



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

I autonomins gråzon? En studie om faktorer som påverkar hur allmänheten bedömer andras autonomi

Emilia Agetorp & Klara Gullstrand

Psykologexamensuppsats. 2015

Handledare: Henrik Levinsson
Bihandledare: Arvid Erlandsson

Tack!

Först vill vi tacka alla de respondenter som möjliggjort vår examensuppsats.

Vi vill givetvis också tacka vår handledare Henrik Levinsson för värdefull handledning och engagemang, och vår bihandledare Arvid Erlandsson vars nyfikenhet inför vårt metodval var en sporre för oss. Tack också till Lisa Wallander som hjälpt oss med våra frågor om regressionsanalyserna.

Stort tack till Jakob Tornberg, som varit ett stort och viktigt stöd genom hela den vindlande processen.

Till sist vill vi tacka våra partners för deras tålamod och omtänksamhet när vi begrävt oss i uppsatsarbete.

Abstract

The concept of autonomy is often used to describe everyone's right to self-determination. However, the concept is also used to describe substantial cognitive capacity to reflect and act in accordance with one's conscious thought. This lack of clarity about what is meant by the term could lead to arbitrary assessments of other's degree of autonomy, for example within health care and social services. The study's purpose was to examine the influence of several factors on the public's judgments of other's capacity and right to autonomy in a number of fictitious situations, and also if there was a correlation between how the ability and the right to autonomy were assessed. The study applied Factorial Survey Approach, a quasi-experimental vignette method. Multiple regression analyzes were conducted for the capacity and the right to autonomy. The results showed that assessments were significantly affected by the risk situation the person was in, and mental health. The assessor's attitude of personal responsibility, level of education and age were also factors that affected the assessments. Further a tendency to estimate the right to autonomy higher than the capacity for autonomy was shown. The relationship between these estimates was weaker than would be expected.

Keywords: autonomy, self-determination, judgments, Factorial Survey Approach, vignettes.

Sammanfattning

Begreppet autonomi används ofta för att beskriva var och ens *rätt* till självbestämmande. Samtidigt kan begreppet avse kognitiva förutsättningar för att kunna reflektera och agera i enlighet med sitt tänkande. Detta innebär att autonomibegreppet kan syfta på *förmågan* till autonomi. Denna otydlighet kring vad som avses med begreppet kan leda till godtycklighet vid bedömningar av andras autonomi, exempelvis inom vård och socialtjänst. Studiens syfte var att undersöka dels faktorer som påverkade till vilken grad allmänheten bedömde personer ha förmåga till autonomi och rätt till autonomi i ett antal fiktiva situationer, och dels om det fanns ett samband mellan hur förmågan och rätten till autonomi bedömdes. Studien tillämpade Factorial survey approach, en kvasiexperimentell vinjettmetod. Multipla regressionsanalyser genomfördes för skattningarna av förmåga respektive rätt till autonomi. Resultatet visade att bedömningarna endast påverkades signifikant av vilken risksituation personen befann sig i samt psykisk ohälsa bland de manipulerade variablerna. Attityd till personligt ansvar, utbildningsnivå och ålder var de faktorer hos bedömaren som hade störst påverkan. Vidare visades en tendens att skatta rätten till autonomi högre än förmågan till autonomi. Sambandet mellan dessa skattningar var svagare än vad som skulle kunna förväntas.

Nyckelord: autonomi, självbestämmande, bedömningar, Factorial survey approach, vinjetter

Autonomi är ett komplext och omdiskuterat begrepp, som i bred definition kan sammanfattas som självbestämmande (Nordgren, 2003). Föreliggande studie syftar till att undersöka bedömningar som rör sig i autonomins gråzon; lägen där det kan råda delade meningar om hur autonom en annan person är och bör få vara. Undersökningen kommer genom vinjettmetoden Factorial survey approach fokusera på vilka faktorer som påverkar bedömningarna hos allmänheten.

Vår kultur är till stor del uppbyggd kring idéer om individens autonomi (Nordgren, 2003). Till exempel finns det i demokratin inbyggt att alla ska få göra sin röst hörd, och i de allmänna valen, att allas ord väger lika tungt. Många ordspråk, som att vara herre över sitt eget liv, själv är bästa dräng och att var och en är sin egen lyckas smed återspeglar vår önskan om att få utforma våra liv som vi vill. Samtidigt finns det lägen där man från samhällets håll bör ta hänsyn till individens *förmåga* till självbestämmande och inte bara *rättigheten* till densamma. Definitionerna av autonomi som förmåga kontra rättighet kommer att användas parallellt. I vissa fall är det tydligt att förmågan är nedsatt, exempelvis bedöms en person som ligger i koma rimligen inte vara beslutskompetent. Dock är denna förmåga en gradfråga som förutsätter en bedömning från fall till fall (Lindberg, Fagerström, Sivberg & Willman, 2014; Aveyard, 2000) det vill säga, det finns en gråzon där autonomi kan bedömas på olika sätt.

Ett exempel på en gradfråga är Alzheimers, en degenerativ sjukdom som gradvis sänker förmågan till självbestämmande eftersom den påverkar de metakognitiva funktionerna (Banich & Compton, 2011). Det finns ingen självklar gräns för när personer med Alzheimer inte längre kan sägas ha beslutskompetens (Levinsson, 2008). Om personens behov av vård står i motsats till den vilja en person med låg beslutskompetens uttrycker kan hen riskera att komma till större skada om rätten till autonomi respekteras helt och hållet (Aveyard, 2000).

I vilken utsträckning någons autonomi ska respekteras kan alltså vara en mycket svår bedömning att göra, då rättigheten till autonomi och förmågan till autonomi under vissa omständigheter etiskt sett inte är fullt ut förenliga (Lindberg et al., 2014; Levinsson, 2008). Samtidigt förväntas det av professionella inom flera discipliner att de ska göra dessa bedömningar, tydligast exemplifierat med psykiatrisk tvångsvård och missbruksvård (SFS 1991: 1128; SFS 1988: 870). Dessa lagtexter ger inte tydliga riktlinjer för hur graden av självbestämmande ska bedömas, och hur rättigheten och förmågan till självbestämmande ska vägas emot varandra. Detta får till följd att enskilda myndighetsutövare och vårdpersonal (exempelvis inom psykiatrisk tvångsvård och missbruksvård) riskerar att frånta medborgare deras autonomi, eller avstå från att göra det, utifrån godtyckliga resonemang (Kindström Dahlin, 2014; Aveyard, 2000).

Det finns alltså två problem som utgör utgångspunkt för studien: svårigheten i att bedöma någons förmåga till autonomi, och godtyckligheten i hur man väger individers rättighet och förmåga till autonomi emot varandra. Eftersom begreppet *självbestämmande* inom lagtexterna saknar tydlig definition och riktar sig mot medborgare så behövs studier i hur medborgare själva definierar begreppet. Därför undersöker studien allmänhetens bedömningar och ställningstaganden om autonomi som förmåga och rättighet.

Inledningsvis presenteras teorier om autonomi utifrån distinktionen rättighet och förmåga, och en modell för gråzoner föreslås. Därefter beskrivs under tidigare forskning exempel på problematiseringar av autonomi inom sjukvården, samt hur autonomibegreppet kan kopplas till bedömningar och normativa ställningstaganden. Vidare sammanställs tidigare forskning utifrån ett antal faktorer både hos bedömaren själv och hos det bedömda fallet som kan tänkas påverka bedömningen. Slutligen presenteras syftesformulering och frågeställningar samt hypoteser.

Teori

Filosofiska teorier om autonomibegreppet. Vissa filosofer menar att autonomi är en förmåga till att kunna reflektera kring sitt eget tänkande, och handla i enlighet med denna reflektion (Levinsson, 2008; Ekstrom, 1993; Dworkin, 1988; Frankfurt, 1971). Genom att definiera en autonom individ genom hens förmåga till självreflektion och självutvärdering sammankopplas autonomi med mental kapacitet. Resonemanget ligger i linje med autonomi definierat som en kognitiv förmåga (Levinsson, 2008).

Yttre och inre faktorer som leder till underminerad autonomi. Enligt Levinsson (2008) och Christman (2005) måste både inre och yttre faktorer tas i beaktande vid bedömning av en individs autonomi. De yttre faktorerna kan röra till exempel tvång, indoktrinering, hypnos, lögn, undanhållande av information eller hot. Sådana omständigheter underminerar eller fråntar den berörda individen hans autonomi (Levinsson, 2008).

I arbetet med autonomi är en vanlig fråga som diskuteras manipulering, vilket leder till att en individ får en falsk föreställning om sin egen autonomi (Taylor, 2005). Manipulation kan förstås som att med olika medel få människor att reagera på ett visst sätt utan att de alltid är medvetna om denna påverkan (Egidius, 2005). Enligt Taylor (2005) är manipulation

således ett exempel på en yttre faktor som underminerar autonomi trots att individens kognitiva kapacitet är intakt.

De inre villkoren förhåller sig till individens reflektionsförmåga, och underminerad autonomi på grund av de inre villkoren syftar därmed på fall av nedsatt kognitiv förmåga. Den reflekterande förmågan nedsätts exempelvis av psykiatriska tillstånd, missbruk och svår kognitiv svikt såsom demens (Levinsson, 2008; Dworkin, 1988).

Autonomi som en gradfråga. Autonomi kan ses som en gradfråga (Oshana, 2006; Anderson & Lux, 2004; Beauchamp & Childress, 2001; Dworkin, 1988).

Anderson och Lux (2004) bedömer en individs autonomi utifrån hans grad av kognitiv förmåga till att korrekt bedöma sin kapacitet att tillgodogöra sig kunskap, och att därefter fatta ett självständigt beslut. De menar att om individen av självständiga anledningar beslutar sig för att begränsa eller välja bort sin autonomi, underminerar inte handlingen i sig individens autonomi (Anderson & Lux, 2004).

Oshana (2006) studerar autonomi utifrån individens sociala, ekonomiska och kulturella kontext. Hon menar att innehållet i valet och i vilken kontext personen gör det är lika intressant som valet i sig. Autonomi räknas enligt Oshana i grader av handlingsfrihet och självbestämmande, och värderas utifrån grad av kompetens till självständigt resonande, kognitiv och praktisk rationalitet, självständighet i sitt resonande, självrespekt, självkontroll, tillgång till genuina alternativ till hur man vill leva och materiell självständighet.

Beauchamp och Childress (2001) definierar en autonom handling utifrån om individen handlar avsiktligt, med förståelse, och utan kontrollerande influenser som bestämmer handlingen. De två sistnämnda förutsättningarna kan enligt dem betraktas som grader av självständighet; handlingarnas autonomnivå ligger i ett *kontinuum* som går från full närvaro till frånvaro av autonomi.

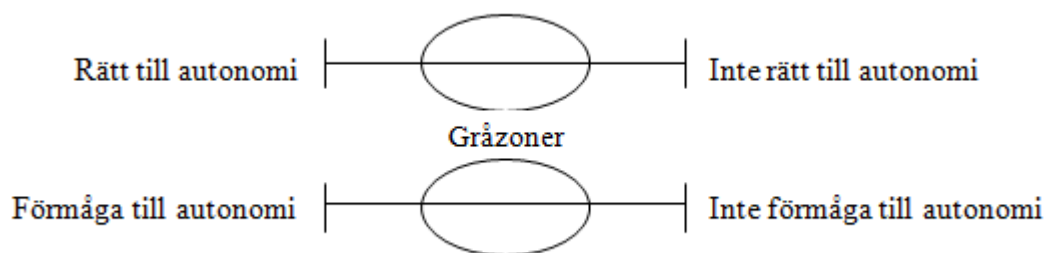
Gråzoner för autonomi. I de ovan beskrivna teorierna om autonomi som en gradfråga (Oshana, 2006; Anderson & Lux, 2004; Beauchamp & Childress, 2001; Dworkin, 1988) finns inte någon tydlig gräns för när en person kan anses inneha eller sakna autonomi. Uppsatsen vill med utgångspunkt i de filosofiska frågeställningarna föreslå att det finns fall där förmågan och rätten till autonomi tydligt är nedsatt, och svårbedömda fall som befinner sig i en gråzon där individuella uppfattningar blir avgörande. Relevansen av att utforska

gråzonen ligger inte minst i att dessa bedömningar av autonomin i praktiken ständigt görs, exempelvis på patienter och personer i behov av samhällets stöd via socialtjänst.

Genom att utforska allmänhetens bedömningar av graden av förmåga och rätt till autonomi utifrån svårbedömda fall kan en bild ges av allmänhetens uppfattningar om gråzonen. Resonemanget förtydligas i figur 1. I figuren har gråzonerna markerats på mitten av de kontinuum på vilka förmåga till autonomi respektive rätt till autonomi bedöms. Genom studien kan en bild framträda av allmänhetens uppfattningar om rätten och förmågan till autonomi skattas lika högt, det vill säga hur gråzonerna för förmågan och rätten till autonomi förhåller sig till varandra.

Figur 1

Modell över gråzoner för autonomi



Tidigare forskning

Godtycklighet vid bedömningar av autonomi. Många gånger tas individens självbestämmande för en självklarhet i vårt samhälle, men vad exakt det är som avses med begreppet är fortfarande oklart då det inte råder någon konsensus (Levinsson, 2008). Kindström Dahlin (2014) diskuterar autonomi som juridisk rättighet, utifrån svensk psykiatrisk tvångsvård. Där är definitionen av autonomi viktig för hur man gör gränsdragningar mellan frivillighet och tvång. Hon menar att begreppet idag används på följande sätt: rätten till autonomi innebär rätten till självbestämmande, men man saknar den rätten om man inte har autonomi. I detta resonemang finns en antydning om att självbestämmandet är villkorat utifrån någon sorts förutsättning. I uppsatsen förstås denna förutsättning som en kognitiv förmåga till autonomi.

Kindström Dahlin framför också att bedömningar om vem som har rätten till självbestämmande är ett värdebaserat ställningstagande, det vill säga autonomi är ett normativt begrepp. ”Risken med detta sätt att definiera autonomi är att de normativa (ibland kontroversiella) ställningstagandena – som en autonomidefinition innebär – överlämnas till

aktörer utanför rättssystemet” (Kindström Dahlin, 2014, s. 34). Till uttolkarna av lagtexter hör enskilda individer som verkar inom vården (Patientlagen, SFS 2014:821) och socialtjänsten (Socialtjänstlagen, SFS 2001:453). En risk för godtycklighet i tillämpningen av principen om respekt för autonomi har beskrivits i en studie på sjuksköterskor, som visade sig ha skilda definitioner av begreppet och olika uppfattningar om när autonomin ska respekteras och när patientens behov av vård i stället ska få företräde. Behovet av att skapa samstämmighet bland sjuksköterskor lyftes fram (Lindberg et al., 2014; Aveyard, 2000). Det kan antas att denna godtycklighet återkommer i bedömningar som görs av andra professioner inom vård och omsorg, exempelvis, läkare, psykologer och socionomer.

Den autonoma individen inom vård och omsorg. Autonomi har studerats utifrån förmåge-perspektivet inom hälso- och sjukvården. Levinsson (2008) definierar autonomi som en kognitiv förmåga och gör en distinktion mellan denna och den rätt till självbestämmande som ska respekteras enligt lag (Socialtjänstlagen, SFS 2001:453; Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982: 763). Såväl sjukvårdslagar som många etiska riktlinjer och koder är baserade på kravet på respekt för patienters och klienters autonomi (Tännsjö, 2008). Respekt för autonomin betonas i de yrkesetiska principerna för psykologer i Norden (Sveriges Psykologförbund, 1998) utifrån två aspekter; både som en begränsning för vad psykologer får göra, och instrumentellt som ett krav om att de ska främja människors möjligheter till självinsikt och bestämmande (Tännsjö, 2008). Patientlagen (2014:821) bygger på respekt för patientens rätt till självbestämmande, inom socialtjänstlagen (SFS 2001: 453) ses autonomi som en grundläggande rättighet (det vill säga inte som en kognitiv förmåga) till att fatta sina egna beslut.

Vissa grupper i samhället förutsätts ha nedsatt autonomi, såsom barn, patienter med svåra psykiska besvär och de i koma, eftersom de anses sakna den kognitiva kapacitet som krävs för att fullt ut kunna ta ansvar för sina beslut (Levinsson, 2008). Autonomi ses dock övervägande som en rättighet och inte som en kognitiv förmåga inom hälso- och sjukvården: det fria vårdvalet och marknadsekonomin utbredning inom sjukvården har förändrat den tidigare patientrollen där läkaren har det yttersta ansvaret, mot en kundroll där individen själv väljer, ställer krav och styr över sin egen vård (Nordgren 2003). Levinsson (2008) belyser problematiken med att individer som genom psykiatrisk ohälsa har gränser för sin kognitiva kapacitet förväntas vara kapabla till autonomt beslutsfattande.

