser och tolkningsmöjligheter. Inom äldreomsorgen handlar många etiska problem om den personliga autonomin. En del av de konfliktsituationer och exempel som har beskrivits i denna rapport kan tyckas triviala. För den äldre, allt svagare människan kan det dock betyda mycket. När funktionerna sviker och världen

krymper kan det vara ännu viktigare än tidigare att själv kunna bestämma hur man vill klä sig eller vad man vill äta.

De äldre själva har inte kommit till tals i denna undersökning. Att ta reda på deras egna upplevelser av självbestämmande och bemötandet får bli en utmaning inför framtiden. Äldre personer som blir allt svagare måste lita allt mer på personalens hjälp och välvilja. De äldre som saknar förmågan att uttrycka sina önskningar är speciellt utsatta. Det krävs mycket av personalen för att stödja självbestämmandet hos de som är mycket sjuka eller saknar förmågan att kommunicera.

I utredningar rörande autonomi och bemötande relateras ofta självbestämmande till valmöjligheter, till exempel när det gäller att få välja vad man vill äta, när man vill gå och lägga sig osv. Men autonomi handlar om mer än så. Det innebär att valmöjligheterna också måste vara meningsfulla för den äldre och ses i relation till den rådande situationen, personens värderingar och tidigare liv.

Autonomin i sig kan vara en källa till etiska konflikter. När flera äldre vill ha hjälp samtidigt och tiden inte räcker, vem ska man prioritera? I många situationer kan det vara svårt att veta vad som är rätt eller fel, gott eller ont. Ibland är det rätt att ingripa, ibland är det helt förkastligt och bättre att avvakta. Det kan också innebära att man måste välja mellan ”pest och kolera” det vill säga det handlings sätt som är minst skadligt. Ett av de redskap man kan använda sig av för att veta hur man ska handla är socialtjänstlagen.

### *Socialtjänstlagen*

Nästan hälften av de som svarat på enkäten anser att de har fått lite eller ingen utbildning alls vad gäller socialtjänstlagen. Ändå är det den som ska styra deras arbete. Många etiska konflikter uppstår för att personalen har för dåliga kunskaper om lagen. Konflikter uppstår också när personalen har goda kunskaper om lagen men inte tar hänsyn till den. För att öka medvetenheten om lagens betydelse måste man föra kontinuerliga diskussioner. I tider av besparingar anger organisationen vad som är viktigt. Vad väljer man att spara in på? Det som verkar enklast att spara in på är ofta personalens mötes- och diskussionstider. Vilken effekt får besparingarna i det vardagliga omsorgsarbetet? Kvalitén på vården bestäms i stor utsträckning av ekonomiska och politiska prioriteringar. En organisation som ger uttryck för att de äldres självbestämmande och ett värdigt bemötande är viktigt måste också visa detta genom att ge resurser i form av tillräcklig personaltäthet och en utbildning som verkligen ökar kunskaperna

på detta område. Därmed kan man öka möjligheterna till en individuell omsorg vilket stärker de äldres möjligheter till självbestämmande. Får de äldre en individuell omsorg mår de bättre och är nöjdare vilket i sin tur underlättar för personalen i deras arbete.

### *Personalen*

Silfverberg, (1996) menar att hur personalen bemöter de äldre alltför ofta är beroende av de resurser man har. Min uppfattning är att det är så i många fall men att det finns situationer där bemötandet inte "kostar" något utan är beroende av personalens egna värderingar och inre egenskaper. Som personal har man möjligheten att välja hur man vill bemöta en annan person som är beroende av en. I fallet med Selmas choklad, är det inte resurstillgången som avgör om man som personal köper det Selma ber om, köper "lightprodukter" eller ransonerar godiset. Att städa å en vårdtagare som har uttryckt att han gärna vill klara sig själv kräver mer tid än om vårdtagarens eget beslut skulle gälla. Dessutom blir ofta konsekvensen av ett dåligt bemötande att vårdtagaren känner sig kränkt, mår sämre och kräver mer uppmärksamhet när det gäller sådant som personalen kanske uppfattar som rena bagateller.

