SOPHIA HEMMET
HÖGSKOLA

Självbestämmande hos äldre personer boendes på vård- och omsorgsboende - ur sjuksköterskans perspektiv.

En kvantitativ studie

Autonomy among older people living at a nursing home - the nurse perspective.

A quantitative study

Examinations datum: 2014-06-03
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs: K41
Examensarbete, 15 högskolepoäng
Författare: German Pavlov
Författare: Sutapa Dey
Examinator: Maria Kumlin
Handledare: Anna Swall

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Även kroniskt sjuka människor som med tiden blir mer och mer beroende av stöd anstränger sig för att bibehålla sin autonomi. Upprätthållande av autonomi är det viktigaste i relation till åldrandet. Hälso-och sjukvårdslagen och socialtjänstelagen slår fast att vården ska bedrivas med respekt för vårdtagarens självbestämmande och integritet. Dock prioriterar sjuksköterskor äldres fysiska behov på bekostnad av äldres självbestämmande och livskvalitet och utövar makt i vissa vårdsituationer. En institutionell vårdkultur spelar viktig roll i uppkomst av missförhållandena på ett vård- och omsorgsboende. Vårdtagarna inom äldreomsorg är en av de mest maktlösa grupperna i samhället med få möjligheter att påverka sin situation.

Syfte

Syftet var att utifrån sjuksköterskornas perspektiv skatta vårdtagarnas självbestämmande inom äldreomsorgen.

Metod

Kvantitativ studiedesign i form av en enkätstudie användes. Enkäten innehöll 14 påståenden med fem svarsalternativ i form av en Likert-skala. Totalt delades 84 enkäter ut på 22 vård- och omsorgsboenden. Det erhölls 67 enkäter tillbaka. Bortfallet låg på 20 procent. Beskrivande statistik användes för att analysera data och presentera resultat.

Resultat

Resultaten från denna studie visade att det råder brist på självbestämmande bland vårdtagare på ett vård- och omsorgsboende och sjuksköterskornas uppfattning om deras självbestämmande påverkades av sjuksköterskornas ålder och subjektivitet. Brist på självbestämmande hos vårdtagare kopplades till den maktlöshet som de äldre upplevde när de flyttade till vård- och omsorgsboende.

Slutsats

Brist på självbestämmande hos äldre på ett vård- och omsorgsboende är ett hälsoproblem som kan förebyggas genom att självbestämmande implementeras i omvårdnadsprocessen och en skattningsenkät i självbestämmande utarbetas.

Nyckelord: Vårdtagare, äldreboende, självbestämmande/autonomi, maktlöshet, missförhållande, sjuksköterska, enkät, skattning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING **1**

BAKGRUND **1**

Åldrande 1

Vårdtagare 2

Äldreomsorg/vård- och omsorgsboende 3

Lagar och förordningar 3

Autonomi/självbestämmande 5

Sjuksköterskans perspektiv 7

Vårdtagarnas maktlöshet i äldreomsorgen 9

Teoretisk anknytning 11

Problemformulering 12

SYFTE **13**

METOD **13**

Val av metod 13

Urval 13

Enkät 13

Tillförlitlighet 14

Genomförande 14

Bortfallsanalys 15

Databearbetning 15

Dataanalys 15

Forskningsetiska överväganden 15

RESULTAT **16**

Självbestämmande hos vårdtagarna 16

Sjuksköterskornas åldersfördelning och vårdtagarnas självbestämmande 18

Självbestämmande vid jämförelse mellan privat och icke privat verksamhet 20

Sjuksköterskornas subjektivitet i bedömning av vårdtagarnas självbestämmande 20

DISKUSSION **22**

Resultatdiskussion 22

Metoddiskussion 26

Slutsats 27

Fortsatta studier 28

Klinisk relevans, TACK 28

REFERENSER **29**

BILAGA A-H

INLEDNING

Inom äldreomsorgen och sjukvården pratar man om vikten av att respektera den enskildes integritet och självbestämmande där samtycke är en viktig del inom vårdetik. Alla människor har rätt att bestämma över sina egna liv och ta sina egna beslut. Att flytta till ett vård- och omsorgsboende innebär ofta en förlust av självbestämmande; personens motivation minskar och därmed minskar inflytandet (Larsson & Rundgren, 2010). Vårdtagarna inom äldreomsorg är en av de mest maktlösa grupperna i samhället med få möjligheter att påverka sin situation (Scourfield, 2007a). Den ökande andelen äldre i samhället som lever länge, är bättre utbildade, har större kunskaper om saker och ting och kommer inte att acceptera samma begränsningar i deras självbestämmande som dagens äldre (Rodgers, Welford, Murphy & Frauelob, 2012a). Det räcker inte längre att diskutera äldres brist på självbestämmande inom äldreomsorg. Det är dags att göra någonting åt det.

BAKGRUND

Antalet äldre ökar kraftigt i hela världen. Var tionde människa i världen är över 60 år och andelen kommer att fördubblas år 2050. Idag är andelen äldre (65 år och äldre) i Sverige drygt 19,1 procent (cirka 1,8 miljoner) av den totala befolkningen och beräknas att uppgå till 23 procent år 2050 (Statistiska centralbyrån [SCB], 2013). Denna utveckling kommer att medföra ökade krav på framförallt äldreomsorgen, men också på hälso- och sjukvården (Romoren, 2010).

Regeringen har som mål för äldrepolitiken att äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg (Prop. 1997/98:113).

Åldrande

Kroppsliga förändringar används över hela världen för att kategorisera människor som äldre. Med ålderdomen avses vanligvis tidsperioden efter ålderpensionering (Hagberg, 2002). Åldrandet är komplext och består av flera processer som sker parallellt och som är integrerade med varandra (Ekwall, 2010). Åldrandet innebär en succesiv förlust av både fysiska och kognitiva funktioner, vilket minskar livskvalitet hos individen och leder till minskat inflytande över ens vardag. Människokroppen åldras under hela vuxenlivet vilket kallas biologiska åldrande. De andra dimensionerna som ofta används är psykologiskt och socialt åldrande (Mensen, 2010). Funktionellt åldrande är ett åldrande där det tas hänsyn till funktionella olikheter i att klara vardagliga sysslor hos människor i samma kronologiska ålder (Fristedt, 2013).

Med åldrandet kommer sjukdomar och funktionsnedsättningar vilket leder till att människornas fysiska, psykiska, sociala och existentiella förutsättningar påverkas negativt och medför för många ett stort behov av vård och stöd i det dagliga livet (Fristedt,2013). Detta kan i sin tur leda till att flertalet äldre flyttar in i olika former av vård- och omsorgsboende som ordnas av landets kommuner. Antalet vårdtagare som vårdades på

särskilt boende uppgick till 120 000 personer i Sverige år 2010 (Larsson & Rundgren, 2010).

Det finns många negativa attityder till äldre. I dagens samhälle finns fortfarande fördomar och stereotypa tankar om äldre människor som kan leda till deras diskriminering och isolering (Larsson & Rundgren, 2010). Personal inom vård och omsorg uppvisar ofta en negativ attityd mot äldre som inte kan förebyggas genom dagliga kontakter med vårdtagare (Jönson, 2009; Reyna, Goodwin & Ferrari, 2007). Personalens tolerans inför missförhållandena inom äldrevård konstateras (Erlingsson, Carlson & Saveman, 2006). En av förklaringarna till sådana attityder är människans ångest inför sitt eget åldrande och död. En annan förklaring är maktrelationer mellan olika åldersgrupper där det är ”fint” att vara ung och ger hög status medan äldre betraktas som en belastning för samhället (Jönson, 2009). För att motverka stereotypa attityder och förstå åldrandet ur den äldre människans eget perspektiv är kunskap om äldre människors upplevelse och tolkningar av att vara gammal väsentliga. Även funderingar kring de egna värderingarna är av stor betydelse (Hagberg, 2002).

Vårdtagare

En vårdtagare i denna studie definieras som en person som är i behov av äldreomsorg och som bor på ett vård- och omsorgboende. I vår studie benämns patienten som vårdtagare och patientperspektiv benämns som vårdtagarperspektiv, vilket är en utgångspunkt för vårdande. Ett vård- och omsorgsboende är vårdtagarnas hem, därför bör vården bedrivas utifrån ett vårdtagarperspektiv och vårdtagarens önskemål bör respekteras (Dahlberg & Segesten, 2010). I vården som är enbart uppbyggd på rutiner försvinner vårdtagarperspektivet (Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki, 2006). Rutin- och uppgiftbaserad omvårdnad har negativ inverkan på vårdtagarnas autonomi (Rodger et al., 2012a). Avsaknaden av vårdtagarperspektivet och etiskt förhållningssätt i omvårdnaden fick en vårdtagare att ”spela” att han led av en grov kognitiv dysfunktion för att dra åt sig personalens uppmärksamhet (Randers, Olson & Mattiasson, 2002). Människor som flyttar till ett vård- och omsorgsboende utmärker sig genom att vara skröpligare och mer beroende av hjälp än andra äldre och därför är de mer sårbara (McDonald et al., 2012).

Vård- och omsorgsboendets miljö minskar vårdtagarnas upplevelse av mening. Vårdtagarnas vardag styrs mer av personalens rutiner än deras egna behov och därmed påverkas vårdtagarnas möjligheter att utöva inflytande på sin vardag negativt. Vården kan förbättras genom utbildning i kommunikation och interaktion (Dwyer, Andershed, Nordenfelt & Ternestedt, 2009). Sjuksköterskans förståelse och respekt för vårdtagarna ökar genom att kommunicera med dem och ställa frågor (Jonasson, Liss, Westerlind & Berterö 2010). Det händer att vårdtagare väljer att inte utrycka sina åsikter på grund av personalens ignorering av deras tidigare åsikter (Randers & Mattiasson, 2000).

Utifrån ett vårdtagarperspektiv bör vården bedrivas på ett sådant sätt som främjar vårdtagarnas rätt till självbestämmande (Dahlberg & Segesten, 2010). Vårdtagarnas önskan är att vara självbestämmande och äldre människor är måna om att behålla sin autonomi i

vardagliga situationer även när de behöver stöd (Dunér, 2007; Hellström & Sävimäkis, 2007). Det är möjligt att kombinera en hög nivå av beroende från andra och samtidigt uppleva en hög grad av självständighet (Secker, Hill, Villeneau & Parkman, 2003).

Äldreomsorg/vård- och omsorgsboende

Äldreomsorgen i Sverige genomgick stora förändringar under 1990- talet. År 1992 godtog regeringen den så kallade Ädelreformen vilket medförde att kommunerna övertog det ekonomiska ansvaret och organiseringen för vården av den äldre befolkningen. (Larsson & Lundgren, 2010). Äldreomsorg eller äldrevård avser åtgärder med syfte att bistå äldre människor med det stöd och den hjälp de behöver för att klara sin vardag och känna sig trygga. Hjälpbehovet kan vara förorsakat av sjukdom, funktionsnedsättning eller ren ålderssvaghet. Äldreomsorg är en social rättighet, som regleras av socialtjänstelagen [SoL] (SFS 2001:453, kap 5). Kommuner organiserar äldreomsorg genom att erbjuda de äldre olika typer av särskilda boenden som är anpassade efter olika människors olika behov av särskilt stöd (SoL, kap. 5, 5 §). Dessa typer av boenden är servicehus, sjukhem, äldreboende med mera. Det finns ingen tydlig definition av varje typ av boende, utan benämningar kan variera lokalt och styras av traditioner och historia (Socialstyrelsen, 2001). Det föreslås att begreppet särskilt boende som skapar oklarhet ska ersättas av begreppet vård- och omsorgsboende (Statens offentliga utredningar [SOU] 2008:113). Därför används begreppet vård- och omsorgsboende för att benämna olika typer av boende för äldre i denna studie.

Vård- och omsorgsboende definieras som en boendeform för äldre som är i behov av trygghet och heldygnsomsorg (SOU 2008:113). Den äldre som inte klarar av att bo på egen hand flyttar till vård- och omsorgsboende. För att den äldre ska flytta dit måste biståndsbedömare bevilja insatser enligt 1§, kap. 4 i SFS 2001:453. ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande” (SoL, kap. 5, 4 §).

Dramatisk ökning av den äldre populationen leder till signifikant ökning av belastning på äldreomsorg, vilket utsätter personal för stress och psykiska påfrestningar (Schiamberg et al., 2011). Äldrevård påverkas negativt av tidsbrist, motstånd mot förändringar och rutiner (Murphy, 2007). Flyttande till vård- och omsorgsboende innebär förändring i social status och förändring i sociala relationer. Vårdtagarna upplever också känsla av vanmakt (Riedl, Mantovan, & Them, 2011). Flyttande till ett vård- och omsorgsboende är i sig en kritisk upplevelse för den äldre och bidrar till destabilisering av identitet, sänkning av självkänsla och progressiv nedsättning av färdigheter om vårdtagarens autonomi och delaktighet inte upprätthålls (Riedl, Mantovan & Them, 2013; Scourfield, 2007). De flesta äldre är emot att flytta till ett vård- och omsorgsboende och föredrar att stanna hemma under förutsättning att en adekvat hemhjälp kan garanteras (Harbison, Coughlan, Karabanow & VanderPlaat, 2005).

Lagar och förordningar

Betydelse för patientens rätt till självbestämmande framkommer redan i Sveriges grundlag. I regeringsformen kapitel 2 kan läsas om att var och en har rätt till kroppslig integritet. Där

stadgas också att varje människa i Sverige är skyddad mot frihetsberövanden, vilket betyder att ingen kan berövas sin rörelsefrihet mot sin egen vilja (SFS 1974:152).

Inom hälso- och sjukvården vidtas ofta åtgärder som skulle bryta mot grundlagens bestämmelser om inte samtycke ges av vårdtagaren. För att kunna ge sitt samtycke måste vårdtagaren vara införstådd med vårdens innebörd och konsekvenser av tagna alternativt ej tagna omvårdnadsåtgärder. Därför stadgar patientsäkerhetslagen i kap. 6, 1 §: ”Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” (SFS 2010:659). Förutsättning för att uppfylla kravet på vårdtagarens samtycke är en utförlig information till vårdtagaren som ska hjälpa denne att avgöra behov av föreslagna åtgärder. Patient ges individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd, vårdmetoder och behandlingar (SFS 2010:659). Till den vårdtagare som inte behärskar svenska eller har allvarliga hörsel- eller talskador ska tolktjänst erbjudas (SFS 1986:223). Det är den informerade vårdtagaren som blir delaktig i vården och får möjlighet att utöva sitt självbestämmande (SOU 1997:154).

I ”Patienten har rätt” (SOU 1997:154) konstateras ”… att de allra flesta patienter vill vara delaktiga och ha inflytande över sin egen situation i kontakterna med hälso- och sjukvården… Kommande äldre generationer som är mer välutbildade än dagens kommer troligen att ställa betydligt större krav på inflytande.”

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) i 2 § slår fast att vården måste bedrivas med respekt för patientens självbestämmande och integritet, att vården ska vara av god kvalitet och att patient och sjukvårdspersonal så långt det är möjligt ska planera och utföra vården tillsammans.

Enligt socialtjänstlagen [SoL] (SFS 2001:453), kap. 1, 1 § ska samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet. Under samma paragraf stadgas: ”Verksamheten skall bygga på respekt för människans självbestämmanderätt och integritet”. I 5 § kap. 5 står att det är den äldre som, så långt som möjligt, väljer när och hur stöd, hjälp och service ska ges. Socialnämnden ska arbeta för äldres möjlighet till aktiv och meningsfull tillvaro, framgår det av 4 §, kap. 2.

Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas egna resurser. Med hjälp av information, god vårdrelation och uppmuntran från vårdpersonal öppnas dörrar för vårdtagarens självbestämmande och delaktighet i sin vård. Detta förstärker vårdtagarens identitet och integritet som annars går lätt förlorad under vårdtagarens vårdperiod (Larsson & Rundgren, 2010). En värdig vård förknippas med vård som främjar självständighet och oberoende, personcentrerat och holistiskt tänkande, vårdtagarens deltagande och egenmakt. En ovärdig vård förknippas i sin tur med osynlighet, förnedring, övergrepp och maktlöshet (Arino-Blasco, Tadd & Boix-Ferrer, 2005).

Trots ovannämnda lagar och författningar upplever många äldre som har flyttat till vård- och omsorgsboende att deras självbestämmande blir lidande (Wellford, Murphy, Rodgers

& Frauenlob, 2012). Det anses att äldres rätt till självbestämmande måste stärkas genom utökad lagstiftning (Boyle, 2008).

Autonomi/självbestämmande

Autonomiprincipen betraktas som en överlägsen etisk princip i den västerländska kulturen (Hogstel & Gaul, 1991). Autonomiprincipen i relationen mellan vårdtagare och vårdgivare, måste lanseras, stödjas och garanteras (World Medical Association [WMA], 2005). Upprätthållande av autonomi är det viktigaste i relation till åldrandet. Alla andra förmågor, både fysiska och sociala är autonomins derivat (Hansen-Kyle, 2005).