I sjukvården är autonomiprincipen, det vill säga patientens rätt sitt självbestämmande, viktig (Patientlag 2014:821; Beauchamp & Childress, 2001) men kan i vissa fall stå i motsatsförhållande till ens behov av vård. I vilken utsträckning vårdpersonalen ska respektera beslutet är därmed svårbedömt (Lindberg et al., 2014; Aveyard, 2000). Patientens autonomi handlar inte bara om att själv kunna fatta ett beslut, utan lika mycket om *förutsättningarna* för att kunna fatta beslutet (Birkler & Björkander Mannheimer, 2007) och möjligheten att ta ansvar för det beslut man fattat (Lindberg et al., 2014). Konsekvensen av att se autonomi som en rättighet kan bli att sårbara, utsatta och beroende patienter tvingas ställa krav och ta ansvar för sin egen vård, trots att de kanske saknar förutsättningar för det (Nordgren, 2003).

Lindberg et al (2014) lyfter fram att patienters grad av autonomi kan skilja sig åt före, under och efter en vårdperiod, såväl som mellan individer. Studier har visat att det inte är ovanligt för fysiskt svaga och äldre patienter inom vården att inte önska sig ett självbestämmande angående medicinska beslut utan är nöjda med att förlita sig på vårdpersonalens kunnande (Doherty & Doherty, 2005; Scott et al., 2003). Även om många har en vilja att vara delaktiga i sina medicinska beslut vill få bestämma ensamma, utan hjälp av sin läkare (Lindberg et al, 2014; Cullati et al, 2011).

Tvångslagarnas främsta uppgift är att skydda individen från sig själv och hindra att andra kommer till skada. Inom svensk sjukvård finns möjlighet till psykiatrisk tvångsvård, men detta är *endast* legitimt om patienten lider av en allvarlig psykisk störning, *och* det dessutom finns anledning att tro att vården inte kan ges med patientens samtycke (SFS 1991: 1128). Patienten förlorar sin autonomi på kort sikt, men lagens uppgift är att i det längre perspektivet genom behandling, få patienten att åter bli en autonom individ. Samma grundtanke, att hjälpa icke-autonoma individer till ett självbestämmande finns bakom LVM, Lagen om vård av missbrukare (SFS 1988: 870).

Bedömningens karaktär. I uppsatsen kommer de två parallella definitionerna av autonomi som rättighet respektive förmåga att undersökas, utifrån allmänhetens bedömningar. Jasso (2006) skiljer på bedömningar (positive beliefs) och ställningstaganden (normative judgments), där skillnaden kan förtydligas som att det första är en uppfattning om hur något *är*, och det andra utgör en åsikt om hur något *borde vara*. Denna indelning kommer att tillämpas utifrån studiens parallella definitioner av autonomi, där bedömningen av någons förmåga till autonomi återspeglar vilken förmåga bedömaren anser att personen *har*, medan

frågan om vilken rätt till autonomi personen *bör ha* snarare efterfrågar ett värdebaserat ställningstagande.

En svårighet med att vetenskapligt studera bedömningar är att de är slutprodukter av kognitiva processer som till stor del är otillgängliga för forskaren (Shulman & Elstein 1975). Därutöver har forskning visat att processen är delvis otillgänglig även för den som gör bedömningen: exempelvis har studier visat att man är benägen att ta till sig det som bekräftar ens synsätt och kritiskt granska det som motsäger en bestämd uppfattning man har. Detta är ett exempel på bias (Lord, Ross & Lepper, 1979). Bias är en partisk förhandsinställning (Egidius, 2005) som färgar uppfattningar.

Bias berörs också inom heuristik-forskningen, inom vilken Tversky och Kahneman (1974) har identifierat ett antal tumregler som bedömare använder för att fatta beslut. Dessa tumregler kan sägas vara förkortade tankeprocesser där vissa aspekter ignoreras medan andra väger tungt, vilket förenklar bedömningar men också innebär en risk för systematiska felbedömningar (Kahneman, 2011). Ett exempel på en tumregel är ankrings-bias, där ett "ankare" (en initial nivå eller startpunkt) påverkar bedömningen genom att den blir en styrande referenspunkt. Därigenom finns en risk att bedömningen inte blir korrekt, eftersom bedömningen skett förhållande till ett ankare snarare än utifrån den faktiska informationen som fanns tillgänglig (Tversky & Kahneman, 1974).

Exponeringseffekten beskriver en bias i förhållande till det som är bekant för en sedan tidigare (Bornstein, 1989). I kognitiva uppgifter som inte är begränsade till enkel framplöckning av fakta utan öppnar för en bredare aktivering av fakta och erfarenheter som lagrats i minnessystemet, finns stort utrymme för bias och även för externa influenser. Priming-effekter kan ha stor påverkan vid denna typ av uppgifter då de stimuli som finns tillgängliga påverkar vilka minnesstycken som aktiveras (Bless, Fiedler & Strack, 2004).

Bedömningar kan därmed förstås på två vis: både som snabba beslut (Tversky och Kahneman, 1974) och som komplexa processer (Kahneman, 2011; Bless, Fiedler & Strack, 2004). Inget av dessa bedömningssätt kan sägas vara optimalt, utan karaktäriseras av olika kognitiva processer med olika fördelar vad gäller precision, tidsåtgång och bias.

Tidigare i denna uppsats har argument framförts till stöd för att bedömningar och ställningstaganden om andras autonomi rymmer godtycklighet. Detta då begreppet autonomi är otydligt definierat, och då förmågan och rätten till autonomi är en gradfråga där det finns en svårbedömd gråzon. Biasforskningen illustrerar att även bedömaren själv bidrar med godtycklighet som påverkar bedömningarna.

Bedömningsfaktorer i tidigare studier. Föreliggande studie har inte möjlighet att undersöka de kognitiva processer som ligger bakom bedömningarna av autonomi. Däremot undersöks om ett flertal faktorer både hos individen som ska bedömas och bedömaren själv påverkar utfallet av den kognitiva processen. Nedanstående text beskriver underlag från tidigare studier som motiverar urvalet av de variabler som inkluderats i studiens vinjetter samt urvalet av den demografiska data som studerats. Faktorerna kön, ålder, utbildningsnivå, arbetssituation, psykisk ohälsa samt beskrivningar av att personen agerar på ett sätt som kan tyda på underminerad autonomi har manipulerats experimentellt, ingår. Tidigare forskning gällande bedömningar specifikt om autonomi saknas forskarna veterligen, därför beskrivs forskning från angränsande ämnen med tyngdpunkt på psykisk ohälsa.

Attityder om psykisk ohälsa. Angermeyer, Matschinger och Schomerus (2014a) jämförde förändringar i allmänhetens attityder till psykisk ohälsa 1993 – 2011. Studien visade att trenden i åsikter om restriktioner för personer med psykisk ohälsa gick åt två håll: generellt hade allmänhetens åsikter om patienters rättigheter blivit mer liberala, men samtidigt var allmänheten mer benägen att begränsa patienters frihet om deras beteende var avvikande. Inom vissa områden (körkort, aborter och frivillig sterilisering) hade allmänheten blivit mer villig att ge mentalt sjuka patienter samma rättigheter som alla andra, men en minoritet av allmänheten var oförändrade i sina åsikter och stödde fortfarande överträdelser av rättigheterna för personer med psykisk ohälsa. I resultaten från 2011 uttryckte 25 % av respondenter i undersökningen att kvinnor med psykisk ohälsa borde genomgå abort om de blev gravida, 20 % stödde åsikten att personer med psykisk ohälsa borde steriliseras och 8 % av respondenterna hade fortfarande åsikten att de, om det behövdes, skulle steriliseras mot sin vilja.

I en tysk longitudinell attitydundersökning om individuell och strukturell diskriminering av personer med depression som genomfördes åren 2001 och 2011 (Angermeyer, Matschinger, Link, & Schomerus, 2014b) ville allmänheten fortfarande 2011 ha ett socialt avstånd till individer med depression, men villigheten att lägga skattepengar på behandling tredubblades från 6 % till 21 %. En ökad kunskap om den höga prevalensen hos befolkningen kan ha gjort allmänheten mer ovillig till att acceptera nedskärningar för vård av personer med depression. Samtidigt kan man utläsa att den ökade medvetenheten inte har påverkat attityden till deprimerade individer på det individuella planet.

Begränsningar. Studierna (Angermeyer et al., 2014a; Angermeyer, et al., 2014b) är intressanta eftersom allmänhetens åsikt undersöks och jämförs longitudinellt, vilket kan ge en bild av en åsiktstendens i samhället. Samtidigt resonerar Angermeyer et al. (2014a) om att fynden kan avspegla en förändring i allmänhetens åsikter som skett under tiden från det att Berlinmuren nyligen fallit. Efter murens fall genomfördes en bred avinstitutionalisering, och ökningen från 1993 till 2011 av personer som ville begränsa friheter för personer med psykisk sjukdom kan återspegla att allmänheten sett vilken verkan avinstitutionaliseringen av psykiatrisk vård fick i samhället och för de drabbade individerna. Det är därmed tveksamt om fynden kan generaliseras utanför Tyskland (Angermeyer et al, 2014a).

En bedömningshierarki inom psykisk ohälsa. En studie av Thurman, Lam och Rossi (1988) visade att sysselsättning och civilstånd i viss mån påverkade bedömarens uppfattning om någons grad av psykisk ohälsa. Dock stod psykologiska aspekter hos de beskrivna fallen för den klart största påverkan på bedömningarna. Inom den psykologiska dimensionen bedömdes vinjettpersonen troligare ha psykisk ohälsa om hen visade utåtagerande psykotiska reaktioner, än vid introverta karaktäristika som tillbakadragenhet, isolering och depression. Av alla faktorer som undersöktes hade närvaron av hot mot någon annan än vinjettpersonen själv den största inverkan på bedömningen.

En liknande tendens kunde ses i en studie av Angermeyer, Millier, Rémuzat, Refaï och Toumi (2013), där schizofreni skattades som allvarligare än depression. Schizofreni sågs som en sjukdom med en stark biologisk komponent, som behövde psykiatrisk behandling, medan depression i första hand sågs som en konsekvens av psykosocial eller arbetsrelaterad stress, och kunde behandlas med alternativa metoder utanför vården. Studien använde sig dock av fackuttryck i frågorna som riktades till allmänheten, vilket är ett potentiellt reliabilitetsproblem.

Schomerus, Matschinger, och Angermeyer (2014) undersökte om allmänhetens förklaringsmodeller (biogenetiska eller psykosociala) till olika psykiska sjukdomar kunde predicera deras attityder mot personer med schizofreni, depression och alkoholberoende. Resultatet var att biogenetiska antaganden associerades med lägre acceptans när det gällde schizofreni och till viss del depression, men med högre acceptans när det gällde alkoholberoende. Psykosociala anledningar hade motsatt effekt: antaganden om stress som en

anledning associerades med högre acceptans för schizofreni, medan motgångar i barndomen som en förklaring resulterade i lägre acceptans för en person med depression.

Parsons klassiska studie (1951) myntade begreppet “the Sick Role” som rollen den sjuke tar vilket inkluderar både rättigheter och skyldigheter. Enligt Parsons är omfattningen av hur friad en individ är från socialt ansvar relaterat till arten och svårighetsgraden av sjukdomen. Dock har allmänhetens attityder och definitioner av psykisk ohälsa förändrats radikalt sedan studien gjordes och nyare studier visar att människor hellre intar en sympatiserande och positiv attityd till mental sjukdom om personen verkar ha viss kontroll över sin sjukdom (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Phelan, Link, Stueve & Pescosolido, 2000).

I en review av Schomerus et al. (2012) undersöks om kunskapen om biologiska förklaringar till psykisk ohälsa har ökat den under de senaste årtiondena, och om detta i så fall har hjälpt allmänheten att förstå mental sjukdom, ökat benägenheten till att söka hjälp vid psykiska besvär och gett upphov till en mer tolerant attityd gentemot personer med psykisk ohälsa. Två stora trender framkom – det var en samstämmig trend att den teoretiska kunskapen om mental hälsa hade ökat, speciellt inom den biologiska förklaringsmodellen, och en större acceptans av professionell hjälp för psykiska problem. Som kontrast observerades inga förändringar till det bättre gällande attityder mot människor med psykisk ohälsa, förutom vissa förändringar till det sämre när det gällde schizofreni. Slutsatsen var att den större förståelsen för biologiska faktorer bakom psykisk ohälsa inte resulterat i en större social acceptans av personer med psykisk ohälsa.

Begränsningar. Thurman, et al. (1988) har styrkan att den undersökte många faktorer bakom bedömningarna, men eftersom psykotiska symtom var så utslagsgivande kan det ha överskuggat svagare effekter av andra nivåer på dimensionen. Hur psykisk ohälsa bedöms av allmänheten kan vidare ha förändrats sedan studien gjordes. Flera studier har visat förändringar över tid i kunskapsläge och i attityderna om psykisk ohälsa (Angermeyer et al., 2014a; Angermeyer, et al., 2014b; Schomerus et al., 2012).

Sammanfattningsvis kan sägas att typ av symtom (Thurman, et al., 1988) och bedömarens förklaringsmodell kan ha påverkan på förståelse och social acceptans av psykisk ohälsa (Schomerus et al., 2014; Schomerus et al., 2012;), men att det kan vara beroende på grad av kontroll personen har över sin sjukdom (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Phelan, Link, Stueve & Pescosolido, 2000). I vilken utsträckning dessa faktorer

påverkar bedömningarna av förmågan och rätten till autonomi är en angränsande fråga som oss veterligen ännu ej undersökts.

Kön, sexuell läggning och misshandel i nära relationer. Forskning som undersöker uppfattningar av våld i hemmet visar att situationer där män våldför sig på kvinnor bedöms som allvarligare än situationer där kvinnor våldför sig på män (Feather, 1996; Willis & Hallinan, 1996; Gerber, 1991). Deltagare i dessa studier bedömde vidare att en manlig förövare förtjänade ett högre straff för brottet än en kvinna i samma situation. Uppfattningen att män är mer kapabla till att skada andra, och att kvinnliga offer mer sannolikt får allvarliga skador hittas även i studier av Harris and Cook (1994) och Sorensen och Taylor (2005).

I en studie av Seelau och Seelau (2005) undersöktes huruvida sexuell läggning och kön påverkade respondenters bedömning av hur allvarligt våld i en nära relation bedömdes vara. Resultatet från studien var att offrets kön, snarare än sexuella orientering, var den starkaste prediktorn i svaren, och kombinationen manliga förövare mot kvinnliga offer sågs som det fall i störst behov av en aktiv intervention för att stoppa våldet.

Begränsningar. Respondenterna i flertalet av studierna (Seelau & Seelau, 2005; Willis & Hallinan, 1996; Harris, & Cook, 1994; Gerber, 1991) blev rekryterade genom att de läste psykologikurser på universitetet, och i två av dem (Seelau, & Seelau, 2005; Harris, & Cook, 1994) fick deltagarna delar av sin utbildning tillgodoräknade genom att vara med i studien. Dessa utgör två faktorer som kan tänkas ha påverkat studiernas resultat. Då respondenterna gavs möjlighet att tillgodoräkna sig poäng genom sitt deltagande i studierna skapades en risk för att selektionsbias, det vill säga att incentiv genom tillgodoräkandet av poäng riskerade att påverka vilka som deltog. Dessa studier delar vidare risken för snäv sampling med övriga nämnda studier (Willis & Hallinan, 1996; Gerber, 1991) då det är sannolikt att respondenterna som rekryterats från universitet i stort delar olika uppsättningar karaktäristik, vilket minskar generaliserbarheten. I en studie (Feather, 1996) rekryterades urvalet från forskarens egen kurs i "mänsklig motivation", något som utöver snäv sampling och selektionsbias kan leda till experimentledareffekt. En av vinjettundersökningarna (Sorenson & Taylor, 2005) var en stor surveyundersökning (n = 3679) med randomiserat urval med en svarsfrekvens på 50 % av de tillfrågade, därmed finns en risk att bortfallet skapade snedvridna resultat.

Sammanfattningsvis tyder samtliga studier på att förövarens och offrets kön påverkar hur allvarligt våld upplevs, men dessa fynd bör bekräftas i ett bredare stickprov.

Bedömarens roll. Utöver karaktäristik hos personen som bedöms, har forskning visat att det finns faktorer hos den som gör bedömningen som ger utslag. I en äldre men uppmärksammas vinjettstudie rapporterade LaTorre (1975) att kön hos både respondent och vinjettperson hade signifikanta effekter på bedömningen. LaTorre fann att kvinnliga respondenter i högre utsträckning än manliga bedömde en person som psykiskt sjuk. Även Horwitz (1977) fick liknande resultat i sin studie av hjälpsökande för psykisk ohälsa på lokala vårdcentraler.

I en factorial-survey-undersökning av Thurman et al. (1988) var vinjettpersonens relation till bedömaren en signifikant faktor; om vinjettpersonen beskrevs som en granne eller nära vän var bedömaren mindre benägen att bedöma att personen hade psykiska ohälsa.

En studie från Sverige av Ewalds-Kvist, Högberg och Lützén (2013) undersökte demografiska faktorer hos respondenten i relation till bedömning av personer med psykisk ohälsa. Studien visade att kvinnor, äldre och de med personlig erfarenhet av en närstående med psykisk ohälsa var mer positiva till att integrera personer med psykisk ohälsa i samhället. Detta stöds till viss del av Taylor och Dear (1981), som fann att kvinnliga respondenter visade mer empatiska attityder mot personer med psykisk ohälsa, medan äldre hade lägre empati och vilja till integration av dessa personer i samhället än andra åldersgrupper. Samtidigt visade Ewalds-Kvist et al. (2013) signifikanta könsskillnader i faktorerna rädsla och undvikande, då kvinnor rapporterade större rädsla än män för personer med psykisk ohälsa. Giftnedborgare uttryckte, jämfört med de med andra civilstånd, mindre sympatiska attityder till de med psykisk ohälsa, ett fynd som även hittas i Taylor och Dears (1981) studie.

