



Ersta Sköndal högskola
Institutionen för socialvetenskap
Socionomprogrammet 210 hp

I valet och kvalet

En kvalitativ studie om äldreomsorgens etik

Sanna Tinglöf

Examensarbete i socialt arbete, 15 hp

SOC63, VT-2015

C-uppsats

Handledare: Anna Whitaker

Examinator: Ann Björkdahl

Förord

Ett största tack vill jag rikta till de personer som gjort denna studie möjlig. Framförallt vill jag tacka de undersköterskor som genom sitt deltagande bidragit med de berättelser som utgör studiens primära empiri. Tack för er tid och er vilja att dela med er av era erfarenheter och tankar! Jag vill också uttrycka min tacksamhet till min handledare, Anna Whitaker, som kommit med ovärderliga synpunkter under arbetets gång och på så sätt hjälpt mig framåt i processen att skriva denna uppsats. Med din kunskap om fältet, din kompetens att handleda och din förmåga att motivera när hoppet känts lågt har du fått mig att se ljuset i tunneln och känna tillförsikt till mig själv och min förmåga. Stort tack för det! Ytterligare ett tack vill jag rikta till Emilia Forssell som genom sina storgruppshandledning har lyckats göra forskningsprocessen begriplig och hanterbar och bringat klarhet i många frågor som dykt upp längs vägen. Din förmåga att snabbt förstå vad problemet är och kunna förmedla en lösning eller förklaring som är lätt att förstå är beundransvärd och har varit en stor hjälp för mig. Slutligen vill jag ge mitt allra varmaste tack till min mamma Iréne och till min dotter Isabella som gör min tillvaro meningsfull. Ni har gett mig välbehövliga avbrott i skrivandet genom er närvaro, men likväl även behövliga stunder för mig själv och mitt uppsatsarbete. Tack för att ni är de ni är! Ett extra tack till dig mamma som dessutom stått ut med att ditt vardagsrumsbord under denna tid hållits gisslan av mig och de många högar med böcker som denna uppsats krävt.

Sanna Tinglöf

Stockholm, juni 2015

Sammanfattning

Det här är en studie om omsorgspersonals resonemang och erfarenheter av etik i deras yrkesutövning inom äldreomsorgens särskilda vård- och omsorgsboenden med demensinriktning. Studiens resultat bygger på kvalitativa intervjuer med fem undersköterskor från ett vård- och omsorgsboende i Stockholm. Metoden som använts för datainsamling är semistrukturerade intervjuer. Tolkning och bearbetning av den insamlade empirin har skett genom tematisk innehållsanalys där huvudteman och underteman identifierats och analyserats med hjälp av teorin om *Accounts* samt de etiska teorierna *konsekvensetik*, *deontologisk etik* och *dygdetik*. Slutsatser som gjorts utifrån resultat och analys är att undersköterskornas arbete är präglad av en mängd etiska val, men också av olika aktörers intressen som påverkar dessa val och vilka ibland försätter undersköterskorna i svåra lojalitetskonflikter. Det finns också en ovisshet kring huruvida de beslut och handlingar som undersköterskorna utför gentemot de äldre är till de äldres fördel. Andra konstateranden som kunnat göras är att det föreligger en maktobalans i förhållandet mellan undersköterskorna och de boende samt att ökade resurser och större förståelse för undersköterskornas arbete är viktiga aspekter för att kunna tillhandahålla en god vård och omsorg för de äldre.

Nyckelord: *Äldre, äldreomsorg, demenssjukdom, vård- och omsorgsboende, etik, omsorgspersonal, undersköterskor.*

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	6
1.1. Bakgrund	6
1.2. Problemformulering	7
1.3. Syfte och frågeställning.....	8
1.4. Begreppsdiskussion	8
1.4.1. Professionsetik.....	8
1.4.2. Respondenter	9
1.5. Förförståelse	9
2. Tidigare forskning	10
2.1. Forskning i internationell kontext	10
2.2. Forskning i svensk kontext.....	11
2.3. Sammanfattning av kunskapsläge	13
3. Metod	14
3.1. Kunskapsinhämtning	14
3.2. Urval och avgränsningar	14
3.3. Ansats och datainsamling.....	15
3.4. Bearbetning av data samt analys	16
3.5. Metodologiska överväganden	17
3.6. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	19
3.7. Forskningsetiska överväganden	20
3.8. Uppsatsens disposition	21
4. Resultat.....	22
4.1. Överväganden.....	22
4.1.1. Integritet, självbestämmande	22
4.1.2. Hänsyn till vem?.....	23
4.2. Förhållningssätt	24
4.2.1. Problemlösare	24
4.2.2. Professionalism	25
4.3. Försvårande faktorer	25
4.3.1. Ovisshet	25
4.3.2. Bristande ambition och engagemang hos kollegor	26
4.3.3. Begränsat handlingsutrymme	26
4.4. Förutsättningar för etik.....	27
4.4.1. Kunskap.....	27

4.4.2. Resurser	27
4.4.3. Behov av stöd	28
5. Teori	29
5.1. Accounts	29
5.1.1. Ursäkter	30
5.1.2. Rättfärdiganden	30
5.2. Moralfilosofi.....	30
5.2.1. Konsekvensetik och utilitarism	30
5.2.2. Deontologisk etik	31
5.2.3. Dygdetik	31
6. Analys.....	33
6.1. Accounts	33
6.1.1. Rättfärdiganden	33
6.1.2. Ursäkter	33
6.2. Moralfilosofi.....	34
6.2.1. Konsekvensetik och utilitarism	35
6.2.2. Deontologisk etik	36
6.2.3. Dygdetik	36
7. Avslutning	38
7.1. Slutsatser	38
7.2. Diskussion	39
8. Referenser.....	43
Bilaga 1. Informationsbrev	46
Bilaga 2. Intervjuguide	47
Bilaga 3. Informerat samtycke (lista)	49

1. Inledning

"With great power comes great responsibility". Citatet är hämtat från filmen *Spider-Man* av Stan Lee och Steve Ditko (2002), där karaktären Uncle Ben Parker uttrycker orden som en uppmaning till Spider-Man att vara ödmjuk inför den makt han i och med sina övernaturliga krafter förfogar över. Jag har valt citatet för att jag tycker att det är en målande beskrivning av ett sunt förhållande till makt, och det kan trots avsaknad av övernaturliga krafter appliceras på de allra flesta- om inte alla- arenor där maktstrukturer och beroendeförhållanden existerar. En sådan arena är äldreomsorgen, där de äldre står i klart beroendeförhållande till både de som beslutar om vilka behov som bedöms vara insatsgiltiga, företrädare för Socialtjänsten, men också till de utförare som har till uppdrag att verkställa de beviljade insatserna, omsorgspersonalen. En definition av makt som fungerar väl i studiens kontext är den som Max Weber tillhandahåller: "sannolikheten för att få igenom sin vilja i en social relation trots motstånd, oavsett varpå denna sannolikhet beror" (Weber, citerad i Karlsson, 2011, s.62). Med utgångspunkt i denna definition av makt kan förhållandet mellan de äldre och omsorgspersonal inom den svenska äldreomsorgens förstås, och av detta följer per definition även en etisk dimension där några av etikens grundfrågor aktualiseras; vad gör en handling eller regel rätt: goda konsekvenser eller direkta plikter? och vilket slags personer bör vi vara ur etisk synpunkt? (Blennberger, 2005, s. 28).

1.1. Bakgrund

Socialtjänstlagen (Socialtjänstlagen [SoL], SFS 2001:453, kap. 1, 1§) portalparagraf inrymmer i sitt tredje stycke formuleringen: "Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet". I lagen ägnas ett avsnitt åt särskilda bestämmelser som riktar sig till äldre. En värdegrund för äldreomsorgen som tillhandahålls genom socialtjänsten har tillkommit med syfte "att tydliggöra de etiska värden och normer som ska vara grunden för arbetet inom äldreomsorgen" (Socialstyrelsen, 2011, s. 2). Den nya värdegrunden lyder: "Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)" (SoL, kap. 5, 4§, 1 st.). Även en ny formulering har tillkommit i avsnittet om äldre i det femte kapitlet som än mer ska tydliggöra och underlätta äldre människors inflytande kring genomförandet av sina beviljade insatser (Socialstyrelsen, 2011, s. 2). Den nya formuleringen lyder enligt följande: "Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges." (SoL, kap. 5, 5§, 3 st.).

Bakgrunden till de två ändringarna uppgav dåvarande barn- och äldreminister Maria Larsson (Larsson, 2010) i en debattartikel i Dagens Nyheter var att sociala tillsynsrapporter och utredningar visat att äldre fortfarande har svårt att utöva inflytande över sina beviljade insatser, varför regeringen ansåg det nödvändigt att ytterligare förtydliga detta i lagen. Bland remissinstanserna ansåg dock bland andra Sveriges Kommuner och Landsting att rätten till inflytande redan fanns reglerat i lag och att

lagändringen därmed bara skulle göra lagen och tolkningsramen ännu mer otydlig (prop. 2009/10:116 s. 35).

Formuleringen i den tillkomna lagändringen som avser att förtydliga och underlätta äldre människors inflytande kring genomförandet av sina beviljade insatser har ett inbyggt tolkningsproblem i och med formuleringen ”... så långt det är möjligt...” (SoL, kap. 5, 5§, 3 st.). Formuleringen väcker frågor av typen: vart går gränsen för vad som är möjligt?; vem har mandat att sätta den gränsen? och ser förutsättningarna för vad som är möjligt och därmed gränsdragningarna likadana ut överallt? Ett område där formuleringen blir särskilt intressant att studera är äldreomsorgens demensvård, där sjukdomens påverkan på den mentala förmågan komplicerar förhållandet mellan självbestämmande och utövat inflytande.

1.2. Problemformulering

Självbestämmande och frigörelse av egna resurser är som nämnt viktiga eftersträvanden för den svenska äldreomsorgen. Målen är hämtade ur Socialtjänstlagen (SoL, kap. 1, 1§), vilken är en av de lagar som reglerar utförandet av äldreomsorgen. En normativ värdegrund för äldreomsorgen tillkom 2010 för att ytterligare betona viktiga förhållningssätt att leva upp till för verksamma inom äldreomsorgen (SoL, kap. 5, 4§, 1.st.). Insats om särskilt boende för äldre kan beslutas om för den som inte längre själv klarar av att bo på egen hand eller på annat sätt kan tillförsäkras ett värdigt liv i sitt hem genom andra insatser, exempelvis hemtjänst. Att bo på ett särskilt boende innebär en stor förändring för den enskilde. Inte minst kommer exempelvis personalstyrka, verksamhetens rutiner och personalens planering att påverka deras liv och vardag. Dessutom innebär en flytt till ett särskilt boende att vardagen numera kommer att delas med andra medboende. Detta fenomen är väl belyst i litteraturen inom det sociala arbetets fält (se bland annat Harnett, 2010; Jönson, 2006; Harnett, Jönson & Wästerfors, 2012; Whitaker, 2009).

De äldres situation på vård- och omsorgsboenden har av vissa forskare beskrivits som präglad av både makt och vanmakt (Harnett, Jönson & Wästerfors, 2012). Vårdskandaler uppdagas och blir till hett mediestoff. Personalen som arbetar med de äldre målas ut som illasinnade och oengagerade i de äldres omsorg och välmående.

Ett perspektiv som därför kan berika debatten med ett annat sätt att förstå de äldres situation på omsorgsboenden är att tillföra personalens resonemang och erfarenheter kring etikens roll i deras yrkesutövning. Det finns en problematik med att olika fenomen, som exempelvis äldres situation inom vård- och omsorgsboenden, blir för ensidigt belysta vilket kan innebära att förändringar till det bättre blir svårare att åstadkomma. Medvetenhet om företeelser som betraktas som problem skapar förutsättningar för att hitta nya sätt att betrakta dessa och att skapa förändring. Jönson (2006, s.22) betonar vikten av att bedriva forskning med olika perspektiv eftersom det är ”sådana studier som gör det möjligt att uppmärksamma resonemang och perspektiv som av olika anledningar är undertryckta eller frånvarande i debatten”. Genom att med denna studie lägga fokus på omsorgspersonalens

situation ur ett professionsetiskt perspektiv kan en bredare förståelse för äldreomsorgens brister, och därmed förändringsmöjligheter, bli möjlig.

1.3. Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att inom särskilda vård- och omsorgsboenden för äldre undersöka omsorgspersonals erfarenheter och resonemang kring sin yrkesutövning ur ett professionsetiskt perspektiv.

- i) Vilka etiska situationer beskriver omsorgspersonalen förekommer i deras yrkesutövning?
- ii) Hur beskriver omsorgspersonalen situationer som väcker etiska frågor i deras arbete?
- iii) Hur hanterar omsorgspersonalen etiska valsituationer?

1.4. Begreppsdiskussion

1.4.1. Professionsetik

Christoffersen (2007) talar om en äldre och en nyare definition av begreppet *profession*. Den klassiska definitionen består enligt Christoffersen av tre villkor som måste uppfyllas. Det första villkoret baseras på att professionen är kopplad till en bestämd yrkesutövning. Det andra villkoret handlar om att yrkesutövningen grundar sig på en bestämd utbildning som helst ska vara både långvarig och akademisk. Den ska också bygga på ett bestämt vetenskapligt ämne. Det tredje kravet är att det finns ett monopol inbyggt i yrkesutövningen, det vill säga endast de som har formell utbildning har behörighet och kompetens att utöva yrket, exempelvis läkare. Den klassiska definitionen har dock utvecklats till modernare tappning och idag har professionsbegreppet breddats till att även handla om sådana yrkesgrupper som bygger på mer generell kunskap och tvärvetenskapliga ämnen, exempelvis socionomer. Dessa yrkesgrupper har dessutom oftast någon typ av etisk kod kopplat till sig (ibid).

I min studie har jag dock valt att använda ordet *professionsetik* på liknande sätt som Gunilla Silfverberg (1996) använder ordet yrkesetik i sin doktorsavhandling *Att vara god eller att göra rätt*. Där argumenterar hon för att begreppet bör kunna användas för yrkesgrupper trots avsaknad av yrkesspecifika etiska kodexar. Ett sådant yrke kan enligt Silfverberg vara vårdbiträden inom hemtjänsten vars arbete kan omfatta många etiskt komplexa situationer, bland annat hjälp med personlig hygien och att sörja för omsorgstagarnas sociala välbefinnande. Hon skriver: ”Få andra yrken innebär som de i hemtjänsten en sådan mängd interventioner i andra människors liv av mångskiftande slag och ställer sina utövare inför en sådan mångfald av oförutsedda och komplicerade skeenden.” (ibid, s. 13). Samma villkor menar jag att undersköterskor inom äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden har att förhålla sig till. En avsaknad av en professionsspecifik etisk kod för undersköterskor behöver därför inte betyda att de i sitt arbete saknar etiska ställningstaganden som skulle kunna rymmas i en etisk kod. Tvärtom resonerar jag som Silfverberg i den meningen att ett utelämnande av äldreomsorgens undersköterskor och deras erfarenheter kring etiska dilemman i sitt

arbete skulle innebära en stor kunskapsbrist i det sociala arbetets forskning om äldreomsorgens praktik (ibid).