Begreppet autonomi kommer från det grekiska ordet ”autos” som betyder själv och ”nomos” som betyder lag. Självbestämmande betyder ”att sätta regler för sig själv” (Nordenfelt, 2010a). Självbestämmande förklaras med att bestämma själv och fatta egna beslut om sig själv (Rodgers & Neville, 2007). Autonomi som filosofiskt begrepp är först och främst präglat av Kant. Enligt honom är autonomi en moralisk handling som inte har något moraliskt värde om det inte utförts som en plikt, det vill säga att de avsikter och överväganden som ligger till grund för handlingen kommer att styra handlingen (Lübcke, 1988). Autonomi har sin grund i humanistiska och demokratiska värderingar och begreppet slår fast att alla människor har rätt att ta del i frågor som gäller deras egna liv (Beauchamp & Childress 2009). Begreppet autonomi används som en synonym till begreppet självbestämmande. Autonomi är ett etiskt begrepp och etiken återfinns alltid som en viktig dimension i omvårdnaden. En specifik del av omvårdnaden som heter vårdrelation synliggör mest begreppet autonomi (Taylor, 2005). Självbestämmande är beroende av kompetens, självständighet samt en känsla av tillhörighet. När dessa behov tillfredställs ökar människans inre och yttre motivation (Deci & Ryan, 2000). Självbestämmande ger individen möjlighet till en optimal delaktighet i vården och stärker dennes självbild, identitet och värdighet, och därmed ökar dennes livskvalitet (Nordenfelt, 2010b). Även kroniskt sjuka vårdtagare som med tiden blir mer och mer beroende av stöd anstränger sig för att bibehålla sin autonomi (Ek, Sahlberg-Blom, Andershed & Ternestedt 2011).

Självbestämmande är förankrat i respekt för vårdtagarnas förmåga att välja, bestämma och ta ansvar för sina egna liv (Randers & Mattiasson, 2004). Autonomi bestäms också av människors utbildningsnivå. Högre utbildade människor har högre motivation i att behålla sitt självbestämmande (Hwang, Lin, Tung & Wu, 2006). Hinder eller begränsningar i självbestämmande kan upplevas som kränkande (Randers & Mattiasson, 2000). För att kunna bidra till äldres känsla av frihet och oberoende bör omvårdnadspersonal hjälpa dem att inse deras valmöjligheter, respektera deras val, försvara deras självbestämmande och utforma lämpliga aktiviteter (Hwang & Lin, 2003). Tillfredställelse med omvårdnad på ett vård- och omsorgsboende är signifikant korrelerad med äldres självbestämmande (Matsui & Capezuti, 2008). Autonomi måste prioriteras i vårdplaneringen redan vid inflyttning till vård- och omsorgsboende (Rosin & van Dijk, 2005).

<u>Integritet</u>
Integritet är nära sammankopplat med självbestämmande. Begreppen självbestämmande och integritet förutsätter varandra och är oersättliga när vårdtagarens värdighet ska kunna

upprätthållas (Randers & Mattiasson, 2004). När individens integritet kränks, så kränks dennes helhet eller identitet (Nordenfelt, 2010b). Integriteten är skyddad när vårdtagarens autonomi upprätthålls (Randers, 2002). Andra människors handlande kan leda till hot och skada för autonomin (Nordenfelt, 2011).

Autonomi är ett komplext och mångfacetterat begrepp som inte har ett självklart innehåll utan kan ha olika betydelser. Det finns inte någon klar definition eller förklaring av begreppet autonomi som kan kopplas direkt till de äldre som flyttar till någon form av äldreboende (Welford, Murphy, Rodger & Frauenlob, 2012).

Livskvalitet

Frågor om relation mellan hälsa och livskvalitet har alltid hemsökt filosofer och empiriska forskare inom vård. Livskvalitet är ett begrepp som är sammansatt av två komplexa ord: liv och kvalitet Livskvalitet innebär att få leva ett fullvärdigt liv, få vara aktiv, känna samhörighet, ha självkänsla och grundkänsla av glädje. Livskvalitet kan vara både orsak till och verkan av värdighet eller en känsla av värdighet (Hagberg, 2002).

Livskvalitet, hälsa och autonomi är sammankopplade begrepp eftersom människans besluts- och handlingsförmåga hänger ihop med hennes hälsa, samtidigt som autonomi är ett villkor för livskvalitet. Livskvalitet är nära förknippat med hälsa men kan samtidigt också relateras till faktorer som påverkar oss utifrån. En människa kan uppleva sämre livskvalitet i samband med ekonomiska problem och samtidigt vara fullt frisk (Nordenfelt, 2010a). På samma sätt kan en multisjuk människa uppleva god livskvalitet, lycka och belåtenhet trots alla sina åkommor och funktionedsättningar som påverkar patientens livskvalitet negativt (Hall, Opio, Dodd & Higginson, 2011; Sahlberg-Blom, Ternestedt & Johansson, 2001).

Livskvalitet i ålderdomen påverkas av flera dynamiska interagerande faktorer (Hagberg, 2002). Autonomi är en av de centrala faktorerna för äldres upplevelse av sin livskvalitet och bidrar till att öka den (Degenholtz, Rosen, Castle, Mittal, & Liu, 2008; Rodgers et al., 2012). Fem viktiga begrepp för livskvalitet är självbestämmande, hopp och tillit, meningsfullhet, gemenskap och närhet (Skog & Grafström, 2013). Livskvaliteten är högre bland de vårdtagare som får hjälp med sin omvårdnad av vårdpersonal samtidigt som de själva får delta i den (Wilkinson, Kiata, Peri, Robinson & Kerse, 2012). Sjuksköterskan spelar en viktig roll för att bevara livskvalitet och värdighet hos vårdtagare (Steller, Swinkin, & McCabe, 2013). Vårdtagarens bedömning av livskvalitet bör vara vägledande för de åtgärder som kan bli aktuella (Petersson, Strang & Sjödén, 2005).

Delaktighet

Delaktighet definieras som gemensamhet, gemenskap, att stå i förbindelse, kommunikation eller beröring med någon. Delaktighet innebär att vara en del av ett sammanhang, att känna samhörighet eller att ha ett gemensamt ansvar över något. För vårdtagarna är det betydelsefullt att vara informerade och delaktiga i sin vård för att kunna ta självständiga beslut i utformningen av den, vilket också är lagstadgat i hälso- och sjukvårdslagen (Friberg & Ohlen, 2011). Sjuksköterskans förhållningssätt kan hämma äldres autonomi och oberoende genom bland annat handlingar som begränsar deras delaktighet i egenvård

vilket resulterar i försämrad livskvalitet och leder till funktionella nedsättningar hos äldre. Däremot handlingar som uppmuntrar äldres självständighet ökar deras känsla av kontroll över sin vardag (Matsui & Capezuti, 2008). Delaktighet förutsätter individens aktivitet och motivation till medverkan (Grimby, 2001).

Vårdtagarna uppfattar delaktighet och självständighet genom att göra små saker själva, till exempel att gå på toaletten, att umgås med familjen och att ägna sin tid till någon form av aktivitet. Detta ökar patienternas upplevelse av mening med livet (Dwyer et al., 2009). Vårdtagarna deltar mer aktivt i aktiviteter som är anpassade utifrån deras intresse (Murphy, O'Shea & Cooney 2007). Äldres delaktighet påverkas av fysiska och sociala aspekter och upplevelse av självbestämmande och delaktighet kan utgöra meningen med livet för äldre (Meranius, 2010). Andra faktorer som påverkar delaktighet är personlighet, olika vårdformer och kulturella värderingar (Sahlberg-Blom, Ternestedt & Johansson, 2000).

Paternalism

När det pratas om personlig autonomi är det svårt att bortse från begreppet paternalism som är det största hotet mot människans autonomi. Även när paternalism utövas med vårdtagarens bästa i åtanke kan det upplevas som kränkande om vårdtagaren inte förstår motivet till handlingen (Bayer, Tadd & Krajcik 2005). I en situation då en individ av olika skäl inte har förmåga att fatta ett välgrundat och rationellt beslut kan det bli nödvändigt att vägleda patienten vid beslutfattande. Detta kallas för en svag paternalism, medan däremot en stark paternalism innebär att man bestämmer åt en annan person i tron att man gottgör för denne, trots att individen själv är kapabel att fatta egna beslut (Beauchamp & Childress 2009). Företrädare för olika omsorgsprofessioner måste ha en bred teoretisk bakgrund och kunskaper inom olika områden för att kunna bidra till förstärkning av äldres självbestämmande. I annat fall blir det paternalistiska synsättet som finns hos socialarbetare dominerande (Sasson, 2008). En av de högsta tyska domstolarna slår fast att vårdtagarens autonomi måste skyddas från onödigt inskridande. Användning av konstant kontroll eller inskränkande hjälpmedel berövar vårdtagare dess autonomi och måste hejdas trots risker för skador (Sammet, 2007). Sjuksköterskans förmåga att navigera mellan närhet och distans i möte med en vårdtagare är viktigt för att undvika överdrifter i omvårdnaden, paternalism och överbeskyddande. Det finns en efterfrågan på relationsbaserad omsorg som kräver att sjuksköterskan utvecklar en situationsspecifik uppmärksamhet, personlig närvaro och förmågan att kunna balansera äldres rätt till självbestämmande mot deras utsatta situation (Bamba, 2006; Delmar, 2012).

Sjuksköterskans perspektiv

Sjuksköterskans referensram för etiskt handlande utgörs av ICN:s etiska koder. Där understryks bland annat respekt för mänskliga rättigheter, rätten till värdighet och en respektfull behandling av en människa. Det ligger i sjuksköterskans ansvarsområde att skapa förutsättningar för patientens informerade samtycke som gäller dennes vård och behandling. Sjuksköterskan ansvarar för att vårdtagaren får den vård och omsorg som krävs för att kunna återvinna alternativt upprätthålla optimal hälsa. Hon samordnar också alla vårdinsatser kring vårdtagaren (Socialstyrelsen, 2005).

Omvårdnadsåtgärder anpassas av sjuksköterskan individuellt. Detta görs genom att kartlägga specifika och individuella behov hos den enskilda vårdtagaren samt kartlägga hur vårdtagaren uppfattar sig själv som individ och vilken social kontext han eller hon vill vara en del av. Inom äldrevården är det en sjuksköterska som har det största ansvaret för vårdtagarens omvårdnad. En sjuksköterska kan företräda patienten och vara patientens språkrör. I en sårbar situation där den äldre är sjuk och inte har förmåga till självbestämmande kan rätten till självbestämmande överföras till en sjuksköterska (Larsson & Rundgren, 2010).

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning står att sjuksköterskan ska ”visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet” (Socialstyrelsen, 2005, s. 10). Sjuksköterskans värdegrund i arbete med äldre ”vilar på respekten för människans värde och självbestämmande” (Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård, 2012, s. 2). Sjuksköterskan bör vara medveten om vårdtagarens unikhet och respektera dennes rätt att fortsätta vara en del av ett större sammanhang som sträcker sig utanför äldreboendets gränser (Randers et al., 2002). Sjuksköterskan arbetar utifrån ett helhetsperspektiv och tillämpar ett personcentrerat förhållningssätt. Ett personcentrerat förhållningssätt är viktigt och kan vara avgörande för sjuksköterskans yrkesutövning (Fristedt, 2013). Personcentrerad omvårdnad stärker vårdtagarens självbild och identitet, och därmed förbättrar den vårdtagarens självbestämmande. Detta ger vårdtagaren möjlighet till en optimal delaktighet i vården och ökar dennes livskvalitet (Rodger et al., 2012b).

Sjuksköterskan ska även kunna främja självständighet och delaktighet hos äldre (Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård, 2012). Genom att uppmuntra och stödja vårdtagarens delaktighet i sin vård, vara lyhörd och visa respekt för vårdtagaren kan sjuksköterskan skapa bättre förutsättningar för att kunna ge god vård (Nordenfelt, 2010a). Sjuksköterskestudenter visar god uppfattning om hur viktigt självbestämmande är för äldre (Välimäki, Haapsaari, Katajisto & Suhonen 2008). Yrkeskategori, antal år inom sjukvården, utbildningsnivå och utbildningsinnehåll är faktorer av betydelse när det gäller ställningstagande i fråga om vårdtagarens autonomi (Mattiasson & Andersson 1991; Scott et al., 2003). Det finns dock en diskrepans mellan sjuksköterskor och vårdtagare i fråga om vårdtagarnas autonomi. Sjuksköterskor har ständigt mer positiv syn på vårdtagarnas autonomi än själva vårdtagarna (Scott et al., 2003).

Trots goda intentioner visar det sig att sjuksköterskor prioriterar äldres fysiska behov på bekostnad av äldres självbestämmande och livskvalitet (Rodgers et al., 2012a). Direkta interaktioner mellan sjuksköterska och vårdtagare utgör 27,5 procent av sjuksköterskans arbetstid och det mesta handlar om fysisk vård. Resten av sin tid ägnar sjuksköterskan åt administrativa uppgifter (Lau, Callaghan, Twinn & Goodfellow 2007). Sjuksköterskor utövar makt i vissa vårdsituationer genom att patienterna förväntas att följa sjuksköterskornas bestämmelser, och de patienter som gör detta uppfattas som ”lätta” medan de patienter som inte gör detta uppfattas som ”jobbiga” (Shattell, 2004). Sjuksköterskor kan även uppleva inre moraliska konflikter mellan vad de skulle vilja åstadkomma i deras vård av äldre och vad de är kapabla att åstadkomma i verkligheten (Dwyer et al., 2009).

Vårdtagarnas maktlöshet i äldreomsorgen

Hos en av de största aktörerna inom äldreomsorg upptäcks extrema missförhållanden där personal saknar förståelse för vad omvårdnad av äldre betyder (Castledine, 2009). Vårdtagare utsätts för olika typer av förtryck som relateras till invaliditet, sexism, rasism och ålderism (Walsh, Olson, Ploeg, Lohfeld & MacMillan 2010). Våld är accepterat som en naturlig del av dagens omvårdnad i skötsel av vårdtagarna med kognitiva dysfunktioner (Strand, Benzein, & Saveman, 2004). Vårdtagare rapporterar begränsningar i ADL(Activity of Daily Living) när de flyttar till vård- och omsorgsboende med skadlig konsekvens för deras kognition. Åtminstone ett fall av fysiskt våld från personalens sida rapporteras av 24 procent av vårdtagarna (Schiamberg et al., 2012) vilket bryter mot icke skada-principen (Bužgová & Ivanová, 2011; Scherder, Bogen, Eggermont, Hamers & Swaab, 2010). Vårdtagare upplever att den vardagliga kränkningen av deras rättigheter har legitimerats och våld mot dem betraktas som inget våld i jämförelse med det riktiga våldet som rapporteras i media (Charpentier & Soulières 2013). Vårdtagare har begränsade möjligheter att påverka missförhållandena genom den formella klagomålshanteringen. Orsaken är tjänstemännens bagatellisering av äldres klagomål (Persson & Berg, 2009). Därför är sannolikheten att missförhållandena är underrapporterade större än att de skulle vara överrapporterade (Jogest, Daly, Dawson, Peekasa & Schmuch, 2006).

Makt är inte bara våld eller förtryck. Makt närvarar i konkreta situationer som uppstår när äldre och personal interagerar på ett vård- och omsorgsboende (Harnett, 2010a). Särskild känsligt blir maktens närvaro i relationer som präglas av asymmetri. Sådana relationer utvecklas inom äldreomsorg mellan vårdgivare och vårdtagare och kan uttryckas öppet genom utformning av rutiner eller dolt genom outtalad ordning som styr vad som får och inte får göras på ett äldreboende. Det är personalens avsikter, känslor, värderingar, motiv och vilja som styr maktutövning. För vårdtagare som tänker flytta till ett vård- och omsorgsboende aktualiseras exempelvis följande frågor: Kommer jag att kunna gå upp när jag vill? Kommer jag att få göra saker i min egen takt? Kommer jag att få dricka mitt kaffe när jag vill? Kommer jag att kunna ta en promenad för att se, känna och dofta hur våren slagit ut? Eller kommer jag kanske att få vänta till sommaren om personalen skulle tycka att det fortfarande är kallt att gå ut? (Silfverberg, 2007).

Missförhållanden inom äldreomsorg är fortfarande den mest dolda formen av dåligt behandlande av äldre, vilket är allvarligt underskattat även om dessa missförhållanden erkänns som både ett hälsoproblem och ett socialt problem (Halphen, Varas & Sadowsky, 2009; Harbison et al., 2012; Lowenstein, 2009; Phillips, Guo & Kim 2013). Det kan urskiljas fyra dominerande typer av missförhållanden: psykologiskt, negligering, fysiskt våld samt finansiell exploatering (Furness, 2006; Jackson & Hafemeister, 2011; Rabold & Goergen, 2013; Wu et al., 2012). Även trycksår kan vara tecken på ett missförhållande (Rinker, 2009).