I studien av Angermeyer et al. (2014a) observerades inga könsskillnader i hur positiv man var till tvångsinläggningar generellt. Dock fanns det samband mellan respondenternas utbildningsnivå och bedömningar. Respondenter med högre utbildningsnivå var i allmänhet mer positiva till tvångsinläggningar än de med lägre utbildning. Samtidigt var de mindre benägna att hålla med om åtgärden när patienten drabbats av förföljelsemani, isolerat sig eller inte tagit den ordinerade medicinen.

I en vinjettstudie av Corrigan et al. (2003) undersöktes attributioner, affektiva responser och villighet att diskriminera personer med psykisk ohälsa. Uppfattningen att vinjettpersonens tillstånd stod under personens kontroll samt att hen själv var ansvarig för tillståndet hade samband med undvikande, undanhållande av hjälp och positiv attityd till tvångsinsatser. Förtroendet med psykisk ohälsa hade samband med de affektiva responser

som beskrevs i förhållande till vinjetten, men inte med uppfattningen om personligt ansvar. Respondenter som av olika anledningar var mer förtrogna med psykisk ohälsa var mer benägna att vilja erbjuda hjälp, men skillnaden i hur benägen man var att stödja tvångsinsatser var stor.

I en studie (Morgan, Reavley & Jorm, 2014) om bedömningar av psykisk ohälsa jämfördes allmänhetens kontra allmänläkares, psykiatrers och psykologers tro på hur hjälpsam en viss behandling eller intervention var för någon med depression, depression med självmordstankar, tidig schizofreni, kronisk schizofreni, social fobi eller post-traumatiskt stressyndrom. De fann att allmänheten hade större tilltro till nära familj och vänner, professionella ”vägledare”, vitaminer och mineraler, en speciell diet och till måttligt alkoholintag för att slappna av. Professionella visade i gengäld större tro på psykoterapi, kognitiv beteendeterapi för depression och ångest, och antipsykotisk medicin för schizofreni.

Bedömarens kön verkar också spela en viktig roll i uppfattningar om våld i hemmet. Kvinnor betraktar våld i hemmet som mindre acceptabelt (Stalans, 1996; Pierce & Harris, 1993) och ser vissa beteenden som mer våldsamma än män gör (Pierce & Harris, 1993). Worden och Carlson (2005) undersökte allmänhetens förklaringsmodeller till våld mot kvinnor i nära relationer. Studien visade att personers bakgrund och egna erfarenheter i viss mån påverkade bedömningen. Få menade att våldet mot kvinnan var hennes eget fel, men en av fyra respondenter menade att kvinnan i relationen *ville* bli misshandlad och äldre respondenter var mer benägna att se en kvinnas provokation som en utlösande faktor till våldet. Respondenter med högre utbildning skilde sig från majoritetsåsikten att kvinnan generellt sett var kapabel till att ta sig ur den farliga relationen på egen hand.

Begränsningar. De äldre studierna (Taylor & Dear, 1981; Horwitz, 1977; LaTorre, 1975) tillför mycket kunskap om bedömarfaktorer i studier om psykisk ohälsa. Dock är det oklart i vilken utsträckning dessa resultat fortfarande är giltiga.

Studien av Ewalds-Kvist et al. (2013) är aktuell men begränsas av att man i studiens vinjetter använde termen “psykisk sjukdom” i stället för att beskriva specifika psykiska symtom. Att detta är ett problem framgår genom att 50 % av bedömarna i studien gav genom kommentarer uttryck för begreppsförvirring inför begreppet “psykisk sjukdom”. Detta skulle tyda på att begreppsvaliditeten är hotad.

Hos Morgan et al. (2014) begränsades studien av att svarsfrekvensen i gruppen av professionella var låg (22 %). Detta medför en risk för selektivt bortfall i studien. Dessutom

gjordes datainsamlingen för gruppen professionella genom brev och insamlingen hos allmänheten skedde via telefonintervjuer. Därmed gavs respondentgrupperna olika förutsättningar, vilket försvårar jämförelser mellan grupperna.

Studien av Corrigan et al. (2003) ger genom sina många faktorer en detaljerad bild av bedömningsprocessen av personer med psykisk ohälsa men resultaten är svåra att generalisera till allmänheten eftersom bedömarna var studenter från ett amerikanskt universitet.

Undersökningen av Pierce & Harris (1993) är intressant, men i studien presenteras enbart scenariot där en man är förövare. Detta gör att resultatet inte kan jämföras med bedömningar av om en kvinna hade misshandlat en man. Ytterligare en svaghet med studien är att deltagarna var universitetsstudenter och fick delar av sin introduktionskurs i psykologi tillgodoräknade genom att vara med i studien, vilket som i tidigare fall ger problem med generaliserbarhet.

Sammanfattning. Autonomi definierat som självbestämmande är ett centralt begrepp på individnivå och på strukturnivå, exempelvis inom sjukvården. Begreppet är dock otydligt definierat, och därför riskerar bedömningen av någon annans autonomi att bli godtycklig. En orsak till detta är att man med autonomi kan avse en rättighet individen har, samtidigt som denna rättighet kan vara villkorad utifrån en kognitiv förmåga. Autonomi som förmåga kan undermineras av yttre och inre faktorer, och kan förstås i grader. Dessa grader kan variera i relation till ett flertal faktorer hos individen, såsom ålder, aktuell situation och psykisk hälsa.

Även faktorer hos bedömaren påverkar hur bedömningen av någons autonomi görs. Det har gjorts ett antal studier som undersöker attityder om psykisk ohälsa, men forskning saknas som undersöker specifikt attityder om autonomi, och gör det i bredare bemärkelse än vid just psykisk ohälsa. De studier som identifierats har använt metoder som möjliggjort undersökande av ett fåtal variabler. Då det är möjligt att ett flertal faktorer påverkar de bedömningar som görs behövs forskning som undersöker många faktors påverkan på samma dataunderlag.

Forskning om bias bidrar med att mana till försiktighet gällande respondentens möjlighet att redogöra för sin egen beslutsprocess. Med utgångspunkten att mänskliga bedömare har en omedveten bias kan man inte nå tillförlitliga resultat om vad respondenter baserar sina beslut på genom att tillfråga dem direkt. Detta ställer krav på metodologi och har legat till grund för tillämpandet av Factorial Survey approach, vilket beskrivs närmre under metod.

Syfte

Studiens ena syfte är att med vinjettmetoden Factorial Survey Approach undersöka till vilken grad en person bedöms ha förmåga och rätt till autonomi i ett antal fiktiva situationer mellan vilka informationen varierar slumpmässigt. Därigenom studeras faktorer som kan tänkas påverka om en person uppfattas som mer eller mindre autonomt fungerande. Personerna som beskrivs i vinjetterna är på väg att göra saker eller fatta beslut som på olika sätt kan utsätta dem för risk (i uppsatsen kallat "risksituation"). Det är därför möjligt att göra bedömningar om ifall de har nedsatt beslutskompetens men bedömningen är långt ifrån självklar, det vill säga, bedömningen görs inom en gråzon utan entydiga markörer.

Det andra syftet är att undersöka om definitionerna av autonomi som rättighet kontra förmåga har konsekvenser för bedömningen av individers autonomi, det vill säga i vilken utsträckning det finns ett samband mellan hur stor förmåga till autonomi och rätt till autonomi respondenterna tillskriver vinjettpersonerna.

Avgränsningar. Denna studie undersöker vilka faktorer som spelar roll för bedömningen av andras autonomi och dessa faktorerers relativa vikter snarare än om bedömningarna är tillförlitliga prediktioner av ett verkligt tillstånd, såsom exempelvis forskning på vårdpersonals bedömningar av risk (Cahill & Rakow, 2012; Cheyne et al., 2012). Det ligger även utanför studiens räckvidd att identifiera vilka mekanismer som påverkat hur faktorerna värderats, det vill säga på vilka grunder faktorerna tilldelats en viss vikt av bedömaren.

Det finns många faktorer som påverkar bedömningen som inte inkluderas för att inte göra studien alltför omfattande, exempelvis personlighet hos bedömaren och kulturella faktorer.

Frågeställningar

- Vilka vinjettprediktorer (ålder, kön, utbildning, arbetssituation, psykisk ohälsa och risksituation) och respondentprediktorer (kön, ålder, utbildningsnivå, relationsstatus, eventuellt föräldraskap, närliggande erfarenhet och generell attityd till personligt ansvar) utövar påverkan på respondenternas bedömningar av personers förmåga respektive rättighet till autonomi?
- Finns det ett samband mellan förståelsen av autonomi som förmåga respektive rättighet?

Metod

Deltagare

Datainsamlingen gjordes under tre dagar i mars 2015, dagtid ombord på tåg och tre olika centralstationer i Skåne samt på ett café där övervägande studenter inom ett flertal discipliner vistas. Platserna valdes för att ge stor demografisk spridning i stickprovet samt för att personer som satt och väntade på något antogs kunna vara villiga att besvara enkäten. Urvalet var därmed ett bekvämlighetsurval. Dock eftersträvades att samtliga som var tillgängliga på platsen vid insamlingstillfällena skulle bli tillfrågade om att delta för att minimera selektionsbias.

Tabell 1
Demografisk data

Karaktäristika	<i>n</i>	%	<i>M (SD)</i>	Min-max
Kön				
Kvinna	52	59.8%		
Man	34	39.1%		
Bortfall	1	1.1 %		
Ålder			31.98 (16.43)	16-75
16-20 år	22	25.3%		
21-30 år	31	35.6%		
31-63 år	21	24.1%		
64-75 år	9	10.3%		
Bortfall	4	4.6%		
Högsta avslutade utbildning				
Högstadiet	10	11.5%		
Gymnasiet	25	28.7%		
Högskola, 1-5 terminer	13	14.9%		
Högskola, 6-9 terminer	17	19.5%		
Högskola, 10-24 terminer	11	12.6%		
Annan eftergymnasial utbildning	5	5.7%		
Bortfall	6	6.9%		
Relation				
Gift/sambo	34	39.1%		
I relation	15	17.2%		
Ensamstående	28	32.2%		
Bortfall	10	11.5%		
Har barn	8	9.2%		
Bortfall	10	11.5%		

Som inklusionskriterier valdes personer över 15 år med tillräckliga kunskaper i svenska för att få ett så brett urval som möjligt. De personer som var i övre tonår eller äldre,

och vistades på platserna men inte verkade vara på väg därifrån (exempelvis mot inkommande tåg) tillfrågades därmed om deltagande. Tre personer verkade dock vara påverkade av rusmedel, dessa personer tillfrågades inte.

87 personer besvarade enkäten (se tabell 1 för beskrivning av stickprovets karaktäristika). Två respondenter fyllde inte i samtliga vinjetter i enkäterna. Det totala antalet besvarade vinjetter blev 688.

Design

Studien använde sig av metoden Factorial survey approach (FSA), som är en kvasiexperimentell design särskilt inriktad på att studera ad hoc-bedömningar. Den experimentella manipulationen bestod av randomisering av variabelnivåer i korta vinjetter som beskriver verklighetstroga situationer och personer.

Vinjetterna presenterades i enkätform och respondenterna ombads göra två bedömningar utifrån varje vinjett. Bedömningarna analyserades med multipel regressionsanalys. Då metoden inbegrep en manipulation av de oberoende variablerna (hädanefter även kallade dimensioner) och mätning av förändring på den beroende variabeln men bristande kontroll över confounding-variabler bör den kategoriseras som kvasiexperimentell (Wallander, 2008).

Factorial survey approach. FSA är en metod för att studera attityder och sociala bedömningar som använts sedan 1970-talet (Wallander, 2009). Den första studien som tillämpade FSA mätte social stratifiering utifrån hushållen som sociala enheter, och undersökte i vilken utsträckning yrke hos de vuxna i hushållet påverkade bedömningen av hushållets sociala status (Rossi, Sampson, Bose, Jasso, & Passel, 1974). Sedan dess har FSA tillämpats i flera områden inom samhällsvetenskapen, exempelvis sociologi och socialt arbete (Carpenter, Langan, Patsios & Jepson, 2014; Wallander, 2008; Jasso, 1988; Quint, Lam & Rossi, 1988) vårdvetenskap (Lauder, Ludwick, Zeller & Winchell, 2006; Ludwick et al, 2004) juridik (Applegate, Turner, Sanborn, Latessa & Moon, 2006), folkhälsovetenskap (Sorensen & Taylor, 2005) och affärsetik (Martin, 2012). Metoden ter sig dock okänd inom psykologin.

FSA är en lämplig metod när det kan antas att ett flertal faktorer har inflytande på den bedömning som görs (Taylor, 2006). Dessa kan vara både faktorer hos bedömaren och hos den bedömda. Kärnan i metoden är att randomisering av nivåerna på de oberoende variablerna används för att sätta samman vinjetterna. Denna randomisering av nivåerna innebär att

vinjetterna har faktor-ortogonalitet, vilket möjliggör att man i analysen kan isolera variablerna och studera deras respektive effekt på utfallsvariabeln, det vill säga bedömningarna (Wallander, 2008).

Vinjetterna ska vara verklighetstroga, inte tvetydiga, och vara skrivna i löpande text för att vara lätta att ta till sig. Detta är av avgörande vikt för reliabiliteten. Vinjettdimensionernas syntax och formulering ska möjliggöra att de slumpmässigt kan sättas samman i samtliga möjliga kombinationer, vanligen utifrån en viss ordningsföljd. Så länge detta är möjligt finns ingen strikt gräns för hur många dimensioner som kan inkluderas i vinjetterna. Detta är en fördel jämfört med vinjettmetoder som tillämpar faktoriell design, s.k. "faktorexperiment" vilka endast kan manipulera ett fåtal variabler (Taylor, 2006). I FSA begränsas antalet dimensioner som kan inkluderas i varje vinjett i första hand av att respondenter är begränsade i hur mycket de kan hålla i minnet när de ska göra en bedömning. Enligt Taylor (2006) är 5-10 dimensioner vanligast, men det förekommer att över 20 dimensioner används. Ett stort antal dimensioner och/eller ett stort antal nivåer på dimensionerna kräver även ett större stickprov för att nå hög power (Taylor, 2006). Det totala antalet möjliga kombinationer av dimensionerna kallas vinjettuniversat och beräknas genom att multiplicera dimensionernas nivåantal (Wallander, 2008).

Respondenterna tar ställning till ett randomiserat eller systematiskt utvalt stickprov ur vinjettuniversat. Varje vinjett ska ses som ett experiment i sig då det som studeras är bedömningen utifrån de specifika betingelser som varje randomiserad vinjett har. Antalet vinjetter som varje person bedömer begränsas i första hand av att ett för stort antal kan göra att vinjetterna i efterhand bedöms mindre noggrant eller lämnas obesvarade vilket skulle hota reliabiliteten (Wallander, 2008).

Vinjetten, inte respondenten, utgör analysenhet i FSA. Därmed går det att nå hög statistisk power på relativt få respondenter (Taylor, 2006). Samtidigt bygger detta på ett antagande om att även bedömningarna som görs av samma person kan anses vara oberoende. Detta är viktigt då användningen av multipel regressionsanalys som beräknas genom "ordinary least squares" förutsätter oberoende. Taylor (2006) anser att bedömningarna kan betraktas som tillräckligt oberoende, men hierarkisk multilevel-analys har använts som alternativ (Wallander, 2009).

FSA anses vara en lämplig metod för att undersöka de faktiska determinanterna för bedömningar snarare än de respondenten själv skulle redogöra för (Alexander & Becker, 1978). Ett vanligt sätt att studera bedömningar har varit att be respondenterna redogöra för

vad de baserat sina beslut på, men flera problem finns med det tillvägagångssättet. Dels kan respondenten vara delvis omedveten om sin egen beslutsprocess, och det är sannolikt att endast en del av det som vägts in kommer att återges. Därutöver finns det en risk för att respondenterna ger post hoc-rationaliseringar och socialt önskvärda redogörelser som inte motsvarar vad de faktiskt utgick ifrån vid själva bedömningen (Wallander, 2012).

En fördel med FSA är därmed att post hoc-rationaliseringar kan undvikas, då de olika dimensionernas påverkan på bedömningen studeras genom regressionsanalys snarare än att respondenten tillfrågas om sitt resonemang (Wallander, 2012). Att respondenters svar är färgade av social önskvärdhet är ett välkänt problem med enkätstudier, särskilt om studien berör tabubelagda områden eller åsikter (Krumpal, 2013). Det har föreslagits att FSA är en lämplig metod för att reducera effekten av social önskvärdhet (Wallander 2009; Taylor, 2006; Sorensen & Taylor, 2005; Alexander & Becker, 1978).

