



Ersta Sköndal högskola
Institutionen för socialvetenskap
Socionomprogrammet 210 hp

Avledandets strategier

Omsorgspersonals erfarenhet och upplevelse av att begränsa personer med demenssjukdom i deras självbestämmanderätt.

Carin Alvant

Examensarbete i socialt arbete, 15 hp

SOC 63, VT 2014

C-uppsats

Handledare: Lars-Erik Olsson

Examinator: Susanne Wallman-Lundåsen

Abstrakt

Syftet med uppsatsen har varit att undersöka erfarenheten och upplevelsen hos omsorgspersonal som arbetar på särskilda boenden för personer över 65 år med demenssjukdom av att begränsa de boende i deras självbestämmanderätt. Vidare ingick det i syftet att öka förståelsen genom att synliggöra vad som kan motivera beslut vilka leder till handlingar som innebär att demenssjukas självbestämmanderätt begränsas. Uppsatsen har en kvalitativ ansats och det empiriska materialet är baserat på semistrukturerade intervjuer med sju omsorgspersonal som arbetade på olika boenden med inriktning mot demenssjukdomar. Resultatet visar att begränsningarna av de demenssjuka sker med hänvisning till skyddsaspekter och bristande resurser. Omsorgspersonalen beskrev hur de använde avledande strategier i situationer där de begränsade de demenssjuka personerna. Med hjälp av handlingsteori analyserades resultatet och visade att de avledande strategierna är den handling som intentionen att skydda den demenssjuke leder fram till. Vidare beskrivs de faktorer som ligger bakom intentionen. En diskussion förs om korrelationen mellan mikro- och makronivå, hur omsorgspersonalens handlingar påverkas av makronivån men även hur handlingarna påverkar densamma.

Nyckelord: Självbestämmanderätt, begränsningar, demenssjukdom, särskilt boende, omsorgspersonal, strategier

Förord

Ett stort tack till den omsorgspersonal som delade med sig av sina erfarenheter, utan er medverkan hade det inte blivit någon uppsats. Tack också till enhetscheferna på boendena som tillät mig komma och intervjua.

Innehållsförteckning

1 Inledning	6
1.1 Disposition	6
1.2 Förklaring av använda begrepp	7
1.3 Problemformulering	8
1.4 Syfte	9
1.5 Frågeställning	9
2 Bakgrundsinformation	10
2.1 Kort om lagstiftningen	10
2.2 Utredningar om behovet av tvångslagstiftning	11
2.3 Socialstyrelsens nationella riktlinjer	12
2.4 Personcentrerad omvårdnad	13
3 Tidigare forskning	15
3.1.1 Avgränsningar	15
3.1.2 Begränsande av självbestämmanderätten: etiska aspekter	15
3.1.3 Begränsande av självbestämmanderätten: organisation, attityd och värderingar	17
3.1.4 Sammanfattning tidigare forskning	18
4 Teori	20
4.1 DBO-teori	20
4.2 Colemans graf	21
4.3 Mikro- och makronivå	22
4.4 Tillämpning av teori	22
5 Metod och genomförande	23
5.1 Design	23
5.2 Förförståelse	24
5.3 Urval	24
5.4 Intervjuer	24
5.5 Intervjuguiden	25
5.6 Intervjuernas genomförande	25
5.7 Transkriberingen	26
5.8 Sammanställning och analys av det empiriska materialet	26
5.9 Litteratursökning	27
5.10 Tillförlitlighet	27
5.10.1 Reliabilitet	28
5.10.2 Validitet	28
5.10.3 Generaliserbarhet	29

5.11 Metoddiskussion.....	29
5.11.1 Syfte och frågeställning.....	30
5.11.2 Urval och metod.....	30
5.12 Etiska aspekter.....	30
6 Resultat.....	32
6.1 Tolkning av empiri.....	32
6.2 Skydda.....	33
6.2.1 Konsekvenser av beslut som skyddsaspekt.....	33
6.2.2 Fysisk hälsa som skyddsaspekt	34
6.2.3 Hygien som skyddsaspekt.....	35
6.3 Resurser.....	36
6.4 Avledande strategier.....	37
6.4.1 Egenskaper som verktyg.....	38
6.4.2 Livsberättelsen som verktyg.....	39
6.4.3 Personalgruppen som verktyg.....	41
6.5 Sammanfattning av resultat.....	42
7 Analys.....	43
7.1 Analys DBO-teori.....	43
7.1.1 Handlingar.....	43
7.1.2 Intentioner.....	43
7.1.3 Preferenser.....	43
7.1.4 Verklighetsuppfattningar.....	43
7.1.5 Handlingsmöjligheter.....	44
7.1.6 Illustration av analysen.....	44
7.2 Analys mikro- och makronivå	44
7.3 Sammanfattning analys.....	46
8 Slutsatser och diskussion.....	47
8.1 Slutsatser	47
8.2 Diskussion kring tidigare forskning	48
8.2.1 Diskussion kring tidigare forskning The trivial matters.....	48
8.3 Diskussion analys.....	50
8.4 Framtida forskning.....	51
9 Referenslista.....	52
10 Bilagor.....	55
10.1 Bilaga 1: Intervjuguiden.....	55
10.2 Bilaga 2: Samtyckesbrev.....	57
10.3 Bilaga 3: Informationsbrev.....	58
10.4 Bilaga 4: Litteratursökning.....	59

1 Inledning

En person med demenssjukdom som bor på ett särskilt boende omfattas av samma mänskliga fri- och rättigheter som alla andra vuxna individer i samhället. Fram till 2010 fanns det föreskrifter och allmänna råd som tillät vissa tvångsåtgärder för personer med demenssjukdom inom vården och omsorgen på särskilda boenden. Dessa rekommendationer tillät att individer begränsades i sin frihet och självbestämmanderätt med hänvisning till skyddsaspekter för den demenssjuke (SOF 1980:87; SOSFS 1992:17). De upphörde att gälla 2010 (Socialstyrelsen, 2010a) vilket innebär att det enligt lag inte får förekomma några åtgärder som begränsar en persons självbestämmanderätt.

Vidare är det myndighetsbeslut som möjliggör att en person med demenssjukdom bor på ett särskilt boende fattat enligt Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) vilken är en lag som utgår ifrån frivillighet och självbestämmanderätt. Den vård och omsorg som utförs på boendet är på uppdrag av socialtjänsten och sker utifrån lagstiftning som vilar på frivillighet och självbestämmanderätt (SoL, SFS 2001:453; HSL, Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763). I en rapport från 2013 framgår det att det trots detta är vanligt med frihetsbegränsande åtgärder:

Inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom finns ingen lag som reglerar användandet av åtgärder som kan uppfattas som tvång eller som används mot en persons vilja, i denna bok kallade tvingande skyddsåtgärder. Ändå används sådana åtgärder ofta, till exempel är en oläst dörr ut från ett demensboende fortfarande ovanligt. (Sonde, 2013, s. 9).

Den omsorgspersonal som arbetar närmast och därmed har den mesta kontakten med den demenssjuke på särskilda boenden är vårdbiträden och undersköterskor. Det är också därför de som utför den allra största delen av åtgärderna kring personerna (Socialstyrelsen, 2010b, s. 23). Det finns inget stöd i lagen för att begränsa självbestämmanderätten för de demenssjuka. Det finns därmed inte heller några rekommendationer eller riktlinjer för omsorgspersonalen att använda sig av i de situationer där de tar ett beslut om detta. I de nationella riktlinjer för demensvården som Socialstyrelsen står bakom framgår det att en demenssjuk persons självbestämmanderätt och medbestämmande ska respekteras (Socialstyrelsen, 2010b, s. 21). Trots detta så fortsätter demenssjuka personer på särskilda boenden att begränsas i sina rättigheter.

1.1 Disposition

I uppsatsens första kapitel ingår inledning, förklaring av begrepp som kommer att användas samt problemformulering, syfte och frågeställning. Följande kapitel redovisar bakgrunden, här återfinns aktuell lagstiftning, något om de utredningar som gjorts inför en eventuell lagändring, Socialstyrelsens riktlinjer, en beskrivning av vad personcentrerad omvårdnad innebär samt tidigare forskning. Kapitel tre presenterar teorin, dess begrepp och användningsområde förklaras. Efterföljande kapitel handlar om uppsatsens design och metod. Här ingår också en redovisning av förförståelsen och en diskussion kring tillförlitlighet och etiska aspekter. Efter detta kommer resultatredovisningen. Därefter följer ett

kapitel där resultatet analyseras med hjälp av teori. I det sista kapitlet sammanfattas de slutsatser som framkommit, en diskussion förs kring resultatet i förhållande till tidigare forskning och teori. Slutligen ges förslag på framtida forskning.

1.2 Förklaring av använda begrepp

Demenssjukdom: Följande beskrivning är hämtad från Svenskt Demenscentrums hemsida ”Demens är ett samlingsnamn och en diagnos för en rad symptom som orsakas av hjärnskador. Det kan yttra sig på olika sätt beroende på vilka delar av hjärnan som drabbas. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsuppfattning och orienteringsförmåga är andra så kallade *kognitiva förmågor* som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden.” (<http://www.demenscentrum.se>)

Omsorgspersonal: De personer som arbetar inom äldreomsorgen närmast den äldre och som inte är legitimerad personal.

Självbestämmanderätt: I uppsatsen används ordet självbestämmanderätt synonymt med självbestämmande, autonomi, frivillighet och ibland frihet. Orsaken till valt begrepp är att det är centralt i Socialtjänstlagens portalparagraf (SoL, SFS 2001:453 1 kap. 1§) vilket är den huvudsakliga lag som reglerar omsorgen på särskilda boenden. En allmän förklaring av begreppet är frihet från tvång och förtryck vilket inkluderar rättssäkerhet och rätt till självbestämmande (Blennberger, 2005, s. 199).

Särskilt boende: Är ett boende där personer med demenssjukdom kan bo samt få vård och omsorg när de inte längre kan bo kvar i det egna hemmet. Det finns inget enhetligt begrepp för ett sådant boende. I Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) 5 kap. 4 § så står det ”Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.” I Socialstyrelsens nationella riktlinjer beskrivs boendeformen så här ”Särskilt boende är ett individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänsten eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade” (Socialstyrelsen, 2010, s. 40). I redovisningen av tidigare forskning används begreppen sjukhem och äldreboende. Begreppen är beroende av när och var forskningen är utförd men har i den här uppsatsen samma betydelse.

Boende: Är de personer som bor på särskilda boenden. Denna benämning används av samtliga intervjupersoner. Därför används den också i uppsatsen. Andra ord som skulle ha kunnat vara aktuella och som även nämns i intervjuerna men inte i samma omfattning är brukare, kund och patient.

1.3 Problemformulering

Vården och omsorgen som erbjuds på särskilda boenden för personer över 65 år med demenssjukdom ska vara helt frivillig. Det finns ingen lagstiftning som tillåter att vården sker på annan grund än frivillighet. Socialstyrelsen gav ut *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: stöd för styrning och ledning* (2010b). I dessa riktlinjer går det inte heller att finna underlag som tillåter begränsningar i individens självbestämmanderätt. Trots detta så begränsas individer med demenssjukdom i sin självbestämmanderätt och i sin frihet vilket kan ses som ett hot mot rättssäkerheten. Det finns en diskrepans mellan lagar, riktlinjer och praktik – där det är omsorgspersonalen som i det dagliga arbetet gör en bedömning och tar beslut om hur och när vården ska upphöra att vara frivillig. En rapport beställd av Socialdepartementet inför en eventuell lagändring uppmärksammar också detta ”Det är orimligt att vårdtagare ska vara utlämnade till enskild omsorgspersonals bedömning av behovet av skydd. Det är inte heller rimligt att enskild omsorgspersonal utan juridisk skolning dagligen ska behöva handla på ett sätt som riskerar att vara brottsligt.” (Svenskt demenscentrum, 2010, s. 2). Samtida forskning inom området bekräftar också denna brist på överensstämmelse genom att belysa att omsorgspersonal av olika kategorier faktiskt använder sig av tvångsåtgärder och även begränsar självbestämmanderätten på andra sätt (t ex; Harnett, 2010; Lejman, m.fl., 2013). Det framgår inte av någon i uppsatsen redovisad forskning att omsorgspersonalen hänvisar till lagstiftning, rutiner eller riktlinjer för att besluta i situationer där den demenssjukes självbestämmanderätt begränsas. Forskningen visar däremot att personalen använder sig av etiska resonemang samt förklarar sina handlingar som leder till att de demenssjukas självbestämmanderätt inte tillgodoses, genom att hänvisa till aspekter som bristande resurser i form av bemanning, rutiner och utbildning (Harnett, 2010; Jakobsen & Sörlie, 2010; Lejman, m.fl., 2013). Sammantaget beskriver forskningen att det är omsorgspersonalens värderingar samt organisatoriska förutsättningar som påverkar besluten om att begränsa självbestämmanderätten för äldre och demenssjuka personer.

Diskrepansen mellan lagstiftningens intention och äldreomsorgens praktik blir som tydligast på de särskilda boenden med inriktning mot personer med demenssjukdom. Där, bakom låsta dörrar, ges den vård och omsorg som bygger på frivillighet. Tidigare forskning undersöker främst möjliga orsaker till beslut om tvångsåtgärder och begränsningar i självbestämmanderätten på individnivå. Den här uppsatsen vill om möjligt bidra till ytterligare kunskap genom att använda handlingsteori för att förklara sambanden mellan omsorgspersonalens begränsande handlingar och deras orsaker. Kopplingar mellan mikro- och makronivå kommer också att belysas genom att analysera hur handlingarna påverkas av makronivån men även handlingarnas utfall på makronivån.

1.4 Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka vilken erfarenhet och upplevelse som finns hos omsorgspersonal som arbetar på särskilda boenden för personer med demenssjukdom över 65 år av att begränsa de boendes självbestämmanderätt.

Vidare ingår att genom detta öka förståelsen för vad som kan motivera beslut som leder till handlingar som begränsar demenssjukas självbestämmanderätt.

1.5 Frågeställning

- Hur resonerar omsorgspersonal kring situationer där de begränsar personer med demenssjukdom i deras självbestämmanderätt.
- Vad upplever personalen att de kan använda sig av som stöd och hjälp i situationer där de tar beslut om att begränsa personer med demenssjukdom i deras självbestämmanderätt.

2 Bakgrundsinformation

I det här avsnittet kommer nuvarande lagstiftning som reglerar vården och omsorgen på ett boende för demenssjuka kortfattat att redovisas. Det ingår också en genomgång av hur lagarna som omfattar mänskliga fri- och rättigheter ser ut. Vidare kommer bakgrunden till förslaget om tvångslagstiftning från 2012 att presenteras. En mycket kort sammanfattning görs av de delar som är aktuella för uppsatsen i *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvård* (2010b) vilket är det dokument som vård- och omsorgsgivare till demenssjuka personer i första hand ska utgå från i sitt arbete. Slutligen återfinns en beskrivning av vad personcentrerad omvårdnad innebär.

2.1 Kort om lagstiftningen

Det finns ingen lagstiftning som är tillämplig inom vården och omsorgen på särskilt boende som tillåter tvång eller andra inskränkningar för individen. Socialstyrelsen beskriver i *Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder* (2010a, s. 5) att den enda lagstiftning som går att använda i dessa sammanhang för att förhindra en person med våld eller tvång är nödrätten som återfinns i Brottsbalken 24 kap. 4 § (BrB, SFS 1962:700). Denna rätt får dock bara användas i undantagsfall och då endast vid situationer där det finns en fara för liv och hälsa. Ett systematiskt hänvisande till denna lag under längre tid är därför inte möjligt.

Lagar som reglerar mänskliga fri- och rättigheter återfinns i Regeringsformen (RF, SFS 1974:152), Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (EKMR, SFS 1994:1219), Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) samt i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763). Individens grundlagsskyddade rätt till frihet och självbestämmanderätt finns i Regeringsformen (SFS 1974:152). Här framgår det enligt 1 kap. 1 § att all offentlig makt ska utövas under lagarna. Enligt 1 kap. 2 § 1 st. RF står det att ”Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.” (SFS 1974:152). Grundläggande fri – och rättigheter finns även beskrivna i RF (SFS 1974:152) 2 kap. 2, 6, 8, 9, 20, 21 §§ som redogör för att var och en är skyddad mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden och att dylika inte får ske utan stöd i lag och om ett frihetsberövande har skett av annan myndighet än domstol ska detta kunna prövas i domstol. RF (SFS 1974:152) 2 kap. 19 § reglerar att lagstiftning och föreskrifter inte får ske om de går emot EKMR (SFS 1994:1219). EKMR (SFS 1994:1219) slår fast i artikel 1 att var och en som befinner sig under lagen ska garanteras de fri- och rättigheter som anges i avdelning 1. I avdelning 1 är det artikel 5 rätt till frihet och säkerhet samt artikel 8 rätt till skydd för privat- och familjeliv som garanterar den enskilde individen lagstadgad rätt till frihet och integritet.

I Socialtjänstlagens portalparagraf (SFS 2001:453 1 kap. 1 §) står det att ”Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.” Rätten till ett värdigt liv samt självbestämmanderätt och självständighet beskrivs även i värdegrunden som går att finna i SoL (SFS 2001:453) 5 kap. 4 §:

Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).
Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Av Hälso- och sjukvårdslagens (HSL, SFS 1982:763) andra paragraf framgår det att ”Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” samt ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”.

2.2 Utredningar om behovet av tvångslagstiftning

Diskussionen kring behovet av en tvångslagstiftning för vården av personer med demenssjukdom har funnits länge och är fortfarande högst aktuell. Redan 1984 kom ett förslag om en lagändring som tillät visst tvång inom vården av äldre personer med demenssjukdom men förslaget avvisades (Sonde, 2013, s. 14). Istället gav Socialstyrelsen ut de allmänna råd som reglerade tvångsåtgärder för personer med demenssjukdom på särskilda boenden (SOSFS 1992:17).

Socialstyrelsen lämnade 1999 en rapport till regeringen (Socialstyrelsen, 1999a) där det konstaterades att en grundläggande fråga för omsorgen av äldre individer med nedsatt beslutsförmåga är att kunna erbjuda dem en trygg vård- och boende miljö – utan att deras grundlagsskyddade fri- och rättigheter blir kränkta. I rapporten framgår följande missförhållanden som en anledning till utredning av rättsskyddet: det är vanligt att hela enheter är låsta så att det i realiteten är omöjligt för personer med demenssjukdom att ta sig ut, att skyddsåtgärder ibland används på ett sätt som strider mot lag, att rättsskyddet för personer med nedsatt beslutsförmåga är otillräckligt samt att nuvarande lagstiftning inte ger tillräcklig vägledning för personalen (Socialstyrelsen 1999b, s. 3). Med anledning av detta föreslog Socialstyrelsen att regeringen skulle tillsätta en utredning kring stärkt rättsskydd för personer med nedsatt beslutsförmåga (a.a.). 2005 tillsattes en utredning av regeringen kring behovet av skydds- och tvångsåtgärder för äldre personer med främst demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010b). Utredningen kom fram till att det inte fanns något stöd i lagen för att begränsa personer med demenssjukdom i deras frihet samt lämnade förslag på två nya lagar som tillåter visst tvång inom vården (SOU 2006:110).