Två tredjedelar av vårdtagarna säger att deras näringsbehov negligeras (Natan, Lowenstein & Eisikovits, 2010). Ett missförhållande uppstår när personalen inte respekterar vårdtagarens vanor och personlighet exempelvis i fråga om klädsel, vilket underminerar

dennes identitet (Harnett & Jönson, 2010). Vanligt förekommande missförhållanden resulterar i depression och motvilja, påverkan på vårdtagarnas livskvalitet, omvårdnadskvalitet och deras säkerhet (Castle, 2012; Vandeweerd, Paveza & Fulmer, 2006). Dokumenterade anklagelser om missförhållanden associeras med verksamheter med fackansluten personal och där antalet vårdplatser överstiger 50 stycken (Allen, Kellert & Gruman, 2003; Phillips & Guo, 2011). Vårdmiljöns faktorer som arbetsmiljö och vårdkultur spelar en viktig roll i uppkomsten av missförhållandena på ett vård- och omsorgsboende (Mysyuk, Westendorp & Lindenberg, 2013). En institutionell vårdkultur leder på lång sikt till vårdtagarnas omvandling till ”institutionella kroppar” där fem nivåer av omvandlingsprocessen kan urskiljas: placera kroppen, definiera kroppen, fokusera på kroppen, hantera kroppen och relatera till kroppen (Wiersma, 2010).

Personalen står under ständiga krav att hinna med sina uppgifter utifrån organisationens förutsättningar och resurser och ingen kan säga i vilken grad de äldre deltar i sin omvårdnad. Det räcker inte med att ha en kognitiv kapacitet för att kunna utöva självbestämmande det måste ges möjligheter för att kunna göra det (Silfverberg, 2007). Personal prioriterar organisationens effektivitet och rutiner på bekostnad av äldres inflytande. Det är därför som personalen bland annat lägger de äldre mot deras vilja, och personalens ursäktande förklaringar är ett sätt att rättfärdiga sina handlingar (Persson & Wästerfors, 2009). Vårdtagare kan utöva begränsat så kallat arrangerat inflytande i situationer som är förenliga med rutinkulturen som när det ska väljas mellan kött och fisk eller mellan mjölk och vatten till måltiden. Äldres inflytandeförsök som bryter mot organisationens rutiner är verkningslösa, exempelvis att stanna kvar i sängen när det enligt morgonrutinerna är dags att gå upp. Andra inflytandeförsök som uppfattas som störningar i rutinerna, exempelvis att gå på toaletten kan omförhandlas till att ske senare utan att specificeras i tiden (Harnett, 2010b). Rutinkulturen och trivialiseringsretorik utgör en maktresurs för personal och tjänstemän för att negligera eller bortprioritera äldres inflytandeförsök. Samtidigt är alla dessa inflytandeförsök ingenting annat än ”en fråga om autonomi” (Harnett, 2010a, s. 78).

Det finns en uppfattning bland personal på vårdavdelningar att vårdtagarna är kompetenta nog att tilldelas större makt över sin situation. Men det är bara en fjärdedel av personalen som är beredd att arbeta i den riktningen. Det föreslås återkommande samtal om etiska värderingar och bredare kunskap om etiska principer (Mattiasson & Andersson 1991). Men förändringsstrategier som enbart inriktar sig på en individuell nivå visar begränsade framgångar (Cheater et al., 2005). Det finns lite evidens till stöd för någon intervention som skulle förebygga missförhållanden (Daly, Merchant & Jogerst, 2011). Institutionella missförhållanden inom äldreomsorg är kvarstående och ett återkommande problem. Lösningar som görs för att försöka att förbättra vårdtagarnas situation kan i stället skapa ytterligare problem eftersom varje problem där är symtom på ett annat problem. Till exempel leder förändringar i rutiner vid sängdags till förändringar i andra rutiner för personal, med ökade krav som konsekvens (Burns, Hyde & Killett 2013).

Framtidens agenda är att stärka äldres självbestämmande inom äldreomsorg, vilket kräver ett systematiskt förhållningssätt både på individuell nivå och organisationsnivå och som tar

hänsyn till sociala och kulturella livsvillkor (Murphy & Welford 2012). Sjuksköterskor måste kunna orsakerna till och symtomen på missförhållanden inom äldreomsorgen för att förebygga dess förödande effekt på äldres hälsa (Muehlbauer & Crane, 2006). Sjuksköterskor måste fundera över hur omvårdnadsprocessen kan läggas om i deras organisationer (Rodgers, m.fl, 2012).

Det finns utvecklade instrument som kan användas för att undersöka missförhållanden inom äldreomsorg dock finns det inga sådana instrument för att undersöka problem med självbestämmande (Meeks-Sjostrom, 2004; Schofield & Mishra, 2003). Genom att konstruera ett adekvat verktyg som kan mäta äldres självbestämmande på ett vård- och omsorgsboende ökar vi äldres inflytande och makt. Autonomiprincipen kan mättas kvantitativt på en individuell nivå (Page, 2012). Skattningen av autonomi inom äldreomsorg är viktig därför att brist på självbestämmande är ett dolt problem (Fulmer, Guadagno, Bitondo & Connolly, 2004).

Teoretisk anknytning

Den teoretiska anknytningen utgörs av begreppet självbestämmande från Weismans modell av sex S:n (Ternestedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2012) och begreppet maktlöshet från North American Nursing Diagnosis Association [NANDA] (Herdman, 2013).

Begrepp som anknyts till teori bör vara väl beskrivna och avgränsade. Ibland krävs en sammansättning av flera teorier/begrepp för att kunna genomföra en studie på adekvat sätt. Genom att hålla sig till de begrepp som är teoretiskt anknytna etableras kontakt till en bredare diskurs som pågår i omvårdnadsvetenskap om studiens undersökta ämne (Bidstrup Jörgensen & Östergaard Steenfeldt, 2012).

Självbestämmande är ett av sex centrala begrepp som presenterar olika dimensioner av människans helhet och som ingår i Weismans modell av de sex S:n. ”Självbestämmandet speglar patientens psykologiska behov och behovet att få vara en aktiv medaktör i sitt eget liv” (Ternestedt et al., 2012, s. 25). Patientens livsvärd står i centrum för modellen. Modellen används av personal för att planera, dokumentera och utvärdera vårdinsatser i främst sen palliativ fas (Ternestedt et al., 2002).

För att fastställa och lösa hälsoproblem använder sjuksköterskor en systematisk arbetsprocess som kallas omvårdnadsprocessen. För att beskriva hälsoproblem tar sjuksköterskor hjälp av omvårdnadsdiagnoser som är en fortsatt utveckling av omvårdnadsprocessfilosofin. En organisation som på systematiskt sätt insamlar, klassificerar och beskriver omvårdnadsdiagnoser kallas NANDA (Kirkevold, 2000).

En av NANDA:s godkända omvårdnadsdiagnoser är maktlöshet. Maktlöshet definieras som ”levd erfarenhet av bristande kontroll över en situation eller händelse där ens egna handlingar inte på ett avgörande sätt påverkar ett resultat” (Herdman, 2013, s. 454). Det som kännetecknar maktlösheten och som är viktigt att nämna i samband med vår studie är följande: deltar inte i egen vård, beroende av andra, anger utanförskap, säger sig inte ha någon kontroll. Relaterade faktorer är otillfredsställande mellanmänskliga interaktioner

och hälso- och sjukvårdsmiljön. Riskfaktorer för maktlöshet är bland annat social marginalisering, bristande socialt stöd och vårdaransvar (Herdman, 2013).

Begrepp självbestämmande och maktlöshet kan relateras till varandra eftersom frågan om vårdtagarnas makt inom äldreomsorg är en fråga om deras autonomi (Harnett, 2010a; Randers & Mattiasson 2004; Sasson, 2008). Sjuksköterskor kan inte förlita sig på en modell av självbestämmande för att främja vårdtagarens autonomi utan de måste söka djupare kunskap och interaktion med vårdtagare i varje konkret situation (Moser, Houtepen & Widdershoven, 2007).

Problemformulering

Lagar som berör relation mellan vårdtagare och vårdgivare slår fast att vården måste bedrivas med respekt för patientens självbestämmande medan forskningen kring maktförhållandena inom äldreomsorg konstaterar att personal använder sina resurser för att begränsa vårdtagarnas makt. Med grund i detta avser denna studie att undersöka om vårdtagarnas maktlöshet utrycker sig genom brist på självbestämmande inom äldreomsorg.

SYFTE

Syftet var att utifrån sjuksköterskornas perspektiv skatta vårdtagarnas självbestämmande inom äldreomsorgen.

METOD

Val av metod

Detta arbete handlade om att skatta ett självbestämmande hos vårdtagarna inom äldreomsorgen. Detta kunde vi göra med hjälp av en enkät. En enkätstudie är en form av kvantitativ studiedesign, vilket betyder att det gjordes strukturerade mätningar eller observationer (Henricson, 2012). Enkätstudier används när en stor volym av information samlas in på kort tid där en korrekt genomförd enkätundersökning ger lättolkade resultat som kan generaliseras (Henricson, 2012). Ett mätinstrument i form av ett självbestämmande-formulär kan tydliggöra graden av vårdtagarnas självbestämmande på ett vård- och omsorgsboende och därmed bidra till att kvalitetsutveckla och kvalitetssäkra vård av äldre.

Urval

Inklusions- och exklusionskriterier för urvalet styrdes av vårt syfte och det valda distributionssättet för enkäter. Målpopulationen för enkätundersökningen var sjuksköterskor som var anställda inom vård- och omsorgsboende. Enkäterna distribuerades personligen, därför begränsades målpopulationen geografiskt till Stor-Stockholm.

För att genomföra ett enkelt slumpmässigt stickprov listades vård- och omsorgsboende för personer med somatiska besvär utifrån Stockholms stads webbplats. Det visades bli 49 vård- och omsorgsboenden som utgjorde vår urvalsram. Det enkla slumpmässiga stickprovet genomfördes för att kunna göra ett representativt urval och undvika systematiskt bias, det vill säga osäkerhet som drar åt ett visst håll (Polit & Beck, 2012). Papperslappar markerades med nummer, varefter vård- och omsorgsboenden som motsvarade de dragna numren valdes ut. Totalt blev det 30 verksamheter. Vi utgick ifrån att det borde finnas åtminstone två sjuksköterskor per verksamhet i genomsnitt. Dragningen garanterade oss en utdelning på minst 50 enkäter vilket var Sophiahemmet Högskolas krav vid en enkätstudie. Svarsfrekvensen beräknades till ungefär 70 procent, vilket gav oss 35 förväntade enkätsvar.

Enkät

Det viktigaste vid utformningen av enkäter var att veta vad som skulle mätas och hur. De viktigaste kraven på frågor/påstående i enkäter var entydighet, enkelhet och precision (Ejlertsson, 2005). Därför använde vi Katz ADL-index (Activity of Daily Living) som utgångspunkt för våra påståenden (Socialstyrelsen, u.å.). Fyra frågeområden som rörde sömn, personlig hygien, födointag och aktiviteter operationaliserades genom nedbrytning i konkreta påståenden. Dessa påståenden blev våra mätbara kvalitativa variabler. Variablerna som vi använde i enkäterna var baserade på en ordinalskala där det inte fanns

några lika stora intervall mellan skalstegen, men det gick att rangordna värdena från det lägsta till det högsta (Polit & Beck, 2012). När en skala saknar ekvidistans och innehåller ett antal graderade svarsalternativ där respondenterna uppmanas instämma eller ta avstånd från ett påstående kallas den för en Likert-skala. Skalan kan vara fem- eller sjugradig. I Likert-skalan anges ytterpunkterna till ”instämmer helt” respektive ”instämmer inte alls”. Ofta ges också mittalternativet ”varken/eller” (Ejlertsson, 2005).

Vi konstruerade en enkät som inneholl 14 påståenden med fem svarsalternativ på en stigande skala från svarsalternativ 1”instämmer inte alls” till svarsalternativ 5 ”instämmer helt”, med ett mittsvarsalternativ 3 ”varken/eller” (Bilaga A). Påståendena ställdes i ordningsföljd som motsvarade dygnsrytmen. Enkäten kompletterades med tre frågor, så kallade bakgrundfrågor, till respondenter med syfte att klargöra respondenternas kön, ålder och i vilken regi verksamheten bedrevs där de var anställda. Syftet med dessa tre frågor var att få bättre kunskap om urvalets särdrag vilket var viktigt för tolkning av resultatet.

Tillförlitlighet

Validitet och reliabilitet är avgörande för undersökningskvalitet. En hög reliabilitet säger att resultatet blir det samma vid upprepade mätningar medan frågans höga validitet visar att den mäter det den avser att mäta och att systematiska fel är små alternativt inte förekommande (Ejlertsson, 2005; Polit & Beck, 2012). Test-retest-metoden gav oss svar på enkätens reliabilitet genom att samma person besvarade samma frågor vid två olika tillfällen. Procentuell överensstämmelse blev 78,6 procent (samma svar på 11 av 14 påståenden). Validitet kunde säkras med hjälp av innehållsvaliditet som är en av de tre viktigaste aspekterna av validitet (Henricson, 2012). Innehållsvaliditet fastställdes genom diskussion med personer som hade en stor erfarenhet av äldrevård och genom några vetenskapliga artiklar som vi använde i vår bakgrund. I dessa artiklar berättades bland annat om vilka situationer och praktiska moment var viktiga för vårdtagarnas upplevelse av sitt självbestämmande. Två andra viktiga aspekter av validitet var begreppsvaliditet och kriterievaliditet (Henricson, 2012). Dessa två aspekter var för svåra att fastställa inom den givna ramen för vårt självständiga arbete.

Genomförande

Enkäter distribuerades personligen på slumpmässigt utvalda verksamheter genom besök först hos verksamhetschefer eftersom verksamhetschefens skriftliga godkännande krävdes för att kunna genomföra en enkätundersökning (Bilaga B). Efter verksamhetschefens godkännande överlämnades enkäter, i några fall av oss själva, direkt till sjuksköterskor. Till varje enkät hörde ett kuvert att lägga enkäten i som sedan skulle förseglas samt ett följebrev (Bilaga C). I följebrevet presenterade vi vår studie, förklarade syftet med enkätundersökningen och underströk att respondenternas anonymitet garanterades (Ejlertsson, 2005). Enkäterna hämtades efter ett visst antal överenskomna dagar. Antal överenskomna dagar varierade med verksamhetens storlek från två dagar för enheter där det tjänstgjorde två eller tre sjuksköterskor till sju alternativt åtta dagar där det tjänstgjorde upp till åtta sjuksköterskor. Några sjuksköterskor som var anställda på mindre

verksamheter kunde fylla i våra enkäter på en gång. Vi besökte 26 äldreboenden. Utdelningen av våra enkäter avslutades efter att vi delade ut 84 enkäter på 22 äldreboenden eftersom Sophiahemmet Högskolas krav vid en enkätstudie uppfylldes. Vi fick tillbaka 67enkäter med svar. Svarsfrekvensen utgjorde 80 procent. Bortfallet låg på 17 enkäter eller 20 procent. Enkäterna hämtades personligen, därför kunde de relateras till respektive vård- och omsorgsboende, dock aldrig till respondenter.

Bortfallsanalys

Vi fick ett bortfall på 20 procent eller 17 enkäter som betraktades som missing data då dessa enkäter saknades. Inom missing data förekom ett externt bortfall (Ejlertsson, 2005). Omfattningen av det externa bortfallet var dock svårt att bedöma. Vi vet att åtminstone en respondent avböjde att svara på enkäten på ett vård-och omsorgsboende där vi hade ett av våra största bortfall på 50 procent vilket betydde att sex enkäter lämnades in och bara tre enkäter kunde hämtas. Det externa bortfallet kunde också påverkas av sjukdomar, interna/externa utbildningar, tidsbrist och ledarskap. Vi fick internt bortfall också: två obesvarade bakgrundsfrågor gällande respondenternas kön och ett obesvarat påstående gällande påstående nr 11 i en av enkäterna (Ejlertsson, 2005).

Databearbetning

Insamlad ordinaldata bearbetades med hjälp av Microsoft Excel. I samband med databearbetning i Microsoft Excel tilldelades varje enkät automatiskt ett löpnummer vilket tillät att lägga till referenssiffror till excelbladet och därav utföra kontroller av datainmatningen. Inmätning av ordinaldata skedde med hjälp av kodning då varje svarsalternativ var tilldelat en siffra från ett till fem. Arbetsblad skapades (Bilaga D & E) och data sorterades efter behov. Sedan konverterades data till diagram och tabeller.

Dataanalys

Data analyserades och presenterades sedan med hjälp av beskrivande statistik som inkluderade beräkningar av absoluta svarsfrekvenser och procentandelar. Data presenterades i form av figur- och frekvenstabeller (Henricson, 2012).

Forskningsetiska överväganden

Deltagarna informerades i följebrevet om syfte med enkätundersökningen, undersökningens praktiska betydelse för omvårdnad av äldre och frivilligheten att delta. Deltagarna samtyckte till undersökningen genom inlämnade svar (Henricson, 2012). Deras medverkande i enkätundersökningen var anonymt. Anonymiteten bevarades genom att varken kuvert eller formulär numrerades. I förväg preciserade åldersintervall var också ett sätt att ge anonymitetsskydd till våra respondenter (Polit & Beck, 2012).

RESULTAT

Utifrån sjuksköterskans perspektiv framkom ett huvudresultat och tre andra resultat av vår studie. Huvudresultat: vi fann brist på självbestämmande hos vårdtagarna. Tre andra resultat: 1) sjuksköterskornas ålder påverkade deras uppfattning om vårdtagarnas självbestämmande, 2) det fanns ingen skillnad i sjuksköterskornas uppfattning om vårdtagarnas självbestämmande mellan anställda inom privat och icke privat verksamhet och 3) vi fann subjektivitet i sjuksköterskornas uppfattning om vårdtagarnas självbestämmande.