Syftet med FSA är att försöka skapa så mycket som möjligt av den komplexitet som finns i en bedömningssituation samtidigt med en experimentell manipulation, för att kunna studera beslutsfattande med hög intern validitet. En styrka med metoden är alltså att en större del av den komplexitet som finns i bedömningar kan fångas in i ett kvasiexperiment (Wallander, 2008). Därutöver stärks den interna validiteten av att demografisk data som anses kunna påverka resultatet inkluderas som oberoende variabler (Ludwick et al., 2004).

Taylor och Zeller (2007) menar att det är möjligt att göra kausala inferenser genom FSA. Detta då det är möjligt att etablera att manipulationen av den oberoende variabeln föregår bedömningen på den beroende variabeln, att de har ett samband, samt att vissa samvarierande variabler kontrolleras för. Metoden är dock begränsad vad gäller att uttala sig om de underliggande mekanismerna. Därmed bör dessa inferenser kategoriseras som kausala beskrivningar snarare än som kausala förklaringar (Shadish, Cook & Campbell, 2002).

Taylor och Zeller (2007) anser även att FSA har potential för hög extern validitet, på grund av det stora antalet variabler som inkluderas i en FSA-studie tillsammans med det faktum att man kan nå ett stort stickprov. Samtidigt kan den experimentella manipulation som bidrar till hög intern validitet i viss mån vara på bekostnad av den externa validiteten (Wallander, 2008).

Vilka dimensioner som inkluderas i vinjetterna väljs utifrån teori och tidigare forskning men det är också avgörande att dimensioner som man bland allmänheten ser som viktiga inkluderas (Jasso, 2006). Det är brukligt att kombinera litteraturgenomgång och en kvalitativ förstudie för att avgöra vilka faktorer som kan ha relevans som determinanter för

bedömningen (Wallander, 2008; Taylor 2006). Detta är väsentligt för studiens begreppsvaliditet.

Ett hot mot den interna validiteten i FSA är att respondenterna "lägger till" information som inte ingår i vinjetten, på ett sätt som systematiskt påverkar bedömningarna. Dessa potentiella confounders bör identifieras och hanteras genom att sådan information kontrolleras för genom konstruktionen av vinjetterna alternativt genom den bakgrundsdata som samlas in. Dock är det omöjligt att identifiera alla potentiella confounders (Wallander, 2008).

Enligt Jasso (2006) är FSA en lämplig metod för att mäta både bedömningar och ställningstaganden, utifrån den kategorisering av hur något är och hur något borde vara som beskrivits i teoridelen. Dock anser hon att kategoriseringen har olika implikationer för tolkning. Ett svar på en fråga som efterfrågar en bedömning antyder i vilken riktning olika faktorer uppfattas påverka ett tillstånd samt hur tungt respektive faktor väger. En fråga som efterfrågar en åsikt ger svar om vilken vikt som ska läggas på respektive faktor när ett beslut tas.

Instrument

En enkät konstruerades specifikt för studien, i enlighet med den FSA-metod som beskrivits ovan. Ett övervägande gjordes att 8 vinjetter per enkät var en rimlig mängd då datan skulle samlas in på platser där personer väntade och därmed kunde antas ha begränsat med tid samt vara mindre benägna att besvara en längre enkät. Enkäterna tog ca 5-10 minuter att besvara. Vinjetterna begränsades till att innehålla 6 dimensioner, då många dimensioner kräver ett större stickprov och riskerar att trötta ut respondenten på bekostnad av reliabiliteten (Wallander, 2008). Antalet nivåer på en dimension var som högst 5, för att möjliggöra ett stort antal observationer per nivå. Samtliga vinjetter innehöll en nivå från varje dimension. En tabell över vinjettdimensionerna och deras respektive nivåer finns i Appendix B. Vinjettuniversat, det vill säga det totala antalet möjliga kombinationer, var 810 enligt formeln $2 \times 3 \times 3 \times 3 \times 3 \times 5$.

Vinjetterna formulerades så att de skulle vara begripliga för allmänheten och inte förutsätta specifika förkunskaper. Det är enligt Wallander (2009) viktigt för den externa validiteten att vinjetterna är realistiska samt att respondenterna kan antas ha en uppfattning om det de tillfrågas, om inte genom egen erfarenhet så genom exempelvis kunskap från media.

Informationsbrev (Appendix A) och enkät formulerades så neutralt som möjligt för att ämnet inte skulle uppfattas som alltför känsligt eller stötande och inte framkalla svar styrda av social önskvärdhet (Krumpal, 2013).

Val av dimensioner och deras nivåer. Urvalet av vilka dimensioner som skulle inkluderas i vinjetterna gjordes genom en genomgång av faktorer som spelat roll för hur personer bedömts i tidigare forskning inom angränsande områden såsom psykisk ohälsa.

De dimensioner som inkluderades var kön (Seelau & Seelau; 2005; Feather, 1996; Willis & Hallinan, 1996; Harris & Cook, 1994; Gerber, 1991), ålder (Thurman et al., 1988), utbildningsnivå, arbetssituation (Thurman et al., 1988), psykisk ohälsa (Angermeyer et al., 2014b; Angermeyer et al., 2013; Thurman et al., 1988) samt en beskrivning av en pågående risksituation vilket beskrivs närmre nedan. Det centrala övervägandet var att varje dimension och dimensionsnivå skulle kunna ha relevans för hur autonom någon bedöms vara. Detta kontrollerades även mot den kvalitativa förstudie som genomfördes (se procedur). Utbildningsvariabeln nådde inte signifikans i Thurmans et al. studie (1988) men inkluderades ändå då dess relevans indikerades starkt av förstudien.

Vinjettnivåerna valdes för att representera en del av den bredd som finns inom varje dimension, exempelvis en spridning i ålder. Ett viktigt övervägande var att nivåerna inte skulle vara så extrema att de riskerade att ta ut effekterna av andra dimensioner i vinjetterna (Wallander, 2008), samt att de skulle ligga i den gråzon där personer sannolikt skulle ha olika uppfattningar om graden av autonomi. Även detta stämde av genom intervjuerna i förstudien.

För att vinjetterna tydligare skulle upplevas handla om olika personer varierades könsdimensionen så att det fanns åtta vanliga kvinnonamn och åtta vanliga mansnamn. Sex åldrar angavs (23 och 24 år, 35 och 36 år samt 57 och 58 år) men analyserades utifrån tre åldersgrupper: ung vuxen, yngre medelålder och övre medelålder.

Dimensionen risksituation. I vinjetternas avslutande dimension beskrivs ett beslut personen fattar eller är på väg att fatta, som riskerar att på olika sätt vara destruktivt för personen själv. Utifrån denna risksituation ombads respondenterna bedöma personens förmåga till ett autonomt beslut (beslutskompetens) samt ta ställning till i vilken utsträckning de ansåg att personen skulle ha rätt att fatta detta beslut. Vid valet av exempel tillämpades förståelsen av underminerad autonomi som potentiellt orsakad av både yttre och inre faktorer.

Potentiell manipulation (Taylor, 2005) och indoktrinering (Levinsson, 2008) exemplifierades med en sektmedlem som var på väg att ta flera osäkra lån för att hjälpa sekten ekonomiskt. Även exemplet med en person som är på väg att gå tillbaka till en misshandlande sambo kan anses vara påverkad av yttre faktorer såsom tvång och hot (Levinsson, 2008).

Utifrån att autonomi kan anses vara nedsatt vid missbruk (Dworkin, 1988) beskrevs en person med hög alkoholkonsumtion trots leverskador.

En risksituation gällde en person med cancer som inte ville ta emot sjukvård för detta utan prova alternativmedicin. Detta exemplifierar en situation där respekten för patientens autonomi (Patientlag 2014:821; Beauchamp & Childress, 2001) kan vara svår att förena med behovet av vård (Lindberg et al., 2014; Aveyard, 2000).

Då de olika dimensionerna och deras nivåer behövde vara förenliga för att skapa realistiska vinjetter och unga vuxna var en nivå, så användes inte exemplet demens i dimensionen som beskriver risksituation. I stället beskrevs en person med hjärnskada på grund av en olycka, vilket kan ske oberoende av ålder.

Avgränsningar. Som avgränsning för vilka aspekter av bedömningen av andra som skulle undersökas utelämnades variabler som kunde innebära en negativ påverkan på andra på grund av personens situation, exempelvis att personen hade barn. Detta övervägande gjordes utifrån en vanligt förekommande inställning som återkom i förstudien, om att individer får göra vad de vill så länge det inte skadar andra. Om skattningarna färgades av negativ påverkan på andra snarare än bedömningen av individens förmåga till autonomi skulle den interna validiteten hotas. Utifrån ett liknande resonemang hölls etnicitet konstant genom att endast svenskklingande namn inkluderades. Studien skulle annars riskera att testa fördomar om kulturen en person tillhörde snarare än personen själv och dennes förmåga till autonomi.

Nedstämdhet och ångest inkluderades vid sidan av god psykisk hälsa, dock ej mer allvarliga tillstånd såsom schizofreni då det indikerats av tidigare forskning (Angermeyer et al., 2013; Thurman et al., 1988) att denna skulle kunna påverka bedömningen så mycket att andra faktorer i vinjetten togs ut. Vinsten med dessa avgränsningar är en högre kontroll av confounding-variabler, dock på bekostnad av varians som inte förklaras av undersökningen.

Operationalisering för den beroende variabeln. Formuleringen av de frågor för vilka respondenterna skattade autonomi som förmåga respektive rättighet var teoridriven enligt vad som ovan presenterats.

Samtidigt ansågs det nödvändigt att undvika ett akademiskt eller svårtolkat språk då målgruppen var allmänheten och alla skulle ha en rimlig chans att förstå vad som efterfrågades (Wallander, 2008). Av förstudien framgick att begreppet autonomi upplevdes som svårtolkat, mångtydigt och abstrakt, vilket även gällde ordet "självbestämmande". Av denna anledning användes inte begreppet autonomi i enkäten. Ordet självbestämmande användes på informationsbladet, men förklarades i en kort beskrivning av studien. Själva enkätfrågorna undvek begreppet helt.

Möjligheten att ha två frågor efter varje vinjett förespråkas av Taylor (2006), samtidigt innebär detta en risk för att en snabb respondent inte uppfattar en tydlig skillnad mellan frågorna utan svarar likartat. För att undvika detta formulerades frågorna så att de skilde sig åt på flera punkter. Respondenterna bedömde förmågan till autonomi genom frågan "I vilken utsträckning kan den här personen ta hand om sig själv?" och rätten till autonomi genom frågan "I vilken utsträckning bör den här personen få bestämma själv i situationen?". De ombads skatta på en skala från 1 till 10 där 1 var "inte alls" och 10 var "helt och hållet". Ingen möjlighet gavs att svara "vet ej".

Konstruktion av enkäterna. Randomiserade talserier för de olika dimensionerna skapades genom Microsoft Excel, och matades in i SPSS där de omkodades för att representera nivåerna på respektive dimension. Förekomst av interna korrelationer mellan de randomiserade talen kontrollerades med Pearsons r . Då den högsta korrelationen var $r=0,074$ fanns ingen multikollinearitet, det vill säga det fanns inte systematik i hur dimensionsnivåerna förekom i vinjetterna. Samtliga vinjetter tilldelades en nivå från varje dimension. Variablerna exporterades sedan via Microsoft Excel till Microsoft Word genom etikett-verktyget i Word. Där skapades ett samlat dokument med fyra vinjetter på varje A4-sida. Enkäterna sattes samman så att varje respondent fick två blad med vinjetter. Alla vinjetter märktes med ett ID-nummer för att möjliggöra att den unika vinjetten kopplades till rätt bedömning vid inkodningen.

Det samlade dokumentet genomsöktes efter upprepningar som skulle innebära att samma respondent fick besvara två nära identiska vinjetter. När samma namn upprepades inom en enkät byttes det namnet ut till ett annat namn inom samma könskategori så att varje vinjett gav intryck av att avse en ny person. Om endast en eller två nivåer skilde sig åt inom samma enkät exkluderades hela enkäten för att inte göra manipulationen alltför tydlig eller påverka respondenten negativt. Detta var fallet för 9 enkäter. Deskriptiv statistik togs fram för

att säkerställa att detta inte innebar att någon dimensionsnivå förekom i markant färre vinjetter. Då samtliga vinjetter var konstruerade randomiserat och därmed utgjorde egna experiment var det inte nödvändigt att samtliga möjliga kombinationer skulle bedömas.

Exempelvinjett: Karl är 24 år och har en praktisk yrkesutbildning. Han arbetar på heltid och har känt sig nedstämd senaste tiden. Han har farligt höga levervärden men vill ändå dricka alkohol flera gånger i veckan.

Demografisk data. Demografisk data samlades in sist i enkäten (se Appendix C). Deltagarna ombads uppge kön (Stalans, 1996; Pierce & Harris, 1993; Taylor & Dear, 1981), ålder (Angermeyer et al., 2014a; Ewalds-Kvist et al., 2013; Worden & Carlson, 2005; Taylor & Dear, 1981; LaTorre, 1975), utbildningsnivå (Angermeyer et al., 2014a; Worden & Carlson, 2005), relationsstatus (Ewalds-Kvist et al., 2013; Taylor & Dear, 1981) samt om de hade barn. De tillfrågades också om ifall de eller någon nära anhörig hade närliggande erfarenhet av något av det som efterfrågades i vinjetterna (Ewalds-Kvist et al., 2013; Worden & Carlson, 2005; Corrigan et al., 2003) genom kryssrutor. Separata kryssrutor för cancer, positiv erfarenhet av alternativmedicin respektive negativ erfarenhet gjordes då det antogs att attityden mot alternativmedicin i stor utsträckning skulle kunna påverka hur man bedömer förmågan och rättigheten när det gällde den specifika risksituationen om cancer. En fråga operationaliserade generell attityd om personligt ansvar (Corrigan et al., 2003) genom ett påstående (1-10) där 1 var att man anser att individen själv har det yttersta ansvaret för sig själv och sitt liv, och 10 var att man anser att staten har det yttersta ansvaret för att se till att alla har vad de behöver.

Respondenterna gavs även möjlighet på bladet för demografisk data att lämna en kommentar till sina bedömningar. Dessa kommentarer har dock inte analyserats i uppsatsen.

Procedur

Det första steget i metoden var att operationalisera de parallella autonomibegreppen. Utifrån tidigare forskning togs dimensioner fram som kunde tänkas ha relevans för hur autonomi bedömdes.

En förstudie gjordes genom tre semistrukturerade intervjuer för att undersöka hur "självbestämmande" och "autonomi" kan tolkas av personer ur allmänheten och därigenom

testa operationaliseringarna, samt för att undersöka hur de dimensioner som tagits fram värderades.

Av stor vikt var att utröna ifall dimensionerna av de olika respondenterna uppfattades vara av olika vikt för bedömningen. Detta då en variation i skattningarna på den beroende variabeln är en förutsättning för analysen. De hade även en viktig koppling till studiens syfte att undersöka bedömningar inom gråzonen för autonomi. Därför valdes tre personer som skilde sig åt avseende kön, ålder, utbildningsnivå och relationsstatus. Respondenterna blev också tillfrågade om eventuell information de läste in i vinjetterna för att identifiera möjliga confounders. Några tydliggörande justeringar av formuleringarna gjordes utifrån förstudien.

När en kontroll genomförts av att alla möjliga kombinationer av dimensionsnivåerna var realistiska konstruerades enkäterna i programmen SPSS, Microsoft Excel samt Microsoft Word enligt beskrivning nedan. Försättsblad och ett blad med demografiska frågor sammanfogades med vinjetterna.

Totalt togs 800 vinjetter fram, vilket bildade 100 unika enkäter. Av dessa exkluderades 9 enkäter på grund av att två eller fler vinjetter i enkäten skilde sig åt på endast en eller två nivåer. Övriga enkäter delades ut, varav 87 återlämnades ifyllda. Det totala stickprovet av vinjetter blev därmed 688, och stickprovet av respondenter var 87.

Datainsamlingen gjordes av forskarna själva under en koncentrerad tidsperiod. Den muntliga information som gavs hölls mycket kortfattad för att begränsa påverkans effekter. På enkätens försättsblad gavs kort information om studien och deltagandet (Appendix A). Respondenterna instruerades skriftligt att läsa texterna och svara på två frågor om varje text, samt att bedöma enbart utifrån det som står i texten och låta den spontana reaktionen styra. Den experimentella manipulationen omnämndes inte.

Etiska överväganden.

Det gjordes inte någon insamling av personuppgifter då enkäterna fylldes i anonymt. Samtliga respondenter fick ett kuvert att lämna den ifyllda enkäten i för att säkra anonymiteten. Vidare framgick det av informationsbrevet att deltagandet var frivilligt och att man kunde avbryta när som helst samt att deras svar endast skulle användas i den aktuella studien. Genom en kryssruta bekräftade deltagarna att de tagit del av informationen om studien och samtyckte till att medverka (se Appendix A). Även omyndiga personer mellan 15 och 18 års ålder bedömdes kunna inkluderas i studien, med stöd i lagen om etikprövning som anger att personen själv ska informeras och samtycka om han eller hon inser vad forskningen

innebär för hans eller hennes del (SFS, 2003:460). Enkäterna förvarades under säkra former hemma hos en av forskarna i teamet när de inte användes för inkodning av datan. Då inga personuppgifter samlades in, respondenterna fyllde i mycket begränsad information om sig själva och stickprovet var stort fanns ingen möjlighet att koppla svaren till en enskild person.