**Personalen har möjlighet att genom sina handlingar stödja de äldre, undanröja hinder och skapa möjligheter för dem att utöva sitt självbestämmande. För att kunna göra detta krävs att de blir medvetna om vilka situationer som utmanar självbestämmandet och hur de kan använda sin "makt" till att stärka de äldres självbestämmande. Hur ska då en utbildning se ut för att svara upp mot detta?**

### *Utbildning*

Kanske ger inte den traditionella vårdutbildningen tillräckliga kunskaper om etik och socialtjänstlagen. De flesta som har svarat på enkäten har arbetat många år inom sitt yrke. Det är därför troligt att det var länge sedan de fick sin utbildning. Kommentarer till svaren har också visat att man glömmer vad man lärt sig vilket innebär att utbildning måste ske kontinuerligt. I dag går utvecklingen allt snabbare och lagar och regler ändras mycket oftare än förr. Det är ytterligare en anledning till återkommande utbildning på arbetsplatsen. Hur ska då denna utbildning se ut för att stärka respekten för de äldres självbestämmande?

**Det krävs att man som personal blir medveten om situationer där kränkningar kan uppstå och om det egna handlandet. Enligt Lindencrona, Gustavsson & Herrman (1997) leder inte en positiv attityd automatiskt till en positiv handling. De hinder som jag**

tidigare nämnt men också gruppåverkan och brist på arbetsledning kan påverka handlandet. I Värddigt bemötande- går det att lära (SoS 1997:17) framgår att de som intervjuats gav uttryck för att de önskade ge de äldre en god vård och ett värdigt bemötande, men var ledsna och hade dåligt samvete för att de alltför ofta misslyckades. Detta kan jämföras med Eliassons definition av begreppet omsorgsrationalitet "att utifrån konkret kunskap och situationsförståelse kunna hantera - och orka leva med - konflikter mellan motstridiga principer och grundläggande värden" (1995, s.213). Detta betyder dels att konkret kunskap och situationsförståelse är två skilda kunskaper. Den förstnämnda är teoretisk-praktisk och den andra är känslomässig. Det innebär att sätten att förvärva dessa kunskaper också skiljer sig åt. Konkret kunskap innebär ett inhämtande av teorier och fakta medan den känslomässiga inlärning kräver att man kan sätta sig in i den andras situation t ex genom rollspel för att öka förståelsen.

Många författare har framhållit vikten av att föra diskussioner. Genom samtal, i handledning, kan man få en bild av hur man själv handlar i vissa situationer. Där kan man vrida och vända på situationen, se den ur olika vinklar, se olika betydelser och få möjlighet att diskutera och därigenom öka sin förståelse. I handledning får man också en möjlighet och i bästa fall ett redskap för att kunna hantera och leva med de konflikter som uppstår. Utifrån detta kan man öva upp sin förmåga att ge vårdtagarna ett individuellt bemötande. I resultatet visas att endast 5% av respondenterna haft möjlighet att delta i handledning. Detta tyder på att det inte bara är personalen som måste öka sin förmåga till ett gott bemötande. Även verksamheten, organisationens ledning måste på ett aktivt sätt visa att man tycker det är viktigt och ge resurser till att förverkliga detta.

### *Tid*

Något som har varit ständigt återkommande i denna undersökning (både i enkätsvar och den direkta kontakten med personalen) är begreppet "tid" och framförallt avsaknad av tid. Det är inget tvivel om att de flesta önskar ge ett gott bemötande och en bra omsorg men känner att tiden saknas till detta. Kanske handlar det till en del om hur man använder och organiserar den tid man faktiskt har. Om man hade mer tid, vad skulle man använda den till? Ett kort möte med en vårdtagare kan betyda mer än ett långt om kvaliteten är hög.

Är då utbildning och tillräckligt med tid svaret på hur man kan få tillstånd ett bättre bemötande inom äldreomsorgen? Resultatet i denna undersökning visar att det inte finns något samband mellan utbildning och hur man anser att man bör handla i situationer som kan stödja eller begränsa självbestämmandet. Det är tänkbart att inre egenskaper och egna värderingar spelar större roll än utbildning och resurstillgång. Därför är det viktigt att tydliggöra sina egna och gruppens värderingar.