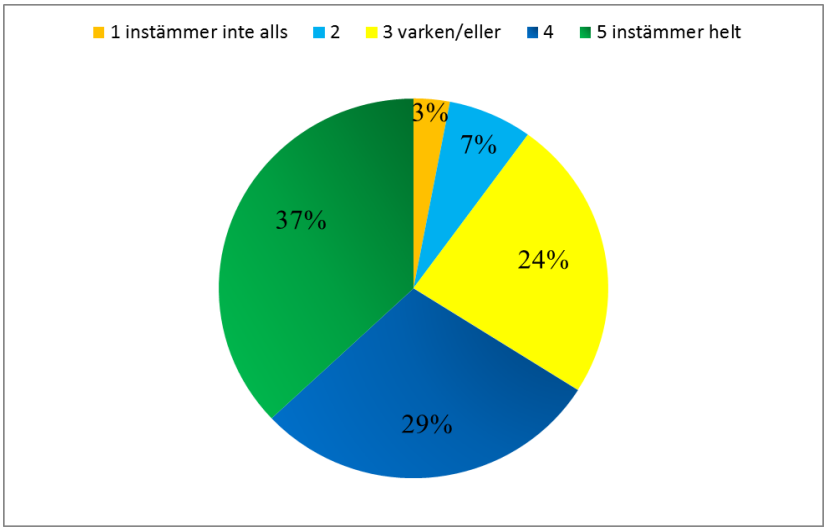
Självbestämmande hos vårdtagarna

937 svar fördelades bland fem svarsalternativ till 14 olika påståenden. Svarsalternativ 5 valdes 342 gånger, vilket betyder att i 342 av 937 svar valde sjuksköterskor att instämma helt i fråga om vårdtagarens självbestämmande. Svarsalternativ 5 valdes det minsta antalet gånger för påstående nr 6 som gällde vårdtagarens självbestämmande i fråga om dusch/bad. Det var 9 av 67 sjuksköterskor som instämde helt i det här påståendet. Det näst minsta antalet svar vid svarsalternativ 5 fick påstående nr 14 som gällde vårdtagarens självbestämmande i fråga om promenader. Det var 13 av 67 sjuksköterskor som valde att instämma helt i det här påståendet. För de flesta påståendena om vårdtagarnas självbestämmande valde mellan 20 och 30 sjukstöterskor, det vill säga en minoritet av 67 sjuksköterskor, att instämma helt (Tabell 1).

Tabell 1 Svarsfördelning bland 14 påståenden om självbestämmande (antal, n=937)

	Påstå-ende nr	Svarsalternativ					Totalt
		1	2	3	4	5	
		instämmer inte alls		varken/eller		Instämmer helt	
Sömn	1	3	5	15	22	22	**67**
	2	1	1	7	25	33	**67**
	3	1	3	16	24	23	**67**
Personlig hygien och klädsel	4	2	5	22	16	22	**67**
	5	0	1	14	23	29	**67**
	6	3	12	19	24	9	**67**
	7	0	1	16	22	28	**67**
Födointag	8	4	6	18	19	20	**67**
	9	5	9	18	17	18	**67**
	10	2	9	11	13	32	**67**
Fritid	11	3	4	17	17	25	**66**
	12	0	3	15	23	26	**67**
	13	1	1	12	11	42	**67**
	14	6	6	23	19	13	**67**
Totalt		**31**	**66**	**223**	**275**	**342**	**937**

Svarsalternativet 5 där det instämdes helt i att det var vårdtagare som bestämde själva i olika praktiska situationer utgjorde den största andelen på 37 procent av alla svar. Svarsalternativet 3 ”varken/eller” utgjorde 24 procent. Svarsalternaivet 4 som var placerat mellan svarsalternativet 3 och svarsalternativet 5 utgjorde den näst största andelen på 29 procent (Figur 1).



Figur 1 Andel svar (%, n=937).

I 595 svar eller i 63,5 procent av alla svar kunde inte våra respondenter instämma helt i att det var vårdtagarna som självbestämde i frågor som rörde deras sömn, hygien och klädsel, födointag och aktiviteter (Tabell 2).

Tabell 2 Kumulerade absoluta och relativa svarsfrekvenser

Svarsalternativ	Frekvens	Kumulerad frekvens	Kumulerad relativ frekvens (%)
1 Instämmer inte alls	31	31	3,3
2	66	97	10,4
3 Varken/eller	223	320	34
4	275	595	63,5
5 Instämmer helt	342	937	100

Påstående nr 1 som handlade om vårdtagarens självbestämmande i fråga om att gå och lägga sig för natten fick flest svar (22) vid två svarsalternativ, 4 och 5. Påstående nr 3 som gällde vårdtagarens självbestämmande i fråga om att gå upp på morgonen fick flest svar (24) vid svarsalternativ 4. Påstående nr 4 som handlade om vårdtagarens självbestämmande i att sköta sin morgonhygien fick flest svar (22) vid två svarsalternativ 3 och 5. Påstående nr 6 som gällde vårdtagarens självbestämmande i fråga om dusch/bad fick flest svar (24) vid svarsalternativ 4. Påstående nr 9 fick flest svar (18) vid svarsalternativ 3 och 5 och gällde vårdtagarens självbestämmande i fråga om vad som skulle ätas. Påstående nr 14 fick flest svar (23) vid svarsalternativ 3 och gällde vårdtagarens självbestämmande i fråga om promenader. Påstående nr 13 som gällde vårdtagarens självbestämmande i fråga att ta emot besök fick flest svar (42) vid svarsalternativ 5. Detta betydde att det vid det här påståendet var 42 av 67 sjuksköterskor, det vill säga majoriteten av dem, som instämde i att det var vårdtagarens självbestämmande som styrde helt (Tabell 3).

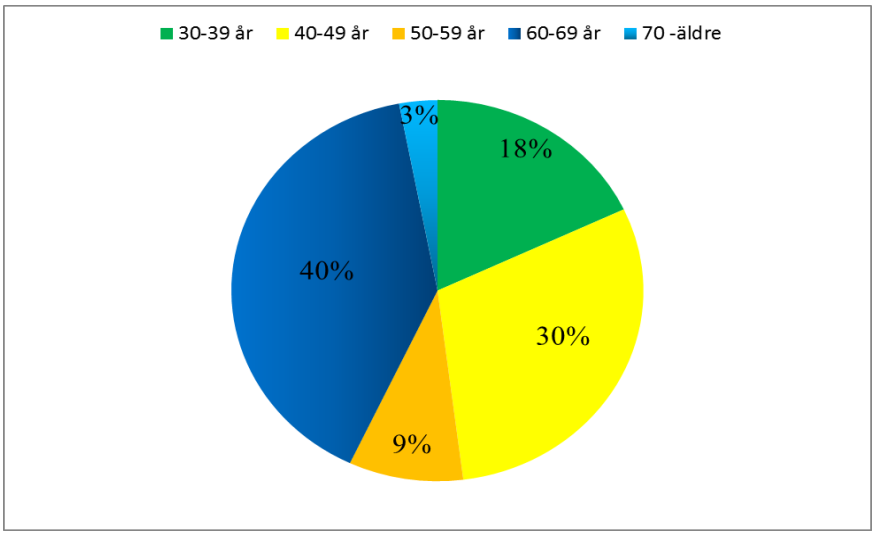
Tabell 3 Frekvens av flest förekommande svarsalternativ för varje fråga

	Påstå-ende nr	Svarsalternativ				
		1	2	3	4	5
		instämmer inte alls		varken/eller		Instämmer helt
Sömn	1				22	22
	2					33
	3				24	
Personlig hygien och klädsel	4			22		22
	5					29
	6				24	
	7					28
Födointag	8					20
	9			18		18
	10					32
Fritid	11					25
	12					26
	13					42
	14			23		

Sjuksköterskornas åldersfördelning och vårdtagarnas självbestämmande

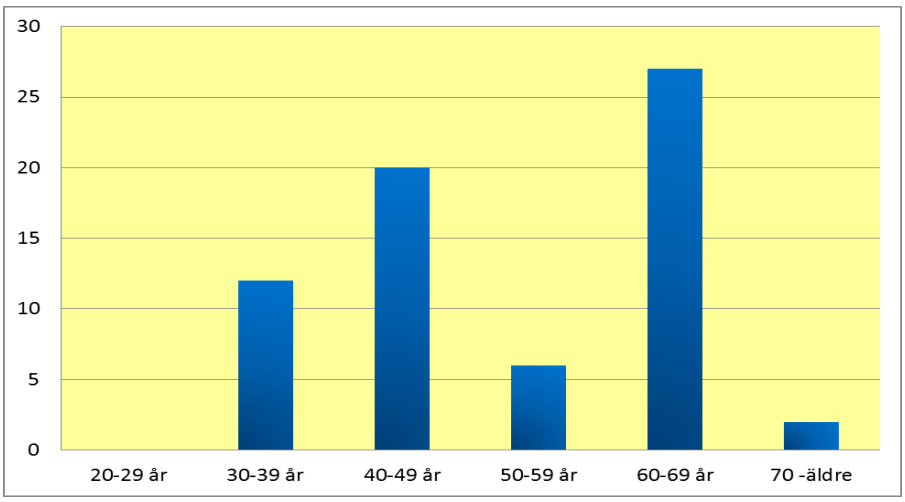
Det visade sig att åldersfördelningen i vårt urval påverkade vårt resultat. Själva åldersfördelningen väckte en del funderingar som vi tog upp i diskussionen, och därför väljer vi att presentera resultatet för urvalets åldersfördelning.

Den största åldersgruppen bland respondenter som utgjorde 40 procent eller 27 människor var sjuksköterskor som var 60-69 år gamla. Näst största åldersgruppen var sjuksköterskor som var 40-49 år gamla. Deras andel låg på 30 procent eller 20 människor. Den minsta åldersgruppen som bestod av bara två sjuksköterskor och utgjorde tre procent av alla respondenter var 70 år gamla eller äldre (Figur 2). Övervägande del av respondenterna eller 62 sjuksköterskor utgjordes till hela 95 procent av kvinnor. Tre sjuksköterskor eller fem procent var män. Två enkäter saknade svar på könsfrågan (Bilaga F).



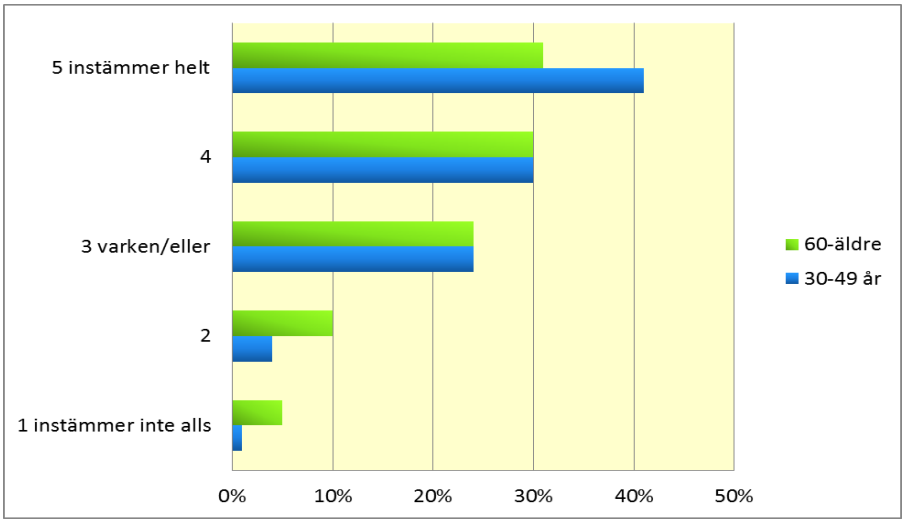
Figur 2 Åldersfördelning bland respondenter (%, n=67).

Det visade sig att bland våra respondenter fanns det inte en enda sjuksköterska som var 20-29 år gammal. Det upptäcktes även ett åldersgap som bildades av sjuksköterskor i åldersgruppen 50-59 år gamla. Åldersgruppen innehåll endast 6 respondenter (Figur 3).



Figur 3 Åldersfördelning bland respondenter (antal, n=67).

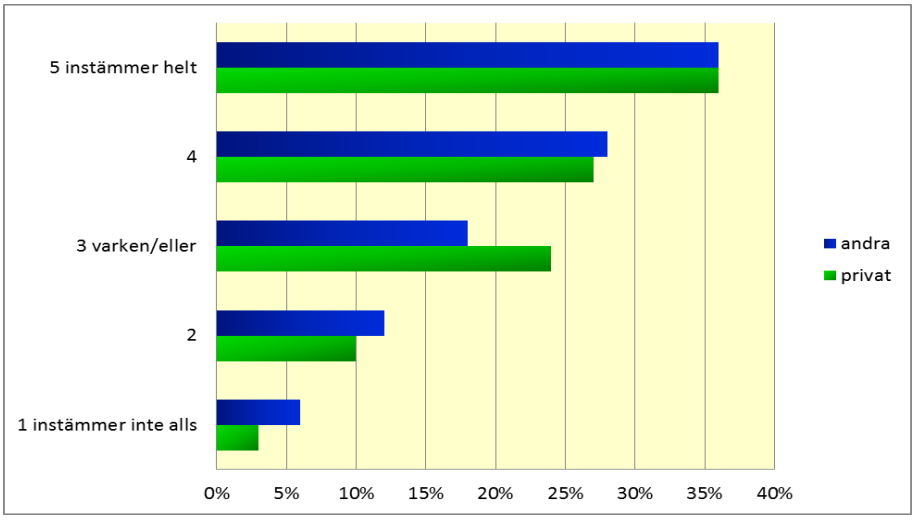
En jämförelse mellan åldersgruppen 30-49 år gamla (n=32) och åldersgruppen 60 år gamla och äldre (n=29) visade olikheter i sjuksköterskornas syn på vårdtagarnas autonomi vid svarsalternativ 1, 2 och 5. Andel svar vid svarsalternativ 1 var fem gånger större och vid svarsalternativ 2 mer än två gånger större för åldersgruppen 60 år gamla och äldre än för åldersgruppen 30-49 år gamla. Samtidigt som svarsalternativet 5 där det instämdes helt i att det var vårdtagare som bestämde själva i olika praktiska situationer bara utgjorde en andel på 31 procent för åldersgruppen 60 år gamla och äldre i jämförelse med en andel på 41 procent för åldersgruppen 30-49 år gamla. Skillnaden mellan dessa två andelar utgjorde hela 32 procent. Svarsalternativ 3 och 4 gav samma andelar för bägge åldersgrupper 24 procent respektive 30 procent (Figur 4).



Figur 4 Jämförelse mellan två åldersgrupper. Andelar av svarsfrekvenser (%).

Självbestämmande vid jämförelse mellan privat och icke privat verksamhet

Det visade sig att hela 55 sjuksköterskor eller 82 procent av alla respondenter var anställda inom den privata sektorn. Tre respondenter eller fem procent var anställda på en verksamhet som bedrevs i ideell regi. Resten av respondenterna, det vill säga nio sjuksköterskor eller 13 procent, arbetade inom offentlig sektor (Bilaga G). Därför valde vi att göra en jämförelse utifrån det sätt som en verksamhet bedrevs för att få se om detta kunde påverka vårt resultat. Det visade sig att respondenter inom den privata sektorn (n=55) hade samma andel på 36 procent av alla svar i svarsalternativ 5 som respondenter som var anställda vid verksamheter som bedrevs ideellt och i offentlig regi (n=12) (Figur 5).



Figur 5 Jämförelse mellan privat och två andra typer av verksamhet. Andelar av svarsfrekvenser (%).

Sjuksköterskornas subjektivitet i bedömning av vårdtagarnas självbestämmande

Det är viktigt att påpeka att siffror som representerar svarsalternativ i Tabell 4 är symboler för en ordinalskala och inte återge något numeriskt variabelvärde (för ordinalskalan, se metoddelen). Dessa symboler används enbart i syfte att underlätta förståelse av den företeelse som beskrivs med hjälp av den här tabellen.

Det visade sig att respondenter inom samma vård- och äldreboende hade diametralt olika alternativt helt överensstämmande uppfattningar om grad av vårdtagarnas självbestämmande. Olika exempel på detta gavs av respondenter som jobbade på bland annat vård- och omsorgsboende nr 1, nr 2, nr 3 och nr 4 (fyra utvalda boende tilldelas löpnummer för att underlätta beskrivningen). Till exempel svarade en sjuksköterska i enkät nr 1 på boende nr 1 med svarsalternativ 1 på påståendet om vårdtagarnas självbestämmande som rörde promenader samtidigt som två andra sjuksköterskor från samma boende valde att svara i enkät nr 2 och nr 3 med svarsalternativ 5 på samma påstående. På boende nr 4 valde en sjuksköterska att svara i enkät nr 11 med svarsalternativ 1 på de fyra första påståendena medan två andra sjuksköterskor från samma

boende i enkäter nr 10 och nr 12 valde svarsalternativ 4 och 5 för att svara på de här påståendena. Samtidigt hade dessa tre sjuksköterskor ungefär samma uppfattning om vårdtagarnas autonomi när de svarade i var sin enkät på de fyra sista påståendena. Fem respondenter från boende nr 5 svarade väldigt lika när de svarade på de fyra första påståendena i sina enkäter nr 13, nr 14, nr 15, nr 16 och nr 17. Alla fem sjuksköterskor valde att svara med samma svarsalternativ i sina enkäter. Deras svar på de fyra sista påståendena överensstämde också rätt väl till hela 90 procent (Tabell 4).

