



Marianne Frilund

En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet





Marianne Frilund

Född 1956

Författaren är sjukskötare (1977) och HVM (1993) och har arbetat som överskötare (1992–2000). Sedan 2000 har författaren arbetat som fortbildningsplanerare och lektor inom social- och hälsovård vid Yrkeshögskolan Novia.

ISBN 978-952-12-2929-9

Oy Arkmedia Ab

Vasa 2013

Ombrytning och pärmbild:

LinnArt/Linnea Ekstrand



En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet

Marianne Frilund

Akademisk avhandling

som med tillstånd av

Socialvetenskapliga institutionen vid Åbo Akademi
framläggs till offentlig granskning i Rundbergssalen,
Övningsskolans gymnasium, Skolhusgatan 31, Vasa,
fredagen den 6 september 2013 kl. 12

Enheten för vårdvetenskap
Socialvetenskapliga institutionen
Åbo Akademi
Vasa, Finland, 2013

EN VÅRDVETENSKAPLIG SYNTES MELLAN
VÅRDANDETS ETHOS OCH VÅRDINTENSITET



En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet

Marianne Frilund

Enheten för vårdvetenskap
Socialvetenskapliga institutionen
Åbo Akademi
Vasa, Finland, 2013

ABSTRAKT

Frilund, Marianne. 2013. En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet.

Handledare: Professor (emerita) Katie Eriksson och professor Lisbeth Fagerström
Enheten för vårdvetenskap, Socialvetenskapliga institutionen, Åbo Akademi

Studien är en vårdvetenskaplig forskning inom forskningsprogrammen klinisk vårdvetenskap och vårdadministration. Den form av klinisk kunskapsutveckling och teoribildning som skisseras i avhandlingen har en hypotetisk-deduktiv design. Studien utgick från tre övergripande syften med tillhörande frågeställningar. Det första syftet var att fördjupa förståelsen för vårdandets ethos, inom äldreomsorgs kontext, ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Det andra syftet var att fördjupa förståelsen för vårdintensitet inom äldreomsorg ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Det tredje syftet var att skapa en teorimodell som beskriver syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet.

Avhandlingen består av fyra delstudier, som genom en hermeneutisk rörelse förts samman till ny förståelse och tolkningsmönster. De nya tolkningsmönstren som genererades var följande: vårdandets ethos i det dagliga vårdarbetet, etiska önsknings- och förväntningar, etiska förhållningssätt och deras entiteter, bedömning av den äldreomsorgens behov, optimal vårdintensitet inom äldreomsorg samt etiska utmaningar och dilemman. Teorimodellen som beskriver syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet består av fyra hörnstenar: vårdandets ethos, etiska önsknings- och förväntningar, etiskt förhållningssätt i ord och handling samt ett etiskt ledarskap.

En god vård baserad på fyra etiska ideal som värdighet, gemenskap, trygghet och integritet får sin legitimitet genom medvetenhet och ett etiskt samförstånd vårdare och vårdare emellan. Etisk medvetenhet ger en djupare förståelse för den äldreomsorgens önsknings- och förväntningar. Önsknings- och förväntningarna kan framträda som speciella behov. En viktig kunskap för den professionella vårdaren är att kunna identifiera en situation där patientens behov av vård och tillgängliga resurser är i balans.

En etisk ledare tar i beaktande patientens behov och står upp för en arbetsituation med optimal vårdintensitet och optimal resursallokering. Ledaren skapar därmed realistiska förutsättningar för den goda vården. Det är i detta spänningsfält mellan vårdandets ethos och vårdintensitet som dialogen och reflektionen kring etiska frågor och optimal vårdintensitet kan starta och hållas levande, för att i framtiden skapa realistiska möjligheter för vårdaren att ge en god etisk vård.

Sökord: vårdintensitet, vårdandets ethos, ledarskap, caritativ vård, etik, äldre, hermeneutik

ABSTRACT

Frilund, Marianne. 2013. A synthesizer of Caring science and nursing intensity.

Supervisors: Professor (emerita) Katie Eriksson and Professor
Lisbeth Fagerström
Department of Caring Science, Department of Social
Sciences, Åbo Akademi University

This is a study in the field of caring science. The kinds of knowledge expansion and theoretical formation outlined in this thesis have a hypothetic-deductive design. The synthesizer of caring science between caring ethos and nursing intensity evolves through a hermeneutic movement between understanding and interpretation, in the dialectic tension between thesis and antithesis.

The study had three main aims with corresponding research questions. The first aim was to deepen the understanding of caring ethos within the care of older people from the perspective of caring science. The second aim was to deepen the understanding of nursing intensity within the care of older people, again from the perspective of caring science. The third aim of the study was to create a theoretical model describing the synthesizer between the caring ethos and nursing intensity.

The synthesizer of caring science between caring ethos and nursing intensity took place in a process of creativity, which resulted in six new patterns of interpretation. Good care is in constant movement and tension between the ethical and the unethical. In order to guarantee the older person of the future dignity, a caring community, and integrity in care, there is a need for an awareness of and responsibility for those entities that can become ethical problems and dilemmas.

The model that describes the synthesizer between caring ethos and nursing intensity, consist of four cornerstones such as caring ethics, wishes and anticipations, an ethical manner in words and action, and ethical leadership. Good care based on the values dignity, a caring community, safety, and integrity, receive their legitimacy through ethical awareness, and consent among caregivers. Ethical awareness deepens the understanding of wishes and expectations that may arise as special needs. Care thus requires an awareness of the balance between the patient's care need and optimal level of nursing intensity. An ethical leadership considers the needs of the patient and accepts nothing but a work situation where optimal nursing intensity and optimal resource allocation makes good care possible.

Keywords: caritativ caring, ethics, nursing intensity, ethos of caring, leadership, older people



Fotspår i sanden

En natt drömde jag att
jag vandrade längs en strand
tillsammans med Gud.
Många scener från mitt liv
blixtrade förbi på himlen,
och till varje scen såg jag
fortspår i sanden.

Ibland fanns där två par,
ibland bara ett.

Detta plågade mig eftersom
jag vid de svåra stunderna i livet,
när jag plågades sörjde eller var
bedrövad, bara kunde se ett par
fotspår. Då jag sade Gud:

”Herre, du lovade mig
att om jag följde dig så skulle du
alltid gå vid min sida.

Men jag har sett att det bara
finns ett par fotspår i sanden
vid mina svåraste stunder.
Varför övergav du mig när jag
behövde dig som mest?

Gud svarade:

”De gånger du bara ser ett par
fotspår, mitt barn–
då bar jag dig.”

FÖRORD

Denna avhandling hade inte kommit till utan alla er som gått bredvid mig och ibland burit mig. Jag vill rikta ett varmt tack till institutionen för vårdvetenskap i Vasa. Otaliga timmar har jag tillbringat tillsammans med professorer, lektorer och studerande. Diskussionerna har varit livliga och intressanta. Speciellt vill jag tacka Yvonne för hennes fina insats vid interngranskningen av mitt manuskript. Din insats var en källa till inspiration.

Tack, Katie Eriksson du har varit min professor i många år. Tillsammans med dig har jag fördjupat mig i vårdandets mysterium. Lisbeth Fagerström du har otaliga gånger varit föremål för min djupa tacksamhet. Periodvis när tron på ”vetenskapens värld” vacklat har du hurtigt och rättframt påpekat ”bit ihop nu bara”. Ni båda Katie och Lisbeth har varit mina handledare. Ni har kompletterat varandra och ni har varit till ett otroligt stort stöd för mig.

Till alla er som outtröttligt stått vid min sida, förmanat, uppmuntrat och delat mina stunder av skrivkamp och ångest. Tack för att ni trodde på mig! Tack Christina för du stödde och hade tålamod med mig!

Jag vill tacka personalen inom äldreomsorgen i Pedersöre och Kronoby. Speciellt vill jag tacka Åsa, Mona, Berit, Marina, Bitti, Ruth och Cia. Jag kommer aldrig att glömma med vilken entusiasm ni gick in för att göra livet värdigt för era äldre, genom att töja era gränser och göra det omöjliga möjligt.

Mitt tack går även till min arbetsgivare, till Sjuksköterskeföreningen r.f. för ert bidrag. Ett varmt tack går till mina förgranskare Nina Santavirta och Ellen Karin Grove. Jag vill tacka er för era värdefulla kommentarer och de värmande orden i era utlåtanden. Tack Britt-Marie för ditt lugna och trygga sätt! Tack Patrik för alla dina värdefulla idéer som du hjälpt mig att förverkliga, tack till alla mina studievänner och arbetskamrater. Tack Linnea och Sixten! Tack Elisabeth och Markus, Simon och Maria för all den kärlek som ni har visat mig. Tack Karl-Gustav för ditt stöd! Tack Elisabeth för alla timmar du satt på att översätta, läsa och finslipa mina texter.

Livets väsentligheter har Walter, Rebecca och lilla Oscar visat mig. Ni har dragit ner mig på ”golvet” bland sagoböcker, småbilar och legoklossar.

Jag vill speciellt tack min mor för alla dina förböner! Min avhandling vill jag speciellt rikta till dig, med den förhoppningen att du ska få uppleva en värdig ålderdom. Tack min familj för att ni finns och mitt hjärta svämmar över av all den kärlek som jag känner för er!

Nykarleby den 24 juli 2013

Marianne Frilund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUKTION | 13 |
| 1.1 Centrala begrepp..... | 14 |
| 1.2 Avhandlingens uppbyggnad..... | 16 |
| 2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR | 18 |
| 2.1 Forskningsdesign | 18 |
| 2.2 Etiska ställningstaganden | 21 |
| 3 TIDIGARE FORSKNING | 23 |
| 3.1 Grundläggande etiska värden | 24 |
| 3.1.1 Värdighet | 24 |
| 3.1.2 Delaktighet | 25 |
| 3.1.3 Integritet..... | 26 |
| 3.1.4 Autonomi..... | 27 |
| 3.1.5 Trygghet | 28 |
| 3.2 Etiska dilemman och utmaningar inom äldrevard.... | 29 |
| 3.2.1 Motstridiga etiska förväntningar | 30 |
| 3.2.2 Moralisk oro och stress | 33 |
| 3.2.3 Vårdarens handlingsfrihet | 34 |
| 3.3 Etik och vårdintensitet..... | 35 |
| 3.4 Ansvar, etik och ledarskap | 37 |
| 3.5 Sammanfattning av tidigare forskning..... | 39 |
| 4 TEORETISKA UTÅNGSPUNKTER..... | 42 |
| 4.1 Den caritativa vårdetiken..... | 43 |
| 4.2 Teori om gerotranscendens..... | 46 |
| 4.3 Vårdintensitet..... | 47 |
| 4.4 Ledarskap inom vård och omsorg | 50 |
| 5 METOD OCH MATERIAL | 54 |
| 5.1 Presentation av avhandlingen fyra delstudier | 57 |
| 5.1.1 Presentation av delstudie 1..... | 59 |
| 5.1.2 Presentation av delstudie II..... | 62 |
| 5.1.3 Presentation av delstudie III | 64 |
| 5.1.4 Presentation av delstudie IV | 66 |
| 5.2 Syntetisering av resultaten från delstudierna..... | 68 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6 NYA TOLKNINGSMÖNSTER STIGER FRAM..... | 69 |
| 6.1 Tolkningsmönstret för vårdandets ethos i det dagliga vårdarbetet | 69 |
| 6.2 Tolkningsmönster för etiska önskningar och förväntningar..... | 70 |
| 6.3 Tolkningsmönster för etiska förhållningssätt och dess entiteter | 71 |
| 6.4 Tolkningsmönster för bedömning av den äldres vårdbehov | 74 |
| 6.5 Tolkningsmönster för optimal vårdintensitet inom äldreomsorg | 75 |
| 6.6 Tolkningsmönster för etiska dilemman och utmaningar | 75 |
| 7 DEN VÅRDVETENSKAPLIGA SYNTESEN MELLAN VÅRDANDETS ETHOS OCH VÅRDINTENSITET..... | 77 |
| 7.1 Hörnsten: vårdandets ethos | 77 |
| 7.2 Hörnsten: Etiska önskningar och förväntningar | 77 |
| 7.3 Hörnsten: etiskt förhållningssätt i ord och handling | 78 |
| 7.4 Hörnsten: etiskt ledarskap | 79 |
| 7.5 Sammanfattning..... | 79 |
| 8 DISKUSSION | 81 |
| 8.1 Kompositionell helhet..... | 81 |
| 8.2 Kunskapssökande och perspektivmedvetenhet | 81 |
| 8.3 Kunskapsgenerering..... | 82 |
| 8.4 Kunskapsbehållning..... | 83 |
| 9 REFLEKTION | 87 |
| SUMMARY | 90 |
| REFERENSER | 93 |