#### *Hur kan man gå vidare?*

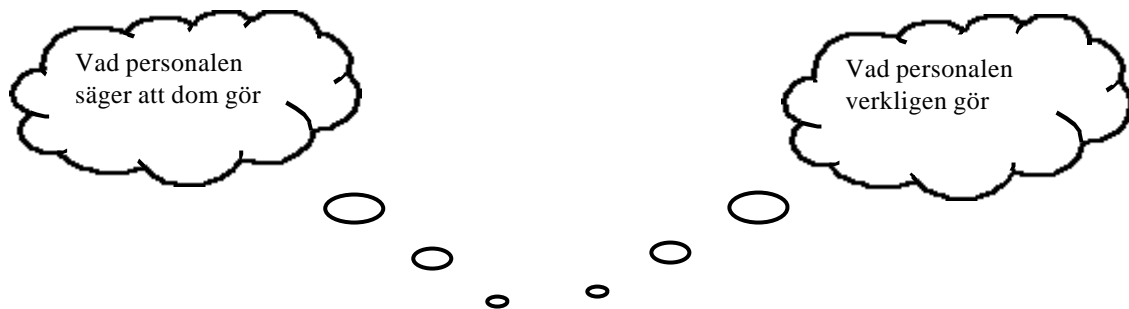
Enkätsvaren i denna undersökning visar att respondenterna känner starkare för vissa av situationerna och där tar moraliska ställningstagande som grundar sig i individuella värderingar. I vilken grad ska de egna värderingarna få styra arbetet i en verksamhet som har gemensamma mål och värderingar? Hur ska man kunna arbeta vidare med det?

Genom att samtala och diskutera ute i verksamheterna kan man få till stånd ett bättre bemötande. För att kunna reflektera och nå fram till en gemensam lösning och förhoppningsvis ett gemensamt förhållningssätt måste samtal föras under organiserade former. Till detta krävs tid. Det krävs också att dessa samtal har en gemensam utgångspunkt. Denna utgångspunkt måste vara konkret och förstås och kännas igen av alla på ett likartat sätt. Vi har alla olika referensramar och förståelseperspektiv. I etiskt svåra situationer måste man ofta göra ett val. Dessa val kan vara situationsbundna och kan utfalla olika beroende på situation och vilka som är inblandade. Därför krävs en faktisk situation som alla kan känna igen som utgångspunkt för diskussionen till exempel fallbeskrivningar eller en egen konkret situation från arbetsplatsen. Arbetsgruppen bör ges tillfälle att träffas och diskutera gemensamma problem för att nå fram till gemensamma lösningar.

#### *Fortsatt forskning*

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (1997/98:113, s.95) understryker regeringen att det nästan helt saknas forskning kring särskilda boendeformer och att det behövs mer forskning kring äldres autonomi och integritet. Resultatet i denna undersökningen visar att personalen behöver arbeta mer med etiska frågor. Det behövs verktyg eller modeller

för att identifiera etiska konfliktsituationer och att diskutera dessa utifrån. En fråga för forskningen kan då vara hur man bäst identifierar etiska konfliktsituationer.



En annan fråga är att ta reda på hur vårdpersonalen verkligen handlar i situationer där de antingen kan stödja eller begränsa de äldres självbestämmande. Genom deltagande observationer kan man studera och analysera hur och varför personalen handlar som de gör.

Andra frågor kan vara

- Hur upplever de äldre sina möjligheter till självbestämmande och personalens bemötande?
- Kan man generellt säga att bemötandet av äldre är dåligt, hur ska man bäst kunna ändra på det?
  - Görs det genom att förändra attityder, vilket sätt gör man det bäst på i så fall?
  - Beror det på bristande teoretiska kunskaper?  
Hur ska i så fall utbildningen se ut?
  - Beror det på hinder i organisationen och bristande resurser?

Listan kan göras hur lång som helst.

## REFERENSER

Agich, G.J. *Autonomt and Long-term Care*. New York: Oxford University Press, 1993.

Andersson, L. (1994). *Att alltid ha någon i sin närhet. En kvalitetsstudie av äldreomsorgens särskilda boendeformer*. Högskolan i Halmstad (CFM). Halmstad.

Beauchamp, T.L, Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1994.

**Bischofberger, (1990). *Människosyn, integritet och autonomi*. I Andersson, S-O. (Ed.), *Lidandet och Makten*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.**

Collopy, B. (1988). Autonomy in long term care: Some crucial distinctions. *The Gerontologist*, **28**, (suppl.), 10-17.