Tabell 4 Sjuksköterskors subjektivitet i uppfattning om vårdtagarnas autonomi (några exempel som gäller påstående 1-4 och 11-14)

	Enkät nr	Påstående nr								
		1	2	3	4	……..	11	12	13	14
Boende nr 1	1						3	4	3	1
	2						4	5	5	5
	3						5	5	5	5
Boende nr 2	4						5	5	3	1
	5						5	5	3	5
	6						3	4	5	3
Boende nr 3	7						4	5	5	5
	8						5	5	5	4
	9						3	4	1	2
Boende nr 4	10	4	4	4	4		4	4	5	3
	11	1	1	1	1		4	4	5	3
	12	5	5	4	5		5	4	5	4
Boende nr 5	13	4	4	4	3		3	4	3	3
	14	4	4	4	3		3	3	3	3
	15	4	4	4	3		3	3	3	3
	16	4	4	4	3		3	3	3	3
	17	4	4	4	3		3	4	3	3

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Självbestämmande hos vårdtagarna

Denna enkätstudie visar att det föreligger brist på självbestämmande hos vårdtagare som bor på ett vård- och omsorgsboende. Huvudresultatet förvånar inte med tanke på forskarnas beskrivning av vårdtagarnas maktlöshet som utrycker sig genom olika typer av missförhållanden inom äldreomsorgen (Castledine, 2009; Harbison et al., 2012; Lowenstein, 2009; Phillips et al., 2013; Walsh et al., 2010). Relationen mellan begreppen självbestämmande och maktlöshet som påvisas av Harnett (2010a), Randers och Mattiasson (2004) och Sasson (2008) bekräftas. Vi ser att vårdtagarnas beskrivna maktlöshet på ett äldreboende utrycker sig bland annat genom brist på självbestämmande. Det kan konstateras att i 37 procent av de praktiska situationerna som omnämns i vår enkät styr vårdtagaren sin vardag på ett vård- och omsorgsboende (Figur 1). I 63 procent är det organisationens rutiner och effektivitet, personalens attityder, uppfattningar och subjektivitet som blir avgörande för vad en vårdtagare gör och när (Tabell 3). Med ett sådant huvudresultat går det inte att påstå att en vårdtagare på ett vård- och omsorgsboende är ”en aktiv medaktör i sitt eget liv” (Ternestedt et al., 2012, s. 25). Både vårt huvudresultat och andra resultat från Harnett (2010b), Harnett och Jönson (2010), Persson och Wästerfors (2009), Scherder et al. (2010) och Schiamberg et al. (2012) visar vårdtagarnas bristande kontroll över deras vardagliga situationer vilket stämmer med definitionen på maktlöshet (Herdman, 2013). Vi ser att vårdtagarnas delaktighet i egen vård är begränsad och beroende av rutiner och personalens välvilja vilket också kännetecknar maktlöshet enligt NANDA.

Hur rutiner påverkar vårdtagarnas självbestämmande negativt ses tydligt i Tabell 3 och beror på rutiner kring läggdags (påstående 1), morgonrutiner (påstående 3, 4 och 6), rutiner kring födointag (påstående 8 och 9) och promenader (påstående 14). Det som förenar dessa rutiner är att de ofta kräver stora insatser av personal och tid för att kunna genomföras. Resultatet bekräftar tidigare resultat från Burns et al. (2013), Persson och Wästerfors (2009), Randers och Mattiasson (2000), Rodger et al. (2012a) och Silfverberg (2007). Det var 22 respondenter eller 33 procent som instämde helt med påstående 1 som gällde vårdtagarnas möjlighet att utöva sitt inflytande över när det var läggdags. Siffran på 33 procent ligger under den generella siffran på 37 procent och svarsfrekvensen är bland de lägsta. Detta stämmer med Persson och Wästerfors (2009) konstaterande att de äldre läggs mot sin vilja. Lika många respondenter valde att svara med svarsalternativ 4 på påstående 1. Det skulle kunna tyckas att svarsalternativ 4 ändå är någonting väldigt positivt eftersom det näst högsta svarsalternativet är svarsalternativ 5 men så är det inte. Några av respondenter kommenterade det här skalsteget med följande ord: ”både och”, ”om personal har tid”, ”delvis” och ”ibland” (Bilaga H). De respondenter som valde att kommentera sina svar till det här påståendet valde svarsalternativ 2 och skrev: ”mycket sällan” och ”till viss del” (Bilaga H). Vårdtagarnas självbestämmande blir ännu mer lidande om vi tittar på påstående 3 som handlar om vårdtagarnas möjlighet att utöva sitt inflytande över den tid då de går upp på morgonen. Det var svarsalternativ 4 som fick flest svarsfrekvenser, vilket

betyder att personalen tog ännu mer över vårdtagarnas självbestämmande. En respondent kommenterade det här påståendet i enkät 33 med följande: ”behöva gå upp innan kl. 10.30 i alla fall” (Bilaga H). Ungefär samma resonemang kan upprepas kring påstående 4, 6 och 8. Det är intressant att titta på påstående 9 som handlar om vårdtagarnas möjlighet att utöva sitt självbestämmande i fråga om vad de äter för mat till lunch och middag. Det var bara 18 respondenter eller 27 procent som valde att instämma helt med det här påståendet. Siffran på 27 procent ligger mycket under den generella siffran på 37 procent och är den lägsta för flest förekommande svar för svarsalternativ 5. I enkät 34 valde en respondent svarsalternativ 1 för det här påståendet och kommenterade: ”matsedel”. I enkät 63 valde en annan respondent svarsalternativ 3 och kommenterade: ”2 st. rätter” (Bilaga H). Alltså betraktar respondenter inte matsedeln med två alternativ till maträtter som ett riktigt val där vårdtagarna kan styra vad de kan äta. Det här resultatet stämmer bra överens med det som Harnett (2010b) benämner som arrangerat inflytande i enlighet med rutiner när det ska väljas exempelvis mellan kött och fisk.

Det var lättast för personal att låta en vårdtagare själv bestämma i fråga om deras möjlighet att ta emot besök, det vill säga i fråga om deras kontakt med närstående (påstående 13). Trots det var det 42 av 67 respondenter eller 63 procent som instämde helt med det här påståendet. Även här begränsas vårdtagarnas självbestämmande av organisationens rutiner och personal vilket stämmer med resultat från Harnett (2010a), Harnett (2010b) och Persson och Wästerfors (2009). Ingen av personalen vill ha några besök hos vårdtagarna under till exempel morgonrutinerna när det finns mycket att göra och därmed begränsas vårdtagarnas självbestämmande för att hinna med alla uppgifter.

Vårdtagarnas självbestämmande pressas av rutiner som vårdpersonal prioriterar på bekostnad av äldres självbestämmande samtidigt som rutinkulturen utnyttjas av personalen som en maktresurs för att effektivisera organisationen och hinna med sina arbetsuppgifter (Harnett, 2010a; Persson & Wästerfors, 2009).

Sjuksköterskornas åldersfördelning och vårdtagarnas självbestämmande

När vi övergår till att studera andra resultat så har vi funnit att sjuksköterskornas åldersfördelning påverkar deras uppfattning om grad av vårdtagarnas autonomi. Två större åldersgrupper bildades av dem som var yngre än 50 år gamla och dem som var äldre än 59 år gamla, och deras syn på vårdtagarnas självbestämmande jämfördes (Figur 4). Äldre sjuksköterskors mer negativa syn på vårdtagarnas möjligheter till autonomi och inflytande inom äldreboende drar ner vårt generella resultat. Den höga andelen av äldre sjuksköterskor inom äldreomsorg bidrar således starkt till den låga skattningen av vårdtagarnas autonomi samtidigt som en mer optimistisk syn som yngre sjuksköterskor har bidrar till att öka den här skattningen. En fråga skulle kunna ställas rörande det här resultatet: Vem har rätt? Forskningen visar att sjuksköterskor ständigt överskattar äldres autonomi i jämförelse med de äldres syn på sitt självbestämmande (Scott et al., 2003). Därför tycks det som om sjuksköterskor i högre åldrar har en mer adekvat uppfattning om vårdtagarnas självbestämmande än deras yngre kollegor. Med andra ord kan det sägas att de äldre sjuksköterskornas subjektivitet i skattning av äldres autonomi är lägre i jämförelse med de yngres. Resultatet är intressant och kan ha olika förklaringsfaktorer, som till

exempel att äldre sjuksköterskor har mer yrkeserfarenhet och kan ha djupare kunskaper om äldre och deras behov. Antal år inom yrke och utbildningsinnehåll har betydelse vid bedömning av vårdtagarnas självbestämmande (Mattiasson & Andersson 1991; Scott et al., 2003). Likaså kan en lägre subjektivitet bland de äldre sjuksköterskorna innebära att subjektivitet i bedömning av vårdtagarens autonomi avtar med åldern. Äldre sjuksköterskor i egenskap av sin ålder kan ha lättare att associera sig med de äldre och göra mer korrekta och mindre subjektiva bedömningar av vårdtagarnas önskningar, behov och hälsotillstånd. Äldre sjuksköterskor har också rikare livserfarenhet och har upplevt sina nära som gamla, vilket ökar deras mognadsgrad och minskar avståndet till äldre vårdtagare.

Forskningen visar att personal är ovillig att erkänna sina egna fel och kränkande beteende som drabbar äldre på ett vård- och omsorgsboende. Orsaker är grupptryck och rädsla för repressalier (Jogest, Daly & Hartz, 2005). Anställningsformer kan också påverka sjuksköterskornas ställningstagande i olika frågor rörande vårdtagare. Äldre sjuksköterskor med mycket yrkes- och livserfarenhet och gedigna kunskaper i ämnet kan känna sig friare att uttrycka sina åsikter i dessa frågor i relation till yngre sjuksköterskor, även om personliga egenskaper spelar en viktig roll i uppvisande av etiskt och moraliskt förhållningssätt (Cheater et al., 2005; Silfverberg, 2007).

Det är värt att notera att resultatet i Figur 3 visar att sjuksköterskor i åldersgruppen 20-29 år undviker att jobba på ett äldreboende. Förklaringarna kan vara olika. En av dem är att nyexaminerade sjuksköterskor väljer att jobba på större sjukhus där det finns bättre möjligheter att omsätta både teoretiska kunskaper och medicintekniska färdigheter i praktiken. Andra möjliga orsaker kan vara generationsklyftor och negativ inställning till äldre i form av ålderism, vilket leder till lägre status för sjuksköterskor som jobbar inom äldreomsorg i jämförelse med sjuksköterskor som väljer att jobba på ett sjukhus (Jönson, 2009; Larsson & Rundgren, 2010).

Ett annat resultat i Figur 3 som gäller ett åldersgap i åldersgruppen 50-59 år är anmärkningsvärt eftersom sysselsättningsgraden bland kvinnor i åldern 50-59 år är hög i Sverige, även internationellt sett (Försäkringskassan, 2005). En möjlig förklaring är byte av specialisering inom sitt yrke.

<u>Självbestämmande vid jämförelse mellan privat och icke privat verksamhet</u>
Med tanke på ett utbrett ekonomiskt incitament inom äldreomsorgen vore det naturligt att tycka att effektivitetens krav är högre inom privat verksamhet vilket skulle utrycka sig genom högre krav på anställda att hinna med sina arbetsuppgifter med negativ konsekvens för vårdtagarnas självbestämmande som resultat. Dock upptäcks ingen skillnad i sjuksköterskornas syn på vårdtagarnas självbestämmande utifrån om en sjuksköterska är anställd inom en privat eller icke privat verksamhet (Figur 5). Resultatet kan tyda på att det ekonomiska incitamentet är lika utbrett bland alla typer av verksamheter anser vi. En annan förklaring är att anställdas personliga förhållningssätt dominerar i fråga om maktutövning inom ett vård- och omsorgsboende (Silfverberg, 2007).

Sjuksköterkornas subjektivitet i bedömning av vårdtagarnas självbestämmande

Vi har redan nämnt subjektivitetens roll i sjuksköterskornas bedömning av vårdtagarnas autonomi och konstaterat att åldern påverkar sjuksköterskornas subjektivitet. Ännu tydligare framgår subjektiviteten i Tabell 4. Oftast sker en kategorisering av äldre som flyttar till vård- och omsorgsboende till personer med somatiska alternativt demensdiagnoser. Det kan hända att sjuksköterskor som jobbar på samma vård- och omsorgsboende och väljer att svara diametralt olika på våra påståenden har ansvar för olika kategorier av vårdtagare. Dock kan den här förklaringen inte tillämpas på andra exempel där det är några svar som är diametralt olika samtidigt som andra svar från samma enkäter och från samma vård- och omsorgsboende skiljer sig marginellt. Motsvarande finns också exempel på en så hög enhällighet i enkäternas svar från samma boende att det kan tyda på grupptryck där ingen av de svarande ville skilja sig från gruppens uppfattning om vårdtagarnas självbestämmande. När det inte finns tydliga föreställningar om vad självbestämmande betyder för den äldre i konkreta vårdsituationer på ett vård- och omsorgsboende och när konkreta kriterier för bedömning av deras självbestämmande saknas blir personalens avsikter, värderingar och känslor avgörande för hur makt utövas när vårdtagare och personal interagerar på ett vård- och omsorgsboende (Harnett, 2010a; Silfverberg, 2007). Sjuksköterskornas subjektivitet i bedömning av vårdtagarnas självbestämmande gör också att bilden av människans helhet i Weismans modell av de sex S:n blir ofullständig.

Genom våra mindre konversationer med en del sjuksköterskor i samband med inhämtningen av enkäter har framkommit att det saknas kunskap om hur vårdtagarnas autonomi skulle kunna implementeras i omvårdnadsprocessen på ett vård- och omsorgsboende. Några respondenter tyckte till och med att självbestämmande är något som gäller hemma, inte på institutionen. En sådan attityd till självbestämmande påverkar utan tvekan vårdtagarens möjlighet att utöva inflytande över sin vardag negativt. En uppfattning finns att vårdtagare med kognitiva dysfunktioner inte kan bestämma själva. En respondent i enkät 30 kommenterar: ”… Inom demens vården arbeta vi med att bekräfta den sjukes känsla samt undviker kränkningar. Vidare vill vi skapa en trygg och meningsfull vardag för den demenssjuke. Det innebär bland annat att hjälpa till med struktur över dygnet och situation. Därav svårt att besvara dessa frågor” (Bilaga H). Kommentaren låter rätt fin och det framgår vad personalen vill, men det framgår inte vad ”den demenssjuke” själv vill ur denna kommentar. Det går inte heller att läsa någonting om respekt för vårdtagarens autonomi, dennes rätt till inflyttande, delaktighet i vården, vårdtagarens vanor, värdighet och samtycke i den här kommentaren vilket är viktiga kännetecken för självbestämmande enligt Harnett & Jönson, 2010; Nordenfelt, 2010; Randers & Mattiasson 2004; SFS 1982:763; SFS 2001:453. Därför blir det lätt att förstå varför det är ”svårt att besvara dessa frågor”. Det är bra att personal arbetar för att ”undvika kränkningar” av ”den demenssjuke” i alla fall (Bilaga H, enkät 30).

Våra resultat bekräftar tidigare forskningsresultat i fråga om vårdtagarnas autonomi på ett vård- och omsorgsboende och sjuksköterskornas subjektivitet i skattning av vårdtagarnas självbestämmande. Nytt resultat är att sjuksköterskornas subjektivitet i skattning av vårdtagarnas självbestämmande är lägre bland sjuksköterskor som är 60 år gamla och

äldre. Dessa resultat ökar kunskapen gällande vårdtagarnas självbestämmande på ett vård- och omsorgsboende och vilka faktorer som påverkar självbestämmandet negativt.

Metoddiskussion

Valet mellan en kvantitativ och en kvalitativ metod styrdes av examinationsarbetets syfte (Ejlertsson, 2005). Vår tanke var också att kunna generalisera och använda resultatet i vår population. Detta krävde strukturerade mätningar av vårdtagarnas självbestämmande (Henricson, 2012).

På grund av att vår population var geografiskt begränsad till Stor-Stockholm får studiens resultat inte generaliseras till sjuksköterskor utanför det här geografiska området. Resultatet skulle eventuellt sett annorlunda ut om sjuksköterskor från andra regioner skulle ha inkluderats i populationen.

Värdet på urvalsfel kunde beräknas men detta låg utanför ramen för vårt arbete (Polit & Beck, 2012). Bortfallsfrekvensen är en kvalitetsindikator som påverkar studiens kvalitet genom att snedvrida skattningar. Det eftersträvs så litet bortfall som möjligt för att resultatets tillförlitlighet inte ska bli ifrågasatt. Det accepteras en svarsfrekvens på mer än 70 procent (Henricson, 2012). Därför kan bortfallet på 20 procent ignoreras. Det tycks som att den höga svarsfrekvensen på 80 procent som vi har fått hänger väl ihop med distributionssättet som användes.