År 2010 upphävdes Socialstyrelsens riktlinjer (2010a) som hade reglerat användandet av begränsningsåtgärder (SOSFS 1980:87; SOSFS 1992:17) och efter detta så vilar vården och omsorgen av personer med demenssjukdom på frivillighet. 2010 var också den utredning som Svenskt demenscentrum gjort på uppdrag av socialdepartementet klar. Rapporten visade att förbättringar hade skett inom vården och omsorgen av demenssjuka, främst genom att ett personcentrerat arbetssätt hade börjat användas i större utsträckning. I rapporten framgår det trots detta att det ”(...) behövs en reglering av hur tvångs- och skyddsåtgärder får användas inom vården och omsorgen. Det är orimligt att vårdtagare ska vara utlämnade till enskild omsorgspersonals bedömning av behovet av skydd. Det är inte heller rimligt att enskild omsorgspersonal utan juridisk skolning dagligen ska behöva handla på

ett sätt som riskerar att vara brottsligt. Det konstateras att det behövs en lagstiftning både för att säkerställa en grundnivå av skydd mot skada på liv eller hälsa och en reglering av de fall där åtgärder måste sättas in utan den enskildes samtycke eller mot dennes vilja.” (Svenskt demenscentrum, 2010, s. 2).

Regeringen lämnade 2012 en lagrådsremiss till lagrådet med ett förslag på en ny tvångslag och en ändring av socialtjänstlagen så att tvångsåtgärder i vården av demenssjuka inom socialtjänsten skulle bli tillåtet (Socialdepartementet, 2012). Beslut togs dock i februari 2013 om att inte gå vidare med lagförslaget med hänvisning till ”Bedömningen är att ett fortsatt lagstiftningsarbete i nuläget kan komma i konflikt med den positiva utvecklingen inom demensvården, som i första hand behöver stödjas och stärkas. Propositionen kommer mot denna bakgrund inte läggas. Ett tydligt utvecklings- och uppföljningsuppdrag och tillsyn av otillåtna tvångsåtgärder kommer istället att ges till Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg.” (Socialdepartementet, 2013).

Diskussionen kring en eventuell tvingande lagstiftning fortsätter trots detta. 2013 utgav Svenskt demenscentrum på uppdrag av Socialdepartementet en översikt över lagstiftningen i tre närliggande länder. En av rapportens slutsatser var ”Mycket talar för att även Sverige behöver en lagstiftning. Även med väl utbildad personal kommer det att uppstå situationer när någon form av tvingande skyddsåtgärd kan bli nödvändig. Utan lagstöd finns risk att sådana används oreflekterat och utan en gedigen utredning eller att psykofarmaka sätts in eftersom det inte betraktas som en tvångsåtgärd. Lagen måste syfta till att minimera användningen av tvingande skyddsåtgärder och att skydda den enskilde.” (Sonde, 2013, s. 64)

I januari 2014 tillsatte Socialdepartementet ytterligare en utredning som ska undersöka vilka åtgärder som främjar äldres hälsa, trygghet och självbestämmande (Socialdepartementet, kommittédirektiv 2014:2) Bakgrunden till utredningen är att behoven och kostnaderna för äldreomsorgen anses komma att öka, samtidigt som kommun och landsting behöver utveckla vården och omsorgen på ett sätt som ger den enskilde mer självbestämmande, trygghet och inflytande över den egna tillvaron. December 2015 ska den utredningen vara klar.

2.3 Socialstyrelsens nationella riktlinjer

År 2010 gav Socialstyrelsen ut nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Detta dokument är det som utöver lagstiftning styr hur omsorgen av demenssjuka på särskilda boenden ska utformas. Det framgår i dokumentets förord att tyngdpunkten ligger på kommunernas vård och omsorg samt landstingens primärvård eftersom det är där de flesta personer med demenssjukdom får vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2010b, s. 3). Dokumentet bygger på evidensbaserade behandlingar och metoder och syftar till att lyfta fram fungerande åtgärder. Inskränkningar i den demenssjukes självbestämmanderätt nämns på följande sätt ”Det är vanligt att fysiska begränsningsåtgärder används inom demensvården för att förebygga skador och olyckor bland personer med demenssjukdom. En av fyra personer inom särskilt boende bedöms vara utsatt för en begränsningsåtgärd” (a.a. s. 53).

Eftersom riktlinjerna gavs ut år 2010 så har de rekommendationer som då fanns tagits bort, det finns inte heller någon senare bilaga. Det finns därför ingenting i de nationella riktlinjerna som beskriver hur omsorgspersonalen borde agera i situationer där de måste begränsa en person i dennes självbestämmanderätt, detta trots att riktlinjerna syftar till att ”De Nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 inkluderar förutom rekommendationer för beslutsfattare, även rekommendationer för det dagliga vård- omvårdnads- och omsorgsarbetet.” (a.a. s. 13). I riktlinjerna finns ett resonemang gällande de etiska aspekterna kring omsorgen av demenssjuka där beskrivningar av hur omsorgen bör vara utformad med tanke på den demenssjukes bästa. Det bygger bland annat på värdegrunden som finns i socialtjänstlagen (SFS 2001:453, kap. 5, 4§) där respekten för integritet och självbestämmanderätt betonas. Inte heller här går det att finna något stöd eller rekommendationer för de dagliga beslut som omsorgspersonal måste ta gällande inskränkningar i den demenssjukes självbestämmanderätt.

I de delar av riktlinjerna som vänder sig till omsorgspersonal är rekommendationen att använda personcentrerad omvårdnad, vilken har högsta prioritet. Fördelarna med detta framhålls bland annat vara att självbestämmandet, integriteten och initiativförmågan hos den demenssjuke ökar (Socialstyrelsen, 2010b, s. 21) .

2.4 Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad är det begrepp som det ofta hänvisas till i den allmänna diskussionen kring hur vården av demenssjuka ska utformas och i de olika utredningarna inför ett lagförslag.

I *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* beskrivs detta som en omvårdnad vilken vilar på humanistisk grund där personen inkluderas både i vårdprocessen och besluten. Vidare framgår det att omvårdnaden främst uppmärksammas inom demens- och äldreomsorgen och att positiva effekter för både patienter och personal har uppmätts (Edvardson, 2010, s. 35). I Svenskt demenscentrums underlag till Socialdepartementets utredning kring införandet av en tvångslagstiftning, beskrivs personcentrerad omvårdnad som ett arbetssätt som minskar användningen av tvångs- och skyddsåtgärder (Svenskt demenscentrum, 2010, s. 2). Det är också det verktyg som Socialstyrelsen i de nationella riktlinjerna rekommenderar omsorgspersonalen att använda i det dagliga arbetet. Där framgår att:

Den personcentrerade omvårdnaden innebär att personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

- bemöter personen med demenssjukdom som en person med upplevelser, självkänsla och rättigheter trots avtagande funktioner
- strävar efter att förstå vad som är bäst för den demenssjuke utifrån dennes perspektiv
- värnar den demenssjukes självbestämmande och möjlighet till medbestämmande
- ser den demenssjuke som en aktiv samarbetspartner
- bekräftar den demenssjuke i dennes upplevelse av världen
- strävar efter att involvera den demenssjukes sociala nätverk i vården och omsorgen
- försöker upprätta en relation till den demenssjuke.

(Socialstyrelsen, 2010b, s. 21)

I Socialstyrelsens nationella bedömningskriterier för kvalitet och rättssäkerhet inom socialtjänstens omsorg om äldre står det att insatserna ska utformas så att den demenssjuke kan få en personcentrerad omsorg och man hänvisar till de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2012. s. 92).

När beslutet om att inte införa skydds- och tvångsåtgärder i demensvården togs så hänvisas det till att det pågår en positiv utveckling och att denna kan störas av en lagstiftning (socialdepartementet, pressmeddelande 1 februari, 2013). Barn- och äldreminister Maria Larsson uttalade sig i Sveriges radio angående beslutet "Enligt barn- och äldreminister Maria Larsson har personalen tack vare utbildning och nya metoder lyckats att hitta vägar att undvika att använda tvång, en utveckling som en lagstiftning skulle kunna hindra, menar hon." (Sveriges Radio, 2013). En del av vad som beskrivs vara den positiva utvecklingen och nya metoder är den personcentrerade omvårdnaden enligt barn- och äldreministerns pressekreterare (Marcus Jonsson, pressekreterare för barn- och äldreminister Maria Larsson, personlig kommunikation, 1 juli 2014).

3 Tidigare forskning

Vald forskning relaterar till den här uppsatsen genom att samtliga studier undersöker omsorgspersonals erfarenhet och upplevelse av att på olika sätt begränsa äldre och demenssjukas självbestämmanderätt. Fokus i studierna ligger på att försöka förstå hur omsorgspersonalen resonerar i situationer där de använder begränsningsåtgärder. Resultaten redovisas i de flesta fall genom att beskriva orsaker på individ- och organisationsnivå som resulterar i handlingar som innebär att äldre och demenssjuka begränsas. Vad som skiljer den här uppsatsens slutsatser från redovisad forskning är att den använder handlingsteori för att förklara vad som kan motivera handlingarna. Vidare används en teoretisk förklaringsmodell som möjliggör analys av hur makro- och mikronivån påverkar varandra. Det innebär att individernas handlingar förstås och förklaras genom att undersöka hur de bakomliggande orsakerna till handlingarna påverkas av samhällets diskurser kring demenssjuka, men även hur individernas gemensamma handlingar kan få utfall på samhällsnivån.

Forskningen redovisas genom att presentera den under två rubriker. Mycket av den forskning som finns fokuserar på etiska aspekter. Nedan kommer de studierna att sammanställas under en egen rubrik. Mer ingående kommer Tove Harnetts avhandling *The trivial matters* (2010) att redovisas då den har stor relevans för den här uppsatsen. I slutet av kapitlet görs en sammanfattning av forskningsläget.

3.1.1 Avgränsningar

Från det omfattande materialet har sex studier valts ut: från Sverige, Norden och från Australien. En del av den redovisade svenska forskningen är genomförd innan 2010 vilket innebär att det då fanns riktlinjer som tillät visst tvång i vården och omsorgen. Den internationella forskningen är också gjord i en kontext där vissa tvångsåtgärder är tillåtna. Då det trots detta är gemensamt för forskningen att det är personalens upplevelse och erfarenhet av att begränsa självbestämmanderätten för de äldre som är i fokus, är dessa studier medtagna.

3.1.2 Begränsande av självbestämmanderätten: etiska aspekter

Den svenska studien *The ethics of coercive treatment of people with dementia* (Lejman, Pöder, Wadensten & Westerbotn, 2013) syftar till att genom intervju undersöka sjuksköterskors erfarenhet och uppfattning om hur värdig vård kan upprätthållas samtidigt den demenssjukes mänskliga fri- och rättigheter tillgodoses. Studien visar att sjuksköterskorna använder sig av tre olika strategier som bygger på etiska överväganden.

Den första kategorin sjuksköterskor använde rutinmässiga tvångsåtgärder och ansåg att det var rätt strategi för personer med demenssjukdom, då det skedde med goda intentioner. Vidare ansåg de inte att tvångsåtgärderna inskränkte de demenssjukas frihet, risken för skada var alltid överordnad. Orsaker till tvång var den demenssjukes säkerhet, förhindra eller förebygga fall, skada, vandringsbeteende, ångest, oro, försvinnande samt att skydda andra. Medicinska tvångsåtgärder användes när de demenssjuka inte ville duscha eller få hjälp med hygien då fick de lugnande medicin för att minska

upplevelsen av det som tvingande. Olika tekniker som att till exempel gömma medicin i maten användes då den demenssjuke motsatte sig. De använde fysiska tvångsåtgärder men även begränsningar i form av att personalen försökte avleda de demenssjuka för att få dem att glömma varför de ville gå ut. Övertalning och kompromisser användes för att få de demenssjukas samtycke till tvångsåtgärder, om de inte muntligen motsatte sig tvångsåtgärder togs det som ett samtycke. Den andra kategorin sjuksköterskor använde också tvångsåtgärder men i syfte att upprätthålla den demenssjukes värdighet och autonomi. Åtgärderna användes aldrig mot den demenssjukes vilja och alltid i samråd med anhöriga samt utvärderades kontinuerligt. Den tredje kategorin sjuksköterskor använde strategier för att förebygga tvångsåtgärder. Information om alternativa åtgärder, användande av levnadsberättelsen, synliga ledare, utbildad personal samt rätt bemanning viktiga komponenter för undvika tvång. Gemensamt var att alla beskrev en stor osäkerhet kring vilka skrivna riktlinjer eller rutiner för hanteringen av situationer som innehöll tvångsåtgärder som fanns att tillgå. Det som påverkade i vilken utsträckning tvångsåtgärder användes var sjuksköterskornas juridiska och gerontologiska utbildning samt en tillräcklig bemanning på boendena.

Mattiasson visar i sin avhandling *Autonomy in nursing home settings* (1995) där syftet är att identifiera faktorer som bidrar till eller försvårar patientautonomi på svenska sjukhem, att den etiska principen att göra gott är dominerande i besluten gällande den äldres självbestämmanderätt. Även här anses den äldres säkerhet gå före dennes autonomi, att göra gott kunde innebära att spärra fast en patient för att förhindra att denne skadade sig. Vidare visar studien att personalen i teorin stödjer utövandet av patientautonomi men att det i praktiken sedan handlar om resurser i form av tid och personal om detta är genomförbart. Empirin utgörs av 189 enkäter som besvarats av olika personalkategorier verksamma vid 13 sjukhem.

Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers (Jakobsen & Sörlie, 2010) undersöker genom 23 intervjuer med vårdgivare i Norge vilka situationer som upplevs vara etiskt svåra. De fann två teman som innehöll etiskt svåra situationer vilka gjorde att personalen kände sig frustrerad och maktlös: balansen mellan värdighet och autonomi samt arbetsmiljön och organisationen. I etiskt svåra situationer där tvång användes, användes tvånget i syfte att upprätthålla den äldres värdighet eftersom den äldre inte ansågs ha förmåga att besluta om detta själv. Fysiskt tvång användes också för vad som beskrevs vara den boendes bästa, andra boendes bästa och organisationens bästa. Exempel var hygien- och duschsituationer, tvångsmatning, låsta dörrar om innebar att de boende bara kunde komma ut när personalen hade tid, övertalning som ofta användes i syfte att få den boende att göra något den egentligen inte ville. En del av personalen framhöll att de genom att använda sin erfarenhet och övertalningsförmåga som verktyg mildrade upplevelsen av tvång. I arbetsmiljön och organisationen beskrevs upplevelsen av att inte bli hörd, att annan personal inte ingrep i etiskt svåra situationer, brist på tid, brist på utbildad och erfaren personal, brist på öppenhet både mellan kollegor och i förhållande till ledningen och blandning av olika patientkategorier på avdelningen som något som ledde till etiskt svåra situationer.

Författarna använder sedan Habermas teori om det moderna samhället på sitt resultat och menar att det går att se sjukhemmet som ett system som tar över och kontrollerar (*colonization*) personalen genom att framhålla effektivitet, förminska kompetensen, ignorera klagomål och välja en organisationsform som av personalen upplevs vara otillfredsställande.

3.1.3 Begränsande av självbestämmanderätten: organisation, attityd och värderingar

Kirkevold och Engedal beskriver i sin intervjustudie *A study into the use of restraints in nursing homes in Norway* (2004) vilka orsaker som ligger bakom användandet av begränsningsåtgärder, hur beslutsfattandet sker samt hur det dokumenteras. Orsakerna var att skydda patienten, skydda andra, kontrollera beteendestörningar, genomföra personlig omvårdnad, genomföra behandling och då patienten inte var medgörlig. Den vanligaste tvångsåtgärden var tvång och påtryckningar i det dagliga livet i samband med hygien, mat och påklädning, fasthållande vid på- eller avklädning, duschning trots att den äldre fysiskt eller verbalt motsätter sig detta och mata mot patientens vilja är exempel på detta. Besluten togs oftast av sjuksköterskan och i mer än hälften av fallen skedde ingen dokumentation.

More och Haralambous (2007) angriper frågan om tvångsanvändning från ett annat håll i sin studie *Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities* och undersöker med hjälp av intervju och fokusgrupper med omsorgspersonal, boende och anhöriga i Australien vad det är som hindrar ett upphörande eller minskning av tvångsåtgärder på äldreboenden. I likhet med övriga studier visade deras resultat att den viktigaste orsaken till att tvång används är risken att den äldre annars kommer till skada. Det beskrevs alltid väga tyngre att skydda mot skada än det obehag eller motstånd den boende kände inför tvångsåtgärden. Övriga orsaker var brist på resurser och personal, brist på utbildning, miljö och brist på information om alternativ till tvång.

Tove Harnetts avhandling *The trivial matters* (2010) undersöker maktförhållanden inom äldreomsorgen i Sverige. Studien har fyra delar vilka alla på olika sätt lyfter fram hur det i praktiken fungerar för den äldre att bibehålla sitt oberoende och inflytande över sitt liv. Delstudie två *Such trivial matters: how staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes* är den som har störst relevans för uppsatsen och kommer därför att förklaras mer ingående. Den första delen i Harnetts studie undersöker genom intervju hur klagomålshanteringen hanteras av 100 stycken socialchefer i olika kommuner. För att analysera hur de äldres möjlighet att påverka ser ut används Hirschmans teori om *exit* och *voice* vilket i korthet innebär möjligheter att påverka genom att byta, i det här fallet utförare eller att försöka få gehör för sina åsikter hos företagets ledning. Studien kommer fram till att de äldres klagomål ofta bagatelliseras och beskrivs som oviktiga – Harnett kallar detta för trivialiseringsretorik. Det leder till att den äldres påverkansmöjligheter blir mycket begränsade.