Förteckning över bilagor

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Bilaga 1 ISAEC-instrument | 102 |
| Bilaga 2 Möjligheter till etiska handlingar och förhållningssätt..... | 108 |
| Bilaga 3 Bayesianska nätverk av etiska ideal | 112 |
| Bilaga 4 Bayesianskt nätverk av möjligheter till ett etiskt förhållningssätt..... | 114 |
| Bilaga 5 Etiska möjligheter och underliggande noder..... | 118 |
| Bilaga 6 Enkät för OPC validering | 119 |

Förteckning över figurer

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figur 1 Forskningsdesign..... | 19 |
| Figur 2 Ledarskapsdiamanten | 51 |
| Figur 3 Etiska ideal med underliggande noder uttryckta i etiska önsknings- och förväntningar | 72 |
| Figur 4 En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet | 80 |
| Figur 5 Möjlighet till etiskt förhållningssätt med underliggande noder | 118 |

Förteckning över tabeller

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabell 1 Översikt över avhandlingens delstudie..... | 57 |
| Tabell 2 Kategori 1: Möjligheter till individuell vård..... | 108 |
| Tabell 3 Kategori 2: Möjligheter till värdig vård | 108 |
| Tabell 4 Kategori 3: Möjligheter till trygg vård..... | 109 |
| Tabell 5 Kategori 4: Möjlighet till gemenskap i vården | 109 |
| Tabell 6 Kategori 5: Möjlighet till närhet och distans..... | 110 |
| Tabell 7 Fördelningsfunktion för kluster I: Värdighet..... | 112 |
| Tabell 8 Förändringar i fördelningsfunktionen för kluster värdighet | 112 |
| Tabell 9 Fördelningsfunktion för kluster II: Gemenskap | 112 |
| Tabell 10 Kluster III: Trygghet | 113 |
| Tabell 11 Fördelningsfunktion för kluster IV: integritet | 113 |
| Tabell 12 Kluster V: Möjligheter till värdig vård..... | 114 |
| Tabell 13 Effekt av fixering inom kluster: möjlighet till värdig vård..... | 114 |
| Tabell 14 Kluster VI Möjlighet till delaktighet..... | 114 |
| Tabell 15 Effekt av fixering inom kluster: möjlighet till delaktighet..... | 115 |
| Tabell 16 Kluster VII: Möjlighet till trygghet i vården..... | 115 |
| Tabell 17 Effekt av fixering inom kluster: möjlighet till trygghet i vården..... | 116 |
| Tabell 18 Kategori: Möjlighet till vårdgemenskap..... | 116 |
| Tabell 19 Effekt av fixering inom kluster: möjlighet till vårdgemenskap..... | 116 |

Förteckning över artiklar

Artikel I

Frilund, M., Fagerström, L & Eriksson, K. 2013. The caregivers' possibilities of providing ethically good care for older people– a study on caregiver's ethical approach. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26.4.2013 doi: 10, 1111/scs.12047. [Epub ahead of print]

Artikel II

Frilund, M., Eriksson, K., Fagerström, L & Eklund, P. 2013 Assessment of ethical ideals and ethical manners in care of older people. *Nursing Research and Practice*, Volume 2013 (2013), Article ID 374132, 11 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/374132>

Artikel III

Frilund, M & Fagerström, L. 2009. Validity and reliability testing of the Oulu patient Classification: instrument within primary Health care for the Older People. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 280–287.

Artikel IV

Frilund, M & Fagerström, L. 2009. Managing the optimal workload by the PAON-CIL method– a Challenge for nursing leadership in care of Older People. *Journal of Nursing Management*, 17, 426–434.

De publicerade artiklarna har omtryckts med copyright- innehavarens tillåtelse.

Igår är borta. Imorgon har inte kommit ännu.

Vi har bara idag. Låt oss börja...”

Moder Theresa

1. INTRODUKTION

Avhandlingens vetenskapliga intresse riktar sig mot begreppen vårdandets ethos och vårdintensitet. Med begreppet ethos förstås i denna avhandling människans grundläggande värden, som synliggörs i ord, handlingar och förhållningssätt. Ethos står för det goda som en potential som varje vårdare har potentiella möjligheter att välja eller avstå ifrån.¹ För flertalet av vårdarna är det helt uppenbart hur det dagliga vårdarbetet borde utformas, men många vårdare upplever sig sakna realistiska möjligheter att vårda i enlighet med sina ideal.² En medvetenhet om det goda som inte helt kan omsättas i praktiken kan för många vårdare upplevas belastande. Det uppstår en konflikt mellan ideal och upplevda möjligheter, något som i sin tur tenderar att skapa moralisk oro och stress eller med andra ord samvetsstress hos vårdaren.³ Risken är uppenbar att samvetsstress så småningom leder till försämrad vårdkvalitet för patienten.⁴

Främsta orsaken till mitt val av forskningsområde var den inre oro som jag upplevde inför morgondagens äldrevård.⁵ Min oro, för morgondagens vård av äldre, förstärks av att samhället och de ekonomiskt ansvariga kräver effektivitet, produktivitet och sparsamhet. Martinsen⁶ säger att det byggs upp en ”allians” mellan politiska myndigheter och professioner. I och för sig är detta ingenting nytt men det som är utmärkande är den ökade samhällsstyrningen, som inte längre styr enbart det som är gott, utan i ännu högre grad styr det som kan anses ekonomiskt fördelaktigt.⁷

Martinsen, men även Nyberg,⁸ betonar betydelsen av att etiska ideal och hälsoekonomiska principer möts. En relevant fråga för dagens hälso- och sjukvård är huruvida det är möjligt att skapa ett möte mellan etiska ideal och hälsoekonomiska principer. Kommer den äldre att mötas av vårdare med ett etiskt

1 Eriksson, 2003 a, 2–33; 2007 a, 8–16; 2007 b, 2012, 12; Eriksson & Lindström, 2009, 9–13.

2 Nordam m.fl., 2005, 1248–1256; Provis & Stack, 2004.

3 Begreppen moralisk stress och samvetsstress är begrepp som Glasberg lanserade i samband med sist studie 2007.

4 Hegney & Parker, 2006, 271–281; Glasberg, 2007; Tervo-Heikkinen m.fl., 2009, 986–993; Pitkääho m.fl., 2011, 1053–1066.

5 Nyhetsmedierna rapporterar nästan dagligen om hur äldre far illa på institutioner och boenden. Lagstiftning, nationella och internationella kvalitetsrekommendationer är några av de åtgärder som olika länders regeringar har beaktat för att garantera den äldre en tryggad ålderdom. Faktum återstår att om viljan hos den enskilda vårdaren, vårdsamfundet och de månprofessionella teamen saknas är åtgärderna rätt kraftlösa. Det som behövs är en öppen etisk diskussion. Jag återkommer till denna problematik senare i arbetet

6 Martinsen, 2009, 90–92, se även Virtanen & Stenvall, 2010, 51.

7 Martinsen, 2009, 90–91, se även Virtanen & Stenvall, 2010, 15–35.

8 Nyberg, 1990, 30–37; 65–66, 141–142.

sinnelag och en vilja att ”göra det goda” eller väljer vårdarna andra ideal för sina handlingar?⁹ I kombination med vårdarens upplevelse av ökad stress och otillräcklighet är risken stor att vårdaren väljer att hålla sig till det ”gamla och trygga”, såsom invanda rutiner och stereotypa beteenden.

Studien är en klinisk vårdvetenskaplig studie¹⁰ inom forskningsprogrammen vårdetik och hälsovårdsadministration. Enligt Eriksson och Lindström¹¹ är syftet med klinisk vårdvetenskap att forma ideal för vårdandet samt att föra idealen mot verkligheten. Denna rörelse mot verkligheten beskriver Pearson med flera¹² som en rörelse som förutsätter att vårdaren vågar utsätta sig för risker. Känslan av att utsätta sig för risker kan uppstå när rörelsen för bort från den trygga grund som skapats av rutiner och invanda handlingsmönster mot det okända och unika.¹³

1.1 Centrala begrepp

Med begreppet *vårdandets ethos*¹⁴ förstås i denna avhandling grundläggande värden för vårdandet, ur vilka ett etiskt förhållningssätt formas i det som Eriksson¹⁵ benämner *en caritativ vård*. Vårdandets ethos bygger på två bärande idéer dels barmhärtighetstanken och dels på tanken om den mänskliga kärleken eller det som Eriksson benämner ”caritasmotivet”. Caritasmotivet utgör vårdandets grundmotiv. I avhandlingen utgår jag från att vårdandets ethos formar en speciell etik, en caritativ vårdetik som i sin tur påverkar etiska förhållningssätt och handlingar i det dagliga vårdarbetet. Syftet med ett vårdetiskt förhållningssätt är att lindra människans lidande samt främja hälsa och välbefinnande hos patienten.¹⁶

Begreppen ethos, vårdandets ethos och etiska ideal används parallellt i avhandlingen. Begreppet vårdetik omfattas av en såväl inre som yttre dimension. Den inre etiken utgör vårdandets innersta kärna och benämns inom den vårdvetenskapliga traditionen för *caritativ vårdetik*.¹⁷ Etik i yttre bemärkelse står för normer, regler och moraliska aspekter,¹⁸ med andra ord regelverket som styr social-, hälso- och sjukvården.¹⁹ Etiska ideal formar en vision om det *goda etiska vårdandet*²⁰ samt skapar grunden för ett etiskt förhållningssätt och etiska handlingar.

9 Näsman (2010, 2) anser att en vårdetisk teori kan erbjuda motstånd mot reducering av människan till en handelsvara och belysa den etiska kamp som vårdaren upplever mellan olika intressen i samhället.

10 Eriksson, 2003 b, 3–20.

11 Eriksson & Lindström, 2009, 9–13.

12 Pearson m.fl., 2004

13 Eriksson, 2003a, 21–33.

14 Eriksson, 2003 a, 21–33.

15 Eriksson, 1987 b; 2002 b, 61–65; 2007 b, 201–212; Lindström m.fl., 2006, 191–223

16 Lindström m.fl., 2006, 191–223.

17 Eriksson & Lindström, 2009, 9–13; Lindström, m.fl., 2006, 191–223

18 Nordam m.fl., 2005, 1248–1256; Pearson m.fl., 2004.

19 Se social- och hälsovårdsministeriets hemsida, www.stm.fi.

20 Etiska ideal kan även förstås som vårdandets ethos.

Begreppet *caring* översätts i denna avhandling med begrepp som *vårdande*, *omsorg* eller *att bry sig om*, enligt samma princip som Näsman²¹ använder sig av i sin avhandling. Fagerström översätter begreppet *caring* med begreppet *omsorg*, vilket relaterar till vårdarbetet. Därmed kan begreppet *omsorg* ses som kärnan i vårdarbetet.²² *Omsorg* som ett uttryck för medmänsklig kärlek och barmhärtighet inbär ett caritativt förhållningssätt.²³ Det är mot denna syn på vårdandet som studien bör förstås, analyseras och tolkas.