1.4.2. Respondenter

Studiens insamlade empiri utgörs av berättelser gjorda av undersköterskor. I presentationen av empirin växlar jag mellan att benämna undersköterskorna som: intervjupersoner, respondenter, omsorgspersonal, personal och omsorgsgivare för att variera språkbruket.

I den tidigare forskningen förekommer dock användandet av benämningarna personal, vårdpersonal, vårdgivare och omsorgspersonal där innebörden kan variera mellan att handla om undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, vårdbiträden eller andra yrkesgrupper verksamma inom vården. Detta framgår dock av presentationen av respektive forskningsbidrag.

1.5. Förförståelse

Under hösten 2014 genomförde jag min verksamhetsförlagda utbildning om 16 veckor på ett vård- och omsorgsboende för äldre. Detta var min första kontakt med äldreomsorgen och min roll inom verksamheten var att praktisera som verksamhetschef. Boendet hade avdelningar för både demenssjukdom, psykogeriatrik och somatik men med en överrepresentativitet av demenssjuka äldre som inackorderade. De varierade uppgifter jag som chefspraktikant hade medförde många olika möten med både boende och personal inom verksamheten. En del möten med de äldre gav upphov till etiska funderingar kring hur jag skulle agera, och i vissa fall kändes det fel hur jag än gjorde. Jag fick tips från både chefer och personal på hur jag kunde förhålla mig och jag fördjupade mig i utbildningsmaterial och bemötandemetoder särskilt utvecklade för demenssjuka äldre. På så sätt fick jag upp ögonen för komplexiteten i att arbeta med demenssjuka äldre och intresset och startskottet för denna studie har sin utgångspunkt däri.

Min förförståelse ligger i att jag själv upplevde att mötet med de äldre demenssjuka ibland präglades av svårigheter i att veta hur jag skulle agera för att inte kränka deras värdighet eller självkänsla. Jag har varit medveten om detta när jag utformat frågeställningar och intervjuguide och därmed har jag försökt att inte låta mina erfarenheter och upplevelser av svårigheter få styra frågorna utan istället varit öppen för möjligheten att undersköterskorna i min studie inte alls betraktar samma situationer som etiskt svåra. Möjligheten att min förförståelse ändå kan ha kommit att påverka hur jag ställt frågorna och hur jag följt upp vissa teman mer än andra måste trots allt beaktas av läsaren. Genom grundlig genomgång av studiens tillvägagångssätt, redovisning av intervjuguide och utdrag ur intervjuerna i resultatet i form av citat är dock ambitionen att vara så transparent som möjligt.

2. Tidigare forskning

För att kunna placera min studie i ett meningsfullt sammanhang har jag valt att nedan presentera forskning som knyter an till mitt forskningsfält. Denna forskning har jag bedömt som relevant för att på olika sätt belysa det fält som utgör min forskningsfråga, nämligen etikens roll i äldreomsorgens praktik. Forskningen belyser både internationella och svenska kontexter där forskning bedrivits inom området.

2.1. Forskning i internationell kontext

Van der Dam, Abma, Kardol och Widdershoven (2011) har i en studie presenterat en översikt av olika typer av etiska frågor som vårdgivare på två äldreboenden i Nederländerna upplevt i sitt arbete.

Studiens urval är en blandning av undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och andra yrkesgrupper som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med de äldre som bor på de två äldreboendena. Studiens resultat grundar sig på samma fråga ställd till samtliga deltagare (original på engelska, min översättning):

”Beskriv en situation som du varit involverad i, där du (eller du och dina kollegor) tåpades med frågan ‘vad ska vi göra’? Försök att formulera en konkret fråga” (Van der Dam et al., 2011, s. 254).

Deras resultat visar att etiska frågor uppstår i alla möjliga situationer på äldreboenden, även om personalen inte alltid tillskriver situationerna etiska formuleringar. Beskrivningarna var istället formulerade ur ett praktiskt perspektiv i formen ”Hur ska jag gå tillväga?”; ”Hur ska jag lösa det här?”. Författarna till studien fann att vanliga etiska frågor och situationer bland vårdgivarna var av typen ”vardagliga etiska frågor” (ibid, s. 262). Dessa kunde bland annat vara: hur ska man göra när en boendes beteende vid matbordet är störande och osmakligt för medboende?; vad gör man när boende vill gå ut och promenera men risken för fall och skada är stor?; hur ska man göra när flera boende behöver hjälp samtidigt, men personalen inte räcker till?; ska man hjälpa boende som klarar den personliga hygien på egen hand men som ändå ber personalen om hjälp med detta?; ska man möta vägran att sköta sin personliga hygien med tvång för att det annars skapar obehag för människorna runt omkring den boende?; hur gör man när familjemedlemmar ställer krav på personalen att aktivera den boende medan den boende uttrycker önskan om att få vila och slippa aktiviteter?; hur ska man hantera skillnader mellan kollegor och andra samarbetande professioner i synen på boendes behov, exempelvis läkare som ordinerar dropp i slutskedet av boendes liv för att hålla denne vid liv medan vårdpersonalen menar att det är en onödig behandling som drar ut på lidandet?; hur ska man agera när man ser brister i sina kollegors beteende och agerande gentemot de boende? och är det rätt att avbryta vård eller insats när vårdtagaren gör våldsamt motstånd eller går över gränsen i av personalen accepterat beteende?

I studien drar författarna slutsatsen att vårdgivarna oftast vet vad som är det mest etiskt rätta att göra, men de förhindras att arbeta efter det av olika anledningar, exempelvis underbemanning och brist på andra resurser. De poängterar också att en moralisk stress uppstår hos personal när man hindras från att arbeta efter vad man anser är rätt. Författarna menar att detta särskilt är fallet inom äldreomsorg då

den professionella standarden och förväntningarna på vården och omsorgen från samhället är höga, samtidigt som möjligheter att infria förväntningarna är låga eller obefintliga.

2.2. Forskning i svensk kontext

Astrid Norberg har tillsammans med Eva Ericson-Lidman, Birgitta Persson och Gunilla Strandberg genomfört en studie som 2013 presenterades i *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Fokus i denna studie var att undersöka om känslor av otillräcklighet och dåligt samvete hos vårdpersonal kan göra arbetsbördan tyngre och dessutom resultera i utbrändhet. Resultatet visade på ett sådant samband. Studiens resultat bygger på totalt 20 intervjuer med sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden på ett kommunalt vård- och omsorgsboende i norra Sverige för äldre med demenssjukdom, multipel sjukdomsbild och omfattande funktionshinder. Genom en innehållsanalys av intervjuerna kunde studieförfattarna urskilja fyra huvudteman som representerade vanliga situationer i omsorgspersonalens arbete vilka kunde leda till känslor av otillräcklighet och dåligt samvete. Situationerna som presenterades i resultatet var personalens upplevelser av att: känna sig fångade mellan personers olika krav, slitas från de boende på grund av andra sysslor som måste utföras, känna sig oförmögna att minska lidande och att vara del i tillhandahållandet av en vård och omsorg som är eller känns fel (Ericson-Lidman et al, 2013).

Resultatet av studien kan vara betydelsefullt för min studie eftersom dess resultat presenterar olika situationer som beskrivits av vårdpersonalen i intervjuerna där etikens betydelse spelar in, och där valet, eller bristen på val, kan ligga bakom känslorna av otillräcklighet och dåligt samvete hos personalen.

I en annan studie från 2006 presenterad i den vetenskapliga tidsskriften *Nursing ethics* lyfter Bolmsjö, Edberg och Sandman fram problemet med att det saknas tillräcklig vägledning för hur vårdgivare på demensboenden ska hantera situationer som kräver etiska överväganden. I samband med detta presenterar de en analysmodell de menar är användbar för att lösa vardagliga etiska problem som vårdgivare på demensboenden stöter på och som kan hjälpa dem att fatta ett beslut som ska ge bäst chans till ”ett gott liv” (Bolmsjö, Edberg och Sandman, 2006, s.345). Modellen bygger på en steg-för-steg-matris där man som personal ska dokumentera vilket specifikt etiskt dilemma det handlar om, vilka personer som är direkt berörda, vilka relevanta värderingar som finns kopplat till den specifika situationen i relation till att uppnå målet ”ett gott liv”, andra etiska eller organisatoriska/strukturella begränsningar som påverkar de möjliga alternativen och därpå identifiera de valbara alternativ som återstår. Därefter ska de olika alternativen bedömas utifrån hur de påverkar de involverade och man behöver då göra en prioriteringslista för vems behov eller önsknings man bör prioritera först. Slutligen ska beslut fattas kring vilket alternativ som är det bästa. Det ska sedan verkställas och implementeras för att avslutningsvis utvärderas. Revidering av alternativ och prioriteringar i ovan nämnda steg kan behövas om resultatet inte motsvarade det uppsatta målet med situationen.

Tove Harnett har i sin avhandling *The Trivial Matters* (Harnett, 2010) utifrån ett maktperspektiv studerat hur äldres inflytande på äldreboenden beskrivs och tar sig i uttryck genom att bland annat intervjua omsorgspersonal på äldreboenden. Hennes resultat visar på att talet från omsorgspersonalen om äldres inflytande präglas av en trivialiseringsretorik. Till sin hjälp för att förstå trivialiseringsretoriken använder Harnett teorin om *accounts* och förklarar det som att personalen uttrycker rättfärdigande eller ursäktande förklaringar till situationer då omsorgspersonalen hindrar äldre från att utöva inflytande i sin vardag. Harnett menar att *accounts* på ett retoriskt sätt förminskar skillnaden mellan den faktiska handlingen och den förväntade och hon exemplifierar detta förhållande med att beskriva den faktiska handlingen som att lägga den äldre personen trots dennes vilja att sitta uppe en stund till, och den förväntade handlingen att låta den äldre själv bestämma när denne vill gå och lägga sig. Harnett har i sina resultat av 13 kvalitativa intervjuer med undersköterskor och vårdbiträden på äldreboenden kunnat identifiera tre kategorier av *accounts* som personalen uttryckte för att rättfärdiga begränsningar i de äldres inflytande; 1) *accounts* som rättfärdigar begränsningar genom hänvisning till organisationen, 2) *accounts* som rättfärdigar begränsningar genom hänvisning till bristande resurser, och 3) *accounts* som rättfärdigar försummelse genom att beskriva äldres klagomål som oviktiga (s. 71).

Harnetts (ibid) avhandling visar också på hur inflexibla rutiner och äldreboendets *rutinkultur*; hur personalen- och de äldre själva- ”värderar de lokala rutinerna genom sitt sätt att upprätthålla dem, förhålla sig till dem och ständigt skapa nya” (s. 74), utgjorde hinder för de äldres inflytande. Harnett kunde identifiera tre kategorier utifrån vilka man kunde betrakta och analysera äldres försök till inflytande i relation till rutinerna: 1) avbrott; 2) störningar eller 3) som att *vara förenligt med* (s. 75). Detta innebär enligt Harnett att den äldres inflytande dels är avhängigt om försöket till inflytande utgör ett avbrott i den pågående rutinen, exempelvis den äldres önskan om att få gå och lägga sig just under middagsserveringen. Dels om försöket till inflytande utgör en störning i pågående rutin, så som en önskan om att få gå på en promenad på ”fel” tidpunkt enligt schema och rutiner. Dessa ”störande” inflytandeförsök fann Harnett oftast mottogs av personalen genom att de omförhandlades till en promenad i korridoren eller flyttades framåt i tiden. Den sista kategorin i analysen av inflytelseförsök var den typ av inflytandeförsök som var förenligt med rutinen, det vill säga då den äldre önskade något som passade in i rutinen. Som exempel kan ges att den äldre personen ges möjlighet att välja vad denne vill äta till frukost under pågående frukostrutin. Harnett observerade dock att äldres inflytandeförsök då de var förenliga med rutinkulturen oftast innebar vad hon kallar för ”arrangerat inflytande” och hon exemplifierar detta som att den äldre ges (begränsad) möjlighet att välja mellan exempelvis mjölk eller vatten att dricka till maten eller ärter eller morötter som tillbehör (s. 76).

Jönson (2006) lyfter i en studie fram *arbetsmiljöperspektivet* som fokus för debatten om äldres inflytande över sin vård och omsorg. Arbetsmiljöperspektivet är det förhållande där personalens arbetsvillkor inom äldreomsorgen i form av knappa resurser och yrkets låga status med tillhörande låga löner betraktas som ett automatiskt sambandsförhållande till äldres små möjligheter till inflytande

kring sin vård och omsorg. Jönson menar att arbetsmiljöperspektivet bidrar till att fokus förloras på det som kan tyckas vara den centrala frågan; nämligen hur äldre ska kunna ha inflytande över sin vård och omsorg enbart på grund av att de har lagstadgad rätt till det, utan hänsyn tagen till personalens arbetsförhållanden. En parallell som Jönson drar till synen på äldres möjligheter och rätt till inflytande är det jämförbara förhållandet som råder inom funktionsnedsättningsområdet. Han påvisar hur handikappörelsen bidragit till att funktionsnedsattas villkor beskrivs i ordalag av medborgarskap, rättigheter, samhällelig inkludering och diskriminering, medan de äldres villkor fortfarande förklaras i termer av att de äldre blir fler, att samhällets kostnader ökar, omsorgens brister och omsorgspersonalens villkor (Jönson, 2009).

2.3. Sammanfattning av kunskapsläge

Det nederländska forskningsbidraget är på många sätt snarlik den studie jag själv genomfört, dock med den viktiga skillnaden att de genomförs i två olika nationella kontexter, varav den svenska diskursen kring äldreomsorgen just nu rymmer mycket av de frågor som de båda studierna aktualiserar. Det finns också andra skillnader som är värda att lyfta fram, bland annat att den nederländska studien är fokuserad på ett äldreboende med *olika* sjukdomsbilder och inriktningar. Dessutom är resultatet grundat på intervjuer med yrkesutövare från olika kategorier, vilket gör att det saknas en enhetlig grupp att relatera resultatet till. Min studie lägger å andra sidan fokus på demenssjukdom som en viktig aspekt att betrakta yrkesutövningen och etiken utifrån. Dessutom lyfter jag enbart undersköterskornas röster kring ämnet för att koncentrera frågan till den grupp som i Sverige berörs mest av de etiska ställningstagandena i omsorgen. Av den anledningen menar jag att det är betydelsefullt att en studie liksom min genomförs för att tillföra kunskapsläget ytterligare en dimension av etiken i äldreomsorgen.

Den svenska forskningen som presenteras ovan är viktig för att sätta min studie i ett meningsfullt sammanhang. Samtidigt visar den på luckor i kunskapsläget vad gäller att låta den största gruppen omsorgsgivare inom demensvården, undersköterskor, få uttrycka sina erfarenheter och beskrivningar av etiken i deras yrkesutövning. Av den anledningen är min studie ett viktigt bidrag till den samlade kunskapen om svensk äldreomsorg.

3. Metod

I detta avsnitt avser jag att så utförligt som möjligt beskriva de val och överväganden som studien gett upphov till, bland annat vad gäller val av metod, ansats och relation till teori. Dessutom presenteras en detaljerad redogörelse av tillvägagångssättet för insamlande och bearbetning av mitt material.

Avsnittet innehåller också en beskrivning av forskningsetikens roll i studien.