Syftet med studie två var att undersöka hur omsorgspersonal på äldreboenden rättfärdigar och förklarar situationer där de begränsar den äldres inflytande samt hur de pratar om och bemöter den äldres klagomål. Tretton omsorgspersonal från sju boenden blev intervjuade. Intervjuerna analyserades

genom att se hur personalen förklarade sig vilket går att förstås genom att använda teori om *accounts* (Scott & Lyman 1968, refererad i Harnett 2010). *Accounts* går att beskriva som ursäktande eller rättfärdigande förklaringar, vilka om de är framgångsrika ändrar synen på den utförda handlingen och på så sätt skyler över vad handlingen innebär. Tre övergripande *accounts* som användes för att förklara varför de äldre begränsades framträdde i studien: på grund av organisationen, på grund av resurser och på grund av att äldres klagomål ansågs oviktiga. Vidare belyser Harnett hur dessa *accounts* skapar vad hon med hänvisning till Buttny (1993, refererad i Harnett 2010) kallar *folklig logik* vilket i det här fallet handlar om en social och moralisk ordning som prioriterar effektiviteten på äldreboendet framför de äldres individuella inflytande.

Delstudie tre handlar om hur närstående utövar inflytande genom att på olika sätt definiera och beskriva missförhållanden och hur dessa beskrivningar används för att utöva inflytande i förhållande till omsorgspersonalen. Djupintervjuer har genomförts med 21 närstående till personer på äldreboende och med hemtjänst. Harnett använder sig av Toulmins schema för argumentationsanalys (Toulmin, 2003, refererad i Harnett, 2010) och fann fyra områden som närstående hänvisade till i sina berättelser om missförhållanden. Det handlade om att orsaka den äldre fysisk eller psykisk skada, att inte möta den äldres sociala behov samt att underminera den äldres identitet genom att inte respektera vanor och personlighet. I korthet går det att säga att delstudie tre beskriver hur den äldres möjlighet till inflytande sker i relation till anhöriga och personal.

Den fjärde delstudien bygger på observation och intervju i konkreta situationer där den äldre försöker utöva inflytande i interaktion med personalen. Harnett utgår från och vidareutvecklar Geertz (1984, refererad i Harnett 2010) och Holstein och Gubriums (1997, refererad i Harnett, 2010) begrepp *local cultures* och kallar det rutinkultur. Analysen sker genom att förstå det sammanhang som personalen och de äldre befinner sig i som en rutinkultur som värderas och upprätthålls av medlemmarna. Resultatet visar att den äldre har små möjligheter till inflytande och påverkan om dessa önskemål går emot de pågående rutinerna på äldreboendet. Framgångsrika försök till inflytande skedde när den äldres önskemål passade in i rutinerna och de äldre kunde även hänvisa till rutinerna för att få igenom sina önskemål. Det paradoxala var att rutinkulturen på detta sätt upprätthölls även av de äldre trots att den starkt begränsade de äldres möjligheter till inflytande.

Sammanfattningsvis visar avhandlingens fyra delar att *hur* människor pratar och agerar handlar om maktfaktorer. Genom att personal och tjänstemän bagatelliserar och avfärdar de äldres och deras närståendes synpunkter som oviktiga begränsas kraftigt de äldres möjlighet till inflytande och autonomi. Närstående försöker utöva inflytande genom att hänvisa till olika former av missförhållanden som den äldre utsätts för. Vidare visar avhandlingen att personalen prioriterar äldreboendets rutiner framför de äldres inflytande och önskemål.

3.1.4 Sammanfattning tidigare forskning

Gemensamt för all tidigare forskning är att den främsta orsaken till att tvångsåtgärder sker är med

hänvisning till olika skyddsaspekter och att risken för skada är överordnad självbestämmanderätten. Resurser i form av bristande tid, personal och organisation var också en vanlig förklaring till tvångsanvändning. Återkommande situationer där olika former av tvång användes var relaterade till hygien, dusch, fall, behandling och inlåsning. Begränsningarna skedde dels med fysiska begränsningsåtgärder men även genom avledande, övertalning och påtryckningar.

4 Teori

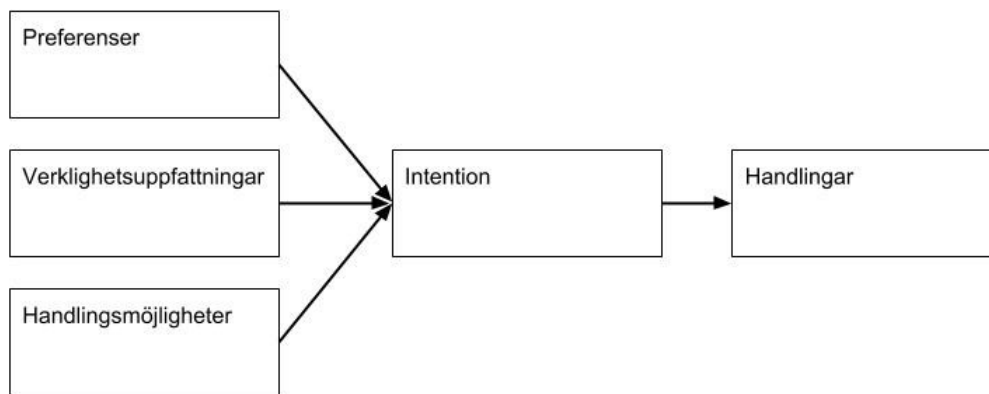
I den här delen redovisas DBO-teorin. Namnet är en förkortning av desires, beliefs och opportunities (DBO). DBO-teorins begrepp, modeller och användningsområden förklaras. I kapitlet ingår även en presentation av Colemans graf för att belysa hur DBO-teorin relaterar till mikro- och makronivå. Kapitlet avslutas med en förklaring av vad makro- och mikronivå innebär i uppsatsen samt en kort redogörelse för hur teorin tillämpas.

4.1 DBO-teori

Teorin har valts för att den erbjuder förklaringar till samband på individnivå vilket är en viktig del av uppsatsens syfte, men den öppnar även för förklaringar av samband mellan mikro- och makronivå. DBO-teori har även valts eftersom den gör analysen överskådlig genom att använda teorins grafiska modell.

Hedström presenterar DBO-teorin i sin bok *Dissecting the social* (2005, s. 34). Modellen som används är dock en vidareutveckling och förtydligande av DBO-teorins modell och återfinns i ett senare verk av Hedström (2007). I följande beskrivningar kommer Hedströms (2007, s. 125) översättning av DBO-teorins begrepp att användas; preferenser, verklighetsuppfattningar och handlingsmöjligheter. DBO-teori är en sociologisk förklaringsmodell som kan hjälpa till att förutsäga en handling genom att den ser den bakomliggande intentionen som meningsfull för individen eller gruppen som utför den (a.a s. 130). För att förstå varför en aktör handlar på ett visst sätt måste man enligt DBO-teorin gå tillbaka och se vilken *intention* som ligger bakom *handlingen* och vilka *preferenser; verklighetsuppfattningar* och *handlingsmöjligheter* som i sin tur påverkar denna intention. Den påverkande aktören behöver inte vara en enskild individ utan kan även vara en grupp av individer (a.a. s. 131).

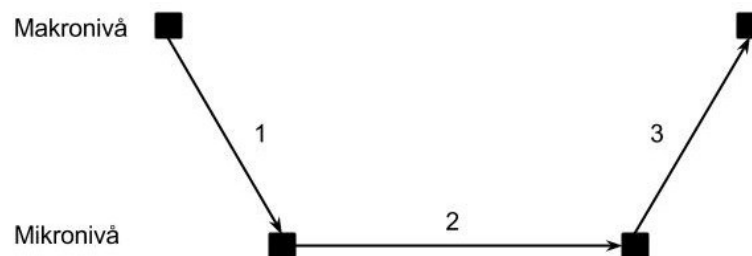
Enligt DBO-teorin är preferenser det som aktören vill eller inte vill ska vara fallet (a.a.). Verklighetsuppfattningar är aktörens antaganden, vilket handlar om hur aktören tror att världen ser ut. Handlingsmöjligheter är de faktum aktören står inför, de olika alternativ som denne har att förhålla sig till för att ta beslutet om handlingen. Preferenser och verklighetsuppfattningar beskriver Hedström som mentala tillstånd vilka kan orsaka en handling då det är dessa som gör handlingen meningsfull ”Preferenser och verklighetsuppfattningar har en motiverande kraft som gör det möjligt att förstå och därmed förklara varför individer handlar som de gör.” (a.a., s. 129). Handlingsmöjligheter är de omständigheter i form av handlingsalternativ som aktören står inför.



Figur 4.1 DBO-teorins grundläggande postulat (Hedström, 2007, s. 128)

Gemensamma och typiska handlingar, preferenser och verklighetsuppfattningar hos de personer som ingår i till exempel grupper, organisationer och samhällen kallas för sociala fenomen och genom DBO-teori kan dessa fenomen förstås och förklaras (Hedström, 2007, s. 142). Hedström menar att sociala fenomen är ofta emergenta, vilket innebär att de inte är avsedda utfall av interaktion mellan individer (a.a., s. 142). Individuella och kollektiva effekter uppstår trots att det inte var en del av individens mål från början (a.a., s. 94). Dessa sociala fenomen är det som kan ge påverkan från mikro- till makronivå.

4.2 Colemans graf



Figur 4.2 Colemans mikro-makro-mikrograf (Coleman, 1986, s. 1322)

Colemans graf är en modell som förklarar korrelationen mellan mikro- och makronivå (Coleman 1986, s. 1321-1322). Grafen används här för att illustrera hur DBO-teorin förhåller sig till mikro- och makronivån. DBO-teorin rör sig på den nedre delen av grafen (pil 2 i figuren) och bidrar till förståelse för aktörernas handlingar. De sociala fenomen, som är det samlade utfallet av aktörernas handlingar, ger utfall på makronivån (pil 3 i figuren). Makronivån påverkar i sin tur de mekanismer som ligger bakom aktörernas preferenser, verklighetsuppfattningar och handlingsmöjligheter (pil 1 i figuren).

4.3 Mikro- och makronivå

Mikronivån i uppsatsen omfattar alla delar som ingår i DBO-teorins grundläggande förklaringsmodell. Det innebär omsorgspersonalens handlingar, den bakomliggande intentionen och deras uppfattningar och föreställningar kring demenssjuka. Vidare omfattas även de faktum som påverkar deras arbetsituation, eftersom dessa också ingår i de förutsättningar som leder till begränsande handlingar. Makronivån förstås i uppsatsen dels som samhällets diskurs kring demensvården men även hur denna diskurs tar sig praktiska uttryck i form av lagstiftning, resurser och uppfattningar kring hur demenssjuka personers rättigheter tillgodoses på särskilda boenden.

4.4 Tillämpning av teori

Den här uppsatsen undersöker erfarenhet och upplevelse hos omsorgspersonal för att få större förståelse för vad som kan motivera de beslut som leder till att en person med demenssjukdom begränsas i sin självbestämmanderätt. Uppsatsens vetenskapliga ansats är hermeneutisk (se kapitel 5.1) och därmed ses människan som intentionell; handlingar väljs utifrån för hen rationella grunder. Detta synsätt överensstämmer med teorier som på olika sätt förklarar bakomliggande orsaker till människors handlingar och beslut och ser människan som ett handlande subjekt. Handlingsteori är därför relevant att använda sig av.

DBO-teori används i uppsatsen i kombination med Colemans graf för att förklara samspelet mellan mikro- och makronivån. DBO-teorin rör sig på mikronivå och används för att ge möjliga förklaringar till varför omsorgspersonalen handlar som de gör, det vill säga begränsar självbestämmanderätten för de boende (pil 2 i figur 4.2). Handlingar ses i uppsatsen som de handlingar omsorgspersonalen utför vilka innebär ett begränsande av de demenssjukas självbestämmanderätt. Teorin används vidare för att analysera vilka intentioner som ligger bakom handlingarna, vilket innebär att försöka förstå i vilket syfte omsorgspersonalen begränsar självbestämmanderätten. Vad som påverkar intentionen, som leder till handlingar som begränsar självbestämmanderätten, förklaras med hjälp av att analysera vilka preferenser, verklighetsuppfattningar och handlingsmöjligheter omsorgspersonalen har. I uppsatsen förstås detta som vad de vill och vad de tror gällande personer med demenssjukdom men även vilka faktorer som återfinns utanför dem själva men som påverkar förutsättningarna för deras arbete.

I uppsatsen används Colemans graf för att förklara hur omsorgspersonalens gemensamma handlingar kan påverka diskursen kring demensvården (pil 3 i figur 4.2). Vidare används grafen för att förklara sambanden mellan samhällets diskurs och den kontext som omsorgspersonalen befinner sig i (pil 1 i figur 4.2) vilken påverkar omsorgspersonalens preferenser, verklighetsuppfattningar och handlingsmöjligheter.

5 Metod och genomförande

Under ovanstående rubrik kommer uppsatsens design, författarens förförståelse, urvalet av intervjupersoner samt de moment som berör intervjuerna att redovisas. Tillvägagångssättet för sammanställning och analys av materialet kommer även att beskrivas. En redovisning av litteratursökning återfinns här. Uppsatsens tillförlitlighet diskuteras genom begreppen validitet och reliabilitet. Kapitlet avslutas med metodologiska överväganden där för- och nackdelar med vald metod redovisas.

5.1 Design

Valet av metod handlar om vad forskningen har för syfte. Om intentionen är att förstå och belysa individers upplevelse av något är det kvalitativ metod som bör användas vilket också är fallet i den här uppsatsen. Den kvalitativa metoden beskrivs av Larsson (2005, s. 92) som en metod där kunskap erhålls från individens subjektiva upplevelser utifrån dennes egna meningsbeskrivningar, ord och uttryck. Larsson (a.a.) menar vidare att forskaren som använder den kvalitativa metoden genom empatisk inlevelse försöker förstå hur den studerade individens livsvärld upplevs ur den andras perspektiv.

Den vetenskapliga ansatsen som används i uppsatsen är hermeneutisk. Sjöström (1994, s. 75) förklarar att det hermeneutiska synsättet innebär att forskaren försöker förstå människan som intentionell. Det innebär att individen ses som någon som visserligen existerar inom givna villkor, som till exempel arv, uppväxtmiljö och andra människor vilket ger möjligheter och begränsningar, men som tolkar sin omvärld och utifrån detta väljer sina handlingar. Det som hermeneutiken vill undersöka är ”Studieobjektet utgörs av unika mänskliga handlingar och företeelser sedda i sina sammanhang. Frågorna gäller innebörder och intentioner. Den kunskap som söks är kunskapen om hur *innebörder och intentioner* hos unika människor och företeelser sedda i sina sammanhang av tid, rum och mening kan förstås.” (Sjöström, 1994, s. 73). Vidare innebär detta synsätt att människors handlingar alltid ska ses som meningsfulla och ändamålsmässiga ur den handlandes perspektiv (a.a. s. 76). Hermeneutiken beskrivs som en rörelse mellan delar och helhet där forskaren prövar olika tolkningar av materialet tills den tolkning av en handling eller utsaga som framstår som mest rimlig utkristalliserar sig (a.a. s. 82).

I uppsatsen har teorin valts efter att empirin var sammanställd men förförståelse och kunskap om tidigare forskning fanns innan och tillkom även under tolkningsprocessen av resultatet. Larsson (2005, s. 92) beskriver en dylik strategi som abduktiv. Denna strategi passar också den hermeneutiska ansatsen där forskarens förförståelse ses som en viktig förutsättning för tolkningsarbetet (Sjöström, 1994, s. 74).

5.2 Förförståelse

Det går aldrig att möta något eller någon förutsättningslöst. Det går inte heller att frigöra sig från åsikter, fördomar, förväntningar, farhågor, känslor och värderingar, det är därför en viktig del av den hermeneutiska forskningen att redogöra för dem då de ingår i tolkningsarbetet (Sjöström, 1994, s. 83). Den personliga erfarenhet som bidrog till intresse för uppsatsens område och ämne består i att under många år arbetat som undersköterska inom äldreomsorgen och på särskilt boende för personer med demenssjukdom. Mer specifik förförståelse för den här uppsatsens syfte och frågeställning är att jag även arbetade med detta då Socialstyrelsens rekommendationer (2010a) upphörde gälla och då upplevde att det i praktiken inte innebar några förändringar. Ytterligare en anledning till att området väckt intresse är att socionomutbildningens praktikperiod gav insyn i de myndighetsbeslut som möjliggör en flytt till särskilt boende.

5.3 Urval

Det urval som använts är målinriktat (Bryman, 2008/2011, s. 392) Om urvalet görs för att få personer som är relevanta för forskningsfrågorna är ett målinriktat urval vad som brukar rekommenderas (Bryman, 2008/2011, s. 434). De kriterier som intervjupersonerna behövde uppfylla utöver kravet på frivillighet, för att kunna ge relevant information var: att de arbetade på ett boende för personer över 65 med inriktning mot demenssjukdomar, att de hade erfarenhet av att begränsa en person i dennes självbestämmanderätt samt att de var undersköterskor eller vårdbiträden eftersom detta garanterar att de arbetar nära den boende och därigenom är de personer som tar de dagliga besluten kring att hindra eller begränsa en demenssjuk person. Kontakter med intervjupersoner gick via verksamhetscheferna på de olika boendena. Informationsbrev mailades efter den första telefonkontakten i de fall där verksamhetschefen var intresserad av detta (*Bilaga 3*). Sju personer från sex olika boenden är intervjuade. Samtliga är undersköterskor, en person har vidareutbildning inom demenssjukdomar. De hade arbetat inom äldreomsorgen mellan fyra och fyrtiofem år.

5.4 Intervjuer

Det empiriska material som ligger till grund för uppsatsen kommer från intervjuer. Då uppsatsen är kvalitativ och syftet är att försöka beskriva en annan persons upplevelse av någonting är intervju en insamlingsmetod som kan fånga denna upplevelse. Kvale och Brinkmann beskriver i inledningen till sin bok varför intervjuer lämpar sig bäst för denna typ av studie ”Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen från undersökningspersonernas synvinkel, utveckla mening ur deras erfarenheter, avslöja deras levda värld som den var före de vetenskapliga förklaringarna.” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 17).

5.5 Intervjuguiden

Uppsatsen har redan från början ett relativt tydligt fokus genom sitt syfte och frågeställningar, Bryman rekommenderar i sådana fall att forskaren använder sig av semistrukturerade intervjuer (2008/2011, s. 416). Semistrukturerade intervjuer gör att intervjun håller sig till de teman som berör uppsatsens frågeställningar, men lämnar ändå utrymme för intervjupersonens egna beskrivningar.