Vårdintensitet ser jag som ett vårdadministrativt begrepp vars innebörd bör förstås ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Begreppet vårdintensitet beskriver i vilken omfattning patienten varit i behov av vårdarens omvårdnad, omsorg, hjälp och stöd under en viss tidsperiod. Innebörden i begreppet vårdintensitet ligger nära det engelska begreppet *nursing intensity* (NI). *Nursing intensity* har delvis ersatt det tidigare använda begreppet *vårdtyngd*, vilket anspelade på hur vårdkrävande vårdaren upplevde att patienten var. Begreppet *vårdtyngd* fick därmed en negativ klang.²⁴ Begreppet vårdintensitet kan anses utgående från litteraturen vara ett mera neutralt begrepp än begreppet *vårdtyngd*.

Begreppet vårdintensitet inrymmer begrepp som patientens vårdbehov och vårdarnas professionella bedömning av vård, hjälp och stöd samt på vårdarnas bedömning i vilken omfattning de kunnat möta patientens behov.²⁵ Bedömning av vårdintensitet gör det möjligt att kartlägga tillgängliga resurser i förhållande till patientens behov. Därmed ger bedömning av vårdintensitet vårdledaren information som kan gagna honom eller henne vid såväl daglig som långsiktig strategisk planering och resursallokering.²⁶ Optimal vårdintensitet utgör ett viktigt begrepp vid bedömning av vårdintensitet. Begreppet optimal vårdintensitet beskriver en situation där patientens vårdbehov är i balans med tillgängliga resurser och patientens vårdbehov har kunnat mötas på ett tillfredsställande sätt. Bedömning av vårdintensitet grundar sig på enhetens uppgjorda kriterier för ”den goda vården”.²⁷

Den grundläggande modellen för bedömning av vårdintensitet utgår från Fagerströms studie från 1999 samt från den utveckling som skett sedan 1995. Fagerström utgår från de vårdvetenskapliga utgångspunkterna som sammanfattas i begreppet caritativ vårdetik. Hon anser att grundförutsättningen för att förstå patientens vårdbehov ligger i förståelsen för människan som en odelbar

21 Se Näsman, 2010, 19.

22 Fagerström m.fl., 2011, 1305–1316

23 Fagerström, 1999, 47–48; 2011a.

24 Fagerström, 2000, 115–137.

25 Fagerström, 2000, 115–137.

26 Fagerström, 2000, 115–137; Murphy, 2007, 477–485; Thorsell m.fl., 2006, 16; 2010, 4–10; Prescott & Soeken, 1996, 86–116.

27 Fagerström, 2000 115–137; 2009, 25–29; Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359; Rauhala & Fagerström, 2007, 490–499.

helhet.²⁸ *Det goda vårdandets grundplan*,²⁹ som Fagerström beskriver i sin studie, anger grundläggande entiteter, vilka för vårdaren utgör centrala utgångspunkter för att förstå patientens vårdbehov. Vårdarens möte med patientens vårdbehov sker i en vårdrelation som i sin tur förverkligas inom olika vårdkontext. Fagerström hävdar att genom förståelsen för grundplanen i sin helhet livssammanhanget för både vårdare och patient, skapas förutsättningar för att vårdaren ska kunna möta patientens vårdbehov, lindra patientens lidande och utveckla hälsoprocesser mot hälsa och helhet.³⁰

1.2 Avhandlingens uppbyggnad

Avhandlingen är en sammanfattningsavhandling som består av fyra delstudier. Syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet växer fram under forskningsprocessens gång. Min ansats var att genom en hermeneutisk rörelse synliggöra vårdandets ethos och ett etiskt förhållningssätt i mötet med patientens behov, etiska önsknings- och förväntningar. Den slutliga sammansmältningen formas i den teorimodell som utgör syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet. Såväl tidigare forskning som teoretiska utgångspunkter utgör tolkningshorisonter, mot vilka ny kunskap från delstudierna tolkas och analyseras.

I delstudie I fokuserade artikelförfattarna på hur vårdarna upplevt sina möjligheter att i sitt dagliga arbete med den äldre förhålla sig och handla etiskt. Resultatet visade på entiteter (påståenden) som informanterna upplevde sig ha begränsade möjligheter att handla i enlighet med. Genom analys och tolkning av påståenden som uppvisat låg grad av etiska förhållningssätt och handlingar, fördjupades förståelsen för informanternas upplevda möjligheter och begränsningar.

I delstudie II har kunskap om vårdandets ethos som ideal och möjligheter fördjupats. De på förhand valda värden med underliggande item prövades med hjälp av ett Bayesianskt närmelsesätt (BBN). Resultatet visade på nya klusters (kategorier)³¹ av etiska ideal och etiska möjligheter samt på nya itemstrukturer inom klustren (noder).³² Förutom reviderade klusters och underliggande noder kunde förändringar i dynamiken mellan noderna iaktas om betingelserna för en eller flera noder förändrades.

28 Människan förstås i denna avhandling som en individ bestående av kropp, själ och ande, han eller hon är i grunden religiös men alla har inte bejakat detta, människan är i grunden helig och befinner sig i ständig rörelse och förändring. Människan är skapad för gemenskap och är beroende av en relation med en konkret annan eller abstrakt annan. I gemenskap vill människan både ge och ta emot kärlek, uppleva tro och hopp samt uppleva att livet har en mening här och nu.

29 Fagerström, 2000, 115–137; Fagerström & Bergbom, 2010, 79–84.

30 Fagerström, 2000, 115–137.

31 I detta sammanhang hänvisar ”nya klusters” på förändringar i itemstrukturen inom ISAEC-instrumentets ursprungliga struktur. Jag återkommer till detta i kapitel 5.

32 Kluster och noder är begrepp inom det Bayesianska tänkesättet. I avhandlingen används kategorier och klusters parallellt och avser i båda fallen helheter bestående av ett flertal noder eller entiteter. Noder och entiteter används även parallellt och bör förstås som delar i helheten och som ger helheten dess speciella karaktär, vilka även har förmåga att inom klustret förändra helhetens karaktär.

I både delstudie III och delstudie fyra fokuserade artikelförfattarna på bedömning av vårdintensitet inom äldreomsorg. I studierna användes RAFAEL-systemet³³ som exempel på vårdklassificeringssystem.³⁴ I delstudie III testades OPC-instrumentets³⁵ validitet och reliabilitet inom äldreomsorgs kontext, medan delstudie fyra fokuserade på PAONCIL-mätarens³⁶ förmåga att inom äldreomsorg fastställa optimal vårdintensitet. Resultatet visade att PAONCIL-metoden var ett användbart och tillförlitligt instrument för att fastställa enhetens optimala vårdintensitetsnivå.

Avhandlingen har utgått från de vårdvetenskapliga grundantaganden och utgångspunkter som utvecklats vid enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi.³⁷

33 RAFAELA™-systemet är ett system för att bedöma vårdintensitet, och det ägs av Finlands Kommunförbund, FCG (Finish Consulting Group). För att få tillgång till alla de mätare som ingår i RAFAELA™-systemet krävs organisationsvisa licenser för användarna. Forskaren har erhållit lov att använda material i anslutning till RAFAELA™-systemet i forskningssyfte.

34 Detta kommer att fördjupas vart efter avhandlingen fortskrider.

35 The Oulu Patient Classification Instruments (OPC) en av systemets tre instrument. Se kap. 4.

36 Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL) ingår som en del av RAFAEL™-systemet.

37 Arman & Rehnsfeldt, 2006, 4–12; Eriksson, 2001; Fredriksson & Eriksson, 2003, 138–147; Rehnsfeldt & Eriksson, 2004, 265–272. Råholm, m.fl., 2002, 4–13; Se även vårdteoretiker som inspirerat och som inspirerats av den vårdvetenskapliga forskningen vid Åbo Akademi; Watson, 1990 15–24, 1999; 2003, 452–461; Watson. & Smith, 2002, 452–461.

2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Forskningen syftar till att fördjupa förståelsen för *den äldres vårdbehov* ur ett vårdetiskt perspektiv samt fördjupa kunskapen om vårdintensitet inom äldreomsorg och slutligen forma en teorimodell som beskriver en vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet. Denna vårdvetenskapliga forskning följer den humanvetenskapliga forskningstraditionen som den utvecklats vid institutionen för vårdvetenskap samtidigt som jag tagit i beaktande kunskap som genererats inom andra närliggande discipliner.

Avhandlingens övergripande syften och frågeställningar

I Studien syftar till att fördjupa förståelsen för vårdandets ethos inom äldreomsorgen ur ett vårdvetenskapligt perspektiv.

- Vilka centrala entiteter består etiska ideal av?
- Vilka centrala entiteter förutsätter möjligheter till etiskt handlande och förhållningssätt?

II Studien har som syfte att fördjupa förståelsen för vårdintensitet inom äldreomsorgen ur ett vårdvetenskapligt perspektiv.

- Vilka möjligheter föreligger för att fastställa optimal vårdintensitet inom äldreomsorg?
- Vilka möjligheter finns för att mäta vårdarnas uppfattning av den äldres vårdbehov i termer av vårdintensitet?

III Syfte var att skapa en teorimodell som beskriver syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet.

- Vilka centrala entiteter består en teorimodell av vars syfte är att stöda vårdandets ethos och ett etiskt förhållningssätt?
- Vilka centrala entiteter beskriver syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet?