3.1. Kunskapsinhämtning

Den interna söktjänsten för Ersta Sköndal högskolas databaser, ESH Discovery, har jag använt för att göra ämnesordssökningar och på så vis få ett så brett spann som möjligt bland databaserna. De databaser där jag funnit vetenskapliga artiklar och tidigare forskning som är relevanta för min studies kontext är framförallt CINAHL Complete och DiVA. Jag har också använt mig av sökmotorn Google Scholar. Jag har skrivit in sökord på både svenska och engelska för att inte missa internationell forskning. Ämnesord jag sökt på har varit bland annat; *äldre, äldreomsorg, demens, etik, professionsetik, undersköterskor, makt, ethics, elderly, elderly care, dementia, nursing homes*.

Sökorden har skrivits in var för sig och i vissa sökningar tillsammans för att avgränsa resultaten och visa forskning som innehåller kombinationen. Jag har i databassökningarna valt alternativet ”Apply related words” för att på så sätt bredda sökningarna med relaterade/synonyma ord. Tidsspannet har jag satt till mellan 1995-2015 för att begränsa resultaten till så aktuell forskning som möjligt och avgränsat sökningarna ytterligare med enbart ”peer reviewed”-resultat (vetenskapligt granskade) för att ytterligare borga för kvaliteten i den valda kunskapssammanställningen.

3.2. Urval och avgränsningar

Det är rimligt att tro att personal som arbetar med demenssjuka äldre människor, vilka på grund av sin sjukdom kan ha svårt att hävda sin rätt till inflytande och autonomi och som kan ha begränsad beslutskapacitet, ställs inför andra typer av etiska dilemman i sin yrkesutövning än personal inom andra områden av äldreomsorgen. Jag har därför valt att i den här studien intervjua undersköterskor som arbetar på demensavdelning. Valet att enbart intervjua undersköterskor och inte vårdbiträden eller sjuksköterskor har jag gjort utifrån att det är undersköterskor som generellt arbetar närmast de äldre på kontinuerlig basis samtidigt som det också finns en gemensam bakgrund bland intervjupersonerna i deras utbildning till undersköterskor. På så vis skapas en möjlighet att i resultatet tala om en särskild yrkesgrupp som resultaten kan hänvisas till.

Med hänvisning till studiens omfattning och tidsram har förfrågningar om intervjuer skickats till vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stad. Samtliga vård- och omsorgsboenden med demensavdelningar (utom ett boende på Östermalm där jag genomförde min verksamhetsförlagda utbildning) inom stadsdelarna Södermalm, Östermalm, Norrmalm och Kungsholmen (totalt 26 verksamheter) har förfrågan om intervjuer ställts till verksamhetschef för respektive boende genom ett

mail (se brev i bilaga 1). Anledningen till att jag skickat förfrågan till alla vård- och omsorgsboenden inom Stockholms stads centrala stadsdelar är att det skulle visa sig vara svårt att få verksamheter att medverka. Jag inledde förfrågningarna med att enbart skicka till verksamheter belägna på Södermalm. När jag inte fick någon respons om deltagande valde jag att skicka förfrågan till samtliga verksamheter inom ovan nämnda stadsdelar. Av de 26 verksamhetschefer som kontaktades var det knappt ett tiotal som överhuvudtaget svarade på förfrågan. Endast en av dessa svarade med det positiva beskedet att verksamheten gärna deltog i studien. Urvalet kan av den anledningen närmast beskrivas som det alternativ som stod till buds. Detta kan förstås spela stor roll för det resultat som studien nått, något som jag har anledning att diskutera i det senare avsnittet *Metodologiska överväganden*.

Jag har som ovan nämnt avsiktligt valt att inte skicka förfrågan till det boende på Östermalm där jag gjorde min praktik som verksamhetschef under hösten 2014. Motivet är att min roll som intervjuare och de svar jag skulle komma att få rimligen skulle kunna påverkas av att jag är bekant med personalen i rollen som chef.

Kontakt med intervjupersoner som har ställt upp på intervju har förmedlats genom verksamhetschefen. Denne har under sin dagliga morgonrunda på samtliga avdelningar hört sig för om någon av undersköterskorna har tid och möjlighet att ställa upp på intervju under dagen. Därefter har jag meddelats om och när det passar att jag kommer.

3.3. Ansats och datainsamling

En kvalitativ ansats förutsätter att forskaren använder sig av metoder som lämpar sig för att bäst kunna beskriva ”fenomenen i deras kontext” för att därefter presentera en tolkning som bidrar till ökad förståelse för fenomenet (Justesen & Mik-Meyer, 2011, s.13). Syftet med min studie är att undersöka omsorgspersonals erfarenheter och resonemang kring sin yrkesutövning ur ett etiskt perspektiv inom vård- och omsorgsboenden för äldre för att på så sätt bidra till en ökad förståelse för de etiska situationer och dilemman som utgör en stor del av vardagen i vår äldreomsorg. Min ansats är således kvalitativ, och den datainsamlingsmetod jag valt för att undersöka omsorgspersonalens erfarenheter och resonemang är semistrukturerade intervjuer.

Den semistrukturerade intervjun ger utrymme för en fråga-svardialog, som Asperts (2007) uttrycker det, och till sin hjälp använder forskaren en intervjuguide med konkreta, i förväg formulerade frågor. I de intervjuer jag genomfört har temat varit *etik i omsorgspersonalens yrkesutövning* och till min hjälp har jag använt mig av en intervjuguide, (se bilaga 2) med öppna frågor och processinriktade följdfrågor för att stimulera och uppmuntra till ett berättande, som stöd för samtalet. Justesen och Mik-Meyer (2011) lägger till Asperts beskrivning om den semistrukturerade intervjun också möjligheten för intervjuaren att ta tillvara och följa upp oväntade och intressanta ämnen som intervjupersonen tar upp och som ligger utanför intervjuguiden. Det är också på det viset jag har förhållit mig i intervjuerna. Valet att använda mig av just intervjuer som datainsamlingsmetod bottnar i intervjuens möjligheter att gå på djupet i vissa frågor (Asperts, 2007), att följa upp svar med ytterligare frågor, men också

möjligheten att kunna få berättelser återgivna som ligger utanför det förväntade och som inte täckts in i intervjuguiden. Av samma anledningar kan valet att inte använda mig av exempelvis enkäter motiveras eftersom denna teknik inte ger samma utrymme för följdfrågor eller djupare beskrivningar av ett fenomen. Eftersom mitt syfte är att få höra omsorgspersonalen berätta om sina erfarenheter och resonemang är det rimligt att jag på förhand inte kan veta vilka svar jag kommer att få, och därför passar intervjumetoden mitt syfte bäst.

Åtta intervjuer med undersköterskor var planerade men tre kunde inte genomföras på grund av sjukdom och tidsbrist hos personalen. Totalt har därför fem intervjuer genomförts. Samtliga intervjupersoner arbetar inom samma vård- och omsorgsboende. Intervjuerna har tagit mellan 38- 78 minuter och de har genomförts avskilt i mötesrum på personalens arbetsplats.

Intervjuerna inleddes med att respondenterna ombads att fritt berätta om sitt arbete och sin bakgrund inom yrket, detta för att få igång samtalet på ett naturligt sätt. Därefter använde jag mig av en i förväg konstruerad intervjuguide (se bilaga 2) med frågor, där min avsikt var att dessa skulle inbjuda till berättande om olika typer av situationer då etiska ställningstaganden uppkommer i deras arbete. Frågorna var öppna till formen för att tillåta intervjupersonerna att själva bestämma riktningen på svaret. Följdfrågor av arten ”hur menar du då?” och ”hur tänker du kring..?” och ”berätta mer” ställdes för att stimulera undersköterskorna till fylligare beskrivningar.

3.4. Bearbetning av data samt analys

Transkribering av intervjuerna påbörjades i samband med att de två första intervjuerna genomförts. Därefter har intervjuer och transkribering skett löpande om vartannat. Utskrifterna har gjorts ordagrant, endast vissa hummanden och för studien irrelevanta avsnitt har uteslutits ur det utskrivna materialet. Markeringar i texten kring överhoppade stycken och en kort beskrivning av vad de handlar om har dock gjorts. När transkriberingarna färdigställts gick jag igenom transkriptionerna och gjorde en första bearbetning av materialet i form av en sortering av intervjupersonernas svar på de frågor som ställdes under intervjun med hjälp av intervjuguiden (se bilaga 2). Jag skapade nya dokument som jag namngav med övergripande teman för de frågor som intervjuguiden tog upp. I dessa klistrade jag sedan in de svar som föll in under respektive tema från samtliga intervjuer. För de svar som jag bedömde inte hörde hemma under något särskilt tema men som ändå var intressanta att ta med i sorteringen skapade jag ett dokument som namngavs ”övrigt”. Jönson (2010, s.57) beskriver detta som ett bra sätt att påbörja det som han kallar kodning av sin insamlade empiri.

När råmaterialet av transkriberingarna sorterats och kodats på ovan beskrivna sätt fortsatte jag att bearbeta de nya dokumenten genom att kondensera uttalandena till kortare tolkningar som jag gjorde. Tolkningarna skrev jag in som kommentarer i marginalen med en rubrik överst i varje kommentar kring det övergripande temat. När samtliga tolkningar var gjorda överförde jag dessa till ett nytt dokument där jag sökte efter mönster men också olikheter och motsägelser mellan de olika

intervjupersonernas svar. Därifrån kunde jag identifiera teman och underteman vilka framkommit under intervjuerna och som är av intresse för studiens övergripande syfte och frågeställningar.

I presentationen av studiens resultat har jag valt att använda mig av citat från intervjuerna för att förtydliga och levandegöra mina resultat. I de fall jag använt citat har dessa i stor utsträckning skrivits om från talspråk till skriftspråk. Dels för att göra dem mer läsvänliga, men det är också fråga om ett etiskt ställningstagande gentemot mina intervjupersoner. Trost (2005) resonerar kring detta på ett sätt som jag ställer mig bakom:

Personligen anser jag det vara oetiskt att i stor utsträckning använda talspråk i citaten. Talspråket kan mycket väl anses som ett annat språk än det skrivna. Det gäller i synnerhet ur etisk synpunkt. Själv skulle jag nog tveka inför att bli ordagrant citerad från mitt talspråk. Finge jag se mitt talspråk i skrift kanske jag skulle skämmas- och det vore oetiskt av intervjuaren att utsätta mig för det. Det gäller även om den intervjuade sannolikt aldrig kommer att läsa rapporten. (Trost, 2005, s.134)

Vidare har jag också tagit bort överflödiga upprepningar av ord och mellanliggande stycken som inte var relevanta för förståelsen av citatets centrala mening. Allt har dock gjorts utan att citatens innehåll eller mening har förändrats.

Förhållandet till och valet av teori har vuxit fram under bearbetningen av materialet och sammanställningen av resultatet. Ambitionen var att så förutsättningslöst som möjligt, bortsett min egen förförståelse, träda in i intervjusituationerna och kunna ställa frågor som inte var styrda av teorier eller antaganden. I genomgången av resultatet uppmärksammade jag mönster som gick att teoretisera med hjälp av konsekvensetik, deontologisk etik, dygdetik och teorin om accounts. Studien kan därför beskrivas som induktiv.

3.5. Metodologiska överväganden

I alla typer av forskningsprocesser ställs forskaren inför olika typer av ställningstaganden som denne sedan har att förhålla sig till (Patel & Tebelius, 1987). Hur forskaren väljer att utforma och genomföra sin studie bör alltid ha sin grund i forskningsfrågan (Björkqvist, 2012). Min forskningsfråga aktualiserar begrepp som upplevelser, erfarenheter och beskrivningar vilket lett till valet att använda mig av metoder för datainsamling och analys som tillvaratar möjligheterna till fördjupad förståelse. En kvantitativ ansats med metoder som syftar till att mäta en företeelse eller kvantifiera mina resultat skulle inte vara logisk givet min forskningsfråga. Jag menar att intervjumetod är den metod som passar mitt syfte och mina frågeställningar bäst, men graden av struktur i intervjun kunde ha varit annorlunda än den semistrukturerade jag använde. Exempelvis hade jag kunnat välja att använda mig av det som Aspers (2007) beskriver som den *tematiskt öppna intervjun* där en tematik bestämd av forskaren finns angiven från början men där samtalet hålls ”öppet” för fältet. Jag hade alltså kunnat presentera ämnet ”etik i din yrkesutövning” för undersköterskorna, och sedan låtit dessa fritt få berätta om deras associationer och tankegångar. Detta är en mycket krävande intervjuform som ställer stora krav på intervjuarens kompetens och förmåga att ändå hålla samtalet inom ramen för temat (ibid). Denna

metod skulle förmodligen generera andra berättelser och ett annat resultat, som säkert skulle vara intressanta och relevanta givet forskningsfrågan. Min avsaknad av erfarenhet av rollen som intervjuare motiverade dock valet att använda mig av en mer konkret intervjuguide att ”falla tillbaka på”. En nackdel med detta val kan vara det som Aspers (ibid) lyfter fram, nämligen att jag på detta sätt försökt formulera frågor som jag tror kan generera de svar jag förväntar mig eller vill ha. Det vill säga, min egen förståelsehorisont ligger till grund för utformningen av frågorna och resultatet kommer därmed att avspejla den värld jag lever i, snarare än den värld intervjupersonerna lever i. Dessutom menar Aspers att denna teknik motverkar eventuella empiriska ”övertäckningar” eller möjligheter att ”slå tillbaka” forskarens egna föreställningar (ibid, s.134). De intervjuer jag genomfört har visserligen följt de teman jag satt upp i intervjuguiden, men jag vill Aspers till trots hävda att mina intervjupersoner både gett mig empiriska övertäckningar och slagit tillbaka vissa av mina förutfattade meningar.

Liksom alla undersökningar vars empiri är beroende av människors medverkan på ett eller annat sätt, förutsätter en vilja att delta från den grupp man önskar undersöka. I mitt fall har jag med en förfrågan om deltagande valt att vända mig till verksamhetschefer för de särskilda vård- och omsorgsboenden med demensinriktning som finns inom Stockholm stads centrala stadsdelar. Som jag nämnt i urval och avgränsningar var det svårt att få tillgång till respondenter att få intervjuas. Följden blev att endast en verksamhet deltagit med undersköterskor i studien. Det är rimligt att anta att de etiska ställningstaganden som personal som arbetar med demenssjuka äldre människor har att göra är desamma oavsett vilket boende de har sin anställning på. Dock kan olika verksamheter ha varierande förutsättningar att erbjuda personalen möjligheter att hantera de etiska ställningstagandena på, i form av exempelvis handledning eller reflektionstillfällen. Detta kan ha betydelse för mitt resultat som sådant och generaliserbarheten av det om det förhåller sig så att den verksamhet vars undersköterskor jag intervjuat har skilda förutsättningar och förfaranden än andra verksamheter kring hur de hanterar och reflekterar kring etiska ställningstaganden. Respondenter från ytterligare en verksamhet hade kunnat bidra med möjligheten att jämföra undersköterskornas beskrivningar och på så sätt upptäcka eventuella skillnader och orsaker till dessa. Inom ramen för denna studie får jag dock stanna vid att reflektera kring och problematisera dessa omständigheter.