Sjuksköterskornas deltagande i enkätundersökningen styrdes av verksamhetschefernas goda vilja och deras syn på vetenskapens roll i omvårdnadsarbete eftersom deras godkännande krävdes för genomförande av vårt examinationsarbete i överensstämmelse med Sophiahemmet Högskolas krav. Detta upplevde vi som både positivt och negativt för vårt resultat. Det positiva var att verksamhetscheferna kunde uppmana sjuksköterskorna att svara på enkäter och på detta sätt öka enkätundersökningens svarsfrekvens. Många verksamhetschefer som vi mötte visade en öppen attityd och intresse för studiens ämne. Det negativa var att verksamhetscheferna kunde styra sjuksköterskorna att svara på enkäterna på det sätt som skulle vara gynnsamt för deras verksamheter. Verksamhetscheferna kunde också styra sjuksköterskornas deltagande i vår enkätundersökning. Inga enkäter delades ut på fyra av 26 verksamheter som vi besökte. Där hänvisade verksamhetscheferna till sjuksköterskornas stora arbetsbelastning. En av dessa verksamhetschefer hänvisade till den här orsaken först efter att vi upplyste denne att vår studie handlade om vårdtagarnas självbestämmande. Eventuellt skulle vi fått säkrare resultat om sjuksköterskorna skulle ha fått personliga brev med våra enkäter direkt i sina brevlådor.

Ingen pilotstudie kunde genomföras för att testa vår enkät på grund av vi var osäkra på om vår disponibla tid skulle räcka till. För att utforma våra 14 påståenden, använde vi oss i stället av väl beprövad erfarenhet i form av samtal med två sjuksköterskor med stor erfarenhet inom äldreomsorg, evidens i form av Katz ADL-index (Activity of Daily Living) och relevant information i vetenskapliga artiklar som användes i vår studie. I eftersamtal med respondenter framkom att påståendena var lätta att svara på för

respondenter som ansvarade för vårdtagare med somatiska sjukdomar men krävde mera betänketid för respondenter som ansvarade för vårdtagare med demensdiagnoser. Detta kan förklaras med följande: vardagen är mer styrd av organisationens rutiner för de som är drabbade av demenssjukdomar, kommunikationen mellan dessa vårdtagare och sjuksköterskor är otillräcklig och eventuellt saknar sjuksköterskor insikt i betydelsen av självbestämmande för den här gruppen av vårdtagare. Det var påstående 11 som uppmärksammades av respondenter på grund av sin otydlighet med bland annat följande kommentarer i enkät nr 29 och nr 30 respektive: ”hela dygnet är fritid” och ”vad är fritid????” (Bilaga H). Därför bör det här påståendet omarbetas eller tas bort. Bakrundsfrågan gällande kön skulle ha kompletteras med det tredje alternativet ”annat” för att undvika internt bortfall i den här frågan. Enkäten borde också utökas med en eller två avslutande öppna frågor.

Det användes en femgradig Likert-skala vid utformning av svarsalternativ till påståenden. I efterhand kan vi konstatera att den här skalan har visat sig vara för okänslig för att kunna ge tydligare svar på våra påståenden. Detta kan illustreras med svarsalternativ 4 som ett exempel. Respondenter lämnade följande kommentarer när de ville ange skalsteget för svarsalternativ 4: i enkät nr 6: ”alla kan inte”; i enkät nr 7: ”delvis” och ”de flesta”; i enkät nr 14: ”ibland”; i enkät nr 29: ”både och” och i enkät nr 54: ”de flesta” (Bilaga H). Om vi skulle ha valt en sjugradig Likert-skala skulle vårt resultat sannolikt ha sett annorlunda ut. Väldefinierade kriterier måste etableras för valet av det ena eller det andra svarsalternativet för att undvika inkonsekvens i svar (Fulmer et al., 2004).

Bilden av vårdtagarnas självbestämmande skulle ha varit mer negativ vid valet av vårdtagarnas perspektiv eftersom sjuksköterskor skattar vårdtagarnas autonomi högre än vårdtagarna själva gör (Scott et al., 2003). Valet av sjuksköterskornas perspektiv motiverades med Sophiahemmet Högskolas krav för genomförande av examinationsarbete.

Slutsats

Resultaten från denna studie visar att det råder brist på självbestämmande bland vårdtagare på ett vård- och omsorgsboende och sjuksköterskornas uppfattning om deras självbestämmande påverkas av sjuksköterskornas ålder och subjektivitet. Däremot påverkas inte sjuksköterskornas syn på vårdtagarnas autonomi om de är anställda i privat eller i en annan form av verksamhet. Subjektiviteten är stor i sjuksköterskornas uppfattning om vårdtagarnas självbestämmande eftersom tydliga kriterier för vad vårdtagarens självbestämmande betyder i situationer som rör vårdtagarnas sömn, hygien och klädsel, födointag och aktiviteter saknas. Brist på självbestämmande hos vårdtagare kopplas till den maktlöshet som de äldre upplever när de flyttar till vård- och omsorgsboende och som är välbeskriven i en mängd olika vetenskapliga artiklar vi relaterar till i vår bakgrund. Brist på självbestämmande hos vårdtagare kan också kopplas till avsaknaden av skriftliga riktlinjer för hur problemet med brist på självbestämmande identifieras.

Brist på självbestämmande hos äldre på ett vård- och omsorgsarbete är ett hälsoproblem. Vi konstaterar att det är möjligt att med hjälp av en enklare enkät skatta vårdtagarnas

självbestämmande ur sjuksköterskornas perspektiv. Det borde också vara möjligt att göra det samma ur vårdtagarnas perspektiv och diagnostisera det här hälsoproblemet, anser vi. Ett skattningsinstrument bidrar med konsekvens och eliminerar subjektivitet vid utvärdering av brist på autonomi. Nästa steg blir att sätta in omvårdnadsåtgärder, följa upp och utvärdera dem. Det är inte svårare än så. Det som saknas är fokus på äldres självbestämmande inom äldreomsorg, kriterier för implementering av autonomi-principen i omvårdnadsarbete, inkluderande av autonomi-principen vid vårdplanering och välutarbetade enkäter med kvalitetstestade och standardiserade frågor/påståenden för snabb och effektiv diagnostisering samt övervakning av grad av äldres autonomi.

Fortsatta studier

Självbestämmande är en viktig aspekt gällande äldres livskvalitet i vardagen. Forskare har skrivit om problemet kring vårdtagarnas självbestämmande i minst 25 år. Problemet lyfts fram men lösningen saknas. Vi anser att det finns en viktig uppgift för omvårdnadsforskare i att ta fram tydliga kriterier för hur självbestämmande kan implementeras i omvårdnadsprocessen för att gagna äldres livskvalitet. Professionella formulär i självbestämmande bör utarbetas och utgöra ett verktyg i genomförande av autonomi-principen i äldres vardagliga liv anser vi.

Klinisk relevans

Problemet med vårdtagarnas självbestämmande har lyfts fram och viktiga aspekter som är kopplade till det här begreppet har belysts. Sjuksköterskor som ansvarade för omvårdnad av äldre och deltog i vår enkätundersokning fick fundera en gång till kring det här problemet.

Vi anser att vårt självbestämmande-formulär, efter mindre förändringar och en genomförd pilotstudie, kan börja användas lokalt i sjuksköterskors arbete på att stärka äldres autonomi. I annat fall kan formuläret utgöra en grund för utveckling av mer professionella enkäter för skattning av vårdtagarnas självbestämmande.

TACK

Vid distribution av enkäter var det väldigt lärorikt att komma i direkt kontakt med så många verksamhetschefer och sjuksköterskor. Vi vill tacka er alla som har hjälpt oss att genomföra vår enkätstudie.

REFERENSER

Allen, P. D., Kellett, K., & Gruman, C. (2003). Elder abuse in Connecticut´s nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 15*(1), 19-42. doi:10.1300/J084v15n01_03

Arino- Blasco, S., Tadd, W., & Boix-Ferrer, J. (2005). Dignity and older people: The voice of professionals. *Quality in ageing and older adults*, *6*(1), 30-36. doi:10.1108/14717794200500006

Bamba, P. A. (2006). Use of a single page elder abuse assessment and management tool: a practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work, 46*(3-4), 103-122. doi: 10.1300/J083v46n03_06

Bayer, T., Tadd, W., & Krajcik, S. (2005). Dignity: the voice of older people. *Quality in ageing and older adults, 6*(1), 22-29. doi: 10.1108/14717794200500005

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford: Oxford University Press.

Bidstrup Jörgensen, B., & Östergaard Steenfeldt, V. (2012). *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling*. Stockholm: Liber.

Boyle, G. (2008). Autonomy in long-term care: a need, a right or a luxury*? Disability & Society, 23*(4*),* 299-310. doi: 10.1080/09687590802038795

Burns, D., Hyde, P., & Killett, A. (2013).Wicked problems or wicked people? Reconceptualising institutional abuse. *Sociology of Health & Illness, 35*(4), 514-528. doi: 10.1111/j.1467-9566.2012.01511.x

Bužgová, R, & Ivanová, K. (2011).Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics, 18*(1), 64-78. doi: 10.1177/0969733010385529.x

Castle, N. (2012). Nurse Aides' Reports of Resident Abuse in Nursing Homes. *Journal of Applied Gerontology, 31(*3), 402-422. doi: 10.1177/0733464810389174

Castledine, G. (2009). Never forget the importance of caring. *British Journal of Nursing, 18(*8), 515. http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=41818; article=BJN_18_8_515;format=pdf

Charpentier, M., Soulières, M. (2013). Elder abuse and neglect in institutional settings: the resident's perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 25*(4), 339-54. doi:10.1080/08946566.2012.751838.

Cheater, F., Baker, R., Gillies, C., Hearnshaw, H., Flottorp, S., Robertson, N., Shaw, E. J., & Oxman, A. D. (2005). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Systematic Reviews, (3). doi:10.1002/14651858.CD005470.pub2.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). Hälsa och vårdande: i teori och praxis. Stockholm: Natur & Kultur.

Daly, J. M., Merchant, M. L., & Jogerst, G. J. (2011). Elder Abuse Research: A Systematic Review. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 23*(4), 348-365. Doi:10.1080/08946566.2011.608048

Deci, E. L., & Ryan, R. M.(2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits:Human Needs and the Self-Determination of Behavior. Psychological Inquiry, 11(4), 227–268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01

Degenholtz, H.B., Rosen, J., Castle, N., Mittal, V. & Liu, D. (2008).The Association Between Changes in Health Status and Nursing Home Resident Quality of life. *The Gerontological Society of America, 48*(5), 584-592. doi: 10.1093/geront/48.5.584

Delmar, C. (2012). The excesses of care: A matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy,13,* 236-243. doi: 10.1111/j.1466-769X.2012.00537.x.

Dunér, A. (2007). *To maintain control. Negotiations in the everyday life of older people who can no longer manage on their own*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete. Hämtad från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/10319/1/gupea_2077_10319_1.pdf

Dwyer, L.L, Andershed, B., Nordenfelt, L., & Ternestedt B.M. (2009). Dignity as experienced by nursing home staff. *International Journal of Older People Nursing, 4*(3), 185-93. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ek, K., Sahlberg-Blom, E., Andershed, B., & Ternestedt, B.-M. (2011). Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nurse.,67*(7), 1480-1490. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05604.x.

Ekwall, A. (red.). (2010). *Äldres hälsa och ohälsa: En introduktion till geriatrisk omvårdnad* (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Erlingsson, C. L., Carlson, S. L., & Saveman, B-I. (2006).Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden – an exploratory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(2),151–159. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00392.x

Friberg, F., & Ohlen, J.(2009). *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt.* Kristinastad: Studentlitteratur.

Fristedt, S. (2013). Funktionellt åldrande. I M. Bravell Ernsth (red.) *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontolog* (2.uppl, ss. 142-167). Malmö: Gleerups utbild

Fulmer, T., Guadagno, L., Bitondo, C., & Connolly M. T. (2004). Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *Journal of the American Geriatrics Society. February 52*(2), pages 297–304. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52074.x.

Furness, S. (2006). Recognising and addressing elder abuse in care homes: views from residents and managers. *Journal of Adult Protection, 8*(1), 33-49. doi:10.1108/14668203200600005

Försäkringskassan. (2005). Sjukfrånvaron i Sverige i ett europeiskt perspektiv 1983–2004. Stockholm: Försäkringskassan. Hämtad från: https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5257268f-c45b-4a06-b1ce-2a5be77d1335/redovisar_2005_06.pdf?MOD=AJPERES

Grimby A. (2001). Livskvalitet på gamla dar. I A. Grimby & G.Grimby, (red.). *Åldrandets villkor.*(ss. 186-197). Lund: Studentlitteratur.

Hagberg, M. (2002). *Att vara en helhet i ett sammanhang: Gestaltning av mening och värde i ålderdomen.* Doktorsavhandling, Lund universitet, Högskolan i Kalmar, gerontologiska centrum.

Hall, S., Opio, D., Dodd, R.H., & Higginson, I.J. (2011). Assessing quality of life in older people in care homes. *Age and Ageing, 40*(4), 507-512. doi: 10.1093/ageing/afr027.

Hansen-Kyle, L. (2005) A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum, 40*, 45–57. doi: 10.1111/j.1744-6198.2005.00009.x

Halphen, J. M., Varas, G. M., & Sadowsky, J. M. (2009). Recognizing and reporting elder abuse and neglect. *Geriatrics, 64*(7), 13-18. Hämtad från: http://europepmc.org/abstract/MED/19586086

Harbison J, Coughlan S, Beaulieu M, Karabanow J, Vanderplaat M, Wildeman S, Wexler E. (2012). Understanding "elder abuse and neglect": a critique of assumptions underpinning responses to the mistreatment and neglect of older people. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 24*(2), 88-103. doi: 10.1080/08946566.2011.644086.

Harbison, J., Coughlan, S., Karabanow, J., & VanderPlaat, M. (2005). A clash of cultures: Rural values and service delivery to mistreated and neglected older people in Eastern Canada. *Practice, 17*(4), 229–246. doi:10.1080/09503150500425091.

Herdman, T.H. (2013). NANDA International Omvårdnadsdiagnoser: Definitioner och klassifikation 2012-2014 (J. Florin, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2012).

Harnett, T. (2010a). *The Trivial Matters: Everyday power in Swedish elder care* Doktorsavhandling, Högskolan i Jönköping, Hälsohögskolan, HHJ, Institutet för gerontologi.
Hämtad från http://hj.divaportal.org/smash/get/diva2:300847/FULLTEXT01.pdf

Harnett, T. (2010b). Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order. *Journal of Aging Studies, 24*(4), 292–301. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406510000642

Harnett, T., & Jönson, H. (2010). That's not my Robert! Identity maintenance and other warrants in family members' claims about mistreatment in old age care. *Ageing & Society, 30(*4), 627-647. doi: 10.1017/S0144686X09990584.

Hellström, U. & Sarvimäki, A. (2007). Experiences of Self-Determination by Older Persons Living in Sheltered Housing. *Nursing Ethics, 14* (3), 413-424. doi: 10.1177/0969733007075888

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hogstel, M. O., & Gaul, A. L. (1991). Safety or Autonomy: En ethical issue for clinical gerontological nurses. *Journal of Gerontological Nursing, 17*(3), 6-11. Hämtad från: http://europepmc.org/abstract/MED/2005368/reload=0;jsessionid=H5ZLOsShPfyMrmlOjEeP.18

Hwang, H.-L., & Lin, H.-S. (2003). Perceived Enactment of Autonomy and Related Factors Among Elders. Journal of Nursing Research,11(4), 277-285. doi: 10.1097/01.JNR.0000347647.58122.79.x

Hwang, H-L., Lin, H.-S., Tung, Y-L. & Wu, H-C. (2006). Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(4), 429-437. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.06.002

Jackson, S.L., & Hafemeister, T.L. (2011). Risk factors associated with elder abuse: the importance of differentiating by type of elder maltreatment. *Violence and Victims, 26*(6),738-57. doi: 10.1891/0886-6708.26.6.738.x

Jogest, G., Daly, J., & Hartz, A. (2005). Ombudsman program characteristics related to nursing home abuse reporting. Journal of Gerontological Social Work, 46(1), 85-98. doi:10.1300/J083v46n01_06

Jogest, G. J., Daly, J., Dawson, J. D., Peekasa, C., & Schmuch, G. (2006). Iowa nursing home characteristics associated with reported abuse. *Journal of the American Medical Directors Association, 7*(4), 203-207. doi:10.1016/j.jamda.2005.12.006.

Jonasson, L.L., Liss, P.E., Westerlind, B., & Berterö, C. (2010). Ethical values in caring encounters on a geriatric ward from the next of kin's perspective: An interview study. *International Journal of Nursing Practice, 16*(1), 20–26. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01805.x

Jönson, H. (2009). Äldreomsorgen, ålderismen och de nästan döda. Linköping: Linköping Universisty Electronic Press.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier : analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, M., & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Lau, V. M. H., Callaghan, P., Twinn, S. F., & Goodfellow, B. (2007). The nursing gaze: power relations in a study of nurse–resident interactions in learning disability. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 14, 346–355. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01088.x

Lowenstein, A. (2009). Elder abuse and neglect--"old phenomenon": new directions for research, legislation, and service developments. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 21*(3), 278-87. doi: 10.1080/08946560902997637

Lübcke, P. (red.). (1988). Filosofilexikonet. Stockholm: Bokförlaget Forum.