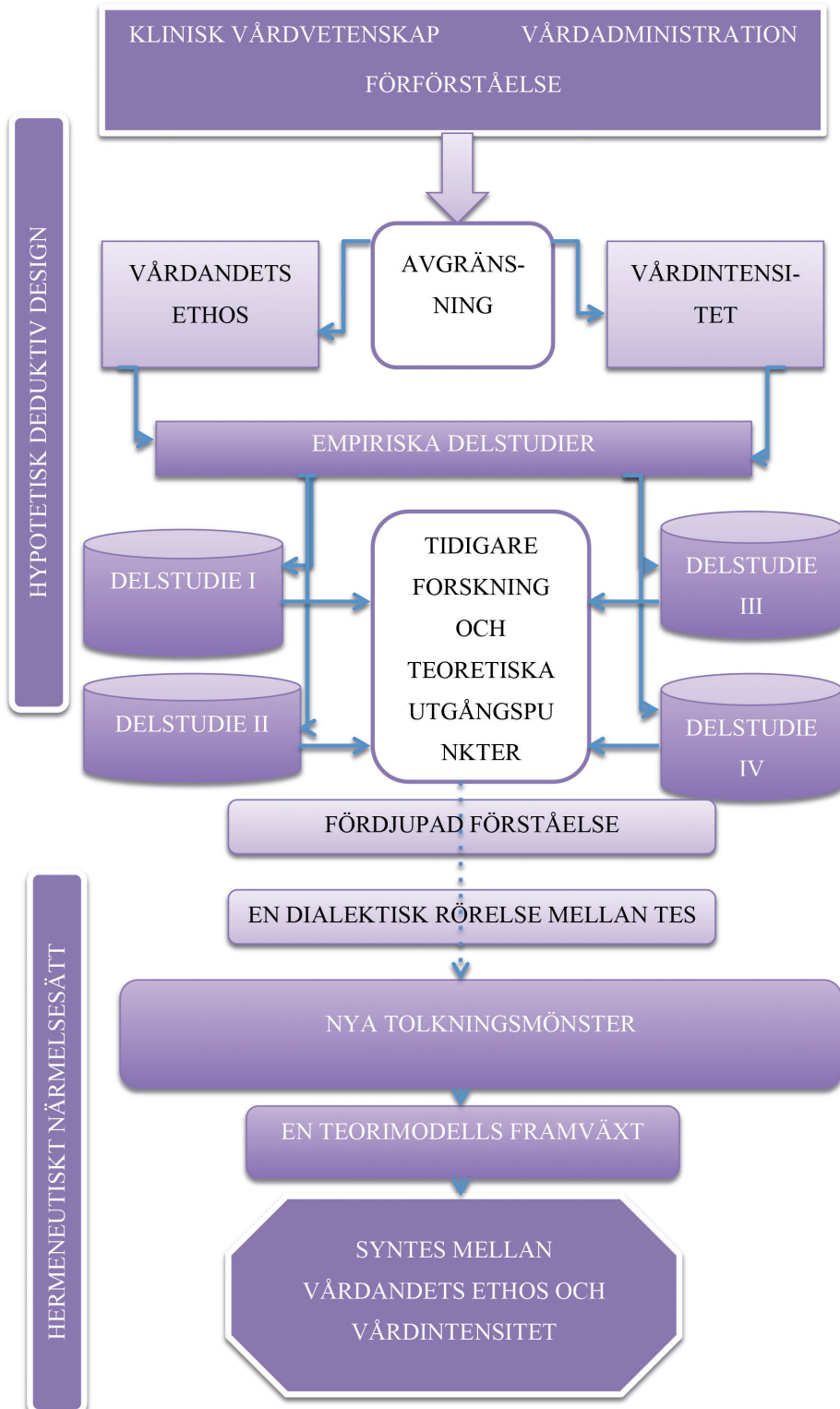
2.1 Forskningsdesign

Avhandlingen har utformats från två huvudteman: a) vårdandets ethos (tes) och b) vårdintensitet (antites).³⁸ Genom ett hermeneutiskt närmelsesätt frambringades ”nya tolkningsmönster” och ”hörnstenar”³⁹, som utgör centrala entiteter i den teorimodell som beskriver den vårdvetenskapliga syntesen mellan

38 Det är mellan tes och antites som den dialektiska rörelsen rör sig och ur vilken en syntes föds. Det dialektiska närmelsesättet har Fagerström och hennes kolleger använt i syfte att fördjupa förståelsen för patientens vårdbehov i relation till lidande och möjligheter att bedöma vårdbehov i form av vårdintensitet (se Fagerström, 1999, 67–72 och Fagerström & Bergbom, 2010, 79–84).

39 Se kapitel 6.

FORSKNINGS DESIGN



Figur 1 Forskningsdesign

vårdandets ethos och vårdintensitet. Avhandlingen har planerats och genomförts enligt en hypotetisk-deduktiv design⁴⁰. Satsar och antaganden i form av påståenden var härledda från caritativ vårdetik.

Det är mot caritativ vårdetik och vårdandets ethos som studien bör förstås, analyseras och tolkas. Det instrument som användes vid datainsamling i delstudie I och delstudie II var ett nytt instrument kallad: *The Instrument for Self-assessment of Individual Ethos in Elderly Care* (ISAEC).⁴¹ ISAEC-instrumentet hade konstruerats utgående från fem etiska värden i form av påståenden.⁴² Avsikten med instrumentet var att återspegla vårdarnas etiska ideal och upplevda möjligheter att handla etiskt i det dagliga vårdarbetet med äldre.

Fenomenet vårdintensitet har fördjupats genom att fördjupa förståelsen för den äldres vårdbehov i relation till etiska önsknings- och förväntningar. Begreppet vårdintensitet har i denna avhandling fördjupats med hjälp av RAFAELA-systemet.⁴³ RAFAELA-systemet har tidigare använts inom sjukhusvård som exempel på ett instrument för att bedöma vårdintensitet, men instrumentet har inte tidigare testats inom äldreomsorg eller primärhälsovård. Inom sjukhusvård har instrumentet uppvisat goda resultat för att fastställa optimal vårdintensitet.⁴⁴ Eftersom RAFAELA-systemet hade visat sig vara användbart och tillförlitligt inom sjukhusvård väcktes mitt intresse för att testa instrumentets användbarhet och tillförlitlighet även inom äldreomsorg.

Resultaten från delstudierna har analyserats och tolkats mot avhandlingens teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. Ett antal synteser började framträda som jag valt att kalla ”nya tolkningsmönster”.⁴⁵ Den dialektiska spänningen mellan tes och antites kan ses som en rörelse mellan vårdandets ethos och vårdintensitet, som en rörelse mellan del och helhet, mellan det konkreta och det abstrakta.⁴⁶ Nya tolkningsmönster som de beskrivs i avhandlingen utgör ny förståelse vid skapandet av syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet iform av en teorimodell. Teorimodellen är ett resultat av ett logiskt-hypotetiskt tänkande, där begrepp och fraser har valts för att harmonisera med avhandlingens disciplinera tillhörighet. Forskningsdesignen presenteras i

40 Vid hypotetisk-deduktiv design utgår man från en teori som innefattar ett antal satsar eller påståenden om ett visst fenomen, utgående ifrån teorin eller satserna, härleds ett antal hypoteser. Eriksson, 1992, 161–162; Føllesdal & Walloe, 2000.

41 Bilaga 1.

42 Individuell vård, värdig vård, gemenskap, trygghet samt närhet och distans.

43 Fagerström, 2000, 115–137; Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359; Frilund & Fagerström, 2009 a, 280–287, 2009 b, 426–434.

44 Fagerström, 2000 115–137; 2009, 25–29; Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359; Rauhala & Fagerström, 2007, 490–499.

45 Beskrivs närmare i kapitlet 6

46 Fagerström & Bergbom, 2010, 79–84

2.2 Etiska ställningstaganden

Avhandlingen bygger på den vårdvetenskapliga värdegrund som utvecklats vid enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi⁴⁷ och saknar därmed den värde-neutralitet som betonas inom den naturvetenskapliga traditionen. Humanvetenskaplig forskning kan, enligt Van Gigch, aldrig vara neutral eller icke involverande. Han fortsätter sitt resonemang med att framhålla att forskning aldrig får bli enbart teoretisk utan bör alltid innehålla en etisk rekommendation för implementering.⁴⁸

Inom den humanvetenskapliga forskningstraditionen finns en inre frihet att välja begrepp, ord och fraser utgående från god vetenskaplig praxis. Detta har för mig inneburit ett ansvar att genom språket och orden göra vårdandets ethos synligt och gripbart.⁴⁹ I avhandlingen utgår jag från grundläggande värden så som människans värdighet, hälsa som mångdimensionell samt vårdandet. Vårdandets yttersta syfte är att lindra lidande genom medmänsklighet och barmhärtighet.⁵⁰ Planering och genomförande av studien avspeglar vårdandets ideal och därmed även min egen förförståelse för forskningsområdet.

Enligt den hermeneutiska traditionen är det viktigt att som forskare ha förmåga att ställa sin egen förförståelse på prov och närma sig forskningsmaterialet fördomsfritt. Insikten om förförståelsens inverkan på nyskapandet har ständigt funnits i mitt medvetande. Tolkning av materialet och nyskapande har trots allt i någon mån präglats av min historia och min förförståelse och kan därmed inte helt anses fördomsfri men *sannolik*. Ett resultatets sannolikhet kan verifieras genom de logiska slutledningar som följer av spegling mot det historiska (tidigare forskning), mot teoretiska utgångspunkter och mot vårdvetenskapens ontologiska grundantaganden.

Distanseringen och abstraktionsprocessen har underlättats av att studien pågått i så många år. Tiden har skapat ”glömska”,⁵¹ vilket i sin tur gjort att min känslomässiga bindning till materialet avtagit och materialet framstiger på en mera övergripande nivå. Varje möte med materialet har skapat nya ”aha-upplevelser”. Varje bearbetning av materialet har fört materialet en bit bort från den verklighet som varit min avsikt att undersöka. En del av verkligheten har gått förlorad,⁵² men för en disciplins överlevnad är förmågan till abstraktion en överlevnadsfråga.⁵³

47 Edberg, 2002; Eriksson, 2010, 2–11; Eriksson & Lindström, 2009, 9–13.

48 Van Gigch, 2003a, 499–506, 2003 b.

49 Eriksson, 2010, 2–11.

50 Arman & Rehnsfeldt, 2006, 4–12; 2007, 472–485; Eriksson, 1992, 119–123; 1997, 8–13; 2007 a, 8–16; 2007 b, 201–202; Eriksson & Lindström, 1997, 195–198; Fredriksson & Eriksson, 2003, 138–148.

51 Van Gigch hävdar att förmågan att glömma är en nödvändighet för abstraktionsprocessen.

52 Jfr Van Gigch när han beskriver abstraktionsprocessen och förutsättningar för en disciplins överlevnad, (Van Gigch, 1991, 61–101).

53 Van Gigch, 1991, 61–101; 2003 a, 499–506.

Datainsamlingen skedde helt på informanternas villkor. Respektive förman på de enheter vars personal deltog i studien hade inte tillgång till de ifyllda enkäterna, vilket jag ser som ett sätt att skydda informanternas identitet. Data-materialet presenterades för ledarna på enheterna som deltog i undersökningen efter att materialet kodats och avidentifierats.

Inom all forskning utgör informanternas anonymitet en viktig etisk princip. Delstudierna har genomförts inom ett relativt litet geografiskt område, personalgrupperna på de olika enheterna var små och speciellt andelen sjukskötare i förhållande till övrig personal var liten. Utgående från den etiska förhandsgranskningen gjordes inga jämförelser mellan enheterna eller yrkesgrupperna. Något som i och för sig hade varit intressant om det varit möjligt att göra, utan att riskera att någon enhet, individ eller personalgrupp hade kränkts.

Trots att studien inte direkt berörde patienter ansökte jag om forskningstillstånd från både kommunens socialnämnd och ansvariga för primärvården. Undersökningslov beviljades av både kommunens socialnämnd och av ansvariga för primärvårdsvården.

Som forskare ser jag materialet som ett förtroende som informanterna gett mig, ett förtroende som jag velat visa allra största respekt vid såväl analysering och tolkning som vid redovisning av materialet. Min ansats har varit att redovisa materialet så öppet och ärligt som möjligt, utan att för den skull kränka informanterna eller vårdarbetet på de enheter där studierna genomfördes. I den text som jag skapat har min strävan varit, att efter bästa förmåga, återge materialet i den etiska språkdräkt som kännetecknar den vårdvetenskapliga traditionen. Min önskan är att avhandlingen ska andas värdighet och respekt samt ödmjukhet inför den verklighet som avhandlingen återspeglar. Jag har följt de riktlinjer för god forskningspraxis som Åbo Akademi har förbundit sig att följa⁵⁴ i alla de delar och processer som har lett fram till denna sammanfattning. I samband med varje delstudie har en etisk diskussion förts och etiska aspekter granskats.

54 Good Scientific Practice and Procedures for Handling Misconduct and Fraud in Science. 2002, National Advisory Board on Ethics, Edita Prima Oy, Helsinki.

3. TIDIGARE FORSKNING

Syfte med detta kapitel var att få en överblick av den forskning som gjorts under 2000-talet inom etikens område samt inom ämnesområdet vårdintensitet. Mitt intresse riktade sig speciellt till den forskning som gjorts inom äldrevårds-kontext. Kriterier vid val av tidigare forskning var etikforskning inom äldre-vård under perioden 2000–2011⁵⁵ och som sökord användes nursing, caring, etik, ethos, vårdintensitet, vårdadministration, ledarskap, ”Older People” samt ”elderly” i olika kombinationer och på olika språk (finska, svenska och engel-ska). De vanligaste databaserna som jag använt mig av var: NELLI-portalen, EBSCO och CHINAL, inklusive de elektroniska verktyg som finns tillgängliga för elektronisk litteratursökning.⁵⁶ Under forskningsprocessens gång har data-bassökningen kompletterats med manuell sökning.⁵⁷

Parallellt med läsningen av studierna har jag fört skrivdagbok.⁵⁸ Resultat från tidigare forskning analyserades och tolkades i syfte att avslöja centrala tema-inom de aktuella fokusområdena. Litteratursökningsprocessen upprepa-des regelbundet mellan åren 2007–2012. Val av artiklar för fortsatt bearbetning var mina egna subjektiva val där sökandet av mångfald var min grundläggande idé.⁵⁹ Efter genomläsning och analys av studierna utkristalliserades tre tema-områden som jag finner både representativa och relevanta för forskningens syften och frågeställningar. Material från tidigare forskning kan även anses till-räcklig som tolkningsram vid skapandet av nya tolkningsmönster.