Det bedömdes inte finnas en uppenbar risk för psykisk eller fysisk skada vid deltagande i studien. Den experimentella manipulation som metoden tillämpade skulle dock kunna betraktas som vilseledande då den visserligen kunde identifieras av den uppmärksamma respondenten, men var förhållandevis dold. Då respondenterna inte ställdes till svars för sina bedömningar utan analyserades på gruppnivå var det viktigaste övervägandet utifrån detta att forskarna strävade efter att respondenterna skulle känna sig bekväma med att besvara enkäten (Wallander, 2008).

Dataanalys

För de statistiska beräkningarna användes Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22. De sex åldrarna som använts i vinjetterna omkodades till tre åldersgrupper: ung vuxen, yngre medelålder och övre medelålder. Samtliga nivåer på vinjettdimensionerna omvandlades till dummyvariabler. Dummyvariabler är dikotoma egenskapsvariabler, dvs har värdena 1 och 0. De kan användas som alternativ till intervallskala vid regressionsanalys när man har variabler utan inbördes rangordning (nominalskala och ordinalskala). Exempelvis tilldelades egenskapen ”kvinna” värdet 1 i dummyvariabeln, medan 0 representerar ”inte kvinna”, i det här fallet ”man”. Merparten av studiens variabler hade fler än två nivåer. Antalet dummies som inkluderas i regressionsanalysen är antalet nivåer på dimensionen minus 1. Den exkluderade dummyvariabeln fungerar som referenskategori, alltså jämförelsepunkt, för de andra dummyvariablerna. Detta innebär att koefficienterna ska tolkas i förhållande till den exkluderade kategorin (Allison, 1999), som den skillnad närvaron av en viss variabel i vinjetten gör för bedömningen jämfört med om referenskategorin är med.

Som tumregel för vilken dimensionsnivå som användes som referenskategori användes den första nivån på respektive variabel (Wallander, 2008). I två av enkäterna fanns internt bortfall bland vinjetterna. De obesvarade vinjetterna hanterades genom att de ströks ur materialet.

Vinjetterna märktes med ID-nummer och bakgrundsdatan lades in för varje besvarad vinjett så att respondentfaktorer kunde analyseras i förhållande till samtliga skattningar. Även bakgrundsdatan omvandlades till dummyvariabler.

Åldersvariabeln var på intervallskala men hade en viss snedvridning då stickprovet var förhållandevis ungt. På grund av detta delades ålder in i 4 dummyvariabler 16-20 år, 21-30 år, 31-63 år och 64-75 år. Dessa åldersgrupper valdes utifrån en hypotes om att de äldsta och de yngsta skulle avvika mest i sina bedömningar, med hänsyn tagen till att ingen grupp skulle bli för liten.

Antalet lästa terminer på högskola delades upp i dummyvariabler utifrån intervallen 1-5 terminer, 6-9 terminer och 10-24 terminer. Som utgångspunkt för denna indelning användes nivåerna för kandidatexamen (6 terminer) och masterexamen (10 terminer samt övriga).

Variabeln för personligt ansvar delades upp i 5 dummyvariabler utifrån svarsalternativen 1-10, då vissa av värdena hade få observationer (1+2=dummy 1, 3+4=dummy 2, 5+6=dummy 3, 7+8=dummy 4, 9+10=dummy 5).

För att kunna analysera om erfarenhet av risksituationerna i vinjetterna utövade påverkan på bedömningen kontrollerades för hand vilka nivåer på autonomidimensionen respektive respondent fick besvara. Om respondenten uppgav erfarenhet av något som också förekom i en vinjett kodades detta som 1 på dummyvariabeln. Erfarenheter som respondenterna uppgav som inte förekom i vinjetterna utelämnades ur analysen. Positiv och negativ erfarenhet gjordes om till varsin dummyvariabel och då de inte var ömsesidigt uteslutande utan det förekom att en respondent skattat både positiv och negativ erfarenhet, inkluderades båda i analysen.

Obesvarade vinjetter ströks före analyser genomfördes. Datamaterialet analyserades genom två multipla regressionsanalyser, där utfallsvariabler för analyserna var förmåga respektive rättighet till autonomi. Bortfall inom den demografiska datan hanterades genom parvis exklusion (Pallant, 2013). De standardiserade betakoefficienterna analyserades inte då detta inte anses relevant vid dummy-kodning (Gelman & Pardoe, 2007). För tolkning av FSA-studier används i stället den ostandardiserade b -koefficienten (Wallander, 2008). Part-värden togs fram och kvadrerades för att erhålla respektive prediktors förklarade varians.

Deskriptiva data samt en Spearmans Rho-korrelation (r_s) (Field, 2009) togs fram för att undersöka styrkan på sambandet mellan skattningarna på de ordinalskalevariabler som operationaliserade autonomi som rättighet och förmåga.

Resultat

Deskriptiv statistik

Stickprovets karakteristika har beskrivits i tabell 1 ovan. Då bortfallet på frågan om relationsstatus var högre än övrigt bortfall undersöktes om det fanns en könsskillnad i bortfallet. Uppgift om relationsstatus saknades för 12 % av vinjetterna som besvarades av kvinnor och för 5 % av vinjetterna som besvarades av män.

För frågan om ifall respondenten själv eller någon nära anhörig hade erfarenhet av det som beskrevs i vinjetterna gällde följande: 178 vinjetter (26 %) var kopplade till erfarenhet av det beskrivna, medan 496 vinjetter (72 %) inte var kopplade till erfarenhet.

De av vinjetterna som innehöll cancer som risksituation och var kopplade till positiv erfarenhet av alternativmedicin utgjorde 3 % (21 vinjetter), 95 % (564 vinjetter) var därmed inte kopplade till positiv erfarenhet.

Antalet vinjetter som var kopplade till negativ erfarenhet av alternativmedicin var färre: 1.5 % (10 vinjetter), och 97 % (665 vinjetter) var inte kopplade till negativ erfarenhet. Uppgift om erfarenheter fattades i 13 vinjetter (2 %).

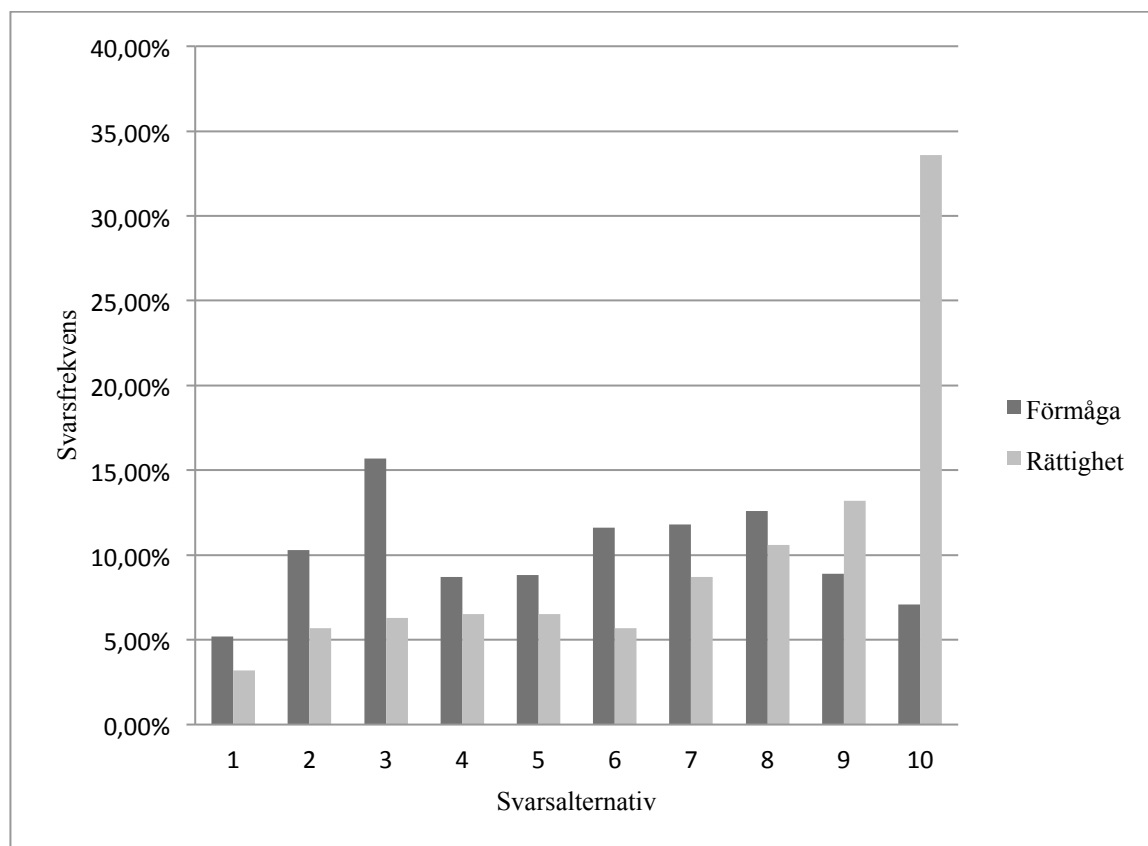
Svarsfrekvenser för variabeln personligt ansvar ($M = 4.30$, $SD = 2.42$) redovisas i tabell 2. På variabeln motsvarar värdet 1 attityden att individen själv har det yttersta ansvaret för sig själv och sitt liv, medan värdet 10 motsvarar attityden att staten har det yttersta ansvaret för att garantera att alla har vad de behöver.

Det fanns tydliga skillnader i svarstendens för de beroende variablerna förmåga till autonomi och rätt till autonomi, vilket illustreras i figur 2. På variabeln om förmåga till autonomi motsvarar värde 1 låg förmåga till autonomi, och värde 10 hög förmåga. I linje med detta står värde 1 på variabeln om rättighet för låg rätt till autonomi, och värde 10 står för hög rätt till autonomi. Skattningarna av förmåga till autonomi har en jämnare fördelning av svarsfrekvenser än rätten till autonomi. I över en tredjedel av vinjetterna skattades svarsalternativ 10 för vinjettpersonens rätt till autonomi, att jämföra med de 7 % som svarsalternativ 10 fick gällande bedömningen av förmåga till autonomi.

Tabell 2
Svarsfrekvenser för personligt ansvar

Svars- alternativ	Personligt ansvar	
	<i>n</i> vinjetter	%
1	87	12.6
2	80	11.6
3	136	19.8
4	72	10.5
5	96	14.0
6	68	9.9
7	56	8.1
8	32	4.7
9	8	1.2
10	32	4.7
Bortfall	21	3.1

Figur 2
Svarsfrekvenser för autonomi som förmåga och rättighet



Multipla regressionsanalyser

Två separata multipla regressionsanalyser genomfördes; i den första användes förmåga till autonomi som beroende variabel, i den andra användes i stället rätt till autonomi. Båda regressioner inkluderade samma mängd oberoende variabler ur vinjetter och demografisk data.

Följande variabler ur vinjettdimensionerna exkluderades ur analysen för att användas som referens kategorier: *man, ung vuxen, gymnasieutbildad, arbetslös, nedstämd samt resa med kognitiv nedsättning*. Som referens kategorier för bakgrundsvariablerna användes *man, 16-20 år, utbildning på grundskolenivå, gift eller sambo*, samt skattning 1 eller 2 på frågan om personligt ansvar. Koefficienterna ska tolkas på följande sätt: en negativ koefficient innebär att autonomi skattades lägre på bedömningsskalan än för referens kategorin, och en positiv koefficient att autonomi skattades högre.

Preliminära analyser bekräftade att förutsättningarna multikollinearitet, normalfördelade residualer ($M=0$) och homoskedasticitet var uppfyllda. Det fanns en viss snedvridning åt höger i residualernas fördelning gällande regressionen för rättighet, dock inte

så stor att förutsättningen inte uppfylldes. I båda analyser exkluderade programvaran den variabel som beskrev ifall respondenten hade barn.

Multipel regression för autonomi som förmåga. Analysen visade signifikant resultat, $F(31, 656) = 5.40, p < 0.001$. Variablerna förklarade tillsammans 20 % av variansen i skattningarna av autonomi som förmåga ($R^2=0.20$). För en sammanställning av analysen, se tabell 3.

Den prediktor ur vinjettdimensionerna som inverkade mest på resultatet i förhållande till referenskategori med hjärnskada var risksituationen där personen missbrukade alkohol, $b = -1.20, t(688) = -4.02, p < 0.001$. Nästan lika stor påverkan hade risksituationen med manipulation inom sekt $b = -1.06, t(688) = -3.56, p < 0.001$. Även dimensionen våld i nära relation var signifikant, $b = -0.66, t(688) = -2.19, p < 0.05$.

Om vinjettpersonen beskrevs som att hen mådde bra skilde sig detta signifikant positivt från om personen beskrevs som nedstämd (det vill säga från referenskategori), $b = 0.96, t(688) = 4.10, p < 0.001$.

Övriga variabler bidrog ej signifikant till modellen, vilket antyder att dessa inte utövade någon påverkan på bedömningen, alternativt att de påverkade så lite att det inte kan säkerställas statistiskt utifrån dataunderlaget.

Gällande respondentfaktorerna fanns det utifrån utbildningsnivå skillnader i hur vinjettpersonernas förmåga till autonomi bedömdes. I förhållande till referenskategori grundskoleutbildad skattade personer som läst 10-24 terminer på högskola förmågan till autonomi som signifikant högre, $b = 1.04, t(643) = 4.42, p < 0.001$. De respondenter som läst 1-5 terminer bedömde istället att vinjettpersonerna hade lägre förmåga till autonomi, $b = -0.80, t(643) = -3.76, p < 0.001$, jämfört med respondenterna i referenskategori. Att ha gått eftergymnasial utbildning utanför högskolan hade en signifikant positiv påverkan på bedömningen, $b = 0.79, t(675) = 2.00, p < 0.05$.

Tabell 3

Multipel regressionsanalys för autonomi som förmåga

Variabel	<i>b</i>	<i>SEb</i>	<i>part</i> ²
Konstant	5.60***	0.38	
Vinjettvariabler			
Kvinna	-0.03	0.19	0.0000
Yngre medelålder	-0.16	0.24	0.0006
Övre medelålder	0.16	0.23	0.0006
Har universitetsutbildning	0.18	0.23	0.0007
Har yrkesutbildning	0.07	0.23	0.0001
Är heltidsarbetande	0.34	0.24	0.0025
Är sjukskriven	0.17	0.24	0.0006
Har ångest	-0.31	0.23	0.0022
Mår bra	0.96***	0.24	0.0199
Risksituation			
Alternativmedicin vid cancer	0.31	0.32	0.0011
Alkoholmissbruk	-1.20***	0.30	0.0196
Våld i nära relation	-0.66*	0.30	0.0058
Manipulation inom sekt	-1.06***	0.30	0.0154
Demografisk data			
Kvinna	0.05***	0.01	0.0180
21-30 år	0.43**	0.17	0.0074
31-63 år	0.25	0.18	0.0024
64-75 år	-0.69***	0.21	0.0123
Gymnasieutbildning	-0.31	0.22	0.0023
Annan eftergymnasial utbildning	0.79*	0.40	0.0049
Högskola, 1-5 terminer	-0.80***	0.21	0.0172
Högskola, 6-9 terminer	-0.23	0.20	0.0017
Högskola, 10-24 terminer	1.04***	0.24	0.0237
I relation, ej sammanboende	-0.01	0.15	0.0000
Ensamstående	0.01	0.15	0.0000
Erfarenhet av det beskrivna	-0.03	0.24	0.0000
Positiv erfarenhet av alternativmedicin	-0.28	0.56	0.0003
Negativ erfarenhet av alternativmedicin	-0.22	0.61	0.0001
Personligt ansvar, svar 3-4	-0.35	0.18	0.0045
Personligt ansvar, svar 5-6	-0.41*	0.20	0.0053
Personligt ansvar, svar 7-8	-0.36	0.24	0.0026
Personligt ansvar, svar 9-10	1.13***	0.31	0.0161

Not. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$. $R^2 = 0.20$. Justerat $R^2 = 0.17$.

Den näst starkaste koefficienten för bedömningarna av autonomi som förmåga var skattningarna 9 och 10 på frågan om personligt ansvar, $b = 1.13$, $t(667) = 3.64$, $p < 0.001$. Skattningarna 5 och 6 för personligt ansvar, $b = -0.41$, $t(667) = 2.10$, $p < 0.05$, var däremot

negativt associerade med referenskategorierna som var skattning 1 och 2. Skattningarna 3 och 4 var nära signifikans, $b = -0.35$, $t(667) = -1.92$, $p = 0.06$.

Respondenterna som var 64-75 år bedömde förmågan till autonomi som signifikant lägre, $b = -0.69$, $t(659) = 3.20$, $p < 0.001$, än referenskategorierna 16-20 år. De respondenter som var 21-30 år bedömde däremot förmågan till autonomi som högre, $b = 0.43$, $t(659) = 2.48$, $p < 0.01$.