Matsui, M., & Capezuti, E. (2008). Perceived Autonomy and Self-Care. Resources among Senior Center Users. *Geriatric Nursing, 29*(2), 141-147. doi:10.1016/j.gerinurse.2007.09.001.x

Mattiasson, A.-C., & Andersson, L., (1991). Vem är det som bestämmer på sjukhemmen?: om inställningen till patientens personliga autonomi. *Socialmedicinsk Tidskrift, 68*(2-3), 127-135.

McDonald L., Beaulieu M., Harbison J., Hirst S., Lowenstein A., Podnieks E. & Wahl J. (2012). Institutional Abuse of Older Adults: What We Know, What We Need to Know. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 24*(2), 138-160. doi:10.1080/08946566.2011.646512

Meeks-Sjostrom, D. (2004). A comparison of three measures of elder abuse. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 247–250. doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04045.x

Mensen, L.(2010). Biologiskt åldrande. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, (red.). *Geriatrisk Omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten*. (ss. 48- 53). Stockholm: Liber.

Meranius, M. S. (2010). *”Era delar är min helhet”: En studie om att vara äldre och multisjuk*. Doktorsavhandling, Linneuniversitet, Institutionen för hälsa- och vårdvetenskap.

Moser, A., Houtepen, R., & Widdershoven. G. (2007). Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature. *Journal Advance Nursing*. 57(4), 357-365. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04105.x

Muehlbauer, M., & Crane, P. A. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 44*(11), 43-48. http://europepmc.org/abstract/MED/17128679

Murphy, K.. (2007). Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing, 16*(5), 873-884. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01633.x

Murphy, K., O'Shea, E., & Cooney A. (2007). Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing 16*, 2167–2177. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01865.x

Murphy, K., & Welford, C. (2012). Agenda for the future: enhancing autonomy for older people in residential care. *International Journal of Older People Nursing.Volume 7*(1), 75–80. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00309.x

Mysyuk, Y., Westendorp, R.G., & Lindenberg, J. (2013). Framing abuse: explaining the incidence, perpetuation, and intervention in elder abuse. *International Psychogeriatrics, 25*(8), 1267-1274. doi: 10.1017/S1041610212002281.

Natan, M. B., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review, 57(*1), 113-20. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00771.x.

Nordenfelt, L. (2010a). Hälsa, autonomi och livskvalitet: några grundläggande begrepp. I L. Nordenfelt (Red.), *Värdighet i vården av äldre personer.* (ss. 29-62). Lund: Studentlitteratur.

Nordenfelt, L. (2010b).Värdighet som föremål för empiriska studier: erfarenheter från två forskningsprogram. I L. Nordenfelt (Red.), *Värdighet i vården av äldre personer.* (ss. 299-319). Lund: Studentlitteratur.

Nordenfelt, L. (2011*). Om mänsklig värdighet*. Vårdalinstitutet. Lund. Hämtad från: http://www.epsilon.kursansokningar.se/sites/default/files/tr/demens/demensdocs/demensartikelpdf/11554.pdf

Page, K. (2012). The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? *BMC Medical Ethics, 13*, 2-8. doi: 10.1186/1472-6939-13-10

Persson, T., & Berg, S. (2009). Older People's "Voices" On Paper: Obstacles to Influence in Welfare States—A Case Study of Sweden. *Journal of Aging & Social Policy, 21*(1), 94-111. doi:10.1080/08959420802539118

Persson, T., & Wästerfors, D. (2009). "Such Trivial Matters:" How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging Studies, 23*(1), 1-11. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406508000868

Petersson, L-M., Strang, P., & Sjödén, P-O. (2005). Livskvalitet och livskvalitetsmätning. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin* (ss.21-32). Stockholm: Liber AB.

Phillips, L.R., & Guo, G. (2011). Mistreatment in assisted living facilities: complaints, substantiations, and risk factors. *Gerontologist, 51(*3), 343-53. doi: 10.1093/geront/gnq122.

Phillips, L. R., Guo, G, & Kim, H. (2013). Elder mistreatment in U.S. residential care facilities: the scope of the problem. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 25*(1), 19-39. doi:10.1080/08946566.2012.712851.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Proposition 1997/98:113. *Nationella handlingsplan för äldrepolitiken*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/17/00/d4fd079c.pdf

Rabold, S., & Goergen, T. (2013). Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings – results of a survey among nursing staff of home care services in Hanover (Germany). *Journal of Adult Protection, 15(*3), 127-140. doi:10.1108/JAP-08-2012-0017.x

Randers, I. (2002). *Upholding Older Adults: Innate and Inherent Dignity within a Caring Context.* Doktorsavhandling. Sophiahemmet Högskola.

Randers I., & Mattiasson, A. (2000). The Experiences of Elderly people in Geriatric Care with Special Reference to Integrity. *Nursing Etichs, 7*(6), 503- 519. doi:10.1177/096973300000700606

Randers. I., & Mattiasson, A . C. (2004). Autonomy and integrity: Upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing, 45*(1), 63-71. doi: http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02861.x

Randers, I., Olson, T.H., & Mattiasson, A.-C. (2002). Confirming older adult patients' views of who they are and would like to be. *Nursing Ethics, 9*(4), 416-31. doi: 10.1191/0969733002ne525oa

Reyna, C., Goodwin, E. J., & Ferrari, J. R. (2007). Older adult stereotypes among care providers in residential care facilities: examining the relationship between contact, eduaction, and ageism. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(2), 50-55. http://europepmc.org/abstract/MED/17310663

Riedl, M., Mantovan, F., & Them, C. (2013). Being a Nursing Home Resident: A Challenge to One's Identity. *Nursing Research and Practice, 2013*, 1-9. doi:10.1155/2013/932381.x

Riedl, M., Mantovan, F., & Them, C. (2011). Psychophysical and social changes in elderly people after the entry into a residential home -- a systematic literature research, *Pflegewissenschaft, 13*(5), 299-311. Doi: 10.3936/1089.x

Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*. Hämtad från http://www.swenurse.se/PageFiles/2764/SSF%20%C3%84ldrekompWEBB.pdf

Rinker, A. G. (2009). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 48*(1), 110-115. doi:10.1016/j.archger.2007.11.002

Rodgers, V., & Neville, S. (2007). Personal autonomy for older people living in residential care: En overview. *Nursing praxis in New Zeeland*, *23*(1), 29-36. Hämtad från http://owll.massey.ac.nz/pdf/studyup-death-by-textbook-personal-autonomy.pdf

Rodgers, V., Welford, C., Murphy, K., & Frauenlob, T. (2012a). Enhancing autonomy for older people in residential care: What factors affect it*? International Journal of Older People Nursing, 7*, 70-74. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00310.x

Rodgers, V.,Welford, C., Murphy, K., & Frauenlob, T. (2012b). Autonomy for older people in residential care: A selective literature review. *International Journal of Older People Nursing*, *7*(1), 65–69. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x.

Romoren, T. I.(2010). Äldre, hälsa och hjälpbehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, (red.). *Geriatrisk Omvårdnad: God omsorg till den äldre patienten*. (ss. 48- 53). Stockholm: Liber.

Rosin, A. J., van Dijk, Y. (2005). Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research. *Journal of Medical Ethics, 31*(6), 355-359. doi:10.1136/jme.2004.008532.x

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68.

Sacco-Peterson, M., & Borell, L. (2004). Struggles for autonomy in self-care: The impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*(4), 376-386. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00292.x

Sahlberg-Blom, E., Ternestedt, B.-M., Johansson, J. E. (2001). Is good 'quality of life' possible at the end of life? An explorative study of the experiences of a group of cancer patients in two different care cultures. *Journal of Clinical Nursing, 10*(4), 550-562. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00511.x

Sahlberg-Blom, E., Ternestedt, B-M., & Johansson, J.E. (2000). Patient participation in decision making at the end of life as seen by a close relative. *Nursing Ethics, 7*(4), 296-313. doi: 10.1177/096973300000700404.x

Sammet, K. (2007). Autonomy or protection from harm? Judgements of German courts on care for the elderly in nursing homes. *Journal of Medical Ethics, 33*, 534–537. doi:10.1136/jme.2006.018341.x

Sasson, S. (2008). Beneficence versus Respect for Autonomy: An Ethical Dilemma in Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social Work, 33*(1), 5-16. doi: 10.1300/J083v33n01_02

Scherder, E. J., Bogen, T., Eggermont, L. H., Hamers, J. P., & Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics, 22*(8), 1203-1208. doi: 10.1017/S1041610210001493.

Schiamberg, L. B., Barboza, G. G., Oehmke, J., Zhang, Z. R., Griffore, J., Weatherill, R. P., Heydrich, L. & Post, L. A. (2011). Elder Abuse in Nursing Homes: An Ecological Perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(2), 190-211. Doi:10.1080/08946566.2011.558798

Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Zhang, Z., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Heydrich, L., Post, L. A., Weatherill, R. P., & Mastin, T. (2012). Physical Abuse of Older Adults in Nursing Homes: A Random Sample Survey of Adults With an Elderly Family Member in a Nursing Home. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 24*(1), 65-83. Doi:10.1080/08946566.2011.608056

Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist, 43*(1), 110-120. doi: 10.1093/geront/43.1.110

Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Arndt, M., Schopp, A., Suhonen, R., & Kaljonen, A. (2003). Perceptions of Autonomy in the Care of Elderly People in Five European Countries. *Nursing Ethics, 10,* 28-38. doi: 10.1191/0969733003ne572oa

Scourfield, P. (2007a). Reviewing residential care reviews for older people. *Practice, 19*(3), 199-209. doi:10.1080/09503150701574317.x

Scourfield, P. (2007b). Helping Older People in Residential Care Remain Full Citizens. *The British Journal of Social Work., 37* (7), 1135-1152. doi: 10.1093/bjsw/bcl086.x

Secker, J., Hill, R., Villeneau, L., & Parkman, S. (2003). Promoting independence: but promoting what and how? *Ageing and Society, 23*(3), 375-391. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X03001193.x

SFS 1974:152. *Kungörelse om beslutad ny regeringsform*. Hämtad 15 mars 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Kungorelse-1974152-om-beslu_sfs-1974-152/

SFS 1982:763. *Hälso och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 15 mars 2014, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1986:223. Förvaltningslag. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 15 mars 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/_sfs-1986-223/

SFS 2001:453. *Socialtjänstelag.* Stockholm: Riksdagen. Hämtad 15 mars 2014, från http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/01/010453.PDF

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 15 mars 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-

Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659

Shattell, M. (2004). Nurse–patient interaction: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 13(6), 714–722. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00965.x.

Silfverberg, G. (2007). Maktens olika uttryck i äldreomsorgen. I G. Silfverberg (Red.). *Hemmets vårdetik : om vård av äldre i livets slutskede*. (1. Uppl, ss. 249- 260). Lund: Studentlitteratur.

Skog, M., & Grafström, M. (2013). *Äldres hälsa och livskvalitet.* Stockholm: Sanoma utbildning.

Socialstyrelsen. (2001): *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre.* Stockholm: Norstedts. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11357/2001-110-19_2001110191.pdf

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/.../2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (u.å.). Katz' ADL-index. Hämtad 16 mars, 2014, från http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/katzadl-index

SOU 1997:154. Patienten har rätt. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15 mars 2014, från http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25107

SOU 2008:113. *Bo bra hela livet*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från http://www.regeringen.se/content/1/c6/11/79/43/6931fce1.pdf

Statistiska Centralbyrå (2013). *Andelen äldre ökar.* Stockholm: SCB. Hämtad 14 mars, 2014, från http://www.**scb**.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Andelen-aldre-fordubblad-pa-100-ar/

Steller, J. V., Swinkin, J., & McCabe K. (2013). Perception of dignity in older people and at the end of life. *End of life journal, 3*(2), 1-7. Hämtad från http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=20476361&AN=86930578&h=lhMG%2f6ZSOwmypCK3Kud9KyzdE9mXCrh%2f36s6Oeo9OEEzb9QVPGv73KiFmBSRpdxvgYxFfugRbEElzsVSwaxgPQ%3d%3d&crl=c

Strand, M. L, Benzein, E., & Saveman B.- I. (2004).Violence in the care of adult persons with intellectual disabilities. *Journal of Clinical Nursing 13*, 506–514. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00848.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från

http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%c3%a4lsofr%c3%a4mjande%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf

Taylor, J. (Ed.). (2005). *Personal Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Teeri S., Leino-Kilpi H., & Valimäki M. (2006). Long-Term Nursing Care of Elderly People: Identifying Ethically problematic Experiences Among Patients, Relatives and Nurses in Finland. *Nursing Etichs, 13*(2),116-129. doi: 10.1191/0969733006ne830oa

Ternestedt, B.-M, Andershed, B., Eriksson, M., & Johansson I.. (2002) A Good Death – Development of a Nursing Model of Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 4*(3), 153-160.
http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2002/07000/A_Good_Death__Development_of_a_Nursing_Model_of.15.aspx

Ternestedt, B.-M., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n : en modell för personcentrerad palliativ vård.* Lund: Studentlitteratur.

Vandeweerd, C., Paveza, G. J., & Fulmer, T. (2006). Abuse and neglect in older adults with Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America, 41*(1), 43-55.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16492453

Välimäki, M., Haapsaari, H., Katajisto, J., & Suhonen, R. (2008). Nursing Students' Perceptions of Self-Determination in Elderly People. *Nursing Ethics, 15*, 346-359. doi: 10.1177/0969733007088359.x

Walsh, C. A., Olson, J. L., Ploeg, J., Lohfeld, L., & MacMillan, H. L. (2010). Elder Abuse and Oppression: Voices of Marginalized Elders. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 23*(1), 17-42. Doi: 10.1080/08946566.2011.534705

Wellford, C., Murphy, K., Rodgers, V., & Frauenlob, T. (2012). Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. *International Journal of Older People Nursing, 7*(1), 65–69. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x.

Wiersma, E. (2010). Becoming institutional bodies: Socialization into a long-term care home. Journal of Aging Studies, 24(4), 278–291.
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406510000666

Wilkinson, T., Kiata, J.L., Peri, K., Robinson E.M., & Kerse, M.N. (2012). Quality of life for older people in residential care is related to connectedness, willingness to enter care, and co- residents. *Australasian Journal on Aging, 31*(1), 52-55.
doi: 10.1111/j.1741-6612.2010.00503.x

WMA. (2005). Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. Hämtad 15 mars 2014 från http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/

Wu, L., Chen, H., Hu, Y., Xiang, H., Yu, X., Zhang, T., Cao, Z., & Wang, Y. (2012). Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's

Republic of China: a cross-sectional study. *PLOS ONE, 7(*3), e33857. doi: 10.1371/journal.pone.0033857.

BILAGA A

Enkät

Vår verksamhet bedrivs i privat regi ○ eller i offentlig regi ○

Du som fyller i enkäten är en kvinna ○ eller en man ○

Du är mellan 20-29 år gammal ○ 30-39 år gammal ○ 40-49 år gammal ○
50-59 år gammal ○ 60-69 år gammal ○ 70 år gammal eller äldre ○

Sömn.

1). Det är patienten själv som bestämmer när hon/han ska lägga sig för natten.

○ 1) Instämmer inte alls.
○ 2)
○ 3) Varken/eller.
○ 4)
○ 5) Instämmer helt.

2). Det är patienten själv som bestämmer när hon/han ska vakna på morgonen.

○ 1) Instämmer inte alls.
○ 2)
○ 3) Varken/eller.
○ 4)
○ 5) Instämmer helt

3). Det är patienten själv som bestämmer när det är dags att gå upp på morgonen.

○ 1. Instämmer inte alls.
○ 2.
○ 3. Varken/eller.
○ 4.
○ 5. Instämmer helt

Personlig hygien och klädsel.

4). Det är patienten själv som bestämmer när hon/han ska tvätta sig på morgonen.

○ 1. Instämmer inte alls.
○ 2.
○ 3. Varken/eller.
○ 4.
○ 5. Instämmer helt

5). Det är patienten själv som bestämmer vilka kläder hon/han ska ha på sig.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

6). Det är patienten själv som bestämmer när hon/han ska bada/duscha.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

7). Det är patienten själv som bestämmer när hon/han vill gå på toaletten.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

Födointag.

8). Det är patienten själv som bestämmer när hon/han ska äta.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

9). Det är patienten själv som bestämmer vad hon/han ska äta.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

10). Det är patienten själv som bestämmer var hon/han ska äta.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

Fritid.

11). Det är patienten själv som bestämmer vad hon/han vill göra på sin fritid.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

12). Det är patienten själv som bestämmer vilken aktivitet han/hon vill ägna sig åt.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

13). Det är patienten själv som bestämmer när hon/han vill ta emot besök.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

14). Det är patienten själv som bestämmer när hon/han vill ta en promenad.

- ○ 1. Instämmer inte alls.
- ○ 2.
- ○ 3. Varken/eller.
- ○ 4.
- ○ 5. Instämmer helt

BILAGA B

Stockholm 2014-03-XX

Till verksamhetschef

NN

XXkliniken, XXsjukhuset

Vi heter _____ och ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid XX kliniken, XXsjukhuset.