Ytterligare en aspekt som kan ha haft betydelse för mitt resultat är att verksamhetschefen varit den som förmedlat intervjupersoner. Dels genom att intervjupersonerna kan ha haft svårt att neka till deltagande vid förfrågan från verksamhetschef, men också för att val av personer som tillfrågades om deltagande kan ha varit styrt utifrån ett verksamhetsrepresentativt perspektiv. Jag har dock vinnlagt mig om att samtliga deltagare har haft möjlighet att avböja deltagande genom information till undersköterskorna inför varje intervju. Samtliga undersköterskor har också varit positivt inställda till att delta i studien.

3.6. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Den klassiska definitionen av validitet handlar om att mäta det man påstår sig mäta, det vill säga om resultaten faktiskt svarar upp mot studiens syfte och besvarar dess frågeställningar (Justesen & Mik-Meyer, 2011). Reliabilitet tar istället sin utgångspunkt i om studiens resultat kan bedömas som tillförlitliga, det vill säga om de skulle bli desamma om undersökningen upprepades. En förutsättning för hög reliabilitet är därför att undersökningens metodval och tillvägagångssätt genom hela processen är transparenta och utförligt beskrivna (ibid). Begreppens ursprung ligger i den positivistiska forskningstraditionen där idealet är strikt objektivitet och kontextobundenhet. Av den anledningen är kvalitetsbegreppen nära sammankopplade till den kvantitativa forskningen (ibid). Det är dock relevant att tala om validitet och reliabilitet även inom den kvalitativa forskningen, och således i relation till denna studie.

Metodavsnittet beskriver utförligt hur processen för denna undersökning sett ut: hur jag gått tillväga för att välja metodansats, datainsamlingsmetod, hur datainsamlingen rent praktiskt gått till, hur jag därefter valt att bearbeta mitt insamlade datamaterial samt hur jag valt att analysera mina resultat. En svårighet i detta arbete är dock att beskriva processen på ett sätt så att mina resonemang blir tydliga för läsaren utan att för den sakens skull överdriva beskrivningarna. För att underlätta för läsaren att själv ta ställning till studiens reliabilitet bifogas som bilagor de dokument som använts i datainsamlingssyfte, det vill säga informationsbrev, intervjuguide och checklista för informerat samtycke (bilagor 1, 2 och 3). Så långt vill jag påstå att studiens reliabilitet är hög. Det andra kriteriet av reliabiliteten är dock att en undersöknings resultat ska förbli detsamma vid en upprepade undersökning genomförd på precis samma sätt. I detta avseende menar jag att det är svårt att uppfylla det kriteriet inom den kvalitativa forskningen där själva kärnan kan sägas handla om fenomen i dess specifika kontext (Justesen & Mik-Meyer, 2011). Det innebär att bland annat tidpunkt, plats, intervjuarens karaktär och sätt att förhålla sig till respondenten alla är betydelsefulla ingredienser i intervjusituationen och därmed även i resultatets utformning. Att försöka återskapa de specifika förutsättningarna som gällt i just denna undersökning menar jag därför är svårt, om inte omöjligt, varför reliabiliteten betraktat som ett resultatets konstans per automatik skulle innebära att studiens reliabilitet är låg. Jag vill dock argumentera för att en sådan ståndpunkt skulle innebära att kvalitativ forskning aldrig skulle kunna betraktas som tillförlitlig, vilket givetvis inte är rimligt. När man talar om reliabilitet i kvalitativ forskning måste hänsyn därför tas till kontextens betydelse och väga in den i bedömningen av tillförlitligheten. Med den modifikation av den klassiska definitionen av reliabilitet vill jag alltså påstå att studiens resultat och genomförande har hög reliabilitet.

Validiteten i studien skulle innebära att mitt resultat presenterar resonemang och erfarenheter av omsorgspersonalens erfarenheter av etik i deras arbete, det vill säga att resultatet speglar studiens syfte och frågeställningar. Detta hävdar jag att resultatet gör, och studiens validitet kan därför betecknas som hög.

Generaliserbarhet i studien innebär att resultaten kan sägas gälla även för andra utöver den undersökta gruppen (Backman, 2008). Resultaten av denna studie baserar sig på intervjuer med fem undersköterskor inom samma verksamhet. Som jag beskrivit i avsnittet ovan, metodologiska överväganden, kan generaliserbarheten drabbas av det faktum att olika verksamheter kan ha olika förutsättningar att hantera etiska ställningstaganden, något som jag inom ramen för denna uppsats inte haft möjlighet att undersöka vidare. Dessutom är antalet respondenter lågt i relation till den stora gruppen undersköterskor som är verksamma inom svensk äldreomsorg varför generaliserbarheten utifrån ett sådant kriterium givetvis kan ifrågasättas. Dock kan undersköterskornas berättelser i denna studie relateras till tidigare forskning som förstärker bilden av det som respondenterna i mångt och mycket ger uttryck för och kan därför ändå anses vara betydelsefullt och representativt för andra undersköterskor utöver den undersökta gruppen.

Det finns också en annan typ av generaliserbarhet och det är den som gäller i relation till teorin och teoretiska begrepp. Det är möjligt att de empiriska resultaten inte går att dra generella slutsatser från, medan det kring de teoretiska begreppen finns en generaliserbarhet. Det är rimligt att anta att jag hade fått liknande beskrivningar av andra undersköterskor på andra verksamheter om de etiska valsituationer de ställs inför i sitt arbete och teoretiseringen av dessa hade därmed kunnat bli desamma.

3.7. Forskningsetiska överväganden

När man bedriver forskning är det av stor vikt att ta ställning till hur människorna som medverkar i forskningen kan komma att påverkas (Vetenskapsrådet, 2011). 2004 infördes en ny lag som reglerar de krav som ställs på forskaren när denne bedriver forskning som involverar människor; Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (etikprövningslagen). Lagen gäller inte för forskning som bedrivs på grundnivå eller avancerad nivå inom ramen för högskoleutbildning (etikprövningslagen, 2§, 1st.), och gäller således inte för denna studie. Däremot innebär det inte att forskning som bedrivs utanför lagens tillämpningsområde inte ska följa de forskningsetiska principerna och kraven (Vetenskapsrådet, 2011). I etikprövningslagens 16e och 17e paragrafer regleras kraven på information och samtycke:

Information

16 § Forskningspersonen skall informeras om den övergripande planen för forskningen, syftet med forskningen, de metoder som kommer att användas, de följder och risker som forskningen kan medföra, vem som är forskningshuvudman, att deltagande i forskningen är frivilligt och forskningspersonens rätt att när som helst avbryta sin medverkan.

Samtycke

17 § Forskning får utföras bara om forskningspersonen har samtyckt till den forskning som avser henne eller honom. Ett samtycke gäller bara om forskningspersonen dessförinnan har fått information om forskningen enligt 16 §. Samtycket skall vara frivilligt, uttryckligt och preciserat till viss forskning. Samtycket skall dokumenteras.

Jag har valt att använda mig av de principer som lagen föreskriver och vilka jag bedömt som relevanta för min studie och dess intervjupersoner. Information i enlighet med principerna finns återgiven i det

brev som jag skickade till verksamhetschefen. Med anledning av att det var verksamhetschefen som sedan förmedlade kontakten mellan mig och de personer jag intervjuat var det också nödvändigt att innan intervjun gå igenom informationen med intervjupersonerna för att säkerställa att de var införstådda med vad deras medverkan innebar. Särskild checklista för det användes (se bilaga 3). Därefter tillfrågades intervjupersonerna om de förstått informationen och om de samtyckte till att medverka i studien. Samtliga respondenter samtyckte och deras medgivande dokumenterades genom av respondenterna godkänd ljudinspelning. Respondenterna erbjöds också att behålla ett exemplar av checklistan med information (bilaga 3).

3.8. Uppsatsens disposition

Efter dessa inledande kapitel då syfte, frågeställningar, tidigare forskning och metod har redogjorts för följer nu i avsnitt fyra en presentation av studiens resultat. Därefter presenteras i avsnitt fem de teorier som empirin har lett fram till för att efterföljas av en analys utifrån de valda teorierna i kapitel sex. Studien avslutas med ett sjunde avsnitt där de slutsatser som kan dras utifrån resultat och analys presenteras, givet studiens syfte och frågeställningar, och åtföljs av en diskussion kring studiens slutsatser och dess relevans för det sociala arbetet. En diskussion förs även kring studiens relation till relevant tidigare forskning och förslag ges på fortsatt forskning inom området.

4. Resultat

Resultatet bygger på intervjuer från fem undersköterskor inom äldreomsorgens demensvård på ett vård- och omsorgsboende. Teman och underkategorier har i bearbetningen framträtt vilka jag för överskådlighetens skull väljer att presentera i en tematisk matris nedan. Jag har medvetet valt att inte presentera citaten med kodifierade eller fingerade namn på undersköterskorna som uttalat dem eftersom risken då är stor att olika citat kan kopplas ihop och på så sätt göra personen bakom dem igenkännbar. En annan anledning är att jag utifrån den kvalitativa ansatsen inte anser det vara betydelsefullt för resultatet att veta vem utav undersköterskorna som sagt vad. Däremot kan ett klagörande göras kring att samtliga fem undersköterskor finns representerade i resultatet.

Tema	Undertema
Överväganden	Integritet, självbestämmande Hänsyn till vem?
Förhållningssätt	Problemlösare Professionalism
Försvårande faktorer	Ovisshet Bristande ambition och engagemang hos kollegor Begränsat handlingsutrymme
Förutsättningar för etik	Kunskap Resurser Behov av stöd

4.1. Överväganden

4.1.1. Integritet, självbestämmande

I samtliga intervjuer beskrev undersköterskorna svårigheten i att tvinga boende till omvårdnadsinsatser som att duscha eller byta inkontinensskydd. Beskrivningarna innefattade känslor av att känna sig hemsk över att behöva utöva tvång, ibland hårdhänt. Samtliga kunde dock rättfärdiga tvånget med att de boende inte själva kunde inse sitt eget bästa i situationen och att alternativet, att ”låta någon gå runt med avföring och urin och allt” som en av undersköterskorna uttryckte det, inte heller är etiskt försvarbart. En annan undersköterska uttryckte det på liknande sätt:

Det är, det kan vara svårt att vi hade en boende som, just i omvårdnadssituationen, ville skydda sig till varje pris. Att man inte ska gå och tvätta henne och ta hand om henne. Och hon skrek jättemycket.... Men, då blir det ju det där etiska, ska hon sitta där i det hon har, eller ska vi tvinga henne? Det är jättesvårt att ta ställning.

En annan typ av situation som beskrevs var avvägningar kring integritet och självbestämmande när det gäller att välja mellan att tvinga den boende till skyddande insatser, som att bära höftskydd eller att installera larmmatta vid boendes säng. En av undersköterskorna beskrev det som att självbestämmandet, när det tydligt uttryckts, måste respekteras och tvång ska därför inte utövas då,

även om hon själv anser att insatsen vore det bästa för den boende. Samma undersköterska uttryckte dock att det är okej att boende inte använder höftskydd, så länge det inte är varje dag, vilket skulle kunna tolkas som att tvång är nödvändigt vissa dagar. Ett annat förhållande som en av undersköterskorna beskrev är demenssjukdomens påverkan på de boendes beslutskapacitet. Hon resonerade att så länge den boendes vilja inte innebar skada för honom eller henne så var tvång onödigt eftersom det skulle innebära en onödig kränkning av den boendes integritet.

... då var det en tant, hon bara nej, alltså jag tänker inte ta av mig kjolen. Hon fick sova med den. Alltså det gör ju heller ingen skada. Annars skulle jag ju kränka henne om jag skulle ta bort den, mot hennes vilja, och hon skulle ju dessutom ha gjort motstånd så det hade ju inte gått. Då är det ju de som bestämmer, så länge det inte gör någon skada.

4.1.2. Hänsyn till vem?

Olika typer av prioriteringar beskrevs som vanligt förekommande bland samtliga undersköterskor. Ett vanligt problem som beskrevs var när anhöriga och personal inte har samma syn på den boendes behov och förmodade vilja. Alla de intervjuade berättade att det är svårt att förhålla sig till denna typ av situation, men att det ändå är deras uppgift att sätta den boendes behov främst och att de därför väljer det de själva anser vara bäst för den boende. En av undersköterskorna beskrev dock att förståelsen för de anhörigas sorg och vilja att spendera tid med den boende ibland gjorde att hon valde att tillmötesgå den anhörigas vilja framför den boendes behov av att vila.

... då tänker jag mest på den anhöriga. För att den anhöriga vill vara med sin mamma, sitta och prata och mata fast den gamla är trött och orkar inte. Och då är det frågan, ska man låta ligga eller ska vi ta upp den damen. Jag känner mig ibland, ja, det är så svårt. Det känns väldigt svårt. Jag vet inte om jag ska lyssna på den anhöriga eller om jag ska titta på den boende, hur den boende mår?

Samma undersköterska hävdade dock när hon beskrev en annan situation att boendes behov måste sättas främst, men att avvägningen mellan boendes behov och anhörigas nöjdhet ändå är väldigt svår.

För mig är det viktigt vad som är enklast för den boende, mår de bra utan tandprotes eller är det med tandprotes? Är det okej att böka i hennes mun och, alltså, ta in tandprotesen med våld eller är det bättre att anhöriga känner sig ledsna att se sin mamma. Det, det är väldigt svårt. Ibland låter jag bli för att det inte går.

En annan av undersköterskorna lyfte fram vikten av att kompromissa med de anhöriga kring boende för att nå lösningar som både personal och anhöriga kunde känna sig tillfreds med.

Det kan till exempel handla om, om de går och lägger sig, så tycker anhöriga 'nej men han ska ha en extra filt, han ska ha raggsockor', men vi vet att de är jättevarma. Då måste man komma fram till hur man löser det. För den boende kan inte säga 'jag vill inte ha det här'. Och de anhöriga går och plockar på, och vi tycker inte att det är rätt, då blir det ju etiskt. För man vill ju inte att någon ska ligga och svettas. Då måste man komma fram till en kompromiss med anhöriga.

Samtliga undersköterskor talade om sig själva, i egenskap av personal, som bäst lämpade att förstå de boendes behov eftersom de spenderar mest tid tillsammans med de boende. En av undersköterskorna uttryckte det såhär: ”Men, för ibland, just anhöriga känner sina nära och kära i det friska livet de hade. Men nu är de sjuka. Och då känner vi dem bäst. Vi i personalen.”

En annan avvägning som en utav undersköterskorna beskrev var när boende inte kunde delta i gemenskapen runt måltiderna på grund av störande beteende som gjorde de andra medboende oroliga.

... just måltiderna är väldigt viktig för dementa, att det är lugn miljö och så där. Man vill ju gärna så gärna att alla ska kunna vara med.... men det kan ju vara en sådan miljö så att det kanske inte fungerar så bra att de sitter tillsammans det kan vara att de blir motoriskt oroliga och ställer sig upp, går från matsalen, att de inte kan sitta i lugn och ro och äta sin måltid och då blir det också ett etiskt dilemma, hur ska man lösa det? Vi har ju löst det så att den boende sitter vid ett bord ensam, för det är mycket hallå, hallå, hallå, hallå och sådär, men vi finns i närheten. Och det har fungerat faktiskt. Det blir lugnare miljö, under målsituationerna. Men det är en svår situation. Man vill ju inte att den boende ska sitta ensam och äta heller.