Koefficienten för om respondenten var av kvinnligt kön var mycket svag men likväl signifikant skild från referenskategorierna män, $b = 0.05$, $t(680) = 3.86$, $p < 0.001$.

Relationsstatus samt de olika erfarenhetsvariablerna hade inte en signifikant påverkan på bedömningarna.

Multipel regression för rätten till autonomi. Även regressionsanalysen för ställningstagande om rätten till autonomi var signifikant, $F(31, 656) = 4.79$, $p < 0.001$. Av variansen i ställningstagandena förklarades 19 % av variablerna ($R^2 = 0.19$). Resultaten sammanfattas i tabell 4.

Alkoholmissbruk var återigen den risksituation som hade störst negativ påverkan på skattningen, $b = -1.02$, $t(688) = -3.19$, $p < 0.001$, följd av manipulation inom sekt, $b = -1.00$, $t(688) = 3.12$, $p < 0.01$.

I likhet med när förmågan till autonomi bedömdes hade beskrivningen att personen mätte bra en signifikant positiv påverkan, $b = 0.94$, $t(688) = 3.74$, $p < 0.001$.

Inom övriga vinjettdimensioner fanns ingen statistiskt säkerställd påverkan på hur rätten till autonomi skattades.

Den prediktor av respondentvariablerna som hade starkast påverkan på ställningstagandet om rätten till autonomi var skattning 9 och 10 på frågan om personligt ansvar, $b = 1.33$, $t(667) = 4.00$, $p < 0.001$. I denna regression hade skattningarna 3 och 4 signifikant negativ påverkan, $b = -0.79$, $t(667) = -4.06$, $p < 0.001$, och skattningarna 5 och 6 hade en negativ påverkan som var nära signifikans, $b = -0.39$, $t(667) = -1.85$, $p = 0.06$.

Gymnasieutbildning hade bland utbildningsprediktorerna den starkaste påverkan, $b = -0.96$, $t(675) = -3.40$, $p < 0.001$. Att ha läst 10-24 terminer på högskolan hade en signifikant positiv påverkan, $b = 0.64$, $t(643) = 2.52$, $p < 0.01$. Högskoleutbildning som var mellan 1 och 5 terminer lång hade däremot en signifikant negativ påverkan, $b = -0.52$, $t(643) = 2.27$, $p < 0.05$.

Tabell 4
Multipel regressionsanalys för autonomi som rättighet

Variabel	<i>b</i>	<i>SEb</i>	<i>part</i> ²
Konstant	7.35***	0.41	
Vinjettvariabler			
Kvinna	0.29	0.20	0.0025
Yngre medelålder	0.36	0.25	0.0025
Övre medelålder	0.25	0.25	0.0013
Har universitetsutbildning	-0.07	0.25	0.0001
Har yrkesutbildning	0.18	0.25	0.0006
Är heltidsarbetande	0.30	0.25	0.0018
Är sjukskriven	-0.02	0.25	0.0000
Har ångest	-0.21	0.25	0.0009
Mår bra	0.94***	0.25	0.0174
Risksituation			
Alternativmedicin vid cancer	0.05	0.35	0.0000
Alkoholmissbruk	-1.02***	0.32	0.0128
Våld i nära relation	-0.19	0.32	0.0004
Manipulation inom sekt	-1.00**	0.32	0.0121
Demografisk data			
Kvinna	-0.01	0.02	0.0003
21-30 år	0.27	0.19	0.0027
31-63 år	0.39*	0.19	0.0052
64-75 år	-0.67**	0.23	0.0106
Gymnasieutbildning	-0.96***	0.24	0.0199
Annan eftergymnasial utbildning	0.13	0.43	0.0001
Högskola, 1-5 terminer	-0.52*	0.23	0.0064
Högskola, 6-9 terminer	-0.13	0.21	0.0004
Högskola, 10-24 terminer	0.64**	0.25	0.0079
I relation, ej sammanboende	0.11	0.16	0.0006
Ensamstående	-0.11	0.16	0.0006
Erfarenhet av det beskrivna	0.40	0.26	0.0029
Positiv erfarenhet av alternativmedicin	1.77**	0.60	0.0108
Negativ erfarenhet av alternativmedicin	-1.33*	0.65	0.0052
Personligt ansvar, svar 3-4	-0.79***	0.19	0.0204
Personligt ansvar, svar 5-6	-0.39	0.21	0.0042
Personligt ansvar, svar 7-8	-0.13	0.26	0.0003
Personligt ansvar, svar 9-10	1.33***	0.33	0.0199

Not. *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$. $R^2 = 0.19$. Justerat $R^2 = 0,15$.

Respondentens ålder påverkade ställningstagandena på så sätt att de som var 64-75 år skattade rätten till autonomi lägre, $b = -0.67$, $t(659) = 2.93$, $p < 0.01$, än referenskategori 16-20 år, och de som var 31-63 år skattade rätten högre, $b = 0.39$, $t(659) = 2.04$, $p < 0.05$.

Erfarenheter av alternativmedicin kodades bara in för risksituationsnivån cancer. Positiv erfarenhet av alternativmedicin påverkade ställningstagandet om rätten till autonomi i

detta fall signifikant, $b = 1.77$, $t(675) = 2.96$, $p < 0.01$. Negativ erfarenhet av alternativmedicin hade omvänd påverkan på ställningstagandet, $b = -1.33$, $t(675) = -2.04$, $p < 0.05$.

Övrig erfarenhet av det som beskrevs i vinjetterna hade inte signifikant påverkan på bedömningarna av rätten till autonomi, inte heller de demografiska faktorerna relationsstatus och kön.

Sambandet för autonomi som förmåga och rättighet

Relationen mellan bedömningarna av förmågan till autonomi och ställningstagandena om rätten till autonomi undersöktes genom korrelationskoefficienten Spearmans Rho då båda variabler är på ordinalskala. Korrelationen mellan skattningarna av förmåga ($M = 5.52$, $SD = 2.67$) och rättighet ($M = 7.27$, $SD = 2.84$) var medelstark ($r_s(688) = 0.48$, $p < 0.001$).

Diskussion

Nedan diskuteras studiens resultat utifrån studiens frågeställningar och de statistiska analyser som var kopplade till respektive frågeställning. Därefter diskuteras studiens metodval. Slutligen sammanfattas slutsatserna av studien och förslag till vidare forskning ges.

Resultatdiskussion

Autonomi bedömt utifrån förmåga och rättighet. Det första syftet med föreliggande studie är att med undersöka vilka faktorer som påverkar hur en individs autonomi bedöms i "risksituationer", utifrån vinjettdimensionerna *ålder*, *kön*, *utbildning*, *arbetsituation*, *psykisk ohälsa* och *risksituation*, samt respondentdimensionerna *kön*, *ålder*, *utbildningsnivå*, *relationsstatus*, *eventuellt föräldraskap*, *närliggande erfarenhet* och generell attityd till *personligt ansvar*. Detta undersöktes genom regressionsanalys. Flera av faktorerna påverkar bedömningarna, vilket diskuteras närmre nedan.

Vinjettprediktors påverkan på bedömningarna av autonomi. Regressionsanalysen visade att två av vinjettdimensionerna påverkar allmänhetens bedömningar och ställningstaganden om autonomi. Den vinjettprediktor under dimensionen *psykisk ohälsa* som tydligt påverkar bedömningen av både förmåga och rättighet till autonomi positivt är beskrivningen att personen *mår bra*. Respondenternas svar blir nästan en grad högre på bedömningsskalan i förhållande till när referenskategori *nedstämd* ingår i vinjetten.

Prediktorn *har ångest* ger en icke signifikant men lägre bedömning av autonomin än om personen beskrivs som nedstämd. Att den har ett negativt värde visar dock att prediktorn skiljer sig ännu mer från bedömningarna av personer som beskrivs må bra än från referenskategori *nedstämd*. Resultaten visar att vinjettpersonens mående är av största vikt vid bedömning av dennes förmåga och rättighet till att agera autonomt.

Vinjettprediktorerna med starkast negativ påverkan på bedömningen av personens förmåga och rätt till autonomi är risksituationerna *alkoholmissbruk* och *manipulation inom sekt*. Även *våld i nära relation* ger en signifikant lägre bedömning av vinjettpersonens förmåga till att agera autonomt men visar inte en signifikant påverkan när det gäller rätten till autonomi.

Förmåga till autonomi skattas högre för en person som väljer alternativmedicinsk behandling vid cancer än för referenskategori *resa med kognitiv nedsättning*, men skillnaden är inte statistiskt säkerställd. Skillnaden finns inte när det gäller bedömningen av rätt till autonomi.

Utifrån resultaten skulle man kunna resonera att bedömarna reagerar mer på de risksituationer där vinjettpersonens förmåga till autonomi nedsätts via missbruk, hot och manipulation, än i fall där personen *trots* kognitiv nedsättning (att företa sig en europaresa trots skadad minnesfunktion och lokalsinne) eller privat övertygelse (att vägra ta emot konventionell vård och medicinering mot cancer) utsätter sig för risksituationer. Bland de riskprediktorer som inverkar mest återfinns både inre (såsom missbruk) och yttre faktorer (såsom hot och manipulation) som leder till underminerad autonomi (Levinsson, 2008; Christman, 2005). Bedömningarna av de olika riskprediktorerna visar därmed att både inre och yttre faktorer är viktiga vid bedömning av någons autonomi.

Dimensioner utan inverkan på resultatet. Ingen prediktor på dimensionerna *kön*, *ålder* eller *utbildning* har signifikant påverkan på bedömningen av varken förmåga eller rättighet till autonomi. Att dimensionerna inte tydligt inverkar på bedömningen är intressant, eftersom tidigare forskning visat att speciellt kön kan påverka bedömningen av en individs psykiska ohälsa (Seelau & Seelau, 2005; LaTorre, 1975). Dimensionen *arbetsituation* visar inte någon signifikant påverkan på bedömningen av varken förmåga eller rättighet. Detta skiljer sig från en tidigare studie om bedömningar av psykisk ohälsa (Thurman, Lam & Rossi, 1988) där arbete påverkade bedömningarna.

Både könsprediktorn *kvinna* och åldersprediktorn *yngre medelålder* har dock medelhöga *b*-koefficienter när det gäller bedömningen av en individs rätt till autonomi. *b*-koefficienten på prediktorn *heltidsarbetande* är medelhög inom både förmåge- och rättighetsanalysen. Dessa medelhöga koefficienter kan antyda att prediktorerna skulle kunna ha viss relevans. Ett större stickprov skulle kunna visa om detta resultat uppstått av slumpen.

Bakgrundsfaktors påverkan på bedömningarna av autonomi. Den finns en tendens i datan att kvinnor bedömer vinjettpersonens förmåga högre än män gör. Resultatet är signifikant men påverkan av respondentens kön på bedömningen var trots detta mycket svag bedömt utifrån *b*-koefficienten. Resultatet skiljer sig från tidigare forskning (LaTorre, 1975; Horwitz, 1977) som visar att kvinnor i högre utsträckning bedömer en att person har psykisk ohälsa.

Respondenter i åldern 64 - 75 år skattar vinjettpersonens förmåga och rätt till autonomi lägst i förhållande till referenskategorierna 16-20 år, men även lägre än de andra åldersgrupperna. Personer i åldersgruppen 21 -30 år bedömer vinjettpersonernas förmåga till autonomi som högst, medan personer i åldern 31-63 bedömer högst när det gäller rätten till autonomi. Skillnaderna på skattningarna mellan åldersgrupperna 21-30 år och 31-63 år är dock inte så markanta.

Resultaten är svårtolkade eftersom de högre skattningarna på förmåga och rättighet ligger inom olika ålderskategorier. En möjlig tolkning är att skattningarna påverkas av den grad av sjukvård och andra samhällsinsatser som en person behöver. Respondenterna i den äldsta ålderskategorin skulle utifrån det resonemanget möjligen ha personliga erfarenheter av bristande förmåga, och större behov av samhällets stöd och hjälp.

Det finns inget sammanhängande mönster för hur respondenternas utbildningsnivå påverkar deras bedömningar och ställningstaganden om autonomi. De respondenter som studerat *10 - 24 terminer på högskola* skattar vinjettpersonernas förmåga en grad högre och rättighet mer än en halv grad högre på bedömningsskalan, än referenskategorierna som är personer med *grundskoleutbildning*. Även respondenter med *annan eftergymnasial utbildning* bedömer vinjettpersonernas förmåga som signifikant högre än referenskategorierna.

De vars högsta avslutade utbildning är *gymnasieutbildning* skattar nästan en grad lägre på rätt till autonomi, och de i kategorin *högskola, 1 - 5 terminer* värderar signifikant förmågan och rättigheten mycket lägre än referenskategorierna. Även detta resultat är svårtolkat då skattningarna varierar mycket. De med längst utbildning skattar högre på både förmåga och

rättighet. Resultaten för de som läst upp till 5 terminer på högskola är motsatta, och de med annan eftergymnasial utbildning skattar förmågan högre, men inte rättigheten. De med gymnasieutbildning har förutom en lägre skattning på rättighet även lägre skattning på förmåga, denna koefficient är dock inte signifikant skild från referenskategori.

Sist i enkäten ombads respondenterna ange sin uppfattning om individens *personliga ansvar* kontra *samhällets ansvar* på en skala från 1 till 10 där 1 är att individen själv har det yttersta ansvaret. De respondenter som anger svarsalternativ 9 eller 10 skattar både förmågan och rättigheten till autonomi markant högre än referenskategori, som var svarsalternativ 1 och 2.

Samtliga andra svarsalternativ har negativa koefficienter men av dem är endast två prediktorer signifikanta: respondenter som svarar 3-4 på frågan om *personligt ansvar* skattar rätten till autonomi mycket lägre än referenskategori, och de respondenter som svarar 5-6 på skalan skattar mycket lägre på förmåga till autonomi. Resultatet visar att de med högst (9-10) och lägst (1-2) skattning på gradskalan är de som bedömer vinjettpersonens förmåga och rätt till autonomi som högst. En möjlig tolkning av resultatet är att de vars samhällssyn präglas av en stark uppfattning om ansvarsfördelningen mellan individ och samhälle också har en större tilltro till individens förmåga i risksituationer.

Faktorer utan inverkan på resultatet. Respondenternas *relationsstatus* eller om de eller någon nära anhörig har *erfarenheter* av det som beskrivs i vinjetterna har ingen inverkan på bedömningen av vinjettpersonens förmåga eller rättighet. Resultatet skiljer sig från tidigare forskning där gifta respondenter hade en större benägenhet att tillskriva andra ha en psykisk sjukdom (Ewalds-Kvist et al., 2013; Taylor & Dear, 1981). Annan forskning har visat att om respondenterna har en personlig erfarenhet av en närstående med psykisk sjukdom påverkar det positivt deras inställning till andra med en psykiatrisk diagnos (Ewalds-Kvist et al., 2013; Corrigan et al., 2003) men tendensen tycks inte överförbar till bedömningar om autonomi.

Möjlig förklaring till bedömningen av risksituationen om cancer. Kopplat till risksituationen om *cancer och alternativmedicin* analyserades respondenters erfarenhet av alternativmedicin, då detta är något som skulle kunna påverka hur de bedömer dessa vinjetter. Om respondenten har *positiv erfarenhet av alternativmedicin* har detta en starkt positiv påverkan på deras ställningstagande om rätten till autonomi för de vinjetter där nivån *cancer och alternativmedicin* ingår. Har respondenten *negativ erfarenhet av alternativmedicin* så har

detta i stället en starkt negativ påverkan på deras ställningstaganden för de vinjetter där *cancer och alternativmedicin* ingår. Resultatet visar att respondenternas personliga erfarenhet av alternativmedicin inverkar starkt på deras ställningstaganden om vinjettpersonens rätt till autonomi. Erfarenheterna påverkar däremot inte signifikant dessa respondenters bedömningar av förmågan till autonomi vid cancer och alternativmedicin. *b*-koefficienten för risksituationen *cancer och alternativmedicin* gällande rätten till autonomi skulle därmed till viss del kunna förklaras av vissa respondenters olika erfarenheter av alternativmedicin.

Sambandet mellan förmåga och rättighet. Studiens andra syfte är att undersöka om det fanns ett samband mellan bedömningen av en persons förmåga respektive rättighet till autonomi.

Korrelationen mellan skattningarna på variablerna *förmåga* och *rättighet* är medelstark, vilket är lägre än man kan förvänta sig ifall rätten och förmågan till autonomi är starkt sammanlänkade. Skattningarna för förmåga är förhållandevis jämt fördelade längs variabelns sträckning, men respondenternas skattningsfrekvens av vinjettpersonens rättighet ökar starkt vid de högre svarsalternativen. Så mycket som en tredjedel av vinjettpersonerna anses ha fullständig rätt till autonomi i de givna situationerna.

En möjlig tolkning av resultatet är att en del personers skattning av rättighet sker utifrån ett "ankare": en tumregel som dikterar att alla människor har en grundläggande rätt till autonomi. En sådan tumregel kan göra att det krävs mer för att man ska bedöma på ett sätt som avviker från ankaret, än vad det gör om man inte har en styrande referenspunkt för sin bedömning. Om detta är fallet så är det rimligt att svarsfrekvensen minskar ju längre från ankaret som svarsalternativet ligger (Tversky & Kahneman, 1974).