Följande temaområden framträdde:

- Grundläggande etiska värden
- Etik och vårdintensitet
- Ansvar, etik samt ledarskap

I de följande kapitlen har jag valt att göra en kort sammanfatta centrala etiska begrepp som de framträder i tidigare studier, beskriva etiska dilemman och utmaningar, motstridiga etiska förväntningar, moralisk oro och stress samt vårdarnas upplevelser av handlingsfrihet. Med begreppet handlingsfrihet avses vårdarens rättighet att utgå från sin egen värdegrund i den unika vårdsituatio-nen. En uttömmande beskrivning av tidigare forskning inom etikens område

55 Studier gjorda av Aiken m.fl., 2000, 5–13; 2002, 1987–1993; 2008, 159–174; Andersson, 2000; Edlund, 2002, Tervo-Heikki-nen m.fl., 2009, 986–993; är inte direkt anknutna till äldrevårds-kontext, men kan även anses relevanta för äldreomsorg.

56 Hirsjärvi, m.fl., 2008, (senast förnyade utgåva) 89–104.

57 Den manuella sökningen har utgått från tips om intressant litteratursamt genom andra forskarens hänvisningar till aktu-ella och relevanta artiklar i sina referenser, m.a.o. en form av snöbollsmetoden

58 Se Hirsjärvi, m.fl., 2008, 113–118.

59 Artiklarna representerar olika delar av världen, men största andelen är nordiska eller Europeiska. Organisatoriska olik-heter mellan länderna har inte beaktats i analysen, men problematiken inom äldrevård förefaller vara likartad oberoende av i vilket land undersökningen var gjord.

låter sig inte göras på grund av den komplexitet som kännetecknar detta område.

3.1 Grundläggande etiska värden

I den tidigare etikforskningen framstod begreppen värdighet, delaktighet, integritet, autonomi och trygghet som centrala etiska ideal.⁶⁰ Dessa etiska ideal framstod som universella värden men innebörden i begreppen fick en alldeles speciell betydelse när de analyserades och tolkades i relation till vård av äldre.⁶¹ Etiska värden och deras innebörd för det dagliga vårdarbetet har inte i tillräcklig utsträckning varit föremål för forskning, anser Suhonen med flera,⁶² och de efterlyser ytterligare forskning där begreppen ovan operationaliseras till konkreta fenomen med relevans för det dagliga vårdarbetet.⁶³

3.1.1 Värdighet

Ett centralt etiskt begrepp var begreppet värdighet.⁶⁴ Edlund⁶⁵ visade med sin studie att innebörden i begreppet värdighet finns i människans uppfattning om vad som är rätt och fel. Människans uppfattning om rätt och fel kan förändras över tid. Edberg kom fram till att uppfattningen om rätt och fel kan både raderas och återuppstå. Upplevelsen av värdighet finns i människans inre värld medan värdighet i yttre hänseende relaterade till handlingar och produkter.⁶⁶

Begreppet värdighet förklarades i tidigare forskning även med begrepp som *absolut* och *relativ* värdighet⁶⁷. Den äldre människans absoluta värdighet ansågs som en grundläggande rättighet som ingen kunde frånta honom eller henne, medan relativ värdighet relaterade till människans sociala status, utbildning, kultur med mera. Värdighet i yttre hänseende blev därmed bundet till det människan gjorde eller producerade. Edlund⁶⁸ beskrev värdighetens väsen som absolut, vilken är människan given enbart för att hon är människa. Enligt Edlund

60 Som exempel på relevant studier kan nämnas: Anderberg m.fl., 2007, 635–643; Baillie, 2009, 22–29; Brown Wilson, 2009, 177–186; Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, 244–54; Clarke m.fl., 2003, 679–706; Davis m.fl., 2000, 127–136; Jakobsen & Sørlie, 2010, 289–300; Randers m.fl., 2002, 22–29; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Singer m.fl., 2009, 399–421; Suhonen m.fl., 2010, 337–352; 2011a, 883–893; Webster & Bryan, 2009, 1784–92.

61 Se avsnittet om Gerotranscendens i kapitel 4.2, och Wadensten & Carlsson, 2001, 635–642; 2003a, 462–470; 2003b, 118–124.

62 Suhonen m.fl., 2010 a; 1035–1046; 2010, b 337–352.

63 se även Juthberg m.fl., 2007, 329–343 och Jonasson, 2009, som framför samma kritik mot den bristande operationalisering som finns inom etik forskning av idag.

64 Se Anderberg m.fl., 2007, 635–643; Baillie, 2009, 22–29; Brown Wilson, C. 2009, 177–186; Davies, m.fl. 2000, 127–136; Edlund, 2002, Enes, & Vries, 2004; Jakobsen & Sørlie, 2010, 289–300; Leino-Kilpi m.fl., 2003, 48–57; Nåden & Eriksson, 2004, 86–91. Randers m.fl., 2002, 416–430; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Schopp m.fl., 2003, 48–57; Suhonen, m.fl., 2010, 337–352; Tutton, 2004, 143–152; Ågren Bolmsjö, m.fl., 2006, 249–263; Tutton, 2004, 143–152; Webster & Bryan, 2009, 1784–1792.

65 Edlund, 2002, 57–58.

66 Edlund, 2002, 57–58.

67 Randers m.fl., 2002, 416–430; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71.

68 Edlund, 2002, 49.

innefattar den absoluta värdigheten frihet och ansvar där plikt och tjänande utgör den absoluta värdighetens innersta väsen.

Begreppet värdighet binder samman ett flertal andra etiska begrepp, så som autonomi, bekräftelse och respekt. Att behandlas värdigt är människans grundläggande rättighet,⁶⁹ oberoende av hans eller hennes fysiska eller psykiska hälsotillstånd. Värdighet som en grundläggande mänsklig rättighet kan samtidigt som den är universell ses som unik för varje enskild person.⁷⁰

Den äldres absoluta värdighet relaterar till respekt och till rätten att bemötas respektfullt.⁷¹ Respekt och ett respektfullt bemötande kräver förmåga hos vårdaren *att se* och *vilja att* förstå personen bakom sjukdom och åldrande.⁷² Värdighet reflekterar även till individens *rätt att välja*.⁷³ Den äldre har rätt att besluta om hur han eller hon vill leva sitt liv. Boisaubin med flera⁷⁴ betonade den äldres rätt att själv bestämma över sitt liv, så långt det bara är möjligt, i enlighet med det som den äldre upplevde som meningsfullt.

3.1.2 Delaktighet

Begreppet delaktighet kan förstås från olika perspektiv, dels på individnivå och dels på en organisatorisk nivå.⁷⁵ Principen om delaktighet innebär att alla patienter ska ges möjlighet att delta i beslut som berör dem själva.⁷⁶ Delaktighet är en grundläggande rättighet och ett viktigt fenomen för patientens upplevelse av livstillfredsställelse. I vilken utsträckning vårdaren är beredd att möjliggöra den äldres delaktig, eller tilldela den äldre rätten att fatta egna beslut i ärenden som berör dem själva, är ofta beroende av varje enskild vårdare.⁷⁷

Sacco-Peterson och Borell⁷⁸ relaterar begreppet delaktighet till rådande klimat och attityder på vårdenheterna. Patientens möjlighet till aktivt deltagande i sin vård blev en allt större utmaning i takt med att den äldres hälsotillstånd försämrades eller beroende av att kognitiv svikt hos patienten ökade, konstaterade Sacco-Peterson och Borell⁷⁹ Känsla av delaktighet förstärker den äldres

69 Edlund, 2002, 57.

70 Anderberg m.fl., 2007, 635–643; Clarke m.fl., 2003, 679–706; Davis m.fl. 2000, 127–136; Randers m.fl., 2002, 22–29; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71.

71 Webster & Bryan, (2009;1784–92) såg en tendens hos vårdpersonalen att deras förhållningssätt baserade sig på patientens biologiska ålder, istället för att se de individuella behov den äldre hade.

72 Wadensten & Carlsson, 2001, 635–642; 2003a, 462–470; 2003b, 118–124, Webster & Bryan, 2009;1784–92.

73 Anderberg m.fl., 2007, 635–643; Clarke m.fl., 2003, 679–706; Davis m.fl. 2000, 127–136; Randers m.fl., 2002, 22–29; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Webster & Bryan, 2009;1784–92.

74 Artikelförfattarna Boisaubin & Catalano, (2007, 447–464) betonar hemmets betydelse för den äldres värdighet, och där ”hemmets” unika tillvaro följer den äldre så långt det är möjligt, från vårdnivå till vårdnivå.

75 Egede–Nissen, 2012, 1–10; Mahlin, 2010, 247–254; Suhonen m.fl., 2011a, 883–896.

76 Barnes & Brannely, 2008, 384–395; Isola m.fl., 2008, 2480–2489; Singer m.fl., 2009, 399–421; Suhonen m.fl., 2011, 883–896.

77 Se; Boisaubin m.fl., 2007, 447–464, Egede–Nissen m.fl., 2012, 1–10; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71.

78 Sacco-Peterson & Borell, 2004, 376–389.

79 Sacco-Peterson & Borell, 2004, 376–389.

upplevelse av välbefinnande och mening.⁸⁰ Egede-Nissen med flera⁸¹ var inne på samma linje, men i deras studie framkom även ett samband mellan organisatoriska faktorer och graden av delaktighet.

Valmöjligheter stärker känslan av delaktighet som i sin tur påverkar upplevelsen av ett egenvärde.⁸² Baillie utgick ifrån att när värdighet är närvarande i nuet upplever människan sig ha kontroll, vara värdesatt, trygg och bekväm. Genom ett värdigt bemötande och genom möjlighet till delaktighet ges människan frihet att fatta egna beslut trots sjukdom och ohälsa.⁸³

3.1.3 Integritet

Andersson⁸⁴ såg begreppet integritet som ett vårdetiskt begrepp. Hon analyserade begreppet utifrån tre betydelser: a) integritet som tillstånd av helhet, b) integritet som personlig sfär, c) integritet som en moralisk värdefull karaktärs-egenskap eller moralisk integritet.⁸⁵ I sin analys av begreppet integritet kom Andersson fram till att integritet innebär respekt för patienten, för hans eller hennes hälsotillstånd samt behov och sårbarhet. Patientens vilja, frihet och integritet utgör tre begrepp, vilka förutsätter ett respektfullt förhållningssätt av vårdaren gentemot patienten.⁸⁶ Begreppet integritet var nära relaterat till begrepp som delaktighet, autonomi och respekt, enligt Andersson.⁸⁷

Begreppet integritet som ett etiskt begrepp refererade till människans rätt att inte utsättas för vare sig fysisk, psykisk eller andlig kränkning.⁸⁸ Det fanns ett samband mellan individens mentala och fysiska kondition och vårdarens iakttagande av integritet.⁸⁹ Speciellt om den äldres mentala förmåga sviktade utgjorde iakttagande av den äldres integritet en utmaning för vårdaren.⁹⁰

Nayeri och Aghajana⁹¹ utgick från det engelska begreppet *privacy* när de diskuterade den äldres integritet. Med begreppet *privacy* avsåg Nayeri och Aghajana en annan form av integritet än den som ovan beskrivits. De avsåg med begreppet *privacy* människans (patientens) rätt till ett utrymme som är privat

80 Sacco-Peterson & Borell, 2004, 376–386; Tuttun, 2004, 143–152.

81 Egede-Nissen m.fl., 2012, 1–10.

82 Tuttun, 2004, 143–150.

83 Baillie, 2009, 22–29; Anderberg m.fl., 2007, 635–643; Clarke m.fl., 2003, 679–706; Davis m.fl. 2000, 127–136; Randers m.fl., 2002, 22–29; Randers. & Mattiasson, 2004, 63–71, Webster & Bryan, 2009;1784–92.