Egidius, H. (1979). *Termlexikon. Psykologi – Pedagogik – Psykoterapi*. Esselte Studium, Lund.

Elander, G. Hermerén, G. (1989) Autonomy and paternalistic behaviour in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3, 153 - 159.

Eliasson, R. (1995) Omsorg och rationalitet i Eliasson, R. (red). *Egenheter och allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Arkiv förlag ; Lund.

FOU-rapport 2000:3. *Det goda mötet. Etik och bemötande – några erfarenheter från FoU-cirklar*. FOU-Kronoberg. Växjö.

Hemvårdsnämndens inriktningsmål (1993) Halmstad Kommun, Hemvårdsnämnden § 129 antagna 931215.

Henriksen, J-O. Vetlesen, A,J. (1998). *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur.

Jegerby, U. (1999). *Att bedöma en social situation. Tillämpning av vinjettmetoden*. Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete, skrift 1999:3. Norstedts, Stockholm.

Jormfeldt, M. (1997). *En särskild sorts hem*. B-uppsats, 5 poäng , Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap. Vårdhögskolan, Växjö.



- Jormfeldt, M. (1998). *Vem är det som bestämmer?* C-uppsats, 10 poäng, Institutionen för samhälls- och beteendevetenskap. Vårdhögskolan, Växjö.
- Lindencrona, C. Gustavsson, S. Herrman, M. (1997) Attityden i mötet med den äldre - vårdens kvalitet. *Tidskriften Äldre i Centrum*. 1, 10-12.
- Lingås, L. G. (1998). *Över andras tröskel. Etik vid omsorgsarbete i andras hem*. Lund: Studentlitteratur.
- Kant, I. (1997). *Grundläggning av sedernas metafysik*. Göteborg: Daidalos.
- Malmström, S. (1994). *Bonniers svenska ordbok*. Bokförlaget Bonnier Alba AB, Stockholm.
- Mattiasson, A-C. (1995). *Autonomy in Nursing Home Settings*. Diss. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Mattiasson, A-C. Andersson, L. (1991) Vem är det som bestämmer på sjukhemmen? *Socialmedicinsk tidskrift*. 68 (2-3): 127-135.
- Mill, J.S. (1985). *On liberty*. Harmondsworth: Penguin Books (first published 1859).
- Nordenfelt, L. (1991) *Hälsa och värde*. Bokförlaget Thales. Stockholm.
- Norström, C. Thunved, A. (1994) *Nya sociallagarna*. Fritzes Förlag AB. Göteborg.
- Regeringens direktiv 1995:59. *Utredningen om bemötande av äldre*.
- Regeringens proposition 1990/91:14. *Ädelpropositionen*.
- Regeringens proposition 1996/97:124. *Socialtjänstpropositionen*.
- Regeringens proposition 1997/98:113. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*.
- Szebehely, M. (1995). *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lunds studies in social welfare. Studentlitteratur, Lund.
- Silfverberg, G. *Praktisk klokhet: om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*. Eslöv, Östlings bokförlag Symposion, 1999.
- Silverberg, G. *Att vara god eller göra nytta. En studie i yrkesetik och praktik*. Bokförlaget Nya Doxa, Nora, 1996.
- SFS 1997:740. Ändringar i socialtjänstlagen.
- Socialstyrelsen, 1996: *Uppföljningen av Ädelreformen*. SoS-rapport 1996:2.
- Socialstyrelsen 1997. *Värdigt bemötande – går det att lära?* SoS-rapport, 1997:17
- Socialstyrelsen 1996. *Äldrevårdens svaga länkar*. SoS-rapport 1996:17
- SOU 1999:33. Betänkande av boende och avgiftsutredningen.

SOU 1998:16. *När åsikter blir handling – en kunskapsöversikt om bemötande av personer med funktionshinder*. Delbetänkande av utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Stockholm, 1998.

SOU 1997:51. *Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre*. Rapport om utredningen om bemötande av äldre.

SOU 1997:52. *Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre*. Rapport om utredningen om bemötande av äldre.

Starrin & Jönsson. (2000). Meeuwisse, A. Sunesson, S. Swärd, H.(red.). *Socialt arbete. En grundbok*. Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Falköping.