Transkriberingen och bearbetningen av intervjuerna underlättades också genom detta. För att intervjufrågorna ska besvara frågeställningar och syfte har två pilotintervjuer genomförts, efter dessa har frågorna reviderats för att på ett bättre sätt besvara uppsatsens frågeställning. Svensson och Starrin (1996, s. 65) påpekar att användningen av känsloladdade ord i en intervjuguide är något som kan medföra problem, att intervjun i värsta fall kan kollapsa. Den största förändringen i utformningen av intervjuguiden (*Bilaga 1*) efter pilotintervjuerna var att frågor kring lagstiftning och tvång togs bort eller formulerades om. Det visade sig att orden var för känsloladdade och intervjupersonerna började försvara sig. Intervjuguiden har sex övergripande frågor som ställts till alla intervjupersoner. Dessa frågor har två teman som berör uppsatsens syfte och frågeställning: upplevelsen och erfarenheten av att begränsa en demenssjuk person samt vad som kan upplevas vara till stöd och hjälp för att ta beslut i dessa situationer. Till intervjufrågorna så finns det ett antal öppna följdfrågor som i de flesta fall har blivit ställda. Intervjun har dock till stor del följt intervjupersonens berättelse.

5.6 Intervjuernas genomförande

Intervjupersonerna blev tillfrågade av sin verksamhetschef eller av ansvarig för avdelningen om de ville delta i intervju. Efter detta så lämnades telefonnummer till avdelningen där de arbetade eller de ringde upp för att bestämma en tid. Intervjuerna gjordes i alla fall utom ett på intervjupersonernas arbetsplats under arbetstid. Platsen för intervjuerna var ett vilrum eller dylikt där det fanns möjlighet att prata ostört. Den intervju som skedde utanför intervjupersonens arbetstid gjordes på en offentlig lokal. Intervjuerna tog cirka 35 minuter. Kvale och Brinkmann rekommenderar att en orientering sker innan intervjuerna påbörjas och att de avslutas med en avrundning (2009, s. 144-145). Innan själva intervjun påbörjades fick därför deltagaren information genom att innehållet i samtyckesbrevet (*Bilaga 2*) förklarades där de forskningsetiska principerna, syftet med uppsatsen och att intervjun skulle spelas in framgår. Intervjupersonen gavs sedan tid att läsa igenom samtyckesbrevet innan det undertecknades. Tidsramen för intervjun och tekniken förklarades. Intervjun avrundades med att intervjupersonen fick ställa frågor och beskriva hur intervjun hade upplevts. Intervjupersonerna intervjuades vid ett tillfälle, inga uppföljande samtal gjordes.

Intervjuerna spelades in med hjälp av telefon, en anledning till det var för att kunna hålla koncentrationen på vad intervjupersonen sa, följa med i berättelsen och ställa följdfrågor relaterade till denna. Ytterligare orsaker var att inte missa någon information och att möjliggöra transkribering. Anteckningar gjordes för att ha möjlighet att under intervjuerna återkomma till vad som verkade vara ett intressant område eller tema. Innan intervjuerna delade jag med mig av min förförståelse för ämnet,

anledningen var att få intervjupersonerna att känna sig mer trygga och på så sätt öppnare för att berätta om sina erfarenheter. Fördelen att dela med sig av liknande erfarenheter är att intervjupersonerna kan bli mer öppna och benägna att utveckla sina svar (Svensson & Starrin, 1996, s. 65). Samtliga intervjupersoner sa sig uppskatta att bli intervjuade.

5.7 Transkriberingen

Kvale och Brinkmann (2009, s. 203) menar att formen för transkriberingen av intervjuerna beror på syftet med forskningsstudien. Om materialet inte ska användas med fokus på språket eller den sociala interaktionen är det inte nödvändigt att göra alltför detaljerade utskrifter (a.a. s. 199).

Intervjuerna är transkriberade till något som närmast kan beskrivas som skrivet talspråk.

Intervjupersonens berättelse är ordagrant återgiven inklusive pauser, hummanden och emotionella yttringar. Intervjuarens bekräftande instämmanden är inte återgivna då de inte har relevans för den fortsatta berättelsen. Om intervjupersonen citeras i fonetiskt tal kan det ge en ofördelaktig bild av personen vilket gör att en redigering av talspråket är nödvändig (Bryman, 2008/2011, s. 431). Valet att transkribera intervjuerna på beskrivet sätt gör också att det går att använda citat direkt från transkriberingen som blir förståeliga men ändå behåller en känsla för intervjupersonen och dennes berättelse. Trots detta har citaten modifierats i resultatdelen för att ytterligare öka läsbarheten främst genom att uttryck som *ehhh* och *hmmm* tagits bort men även långa återkommande pauser har förkortats alternativt tagits bort. Vid de tillfällen då intervjupersonen berättar om något som inte är relevant för studien är dessa stycken sammanfattade i kursiverad text. Samtliga intervjuer transkriberades inom en vecka av intervjuaren.

5.8 Sammanställning och analys av det empiriska materialet

Empirin har tolkats med vad som kan beskrivas vara en hermeneutisk meningstolkning. Kvale och Brinkmann beskriver grunden för hermeneutisk tolkning ”Utifrån en ofta vag och intuitiv uppfattning om texten som helhet tolkas de enskilda delarna och utifrån dessa tolkningar relateras delarna i sin tur till helheten och så vidare.” (2009, s. 226). För den här uppsatsen innebar det att tolkningen och sökandet efter teman påbörjades redan under transkriberingen av intervjuerna genom att frågor och tankar som väcktes antecknades för varje intervju. Efterhand antalet transkriberade intervjuer blev fler så började också vissa teman framträda som var gemensamma för intervjuerna. Dessa gemensamma teman följde med i läsningen av intervjutexterna i den fortsatta bearbetningen av materialet. Den första delen av den mer organiserade tematiseringen skedde genom att samtliga intervjutexter lästes flera gånger för att få en övergripande känsla för vad berättelserna handlade om. Reflektioner som gjordes under läsningen togs tillvara genom att de antecknades och bildade resultatets första övergripande teman. Varje intervjutext lästes sedan ingående, vad som återkom i form av likheter, skillnader och andra framträdande egenskaper i texten skrevs ned, grupperades och det som visade sig vara återkommande teman i intervjutexterna fick bilda nya gemensamma teman och underteman. Detta

gjordes för samtliga intervjuer. Anteckningarna från de olika intervjuerna sammanställdes och sorterades sedan i vad som identifierats som övergripande teman och underteman. Processen fortsatte sedan genom att intervjuerna återigen lästes igenom, nu med en delvis annan förståelse utifrån det som framkommit ur det sammanställda materialet, helheten. När teman och underteman blev återkommande och en samstämmighet i intervjutexterna uppfattades ansågs tolkningsprocessen vara slutförd. Brinkmann och Kvale (2009, s. 226) kallar detta för att komma fram till *en god gestalt* och menar att tolkningen då bör avslutas.

Bryman (2008/2011, s. 528) beskriver hur det på ett överskådligt går att påbörja tolkning av empirin, ett sätt sortera kvalitativa data. Genom att använda en matris för att hantera identifierade teman och underteman åskådliggörs var informationen kommer ifrån och hur tematiseringen genomförts (a.a.). En liknande metod har använts i uppsatsen för att överblicka och strukturera empirin under tolkningsprocessen. Teman och underteman som framkommit under läsningen har sorterats i tabeller. Meningar, ord, uttryck och beskrivningar från intervjuerna har under arbetets fortskridande sorterats in under respektive tema och undertema i tabellen. Under tolkningsprocessen ändrades till att börja med uppkomna teman, men efter hand så identifierades slutligen teman med tillhörande underteman. Vad som framträdde under den vidare tolkningen som överensstämde med dessa teman lades till under respektive kategori i tabellerna.

De teman som presenteras i resultatdelen har slutligen valts för att de har relevans för syfte och frågeställning samt om de på olika sätt har varit framträdande i materialet. Tolkningen av intervjuerna presenteras i resultatet under följande övergripande teman: skydda, resurser och avledande strategier. Resultatet har sedan analyserats med hjälp av handlingsteori.

5.9 Litteratursökning

En systematisk litteratursökning är genomförd efter att resultatdelen i uppsatsen var klar och det teoretiska analysverktyget bestämt. Se *Bilaga 4* för mer information om hur sökningen gått till. En del ny litteratur hittades i och med den systematiska sökningen. Tidigare hade litteratur sökts med hjälp av litteraturförteckningar i avhandlingar och uppsatser samt genom litteraturtips från föreläsningar och seminarier under utbildningen. Ostrukturerade sökningar i olika databaser hade också gjorts. Den litteratur som hittades på detta sätt återfanns sedan i den senare sökningen. Avgränsningar för vald forskning återfinns under rubriken *Tidigare forskning* i uppsatsen.

5.10 Tillförlitlighet

Under den här rubriken beskrivs begreppen validitet och reliabilitet i förhållande till kvalitativ forskning i allmänhet och för den här studien i synnerhet. Diskussionen kring de olika begreppen vilar främst på Kvale och Brinkmanns (2009) beskrivning av validitet och reliabilitet relaterat till intervjuforskning. I sista stycket redogörs för resultatens eventuella generaliserbarhet.

5.10.1 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om forskningens tillförlitlighet, konsistens och möjligheten att reproducera resultaten vid ett annat tillfälle, av en annan forskare (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 263).

Kvale och Brinkmann menar att ett sätt att höja reliabiliteten i intervjustudier är att spela in intervjuerna och göra ordagranna transkriberingar. Intervjupersonens berättelse kan på så sätt återges på ett sätt som minskar missförstånd och feltolkningar då det möjliggör för forskaren att många gånger återkomma till materialet. Fördelar är även att det underlättar för forskaren att hålla koncentrationen på det som sägs och inte på att föra anteckningar vilket också kan vara distraherande under intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 195). Transparens är ytterligare ett centralt begrepp i forskning som har med reliabiliteten att göra. Bryman beskriver transparens i forskning som detaljerade beskrivningar av hur forskningen utförts och betonar vikten av detta i kvalitativ forskning (Bryman, 2008/2011, s. 370). Att eftersträva transparens i uppsatsen är ytterligare något som kan ses som reliabilitetshöjande, det har försökt tillgodoses genom beskrivningar av hur de olika delarna av forskningen gått till.

Den här studien har precis som all intervjustudieforskning skett i ett socialt sammanhang vilket påverkar reliabiliteten. Det som bidrar till att möjliggöra en upprepning av den här studiens resultat är dels att en semistrukturerad intervjuguide använts för att besvara frågeställningar och uppnå syftet men även att intervjuerna spelades in, återkoppling skedde under intervjun och en transkribering som ligger nära intervjupersonernas språk gjordes. Intervjuerna var dock relativt öppna och följdfrågorna relaterade till den berättelse som intervjupersonen gav.

5.10.2 Validitet

Kvale och Brinkmann citerar Pervin för att förklara vad begreppet validitet innebär ”I den utsträckning våra observationer verkligen speglar de fenomen eller variabler som intresserar oss” (Pervin, 1984, s. 48 citerad i Kvale & Brinkmann, 2009, s. 264). Uppsatsen kan sägas vara valid på så sätt att resultaten besvarar frågeställningarna och syftet därmed uppnås. Resultatet överensstämmer även till stor del med vad som framkommit i tidigare forskning. Kvale och Brinkmann beskriver hur det går att öka en intervjustudies validitet genom att beakta validiteten i studiens samtliga delar (a.a s. 263). Med inspiration från Kvale och Brinkmann har flera tekniker använts för att höja validiteten i uppsatsen. Två pilotstudier gjordes för att intervjuguiden skulle bli så tydlig som möjligt. Vidare spelades intervjuerna in, vilket gör att det går att återvända till intervjuerna och på så sätt förvissa sig om att intervjupersonernas berättelser är rätt uppfattade (a.a, s.195). Under intervjuerna har sammanfattningar och följdfrågor använts för att undvika missförstånd, Kvale och Brinkmann kallar det för att verifiera tolkningarna under intervjun (a.a. s. 180). Transkriberingen av intervjuerna kan närmast beskrivas som ordagrann vilket nämnda författare också anser gynna validiteten (a.a s. 193). De flesta av intervjupersonerna gav rika och relevanta beskrivningar vilket gjorde att materialet kan anses tillräckligt som grund för analys. Resultatet exemplifieras och belyses med rikligt med citat. Kvale och Brinkmann menar att det är ett sätt att ge läsaren exempel på materialet som använts för

analys men även som exempel på interaktionen i samtalet (a.a. s. 299)

Något som skulle ökat validiteten i studien är respondentvalidering, vilket innebär att intervjupersonerna får ta del av utskrivna intervjuer och ge sina synpunkter på om de uppfattas rätt (Bryman, 2008/2011, s. 353). Efter överväganden så ansågs det ta för mycket tid i anspråk att invänta att intervjupersonerna skulle läsa igenom och komma synpunkter. Ytterligare en orsak är att om de transkriberade intervjuerna skulle skickats tillbaka hade de behövt skrivas om för att bli förståeliga. Kvale och Brinkmann (2009, s. 204) tar upp problemet med respondentvalidering och menar att om den utskrivna intervjun ska skickas tillbaka så bör den inte vara ordagrant utskriven eftersom intervjupersonen kan uppfatta den som förvirrad och osammanhängande, vilket i värsta fall leder till att denne drar tillbaka sin medverkan i studien.

5.10.3 Generaliserbarhet

Om ett resultat kan anses generaliserbart så har det har använts ett slumpmässigt urval, dock innebär även ett sådant urval att resultaten bara kan generaliseras till den population som det är taget från och inte i en vidare betydelse (Bryman, 2008/2011, s. 199). Bryman (a.a. s. 369) framhåller att kritiker till kvalitativ forskning ofta pekar på att kvalitativa forskningsresultat är svåra att generalisera utanför den situation de framkommit ur. Kvale och Brinkmann (2009, s. 281) menar att det inte är meningsfullt att använda begreppet generaliserbarhet på det sättet i kvalitativa intervjustudier. De vill istället se på generaliserbarheten på följande sätt ”Men om vi är intresserade av generaliserbarhet så ska vi kanske inte ställa oss frågan om intervjuretats resultatet kan generaliseras i största allmänhet, utan om den kunskap som producerats i en specifik miljö kan överföras till andra relevanta situationer.” (a.a.). De delar in generaliserbarheten i tre former: naturalistisk, statisk och analytisk. Vilket i korthet innebär omvandling av tyst kunskap till explicit kunskap, resultat som bygger på ett slumpmässigt urval av intervjupersoner och slutligen om resultaten efter en välavvägd bedömning kan ge vägledning om vad som kan hända i en annan situation (a.a. s. 282)

För den här studien är naturalistisk och analytisk generaliserbarhet aktuellt. Resultatet får anses lyfta fram intervjupersonernas erfarenheter och upplevelser och på så sätt beskriva deras praktiska tysta kunskap med ord. Den analytiska generaliserbarheten är tillgodosedd genom noggranna beskrivningar av hur studien genomförts, genom dessa får läsaren en uppfattning om det är möjligt att överföra resultaten till en annan situation. Uppsatsens resultat kan därmed delvis ses som generaliserbart från det perspektiv som Kvale och Brinkmann använder för att beskriva detta begrepp i intervjustudier.

5.11 Metoddiskussion

Här redovisas upplevda svårigheter och begränsningar med uppsatsens syfte och frågeställning, vald metod samt hur detta kan ha påverkat resultatet.

5.11.1 Syfte och frågeställning

Uppsatsens syfte är att undersöka omsorgspersonals erfarenhet och upplevelse av att begränsa demenssjuka personer i deras självbestämmanderätt för att på så sätt få en ökad förståelse för varför detta sker. Det finns genom förförståelsen en föreställning som speglas i syfte och frågeställning om att begränsningar i självbestämmanderätten faktiskt sker och att det är omsorgspersonalen som tar beslut om detta. Troligen kan detta påverkat både utformandet av intervjuguiden samt själva intervjuerna.

5.11.2 Urval och metod

Något som kan ha påverkat resultatet är att intervjupersonerna är utvalda av sina chefer vilket skulle kunna innebära att detta skedde med tanke på lojalitet och för att förmedla en för verksamheten fördelaktig bild. Det är också bara fast anställd personal som är representerad i uppsatsen. Att detta inte skett i någon större utsträckning visar pilotintervjuerna som gjordes med personer där kontakt inte skett via någon chef, vad som framkom i de intervjuerna skiljde sig inte från övriga intervjuer. Fler intervjuer skulle ha givit ett mer omfattande material vilket kunde ha givit större variation i resultatet, den stora samstämmigheten i intervjuerna talar dock emot detta.

Då syftet med uppsatsen är att fånga det som Kvale och Brinkmann kallar livsvärld (2009, s. 47) kan intervju anses vara en bra metod. Kvaliteten på intervjuerna handlar om vilken hantverksskicklighet intervjuaren besitter (a.a. s. 182). Vad det gäller detta så skulle sannolikt en mer erfaren intervjuare fått en bättre intervju kvalitet och därmed ett mer tillförlitligt resultat. Dock visar resultatet till stor del överensstämmelse med tidigare forskning så det kan ändå anses godtagbart.

5.12 Etiska aspekter

Den här uppsatsen har utgått från de fyra etiska principer som beskrivs i *Samhällsvetenskapliga metoder* (Bryman, 2008/2011, s. 131) för att i så stor utsträckning som möjligt minimera risken för att deltagarna kommer till skada. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (a.a, s. 132). Principerna handlar om vad Vetenskapsrådet definierar som forskningsetik ”En mycket viktig del av forskningsetiken rör frågor om hur personer som medverkar i forskning som försökspersoner eller informanter får behandlas.” (Hermerén, 2011, s. 17). Samma krav finns också i Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Nedan kommer dessa fyra principer förklaras och ställas i relation till den forskning som genomförts i den här uppsatsen.

Syftet med informationskravet är att berörda personer ska veta vad studien går ut på, hur deras deltagande kommer att vara utformat, att deras deltagande alltid bygger på frivillighet samt att de kan välja att avbryta sitt deltagande när som helst (Bryman, 2008/2011, s. 132). Intervjupersonerna har innan de valde att delta i intervju fått information om uppsatsens syfte samt hur intervjun kommer att vara utformad. Först genom att respektive enhetschef gav information om att intervjupersoner önskades och vad intervjuerna skulle handla om. Sedan vid den följande telefonkontakten mellan

intervjuare och intervjupersoner gavs återigen information och syftet förtydligades. På detta sätt uppfylls kravet på frivillighet och kravet på att deltagarna ska vara informerade om de momenten som ingår. Vid intervjutillfället gavs muntlig och skriftlig information där det bland annat framgår att deltagandet kan avbrytas när de önskar (*Bilaga 2*).