Samma tolkningsmodell kan förklara att det finns en jämnare svarsfördelning på variabeln *förmåga* förutsatt att man inte har ett tydligt ankare, det vill säga en styrande referenspunkt, när det gäller hur man bedömer andras förmåga till autonomi. Då är det sannolikt att man i stället utgår mer ifrån den information som vinjetten ger.

Denna tolkningsmodell kan också kopplas till ett resonemang om gråzonen för autonomi. Spridningen på bedömningsskalan för förmågan till autonomi är stor och jämn vilket kan antyda att det finns en stor gråzon där det saknas tydliga regler för hur förmågan ska bedömas. När det gäller ställningstaganden om rätten till autonomi verkar det däremot som att en tumregel för många är mer styrande än faktorer som beskrivs i vinjetterna. På så

sätt finns det för vissa personer i mindre utsträckning en gråzon där rätten till autonomi är svårbedömd.

Metoddiskussion

Den valda metoden FSA möjliggör analys av ett flertal variabler utifrån frågeställningen om deras påverkan på bedömningarna av förmågan och rätten till autonomi. Till författarnas kännedom är metoden inte tidigare använd inom psykologisk forskning, där det Taylor (2006) kallar faktorexperiment i stället används frekvent. En anledning till detta kan vara att metoden är okänd inom fältet. Samtidigt är FSA en metod som skiljer sig på flera punkter från de typiska designen som traditionellt används i psykologin vilket möjligen bidragit till att den inte använts hittills.

Efter att FSA applicerats på föreliggande studie framstår det som att metoden kan vara användbar inom psykologin. Detta eftersom den möjliggör studiet av komplexa bedömningar bortom den potentiella felkälla som normalt införs när respondenter ombeds redogöra för hur de resonerat. Detta gör den intressant inte minst för studerandet av professionella bedömningar. Nedan diskuteras styrkor och svagheter med den valda metoden.

Risken för alternativa förklaringar till resultatet. Metoden är kvasiexperimentell, vilket innebär att en väl utförd studie har hög intern validitet och kan uttala sig med viss säkerhet om ifall de erhållna resultaten beskriver kausala samband. Dock kan dessa samband i vissa fall bero på medierande eller modererande variabler, vilket inte undersökts i den aktuella studien. FSA som metod utgår ifrån att eventuella interaktionseffekter tas ut av den approximativa faktor-ortogonaliteten, det vill säga att nivåerna varieras oberoende av varandra. Det finns dock risk för dold systematisk variation då metoden haft bekvämlighetsurval och otillräckliga kontroller. Detta gör att man inte med säkerhet kan utesluta andra möjliga förklaringar till de samband som uppvisats. Exempelvis kan det finnas viktiga bakomliggande orsaker till tendensen att skatta rätten till autonomi som hög i förhållande till skattningen av förmågan; en sådan orsak skulle kunna vara en politisk uppfattning om individens frihet som en överordnad princip. Det är samtidigt möjligt att flera respondenter utgår från att det kan finnas personer som skulle komma till skada och just därför anser att vinjettpersonerna inte fullt ut har rätt att göra som de vill i situationerna. Information som respondenter läser in i vinjetterna som inte förekommer uttalat riskerar att påverka bedömningarna på sätt som inte synliggörs i analysen. Exempelvis är det oklart om

respondenterna tolkar risksituationen med att gå tillbaka till en misshandlande sambo som att sambon var av samma eller motsatt kön.

Det finns ett mindre partiellt bortfall i den demografiska datan. Frågan om relation har störst bortfall. Anledningen till detta kan inte fastställas, det är dock värt att notera att fler kvinnor än män utelämnar information på frågan. Dock är koefficienterna för relationsstatus så svaga att det ter sig osannolikt att den mängd information som saknas skulle kunna avslöja signifikanta skillnader i bedömningarna beroende på kön.

Den demografiska data som inkluderas i analysen bidrar till att förklara delar av variansen för de bedömningar och ställningstaganden som görs. De kan också förstås som ett sätt att kontrollera för den utsträckning som bakgrundsfaktorer snarare än själva experimentet förklarar resultaten. Vikten av detta framgår av partvärdena, som i båda multipla regressionsanalyserna visar att de demografiska variablerna bidrar mer till den förklarade variansen än vinjettvariablerna. Dock kvarstår en stor andel av variansen som oförklarad, vilket innebär att faktorer som inte är kända i studien potentiellt utgör alternativa och långt viktigare förklaringar till de bedömningar och ställningstaganden som görs.

Deltagare och urval. Urvalet av respondenter är som nämnt ovan en viktig faktor som kan begränsa möjligheten att utesluta alternativa förklaringar till de uppvisade sambanden. Studien använder sig av ett bekvämlighetsurval. Att randomisera urvalet hade varit både önskvärt för att höja den interna validiteten, och möjligt förutsatt att en annan insamlingsmetod valts: exempelvis via post. Detta hade dock varit ett mer tidskrävande förfarande och det hade funnits en risk för större bortfall. Ett större stickprov hade därutöver varit lämpligt då studien syftade till att mäta allmänhetens attityder och allmänheten är en mycket stor och heterogen grupp.

Den använda urvalsmetoden innebär att det finns flera potentiella felkällor som gör att stickprovet inte kan anses representativt för den bakomliggande populationen. Dels kan det finnas en tidseffekt då datan enbart insamlades dagtid. Den relativt låga andelen personer i åldersgruppen 31-63 kan bero på att en stor andel av personerna i denna åldersgrupp befinner sig på arbetsplatser dagtid. Andelen personer mellan 21 och 30 år var däremot hög, liksom andelen högskoleutbildade. Stickprovet innehöll också en större andel kvinnor än män vilket inte speglar den bakomliggande populationen, och exklusionskriteriet om "tillräckliga" svenskakunskaper gör att den del av den svenska populationen som inte talar svenska inte

representerats. Att stickprovet inte speglar den bakomliggande populationen minskar möjligheten att generalisera resultaten.

Det finns dock en ansats till att reducera de möjliga felkällor som introduceras vid bekvämlighetsurval. En viktig del var valet av tåg och tågstationer som huvudsaklig plats för insamling eftersom populationen som reser med tåg i sig antogs vara heterogen. Tre olika städer uppsöktes för att få en större demografisk bredd. För att minimera selektionsbias tillfrågades så många som möjligt av de som vistades på platserna under de utsatta tiderna, dock med vissa undantag som beskrivits i metoden.

Generaliserbarhet och prediktiv kapacitet. Den föreliggande studien är replikerbar vilket skulle kunna visa om resultaten återfinns i ett annat stickprov. Då stickprovet inte bör anses fullt representativt för den bakomliggande populationen begränsas dock de aktuella resultatens generaliserbarhet. Metoden FSA i sig har potential till hög extern validitet i annat utförande, förutsatt randomiserat urval samt noggrann kontroll av variabler som kan påverka utfallet.

Det är dock viktigt att skilja på möjligheten att erhålla motsvarande resultat med samma mätinstrument i ett nytt stickprov, och generalisering till bedömningar om liknande verkliga fall. Det är oklart om samma faktorer som är prediktiva i studien skulle ge utslag i bedömningar som gäller verkliga personer. De kontexter som sådana bedömningar görs inom skiljer sig sannolikt på många sätt från den mycket kortfattade, avgränsade fiktiva beskrivning som bedömningarna nu baserades på. Därmed kan det inte sägas med någon säkerhet att samma faktorer skulle kunna predicera bedömningar om verkliga personers förmåga och rätt till autonomi. FSA kan alltså kritiseras för att ha begränsad relevans då bedömningarna bygger på fiktiva fallbeskrivningar. Denna nackdel får vägas emot den möjlighet metoden ger för att studera bedömningar experimentellt.

Analysen görs på gruppnivå vilket innebär att generella tendenser kan urskiljas. Samtidigt kan bilden se mycket annorlunda ut på individnivå, men enskilda personers bedömningar kan inte prediceras utifrån resultatet. Detta innebär även att resultaten inte kan generaliseras till enskilda personer.

Reliabilitet i FSA. Vanligt använda statistiska mått för reliabilitet, exempelvis Cronbach's alfa, kan inte tillämpas på den typ av enkät som konstruerats för studien. För att reliabiliteten i mätningen inte ska sjunka är det i stället ett viktigt övervägande att

respondenterna inte trötts ut, så kallad respondent fatigue (Wallander, 2008). Det kan handla både om för stor mängd information i vinjetten man ska ta ställning till och för stort antal vinjetter i enkäten. Om vinjetterna är lika varandra kan risken öka att respondenten inte överväger sitt svar utifrån den aktuella informationen utan i stället utgår från sina tidigare bedömningar vilket skulle vara ett problem då vinjetterna betraktas som oberoende experiment.

Den aktuella studien hade förhållandevis få variabler i vinjetterna, och varje respondent bedömde endast åtta vinjetter. Vidare exkluderades enkäter där vinjetterna var mycket lika. Dessa metodologiska överväganden kan ge förutsättningar för god reliabilitet, men statistiska mått för att etablera detta saknas. Taylor (2006) föreslår att reliabiliteten etableras genom test-retest. En ytterligare möjlighet föreslås av Taylor och Zeller (2007), nämligen att en standardiserad vinjett förekommer på två platser i enkäten så att överensstämmelsen i hur dessa bedöms kan undersökas. Detta skulle dock förutsätta att varje respondent besvarade fler vinjetter än i den aktuella studien så att förekomsten av identiska vinjetter blir mindre tydlig.

Begreppsvaliditet. För att etablera den begreppsliga validiteten i en FSA är det viktigt att studien grundar sig i noggrann litteraturgenomgång och har teoretisk förankring (Taylor, 2006). Utöver detta är det avgörande hur de bakomliggande begreppen operationaliseras och mäts.

Då språkbruket i enkäten behövde vara begripligt för allmänheten var operationaliseringarna av de använda autonomibegreppen en svår avvägning mellan frågor som vem som helst kunde relatera till, och frågor som faktiskt testade förmågan respektive rätten till autonomi. Detta innebär att de komplexa autonomibegreppen riskerar att ha täckts in bristfälligt. Respondenterna ombads att besvara på en skala från 1 till 10, i enlighet med att autonomi kan anses som en fråga om grader (Oshana, 2006; Anderson & Lux, 2004; Beauchamp & Childress, 2001; Dworkin, 1988).

Vad gäller de oberoende variablerna finns en risk för att bias hos forskarna påverkade vilka variabler som uteslöts och vilka som inkluderades i vinjetterna samt i den demografiska datan, då litteraturgenomgången inte var tillräckligt systematisk. Av b-koefficienterna och part-värdena kan utläsas att flera koefficienter bidrog lite eller ingenting till att förklara vad som påverkade bedömningarna. En mer noggrann litteraturgenomgång hade kunnat leda till att några variabler uteslöts och andra togs med i stället.

Studiens kopplingar till verkliga bedömningar. En möjlig kritik mot FSA är att randomiseringen av dimensionsnivåerna kan skapa orealistiska kombinationer som ger bedömningar som inte skulle göras i verkligheten (Wallander, 2008). Ett sätt att hantera problemet är att manuellt utesluta alla orealistiska vinjetter efter randomiseringen. I studien begränsades i stället dimensionernas innehåll för att samtliga skulle vara möjliga att kombinera på så sätt att vinjetterna skulle upplevas som realistiska beskrivningar av personer.

Det var också viktigt att personerna skulle kunna upplevas befinna sig i situationer där deras förmåga och rätt till autonomi var i en gråzon mellan hög och låg, vilket gjorde att starka markörer såsom schizofreni uteslöts. Därutöver eftersträvades att enbart undersöka faktorer hos individen då definitionen av autonomi som förmåga avser just individens kognitiva förutsättningar för autonomi. Införande av yttre element, såsom ifall andra personer påverkades negativt av situationen, skulle riskera att bedömningarna av rätten till autonomi i situationerna inte gjordes utifrån individens förutsättningar utan snarare utifrån rätten att göra något som skadar andra.

Den stora nackdelen med dessa avgränsningar är att antalet dimensioner som undersöktes blev relativt få, och variationen inom dimensionerna förhållandevis liten. När faktorer som kan påverka bedömningen inte inkluderas begränsar det hur mycket av studiens variabler som kan förklara variansen i de bedömningar som görs. Detta ska sättas i relation till att ett av huvudargumenten för användandet av metoden är att kunna fånga in mycket av den komplexitet som finns i bedömningar.

Studiens förklarade varians är 20 % för autonomi som förmåga, och 19 % för autonomi som rättighet. Det är något lågt när det jämförs med att andra FSA-studier ofta har en förklarad varians på omkring 30 % (Taylor, 2006). En möjlig förklaring till den relativt låga förklarade variansen är enligt ovanstående resonemang en för stor försiktighet när det gällde avgränsning av vilka dimensioner som undersöktes.

Studien ger inte mekanismkunskap, det vill säga, det är inte möjligt att med den använda metoden uttala sig om *varför* vissa faktorer påverkade bedömningarna och varför andra faktorer inte påverkade. Därför kan det inte säkert sägas att bedömningarna påverkades av bias trots att det antyds av tidigare studier att detta kan vara viktiga mekanismer för att förstå varför bedömningarna gjordes just så som de gjordes (Bless, Fiedler & Strack, 2004; Bornstein, 1989; Tversky & Kahneman, 1974).

Förslag på förbättringar av designen. Det viktigaste sättet som designen skulle kunna förbättras genom är ett randomiserat urval med större antal respondenter.

Standardversionen av multipel regressionsanalys ("ordinary least squares") användes för att analysera datan trots att det har föreslagits att hierarkisk multilevel-analys är mer lämplig då respondenterna bedömer flera vinjetter var. Detta är ett möjligt validitetshot då en annan analysmetod skulle kunna leda till något olika resultat. Därmed skulle metoden kunna förbättras med en mer robust analysmetod.

Det skulle vara möjligt att kontrollera för systematik i vad respondenter läser in i vinjetterna om den tendensen förutsetts och det inlästa temat inkluderats i vinjetten, exempelvis genom en standardiserad formulering. Designen skulle även kunna inkludera ett mindre antal standardiserade vinjetter för att möjliggöra analys av individuella tendenser att skatta högt eller lågt, samt reliabilitet. Detta skulle dock förlänga enkäten. Särskilt för dimensionen om risksituation skulle analysen ha blivit tydligare om en "tom" nivå använts som referenskategori, det vill säga, om vissa vinjetter inte innehöll en risksituation. Tillägget av en power-beräkning skulle vara en ytterligare förbättring av studien.

Slutsatser

Studiens resultat visar på flera skillnader mellan bedömningarna som görs av autonomi som förmåga och ställningstaganden om autonomi som rättighet. Den mest intressanta skillnaden är att rätten till autonomi skattas högre än förmågan till autonomi, snarare än att ställningstaganden om rätten utgick ifrån de kognitiva förutsättningar man bedömde att vinjettpersonerna hade. Detta innebär att det finns ett samband mellan skattningarna av autonomi som förmåga och rättighet, men att sambandet är svagare än vad som skulle kunna förväntas. En möjlig tolkning av resultatet är att personers skattning av vinjettpersonens autonomi som en rättighet sker utifrån en tumregel, medan bedömningen av personens förmåga till autonomi sker mer utifrån informationen i den individuella vinjetten. Därför hittar man en större gråzon i bedömningen av en individs förmåga, jämfört med bedömningen av en individs rätt till autonomi.

Det finns också skillnader i bedömningarna beroende på vilken risksituation personen befinner sig i och om det uttrycks att personen mår bra, är nedstämd eller har ångest. Övriga manipulerade variabler visar ingen signifikant påverkan på hur vinjetterna bedöms. Faktorer hos bedömaren förklarar enligt part^2 mer av variansen än de manipulerade variablerna i

experimentet, både när det gäller autonomi som förmåga och autonomi som rättighet. Attityd om personligt ansvar, utbildningsnivå och ålder har störst påverkan på bedömningarna.

Resultatens generaliserbarhet begränsas bland annat av att urvalet inte är fullt representativt för allmänheten.

Förslag till vidare forskning

Det finns många faktorer som skulle kunna påverka bedömningarna av vinjetterna, men som inte inkluderats i analysen. Exempelvis skulle det vara möjligt att ens personlighet påverkar hur man bedömer andras förmåga och rätt till autonomi, likaså ens politiska åskådning. Studien förklarade bara en femtedel av variansen i bedömningarna. Sannolikt spelar många fler kontextfaktorer hos den vars autonomi ska bedömas roll, exempelvis kulturella faktorer, etnicitet, förekomst av avvikande beteende, kroppsspråk och socialt stöd. Framtida forskning skulle kunna utröna om så var fallet, samt undersöka om bedömningarna av rätten till autonomi förändras av att andra riskerar att komma till skada som en konsekvens av personens agerande.