Ström, P. (1997) *Förändringsarbete och lärande. Om utveckling av förändringspraktik bland vårdbiträden i hemtjänsten*. Lund University Press; Lund.

Thorsen, K. (1991). Hva skiller ett hjem fra en institution? *Aldring & Eldre*, nr 3, 22-25.

Tranöy, K. E. (1994). *Medicinsk etik i vår tid*. Studentlitteratur. Lund

Young, R. (1986). *Personal Autonomy: Beyond Negative and Positive Liberty*. New York: St. Martin's.

# Tabeller

**Tabell 1: Åldersfördelning**

		Antal	Procent	Kumulativ procent
Ålder	18-25 år	8	8	8
	26-35 år	23	23	31
	36-45 år	24	24	55
	46-55 år	29	29	84
	56-65 år	16	16	100
	Totalt	100	100	
	Ej svarat	7		
Totalt		107		

**Tabell 2: Utbildning**

		Antal	Procent	Kumulativ procent
utbildning	Grundskola	15	14	14
	vårdbiträdesutbildning	43	41	55
	Undersköterskeutbildning	48	45	100
	Totalt	106	100	
	Ej svarat	1		
Totalt		107		

**Tabell 3: Tid i yrket**

		Antal	Procent	Kumulativ procent
Tid	0-12 månader	1	1	1
	1-2 år	6	6	7
	2-6 år	12	11	18
	Mer än 6 år	88	82	100
Totalt		107	100	

**Tabell 4: Vidarutbildning på arbetsplatsen**

		Antal	Procent
	Ja	81	76
	Nej	25	24
	Totalt	106	100
	Ej svarat	1	
Totalt		107	

**Tabell 5: etik och bemötande i utbildningen**

	Antal	Procent	Kumulativ procent
I hög omfattning	18	18	18
I tillräcklig omfattning	45	46	65
Ganska lite	28	29	94
Inte alls	6	6	100
Totalt	97	100	
Ej svarat	10		
Totalt	107		

**Tabell 6: Socialtjänstlagen i utbildningen**

	Antal	Procent	Kumulativ procent
I hög omfattning	14	14	14
I tillräcklig omfattning	41	40	54
Ganska lite	39	39	93
Inte alls	7	7	100
Totalt	101	100	
Ej svarat	6		
Totalt	107		

**Tabell 7: De äldres möjligheter att själva bestämma**

	Antal	Procent	Kumulativ procent
I hög omfattning	25	24	24
I tillräcklig omfattning	42	40	64
Ganska lite	37	35	99
Inte alls	1	1	100
Totalt	105	100	
Ej svarat	2		
Totalt	107		

**Tabell 8: Möjligheter att diskutera etiska konfliktsituationer**

	Antal	Procent
Ja	102	98
Nej	2	2
Totalt	104	100
Ej svarat	3	
Totalt	107	

**Tabell 15: utbildning \* positiv/negativ autonomi**

		Positiv/negativ autonomi			Totalt
		Stöder	Medelväg	Begränsar	
Utbildning	Grundskola	11%	1%	2%	14%
	Vårdbiträdesutbildning	26%	4%	11%	41%
	Undersköterskeutbildning	32%	8%	5%	45%
Totalt		69%	13%	18%	100%

N= 96%      ej svarat= 4%

**Tabell 16: utbildning \* kompetent/inkompetent autonomi**

		Kompetent/inkompetent autonomi				Totalt
		Stöder	Medelväg	Begränsar	Annat	
Utbildning	Grundskola	10%	2%	2%	-	14%
	Vårdbiträdesutbildning	26%	-	8%	4%	38%
	Undersköterskeutbildning	36%	3%	5%	4%	48%
Totalt		72%	5%	15%	8%	100%

N= 94%      ej svarat= 6%

**Tabell 17: utbildning \* delegerad/direkt autonomi**

		Delegerad/direkt autonomi			Totalt
		Stöder	Medelväg	Annat	
Utbildning	Grundskola	5%	8%	1%	14%
	Vårdbiträdesutbildning	9%	31%	-	40%
	Undersköterskeutbildning	9%	36%	-	46%
Totalt		23%	76%	1%	100%