Andra prioriteringar där olika typer av avvägningar beskrevs gällde när undersköterskorna ansåg att det saknades resurser så som tillräcklig tid och tillräckligt med personal för att kunna utföra sitt arbete på ett bra sätt och kunna tillgodose boendes behov när det behövdes. När flera boende är i behov av hjälp samtidigt måste personalen prioritera den som verkar ha störst behov av hjälp först, något som beskrevs som ett svårt ställningstagande. Två undersköterskor menade att det ofta gav upphov till känslor av dåligt samvete och otillräcklighet hos sig själv. En utav dem beskrev det såhär: ”Ja det är att man inte känner sig tillräcklig, att man inte kan vara på samma ställe, och båda boende behöver en samtidigt. Och då känner man sig inte tillräcklig. Man kan inte klona sig vet du.”

4.2. Förhållningssätt

4.2.1. Problemlösare

Något som utmärkte sig hos alla intervjupersoner var att de var angelägna om att hitta lösningar på problem eller svårigheter som kunde uppstå i deras arbete. I många fall handlar det om att underlätta för boende i situationer som för dem kan verka skrämmande och skapa oro. Exempel på det kan vara i omvårdnadssituationer då den boende känner ett behov av att skylla sig eller överhuvudtaget inte vill bli hjälpt med omvårdnad. Att i sådana situationer söka hitta sätt på vilka den boende reagerar med mindre oro och rädsla, som exempelvis att samma personal alltid duschar den boende, att alltid ha handdukar till hands att skylla den boende med, att byta personal om personkemin inte stämmer för stunden eller att bara se till att ha tålamod och ta det lugnt, är sådant som flera av undersköterskorna beskriver som viktigt. Även när det gäller att undvika medicinering så långt som möjligt beskriver flera av undersköterskorna att det är viktigt att först försöka hitta alternativa lösningar som kan fungera istället för medicin. Alla poängterar att lugnande medicin därför är sällan förekommande bland de boende på deras avdelningar.

... helst vill man ju hitta ett bra förhållningssätt och en lugn miljö och försöka hitta om det är musik som får den boende lugn eller om det är att den ska vila, det är lite sådana, vad ska man säga, sådana saker man måste tänka igenom. Det är bättre det än att bara, äh och säga, ja men hon behöver lugnande. Men först måste vi ju tänka, kan vi lösa situationen? Istället för att man ska sätta in en medicin.

4.2.2. Professionalism

Att vara professionell i sitt arbete var något som flera av undersköterskorna berörde som viktigt för ett etiskt medvetet arbetssätt. Just ordet *professionell* användes av flera undersköterskor när det exempelvis handlade om att alltid vara närvarande i sitt arbete och hålla sina privata angelägenheter utanför arbetet, att bemöta alla boende med respekt och inte göra skillnad på någon utifrån bakgrund, religion eller liknande, att ha god självkänedom och att inte ta motgångar för personligt. Flera av undersköterskorna beskrev dock att det inte alltid var så lätt att vara professionell. I situationer då de upplever att de gör allt för den boende men denne trots detta inte är nöjd kan det vara påfrestande att förhålla sig professionell. En av undersköterskorna beskrev det som att det inte hjälper att själv gå in i försvar och argumentera mot den boende, ”man får svälja det bara”. Detta var även något som beskrevs på liknande sätt av alla undersköterskor när det gällde att förhålla sig respektfullt och professionellt gentemot anhöriga. Det kan vara så att personalen kan uppfatta en anhörig som väldigt krävande och besvärlig att ha att göra med och som inte visar förståelse och respekt för det arbete som undersköterskorna utför. En av undersköterskorna sade i sammanhanget:

... man förstår den anhörigas sorg, men det är också det här med att hantera anhöriga som kan vara besvärliga... man förstår ju dem också men vi har ju också integritet, vi i personalen, och det är mer hur man ska förhålla sig till det, hur man ska orka, för man vill ju alltid vara professionell. Men man har ju känslor också, vi är människor. Det har ju varit lite så att man behöver prata igenom hur vi ska förhålla oss till den anhöriga.

4.3. Försvårande faktorer

4.3.1. Ovisshet

Något som en av undersköterskorna lyfte som en svårighet i hennes arbete var ovissheten kring vad den boende egentligen ville och önskade. Hon menade att det gav upphov till etiska funderingar när hon fattade beslut kring den boende som hon inte kunde veta helt säkert motsvarade den boendes vilja.

Det är väl just om de har kommit långt i sin demenssjukdom, där de inte talar längre. Det är det som gör det svårt. För det är mycket lättare om jag kommer in och hjälper någon och kan fråga den något, och den svarar mig: 'såhär vill jag ha det'. Ja, då vet jag ju. Jag kanske tar ner någon till musik som inte vill vara på musik. Hur ska jag veta det? Vi tror ju att vi gör det bästa genom att ta ned dem till musiken, till exempel, för att de ska få stimulans, men egentligen vet vi inte. De kanske tyckte om musik innan men vi vet inte om de gör det nu. För saker ändrar sig, speciellt med sjukdomen. Man kan aldrig riktigt veta liksom.

4.3.2. Bristande ambition och engagemang hos kollegor

Att arbeta på ett etiskt medvetet sätt handlar enligt samtliga av de intervjuade undersköterskorna om att vara engagerad i sitt arbete och att göra ett så bra jobb som möjligt. Något som beskrevs av fyra respondenter som en försvårande faktor för detta är kollegor som inte har samma engagemang och ambition i arbetets utförande. Det exemplifierades av en respondent genom en beskrivning av svårigheten i att arbeta med någon som inte är lika noggrann i omvårdnaden som hon själv. Av en annan undersköterska beskrevs det som att vissa kollegor bara vill få jobbet gjort och därför inte tar sig tid att utföra arbetet på ett sätt som får den boende att känna sig bekväm och som i sin tur medför att hon själv hamnar i någon sorts lojalitetskonflikt mellan sin kollegas behov av anställning och den boendes behov av en respektfull omsorg.

Jag måste göra någonting annars blir det fel. Jag blir tvungen och säga det men ibland tänker man, när det, kanske den personal är i behov av ett jobb eller, deras liv hänger på det jobbet, då måste de jobba, fast det de säger, det de gör med den gamla blir fel Då kan det bli lite, man måste tänka hur man ska säga det och vad konsekvensen är för den personalen.

Något som var intressant när undersköterskorna i respektive intervjusituation talade om kollegor som ett problem för etiken i arbetet framhövde samtliga att detta inte var ett problem på deras egen arbetsplats utan att detta antingen var sådant de upplevt på tidigare arbetsplatser eller hört talas om genom vänner och bekanta verksamma på andra liknande arbetsplatser.

4.3.3. Begränsat handlingsutrymme

Det fanns en samstämmighet bland de flesta av de intervjuade som gällde svårigheter i att arbeta etiskt medvetet när situationer utanför deras kontroll inträffar. Två utav undersköterskorna beskrev inflexibilitet i regler och rutiner som ett problem som de själva inte kunde påverka men som de upplevde dels som försvårande för deras arbete och också som ett etiskt dilemma. En beskrev det som en försvårande omständighet att personalen inte får be anhöriga att lämna rummet under hygien- och omvårdnadsinsatser, trots att hon upplever det som kränkande för den boendes integritet.

Men det kan till exempel vara, alltså när vi gör omvårdnad, då vill anhöriga vara inne på rummet. Och jag tycker inte de ska vara det, eftersom det kan vara kränkande för den boende. Men vi får inte be dem gå ut eftersom att det är deras eget boende men det kan inte vi göra någonting åt, vi får inte säga 'ni får inte vara här'.

En annan beskrev måltiderna som inflexibla i den mån att det finns reglerat hur många mål mat om dagen som ska serveras och hur lång dygnsvilan maximalt får vara, vilket medför att tiderna för måltidsservering blir svåra att anpassa efter de boendes andra behov, såsom att vila under dagen och att få ligga kvar i sängen lite längre på morgnarna.

Samma undersköterskor som ovan beskrev också svårigheten i att bevittna sådant de anser är etiskt obefogat men inte kan göra något åt. Den ena beskrev förloppet som kan ske innan en boende avlider.

Då kallas det ju anhörigdropp. För att det är anhöriga som vill att de ska ha det. Men kroppen kan inte ta upp droppet, eftersom att man kommer att dö. Men det har inte jag någonting egentligen med att göra, för det är sjuksköterskan, läkaren och anhöriga. Så jag som undersköterska kan ju inte lägga mig i det där, men jag ser det ju och då kan man bli såhär frustrerad.

Den andra berättade om sorg och frustration över att behöva bevittna hur en avliden boendes kropp ibland hanteras som vilket paket som helst vid förflyttning till bårhus. Hon beskrev hur viktigt det var för hennes egen skull att känna att hon gjort vad hon kunnat för att förbereda transporten iväg från boendet efter dödens inträffande så värdig som möjligt genom att exempelvis se till att den avlidne är påklädd.

4.4. Förutsättningar för etik

4.4.1. Kunskap

När jag i samtliga intervjuer ställde frågan om vad undersköterskorna tyckte var viktigt för att kunna arbeta på ett etiskt medvetet sätt så svarade samtliga att kunskap om de boende var avgörande. Man behöver veta mycket om den boende, dennes vanor och rutiner, vad den gillar och inte, och man behöver kunna läsa av den boendes signaler och uttryck i kroppsspråk, när talet och förmågan att kommunicera sina behov tydligt inte längre finns där. En utav intervjupersonerna uttryckte det så här:

... att man har kunskap. Alltså om de boende till exempel, att man kan deras levnadsberättelser, att man får tid att lära känna dem, att man kan kommunicera, att man kan läsa av, känna av stämningen. Och att man förstår, alltså varför man har valt att arbeta med människor. Att man kan se människan.

En annan beskrev vikten av att upprätthålla den boendes förmågor att klara saker på egen hand så långt det är möjligt för att stärka självkänslan som autonomi kan ge.

Utöver den personliga kunskapen om varje boende menade flera av undersköterskorna att det också är viktigt ur ett etiskt perspektiv att man som personal på demensboende har kunskap om demenssjukdomar och dess olika tillhörande symptom och problembilder för att kunna bemöta den demenssjuke på ett sätt som främjar och upprätthåller självkänsla och värdighet hos den boende. En undersköterska uttryckte att de boende har rätt att förvänta sig kvalitativ och professionell vård och omsorg och att det är viktigt i etiskt hänseende att som personal kunna erbjuda den förväntade vården. Därför menade intervjupersonen att personalen har ett ansvar att aktivt söka kunskap och att ta tillvara de chanser som ges till fortbildning och kompetenshöjning inom sitt yrkesområde.

4.4.2. Resurser

Ett tema som också kom upp hos samtliga intervjupersonerna när frågan om vad de tror är viktigt för att kunna arbeta på ett etiskt medvetet sätt ställdes handlade om resurser i olika former. Framförallt beskrevs tillräckligt med personal som en förutsättning för att kunna arbeta etiskt medvetet. Det

beskrevs av en undersköterska i ordalag som att för lite personal gör att man ibland inte orkar möta upp boende som inte ”svarar” på det bemötande man ger.

Ja alltså det är bara det här, som jag, att man inte känner sig... nej men, om någon är motoriskt orolig, och vandrar, och man möter upp, man är lugn, man möter upp... men så, det kanske hjälper för stunden och så kommer det tillbaka igen, symptomen, för den boende då, och det är det jag känner, det är svårt, det är svårt. Om man inte har tillräckligt med personal, som jobbar på golvet, på planen, så är det svårt.

Två andra undersköterskor beskrev den fysiska miljön och personaltillgången som viktiga förutsättningar för att kunna göra etiskt välvägd val i situationer då den boende exempelvis är orolig eller försöker ta sig ut på egen hand från boendet. Dels handlar det om att inte behöva hindra de boende från att röra sig ”fritt” genom att låsa dörrar eller hindra den boende fysiskt, men också om att det finns tillräckligt med personal som kan möta upp och försöka rikta den boendes uppmärksamhet åt ett annat håll när denne vandrar omkring eller försöker ta sig ut själv.

En annan undersköterska beskrev behovet av ökad tillgång till personal i samband med att boende är på väg att avlida. Det etiska perspektivet handlar i detta sammanhang enligt intervjupersonen om att ”ingen ska behöva dö ensam” och därför behövs mer personal som möjliggör tid att sitta hos den boende till slutet. I den situationen beskrev intervjupersonen även vikten av att kunna erbjuda smärtlindring i form av exempelvis morfin för att minimera lidandet för den boende i dödens skeende. Samma undersköterska talade om att ett etiskt arbetssätt också handlar om att det alltid ska finnas tillgång till hjälpmedel och förbrukningsmateriel som exempelvis blöjor och inkontinensskydd.

4.4.3. Behov av stöd

Att få dryfta sådant som man upplever som etiska dilemman i ett forum där man blir lyssnad på och vägled av en professionell handledare har av alla intervjupersoner beskrivits som en viktig del för att kunna och orka utföra det arbete de gör. En undersköterska beskrev det som nödvändigt att under handledningstillfällena få ventilera de känslor som uppstår i arbetet, en annan beskrev handledningen som ett tillfälle att ta upp problem och konflikter inom arbetsgruppen eller mellan personal och anhöriga. En undersköterska menade att handledningen fungerade som en påminnelse av de värderingar, etik och moral och förhållningssätt man bör arbeta efter. Sammantaget gav alla undersköterskorna uttryck för att handledning med jämna mellanrum är ett viktigt inslag i deras arbete.

Ett annat forum för diskussion, reflektion och stöd i etiskt svåra situationer beskrev alla undersköterskorna fanns inom arbetsgruppen. Att kunna prata av sig med en kollega när man upplevt en situation med en boende eller ett möte med en anhörig som ansträngande och påfrestande var det flera som beskrev som viktigt för att orka fortsätta upprätthålla en professionell fasad. Två utav undersköterskorna nämnde sin chef som ett stöd i liknande situationer, men de flesta förlitade sig på kommunikation och lösning inom den egna arbetsgruppen.

5. Teori

I resultatdelen så framgår teman som berör de etiska ställningstaganden som undersköterskorna gör, deras förhållningssätt ur ett etiskt perspektiv, faktorer som försvårar ett etiskt medvetet arbetssätt och också vad de anser vara förutsättningar för att kunna arbeta etiskt medvetet. I beskrivningarna har det gått att urskilja förklaringar och rättfärdiganden till undersköterskornas eget agerande i olika situationer men också beskrivningar av ovisshet kring vad som är rätt och fel. Detta har gjort att jag för att analysera mina resultat har valt att använda mig av dels teorin om accounts och dels de normativa teorierna inom etiken; konsekvensetik, deontologisk etik och dygdetik. Teorierna kompletterar varandra genom att de bidrar till förståelse av olika delar av studiens frågeställningar. Detta förtydligas ytterligare i nästa kapitel under analys.