Samtyckeskravet innebär att de som deltar i en undersökning själva bestämmer om de vill medverka (Bryman, 2011, s. 132). Det kravet får anses vara uppfyllt i och med de åtgärder som beaktats för att tillgodose informationskravet. De intervjupersoner som valde att delta i intervju får också anses fullt beslutskapabla och ger därför sitt samtycke genom själva deltagandet. Den skriftliga information som lämnades i början av intervjutillfället är även ett samtyckesbrev och upprättades i två exemplar som skrevs under av intervjuare och intervjuperson. Anledningen är att frågor från respondentens sida kan uppstå vid senare tillfälle, hen har då möjlighet att läsa informationen igen samt om behov uppstår kontakta intervjuaren.

Konfidentialitetskravet handlar om att alla uppgifter rörande personer som deltagit i intervju ska behandlas samt förvaras på ett säkert sätt (Bryman, 2008/2011, s. 132). Allt material som innehåller någon form av personuppgifter har förvarats på ett sätt så att obehöriga inte kommer åt dem. Arbetsplats, kön, ålder, dialekter, typiska ordval och andra markörer som möjliggör identifiering har avidentifieras i redovisningen. Vetenskapsrådet framhåller att en forskare inte kan garantera deltagare fullständig konfidentialitet ”Det finns många situationer då insyn i forskningsmaterialet är befogat och nödvändigt.” (Hermerén, 2011, s. 70). Det finns tänkbara situationer gällande den här uppsatsen när konfidentialitetskravet inte kan tillgodoses. Urvalet är begränsat och en respondent från varje enhet deltar i intervju, möjligheten finns därför att härleda citat till en enskild individ. Eftersom intervjupersonerna fått information kring förutsättningarna för deras deltagande får detta anses godtagbart ur ett etiskt perspektiv.

Nyttjandekravet innebär att de uppgifter som samlas in bara får användas till det ändamål som forskningen handlar om (Bryman, 2008/2011, s. 132). Insamlat intervjumaterial har endast använts för att uppnå syftet med uppsatsen.

Den andra delen i etiken kring forskning beskrivs som forskareetik och innebär ”(...) resonemang om etiska frågor som gäller själva hantverket – forskarens ansvar gentemot forskningen och forskarsamhället – då kallas *forskareetik*.” (Hermerén, 2011, s. 17). De forskareetiska utgångspunkterna har redovisats i metoddelen, men öppenhet har eftersträvat kring alla delar i uppsatsen.

6 Resultat

Här presenteras de teman som framkommit efter sammanställning och tematisering av intervjumaterialet. Varje tema kommer att förklaras och beskrivas samt styrkas med belysande citat från intervjuerna. Resultatet är indelat i tre övergripande teman: skydda, resurser och avledande strategier. De två förstnämnda temana beskriver anledningar till omsorgspersonalens beslut att frihetsbegränsa en person och det tredje temat beskriver strategier som omsorgspersonalen använder i situationer där de tagit ett beslut om detta. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

Citaten presenteras på följande sätt: tre punkter markerar en paus, tre punkter inom parentes visar på utesluten text, ord eller text inom hakparentes är tillagt då det underlättar förståelsen för sammanhanget, det kan handla om något som syftar till tidigare del i intervjun. Enkla citationstecken används i citaten för att tydliggöra när intervjupersonerna återberättar något. Långa återkommande pauser och utfyllnadsord som *hmm* eller *eehhh* har i de flesta fall redigerats bort för att öka läsbarheten. Känslotryck är återgivna i kursiverad text. IP: är intervjupersonen och I: är intervjuaren.

6.1 Tolkning av empiri

Tolkningen av empirin har skett för att om möjligt besvara uppsatsens frågeställningar:

- Hur resonerar omsorgspersonal kring situationer där de begränsar personer med demenssjukdom i deras självbestämmanderätt.
- Vad upplever personalen att de kan använda som stöd och hjälp i situationer där de tar beslut om att begränsa personer med demenssjukdom i deras självbestämmanderätt.

Den första frågeställningen besvaras genom att intervjupersonerna beskriver olika anledningar som finns bakom besluten vilka leder till begränsningar i självbestämmanderätten för de boende. Dessa beskrivningar har samlats under två huvudteman *skydda* och *resurser*. Underteman till *skydda* handlar om *vad* som ska skyddas. *Resurser* beskriver vilka resurser som saknas när det leder till begränsningar i rätten till självbestämmande. Den andra frågeställningen besvaras genom att intervjupersonerna beskriver olika strategier som upplevs vara till stöd och hjälp och används när de tar beslut om att begränsa en boende. Beskrivningarna finns under temat *avledande strategier* och beskriver *hur* omsorgspersonalen gör. De verktyg som intervjupersonerna beskriver vara till stöd respektive hindrar ett framgångsrikt användande av dessa strategier bildar underteman.

Resultatet har tolkats som att alla tre teman hör ihop och går in i varandra på så sätt att *strategierna* som beskrivs används för att kunna genomföra *skyddandet*, vilket innebär begränsningar i självbestämmanderätten. Brist eller tillgång på *resurser* beskrivs som något som kan påverka att begränsningar i den boendes självbestämmanderätt sker. En förutsättning för tolkningen av empirin var att intervjupersonerna var medvetna om hur deras befogenheter ser ut när det handlar om att begränsa de boende. Samtliga intervjupersoner var väl medvetna om att det inte finns några riktlinjer eller lagar som sanktionerar begränsningar i självbestämmanderätt. Intervjupersonerna inledde ofta med att säga att ”egentligen får man inte” eller ”man får ju inte, men...” och sedan följde berättelsen

om situationen där de begränsade den demenssjukes självbestämmanderätt.

Det finns en stor samstämmighet i intervjupersonernas berättelser. Exempel på situationer och strategier var ofta nästan identiska.

6.2 Skydda

Samtliga intervjupersoner beskriver att begränsningar i den demenssjukes självbestämmanderätt sker främst med syfte att skydda personen. Berättelserna belyser situationerna som vanliga händelser i vardagen där de begränsar den demenssjuke med hänvisning till olika skyddsaspekter. Det kan handla om en boende som vill gå ut från avdelningen eller går in på någon annans rum. Det kan också vara situationer där den boende inte vill delta i olika aktiviteter, här återkom beskrivningar av olika situationer relaterat till fysisk hälsa och hygien. Skyddandet har olika orsaker och det har därför tre underkategorier: skydda den demenssjuke från konsekvenserna av dennes egna beslut, skydda den fysiska hälsan och hygienskäl.

6.2.1 Konsekvenser av beslut som skyddsaspekt

I alla underteman som handlar om att skydda ingår antagandet att den demenssjuke personen inte förstår konsekvenserna av sina beslut. Temat var dock tydligast beskrivet av intervjupersonerna när det handlade om att hindra den demenssjuke från att lämna boendet och liknande situationer

För att förstå det här resultatet är det viktigt att veta att samtliga boenden var låsta. Den demenssjuke personen kunde därför inte obehindrat gå ut. Beskrivna situationer handlar om när en person försöker ta sig ut eller intervjupersonernas hypotetiska resonemang om vad som skulle kunna hända om de låste upp dörren. Under intervjun så ombads intervjupersonerna att berätta om en situation där de varit tvungna att begränsa en boende i dennes självbestämmande (*Bilaga 1*). Samtliga beskrev då olika situationer där de hindrat en boende som vill gå ut från avdelningen.

Intervjupersonerna menade att de gjorde detta för att den demenssjuke personen inte förstod vad som skulle kunna hända om de tilläts gå ut själva. En av intervjupersonerna resonerade så här:

Då tänker jag att jag stoppar henne för hennes skull för om jag skulle släppa ut henne så skulle hon ju kanske, inte hitta hem och ingen skulle veta var hon var och om det är vinter, då kan man ju inte bara släppa ut henne (...) och där tänker jag att där gör man det för hennes skull, där måste man gå in och styra för att hon ska ha det bra. (IP 1)

Liknande tankar beskrevs av de flesta, det handlade om att de boende inte förstod konsekvenserna som skulle uppstå om de fick sin vilja igenom. Därför menade intervjupersonerna att de var tvungna att ta ett beslut istället för de boende vilket framkommer i följande citat "Man måste tänka på den personen som vill gå ut, vad kan hända, den kan bli skadad, man måste skydda en person från att göra sig illa ...men var går gränsen" (IP 3). Intervjupersonerna beskrev olika scenarion som skulle inträffa om den boende inte hindrades. Återkommande beskrivningar var att den boende skulle bli påkörd, frysa ihjäl eller gå vilse om de inte hindrades från att gå ut. Flera beskrev den demenssjuke som en person som är hjälplös och oförmögen att ta vara på sig själv, en person drog parallellt till barn "Man

ska inte jämföra gamla människor med barn, det är inte det ...men man släpper ju inte ut små barn heller.” (IP 6), andra liknelser gjordes också där den demenssjukes oförmåga beskrevs ”han skulle ju vara helt, som en kattunge som inte har någonstans att ta vägen. Det skulle vara helt bedrövligt att släppa ut honom, han skulle ju vara totalt utlämnad, de går inte” (IP 7)

Även i andra situationer hänvisade intervjupersonerna till att de boende inte var beslutskapabla och att det var orsaken till att de begränsades. Beskrivningar gavs på inskränkningar i självbestämmanderätten bland annat om när de boende skulle gå och lägga sig, vad de skulle ha på sig och kring inkontinenshjälpmedel. ”...och då får vi ta ett beslut ibland faktiskt, det kanske blir över deras huvud ...men man får ju liksom aldrig låta det gå överstyr.” (IP 1). En av intervjupersonerna beskrev det som att det skapade trygghet hos de demenssjuka om omsorgspersonalen tog beslutet åt dem eftersom deras sjukdom gjorde att de inte längre kunde välja. Självbestämmanderätten ansågs inte möjlig att tillgodose eftersom personerna inte förstod vad besluten gick ut på:

Det är ju det där med självbestämmande för någon som inte riktigt ...förstår, och som i vanliga fall aldrig skulle ha tänkt så när den va frisk, det händer ju saker i hjärnan, så det där med självbestämmande är ju väldigt svårt, för är man inte riktigt ...och de kan ju faktiskt inte fatta beslut.” (IP 6)

6.2.2 Fysisk hälsa som skyddsaspekt

Intervjupersonerna beskriver hur de resonerar i situationer där de upplever att de begränsar den demenssjuke eftersom de anser det fanns risk för fysiska komplikationer. Situationer som handlar om sjukvård är något alla intervjupersoner beskriver som en anledning till att begränsa självbestämmanderätten för den demenssjuke. Flera berättelser handlar om att den boende har sår som behöver tvättas och läggas om, men att den boende inte vill det. Sår och annan sjukvård var orsaker där det sågs som helt nödvändigt med inskränkningar, beslutet i sådana situationer beskrevs inte som komplicerat. Intervjupersonerna motiverade beslut angående detta med att det alltid var för den demenssjukes eget bästa, att det annars kunde bli allvarliga konsekvenser för den fysiska hälsan. En del av en berättelse som är typisk beskriver hur den demenssjuke begränsas i sin självbestämmanderätt relaterat till fysiska skyddsaspekter är:

mm för vi hade hållt på och försökt gå in och vinkla och försökt förklara för henne att, men hon var ju så pass dålig att hon förstod ju inte heller riktigt vad det handlade om ...de är ju mest när man börjar ta i kläderna som dom börjar protestera, såklart, så men då tog hon [sjuksköterskan] beslutet att vi fick försöka med lugnande då, dels för hennes egen skull då för hon inte ska känna ...å sen för att man måste lägga om såret för annars finns det risk att det blir infektion å sen så kan det bli riktigt illa då (IP 2)

Liknande situationer där den fysiska hälsan var anledningen till beslut är ”(...) och då har man tillkallat sköterskan för att kanske ge nåt ...lugnande, för man måste liksom göra rent de här sårerna.” (IP 3). En av intervjupersonerna beskrev att en boende ofta tog bort omläggningarna på sina sår och att sårerna kunde smitta. I en sådan situation där det fanns risk att andra boende kunde bli smittade så beskrevs en ny omläggning nödvändig att göra, även om den boende motsatte sig det.

Intervjupersonen beskrev vidare hur det gick till när samma person skulle duschas på grund av att såren behövde läggas om ”(...) hon skulle bara gå på toaletten, och då började vi duscha henne och hon säger 'nej, nej, nej' inte så att hon blev aggressiv, men hon behövde läggas om för annars sprider hon de här [bakterierna].” (IP 4).

6.2.3 Hygien som skyddsaspekt

Samtliga intervjupersoner hade upplevt att situationer relaterade till hygien ledde till att självbestämmanderätten inte tillgodosågs. Det som framförallt gjorde att omsorgspersonalen tog beslut om detta handlade om att hjälpa den boende att bli ren från avföring. En intervjuperson beskrev en situation som utspelade sig några år tillbaka i tiden, det handlar om en kvinna som var väldigt långt gången i sin demenssjukdom:

Hon hade väl gått nedbajsad under en bra lång tid, alltså den här damen ville inte ha någon i närheten av sig (...) och där var vi tvungna att sätta på henne vantar upp på handlederna för att hon inte skulle rivas och vi var tvungna att sätta på henne munskydd för att hon inte skulle spottas, och sen var en tvungen att hålla i henne och två var tvungna att ta av henne för att duscha henne ren, för hon kunde inte gå som hon gjorde då...” (IP 7)

Ytterligare beskrivningar där hygienrelaterade situationer är en orsak till inskränkningar i självbestämmande rätten är ”ja, och så brukar det oftast vara när dom är så pass dåliga och verkligen [inte vill] då är det ju svårt med ...utan lugnande att få dom att gå med på nåt sånt där, för många har ju väldigt stark integritet.” (IP 2)

Intervjupersonerna beskrev de fysiska och medicinska tvångsåtgärderna som något som skedde i absolut sista hand och framförallt gällde personer som var svårt sjuka i sin demens. Vanligare var att intervjupersonerna försökte övertala vid flera tillfällen men att det till slut ändå var en vanlig anledning till att självbestämmanderätten inte respekterades ” Ja, o ja, när det handlar om såna saker, har dom då ...gjort ned sig så kan man ju inte låta det vara, det går ju inte ...oavsett” (IP 6)

Situationer där den boende inte vill duscha återkom i de flesta intervjuer. Vile de boende inte duscha på bestämd dag så beskrev intervjupersonerna att de försökte övertala, om det inte gick så återkom de och frågade vid ett annat tillfälle. Många beskrev det så att duschen inte var något akut som behövde ske på morgonen utan att det kunde vänta till kvällen, men det var tydligt att det i förlängningen var något som den boende inte kunde välja bort. I alla intervjuer var det tydligt att det fanns en rutin för hur ofta en boende ansågs behöva duscha, vilket var en gång i veckan ”Man måste göra det en gång per vecka ...man måste ...men det är ju inte så att man 'jag ska spola vatten på dig' men ibland måste man.” (IP 4). En intervjuperson berättade ”Vi har en dam som inte tycker om vatten 'vill du att jag ska tvätta av dig?' nehej, ja då får det vara vi har ju ändå dusch en gång i veckan eller vid behov.” (IP 5). Intervjupersonerna beskrev att det fanns utrymme för de boende att bestämma själva när de ville duscha men inom denna tidsram. En intervjuperson berättar så här

(...) man måste tänka att det är för [namn] skull som hon behöver duscha, eller ta den här medicinen ...så man får vinkla frågan rätt till dom men går det inte så går det inte, vi får ju inte tvinga någon, det är ju så, det är ju inte hela världen om dom inte duschar idag, då kan man vänta till i morgon ...” (IP 2)

6.3 Resurser

Det andra temat som framkom ur intervjumaterialet var att brist på resurser orsakade att de demenssjuka begränsades i sin självbestämmanderätt. Intervjupersonerna beskrev inte spontant bristen på resurser som en anledning till begränsningar. Temat framträdde däremot tydligt när de fick följdfrågor på hur de hanterade situationer som uppstod när de strategier de använder sig av inte fungerade. De resurser som saknades beskrevs indirekt som för lite personal och tid. En intervjuperson beskriver det så här:

alltså, jag väljer inte att hon ska vara instängd [men] om jag är ensam så måste jag ju också tänka på att jag inte kan lämna avdelningen, då får jag ta till den här, delen [hänvisar till tidigare beskrivning av avledande strategier] är det så att det finns bemanning, två personer, då vet jag att jag kan ringa dom och att dom kommer och är där istället för mig och den här gästen, eller brukaren, får ta en promenad.” (IP 5)

Liknande resonemang återfinns i en annan intervju där personen beskriver vad som händer när de avledande strategierna inte fungerar ”men låt oss säga att det inte går, att jag är själv på avdelningen och att jag inte kan gå ut med honom, då blir det väldigt svårt.” (IP 7).

Ytterligare exempel på att brist på resurser inte var något som spontant nämndes men som ändå framträder som ett tydligt tema kan exemplifieras med:

IP: ibland kan det ju hjälpa med att säga att, man går ut till hissen och tar en promenad om man har den tiden, då kan det också avleda.

I: mm, om man har den tiden säger du...

IP: mm ...men det kanske man inte har om det är på morgonen mellan sju och tolv, då har du kanske inte den tiden, men på eftermiddagen då har du den tiden, det behöver inte röra sig om att man ska vara ute en halvtimme, de kanske räcker med tio minuter ...då får man andra intryck, vi går och tittar i naturen. (IP 1)

Vidare beskrivs bristen på tid av flera som något som leder till ökad oro bland de boende vilket i sin tur kan leda till situationer som inbegriper begränsningar i deras självbestämmanderätt ”och där tycker jag att det är en bristvara, tiden, att avsätta tid, att faktiskt ge den här människan möjlighet att vara i någon annans närhet (...)” (IP 7). Något som också var tydligt är att många av intervjupersonerna inte hade så stora krav, det kunde handla om en till personal på avdelningen eller att en person kom och aktiverade de boende. En person beskriver sina önskemål så här:

då skulle det vara en personal till, det vore helt perfekt att ha, vi är tre på varje sida så har man en [personal] som var i köket hela tiden och sen två som hjälpte till att ta upp dom på morgonen så att dom inte satt ensamma i köket och åt frukost (...) det skulle vara jättebra. (IP 2)

Det var dock inte alla som tyckte att det räckte med en utökning av personalstyrkan utan hade andra önskemål för att kunna tillgodose behoven hos den demenssjuke ”Att alla hade en personlig assistent

skratt där man faktiskt hade, kunde avvara den tiden som personen krävde, för de tycker jag är en bristvara idag.” (IP 7)

En av intervjupersonerna menade för att undvika situationer som ledde till begränsningar var det viktigt att ta själv ta sig tid men uttryckte då också vilka hinder som kunde finnas:

Ja det är ju mycket upp till en själv att man ska lägga ifrån sig saker för att nu är det den här människan som är viktigast som vill gå ut ...det ska egentligen på eftermiddagarna vara två stycken på avdelningen och då kan man ju inte lämna [avdelningen] ...ja eller då måste man ...och då vet man inte hur det ser ut på andra sidan heller och då blir det lite svårigheter och det är ju oftast på eftermiddagarna som dom boende blir oroliga ... (IP 3)

Brist på tid var också något som kunde leda till begränsningar eftersom det innebar att tillfällena för att utbyta tips och erfarenheter minskade:

Att man får möjlighet att prata med varandra och att man kan tipsa varandra och att man får diskutera utan att bli störd (...) många gånger så hinner du inte diskutera klart och då kommer du ju inte heller fram till någonting heller. (IP 7)

En intervjuperson hade en tydligt avvikande uppfattning kring resurser i form av mer personal och tid ”Nej, jag tror inte på det här med resurser, att ha väldigt många människor inom demensvården är en lösning. Absolut inte! Det skapar bara mer oro enligt min uppfattning.” (IP 6).