84 Andersson, 2000, 37–59.

85 Andersson, 2000, 40–41, trots att Anderssons forskning inte direkt berör den äldres vård har forskaren valt att använda hennes studie för att beskriva integritet ur ett helhetsperspektiv, den odelbara helhet som utgör människan.

86 Brilowski, & Wendeler. 2005, 641–650; Davies m.fl., 2000, 127–136; Pauly m.fl., 2009, 497–505; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Suhonen, m.fl., 2010, 337–352; Teeri m.fl., 2007, 490–499; Tutton, 2005, 143–152; Ågren Bolmsjö, 2006, 249–263.

87 Nayeri & Aghajana, 2010, 167–177; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Teeri m.fl., 2007, 490–499, se även följande studier: Baillie, 2009, 22–29; Mamhidir m.fl. 2007; Solum m.fl. 2008, 536–548; Leino-Kilpi m.fl., 2003, 48–57.

88 Suhonen m.fl., 2010a, 883– 896; 2011 a, 1035–1046; 2011b, 284–303.

89 Webster & Bryan, 2009, 1784–92.

90 Mamhidir m.fl., 2007, 8:3; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71.

91 Nayeri & Aghajana, 2010, 167–177; Teeri m.fl., 2007, 490–499; Randers m.fl., 2002, 416–430; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Webster & Bryan, 2009;1784–92.

där han eller hon kunde vara sig själv. Ett utrymme där individen var skyddad från fysisk och psykisk intrång eller en plats där han eller hon gavs möjlighet att leva ut sina känslor, en plats där personlig information var skyddad för andra.

3.1.4 Autonomi

Begreppet autonomi var nära relaterat till begreppen delaktighet och integritet. Begreppet autonomi grundade sig på människans förmåga att själv fatta beslut i frågor som berör hans eller hennes liv. Autonomi innebär även respekt för människans egen förmåga att ta ansvar för sitt eget liv.⁹² Randers och Mattiasson⁹³ hävdade att begreppen autonomi och integritet var komplexa begrepp och en svår etisk bedömning uppstod när människan inte längre hade kapacitet att själv fatta rationella beslut och ansvaret för beslutsfattandet hade krävt en delegering till vårdaren eller de anhöriga.⁹⁴

Speciellt problematiskt kunde begreppet autonomi upplevas inom långvarigt institutionsboende. På långvarigt institutionsboende uppvisade patienten ofta olika hinder för att kommunicera, minneslöshet eller desorientering.⁹⁵ Det skulle med andra ord ha krävts en tillämpning av det Randers och Mattiasson kallade delad autonomi.⁹⁶ Delad autonomi betraktades, enligt Randers och Mattiasson, som en giltig form av autonomi. Delad autonomi kan anses relevant speciellt i samband med vård av äldre, vars kognitiva förmåga sviktar. Randers och Mattiasson avsåg med begreppet ”delad autonomi”, att anhöriga eller vårdaren tog ansvar för att beslut i patientens ärenden fattas i enlighet med patientens tidigare önsknings och behov. För att beslut ska kunna fattas av andra än patienten själv förutsätter det förståelse för den äldres historia och livssammanhang.⁹⁷

Det framförs kritik i dagens forskning mot att begreppet autonomi inte i tillräcklig utsträckning operationaliserats för att det ska vara möjligt att ge begreppet klinisk evidens. Det saknas kunskap om autonomins och medbestämmandets betydelse för den äldre och det finns inga modeller för hur den äldres delaktighet och autonomi kunde synliggöras i klinisk praxis.⁹⁸

92 Suhonen m.fl., 2010 b, 337–352.

93 Randers & Mattiasson, 2004, 63–71.

94 Vaartio (2008,14–20) beskriver Nursing Advocacy som en dual aspekt av patientens advocacy och professionell ”advocacy”, där vårdarens och patientens inre styrka spelar en avgörande roll. Se även Vaartio m.fl., 2006, 282–291.

95 Davies m.fl. 2000, 127–136; Tutton, 2005, 143–152; Ågren Bolmsjö, 2006, 249–263.

96 Se Randers & Mattiasson, 2004, 63–71.

97 Borg, 2005; Clarke m.fl., 2003, 679–706; Cooper & Coleman, 2001, 399–402.

98 Davies m.fl. 2000, 127–136; Tutton, 2005, 143–152.

3.1.5 Trygghet

Begreppet trygghet är ett centralt begrepp inom vårdarbetet. I tidigare forskning framträdde begreppet trygghet i två olika betydelser. Dels den yttre tryggheten med fokus på riskfaktorer i samband med funktionsstörningar och andra ålders relaterade hälsoförändringar,⁹⁹ dels den inre tryggheten som mera beskrev den äldres upplevelse av att vara och känna sig trygg. Mycket har forskats kring den yttre tryggheten men patientens upplevelse av inre trygghet, känslan av att vara trygg som person, är ett relativt outforskat område.¹⁰⁰

Oro och ångest är vanligt förekommande tillstånd hos den äldre, som dels kan bero på otrygghet och dels på rädsla. Speciellt stor betydelse visade sig trygghetsfaktorn ha för de äldre som bodde ensamma i sina hem, utan nära kontakt till grannar eller anhöriga.¹⁰¹ Den yttre tryggheten som fenomen har studerats i ett antal forskningar.¹⁰² Det har utvecklats olika metoder för att förebygga skador både i hemmet och på institutioner.¹⁰³ Några exempel på forskare som fokuserat på trygghet som fenomen kan nämnas Melander-Wikman och hennes *medforskare*,¹⁰⁴ De Bellis,¹⁰⁵ samt Fagerström och hennes medmedforskare.¹⁰⁶ Melander-Wikman med flera undersökte huruvida man med hjälp av olika teknologiska hjälpmedel kunde öka den äldres känsla av trygghet, integritet eller öka den äldres möjlighet till ett socialt aktivt liv. Resultatet från studien visade att ny teknologi hade betydelse för den äldres känsla av trygghet samt på den äldres möjlighet till ett socialt aktivt liv.¹⁰⁷

De Bellis¹⁰⁸ lyfte fram betydelsen av att vårdaren är medveten om sin roll som den äldres advokat.¹⁰⁹ Att bli någons advokat innebär att ta ansvar för en annan människa (den äldre) som i sin tur kan skapa en känsla av trygghet eller otrygghet beroende av på vilket sätt vårdaren går in i rollen som ”advokat”. De Bellis¹¹⁰ studie visade att de patienter som hade vårdare, vilka var beredda att ställa upp som ställföreträdare och som patienterna upplevde att de kunde lita på, upplevde en större inre trygghet jämfört med de patienter som saknade tilliten till vårdaren. Istället för att leva i trygg förvisning om att deras ”sak” var i goda händer, upplevde sig patienten tvungen att själv kontrollera vårdaren och

99 Nydén m.fl., 2003, 268–274; Nygård m.fl. 2004, 193–203.

100 Fagerström m.fl., 2011, 1305–1316; Singer m.fl., 2009, 399–421.

101 Nydén m.fl., 2003, 268–274; Nygård m.fl., 2004, 193–203.

102 Se Nydén m.fl., 2003, 268–274; Nygård m.fl. 2004, 193–203.

103 Fagerström m.fl., 2011, 1305–1316; Nydén m.fl., 2003, 268–274; Nygård m.fl., 2004, 193–203

104 Melander-Wikman m.fl., 2008, 337–346.

105 De Bellis, 2010, 100–113.

106 Fagerström m.fl., 2011, 1305–1316.

107 Sävenstedt m.fl., 2006, 17–25.

108 De Bellis, 2010, 100–113.

109 Andra forskare som studerat rollen som den äldres advokat, var som tidigare nämndes Vaartio, 2008, Vaartio m.fl., 2006, 282–291.

110 De Bellis, 2010, 100–113.

de beslut som fattades. Förmågan hos den äldre att känna *tillit* för vårdaren är av centralt betydelse för den äldres upplevelse av trygghet.

Fagerström med flera¹¹¹ var inne på samma linje. I deras studie framkom att äldre personer som hade upplevt sig mycket trygga var äldre som upplevde livet som meningsfullt samt de som upplevt sig ha kapacitet att hantera olika kriser i livet. Däremot relaterade låg tilltro till anhöriga, grannar och vänner till en inre otrygghet. I sin undersökning sammanfattade Fagerström och hennes medforskare sina resultat med att lyfta fram betydelsen av att vårdaren i sitt dagliga arbete fokuserar på känslan av meningsfullhet, tilltro till relationer samt på olika aktiviteter för att öka den äldres upplevelse av trygghet.¹¹² Upplevelsen av trygghet relaterade till ett meningsfullt liv, socialt nätverk, tillit till den egna förmågan samt visshet om att den egna kapaciteten räckte till för att ta hand om olika livskriser.

3.2 Etiska dilemman och utmaningar inom äldreomsorg

Förmåga att hantera etiska utmaningar och dilemman inom ett vårdteam är avgörande för etikens närvaro i det dagliga vårdarbetet.¹¹³ Etiska problem och utmaningar inom äldreomsorg har ofta sin grund i det mångprofessionella samarbetet, vilket som fenomen är så kännetecknande och nödvändig inom vården.¹¹⁴ Olika professioner har sina egna etiska koder och riktlinjer som lätt kan komma i konflikt.¹¹⁵ Organisatoriska och politiska förändringar, som är så kännetecknande för dagens samhälle, kommer lätt i konflikt med den enskilda vårdarens önsknings och vilja att handla etiskt.¹¹⁶

Etiska utmaningar uppstår i det dagliga vårdarbetet när vårdarens egna grundläggande värden kommer i konflikt med hans eller hennes upplevda möjligheter att handla i enlighet med sina ideal.¹¹⁷ En överblick av tidigare forskning visade på ett antal beskrivningar av etiska utmaningar, såsom motstridiga etiska förväntningar, etisk oro och stress samt vårdarens upplevelse av begränsad handlingsfrihet.¹¹⁸ Etiska utmaningar relaterade även till enhetens vårdintensitet. Speciellt när vårdintensitet upplevdes som hög eller när ledarskapet hyllade värden som stred mot *den etiska vårdarens ideal* uppstod etiska

111 Fagerström m.fl., 2011, 1305–1316, Singer m.fl., 2009, 399–421

112 Fagerström m.fl., 2011, 1305–1316.

113 Anderberg m.fl., 2007, 635–643; Clarke m.fl., 2003, 679–706; Davis m.fl. 2000, 127–136; Randers m.fl., 2002; 22–29; Randers. & Mattiasson, 2004, 63–71; Webster & Bryan, 2009;1784–92.

114 Jakobsen & Sørli, 2010, 289–300; Murphy, 2007, 477–485; Rees m.fl., 2009, 436–452; Stenwall m.fl., 2007, 515–522; Solum m.fl.,2008, 536–548; Teeri, m.fl., 2007,490–499.

115 Pattison & Wainwright, 2010, 9–18, artikelförfattarna diskuterar bl.a. på vilket sätt de olika etiska koderna, som under åren formulerats, i realiteten guidar vårdare i deras dagliga vårdarbete. En av deras slutsatser är att koderna snarare väcker dialog i samband med etiska utmaningar än att de förhindrar etiska problem från att uppkomma.