Det vore också intressant om diskrepansen mellan bedömningar av förmåga och ställningstaganden om rättighet undersöktes närmre; både på ett filosofiskt plan och gällande hur det konkret yttrar sig. Exempelvis skulle det vara relevant att studera om mönstret skulle återfinnas i de bedömningar som professionella gör av patienter. Både kvalitativa studier som kan ge en förståelse av resonemangen bedömarna för, och kvantitativa studier av bedömningstendenserna samt djupare mekanismförståelse skulle kunna tillföra viktig kunskap om hur rättigheten och förmågan vägs mot varandra. Detta är av direkt relevans för att synliggöra och reda ut den godtycklighet som nu riskerar att påverka bedömningar av andras autonomi exempelvis inom sjukvården.

Referenser

- Alexander, C. S., & Becker, H. J. (1978). The use of vignettes in survey research. *The Public Opinion Quarterly*, 42(1), 93-104.
- Allison, P.D. (1999). *Multiple regression: A primer*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- Anderson, J., & Lux, W. (2004). Accurate self-assessment, autonomous ignorance, and the appreciation of disability. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 11(4), 309-312.
- Angermeyer, M. C., Millier, A., Rémuzat, C., Refäi, T., & Toumi, M. (2013). Attitudes and beliefs of the French public about schizophrenia and major depression: Results from a vignette-based population survey. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-19. doi:10.1186/1471-244X-13-313
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2014a). Attitudes of the German public to restrictions on persons with mental illness in 1993 and 2011. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 23(3), 263-270. doi:10.1017/S2045796014000183
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Link, B. G., & Schomerus, G. (2014b). Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin? *Social Science & Medicine*, 103(Structural Stigma and Population Health), 60-66. doi:10.1016/j.socscimed.2013.11.014
- Applegate, B., Turner, M., Sanborn, J., Latessa, E., & Moon, M. (2006). Individualization, criminalization, or problem resolution: A factorial survey of juvenile court judges' decisions to incarcerate youthful felony offenders. *Justice Quarterly*, 17(2), 309-331.
- Aveyard, H. (2000). Is there a concept of autonomy that can usefully inform nursing practice?. *Journal Of Advanced Nursing*, 32(2), 352-358. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01483.x
- Banich, M.T. & Compton, R.J. (2011). *Cognitive neuroscience*. (3. ed.) Belmont, Californien: Wadsworth.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York : Oxford University Press, 2001.
- Birkler, J., & Björkander Mannheimer, E. (2007). *Filosofi och omvårdnad : etik och människosyn*. Stockholm : Liber.
- Bless, H., Fiedler, K. & Strack, F. (2004). *Social cognition: how individuals construct social reality*. Hove: Psychology.
- Bornstein, R. F. (1989). Exposure and affect: Overview and meta-analysis of research, 1968–1987. *Psychological Bulletin*, 106(2), 265-289. doi:10.1037/0033-2909.106.2.265

- Cahill, S., & Rakow, T. (2012). Assessing Risk and Prioritizing Referral for Self-Harm: When and Why is my Judgement Different from Yours?. *Clinical Psychology And Psychotherapy*, 19(5), 399-410. doi:10.1002/cpp.754
- Carpenter, J., Langan, J., Patsios, D., & Jepson, M. (2014). Deprivation of liberty safeguards: What determines the judgements of best interests assessors? A factorial survey. *Journal Of Social Work*, 14(6), 576-593. doi:10.1177/1468017313504180
- Cheyne, H., Dalgleish, L., Tucker, J., Kane, F., Shetty, A., McLeod, S., & Niven, C. (2012). Risk assessment and decision making about in-labour transfer from rural maternity care: a social judgment and signal detection analysis. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 12(1), 122-134. doi:10.1186/1472-6947-12-122
- Christman, J.(2005). Procedural autonomy and liberal legitimacy. I Taylor, J S. (Red.). *Personal autonomy: New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy* (s.277-298). Cambridge: Cambridge University Press.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, (2). 162.
- Cullati, S., Courvoisier, D. S., Charvet-Bérard, A. I., & Perneger, T. V. (2011). Desire for autonomy in health care decisions: A general population survey. *Patient Education & Counseling*, 83(1), 134-138. doi:10.1016/j.pec.2010.04.025
- Doherty C. & Doherty W. (2005) Patient's preferences for involvement in clinical decision making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal of Nursing Management* 13(2), 119 – 127. doi:10.1111/j.1365-2934.2004.00498.x
- Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. New York: Cambridge University Press.
- Egidius, H. (2005). *Psykologilexikon*. (3., utvidgade utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Ekstrom, Laura (1993). A coherence theory of autonomy. *Philosophy and Phenomenological Research*, vol. 53:3, pp.599-616.
- Ewalds-Kvist B, Högberg T, Lütznén K. (2013) Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nord J Psychiatry* 2013;67:360–368.
- Feather, N. T. (1996). Domestic violence, gender, and perceptions of justice. *Sex Roles*, 35(7-8), 507-519. doi:10.1007/BF01544134
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3. uppl.). Los Angeles: SAGE.

- Frankfurt, H. G. (1971). Freedom of the will and the concept of a person. *The Journal of Philosophy*, (1). 5.
- Gelman, A., & Pardoe, I. (2007). Average Predictive Comparisons for Models with Nonlinearity, Interactions, and Variance Components. *Sociological Methodology*, 23-51.
- Gerber, G. (1991). Gender stereotypes and power: Perceptions of the roles in violent marriages. *Sex Roles*, 24(7-8), 439-458. doi:10.1007/BF00289333
- Harris, R., & Cook, C. (1994). Attributions about spouse abuse: It matters who the batterers and victims are. *Sex Roles*, 30(7-8), 553-565. doi:10.1007/BF01420802
- Horwitz, A. (1977). The Pathways into psychiatric treatment: Some differences between men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, (2). 169.
- Jasso, G. (1988). Whom shall we welcome? Elite judgments of the criteria for the selection of immigrants. *American Sociological Review*, (6), 919-932.
- Jasso, G. (2006). Factorial survey methods for studying beliefs and judgments. *Sociological Methods Research*, 34(3), 334-423. doi: 10.1177/0049124105283121
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kindström Dahlin, M. (2014). *Psykiatrirätt : intressen, rättigheter & principer*. Stockholm : Jure, 2014.
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025-2047. doi:10.1007/s11135-011-9640-9
- LaTorre, R. A. (1975). Gender and age as factors in the attitudes toward those stigmatized as mentally ill. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 43(1), 97-98. doi:10.1037/h0076321
- Lauder, W., Ludwick, R., Zeller, R., & Winchell, J. (2006). Factors influencing nurses' judgements about self-neglect cases. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(3), 279-287. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00948.x
- Levinsson, H. (2008). *Autonomy and Metacognition: A Healthcare Perspective* (Akademisk avhandling). Lund: Lund University Press.
- Lindberg, C., Fagerström, C., Sivberg, B., & Willman, A. (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(10), 2208-2221. doi:10.1111/jan.12412
- Lord, C. G., Ross, L., & Lepper, M. R. (1979). Biased assimilation and attitude polarization: The effects of prior theories on subsequently considered evidence. *Journal Of*

Personality And Social Psychology, 37(11), 2098-2109. doi:10.1037/0022-3514.37.11.2098

- Ludwick, R., Wright, M., Zeller, R., Dowding, D., Lauder, W., & Winchell, J. (2004). An improved methodology for advancing nursing research: factorial surveys. *Advances In Nursing Science*, 27(3), 224-238.
- Martin, K. (2012). Diminished or just different? A factorial vignette study of privacy as a social contract. *Journal Of Business Ethics*, 111(4), 519-539. doi:10.1007/s10551-012-1215-8
- Morgan, A., Reavley, N., & Jorm, A. (2014). Beliefs about mental disorder treatment and prognosis: Comparison of health professionals with the Australian public. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 48(5), 442-451. doi:10.1177/0004867413512686
- Nordgren, L. (2003). *Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position* (Doktorsavhandling). Lund: Lund Business Press
- Oshana, M. (2006). *Personal autonomy in society*. Aldershot: Ashgate.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. (5. ed.) Maidenhead: McGraw-Hill.
- Parsons, T., (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What Is Mental Illness and Is It to be Feared?. *Journal of Health and Social Behavior*, (2). 188.
- Pierce, M. C., & Harris, R. J. (1993). The effect of provocation, race, and injury description on men's and women's perceptions of a wife-battering incident. *Journal Of Applied Social Psychology*, 23(10), 767-790. doi:10.1111/j.1559-1816.1993.tb01006.x
- Quint, C. T., Lam, J. A., & Rossi, P. H. (1988). Sorting out the cuckoo's nest: A factorial survey approach to the study of popular conceptions of mental illness. *The Sociological Quarterly*, (4). 565-588. doi: 10.1111/j.1533-8525.1988.tb01435.x
- Rossi, P. H., Sampson, W. A., Bose, C. E., Jasso, G., & Passel, J. (1974). Measuring household social standing. *Social Science Research*, 3(3), 169-190. doi: 10.1016/0049-089X(74)90011-8
- Schomerus, G., Grabe, H., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P., Carta, M., & Angermeyer, M. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A

- systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2014). Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: A comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, 44(2), 303-314. doi:10.1017/S003329171300072X
- Scott, P. A., Välimäki, M. M., Leino-Kilpi, H. H., Dassen, T. T., Gasull, M. M., Lemonidou, C. C., & Arndt, M. M. (2003). Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective. *British Journal of Nursing*, 12 (3), 158-168.
- Seelau, S., & Seelau, E. (2005). Gender-Role Stereotypes and Perceptions of Heterosexual, Gay and Lesbian Domestic Violence. *Journal Of Family Violence*, 20(6), 363-371. doi:10.1007/s10896-005-7798-4
- SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: svensk författningssamling.
- SFS 1988: 870. *Lag om vård av missbrukare*. Stockholm: Svensk författningssamling.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Svensk författningssamling.
- SFS 2001:453, *Socialtjänstlag*. Stockholm: Svensk författningssamling.
- SFS 2003:460, *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Svensk författningssamling.
- SFS 2014:821, *Patientlag*. Stockholm: Svensk författningssamling.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Shulman, L. S., & Elstein, A. S. (1975). Studies of problem solving, Judgment, and decision making: Implications for educational research. *Review of Research in Education*, 3.
- Sorenson, S. B., & Taylor, C. A. (2005). Female aggression toward male intimate partners: An examination of social norms in a community-based sample. *Psychology Of Women Quarterly*, 29(1), 78-96. doi:10.1111/j.1471-6402.2005.00170.x
- Stalans, L. (1996). Family harmony or individual protection? Public recommendations about how police can handle domestic violence situations. *American Behavioral Scientist*, 39(4), 433-448.
- Sveriges Psykologförbund. (1998). Yrkesetiska principer för psykologer i Norden. Hämtad den 21 april 2015 från Sveriges Psykologförbund:

<http://www.psykologforbundet.se/Documents/Yrket/Yrkesetiska%20%20principer%20f%C3%B6r%20psykologer%20i%20Norden.pdf>

- Taylor, B. (2006). Factorial surveys: using vignettes to study professional judgement. *British Journal Of Social Work*, 36(7), 1187-1207. doi: 10.1093/bjsw/bch345
- Taylor, B. J., & Zeller, R. A. (2007). Getting robust and valid data on decision policies: The factorial survey. *Irish Journal of Psychology*, 28(1-4), 27–42.
- Taylor, James S. (Red.) (2005). *Personal autonomy: New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Thurman, Q. C., Lam, J. A., & Rossi, P. H. (1988). Sorting out the cuckoo's nest: a factorial survey approach to the study of popular conception of mental illness. *Sociological Quarterly*, 29(4), 565-588.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, (4157). 1124-1131.
- Tännsjö, Torbjörn (2008). *Vårdetik*. Stockholm: Thales.
- Wallander, L. (2008). *Measuring professional judgements: an application of the factorial survey approach to the field of social work* (Doktorsavhandling). Stockholm: Acta Universitatis Stockholmiensis.
- Wallander, L. (2009). 25 years of factorial surveys in sociology: A review. *Social Science Research*, 38(3), 505-520. doi:10.1016/j.ssresearch.2009.03.004
- Wallander, L. (2012). Measuring social workers' judgements: Why and how to use the factorial survey approach in the study of professional judgements. *Journal Of Social Work*, 12(4), 364-384. doi:10.1177/1468017310387463
- Willis, C. E., & Hallinan, M. N. (1996). Effects of Sex Role Stereotyping Among European American Students on Domestic Violence Culpability Attributions. *Sex Roles*, 34(7/8), 475-491.
- Worden, A. P., & Carlson, B. E. (2005). Attitudes and Beliefs About Domestic Violence: Results of a Public Opinion Survey. II Beliefs about Causes. *Journal Of Interpersonal Violence*, 20(10), 1219-1243.

APPENDIX A



Välkommen att delta i en studie om självbestämmande!

Vi kommer från psykologprogrammet på Lunds Universitet. Som vår masteruppsats vill vi undersöka allmänhetens syn på självbestämmande. På nästa sida finner du en kort enkät om ämnet, som vi tycker diskuteras alldeles för lite. Läs igenom informationen nedan och lämna samtycke genom att kryssa i rutan innan du går vidare till själva frågorna.

OM STUDIEN

Det finns inbyggt i demokratin att alla ska få göra sin röst hörd och det är viktigt för de allra flesta att känna att ens frihet och integritet respekteras. Allas rätt till självbestämmande genomsyrar Sveriges lagstiftning och vårt samhälles värdegrund. Samtidigt kan det finnas situationer där det är moraliskt riktigt och ligger i personens eget intresse att någon annan avgör vad som är till ens bästa. Vi vill fråga dig om din personliga uppfattning om personers rätt till sitt självbestämmande. När bör någon annan föra en persons talan och var går gränsen för när självbestämmandet ska försvagas eller upphöra?

MEDGIVANDE

Dina svar kommer bara att användas i den här studien. Vi hanterar svaren med konfidentialitet, och de kommer inte kunna kopplas till dig på något sätt. Ditt deltagande är frivilligt och du har rätt att avbryta deltagandet när du vill.

Jag samtycker till att delta i studien:

Eftersom vi inte registrerar dina personuppgifter kan vi inte kontakta dig när studien är klar om du är intresserad av resultaten. Du är dock välkommen att kontakta oss om du har frågor eller önskar information om studien och dess resultat.

Emilia Agetorp, psykologstudent: emilia.agetorp.357@student.lu.se
Klara Gullstrand, psykologstudent: klara.gullstrand.929@student.lu.se
Hänvisa till Henrik också här? Titel och mail?

INSTRUKTION

Du kommer att få läsa 8 korta texter om personer som befinner sig i olika situationer där deras förmåga till självbestämmande skulle kunna ifrågasättas. Efter varje berättelse ombeds du svara på två frågor om personen.

Ibland kan berättelserna likna varandra men detaljerna varierar. Lägg inte till någon information utan utgå bara ifrån vad som står i texten när du gör din bedömning. Tänk inte efter för länge utan låt din spontana reaktion styra. Det finns inga rätta svar!

APPENDIX B

Tabell A1

Studiens vinjettdimensioner samt formuleringar för nivåerna

Kön	Alder	Utbildning	Jobb	Psykisk ohälsa	Autonomi
Anna är	23 år	och har en avslutad	Hon/Han	har känt sig	Hon/Han
Sofia är	24 år	gymnasiutbildning.	är arbetslös	har känt sig	har efter en olycka fått problem med
Maria är			och	nedstämd den	minnet och lokalsinnet, men vill ändå resa
Lisa är				senaste tiden.	runt i Europa i en månad på egen hand.
Åsa är					
Karin är	35 år	och har en praktisk	Hon/Han	har mycket ångest.	Hon/Han
Ingrid är	36 år	yrkesutbildning.	arbetar på		har farligt höga levervärden men vill ändå
Hanna är			heltid och		dricka alkohol flera gånger i veckan.
Lars är	57 år	och universitets-	Hon/Han	mår ganska bra	Hon/Han
Anders är	58 år	utbildad.	är	överlag.	har nyligen gått tillbaka till sin
Peter är			sjukskriven		misshandlande sambo.
Karl är			men		
Martin är					Hon/Han
Fredrik är					har diagnosticerats med cancer i tidigt
Henrik är					stadium men vill inte ta emot vanlig vård
Jonas är					för detta utan vill prova naturläkemedel
					och specialdiät.
					Hon/Han
					är med i religiös sekt sedan 3 år, och
					tänker nu ta flera blancolån (lån utan
					säkerhet) för att hjälpa sekten ekonomiskt.

APPENDIX C

Eventuell kommentar till någon av dina bedömningar: _____

FRÅGOR OM DIG

Kön:

Kvinna

Man

Ålder: _____ år

Högsta avslutade utbildning:

Grundskola

Gymnasium

Högskola/Universitet, _____ terminer

Annan eftergymnasial utbildning

Familjeförhållanden (du kan kryssa flera):

Gift/sambo

I en relation

Ensamstående

Har barn

Har du eller någon i din närmaste omgivning erfarenhet av något av följande?

Cancer

Hälsosfarlig alkoholkonsumtion

Våld i nära relation

Större minnessvårigheter

Religiös sekt

Positiva erfarenheter av alternativmedicin

Negativa erfarenheter av alternativmedicin

Vilket påstående stämmer bäst överens med din samhällssyn?

Individen har själv det
yttersta ansvaret för sig
själv och sitt liv. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Samhället har det yttersta
ansvaret för att garantera
att alla har vad de behöver

Tack för din medverkan!