6.4 Avledande strategier

Något som var genomgående i intervjuerna var att intervjupersonerna valde att beskriva *hur* de gjorde i situationer där de begränsade en person i dennes självbestämmanderätt. Samtliga intervjupersoner använde sig också av exempel på situationer där de förhindrar eller begränsar den boende på ett sätt de beskriver som positivt. De ger exempel på hur det går att begränsa på vad som beskrivs vara ett icke-kränkande sätt. Deras beskrivningar handlade om olika avledande strategier för att begränsa den boende i dennes självbestämmanderätt. Vidare beskrivs vad de upplever vara stöd och hinder för att använda dessa strategier. Det tredje huvudtemat beskriver därför *hur* omsorgspersonalen gör för att begränsa (skydda) främst den boende och vilka verktyg som används för detta. Först beskrivs det övergripande temat avledande strategier, sedan de olika underkategorierna.

Alla intervjupersoner väljer att beskriva sina begränsande handlingar som avledande. De beskriver inte att de hindrar, stoppar eller begränsar de boende utan att de avleder dem. När intervjupersonerna berättar om hur de gör beskriver de att de försöker rikta de boendes uppmärksamhet mot något annat, att erbjuda en annan aktivitet eller att försöka fördröja den boendes genomförande av sin vilja genom att hänvisa till något annat som måste ske först. Ett citat som innehåller flera av ovan beskrivna metoder är:

Ja, det är väl de att de vill gå ut ...och ...vi får ju egentligen inte hindra dom från att gå ut, nu är det här ju en stängd avdelning så det är ju koder för att både komma ner i hiss och trappor ...mmm nej vill dom gå ut, kanske i snöstorm som det är idag så då får man ju helt enkelt försöka avleda, det är att locka med

annat ...kaffe, 'ska vi fika först' det är 'nu är det lunch, vi går ut sen' 'vi ska göra det här först' och sånt där men ...hmmm ...går det inte då får man gå ut och så får dom upptäcka att det är snöstorm ute och då vänder dom ju ...oftast, eller så när man börjar klä på dom kan dom känna att 'gud, nej vad besvärligt' och då kan man under tiden säga att 'ska vi inte ta en kaffe först det e ju så snöigt ute nu' sånt där... (IP 2)

En annan intervjuperson gav en liknande beskrivning av hur avledandet kan gå till

I: men om det är en sån här situation som du har berättat om, att dom vill gå ut och dom vill gå hem, dom står vid dörren och du måste hindra...

IP: ja, då blir det så, som vi oftast gör, att vi avvaktar, 'vi kan sätta oss och fika, vi kan hämta jackan, för du ser ju att det blåser' och då blir det efter en stund att 'ja, jag går och hämtar jackan' och då är ju jackan ett redskap, då tar vi en kopp kaffe under tiden innan vi kommer iväg 'det kan du väl gå med på' sen får man se. (IP 5)

En intervjuperson berättar om en händelse där en boende stått och ryckt i dörren och velat gå ut:

(...) då har jag försökt att avleda, det är ju inte alltid det går, men oftast går det ju med kaffe, man säger 'ska vi gå och ta en kopp kaffe så kan jag hjälpa dig senare ...då tycker jag oftast att kaffe funkar, det funkar nästan i alla lägen *skratt* jaa... (IP 1)

Samma person gav också en beskrivning av hur det blev när de avledande strategierna inte fungerade:

I: mm, ytterdörren då?

IP: Ja den är ju alltid låst.

I: och om de vill gå ut där?

IP: aa, då blir det ju problem

I: mm och vad händer då?

IP: mm men då är det återigen det här svåra att avleda, och det är ju det svåraste med dementa tycker jag, jag tror aldrig man blir riktigt färdig med det för det är olika i olika situationer mm vissa kommer du aldrig kunna avleda och då får du ju låta dem vara en liten stund så att de får lugna ner sigmen lyckas du avleda dem så är det ju det bästa... (IP 1)

6.4.1 Egenskaper som verktyg

Intervjupersonerna beskrev på olika sätt hur de tyckte att en person som arbetar med demenssjuka bör vara och ha för egenskaper. Intervjupersonerna beskrev att personal som arbetar med demenssjuka personer ska ha fantasi, inlevelseförmåga och skådespelartalang. Att omsorgspersonalen ska ha ett intresse av att arbeta med demenssjuka nämndes också. Med hjälp av dessa egenskaper kan den demenssjuke avledas (begränsas i sitt självbestämmanderätt). Intervjupersonerna beskrev att det var viktigt att kunna anpassa sitt sätt efter den boende man just då arbetade med för att det inte skulle uppstå situationer där det inte gick att tillgodose den boendes önskemål (självbestämmanderätt) ”Alla är ju så väldigt olika, beroende på vilken boende man går in till så måste man ju ställa om sig, så är det...”.(IP 6). En intervjuperson drog paralleller mellan sitt arbete och att vara skådespelare ”Mmm, jag tror ...jag brukar tänka på att man är som en skådespelare hela tiden, det gäller att hitta den rätta tråden.”. (IP 1). Ett annat exempel på detta är:

mm, det är ju fantasi det funkar ju inte jämt men ibland funkar det och det lättaste är ju att [säga] 'ska vi gå och dricka kaffe' och bjuda armen och kanske se lite glad ut och gå fram till personen så det blir ett

känt ansikte ...och då kan det vara lättare att säga 'ska vi gå och titta på någonting' eller någonting att göra och ...ja just det, precis, att avleda helt enkelt. (IP 3)

Intervjupersonerna beskrev vidare att det som skapade förutsättningar för ett bra möte mellan personal och boende där självbestämmanderätt kunde tillgodoses var hur man som personal uppträdde ”Det är ju vårt sätt absolut ...när man går in ...så det blir rätt.” (IP 4). En uttryckte det som ”Det kommer automatiskt, hur man ska bete sig, det stödet hittar man i sig själv tycker jag, om man gör rätt eller fel, jag känner nog mycket i mig själv” (IP 3), en annan person menade att ”det handlar ju liksom om att avleda och liksom vinkla och vara detektiv och ställa frågorna rätt” (IP 1)

Värt att notera i sammanhanget var att alla ansåg en passande personlighet vara viktigare än utbildning. Ett citat som belyser detta är ”jag tror det handlar om intresse och erfarenhet för det första, för har du inte intresse så tar du ju inte reda på något heller.” (IP 4) och ett annat illustrerande citat är:

utbildning kan vara bra, visst, men det är individen i sig själv...det finns folk som inte har någon utbildning som gör ett jättebra jobb, så är det, och det finns de som har utbildning men som inte har användning för den. (IP 5)

Det som beskrevs hindra ett framgångsrikt genomförande av de avledande strategierna var avsaknad av tidigare beskrivna egenskaper hos omsorgspersonalen. Intervjupersonerna beskrev att personal som de upplevde ha fel inställning till arbetet var ett hinder. Bristande resurser i form av kompetens hos omsorgspersonalen går alltså att se som något som leder till att begränsningar i självbestämmanderätten för den demenssjuke ökar. En intervjuperson beskriver det så här ”Det har ju att göra med hur man är som person också, vad man kan hantera, vad man tycker om sitt jobb.” (IP 1). Intervjupersonerna framhöll att ointresse och vad de menade vara fel fokus i arbetet kunde vara faktorer som gjorde att den demenssjuke blev bemött och behandlad på ett sätt som inte gynnade självbestämmanderätten ”(...) det är ju det att en del människor har fastnat att dom inte går vidare (...) man ger inte det här lilla extra utan det är en inkomstkälla ...personal är inte intresserade” (IP 3) en liknande reflektion var ”Jag tänker att det är ointresse och kanske osäkerhet, och att dom kanske tycker att det är jobbigt” (IP2). En intervjuperson gav sin syn på utbildning kontra lämplighet för arbetet och menade att bristande utbildning var något som kunde användas som en undanflykt ”(...) man är nog ganska trött på sitt jobb tror jag att det handlar om, och att man hela tiden ...skyddar sig bakom 'men vi har ingen utbildning' istället för att kanske se 'hur ska vi lösa den här situationen då' (...) så jag tror inte utbildning kan påverka men jag tror att det kan vara ett sätt att skydda sig för man inte klarar av [vissa situationer]” (IP 1)

6.4.2 Livsberättelsen som verktyg

Övervägande delen av intervjupersonerna upplevde inte att det fanns några rutiner eller riktlinjer som de kunde använda sig av i situationer där de var tvungna att ta ett beslut om att begränsa självbestämmanderätten för en boende:

Nej, inte typ det här med att dom inte vill duscha och sånt där, nej det finns det inte *skratt* tyvärr ingen lathund om man säger så, nej utan då är det ju vi som får ...det ska ju vi kunna, vi ska ju liksom kunna lirka och veta vilka [de är]...det är därför det är jätteviktigt att man vet vem det är som flyttar in, att det finns en levnadsberättelse. (IP 2)

De som beskrev att det fanns uttryckte en stor osäkerhet kring frågan ”Ja, socialstyrelsen ...mm men det var ett tag sen, men det ska finnas nåt...” (IP 3) eller på följande sätt ”ehh, ja ...det borde det ju göra, jag hoppas det, men jag kan inte svara på om det finns ...man ska ju alltid kunna gå till sin chef och prata, men jag har aldrig behövt göra på det sättet” (IP1).

Något som intervjupersonerna däremot beskrev som ett verktyg för de avledande strategierna var levnadsberättelsen eller livsberättelsen. Det beskrevs som ett dokument som den boende och dennes närstående hade skrivit. I dokumentet beskrivs den demenssjukes liv för att skapa en större förståelse för personen. Livsberättelsen kan också vara muntlig. De intervjupersoner som inte uttryckligen nämnde livsberättelsen poängterade ändå vikten av att känna till den boendes bakgrund och intressen för att kunna använda sig av den informationen vid avledande situationer. En intervjuperson beskrev vikten av att använda personcentrerad omvårdnad:

Det är a och o att man ska veta vem det är man har att göra med så man kan göra en personcentrerad omvårdnad att man vet då att hon vill vara barfota ...ja *skratt* men du vet, det finns en massa såna där saker. (IP 2)

Samtliga beskrivningar handlade om hur intervjupersonerna på olika sätt knöt an till områden de visste intresserade den boende för att fånga uppmärksamheten. ”Det är jätteviktigt att man har information om personen bakåt, vad personen var intresserad av och vad personen tycker är roligt och vad tycker personen inte om för då kan man hela tiden falla tillbaka på den mallen” (IP 5).

En belysande beskrivning av hur omsorgspersonalen använder sig av livsberättelsen är:

Det var en man som ville gå ut, han vill hem till sin fru, som inte finns längre, och för att inte behöva tala om för honom, du kan inte gå hem för lägenheten finns inte kvar och din fru har avlidit, vilket gör honom väldigt uppriven och ledsen så gick jag in med honom på hans rum och han fick spela dragspel för mig (...) och sen när han har gjort det någon liten halvtimme eller så då kommer han ut och vill umgås istället, då har det blåst över så det är väl lite mer att avleda och försöka prata om något man vet att personen är intresserad av. (IP 7)

Slutligen får samma intervjuperson beskriva hur det kan gå till när livshistorien används som ett verktyg för att avleda och även att det inte alltid fungerar:

Det kan ju vara att man har en situation där personen inte får bestämma själv därför att det inte är patientsäkert att den får bestämma själv, då skulle man ju kunna använda sig av informationen från bakåt i tiden att man plockar fram saker som de tycker är roligt, ett instrument eller eller man kanske kan gå in och prata om djur eller i nåt annat fall kanske man kan ta en rundtur eller på nåt sätt vara närvarande bara, alltså det är ju så det går ju inte alltid i alla fall att avleda alla gånger eller använda information utan ibland blir det ju så att man helt enkelt får sitta där och vara där ...i hopp och förtvivlan. (IP 7)

Hinder för att använda livsberättelsen som verktyg för de avledande strategierna beskrevs också relaterat till egenskaper hos omsorgspersonalen. Även om kunskap fanns om livsberättelsen, så kunde

de på grund av brister i sin kompetens inte använda den på ett framgångsrikt sätt, och de avledande strategierna misslyckades.

6.4.3 Personalgruppen som verktyg

Intervjupersonerna beskrev att personalgruppen på olika sätt var ett stöd i genomförandet av begränsande strategier. Det som främst upplevdes vara ett stöd var att gruppen kom fram till gemensamma beslut om hur de skulle agera i vissa situationer. Alla intervjupersoner utom en beskriver att det finns forum på arbetsplatsen där personalgruppen diskuterar olika situationer som kan uppstå i arbetet med de boende. Forumen på arbetsplatserna såg ut på olika sätt och hade olika deltagare, i vissa deltog bara omsorgspersonalen i andra var sjuksköterskor och chefer med. Gemensamt var att personalgruppen delade med sig av erfarenheter och kom fram till gemensamma beslut om vilka strategier de skulle använda sig av. Strategierna som valdes var de som gruppen ansåg fungerade bra i vissa situationer och med vissa boende. All personal ska sedan hålla sig till de överenskomna strategierna i sitt arbete. Det som upplevdes vara positivt med detta var att de kunde använda sig av de gemensamma besluten i sitt arbete. Situationer där de boendes självbestämmanderätt blev åsidosatt upplevdes också minska eftersom bemötandet ledde till att färre sådana situationer uppstod. Så här beskriver en intervjuperson:

Det finns ju såna här tillfällen ...reflektionstider ...och då kan man ta upp olika fall som man vart med om och tycker är jobbigt och då pratar vi om hur man ska lösa den här situationen så den inte händer igen (...) och sen beslutar man om hur man ska göra och bemöta den här människan i olika situationer. (IP 1)

Personalgruppen upplevdes även som ett informellt stöd. Intervjupersonerna beskrev att de i det dagliga arbetet diskuterade och gav råd och tips till varandra om olika situationer kring de boende. Flera tog upp att det var viktigt att kunna använda personalgruppen som ett stöd i situationer som upplevdes vara svåra att klara av på egen hand. Som beskrivits i tidigare rubrik är egenskaper hos omsorgspersonal något samtliga intervjupersoner framhåller som ett verktyg i arbetet. Personalgruppen används även som ett stöd de dagar intervjupersonerna känner att de inte klarar att använda de egenskaper som anses som nödvändiga för att arbetet ska bli bra:

mm, till exempel om man känner att det är arbetsamt att arbeta med en boende, man måste ju ha tålamod, då säger vi ju det att 'nej det är inte min dag idag, kan du hjälpa mig att göra det här' och då kan man byta rum (...). (IP 3)

Detta beskrivs som något som också är till den boendes fördel eftersom det gör att den boende får ett anpassat bemötande och därmed minskar risken för inskränkningar i självbestämmanderätten. Så här beskriver en av intervjupersonerna hur det kan vara:

När man går in till en boende som man ska hjälpa, vi säger att det är en som är besvärlig ...då gäller det att ha en positiv inställning när man går in, för är man negativ, nåä det går bara inte, nej så är det. Så det är vi överens om, att om det är någon som är det en dag då ska man inte ta den här personen, så kan det vara. (IP 6)

Ytterligare orsaker som beskrevs minska personalgruppens styrka som verktyg för de avledande strategierna var att de gemensamma besluten som togs inte alltid följdes. Här går det åter att se att rätt kompetens hos omsorgspersonalen är en resursbrist. Intervjupersonerna beskrev att de boende mådde bättre och därför också blev lugnare när de fick samma bemötande från all personal. Det uppstod färre situationer där deras självbestämmanderätt begränsades när omsorgspersonalen följde de gemensamma besluten. En av intervjupersonerna beskriver svårigheten med de gemensamma besluten så här ”[personalgruppen] hittar ett gemensamt beslut, som då alla ska följa sedan, det är det svåra, att alla ska följa det sen, det som har beslutats, det svåra är med personalen att man ska göra det som man bestämt.” (IP 4)

6.5 Sammanfattning av resultat

De teman som har lyfts fram och tolkats från intervjutexterna är skydda, resurser och avledande strategier. Resultatet visar att omsorgspersonalens främsta skäl till att begränsa självbestämmanderätten för en person med demenssjukdom är olika skyddsaspekter som risk fysiska skador, av hygienskäl och risk för de konsekvenser som de demenssjukas egna beslut kan leda till. Självbestämmanderätten kan även begränsas då det inte finns resurser i form av personal och tid. Temat som handlar om hur omsorgspersonalen genomför skyddandet är avledande strategier. De avledande strategierna är det som omsorgspersonalen beskriver som ett stöd i de situationer där begränsande besluten tas. Egenskaper hos omsorgspersonal, livsberättelsen och personalgruppen är de verktyg som används för att genomföra de avledande strategierna.

7 Analys

Här analyseras resultatet med hjälp av teori. Analysen sker med hjälp av DBO-teori och resultatet förklaras genom att dess teman sätts in i teorins grundläggande förklaringsmodell. Analysen presenteras också med hjälp av en grafisk illustration för att göra det mer överskådligt. Colemans graf används för att tydliggöra relationen mellan mikro- och makronivå.

7.1 Analys DBO-teori

Genom att sätta in uppsatsens resultat i DBO-teorins grundläggande teoretiska förklaringsmodell går det att tydliggöra vad som motiverar att en person med demenssjukdom på särskilt boende begränsas i sin självbestämmanderätt. De handlingar som omsorgspersonal utför blir belysta och förklarade genom att de ses som meningsfulla utifrån den intention som ligger bakom dem. Förhoppningsvis leder detta till en ökad förståelse för omsorgspersonalens beslut och handlingar vilka leder till begränsningar i självbestämmanderätten för demenssjuka personer. När resultatet struktureras med hjälp av modellen kan det också göra att det blir tydligare vad som styr och påverkar besluten. Kopplingar mellan mikro- och makronivå blir också lättare att upptäcka.