Om Du godkänner att studien genomförs vid XX kliniken, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid XX kliniken är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

_____	_____
Students namnteckning	Students namnteckning
_____	_____
Students namnförtydligande	Students namnförtydligande
_____	_____
Students telefonnummer	Students telefonnummer
_____	_____
Students E-postadress	Students E-postadress

_____

Handledares namnteckning

_____

Handledares namnförtydligande

_____

Handledares telefonnummer

Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll

Arbetets titel: Vårdtagarnas självbestämmande på ett äldreboende ur sjuksköterskans perspektiv.

Problemområdet: Antalet äldre ökar kraftig i hela världen och med åldrandet följer sjukdomar. Människans kognitiva och fysiska funktioner minskar när man blir äldre vilket leder till att en del äldre väljer att flytta till olika boendeformer för att få det stöd de behöver. Inom äldre- och sjukvården pratar man om vikten av att respektera den enskildens integritet och självbestämmande. Men trots det upplever många äldre på äldreboende att deras självbestämmande blir lidande.

Syftet: Syfte med det självständiga arbetet är att utifrån sjuksköterskors upplevelse, skatta vårdtagarnas självbestämmande inom äldreomsorg.

Specifika frågeställningar: Se bilaga.

Arbetets design och metod för datainsamling: För att skatta självbestämmande hos vårdtagarna gör vi därför en enkätstudie som är en form av kvantitativ studie. Målpopulation för enkätundersökningen är sjuksköterskor som är anställda inom äldreboende i Stockholm områden.

Tidslängd för arbetet: Vårt examinationsarbete sträcker sig ut över sju veckor.

Jag godkänner härmed att _____får utföra enkätstudien på kliniken under mars 2014.

_____

Ort, datum

_____

Namnteckning, Verksamhetschef

_____

Namnförtydligande

BILAGA C
Datum: 2014-03-XX

Adressat *

Följebrev

Hej!
Vi heter _____ och _____ , är sjuksköterskestudenter, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Vårt arbetes ska handla om vårdtagarnas självbestämmande inom äldreboende utifrån sjuksköterskans perspektiv. Därför skickar vi ut ett enkätformulär till dig som är en av ca 50 andra slumpmässigt utvalda sjuksköterskor i Stockholm stad, som arbetar inom äldreomsorg.

Ditt deltagande i undersökningen är naturligvis frivillig, men det är betydelsefullt för undersökningens kvalitet, att du som får enkätformuläret besvarar det. Försök svara på alla frågor och helst inom tre arbetsdagar. Du ska kryssa för det alternativ som motsvarar bäst din upplevelse av vårdtagarens självbestämmande i påståenden.

Problemområdet: Antalet äldre ökar kraftig i hela världen och med åldrandet följer sjukdomar. Människans kognitiva och fysiska funktioner minskar när man blir äldre vilket leder till att en del äldre väljer att flytta till olika boendeformer för att få det stöd de behöver. Inom äldre- och sjukvården pratar man om vikten av att respektera den enskildens integritet och självbestämmande. Men trots det upplever många äldre på äldreboende att deras självbestämmande blir lidande.

Syftet: Syfte med det självständiga arbetet är att utifrån sjuksköterskors upplevelse, skatta vårdtagarnas självbestämmande inom äldreomsorg.

Eventuella specifika frågeställningar: Se bilaga.

Det självständiga arbetets design och metod för datainsamling: För att skatta självbestämmande hos vårdtagarna gör vi därför en enkätstudie som är en form av kvantitativ studie. Målpopulation för vår enkätundersökning är sjuksköterskor som är anställda inom äldreboende i Stockholm områden.

Ditt enkätsvar skall behandlas anonymt och användas enbart för statistiska ändamål.
Om du har några problem att besvara påståenden, ring gärna till oss, måndag-fredag.
Trots att vi förorsakar dig ett visst besvär, hoppas vi att du vill hjälpa oss att öka våra kunskaper som kommer att bidra till bättre vård av äldre.

Tack på förhand för din medverkan!
Sophiahemmet Högskola

Student 1: mob:XXXXXXXXXX

Student 2: mob:XXXXXXXXXX

BILAGA D

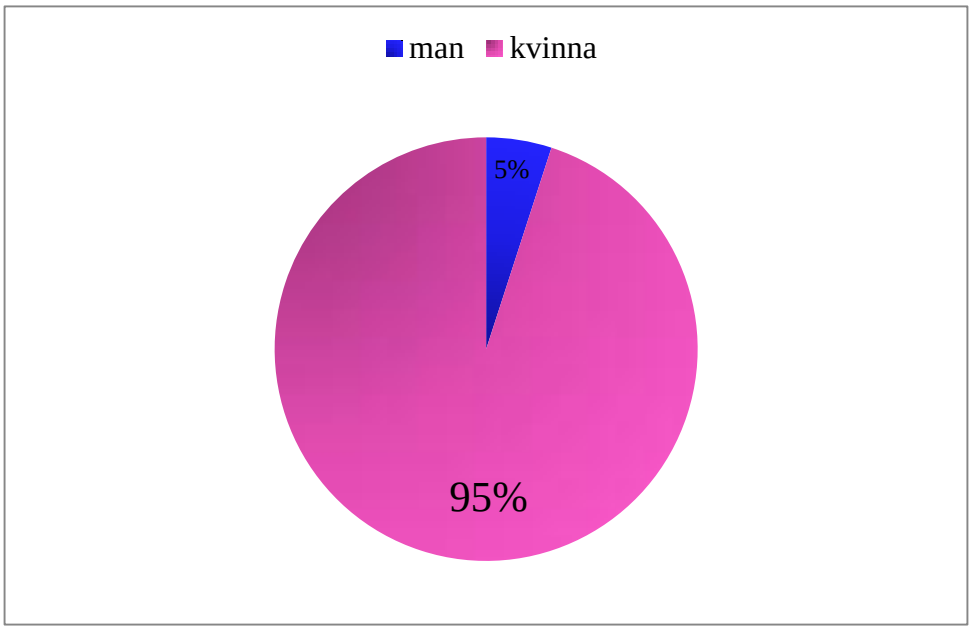
Respontenternas enkätsvar														
Nr	Frågor													
	Sömn			Personlig hygien och klädsel				Födointag			Fritid			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4
2	4	4	3	3	3	2	4	3	2	3	no	2	2	2
3	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4
4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4
5	4	3	3	3	4	2	3	2	1	2	3	4	3	1
6	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5
7	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4
9	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	4
10	4	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	3
11	3	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4
12	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4
13	4	5	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3
14	2	2	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	4
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
17	3	5	5	3	3	5	3	3	5	5	5	5	5	3
18	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	5	3
19	1	1	1	1	3	2	4	2	1	3	4	4	5	3
20	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4
21	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5
22	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5
23	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
24	4	3	3	3	4	4	3	4	4	5	3	4	5	2
25	2	4	3	2	4	2	4	2	3	4	4	4	4	3
26	5	5	5	3	3	3	5	3	3	3	3	3	5	3
27	4	5	3	3	4	4	5	4	4	5	4	3	4	3
28	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	5	3	5	3
29	4	3	4	3	5	3	4	5	4	5	3	4	3	3
30	3	5	3	3	5	3	4	4	4	4	4	4	5	4
31	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
32	3	4	4	4	4	3	4	3	2	4	3	3	5	3
33	5	5	3	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5
34	2	4	2	2	5	2	5	1	1	2	5	5	5	4
35	5	5	2	4	4	3	5	3	3	5	5	5	4	4
36	5	5	2	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	4
37	4	4	2	3	4	4	5	4	4	3	3	4	3	3
38	4	4	2	3	4	2	5	5	2	2	3	3	3	3
39	4	4	2	3	3	2	5	5	2	1	3	3	3	3
40	4	4	2	3	4	2	5	5	2	2	3	3	3	3
41	4	4	2	3	4	4	5	5	4	3	3	4	3	3
42	1	3	2	3	3	3	3	3	3	1	1	3	5	1
43	4	4	2	1	2	1	3	1	4	3	2	3	4	1
44	3	5	2	3	5	3	3	3	5	5	5	5	5	3
45	3	3	2	3	3	3	3	5	5	3	5	5	3	3
46	3	4	2	4	3	3	3	3	2	4	4	3	3	2
47	5	5	2	5	5	4	4	3	3	4	5	5	5	5
48	1	5	2	3	3	3	5	3	3	3	3	3	5	3
49	4	5	2	4	4	2	4	3	4	4	2	4	4	4
50	2	4	2	2	4	2	4	4	4	5	4	4	5	4
51	3	5	2	5	5	3	3	3	1	5	5	5	3	1
52	5	5	2	4	4	3	5	5	3	5	5	5	3	5
53	2	5	2	5	4	3	4	4	3	4	3	4	5	3
54	4	4	2	3	5	4	5	4	5	4	3	4	5	3
55	3	4	2	4	5	4	3	3	2	5	2	2	5	3
56	3	3	2	2	3	1	3	2	2	2	3	4	3	2
57	3	4	2	5	4	4	5	4	3	2	4	4	4	4
58	4	4	2	5	5	3	5	3	3	3	4	5	5	5
59	5	5	2	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4
60	3	4	2	2	3	3	2	2	1	2	3	4	1	2
61	3	4	2	3	5	3	4	2	3	5	3	3	5	2
62	5	5	2	3	4	2	3	1	3	4	1	3	5	1
63	5	5	2	5	3	1	3	1	3	5	3	3	5	1
64	5	4	2	3	4	5	5	4	5	5	4	4	5	5
65	5	5	2	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3
66	5	5	2	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4
67	5	5	2	4	4	3	5	4	2	2	1	2	5	4

BILAGA E

Respondenternas svar på bakgrundsfrågor											
Nr	Regi			Kön		Ålder					
	privat	offentlig	ideell	man	kvinna	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 -äldre
1	1				1			1			
2	1				1			1			
3	1				1		1				
4	1				1			1			
5		1			1					1	
6		1			1						1
7		1			1			1			
8	1				1			1			
9	1			1						1	
10	1			1			1				
11	1				1			1			
12	1				1					1	
13	1				1			1			
14	1				1					1	
15	1				1			1			
16	1				no			1			
17	1				1		1				
18	1				1		1				
19		1			1					1	
20		1			1		1				
21	1				1			1			
22	1				1					1	
23	1				1		1				
24	1				1			1			
25	1				1					1	
26	1				1					1	
27	1				1			1			
28	1				1		1				
29	1				1			1			
30	1				1			1			
31	1				1					1	
32			1		1		1				
33			1		1					1	
34			1		1				1		
35	1				1			1			
36	1				1					1	
37	1				1					1	
38	1				1					1	
39	1				1					1	
40	1				no					1	
41	1				1		1				
42	1				1					1	
43	1				1					1	
44	1				1					1	
45	1				1		1				
46	1			1				1			
47		1			1					1	
48		1			1					1	
49		1			1					1	
50		1			1					1	
51	1				1				1		
52	1				1				1		
53	1				1				1		
54	1				1			1			
55	1				1					1	
56	1				1					1	
57	1				1					1	
58	1				1						1
59	1				1					1	
60	1				1			1			
61	1				1			1			
62	1				1					1	
63	1				1		1				
64	1				1				1		
65	1				1		1				
66	1				1			1			
67	1				1				1		

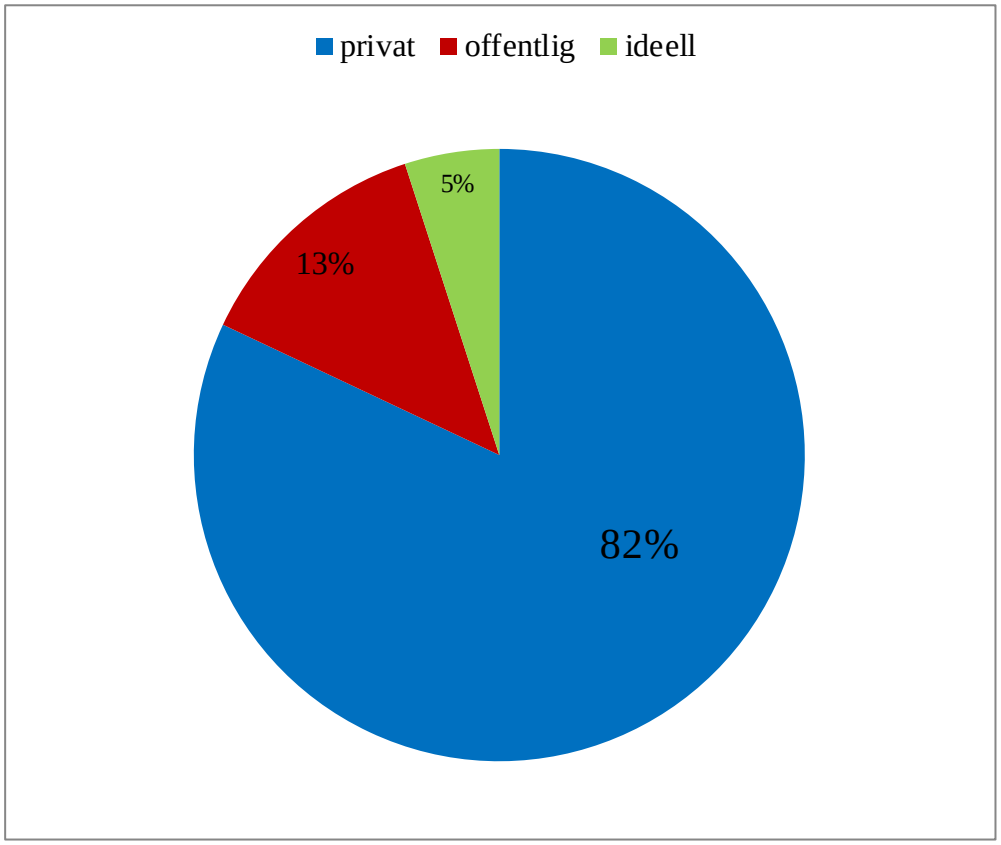
BILAGA F

Könsfördelning bland respondenter (%, n=65).



BILAGA G

Andel respondenter inom olika verksamheter (%, n=67).



BILAGA H

Kommentarer av respondenter (n=10):

Enkät 6 - Påstående 6. Svarsalternativ 4: alla kan inte förmedla sig, vi frågar och de får välja.

Enkät 7 - Påstående 6. Svarsalternativ 4: delvis, beroende på hur kontaktperson planerar och situation till situation. Det finns dusch dagar.
Påstående 7. Svarsalternativ 4: de flesta är inkontinenta.
Påstående 10. Svarsalternativ 5: absolut att patient blir tillfrågad.
Påstående 11. Svarsalternativ 5: personal erbjuder alltid aktivitetsåtgärder som ingår in omvårdnadsarbete.
Påstående 13. Svarsalternativ 1: vi har öppet besökstider.

Enkät 14 - Påstående 1 och 10. Svarsalternativ 2: mycket sällan.
Påstående 2 och 11. Svarsalternativ 4: ibland.

Enkät 29 - Påstående 2. Svarsalternativ 3: de vaknar av sig själva, det går inte att styra.
Påstående 3. Svarsalternativ 4: i största möjliga mån.
Påstående 7. Svarsalternativ 4: när de själva kan tala om, annars blir det på de regelbundna tiderna.
Påstående 11. Svarsalternativ 3: hela dygnet är fritid.
Påstående 12. Svarsalternativ 4: både och, om de kan utrycka önskemål, så gör man det, om inte erbjuds undan.

Enkät 30 - Påstående 11. Kommentar vad är fritid????
Kommentar: Det står endast äldreboende. Jag besvarar frågorna utifrån patienter med demens sjukdom. Inom demens vården arbeta vi med att bekräfta den sjukes känsla samt undviker kränkningar. Vidare vill vi skapa en trygg och meningsfull vardag för den demenssjuke. Det innebär bland annat att hjälpa till med struktur över dygnet och situationen. Därav svårt att besvara dessa frågor.

Enkät 33 - Påstående 3. Svarsalternativ 3: behöva gå upp innan kl. 10^{30} i alla fall.
Påstående 4. Svarsalternativ 5: då lite personal för att det ska flyta friktion fritt.
Påstående 8. Svarsalternativ 2: lunch, middag måste serveras på bestämda tider, klart kan undantag göras.

Enkät 34 - Påstående 1. Svarsalternativ 2: till viss del.
Påstående 2. Svarsalternativ 4: i största möjliga nivå.
Påstående 3 och 4. Svarsalternativ 2: till viss del.
Påstående 6 och 10 Svarsalternativ 2: enligt överenskommelse med den boende.
Påstående 8 Svarsalternativ 1: schemalagda måltider.
Påstående 9 Svarsalternativ 1: matsedel
Påstående 11 Svarsalternativ 5: ja. Man uppmuntras till att delta i aktiviteter.
Påstående 14 Svarsalternativ 4: I största möjligaste mån om personal har tid. Finns inte tid alltid.

Enkät 50 - Kommentar: Personalresurserna är begränsade! Personal har många boende att ta hand om/ hjälpa. Den enskilde måste ibland vänta ” på sin tur”. Tyvärr!!

Enkät 54 - Påstående 1. Svarsalternativ 4: i de allra flesta fallen.

Påstående 6. Svarsalternativ 4: överenskommelse på vårdplaneringsmöte, dementa- då bestämmer anhöriga.

Påstående 8. Svarsalternativ 4: de flesta tycker att rutiner(fasta tider) för måltider underlättar för de, special för de med kognitiv svikt.

Enkät 63 – Påstående 9. Svarsalternativ 3: 2 st rätter.