116 Glasberg, 2007, 46– 50, 53–67; Glasberg m.fl., 2006, 633–648;Murphy, 2007, 477–485; Fjetland & Soreide, 2010, 75–83; Pauly m.fl., 2009, 497–505.

117 Berggren m.fl., 2002, 13–22; 2005, 21–28.

118 Se Glasberg, 2007,53–67; Gustavsson m.fl., 2010, 23–78, Isola m.fl., 2006, 2480–2489.

utmaningar och dilemman. En fördjupad kunskap om och förståelse för etiska utmaningar, vad som förorsakar dem, hur vårdpersonalen kan hantera dessa utmaningar var av central betydelse för att de etiska idealen skulle kunna omsättas i ord, handling och förhållningssätt. Nedan vill jag fördjupa några av de etiska utmaningar som framträdde i tidigare forskning. Etiska utmaningar, vilka kan anses ha en central betydelse för att det etiska handlandet ska växa sig stark.

3.2.1 Motstridiga etiska förväntningar

Den första etiska utmaningen har jag valt att kalla ”motstridiga etiska förväntningar”. Dessa förväntningar visar på den dialektiska spänning¹¹⁹ som är kännetecknande för vårdsamfunden idag.¹²⁰ En holistisk vårdsyn, individuellt bemötande av den äldre, strävan efter att bevara den äldres autonomi samt förmåga att uppmuntra den äldre att aktivt delta i sin vård utgör några av de förväntningar som ställs på en äldreomsorg av hög kvalitet. Dessa förväntningar kan bejakas på olika sätt och på olika nivåer inom en arbetsgrupp. Ett uppenbart problem är den intressekonflikt som finns mellan ekonomiska principer och etiska ideal. Inom ett arbetsteam finns förväntningar som inte nödvändigtvis behöver vara samstämmiga med patientens eller anhörigas förväntningar. Mahlin beskrev fenomenet som¹²¹ att det uppstår en lojalitetskris där vårdaren väljer att svara mot arbetsgruppens förväntningar framför patientens. Hancock med flera¹²² ansåg att denna intressekonflikt speciellt kunde ses i relationen mellan läkaren och vårdaren. Istället för att visa patienten lojalitet skedde en perspektivförskjutning bort från patienten mot läkaren.¹²³ Varje dag upplevde sig vårdaren stå inför etiska utmaningar och dilemman.¹²⁴

Cooper och Coleman¹²⁵ fann samband mellan den äldres fysiska, psykiska och sociala status och stereotypa beteenden. Stereotypa beteenden tenderade öka i takt med att vårdbehovet ökade. Med andra ord när den äldres hälsoresurser minskade ökade ett uppgiftsorienterat arbetssätt och den äldres unika behov förbisågs. Under årens gång har vårdmetoder och ideologier förändrats trots det lever fortfarande ett uppgiftsorienterat och rutinmässigt arbetssätt kvar inom äldreomsorgen. Tendensen att avpersonalisera den äldre till ett objekt är fortsättningsvis en realitet vårdorganisationerna. Cooper och Coleman¹²⁶ såg i sin studie en tendens till ett begränsat synsätt på den äldre

119 Se Fagerström & Bergbom, 2010, 79–84

120 Se Martinsen, 2009, 156–161.

121 Se Mahlins undersökning om rollen som patientens advokat; se även Vaartio, 2008; Vaartio & Leino-Kilpi, 2005, 705–714.

122 Hancock, 2003, 507–516.

123 Hancock m.fl., 2003, 507–516.

124 Jakobsen & Sørli, 2010, 289–300; Solum m.fl., 2008, 536–548.

125 Cooper & Coleman, 2001, 399–403.

126 Cooper & Coleman, 2001, 399–403, se även Wadensten & Carlsson, 2003 a, 118–124; 2003b, 462–470; Randers & Mattiasson, 2002, Randers m.fl., 2004.

bland vårdarna,¹²⁷ vilket i sin tur ledde till standardiserade och begränsande uppfattningar om den äldre.

I jämförelse mellan äldre patienter med kognitiv svikt och äldre med mental god hälsa, trots sjukdomar eller funktionshinder, var det patienter med god mental hälsa som gav vårdaren den största arbetstillfredsställelsen. Däremot upplevde vårdaren arbetet med patienter med långtgående kognitiv svikt och ett stort hjälpbehov som otillfredsställande.¹²⁸ Cooper och Coleman¹²⁹ kom vidare fram till att vård av äldre fortsättningsvis är en oattraktiv kontext och vårdaren undviker därför att söka sig till äldreomsorg. Vårdarens negativa syn på den äldre framträdde även i Wadenstens och Carlssons studier. Deras studier ger ytterligare stöd för att vårdarens syn på den äldre fortfarande är negativ och stereotypisk.¹³⁰

Wadenstens och Carlssons studier¹³¹ visar att vårdare saknar kunskap och medvetenhet om de särdrag som är kännetecknande för den äldre och hans eller hennes vård. I sina studier kartlade Wadensten och Carlsson hur väl vårdaren inom äldreomsorg kunnat beakta den äldre samt hans eller hennes behov utgående från de särdrag som Tornstam¹³² beskriver i sin teori om gerotranscendens.¹³³ Tornstam visade med sin teori på den äldres förändrade hållning till tid, nya perspektiv på sociala kontakter som kännetecknades av att några nära vänner var viktigare än mångfalden, på en önskan om utrymme för ensamhet samt tid för reflektion och tillbakablickande. Dessa fenomen beskriver Tornstam som normala åldersrelaterade företeelser, medan vårdarna som deltog i Wadenstens undersökning uppfattade förändringarna som patologiska och onormala beteendemönster och möttes därefter av vårdpersonalen.¹³⁴

Andra tecken på förändrade värden och attityder hos den äldre, som Thornstam¹³⁵ beskriver i sin teori, var den äldres syn på gamla händelser, nya aspekter på dem själva samt en vardaglig visdom som gör att den äldre inte så lätt tog ställning till vad som var rätt eller fel. Den äldre accepterade att livet var ett mysterium som inte helt kan förstås och som inte ens var nödvändig att förstå. Rädslan för döden avtog, likaså minskade betydelsen av materiella ting. Dessa förändringar i den äldres livsyn hade helt och hållet undgått vårdarna.¹³⁶

127 Se även Wadenstens och Carlssons forskning (2003, a, 118–124; 2003 b, 462–470) samt Borgs studie från 2005.

128 Cooper & Coleman, 2001, 399–403.

129 Cooper & Coleman, 2001, 399–403.

130 Cooper & Coleman, 2001, 399–403.

131 Wadensten & Carlsson 2001, 635–642; 2003 a, 118–124; 2003b, 462–470.

132 Se Tornstam, 1996, 144–150; 1997a, 143–154; 1997b, 117–131; 2011, 166–180.

133 Se kapitel 4.2.som beskriver teori om gerotranscendens.

134 Wadensten & Carlsson, 2001, 635–642;2003 a 118–124; 2003b, 462–470;2007 a, 289–294; 2007 b, 295–301; 2007 c, 302–314.

135 Tornstam, 1996, 144–150; 1997a, 143–154; 1997b, 117–131; 2011, 166–180.

136 Wadensten & Carlsson, 2001, 635–642; 2003 a 118–124; 2003b, 462–470; 2010, 108–115.

Ågren Bolmsjö med flera¹³⁷ beskrev och tolkade miljön på ett serviceboende i sin studie. Författarna beskrev situationen som ”being in the same world without meeting” (s. 253), något som även Pauly med flera¹³⁸ tangerade i sin undersökning. I Pauly med fleras studie steg miljörelaterade problem fram som moraliska dilemman relaterade till ett etiskt klimat. Pauly och hennes medforskare drog den slutsatsen att förutom övergripande etiska målsättningar för äldreomsorgen bör det utvecklas strategier för utvecklande av ett etiskt klimat i vårdpraxis och forskarna ansåg att ett etiskt klimat var en viktig aspekt för att stöda det professionella vårdarbetet.¹³⁹

Randers med flera¹⁴⁰ fann i sin undersökning att iakttagande av grundläggande etiska värden i vården av äldre inte var någon självklarhet. Den äldre sågs inte som en unik person med egna erfarenheter och resurser, eller som en person vilken var kapabel att själv ta ansvar för sitt liv. Det etiska förhållningssättet i det dagliga vårdarbetet var helt och hållet beroende av den enskilda vårdaren. Huruvida vården utgick från den äldres aktuella situation eller individuella behov var helt och hållet beroende av den enskilda vårdarens etiska medvetenhet och ansvar. Inom arbetsgruppen saknades gemensamma överenskommelser och riktlinjer om vad som kunde anses vara eftersträvansvärt i varje enskild vårdrelation.¹⁴¹

Relationen mellan vårdaren och patienten kan till karaktären vara olika och när det finns ömsesidighet och erkännande kan det uppstå en djup i vårdrelationen. Betydelsen av att vårdaren ser och hör subtila ting ökar när den äldre saknar förmåga att verbalt eller non-verbalt kommunicera med andra. Att uppfatta det subtila har en stor betydelse för den äldres välbefinnande, värdighet och vårdgemenskap.¹⁴²

Iakttagande av den äldres integritet sågs som en utmaning för vårdare inom äldreomsorg. Leino-Kilpis med fleras¹⁴³ studie visade att patientens fysiska integritet väl kunde iakttas inom långvarig institutionsvård, medan psykisk och social integritet inte kunnat iakttas på ett tillfredställande sätt. Ett resultat som inte tillfredsställde informanterna i Leino-Kilpis med fleras undersökning. Informanternas strävanden var att upprätthålla integritet ur ett holistiskt perspektiv och därefter kunde informanterna anse att vården kunde definieras som god ur ett etiskt perspektiv.¹⁴⁴ Liknande resultat visade Teeri och hennes forskarteam¹⁴⁵ studie.

137 Ågren Bolmsjö, 2006, 249–263.

138 Pauly m.fl., 2009, 497–505.

139 Pauly m.fl., 2009, 497–505.

140 Randers & Mattiasson, 2002, 416–430; Randers m.fl., 2004, 63–71.

141 Cameron m.fl., 2001, 432–447.

142 Ågren Bolmsjö m.fl., 2006, 249–263.

143 Leino-Kilpi m.fl., 2003, 48–57.

144 Isola m.fl., 2006, 2480–2489.

145 Teeri m.fl., 2005, 490–499.

3.2.2 Moralisk oro och stress

Moralisk oro och stress var andra fenomen som kunde anses som etiska utmaningar, enligt Pauly med flera.¹⁴⁶ Etik och etiska frågeställningar samt deras inverkan på vårdarens hälsa har under senare år varit föremål för ett antal studier.¹⁴⁷ Etisk medvetenhet hos vårdaren, som av en eller annan orsak inte gått att förverkliga genom ett etiskt förhållningssätt, hade en negativ inverkan på vårdarens hälsa.¹⁴⁸ Sacco-Peterson och Borell¹⁴⁹ beskriver fenomenet som att ”en god intention gått fel” med följder som att patientens autonomi och värdighet förbisettes.

Glasberg¹⁵⁰ har med sin studie visat på ett samband mellan det hon kallar samvetsstress och utbrändhet. Enligt Glasberg leder emotionell utmattning till att vårdaren tvingas döva sitt samvete för att orka arbeta kvar inom vården. Glasberg kallar detta fenomen för samvetsstress.¹⁵¹ Samvetsstress uppstod som ett resultat av att personalen upplevde sig sakna tid.¹⁵² Vårdaren upplevde sig inte ha tillräckligt med tid för att ge patienten den vård han eller hon var i behov av. Arbetet upplevdes så krävande att det påverkade privatlivet och informanterna upplevde sig sakna förutsättningar för att leva upp till andras förväntningar. Vårdaren upplevde bristande stöd från sina medarbetare samt hos vårdarna kunde även ses en svag inre styrka.