5.1. Accounts

Scott och Lyman (1968) presenterar i en artikel i *American Sociological Review* teorin om *Accounts*. Någon vedertagen svensk översättning för begreppet finns inte, men flera forskare ger förslag på möjliga översättningar. Harnett (2010, s.70) översätter det till ”rättfärdigande eller ursäktande förklaringar”. Jönson (2006, s.26) använder istället ”moraliska redovisningar” i beskrivningen av accounts. Scott och Lyman (1968, s.46) definierade begreppet *accounts* enligt följande: “a statement made by a social actor to explain unanticipated or untoward behavior- whether that behavior is his *own* or that of others, and whether the proximate cause for the statement arises from the actor himself or from someone else.” Översättningen till svenska skulle vara ett yttrande gjort av en person i syfte att förklara ett agerande som kan anses vara oförutsett eller olämpligt. Yttrandet kan gälla både det egna och andras agerande och kan uttalas på initiativ av personen ifråga själv eller på uppmaning från någon annan. Thelander (2006) menar att det centrala i accounts, eller redovisande förklaringar som han benämner det, är dess förmåga att förändra bedömningen av en viss handling. Buttny (1993:1, refererad i Thelander 2006, s.54) förklarar det som att accounts har en transformativ funktion i den meningen att om den godtas så kommer agerandet att ses i ett nytt ljus vilket kan få de eventuellt negativa reaktionerna från andra att utebli. Han menar att accounts till och med kan bidra till att personen som utfört den klandervärda eller ifrågasatta handlingen i slutändan kan bli hyllad för sitt agerande. Syftet med att uttala accounts är framförallt att retoriskt försöka minska diskrepansen mellan den förväntade och den faktiska handlingen (Harnett, 2010). Syftet är också att försöka reparera det som eventuellt tagit skada av handlingen och åter skapa en balans i relationen mellan den som utfört handlingen och den som ifrågasätter den (Scott & Lyman, 1968).

Scott och Lyman (ibid) talar om två typer av accounts; *excuses* och *justifications* (ursäkter och rättfärdiganden), som de menar kan användas antingen enskilt eller tillsammans när någon anklagas för att ha gjort något fel, ovälkommet eller på annat sätt olämpligt.

5.1.1. Ursäkter

Scott och Lyman (1968, s.47) menar att ursäkter är socialt accepterade uttryck i syfte att befria personen från ansvar då agerandet eller handlingen ifrågasätts. De skiljer mellan fyra varianter av vanliga ursäkter där personen ifråga erkänner handlingen som dålig eller olämplig men förnekar det egna ansvaret för den genom att antingen hänvisa till: olyckliga omständigheter (accident), ofrivillighet/omedvetenhet (defeasibility), biologiska drivkrafter (biological drives) eller utpekandet av någon annan som syndabock (scapegoating).

5.1.2. Rättfärdiganden

Denna typ av account innebär att personen ifråga tar på sig ansvaret för den utförda handlingen, men förnekar att den skulle vara negativ eller klandervärd. Skillnaden mellan rättfärdigande och ursäktande accounts menar Scott och Lyman (ibid) är att ett rättfärdigande av en handling innebär att man uttryckligen hävdar dess positiva värde som ett försvar. Rättfärdiganden kan också innebära ett hävdande av att de särskilda omständigheterna tillåter eller kräver agerandet, trots att konsensus råder kring det olämpliga eller otillåtna i handlingen. Även här kan Scott och Lyman (ibid, s.51) presentera fyra kategorier av rättfärdiganden: förnekande av skada (denial of injury), förnekande av offret (denial of victim), fördömande av de fördömande (condemnation of condemners) och åberopande av högre lojaliteter (appeal to loyalties).

5.2. Moralfilosofi

Inom den normativa etiken som har sin grund i olika typer av värderingar finns det tre viktiga inriktningar; konsekvensetik, deontologisk etik och dygdetik. Nedan presenteras en närmare beskrivning av de tre.

5.2.1. Konsekvensetik och utilitarism

Liksom namnet antyder, innebär konsekvensetiken en bedömning av en handlingens sannolika konsekvenser där valet faller på det alternativ som förmodas leda till det bästa resultatet (Blennberger, 2005). Blennberger skiljer på två olika sätt att använda konsekvensetiken; som en *beslutsmetod* eller som ett *riktighetskriterium*. Det förra avser ett bedömningsstadium innan beslut om handling fattas, där man som ovan nämnt väger in de konsekvenser som kan förväntas och fattar sitt beslut utifrån det förmodade bästa alternativet. Det senare används i efterhand, när handlingen väl skett, som en utvärderande funktion där ställning tas till om beslutet ledde till de bästa konsekvenserna. Det finns en osäkerhet inbäddad i båda varianterna, fortsätter Blennberger (ibid). I bedömningsfasen är det svårt att överblicka alla konsekvenser. Och i efterhand kan det vara svårt att veta hur utfallet hade blivit om man valt att handla på ett annat sätt, varför en utvärdering försvåras. Vad som är utmärkande för konsekvensetiken är dock att en handling alltid får anses vara rätt om handlingen bygger på välgrundade överväganden där de samlade konsekvenserna tagits i beaktande varpå den handlingen

med de sannolikt bästa konsekvenserna beslutats om (ibid). En konsekvensetisk bedömning ställer enligt Blennberger krav på två huvudfrågor att beakta: ”*Vilka personer ska vi ta (störst) hänsyn till när vi värderar konsekvenserna? Vad avser vi med goda konsekvenser?*” (ibid, s.61).

En riktning inom konsekvensetiken är utilitarismen. Denna går ut på att en handling som bedöms som den etiskt rätta är den handling som sammantaget ger bäst konsekvenser för alla berörda (ibid). Kritik som har förts mot utilitarismen är att den kan uppfattas som en matematisk effektbedömning där hänsyn inte tas till hur enskilda personer påverkas utan enbart är koncentrerad kring *summan* av konsekvenserna, vilket skulle kunna innebära att goda effekter för många skulle kunna uppväga lidande för ett fåtal. Blennberger (ibid) resonerar dock kring om det verkligen kan vara så att de sammantaget bästa konsekvenserna nås genom att någon eller några personer blir lidande. Kanske är handlingen inte den rätta då trots allt. En annan vanlig kritik är att utilitarismen inte tar hänsyn till socialt och biologiskt grundläggande faktorer som att människor exempelvis hyser starkare känslor för sina barn och sin familj än för andra människor. En renodlad utilitarism betyder att man tar lika stor hänsyn till alla människor, vilket av sociala och biologiska skäl alltså inte kan anses vara möjligt i alla lägen. Blennberger föreslår därför två modifieringar av den renodlade utilitarismen i form av två principer att beakta; *skademinimeringsprincipen* och *närhetsansvarsprincipen*.

Skademinimeringsprincipen innebär en hållning som grundar sig på att en utilitaristisk konsekvensbedömning alltid måste ta hänsyn till särskilt utsatta grupper och människor och inte agera på så sätt att någon människa lider skada till förmån för andras lycka eller goda konsekvenser. Den andra principen kallar han för närhetsansvarsprincipen, vilken innebär att särskild hänsyn får tas till personer som står oss särskilt nära, exempelvis våra barn eller närmaste familj, under förutsättning att vi kan önska att alla andra agerar på samma sätt i liknande situationer.

5.2.2. Deontologisk etik

Den andra inriktningen är den så kallade deontologiska etiken som kännetecknas av att det är handlingen i sig som fokuseras (ibid). Begreppet härstammar ur det grekiska ordet *deon* som betyder *plikt* eller *det nödvändiga*. Enligt detta sätt att bedöma om en handling är god eller rätt är det den direkta handlingen och inte konsekvenserna av den som ska bedömas som rätt eller god. Det innebär att handlingar kan tillskrivas olika typer av etiska kvaliteter och status och att det skulle finnas ett egenvärde i själva *plikten* att handla på ett visst sätt, oavsett vad konsekvenserna blir av handlandet. Som exempel kan ges att det enligt den deontologiska ståndpunkten alltid är fel att ljuga. Att tala sanning kan därför ses som en deontologisk handling (plikt), även om sanningen med all sannolikhet kommer att innebära sämre konsekvenser för de berörda än vad en lögn skulle gjort (ibid).

5.2.3. Dygdetik

Den tredje inriktningen av den normativa etiken är den där fokus tillägnas personen som utför handlingen. Det centrala här är att se till vilket slags personer vi bör vara ur etisk synpunkt, vilka

dygder är attraktiva och eftersträvansvärda? Man tar här utgångspunkt i den handlande personens egenskaper och bedömer handlingen som rätt eller god om den utförts av någon som betraktas som god- eller *dygdig* (ibid).

Gunilla Silfverberg (2006) beskriver tänkandet som den kanske viktigaste faktorn för både personlig men också professionell etisk kompetens och utveckling. Hon låter förstå att rätt och orätt handlande bara är meningsfullt att tala om i sammanhang då den sociala kontexten existerar, men att det trots allt alltid finns en ovisshet när det gäller etik och vad som är rätt och vad som är fel. I *dialog* och *möten* med andra människor kan vi upptäcka och förändra oss själva och vårt eget handlande genom att betrakta andra människors handlande och varande. Med det menas att människor tillsammans skapar värderingar och tankar kring vad som är rätt och vad som är fel. Hon talar vidare om förvärvade erfarenheter och konstruerade vanor som viktiga aspekter av personlig etisk kompetens och hur dessa kan bidra till att i framtiden ”veta” hur man ska agera i liknande situationer.

6. Analys

I resultatet har olika teman presenterats som är relevanta i relation till studiens syfte och frågeställningar. För att analysera mina resultat har jag använt mig av teorin om *Accounts* (Scott & Lyman, 1968) och de normativa etiska teorier som konsekvensetik, deontologisk etik och dygdetik utgör, vilka jag menar bidrar till *ett* sätt att förstå de resonemang och erfarenheter som beskrivits för mig under mina intervjuer med undersköterskorna. Analysen av resultatet kommer nedan att presenteras utifrån nämnda teorier och teoretiska begrepp som redogjorts för i teoriavsnittet, med ambitionen att fördjupa förståelsen av de resonemang som utgör svaren på studiens övergripande frågeställningar.

6.1. Accounts

Teorin om Accounts kan hjälpa oss att förstå de situationer som undersköterskorna beskriver som etiskt svåra och ger oss också verktyg att förstå hur undersköterskorna resonerar kring och beskriver dessa.

6.1.1. Rättfärdiganden

Flera beskrivningar i resultaten handlar om huruvida det är rätt eller fel att tvinga en boende till omvårdnad och insatser som rör hygien och personlig integritet. Undersköterskorna beskrev valet att tvinga boende som svårt men nödvändigt. En av de förklaringar som gavs var att de boende inte alltid vet sitt eget bästa och därmed brister deras förmåga att själva bestämma vad som är bäst för dem. En annan förklaring gavs med hänvisning till att alternativet- ”att låta någon gå runt med avföring och urin och allt”- är sämre. Detta kan förstås utifrån den ena typen av accounts som Scott och Lyman (1968) redogör för: *rättfärdiganden*. Genom att hävda att de särskilda omständigheterna tillåter eller kräver agerandet, som att boende inte själva kan avgöra vad som är bäst för dem eller att alternativet är sämre, kan tvånget rättfärdigas och eventuellt ses i ett nytt ljus. Den rättfärdigande förklaringen kan på så sätt användas för att återställa balansen i relationen mellan den som utfört och rättfärdigar handlingen och den som ifrågasätter handlingen.

6.1.2. Ursäkter

Andra delar av resultatet kan istället förstås utifrån den andra typen av accounts som Scott och Lymans (ibid) teori presenterar: *ursäkter*. Exempelvis beskrevs undersköterskornas förståelse för de anhörigas sorg över att deras närstående drabbats av en demenssjukdom. När det gällde etiska valsituationer där personalens val av handling antingen skulle resultera i påfrestning och/eller lidande för den boende eller i annat fall i ledsamhet och sorg hos den anhöriga beskrev en undersköterska att hon ibland väljer att tillmötesgå anhörigas önsknings istället för att se till den boendes behov. Utifrån Lyman och Scotts beskrivning av ursäktande accounts skulle denna typ av situation kunna förstås som att undersköterskan erkänner handlingen som dålig men hänvisar till de anhörigas sorg som en ursäkt

för att handla emot den boendes behov eller vilja. De anhörigas sorg kan på så sätt tillskrivas rollen av en *syndabock* för handlingen, vilket är en av de fyra varianter av ursäkter som Scott och Lyman (ibid) begreppslogiskt i sin teori.

En annan typ av beskrivning i resultatet handlade om resursbrist som ett hinder för personalens möjligheter att arbeta på ett etiskt medvetet sätt. Personalen uttryckte frustration över att det ibland saknas resurser i form av tid och personal vilket hindrar dem från att kunna utföra sitt arbete på ett bra sätt och kunna tillgodose boendes behov när det behövs. Även detta resonemang kan ses i ljuset av en ursäktande account med bristande resurser som *syndabock*.

Ett återkommande tema i olika avseenden var undersköterskornas tal om anhöriga. Ett resonemang som fördes var kring svårigheten i att uppträda professionellt när anhöriga uppfattas som besvärliga och okänsliga vad gäller personalens känslor och integritet. Man kan förstå detta genom att tänka sig att personalens vilja att alltid vara professionell motarbetas genom anhörigas besvärlighet och okänslighet, vilket i detta fall fungerar som *syndabock* och ursäkt för de gånger då personalen inte orkar agera eller förhålla sig professionella.

En annan applicering av *syndabocksursäkten* kan göras när det gäller undersköterskornas beskrivningar av kollegor som inte har samma engagemang och ambition att göra ett lika bra jobb som de själva eller när kollegor agerar rent olämpligt. Ett ifrågasättande av arbetet skulle utifrån beskrivningarna kunna resultera i att man klandrar och pekar ut någon annan för arbetets utförande och på så vis befria sig själv från ansvar.

Den sista typen av ursäktande account som kunde identifieras i resultatet var när undersköterskorna beskrev situationer där de tyckte att agerandet eller arbetssättet var oetiskt men där de samtidigt frånsade sig ansvaret. Situationerna de återgav handlar om regleringar som hindrar dem från att be anhöriga lämna rummet medan den boendes personliga hygien sköts, inflexibilitet i kraven som reglerar måltidsservering och omständigheten då en boende är nära döden men ordinerar dropp som en livsuppehållande åtgärd på begäran av anhöriga, benämnt ”*anhörigdropp*” av en undersköterska. Samtliga av dessa beskrivningar går att förstå utifrån account-teorins ursäktande förklaringar genom den ansvarsbefrielse som undersköterskorna själva uttrycker där hänvisning görs till deras begränsade handlingsutrymme och inflytande över situationerna.

6.2. Moralfilosofi

De moralfilosofiska teorierna kan hjälpa oss att förstå undersköterskornas resonemang och berättelser kring hur de hanterar etiska valsituationer i deras arbete. Det mest framträdande i resultatet är olika typer av konsekvensetiska bedömningar som handlingarna grundar sig på, flera av dem med utilitaristiska inslag.

6.2.1. Konsekvensetik och utilitarism

Ett sätt på vilket undersköterskorna beskrev olika situationer där de hade att ta ställning till hur de skulle agera, var i ordalag av vilka konsekvenser som sannolikt var de bästa. Man kan förstå det som att undersköterskorna gör en konsekvensetisk bedömning när de står i valet mellan att låta den boende ”gå runt med avföring och urin och allt” eller att tvinga boende till byte av inkontinensskydd.

Personalen väger alternativen mot varandra, och i den avvägningen konstaterar de att inget av valen känns etiskt försvarbart, men gör trots allt bedömningen att tvång till omvårdnad ändå är det alternativ som ger de bästa konsekvenserna. På motsvarande sätt gör undersköterskorna bedömningen att det som inte är till skada för den boende heller inte är nödvändigt att möta med tvång. Bedömningen att inte tvinga den boende till insatser ger här andra typer av konsekvenser, men beslutet grundar sig på samma princip. Valet att respektera boendes självbestämmande då boende fick bestämma att hon skulle sova med kjolen på grundade sig på bedömningen att konsekvenserna blev bättre än om personalen envisats med att kjolen skulle tas av.