N= 97%      ej svarat=3%

**Tabell 18: utbildning \* äkta/oäkta autonomi**

		Äkta/oäkta autonomi			Totalt
		Stöder	Medelväg	Begränsar	
Utbildning	Grundskola	3%	5%	6%	14%
	Vårdbiträdesutbildning	16%	5%	19%	40%
	Undersköterskeutbildning	22%	7%	17%	46%
Totalt		41%	17%	42%	100%

N= 97%      ej svarat= 3%

**Tabell 19: utbildning \* beslutande/verkställande autonomi**

		Beslutande/verkställande autonomi				Totalt
		Stöder	Medelväg	Begränsar	Annat	
Utbildning	Grundskola	6%	1%	7%	1%	15%
	Vårdbiträdesutbildning	21%	6%	11%	1%	39%
	Undersköterskeutbildning	16%	6%	24%	-	46%
Totalt		43%	13%	42%	2%	100%

N= 96%      ej svarat= 4%

**Tabell 20: utbildning \* omedelbar/långsiktig autonomi**

		Omedelbar/långsiktig autonomi				Totalt
		Stöder	Medelväg	Begränsar	Annat	
Utbildning	Grundskola	6%	3%	6%	-	15%
	Vårdbiträdesutbildning	21%	-	15%	2%	38%
	Undersköterskeutbildning	18%	2%	27%	-	47%
Totalt		45%	5%	48%	2%	100%

N= 95%      ej svarat= 5%

# FRÅGEFORMULÄR

Kön      kvinna       man

Ålder      .....

Arbetsplats.....

## 1. Vilken utbildning har du ?

- Grundskola
- Vårdbiträdesutbildning
- Undersköterskeutbildning
- Annan, vad.....

## 2. Hur länge har du arbetat inom ditt yrke ?

- 0 – 12 månader
- 1 - 2 år
- 2 - 6 år
- mer än 6 år

## 3. Har du fått någon fortbildning på din arbetsplats ?

- Ja, kurser gällande specifika sjukdomar
- Ja, kurser i bemötande och förhållningssätt
- Ja, kurser gällande arbetsmiljö
- Ja, kurser i rehabilitering
- Ja, kurser om lagar och regler
- Nej, ingen fortbildning alls
- Annat, vad.....

## 4. Ingick etik/bemötande i din utbildning/fortbildning?

- I hög omfattning
- I tillräcklig omfattning
- Ganska lite
- Inte alls

Kommentar

---

---

**5. Ingick socialtjänstlagen i din utbildning/fortbildning?**

- I hög omfattning
- I tillräcklig omfattning
- Ganska lite
- Inte alls

**Kommentar**

---

---

**6. Tycker du att de äldre du arbetar med har  
möjlighet att själva bestämma över sin vardag?**

- I hög omfattning
- I tillräcklig omfattning
- Ganska lite
- Inte alls

**Kommentar**

---

---

---

7. Har ni möjlighet att regelbundet diskutera svårigheter och etiska konfliktsituationer på er arbetsplats?

- Ja, på personalmöten
- Ja, under handledning
- Ja, spontana diskussioner personalen emellan
- Nej, vi har ingen möjlighet till det

**Kommentar**

---

---



**Här följer några påhittade beskrivningar där jag vill att du ska ta ställning till hur du anser att man som personal bör handla i dessa situationer. Skriv kortfattat med egna ord. Vill du ange mer än en lösning så skriv den bästa först, den näst bästa sedan o s v och gradera med 1, 2, ...**

**KARL**

Karl är 81 år och bor på ett särskilt boende för äldre. Han har aldrig varit gift utan levt ensam hela sitt liv. En syster har han god kontakt med och hon besöker honom ofta. Han har själv skött hushållet, städat, lagat mat och tvättat. Han städar och tvättar själv nu också och tycker att det går riktigt bra. Det är lite dåligt med orken så ibland orkar han inte städa men är nöjd ändå. Personalen erbjuder honom hjälp med städningen men Karl avböjer. Personalen märker snart att det blir smutsigare och smutsigare i Karls lägenhet.