7.1.1 Handlingar

Här återfinns beskrivningar av hur omsorgspersonalen begränsar personer med demenssjukdom i deras självbestämmanderätt. Det som i resultatet beskrivs som *avledande strategier* är i analysen valda att se som *handlingar* i enlighet med hur DBO-teorin beskriver dessa.

7.1.2 Intentioner

Bakom omsorgspersonalens handlingar, i resultatet de avledande strategierna, finns vad DBO-teorin kallar *intentioner*. Intentionen hos omsorgspersonalen ses här som syftet att skydda den demenssjuke. Följande skyddsaspekter beskrivs i resultatdelen leda till att den demenssjuke begränsas i sin självbestämmanderätt: fysisk hälsa, hygien, konsekvenser av beslut.

7.1.3 Preferenser

Omsorgspersonalens preferenser är vad de vill eller inte vill ska hända eller vara fallet. Hedström (2007, s. 87) beskriver att preferenserna ändras och anpassas efter vad som är rimligt och möjligt. Här ses preferenserna som det omsorgspersonalen vill respektive inte vill ska hända med den demenssjuke personen. I resultatdelen framkommer detta till exempel i beskrivningar av att omsorgspersonalen vill: duscha den boende, de vill sköta sår, tvätta. Omsorgspersonalen vill inte: att de går ut på egen hand, att de går vilse, att de blir skadade.

7.1.4 Verklighetsuppfattningar

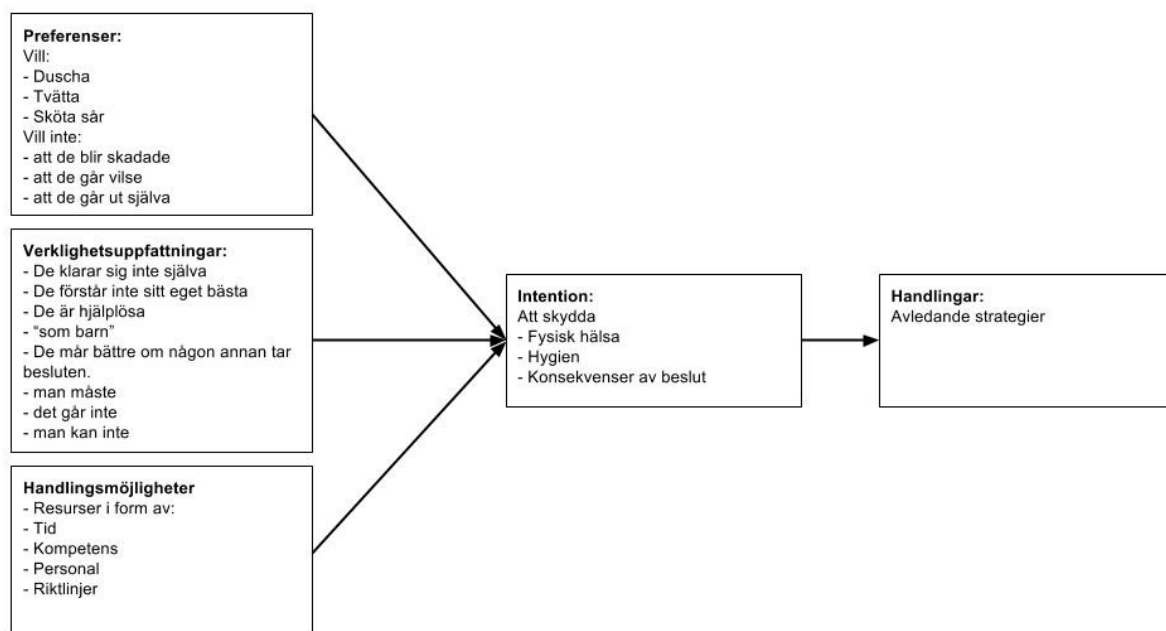
Är här valt att ses som de antaganden omsorgspersonalen gör kring den boende och hur de själva förhåller sig till detta. I resultatdelen beskrivs det som att de demenssjuka personerna inte klarar sig själva, att de inte förstår konsekvenserna av sina beslut, att de mår bättre av att någon annan tar

besluten, att de är hjälplösa samt jämförelser med barn. Omsorgspersonalen beskriver att ”man måste, det går inte, man kan inte” i situationer där de begränsar självbestämmanderätten, förklaringarna hänvisar alltid till skyddsaspekten.

7.1.5 Handlingsmöjligheter

Yttre omständigheter i omsorgspersonalens arbetssituation ses här som handlingsmöjligheter. I resultatdelen återfinns dessa beskrivningar under temat *resurser*. Det är beskrivningar av de yttre omständigheter som leder till att den demenssjuke begränsas i sin självbestämmanderätt. I resultatet finns beskrivningar av för låg bemanning, personal med fel kompetens och en arbetsgrupp som inte samarbetar. Frånvaron riktlinjer och rutiner som kan vägleda i situationer där självbestämmanderätten inskränks ses också som något som påverkar handlingsmöjligheterna.

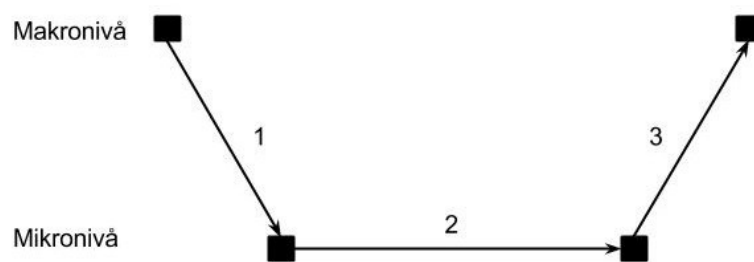
7.1.6 Illustration av analysen



Figur 7.1.6 Illustration av resultatet strukturerat efter DBO-teorins grundläggande postulat, modellen hämtad från Hedström (2007, s. 128)

7.2 Analys mikro- och makronivå

Colemans graf är till hjälp för att förklara hur omsorgspersonalens handlingar kan påverka makronivån och även hur de bakomliggande orsakerna till handlingarna i sin tur går att relatera till påverkan från makronivå.



Figur 6.2 Mikro-makro-mikro graf (Coleman, 1986, s. 1322)

Pil 1. Makro till mikro: Resurser, riktlinjer, rutiner, lagstiftning

Pil 2. Mikro: Omsorgspersonalens preferenser, verklighetsuppfattningar och handlingsmöjligheter som leder till den intention som ligger bakom handlingar som innebär att självbestämmanderätten för demenssjuka begränsas.

Pil 3. Mikro till makro: Handlingar, som genom att beskrivas som avledande döljer att demenssjuka personers mänskliga fri- och rättigheter inte tillgodoses.

Preferenser, verklighetsuppfattningar och handlingsmöjligheter påverkas av makronivån (pil 1 i figuren). Preferenserna ändras och anpassas som beskrivet, av vad som är rimligt och möjligt. Det går att se att omsorgspersonalen anpassar sina preferenser efter de förutsättningar som finns i den kontext de befinner sig. Med andra ord går det att säga att omsorgspersonalens vilja till viss del är beroende av de förutsättningar som finns. Verklighetsuppfattningarna, med andra ord, de antaganden som omsorgspersonalen gör om de demenssjuka går att se som ett uttryck för och en förklaring till att begränsningar i självbestämmanderätten sker. Eftersom omsorgspersonalen inte har lagar, riktlinjer eller rutiner att förhålla sig till i de beslut de tar när de begränsar självbestämmanderätten för demenssjuka personer så går det att se det som att de till stor del skapar föreställningar och förhållningssätt som förklaringar till sina handlingar. Handlingsmöjligheterna är de faktum som omsorgspersonalen måste förhålla sig till i sitt arbete och är i stor utsträckning kopplade till resurser i form av tid och personal men även kompetens och organisation.

Omsorgspersonalens gemensamma handlingar, de avledande strategierna, går att se som sociala fenomen vilka kan i ge utfall på makronivå (pil 3 i figuren) Genom att handlingarna beskrivs som avledande istället för inskränkningar i en persons självbestämmanderätt kan detta ge emergenta sociala utfall makronivå. Handlingarnas egentliga innebörd förminskas och får därmed inga konsekvenser i form av lagstiftning och ökade resurser. Processen fortsätter på så sätt genom att preferenserna, verklighetsuppfattningarna och handlingsmöjligheterna påverkas av makronivån.

7.3 Sammanfattning analys

Med hjälp av DBO-teori går det att se begränsningarna i självbestämmanderätten, beskrivet som avledande strategier, som handlingar vilka utförs med intentionen att skydda de boende. Vidare beskrivs de preferenser, verklighetsuppfattningar och handlingsmöjligheter som ligger bakom intentionen som omsorgspersonalens vilja att påverka den demenssjuke i en viss riktning, antaganden om den demenssjukes förmågor och slutligen de resurser som finns i arbetet. Colemans graf förtydligar sambanden mellan mikro- och makronivå och visar att bakomliggande orsaker till begränsningar i självbestämmanderätten påverkas av makronivån och handlingarna som innebär begränsningar är något som i sin tur påverkar makronivån.

8 Slutsatser och diskussion

Här redovisas slutsatser från resultat och analys. Sedan följer en diskussion om resultatet i förhållande till tidigare forskning, där den största delen upptas av hur resultatet kan förstås i förhållande till Harnetts (2013) avhandling. En mer långtgående och personlig diskussion kring hur resultatet kan analyseras i förhållande till de teoretiska utgångspunkterna återfinns och slutligen presenteras förslag på framtida forskningsfrågor.

8.1 Slutsatser

Syftet med uppsatsen har varit att undersöka vilken erfarenhet och upplevelse som finns hos omsorgspersonal som arbetar på särskilda boenden för personer med demenssjukdom av att begränsa de boendes självbestämmanderätt. Genom detta har även syftet varit att få en ökad förståelse för vad som kan motivera beslut som leder till handlingar som begränsar demenssjukas självbestämmanderätt.

Slutsatserna från resultat och analys visar att:

- Omsorgspersonal har erfarenhet av att begränsa självbestämmanderätten för personer med demenssjukdom.
- Omsorgspersonalens främsta motiv för att begränsa självbestämmanderätten för en person med demenssjukdom är olika skyddsaspekter som risk fysiska skador, av hygienskäl och risk för de konsekvenser som kan bli följden om begränsningar inte sker.
- Omsorgspersonalens upplevelse av att begränsa självbestämmanderätten för personer med demenssjukdom förklaras i termer av att de avleder.
- Beslutet om att begränsa de demenssjukas självbestämmanderätt sker med hänvisning till att det är något måste göras då den demenssjuke inte förstår konsekvenserna av sina beslut.
- Självbestämmanderätten begränsas även av bristande resurser i form av personal och tid.
- Omsorgspersonalens gemensamma handlingar sker på mikronivå, dessa handlingar kan ge utfall på makronivå: genom att inskränkningarna i de demenssjukas självbestämmanderätt benämns som avledande handlingar innebär det att den faktiska innebörden av handlingen, vilket är att inskränka en persons mänskliga fri- och rättigheter, inte framkommer tydligt.
- Genom att det inte tydligt framkommer att demenssjukas fri- och rättigheter inte blir tillgodosedda går det att göra antagandet att resurser i form av lagstiftning, riktlinjer eller ekonomiska förutsättningar för omsorgen av demenssjuka inte heller kommer att ändras. Detta

innebär att handlingarna i förlängningen även påverkar utfallet från makronivån till mikronivån och att förutsättningarna för omsorgspersonalens agerande inte heller kommer ändras.

8.2 Diskussion kring tidigare forskning

Syftet med uppsatsen var att undersöka omsorgspersonals upplevelse och erfarenhet av att begränsa självbestämmanderätten för personer med demenssjukdom som bor på särskilt boende och genom det öka förståelsen för vad som motiverar handlingar som innebär att självbestämmanderätten begränsas. Resultatet visar stor samstämmighet med tidigare forskning beträffande de erfarenheter och anledningar som omsorgspersonalen beskriver och refererar till som orsaker till begränsningar. Samtlig tidigare forskning visar att när tvångsåtgärder används så är skyddsaspekten i kombination med att handlandet sker med den demenssjukes bästa i åtanke en dominerande anledning (Harnett, 2013; Jakobsen & Sörlie, 2010; Kirkevold & Engedal, 2004; Lejman m.fl., 2013; Mattiasson, 1995; More & Haralambous, 2007).

Resultatet belyser även i likhet med annan forskning (Harnett, 2013; Jakobsen & Sörlie, 2010; Mattiasson, 1995) att omsorgspersonalen är medvetna om och anser det viktigt att de boendes inflytande respektive självbestämmande tillgodoses. Det framgår vidare i den här uppsatsen precis som i flera andra studier att omsorgspersonalen då hänvisar till olika orsaker som beskrivs ovan som förklaring till varför inflytande och självbestämmanderätt ändå inte tillgodoses och när det tillgodosågs så skedde det inom ramarna för vad rutinerna på boendet tillät (Harnett, 2013; Jakobsen & Sörlie, 2010; Mattiasson, 1995).

Vidare visar uppsatsens resultat att hänvisning till bristande resurser i form av för lite tid, för lite personal och felaktig bemanning som förklaringar till att begränsningar i självbestämmanderätten förekommer och dessa anledningar återfinns även i samtlig tidigare forskning (Harnett, 2013; Jakobsen & Sörlie, 2010; Lejman m.fl., 2013; Mattiasson, 1995; More & Haralambous, 2007).

Resultatet överensstämmer också med tidigare forskning (Harnett, 2013; Jakobsen & Sörlie, 2010; Lejman m.fl., 2013; Mattiasson, 1995; More & Haralambous, 2007) om vilka situationer som omsorgspersonalen beskrev att den demenssjukes självbestämmanderätt inte respekterades: det handlade om hygien och dusch, behandling samt möjligheten att röra sig fritt och andra situationer där personalen ansåg att det fanns risk för att den demenssjuke skulle komma till skada.

Ett resultat som redovisas i uppsatsen är att omsorgspersonalen inte känner till några rutiner eller riktlinjer för situationer där beslut om inskränkningar i självbestämmanderätten sker, detta framkommer även i Lejman m.fl. (2013) forskning.

8.2.1 Diskussion kring tidigare forskning *The trivial matters*

Genom att se omsorgspersonalens beskrivningar av hur de begränsar personer med demenssjukdom (de avledande strategierna) som handlingar som utförs med intentionen att skydda de boende går det att få en större förståelse för varför de sker. Omsorgspersonalen hänvisar till orsaker som gör att de

inte kan tillgodose de boendes självbestämmanderätt i form förklaringar som hänvisar till bristande resurser. Vidare har de gemensamma uppfattningar som innebär att den boende har bristande beslutsförmåga och därför inte förstår konsekvenserna som besluten leder till. De hänvisar också till skyddsaspekter som handlar om medicinska och hygienrelaterade orsaker.

Omsorgspersonalen kan inte referera till lagstiftning eller riktlinjer som en orsak till att de boende begränsas av den enkla orsaken att det inte finns någon sådan. De är vidare medvetna om att de inte får inskränka den boendes självbestämmanderätt. Sammantaget leder det till att de väljer att beskriva sina begränsande handlingar som avledande.

I likhet med Harnetts studie visar resultatet att omsorgspersonalen är medvetna om och anser det viktigt att de boendes inflytande respektive självbestämmande tillgodoses. I båda studierna framgår det vidare att omsorgspersonalen hänvisar till olika orsaker som förklaring till varför inflytande och självbestämmanderätt ändå inte tillgodoses. Förklaringarna som ges gör att handlingarna framstår som logiska och moraliskt riktiga. Dessa förklaringar kallas i Harnetts avhandling accounts. I den här uppsatsen går det att med hjälp av DBO-teorins begrepp se det som beskrivs som intentioner, preferenser, verklighetsuppfattningar och handlingsmöjligheter har samma funktion för omsorgspersonalen som accounts. Omsorgspersonalens beskrivningar av de bakomliggande orsaker som gör att de demenssjukas självbestämmanderätt inte tillgodoses blir rättfärdigade genom att de hänvisar till att den demenssjuke måste skyddas.

Resurser i form av för lite tid, för lite personal, felaktig bemanning som förklaringar är gemensamma. Vidare framkommer att de boendes inflytande respektive självbestämmande bara kunde tillgodoses inom ramarna för vad rutinerna på boendet tillät. I Harnetts studie ges duschmöjligheter som ett exempel. I den här uppsatsen är också beskrivningar av duschrutiner ett exempel på när omsorgspersonalen tillgodoser den boendes självbestämmanderätt inom ramarna för rutinerna på boendet. Möjligheten att komma ut är ytterligare ett exempel på detta från den här uppsatsens intervjuer, omsorgspersonalen beskriver att de boende får gå ut –när omständigheterna på avdelningen i form av rätt bemanning och rätt tid på dagen stämmer överens med den boendes önskan. En skillnad mellan studierna är att omsorgspersonalen i den här uppsatsen utöver nämnda teman hänvisade till den demenssjuke personens oförmåga att förstå konsekvenserna av sina beslut som en förklaring till att självbestämmanderätten inte tillgodosågs. En rimlig förklaring till denna skillnad i resultaten är att studien är genomförd i en delvis annan kontext, särskilt boende för demenssjuka.

Harnetts studie visar också hur omsorgspersonalen genom att inte ta de boendes klagomål på allvar begränsar deras inflytande. Genom att inte se klagomålen som något som är värt att tas på allvar så blir det inte heller något allvarligt att bortse ifrån dem. Det går att se omsorgspersonalens avledande strategier som ett uttryck för samma förminskade förhållningssätt mot de boende. Genom att handlingarna beskrivs som avledande så förminskas handlingens egentliga innebörd, vilket är att begränsa en person i dennes självbestämmanderätt. Beskrivningarna av de avledande strategierna som något positivt är ytterligare något som förminskar allvaret i handlingen och begränsningarna i de

demenssjukas självbestämmanderätt blir på så sätt avdramatiserad.

8.3 Diskussion analys

Med hjälp av Colemans graf kan utfall av omsorgspersonalens handlingar på samhällsnivå belysas. Omsorgspersonalen befinner sig i ett sammanhang vars yttre handlingsutrymme är definierat av andra aktörer till exempel organisation, lagstiftning och resurstilldelning. Det går att se utfallet av omsorgspersonalens gemensamma handlingar, de avledande strategierna som sociala fenomen (Hedström, 2007, s. 142) vilka påverkar diskursen kring vården och omsorgen på särskilda boenden för demenssjuka.