En aspekt av de uttalanden som gjorts av undersköterskorna i intervjuerna och som går att läsa i resultatet är svårigheten i att bestämma vem man ska ta störst hänsyn till - de boende eller deras anhöriga. Några av undersköterskorna beskrev hur deras vilja att lindra anhörigas sorg ibland kunde resultera i att man bortsåg från den boendes behov och istället biföll anhörigs önskan om att boende skulle tas upp ur sängen eller använda tandprotes trots svårigheter att sätta in den. En utilitaristisk konsekvensbedömning skulle kanske ge vid handen att den anhörigas glädje över att få spendera tid med sin närstående är att bedöma som så pass goda effekter att de kan väga upp för det lidande som den boende eventuellt utsätts för genom handlingen. Ett annat sätt att betrakta bedömningen kan fås genom att använda sig av Blennbergers (2005) modifieringar av utilitarismen. Både skademinimeringsprincipen och närhetsansvarsprincipen skulle kunna vara tillämpbara i detta fall. Med hjälp av skademinimeringsprincipen skulle bedömningen av vem man bör ta störst hänsyn till landa i svaret att det är den boende, eftersom denne är en särskilt utsatt människa som inte bör utsättas för lidande till förmån för andras lycka eller goda konsekvenser. Att använda sig av närhetsansvarsprincipen skulle i och för sig innebära att närhetsansvaret för respektive undersköterska skulle utökas från att enbart omfatta deras närmaste familj till att även innefatta de boende. En sådan utökning av närhetsansvar kan kanske ändå få anses vara befogad, eftersom undersköterskorna har ett särskilt ansvar att värna de boendes väl och ve, något de själva också uttryckte i intervjuerna. Med hjälp av närhetsansvarsprincipen skulle bedömningen därmed också landa i att störst hänsyn bör tas till de boende och undersköterskorna skulle därför inte bifalla de anhörigas önskan om det går emot boendes behov och vilja.

Det uttalande som en av undersköterskorna gjorde kring vikten av att kompromissa med anhöriga kring boendes behov kan förstås som ett direkt utilitaristiskt yttrande, där ambitionen är att ta hänsyn till alla berörda. Även när det gällde situationen kring de gemensamma måltiderna, där personalen ibland kunde uppleva att det var svårt att ha alla boende samlade tillsammans eftersom vissa boende

kunde verka störande för de andra, kan utilitarismen hjälpa oss att förstå dilemmat som uttrycks av personalen. Viljan från undersköterskorna att alla ska kunna delta i de gemensamma måltiderna finns där, men samtidigt innebär gemenskapen negativa konsekvenser för de boende som blir störda av andra. En avvägning måste då göras kring vem eller vilka man bör ta störst hänsyn till, och bedömningen har gjorts att den större gruppens behov av lugn och ro vid måltiderna måste tillgodoses. Den boende som på grundval av sitt störande beteende placeras ensam vid ett bord kompenseras dock för sin ensamhet genom att personalen hela tiden finns i närheten, varför man kan se det som att hänsyn även tagits till den boende som får inta sin måltid avskilt från de medboende.

6.2.2. Deontologisk etik

Flera uttalanden i intervjuerna kan betraktas utifrån den deontologiska etiken som fokuserar den direkta handlingen som rätt eller fel, oavsett konsekvenser. Exempelvis går det att tyda undersköterskornas yttranden om att den boendes självbestämmande, när det tydligt uttryckts, i mesta möjliga mån bör respekteras oavsett konsekvens för den boende (exempelvis att boendes ovilja att använda höftskydd respekteras trots att det kan innebära skada om denne ramlar), som en deontologisk handling. Det innebär att handlingen *att respektera den boendes självbestämmande* är det som betraktas som plikten som måste följas och som därmed blir avgörande för att agerandet anses vara det rätta.

Andra resultat som kan förstås med hjälp av ett deontologiskt perspektiv är när undersköterskorna uttrycker det som sin uppgift (plikt) att sätta de boendes behov främst och inte tillmötesgå anhörigas önsknings om sådant som de inte anser gynnar den boende. Här kan undersköterskorna försvara sina val med att de följer den plikt som de i och med sitt yrke har att följa, nämligen att se till att den boendes behov och välmående sätts främst. En intressant motsättning blir dock det faktum att förståelse för anhörigas sorg och deras vilja att spendera tid med sina närstående gör att personal ibland bryter mot ovanstående plikt gentemot de boende.

En annan kontrast går att se kring ett annat uttalande i resultatet, det som handlar om viljan att skydda boendes integritet men som förhindras av att personal inte får be anhöriga lämna rummet under personlig omvårdnad. Det skulle kunna förstås som att båda dessa saker är pliktbundna; att skydda den boendes integritet är en plikt utifrån undersköterskornas uppdrag och valet att inte be anhöriga lämna rummet är en lagstadgad förpliktelse. I resultatet visade sig den sistnämnda plikten väga tyngst men en motsättning och svårighet finns inbyggd i bedömningen av vilken handling som får anses vara den rätta ur ett deontologiskt perspektiv, eftersom båda alternativen kan betraktas som plikter.

6.2.3. Dygdetik

I resultatet skildras beskrivningar av hur viktigt det är för undersköterskorna att tillsammans i arbetsgruppen få ventiler sådant som de upplever som svårt och etiskt bjudande. Det kan handla om att hitta gemensamma lösningar eller bara om att få känna att man inte är ensam i situationen eller

känslan. Även handledning lyftes av undersköterskorna fram som ett viktigt moment för att bidra till etisk reflektion och för att få hjälp med att resonera kring sin egen person och sitt eget handlande. I resultatet har beskrivningar också getts av olika situationer som kan uppstå på ett vård- och omsorgsboende för demenssjuka äldre och som för personalen aktualiserar frågor om deras egen duglighet och tillräcklighet. Undersköterskorna uttryckte en vilja till och ständiga försök till att vara professionella, att vara goda omsorgsgivare och att alltid agera rätt och riktigt.

Silfverbergs (2006) förklaring av dialogen och reflektionen tillsammans med andra som en viktig, om inte avgörande, aspekt för människor att hantera etiska problem kan hjälpa till att ytterligare förstå och bekräfta den bild som undersköterskorna också ger. Alltså, hur viktigt det är att tillsammans med andra resonera och reflektera över vad man kan och bör göra i en situation. Utifrån Silfverbergs syn på dygdetiken är det alltså viktigt att i gemenskap med andra betrakta och utveckla sig själv och därmed sin etiska kompetens, något som undersköterskorna gav uttryck för kan ske i form av handledning. Vidare kan undersköterskornas beskrivningar om vikten av handledning och önskan om vägledning i olika situationer, förstås som ett tecken på det som Silfverberg också förmedlar, nämligen att det inte alltid är så enkelt att veta vad som är rätt och fel.

7. Avslutning

Studiens empiri och en analys av denna har nu presenterats. I detta avsnitt följer en presentation av de slutsatser som kan göras utifrån resultat och analys i förhållande till det övergripande syftet och de frågeställningar som studien bygger på. En diskussion kring slutsatserna med förslag på fortsatt forskning avslutar sedan kapitlet, likväl studien.

7.1. Slutsatser

Syftet med den här studien har varit att undersöka undersköterskors erfarenheter och resonemang kring sin yrkesutövning ur ett professionsetiskt perspektiv inom särskilda vård- och omsorgsboenden för äldre med demenssjukdom. Det kan utifrån studiens empiri konstateras att undersköterskor ställs inför en mängd etiska val i deras arbetes vardag. Dessa val har de dels att ta ställning till, men de har också att förhålla sig till konsekvenserna och de medföljande känslorna av de val de gör. Olika situationer där etiken spelar stor roll är bland annat omvårdnadssituationer där den personliga integriteten hotas, situationer då boendes olika behov ställs mot varandra eller när kollegor inom arbetsgruppen missköter sitt arbete eller utför det knapphändigt.

En annan slutsats är att undersköterskornas arbete är präglad av olika aktörers intressen. Framst de boendes intressen givetvis, men också anhörigas och organisationens. Dessa står ibland i motsatsförhållande till varandra eller till undersköterskornas *egen* uppfattning om vad som är rätt att göra och försätter ibland undersköterskorna i svåra lojalitetskonflikter där det inte alltid är lätt att avgöra vems intressen man ska tillmötesgå. Utifrån resultatet kan dock, i relation till detta, även slutsatsen dras att undersköterskorna anser sig vara de som oftast är bäst lämpade att förstå och besluta över de boendes situation. En svårighet som knyter an till det är dock ovissheten som ligger inbakad i de beslut som fattas kring de äldre och sjuka människor som inte själva klarar av att uttrycka eller förmedla sin vilja. Professionell handledning och fortlöpande dialog i arbetsgruppen har uttryckts vara viktigt för att kunna hantera de känslor av ovisshet och otillräcklighet som uppstår hos undersköterskorna och för att orka utföra sitt arbete och att känna att man gör det bra.

Givet syftet och resultatet går det också att dra slutsatsen att det finns en maktobalans i förhållandet mellan undersköterskorna och de boende. Detta tar sig framförallt i uttryck av att undersköterskorna har makten att besluta om en omvårdnadsinsats ska utföras, även om det innefattar tvång. Det har beskrivits som en försvårande omständighet i undersköterskornas arbete att behöva agera mot boendes vilja, samtidigt som en nödvändighet anses finnas i agerandet. Sättet på vilket undersköterskorna beskriver dessa typer av omständigheter har analyserats utifrån teorin om accounts. Jag har utifrån resultatet kunnat identifiera två typer av *rättfärdigande* accounts:

- 1) accounts som rättfärdigar handling genom att hänvisa till att boende inte vet sitt eget bästa, och
- 2) accounts som rättfärdigar handling genom att hänvisa till att alternativet är sämre.

Dessutom har två olika typer av *ursäktande* accounts kunnat identifieras:

1) accounts som ursäktar handling genom att hänvisa till olika typer av syndabockar (anhörigas sorg, resursbrist, besvärliga anhöriga, kollegors bristande ambition), och

2) accounts som ursäktar handling genom att hänvisa till undersköterskornas begränsade handlingsutrymme och inflytande.

Innebörden för samtliga *ursäktande* accounts blir att: om inte X (syndabock) fanns så skulle jag kunna agera etiskt rätt.

Ökade resurser, framförallt i form av mer personal på morgnar och kvällar då arbetsbördan är som tyngst, är viktigt för att hinna tillgodose alla boendes behov inom rimlig tid och för att minska känslor av otillräcklighet hos undersköterskorna. En större förståelse för undersköterskornas arbete och en tillit till deras kunskap och kompetens från både anhöriga och andra yrkesgrupper i deras omgivning är också viktiga aspekter för att kunna tillhandahålla en god vård och omsorg.

7.2. Diskussion

Det är tydligt att arbete med demenssjuka människor ställer höga krav på personalen och deras förmåga att fatta välgrundade beslut. Det är inte unikt för just undersköterskorna att ha makt att fatta beslut som har direkt påverkan på de äldres liv och vardag, men det är speciellt att också vara de som praktiskt utför insatserna. Inom det sociala arbetets praktik har man oftast sig själv som person som främsta verktyg, så gäller även för undersköterskorna i min studie som i allra högsta grad utför ett praktiskt socialt arbete med de äldre. När man har sig själv som arbetsredskap är det också nödvändigt att kontinuerligt arbeta med sig själv och att få bearbeta sådant som påverkar ens person, dels för att kunna utföra ett bra jobb men också för att må bra i sig själv. Av den anledningen tror jag att det är nödvändigt för chefer och politiker att se till att det i större utsträckning finns utrymme för samtal och etisk dialog på verksamheter som bedriver den typ av vård och omsorg som min studie haft som fokus. Inom ramen för dessa samtal skulle känslor som handlar om sin egen duglighet och otillräcklighet kunna få dryftas och reflekteras kring, för att i gemensam anda söka hitta sätt på hur man kan dämpa eller, i annat fall, förhålla sig till dessa. Detta stämmer också väl överens med den bild som Silfverberg (2006) ger av några av de viktiga komponenter som hör till dygdetiken; tänkandet, dialogen och den gemensamma reflektionen. En satsning inom äldreomsorgen skulle därför kunna vara att införa etisk dialog eller reflektion som en del av den schemalagda tiden. Förmodligen skulle både omsorgsgivare och omsorgstagare tjäna på en sådan satsning. Även i den tidigare forskningen har liknande känslor kunnat visas på hos yrkesgruppen, då med temat ”dåligt samvete” som det centrala (Ericson-Lidman et al.). I min studie har det dåliga samvetet hos undersköterskorna inte lyfts fram på samma sätt som i den ovan nämnda, utan talet kring dessa känslor har istället uttryckts som ett resultat av bland annat för lite personal under de tider på dygnet då arbetet är som tyngst. För att komma tillrätta med sådana problem som påverkar personalens arbetsbörda negativt behövs även satsningar i form av mer personal som arbetar under morgon- och kvällspassen. En annan möjlighet till varför dessa känslor uppstår kan också vara att det helt enkelt är så pass krävande och komplext att arbeta med demenssjuka människor,

att känslor av otillräcklighet och oduglighet hör till arbetet. För att kunna hantera dessa typer av känslor och andra svårigheter i arbetet har framförallt handledning beskrivits som oerhört viktigt för att orka med sitt arbete, men också för att lära sig nya sätt att agera på och få ökad kunskap om hur man kan göra saker bättre. Det är exempelvis inte ovanligt att man inom Socialtjänsten har handledning för de socialsekreterare som arbetar med handläggning och utredning av olika människors behov. Liksom dessa behöver också undersköterskorna få möjlighet till handledning i olika frågor för att få ny input och utvecklas inom sitt arbete. Vad som är utmärkande för undersköterskegruppen är att de kan sägas stå med benen i två läger; det ena inom vården när det handlar om medicinska bedömningar och insatser, medan det andra benet har en klar förankring inom det sociala arbetet vad gäller att sörja för en god omvårdnad, ett gott bemötande och ett värdigt liv för de äldre. Ett alternativ för handledning skulle vara att de handleds av professionella från respektive fält. Det sociala arbetets fält skulle med fördel representeras av en socionom, eftersom socionomutbildningen bidrar till en så pass bred kompetens i form av både etik, juridik, samhälls- och välfärdsfrågor och framförallt en jämlik människosyn. Dessutom hör socionomprofessionen till de grupper som själva har en yrkesetisk kodex och som därför bör vara väl förtrogna med komplexiteten i att arbeta inom ett yrke där etiken har stor betydelse.