**8. Hur anser du att man som personal bör handla i denna situation ?**

---

---

---

---

---

---

---

En dag får Karl en stroke. Han blir halvsidigt förlamad och får svårt att tala. Han övar snart upp armen och kan använda den igen. Ena benet bär honom dock inte och det är svårt att förstå vad han säger. Trots att Karl har svårt att gå försöker han hela tiden. Det får till följd att Karl ramlar och slår sig ofta. Karls syster är orolig att något allvarligt ska hända och en dag ramlar Karl och slår sig i huvudet.

**9. Hur anser du att man som personal bör handla i denna situation ?**

---

---

---

---

---

---

---

## **KARIN**

Karin är 83 år och bor på ett särskilt boende för äldre. Hon är änka sedan flera år och har tre barn. Hon är kroppsligt pigg och vital men minnet sviker. Ibland är hon glömsk och lite virrig men stundtals helt klar. När personalen frågar henne vad hon behöver från affären säger hon att det kan de bestämma för hon vet inte. Samma sak när de frågar vad hon vill ha till frukost. Karin äter vad de serverar.

### **10. Hur anser du att man som personal bör handla i denna situation ?**

---

---

---

---

---

---

---

Karins barn har berättat att Karin alltid varit noga med sin klädsel och att vara fin i håret. Karin har en rutig klänning som hon är mycket förtjust i. Hon vill alltid ha den på sig och vill inte ens släppa den ifrån sig för tvätt.

### **11. Hur anser du att man som personal bör handla i denna situation ?**

---

---

---

---

---

---

---

## **SELMA**

Selma är 79 år och bor på särskilt boende för äldre. Hon är klar och mycket pratsam. Selma är halvsidesförlamad och rullstolsburen och behöver hjälp med nästan allt. Hon ringer ofta på personalen för att få hjälp med olika saker. Selma vill själv bestämma hur personalen ska göra när de hjälper henne med hygien, hur de ska vika ihop hennes kläder och var de ska lägga dem vilket gör att omsorgen tar längre tid.

### **12. Hur anser du att man som personal bör handla i denna situation ?**

---

---

---

---

---

---

---

När personalen handlar å Selma vill hon att de ska köpa choklad och kakor vilket hon är mycket förtjust i. Detta gör att Selma går upp i vikt och hon får svårt att röra sig och medverka när hon behöver hjälp.

### **13. Hur anser du att man som personal bör handla i denna situation ?**

---

---

---

---

---

---

---

Är det något du skulle vilja tillägga?

---

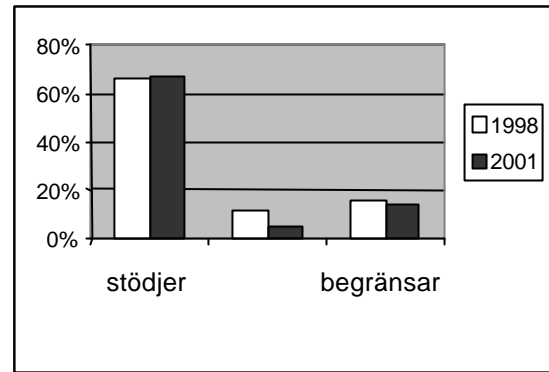
---

**Tack för din medverkan!**

## Jämförelse med tidigare undersökning gjord 1998

### Fallbeskrivning 1:

### Fallbeskrivning 2:



**positiv/negativ autonomi**  
**kompetent/inkompetent autonomi**

### Fallbeskrivning 3:

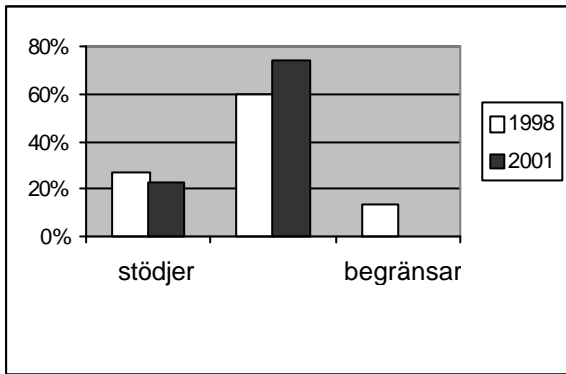
### Fallbeskrivning 4:

**Delegerad/direkt autonomi**

**äkta/oäkta**

**autonomi**

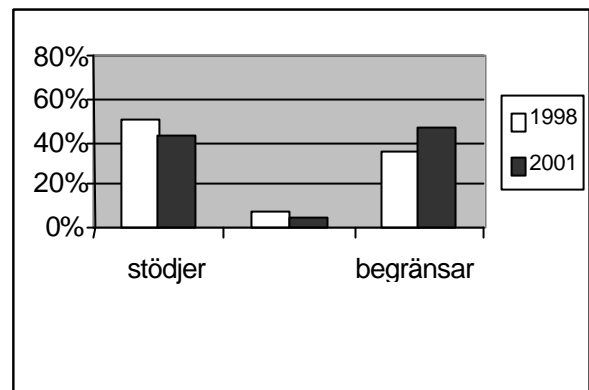
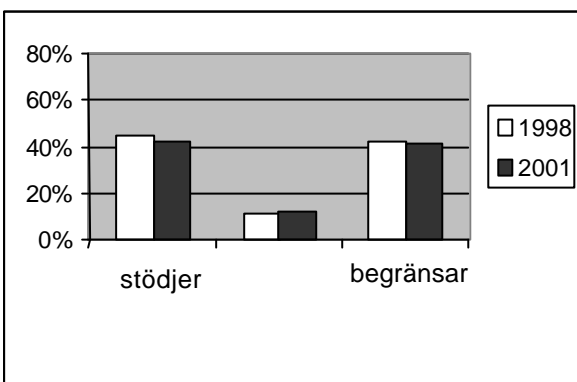




## Fallbeskrivning 5:

### Fallbeskrivning: 6 Beslutande/verkställande autonomi Omedelbar/långsiktigt

#### g autonomi



Till dig som deltar i projektet ”autonomi och bemötande inom äldreomsorgen”.

Projektet handlar om hur ni som personal ser på äldre människors möjligheter till självbestämmande. Att arbeta inom äldreomsorgen innebär ofta en balansgång mellan de äldres behov och önskemål, de organisatoriska förutsättningarna och personalens kunskaper och förutsättningar. Denna balansgång kan ge upphov till etiska konfliktsituationer i vardagen. Syftet med detta projektet är att tydliggöra dessa konfliktsituationer som rör autonomi (självbestämmande) och undersöka hur personalen anser att man bör handla i dessa situationer. Resultatet av undersökningen kommer att presenteras vid en senare träff där diskussioner kring etik och bemötande kommer att tas upp. En viktig del av syftet är att utarbeta fallbeskrivningar som kan användas som underlag för reflektioner kring etik och självbestämmande.

Enkäten vänder sig till personal (vårdbiträden och undersköterskor) som arbetar på ålderdomshem i Halmstad kommun. Sju av kommunens ålderdomshem ingår i undersökningen och ca 140 personal. Jag kommer att träffa så många som möjligt på arbetsplatsträffar och personalmöten. Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt, men det är viktigt för undersökningens kvalitet, att alla som får enkäten besvarar den.

**Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt.**

Jag vet inte ditt namn. På enkäten finns inget som kan identifiera just dig. Efter det att samtliga i en grupp besvarat enkäten kommer jag att numrera dem för att underlätta databehandlingen. Några möjligheter att identifiera just ditt svar finns därför inte.

Undersökningen görs genom Kommunförbundet Hallands Forsknings- och utvecklingsenhet. Där drivs ett flertal projekt som rör äldreomsorg. Detta projektet och flera andra kan du läsa om på FoU-enhetens hemsida. Adress: [www.nfou.nu](http://www.nfou.nu) Enkäten är också tänkt att ligga till grund för en 10 poängs uppsats i socialt arbete på Socialhögskolan i Lund.

Resultatet beräknas vara klart i mars –01 då jag återkommer för att presentera resultatet och ge tillfälle till diskussioner kring etik och bemötande.

**Om du undrar över något eller vill veta mer om projektet, ring gärna**

Mia Jormfeldt tele: 035 – 811 35

Ni som personal är den viktigaste resursen inom äldreomsorgen. Därför är ert bidrag värdefullt och jag tackar för att ni tagit er tid och besvarat frågorna.

**Tack för er medverkan!**

Mia Jormfeldt  
e-post: [mia.jormfeldt@telia.com](mailto:mia.jormfeldt@telia.com)