Det eventuella emergenta sociala utfall detta får på makronivå går att se som att de hindrande strategier som omsorgspersonalen använder sig av och hänvisar till i situationer där den demenssjukes frihet och självbestämmande förhindras kan möjliggöra en fortsatt vård och omsorg på särskilda boenden utan lagstiftning och riktlinjer. Oavsiktligen förmedlas en bild av att de demenssjukas lagstadgade mänskliga fri- och rättigheter på särskilda boenden tillgodoses. Genom användandet av avledande strategier upprätthålls på så sätt ett system där ansvaret för att besluta om att inskränka mänskliga fri- och rättigheter fortsätter vara något som omsorgspersonalens förväntas besluta om. Det går även att föreställa sig att de avledande strategierna får ekonomiska konsekvenser, då den beskrivna bristen på resurser i form av till exempel personal, tid och kompetens inte uttrycks i termer av att det äventyrar den demenssjukes lagstadgade fri- och rättigheter.

Ett ytterligare exempel går att se i formuleringen till förkastandet av lagförslaget om tvångslagstiftning inom demenssjukvården där det hänvisas till det goda arbete som pågår inom demensvården (Socialdepartementet, 2013). Vidare finns i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg av demenssjuka inte något stöd för omsorgspersonalens beslut angående begränsningar i de demenssjukas självbestämmanderätt. Det verktyg som erbjuds för omsorgspersonal är främst personcentrerad omvårdnad (Socialstyrelsen, 2010b, s. 21). Den har också en framträdande plats i det goda arbetet enligt pressekreteraren för barn- och äldreminister Maria Larsson (Markus Jonsson, personlig kommunikation, 1 juli 2014). Den personcentrerade omvårdnaden har stora likheter med de avledande strategier och dess verktyg som beskrivs av intervjupersonerna. Vad som främst skiljer dem åt är att i den personcentrerade omvårdnaden ingår att de demenssjuka ska vara delaktiga i beslut gällande dem själva samt att deras självbestämmanderätt inte får hindras. Orsaken till denna skillnad kan förklaras med att personcentrerad omvårdnad i omsorgen av demenssjuka är en metod som tillhandahålls från makronivå. Metoden som framhålls kan därför inte gå utanför rådande lagstiftning och därmed ingår självbestämmanderätten som en viktig del. På mikronivå kan inte omsorgspersonalen omfatta alla aspekter av den personcentrerade omvårdnaden eftersom samhället inte erbjuder det som skulle göra det möjligt i form av resurser och lagstiftning.

Detta innebär, om mesonivån inkluderas i diskussionen att verksamheter och organisationer därmed inte kan tillhandahålla stöd som omsorgspersonalen kan använda sig av vid beslut om begränsningar

av den demenssjukes självbestämmanderätt eftersom det inte finns något lagstöd för sådana rutiner eller riktlinjer. Omsorgspersonalen arbetar därmed och tar beslut i en kontext där det inte finns någon lagstiftning som reglerar begränsningar av demenssjuka personers självbestämmanderätt. Här uppstår återigen en diskrepans mellan samhällets beskrivningar av hur omsorgen av demenssjuka ska gå till och den dagliga praktiken som utförs av omsorgspersonal.

En lagstiftning som tillät vissa tvångsåtgärder skulle kanske inte i praktiken påverka förhållandena för en person med demenssjukdom på ett särskilt boende. Det skulle däremot i förlängningen kunna leda till att handlingar och beslut benämndes på ett annat sätt och på så sätt synliggöra vad som sker. Vidare skulle det också innebära att omsorgspersonalen inte skulle behöva göra bedömningen och ta beslut om när och hur begränsningar i den demenssjukes självbestämmanderätt ska fattas. Omsorgspersonalen skulle inte heller riskera att arbeta utanför lagen, de skulle därför också ha tillgång till rutiner och riktlinjer som förklarade och underlättade i de situationer som uppstår.

8.4 Framtida forskning

För framtida forskning går det att se ett flertal intressanta områden vilka skulle kunna ge en mer komplex och fördjupad förståelse för orsaker som leder till att demenssjuka begränsas i sin självbestämmanderätt.

Ett område att beforska för att ytterligare fördjupa förståelsen men framförallt belysa andra aspekter, skulle behandla de äldres egen uppfattning om hur de upplever att deras självbestämmanderätt tillgodoses. Detta område verkar också vara relativt outforskat. Att inkludera närståendes erfarenheter av begränsningar i självbestämmanderätten för den demenssjuke skulle tillföra ytterligare ett perspektiv.

En studie som belyser samspelet mellan de äldre och omsorgspersonalen skulle vara givande och eventuellt ge en ökad förståelse för varför de avledande strategierna som beskrivs i den här uppsatsen verkar vara så framgångsrika. Med hjälp av till exempel DBO-teori skulle det vara möjligt att ge förklaringar till vad som sker i interaktionen mellan aktörerna som leder till att de avledande strategierna uppnår sitt syfte.

En annan fråga värd att ställa är: hur resonerar biståndshandläggare och enhetschefer kring de frihetsbegränsningar personer med demenssjukdom utsätts för på särskilda boenden. Forskning som tillför ett hierarkiskt perspektiv där organisation och olika beslutsfattandenivåer ingår skulle säkerligen föra med sig nya resultat.

9 Referenslista

- Backman, J. (2008). Rapport och uppsatser (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2011). Samhällsvetenskapliga metoder (B. Nilsson övers.). (2 uppl.). Malmö: Liber (Originalarbete publicerat 2008).
- Blennberger, E. (2005). Etik i socialpolitik och socialt arbete. Lund: Studentlitteratur
- Coleman, J. S. (1986). Social theory, social research, and a theory of action. *American Journal Of Sociology*, 91(6), 1309-1335. doi:10.1086/228423
- Ds 2003:47. *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser till personer med demenssjukdom och deras anhöriga*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/421>
- Edvardsson, D. (red.) (2010). Personcentrerad omvårdnad. Definition, mätskalor och hälsoeffekter. I <http://www.ivo.se/publiceratmaterial/ovrigt/Documents/bedomningskriterier-inom-aldreomsorgen.pdf>. Edvardsson (red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (s. 29-35). (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Harnett, T. (2010). *The Trivial Matters: Everyday power in Swedish elder care*. (Doktorsavhandling, Högskolan i Jönköping, Institutet för gerontologi). Från <http://hj.divaportal.org/smash/get/diva2:300847/FULLTEXT01.pdf>
- Hedström, P. (2005). *Dissecting the social: on the principles of analytical sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hedström, P. (2007). Sociala påverkansprocesser. I C. Edling & J. Rydgren (Red.), *Social handling och sociala relationer* (s. 125-146). Stockholm: Natur & kultur.
- Hermerén, G. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1340207445825/God+forsknings+sed+2011.1.pdf>
- Jakobsen, R., & Sørlie, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289-300. doi:10.1177/0969733009355375
- Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004). A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *British Journal Of Nursing*, 13(15), 902-905. Hämtad från databasen Academic Search Premier
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (Red.) (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod. I S. Larsson, J. Lilja, K. Mannheimer (Red.) (2005), *Forskningsmetoder i socialt arbete* (s. 91-128). Lund: Studentlitteratur.
- Lejman E, Westerbotn M, Pöder U, Wadensten, B. (2013) The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nurs Ethics*. 20(3), 248-62. doi: 10.1177/0969733012463721.
- Mattiasson, A. (1995). *Autonomy in nursing home settings*. (Doktorsavhandling, Karolinska institutet). Stockholm: Norstedt
- Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal Of Advanced Nursing*, 58(6), 532-540. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04298.x
- SFS (2001:453). *Socialtjänstlag*. Hämtad den 15 augusti, 2014, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/
- SFS (1994:1219). *Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och*

- de grundläggande friheterna*. Hämtad den 15 augusti, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19941219-om-den-europei_sfs-1994-1219/
- SFS (1974:152). *Regeringsformen*. Hämtad den 15 augusti, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Kungorelse-1974152-om-beslu_sfs-1974-152/
- SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad den 15 augusti, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS (2003:460). *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad den 15 augusti, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- SFS (1962:700). *Brottsbalken*. Hämtad den 15 augusti, 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/
- Socialdepartementet. (2012). *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet* (Lagrådsremiss). Från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/20/49/74/088af99d.pdf>
- Socialdepartementet. (2013). *Ingen proposition om skyddsåtgärder i demensvården* (Pressmeddelande 1 februari 2013). Från <http://www.regeringen.se/sb/d/7487/a/208420>
- Socialdepartementet. (2014). *Åtgärder för att främja äldres hälsa, trygghet och självbestämmande* (Kommittédirektiv 2014:2). Från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/23/15/90/3ea9c29d.pdf>
- Socialstyrelsen. (1999a). *Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen* (Rapport 99:7). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (1999b). *Stärkt rättsskydd för äldre personer med nedsatt beslutsförmåga* (Skrivelse dnr 55-13773/99I). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010a). *Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder* (Meddelandeblad 2/2010). Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18033/2010-5-14.pdf>
- Socialstyrelsen. (2010b). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18012/2010-5-1.pdf>
- Socialstyrelsen (2012). *Nationella bedömningskriterier för kvalitet och rättssäkerhet inom socialtjänstens omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.ivo.se/publiceratmaterial/ovrigt/Documents/bedomningskriterier-inom-aldreomsorgen.pdf>
- Socialstyrelsen (2014). *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19331/2014-2-4.pdf>
- Sonde, L. (2013). *Vad kan Sverige lära?: tvingande skyddsåtgärder i Norge, England & Holland : erfarenheter av lagstiftning och utbildningar inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom*. Stockholm: Svenskt demenscentrum. Från http://www.demenscentrum.se/Documents/Myndigheter_departement_pdf/2013_SDC_VadKanSvLara.pdf
- SOSFS 1980:87 *Förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOSFS 1992:17 *Skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad*. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOSFS 2012:12 *Ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden*. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18792/2012-7-5.pdf>

- SOU 2006:110 *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården*. Från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/74164>
- Svenskt demenscentrum (2010). *För vems skull?: om tvång och skydd i demensvården*. Stockholm: Svenskt demenscentrum. Från http://www.demenscentrum.se/Documents/Myndigheter_department_pdf/2010_SDC_ForVemsSkull.pdf
- Svensson, P. & Starrin, B. (red.) (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Sjöström, U. (1994). Hermeneutik - att tolka utsagor och handlingar. I B. Starrin & P. Svensson (red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (s. 73-90). Lund: Studentlitteratur.
- Sveriges Radio (2013, februari 3). *Ingen lagstiftning om tvång i demensvården* (Ekot). Hämtad juli 9, 2014, från <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=5430606>

10 Bilagor

10.1 Bilaga 1: Intervjuguiden

Erfarenheten och upplevelsen (resonera kring situationer):

Har du någon gång varit med om en situation där en boende förhindrats från att göra något som den vill?

-kan du berätta om det

-kan du berätta hur du tänkte då

-hur kändes det

-för vems skull

-av vilken orsak

-hände det något på avdelningen i samband med situationen

-vad hade hänt innan

-hur tänker du kring det nu

-när du tänker tillbaka...tror du att det hade kunnat gå att göra på något annat sätt

-hade någonting blivit annorlunda då tror du

Kan du ge fler exempel?

Berätta om andra situationer som du varit med om?

-vad hände då

-hur tänkte du då

Om du fick bestämma, hur tänker du att det skulle kunna vara för att på bästa sätt tillgodose en demenssjuk persons frihet och självbestämmande?

-berätta

-skulle någonting vara annorlunda

Stöd och hjälp för att ta beslut (om att begränsa självbestämmanderätten):

När du tänker på situationer som vi pratat om: finns det någonting som hjälper dig att ta beslut i de situationerna?

(exempel på vad det kan vara om IP inte kommer på något: För vems skull, rutiner på avdelningen, riktlinjer, diskussioner, dokumentation, erfarenhet av liknande situationer, utbildning o s v)

-hade du velat ha stöd i någon annan form?

Om du tänker på hur andra i personalgruppen gör i liknande situationer som de du har berättat om...

-kan du berätta mer om det

-upplever du att ni som arbetar här på avdelningen tänker och gör på liknande sätt

-vad tror du kan påverka hur personal hanterar en situation som du beskrivit

Finns det tillfällen när personalen (ni) pratar om sådana här saker?

-är det något som man pratar om i personalgruppen

-berätta om det

-vad säger ni då

-hur gör ni då

-vilka är med då

-när gör ni det

Allmänna följdfrågor under intervjun

Kan du berätta mer om det

Hur tänkte du då

Hur tänker du nu

Kan du berätta vad du tänker kring det

Finns det någonting annat som du tänker kring det

10.2 Bilaga 2: Samtyckesbrev

Hej!

Mitt namn är Carin Alvant och jag är socionomstudent från Ersta Sköndal Högskola, Institutionen för socialvetenskap. Jag kommer under våren att skriva c-uppsats.

Jag vill börja med att tacka dig för att du vill delta i min undersökning.

Syftet med min uppsats är att undersöka vilken erfarenhet och upplevelse omvårdnadspersonal som arbetar på boende för personer med demenssjukdom har av att begränsa den boendes självbestämmande.

Jag kommer att intervjua mellan sex och tio personer som arbetar på olika boenden för personer med demenssjukdom. Det material som intervjuerna ger kommer att sammanställas och bearbetas och sedan utgöra uppsatsens resultat. Intervjuade personer samt arbetsplatser kommer att aidentifieras i uppsatsen.

Intervjun kommer ta mellan 30 och 45 minuter. För att jag ska kunna bearbeta intervjuerna kommer de att spelas in.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt och du kan avbryta din medverkan när som helst utan att du behöver förklara varför.

Den information som jag tar del av kommer endast att användas för uppsatsens syfte. Det kommer bara att vara jag, min handledare samt den person som granskar min uppsats som kommer få tillgång till materialet. Materialet kommer att förvaras på ett säkert sätt. När uppsatsen är godkänd kommer allt intervjumaterial att förstöras.

Om du är intresserad av att ta del av den färdiga uppsatsen så kommer den att publiceras i ett öppet arkiv för studentuppsatser och forskningspublikationer: www.diva-portal.org. Jag kan även skicka uppsatsen via mail eller brev om du önskar det.

Har du efter intervjutillfället några frågor så får du gärna kontakta mig.

Telefon: XXXX XXXXXX

Mail: carin.alvant@student.esh.se

Du godkänner ditt deltagande i undersökningen genom att underteckna detta brev.

Datum	Namn	Namnförtydligande
-------	------	-------------------

Tack för din medverkan!

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående person samt erhållit samtycke. Personen har även fått ett exemplar av informationen.

Datum	Namn	Namnförtydligande
-------	------	-------------------

10.3 Bilaga 3: Informationsbrev



Hej!

Mitt namn är Carin Alvant och jag är socionomstudent från Ersta Sköndal Högskola, Institutionen för socialvetenskap. Under våren kommer jag att skriva C-uppsats.

Syftet med min uppsats är att undersöka vilken erfarenhet och upplevelse omvårdnadspersonal som arbetar på boende för personer med demenssjukdom har av att begränsa den boendes självbestämmande.

Jag kommer att intervjua mellan sex och tio personer som arbetar på olika boenden för personer över 65 med demenssjukdom. Varje intervju beräknas ta mellan 30 och 45 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in. Det material som intervjuerna ger kommer att sammanställas, bearbetas och sedan utgöra uppsatsens resultat.

Intervjuade personer samt arbetsplatser kommer att oidentifieras i uppsatsen. Deltagandet bygger på frivillighet och intervjupersonen kan välja att avbryta sitt deltagande när som helst.

Du som verksamhetschef/avdelningsansvarig tillfrågas genom detta brev att ge samtycke till att intervjuer genomförs med anställda inom din verksamhet.

Om du har frågor kring studien är du välkommen att kontakta mig.

Tack för din hjälp!

Vänliga hälsningar

Carin Alvant

Mail: carin.alvant@student.esh.se

Telefon: XXXX XXXXXX

Genom att underteckna detta informationsbrev godkänner du deltagande i denna studie.

Datum

Namn

Namnförtydligande

10.4 Bilaga 4: Litteratursökning

Sökningarna har begränsats med *peer reviewed* och *forskningspublikationer* (med undantag för Age Line där begränsningen *peer reviewed* inte finns).

I samtliga nedan beskrivna sökningar har sökorden som uppges använts i olika kombinationer.

Endast de kombinationer som gav relevanta träffar och i uppsatsen använd litteratur redovisas.

Om andra kombinationer av sökorden gav träffar på redan funnen litteratur redovisas det inte.

Återkommande träffar på litteratur som redan hittats i andra databaser redovisas inte.

Svenska sökord: Äldre*, demens*, självbestämmande*, autonomi, vård*, omsorg*, tvång*, restriktioner, etik, etiska.

Engelska sökord: Old* people, dementia, autonomy, self determination, staff, care givers, care providers, coerc*, constraint, restraint, nursing homes, geriatric nursing, elder care, geriatric care, ethic*, ethical

Sökningar har gjorts i följande databaser i kronologisk ordning: ESH discovery, Libris, Artikelsök, Diva, Academic Search Premier, Age Line, SocINDEX, CINAHL plus with Full Text, MEDLINE with Full Text

ESH discovery

Svenska sökordskombinationer

Inga sökordskombinationer gav relevanta träffar

Engelska sökordskombinationer

coercive treatment, nursing homes, decision: 1 relevant träff: Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U., & Wadensten, B. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia.

Libris

Svenska sökordskombinationer

demen tvång** : 1 relevant träff: Sonde, L. (2013). Vad kan Sverige lära?: tvingande skyddsåtgärder i Norge, England & Holland: erfarenheter av lagstiftning och utbildningar inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

Engelska sökordskombinationer

autonomy nursing home: 1 relevant träff: Mattiasson, A. (1995). Autonomy in nursing home settings.

Artikelsök

Inga relevanta träffar

DIVA

Svenska sökordskombinationer

Engelska sökordskombinationer

Elder staff: 1 relevant träff: Harnett, T. (2010). The Trivial Matters: Everyday power in Swedish elder care.

Academic Search Premier

Old autonomy demen**: 1 relevant träff: Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers.

restrain home* demen**: Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2004). A study into the use of restraint in nursing homes in Norway.

restrain nurs* old** : Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities.

Age Line

(Ej *peer reviewed*)

Inga nya träffar

SocINDEX

Inga nya träffar

CINAHL plus with Full Text

Inga nya träffar

MEDLINE with Full Text

Inga nya träffar