Ett annat bidrag som den här studien medverkar till är ett ytterligare teoretiserande av de förklaringar som undersköterskorna erbjuder när de talar om etiska valsituationer i deras arbete och hur de förhåller sig till och hanterar dessa. Teorin om accounts är ju på intet sätt ny och den används också inom andra områden än för just socialt arbete, exempelvis inom kriminalvården för att förstå förövares förklaringar till varför de begått brott. Harnett (2010) har i sin avhandling använt sig av teorin om accounts då hon studerat äldres inflytande utifrån de äldres perspektiv. I jämförelse med Harnetts studie finns det också likheter i min egen studie när man ser till användandet av accounts i undersköterskornas beskrivningar. Vad som är spännande är att jag i min studie också kunnat identifiera andra typer av accounts. De rättfärdigande förklaringar som Harnett i sin studie presenterar är accounts som rättfärdigar begränsningar av äldres inflytande genom hänvisning till organisationen och genom hänvisning till bristande resurser. Dessutom presenteras förklaringar som rättfärdigar försummelse av äldres inflytande genom att beskriva äldres klagomål som oviktiga. Även i min studie har undersköterskornas beskrivningar handlat om resursbrist som en försvårande faktor för att hinna med allt som krävs av dem, och som därför negativt påverkar deras möjligheter att i alla lägen göra välavvägda etiska bedömningar. Vad som är utmärkande för min studie är att det finns en annan typ av trivialiseringsretorik än den som Harnett beskriver i sin avhandling där hon funnit att de äldres klagomål beskrivs som oviktiga. I min studie handlar det istället om beskrivningar som ger vid handen att de äldre inte själva vet sitt eget bästa. Det här är intressant och viktigt att problematisera kring, eftersom den uppenbara frågan att ställa sig då blir att om de äldre inte själva vet sitt eget bästa, vem gör då det? Vem kan anses ha mandat att bestämma vad som är det bästa för den äldre som själv inte kan uttrycka sin vilja eller sina behov. Är det de anhöriga som kände den äldre innan sjukdomens

inträde och vet hur den äldre då ville ha saker och ting och hur dennes vanor såg ut? Eller är det istället undersköterskorna som numera spenderar mest tid tillsammans med den äldre och som därför lättare lär sig att tyda den äldres uttryck och som också ser hur sjukdomens framfart påverkar den äldres förmågor? En annan potentiell aktör är lagstiftaren som utformar de lagar och regleringar som äldreomsorgens praktik ska följa och bygga på. Liksom inom etiken är förmodligen svaret att det inte finns något rätt eller fel svar. Vad som däremot bör lyftas fram i diskussionen är sättet på vilket man talar om de äldre, antingen om det är i form av att de inte vet sitt eget bästa eller om det handlar om att trivialisera deras klagomål. Om regeln är att alltid tala om de äldre och deras behov så blir det svårt att nå en förändring till det att de äldre själva talar om sina behov och önskemål. Liksom Jönson (2009) framhåller finns det exempelvis en diskrepans mellan diskursen kring människor med funktionsnedsättning och äldre människor. Han ger som förklaring till detta att det funnits en stark funktionsnedsättningsrörelse som aktivt verkat för att synen på och talet om de funktionsnedsatta ska förändras till det bättre. Den här typen av rörelse med samma genomslag har inte funnits för gruppen äldre, och kanske är det svårt för dem själva att driva en sådan aktiv rörelse, varför det blir än mer angeläget att de äldres uttryck och behov inte trivialiseras eller förminskas.

Genom studien kan förhoppningsvis en större förståelse nås för den komplexitet som undersköterskearbetet inom äldreomsorgen innebär. Som en slutsats av studiens resultat har jag framhållit att undersköterskornas arbete inte enbart handlar om att tillgodose de äldres intressen och behov av en god omsorg. De har också att ta hänsyn till verksamhetens regler och rutiner, andra yrkesgruppers bedömningar och också många gånger till de boendes anhöriga. I problemformuleringen beskrev jag hur äldres situation på äldreboenden av vissa forskare beskrivs som präglad av makt och vanmakt, men utifrån min studie är det också relevant att tala om undersköterskornas arbetssituation i samma termer. Självklart är det de äldres väl och ve som är den centrala frågan och som måste få vara den bärande idén om en god äldreomsorg, men utrymme måste också finnas i debatten kring de som utför arbetet med de äldre. Omsorgspersonalen ger också de uttryck för begränsat handlingsutrymme och inflytande över sin arbetssituation, och vanmaktsbegreppet, som både Jönson och Harnett använder i beskrivningen av de äldres möjligheter till inflytande, kan kanske också göras gällande för en beskrivning av personalens situation. För hur mycket inflytande kan de sägas ha över sitt arbete när så många andra olika aktörer också är berättigade till inflytande? Det har i studiens resultat presenterats situationer då undersköterskorna inte kan gripa in till den boendes försvar för att de förhindras av sitt begränsade handlingsutrymme i frågor som exempelvis rör anhörigas rätt att vara med i rummet när den boendes personliga hygien sköts. För att göra äldreomsorgen till en verksamhet värt sitt namn behöver båda dessa aspekter tas med i beräkningen och ytterligare forskning kring just handlingsutrymmet och dess påverkan på de äldres vård- och omsorg är av vikt. Även forskning som tar fasta på handledningens betydelse för undersköterskornas arbete bör bedrivas och med fördel inom det sociala arbetets fält för att ytterligare förankra undersköterskeyrket som en del av detta.

En förståelse för undersköterskornas arbete inom äldreomsorgens demensvård som komplext och många gånger etiskt svårhanterbart är vad jag önskar att läsaren fått med sig genom att läsa denna studie. Som en sammanfattning av just det har jag valt att avsluta med ett citat av Carl-Henrik Grenholm, professor i etik: ”Något etiskt maskineri, där man stoppar in ett problem ena änden och får ut en lösning i den andra änden, finns inte.” (Grenholm, citerad i Jenner, 1995, s.5).

8. Referenser

- Aspers, P. (2007). *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Björkqvist, K. (2012). *Introduktion till vetenskapsteori och forskningsmetodik för beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Blennberger, E. (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Bolmsjö, I.Å., Edberg, A. & Sandman, L. (2006). Everyday ethical problems in dementia care: a teleological model. *Nursing Ethics*, 13(4), 340-359. Hämtad från databasen CINAHL Complete with Full Text.
- Christoffersen, S.A. (2007). *Professionsetik*. Malmö: Gleerups.
- Ericson-Lidman, E., Norberg A., Persson, B., & Strandberg, G. (2013). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 215-223. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01017.x
- Harnett, T. (2010). *The trivial matters: everyday power in Swedish elder care*. (Doctoral dissertation, Jönköping University, School of Health Sciences).
- Harnett, T., Jönson, H., & Wästerfors, D. (2012). *Makt och vanmakt på äldreboenden*. Lund: Studentlitteratur.
- Jenner, H. (1995). *Nytta och etik i det sociala arbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: Från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Jönson, H. (2006). *Vårdskandaler i perspektiv: debatter om vanvård, övergrepp och andra missförhållanden inom äldreomsorg*. Malmö: Égalité.

- Jönson, H. (2009). Äldreomsorgen, ålderismen och de nästan döda. I H. Jönson (Red.), *Åldrande, åldersordning, ålderism* (s. 191-209). Norrköping: Linköpings universitet.
- Karlsson, M. (2011). *Brukarmakt i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lag (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor. Hämtad den 7 maj 2015 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- Larsson, M. (2010, 13 januari). Nu stärker vi de äldres inflytande över omsorgen. Dagens Nyheter. Hämtad 9 mars 2015 från <http://www.dn.se/debatt/nu-starker-vi-de-aldres-inflytande-over-omsorgen/>
- Lee, S. (Författare), Ditko, S. (Författare), & Raimi, S. (Regissör). (2002). *Spider-Man* [Film]. United States: Marvel Enterprises.
- Patel, R., & Tebelius, U. (1987). Om forskningsprocessen. I R. Patel & U. Tebelius (Red.), *Grundbok i forskningsmetodik* (s.41-51). Lund: Studentlitteratur.
- Prop. 2009/10:116. (2009). *Värdigt liv i äldreomsorgen*. Regeringen.
- Scott, M.B., & Lyman, S.M. (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33(1), 46-62.
- Silfverberg, G. (1996). *Att vara god eller att göra rätt: en studie i yrkesetik och praktik*. (Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Teologiska institutionen).
- Silfverberg, G. (2006). Dialog, reflektion och yrkesetisk utveckling. I G. Silfverberg (Red.), *Nya vägar i vårdetiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2011). Meddelandeblad Nr. 1/2011. Nya bestämmelser gällande äldreomsorgen från och med den 1 januari 2011. Hämtad 9 mars 2015 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-1-7>
- Socialtjänstlag (2001:453). Hämtad den 7 maj 2015 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

Thelander, J. (2006). *Mutor i det godas tjänst: Biståndsarbetare i samtal om vardaglig korruption*.

(Doktorsavhandling, Lunds universitet, Sociologiska institutionen). Från

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=25727&fileId=2662>

5

Trost, J. (2005). *Kvalitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Van der Dam, S., Abma, T. A., Kardol, M. J. M., Widdershoven, G. A. M. (2012). "Here's My Dilemma": Moral Case Deliberation as a Platform for Discussing Everyday Ethics in Elderly Care. *Health Care Anal*, 2012(20), 250–267. doi: 10.1007/s10728-011-0185-9

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Whitaker, A. (2009). *Åldrande, död och anhörigskap*. Malmö: Gleerups.

Bilaga 1. Informationsbrev

Hej!

Jag heter Sanna Tinglöv och jag studerar näst sista terminen på socionomutbildningen vid Ersta Sköndal högskola. Under utbildningens gång har ett intresse och engagemang för frågor som rör äldre människor väckts hos mig. Förra terminen gjorde jag min 16-veckorspraktik som verksamhetschef på ett vård- och omsorgsboende.

Den här terminen ska jag skriva mitt examensarbete i socialt arbete och jag är intresserad av att intervjua omsorgspersonal som arbetar med äldre människor. Syftet med studien är att undersöka omsorgspersonals erfarenheter och resonemang kring sin yrkesutövning ur ett professionsetiskt perspektiv. Min tanke är att det finns många faktorer som påverkar deras arbete; lagar och riktlinjer, rutiner, verksamhetens organisation och mål och inte minst de äldres behov. Framförallt är jag intresserad av att få fråga om vilka erfarenheter och tankar de har kring etiska svårigheter i deras yrkesutövning.

Min förhoppning är att jag ska få möjlighet att intervjua några stycken ur er personalgrupp (undersköterskor) som arbetar med omsorgen om de äldre. För att få tillräckligt med material kommer jag att behöva träffa mellan 5-8 stycken. Intervjuerna bör inte behöva ta mer än 60 minuter vardera.

Deltagande i studien är givetvis frivilligt och deltagandet går att avbryta när som helst utan att ange någon förklaring. En analys och eventuellt vissa kortare utdrag ur intervjuerna kommer att presenteras i uppsatsen som efter godkännande kommer att finnas tillgänglig på uppsatsportalen DiVA. Allt material kommer att avidentifieras, det vill säga inga uppgifter om vare sig identiteter eller arbetsplats/verksamhet kommer att framgå i studien. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt med enbart mig som studieförfattare som har tillgång till materialet. När studien blivit godkänd kommer allt insamlat material (inspelning samt utskrifter av intervjuerna) att raderas och förstöras.

Det är viktigt att äldreomsorgen blir belyst inom både forskning och utbildning för att den ska kunna utvecklas och få en större plats i den samhälleliga och politiska debatten. Jag hoppas att ni kan och vill hjälpa mig att bidra till detta. Jag hoppas därför att jag kan få möjlighet att komma till er verksamhet under senare delen av den här veckan samt under överenskomna dagar nästa vecka.

Hör gärna av dig till mig om du har några frågor!

Med vänliga hälsningar,
Sanna Tinglöv

sanna.tinglov@hotmail.com

073-970 XX XX

Syftet med studien är att undersöka omsorgspersonals erfarenheter och resonemang kring sin yrkesutövning ur ett professionsetiskt perspektiv.

- i) Vilka etiska kodexar finns för omsorgspersonal inom äldreomsorgen?
- ii) Vilka etiska svårigheter beskriver omsorgspersonalen finns i deras yrkesutövning?
- iii) Hur hanterar omsorgspersonalen etiska dilemman/trångmål/svårigheter?

Bilaga 2. Intervjuguide

Till att börja med skulle jag gärna höra dig berätta lite om ditt jobb!

På vilket sätt tycker du att etik spelar roll i ditt arbete?

I vilka sammanhang i ditt arbete uppstår etiska funderingar hos dig?

Berätta om en situation då du känt att något som du måste göra inte känts etiskt riktigt.

Berätta om en situation då ditt agerande i arbetet blivit ifrågasatt om det var rätt eller fel.

Vilket utrymme får samtal och reflektioner om etik på din arbetsplats?

Hur tänker du kring yttre faktorer, sådant som påverkar ditt arbete (exempelvis delegeringar från sjuksköterskor/läkare, styrning från ledning/lagar/riktlinjer, rutiner, schema, arbetsmiljö etc.). Berätta, tycker du att det är någonting som försvårar ett etiskt arbetssätt?

Vad känner du inför att vägra utföra en uppgift som du inte tycker är etiskt försvarbar?

Hur hanterar du situationer då du inte tycker att etiken går att förena med arbetet?

Processfrågor:

Hur då?

På vilket sätt?

När?

Är det alltid så?

Hur menar du?

Kan du utveckla ditt svar lite mer? När du säger att..., hur menar du då?

Ge ett exempel!

Berätta mer!

Syftet med studien är att undersöka omsorgspersonals erfarenheter och resonemang kring sin yrkesutövning ur ett professionsetiskt perspektiv.

- i) Vilka etiska kodexar finns för omsorgspersonal inom äldreomsorgen?
- ii) Vilka etiska svårigheter beskriver omsorgspersonalen finns i deras yrkesutövning?
- iii) Hur hanterar omsorgspersonalen etiska dilemman/trångmål/svårigheter?

Hur tänker du kring avvägningen mellan att göra något som skyddar en äldre människa från att skada sig själv eller andra och att inskränka dennes integritet eller begränsa dennes självbestämmande?

Vad tror du är viktigt för att kunna arbeta på ett mer etiskt medvetet sätt?

Känner du till om det finns några särskilda etiska koder/riktlinjer för undersköterskor?

Om ja- vilka är de och hur är de formulerade? Använder ni dem aktivt?

Om nej- Vad tycker du om det? Är det något du saknar? Tror du att det hade spelat roll för ditt arbete?

Berätta, utveckla!

Nu har vi pratat en del om... Tycker du att jag har missat att fråga om någonting, eller är det något annat som du skulle vilja tillägga/berätta om?

Processfrågor:

Hur då?

På vilket sätt?

När?

Är det alltid så?

Hur menar du?

Kan du utveckla ditt svar lite mer? När du säger att..., hur menar du då?

Ge ett exempel!

Berätta mer!

Bilaga 3. Informerat samtycke (lista)

Deltagande i studien är frivilligt

Deltagandet går att avbryta när som helst utan att ange någon förklaring.

Inspelning av intervjun är nödvändig för transkribering.

En analys och eventuellt vissa kortare utdrag ur intervjuerna kommer att presenteras i uppsatsen som efter godkännande kommer att finnas tillgänglig på uppsatsportalen DiVA.

Allt material kommer att avidentifieras, det vill säga inga uppgifter om vare sig identiteter eller arbetsplats/verksamhet kommer att framgå i studien.

Materialet kommer att behandlas konfidentiellt med enbart mig som studieförfattare som har tillgång till materialet.

När studien blivit godkänd kommer allt insamlat material (inspelning samt utskrifter av intervjuerna) att raderas och förstöras.

Är det något du undrar över?

Samtycker du till detta?