Vårdarbetet inom primärvården eller äldreomsorgen kan i sig vara en faktor som ökar risken för emotionell utmattning.¹⁵³ I djup mening är det människans upplevelse av begreppet samvete som avgör hur samvetsfrågor bör hanteras och som avgör huruvida vårdaren upplever sig kunna arbeta kvar inom vårdarbetet eller inte.¹⁵⁴

Pekkarinen¹⁵⁵ visade genom sin studie på ett samband mellan stress och vårdkvalitet. Hon hävdar att oskäliga krav i arbetet och kliniska kvalitetsproblem hängde samman. Rollkonflikter och stress hos vårdarna ökade i takt med att den äldres funktionsförmåga försvagades. Enligt Provis och Stack¹⁵⁶ upplevdes tidspress som stressframkallande med motstridigheter mellan vårdarens etiska och moraliska grundvärden och försämrade vårdkvalitet som följd. Känns-

146 Pauly m.fl., 2009, 491–505.

147 Brilowskig & Wendeler, 2005, 641–650; Hancock m.fl., 2003, 507–516 Pauly m.fl., 2009, Stenwall m.fl., 2007, 515–522; Teeri m.fl., 2005, 490–499.

148 Juthberg m.fl., 2007, 329–343; Glasberg m.fl., 2006, 633–648; Nordam m.fl., 2005, 1248–1256; Gustafsson m.fl., 2010, 23–38; Snellman & Gedda, 2012, 714–726; Solum m.fl., 2008, 536–548.

149 Sacco-Peterson & Borell, 2004, 376–386.

150 Glasberg, 2007, 46–50; Glasberg m.fl., 2006, 633–648.

151 Se även Juthberg m.fl., 2007, 329–343; Gustafsson m.fl., 2010, 23–38.

152 Se Egede-Nilssen m.fl., 2012, 1–10; Morris m.fl., 2007, 463–471.

153 Glasberg, 2007, 46–50, 53–67.

154 I studien framkom uppfattningen att samvete varnar oss för att skada andra, att inte kunna följa samvetet i arbete och att vara tvungen att döva samvetet betydelse för huruvida vi kan vara kvar i vården (Glasberg, 2007; Juthberg m.fl., 2007, 329–343; Gustafsson m.fl., 2010, 23–38).

155 Pekkarinen, 2008.

156 Pauly m.fl., 2009, 497–505.

lan av att inte ”hinna med” skapade en inre oro hos vårdaren som han eller hon hade svårt att hantera. Vårdaren valde därför att inte ”se” den äldre och dennes behov, för att själv härda ut.

Andra orsaker som kunde framkalla moralisk oro och stress var att vårdaren upplevde att hans eller hennes etiska och moraliska ansvar gentemot patienterna kom i konflikt med organisatoriska förväntningar och förväntningar som arbetsteamet ställde.¹⁵⁷ Blir den moraliska oron och stressen för svår att hantera är risken stor att det uppstår situationer av oetiska förhållningssätt såsom likgiltighet eller till och med arrogans. Hur kan vårdteamet hantera etiska utmaningar? Åberg Bolmsjö med flera¹⁵⁸ ansåg att med hjälp av reflektion och diskussion i arbetsgruppen var det möjligt att finna optimala lösningar på etiska problem. Ofta finns det ett flertal olika lösningar på ett och samma problem och det är ingalunda entydigt hur vårdaren bör handla.¹⁵⁹

Moralisk oro och stressrelaterade upplevelser hos vårdaren utgör ett reellt hot mot vårdkvaliteten. För att lyckas ge vård av hög standard bör det finnas realistiska möjligheter för detta.¹⁶⁰

3.2.3 Vårdarens handlingsfrihet

Följande etiska utmaning har jag valt att kalla ”vårdarens handlingsfrihet” eller snarare brist på handlingsfrihet. Berggren med flera¹⁶¹ lyfte fram betydelsen av vårdarens egen frihet och styrka som en förutsättning för att den äldre ska kunna garanteras en vård av hög kvalitet. Vårdarens frihet och styrka ger honom eller henne möjlighet att fatta beslut om vad som är gott och rätt i en given situation. Denna frihet och styrka växer i och genom etisk reflektion och dialog inom arbetsteamet. På samma gång utvecklar etiska reflektioner och etiska dialoger vårdarens professionella identitet i ett mångprofessionellt samarbete.¹⁶²

Hinder för att kunna möta patientens behov i olika unika vårdsituationer kan ha sin grund i vårdaren upplevde att hans eller hennes handlingsfrihet hade begränsats. Genom att vårdaren ges frihet att tillsammans med patienten besluta om förhållningssätt och handlingar för att möta individuella behov och önskemål, ökar möjligheten för vårdaren att anpassa vården individuellt för varje patient. Provis och Stack¹⁶³ framhöll att om vården ska utgå från den äldres önskemål och behov krävdes en situation där patientens behov av vård och personalbemanning (en optimal vårdintensitetsnivå) var i balans med varandra. Provis och Stack fortsatte sitt resonemang med att fastslå att det för de flesta vårdare var uppenbart hur den äldres vardag borde ha utformats för

157 Glasberg, 2007, 53–67; Jakobsen, & Sørli, 2010, 289–300; Åberg Bolmsjö m.fl., 2006, 249–263.

158 Ågren Bolmsjö m.fl. 2006, 249–263.

159 Cooper & Coleman, 2001, 399–402; Provis & Stack, 2004, 5–14; Ågren Bolmsjö m.fl., 2006, 249–263.

160 Fagerström, 1999, 65–78; Perry m.fl. 2003, 497–505.

161 Berggren & Barbosa da Silva, 2002, 13–22; 2005, 21–28, se även Tervo-Heikkinen, m.fl., 2009, 986–993.

162 Berggren m.fl., 2005, 21–28.

163 Provis & Stack, 2004, 5–14.

att han eller hon skulle få uppleva hälsa och välbefinnande, men att detta inte alltid var politiskt eller organisatoriskt gångbart.

Beslut om vad som är etiskt gott för den äldre föds ur viljan att göra det goda men i praktiken är det vårdaren som avgör i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon ger uttryck för vårdandets ethos.¹⁶⁴ En etiskt medveten vårdare önskar sig större frihet att tillsammans med patienten fatta beslut i frågor som berör patientens sak. Detta behöver inte betyda nonchalans mot organisatoriska krav men i en given vårdssituation finns alltid utrymme för individuella tolkningar som den officiella policyn bör ge utrymme för.¹⁶⁵

En av vårdarens uppgifter för att lösa etiska problem i det dagliga arbetet var att ställa upp som patientens *advokat*.¹⁶⁶ Att i verkligheten fungera som advokat för den äldre krävdes mod hos vårdaren, mod att våga ta sig an såväl organisatoriska som relationella problem. Saknades mod och vilja hos vårdaren kunde detta leda till att den äldre hindrades från att delta i diskussioner som berörde hans eller hennes egen vård. Den äldres autonomi och självbestämmande begränsades. Det är mera en förväntning än en regel att som vårdare ställa upp som advokat för patienten, när patientens egna resurser var begränsade på grund av olika former av hälsohinder. Det är alltid den enskilda vårdaren som avgör i vilken utsträckning han eller hon är beredd att ta sig an advokatrollen.¹⁶⁷

3.3 Etik och vårdintensitet

I Fagerströms studie, ”Patientens vårdbehov – att förstå och mäta det omätbara”,¹⁶⁸ visar redan titeln på en spänning mellan att försöka förstå och samtidigt försöka mäta. Denna dialektiska spänning mellan tes och antites beskriver Fagerström¹⁶⁹ med orden: ”verklighetens motsägelsefulla natur”.¹⁷⁰ Idag framträder vårdverklighetens motsägelsefulla natur mycket tydligt eller uttryckt med Fagerströms ord: ”vi vill mera än vi förmår och har realistiska

164 Cameron m.fl., 2001, 432–447; Dahlqvist m.fl., 2007, 181–193; Fjetland & Søreide, 2010, 75–83; Solum m.fl., 2008, 536–548.

165 Hegney m.fl., 2006, 271–281; Schopp m.fl., 2003, 48–57.

166 Vaartio-Rajala har studerat begreppet ”nursing advocacy” som det framställs i forskning mellan åren 2003–2005. I hennes studie (2008, 58) definierar hon begreppet på följande sätt: ”ethic-legal nursing decision-making that is based on recognition of the roles, rights and duties of those involved in the patient-nurse relationship, on information exchange, on the nurse’s moral and clinical competence as well as having the preparedness, means and autonomy to effect change when considered by means of analysing, counselling and responding activities, even at the society level. Se även Vaartio-och Leino-Kilpi, 2005, 705–714. Se även diskussionen om advokatrollen som förs i samband med begreppet trygghet.

167 Pekkarinen, 2005, Vaartio & Leino-Kilpi, 2005, 705–714; Vaartio, 2008, 56–69. I samband med att begreppet trygghet diskuterades även begreppet patientens advokat.

168 Fagerström, 1999, 65–80.

169 Fagerström, 2000, 115–137.

170 Fagerström använder sig av den tyske filosofen Hegels tänkande. Enligt Hegel (i Fagerström, 2000, 115) utvecklas vårt tänkande och dialektiskt genom att en form (tesen) övergår till dess motsats (antitesen) och därefter förenas med den första till en överordnad syntes (se även Fagerström & Bergbom, 2010, 79–84).

möjligheter till.¹⁷¹ Framför allt är det upplevelsen av tidens otillräcklighet för den enskilda patienten som utgör ett hot mot vårdandets ethos och ett etiskt förhållningssätt och därmed ett hot för patienternas möjligheter att få sina behov och önskningar till godosedda.¹⁷²

Vårdarbetet är till sin karaktär resurskrävande och personalbemanningen påverkar vårdkvaliteten på ett betydande sätt. Tervo-Heikkinen med flera¹⁷³ har i sin studie presenterat en diger översikt av studier om bemanningens betydelse för vårdkvaliteten. Tervo-Heikkinen med flera fann att det förelåg en positiv korrelation mellan personalbemanning och vårdkvalitet. Det vill säga att när patientens behov av vård var i balans med tillgängliga resurser kunde den äldre garanteras en etisk god vård.

Andra exempel på undersökningar där forskare undersökt personalresurseringens inverkan på vårdkvalitet var bland andra Muurinen,¹⁷⁴ Vuotilainen med fleras¹⁷⁵, Pekkarinens,¹⁷⁶ samt Partanens¹⁷⁷ undersökningar. I dessa undersökningar framkom tydliga bevis för underbemanningens inverkan på vårdkvalitet. Studierna visade att i över hälften av arbetsskiften rådde underbemanning. I en dylik situation ökade risken för stressrelaterade symtom hos vårdaren som i sin tur påverkar den äldres vård.

Aiken¹⁷⁸ har påvisat att kvalitetsproblem, speciellt inom sjukhusvård, ökar om resurstilldelningen är otillräcklig. Pågår underbemanningen över en längre tid var risken stor för mänskliga misstag och felbehandlingar.¹⁷⁹ Resultatet stöds av Cheung med flera.¹⁸⁰ Författarna kom fram till att förutom att underbemanningen inverkar negativt på vårdkvaliteten, ökar den risken hos vårdaren att insjukna i stressrelaterade sjukdomar, som i sin tur gör att vårdaren började överväga byte av arbete. Rauhala kunde med sin studie påvisa¹⁸¹ att det förekom ett signifikant samband mellan hög vårdintensitet och sjukfrånvaro bland personalen. Det rapporterades även i flera incidenter av felbehandling samt olycksfall när bemanningen varit otillräcklig.¹⁸² Liknande resultat kunde även ses i Needleman med fleras¹⁸³ undersökning. Det finns med andra ord ett klart

171 Livet och verkligheten består av en mångfald av olikheter och motsatser och där sanningen sällan utgör ett svar på frågan, utan snare en kombination och en syntes av "både och" (Fagerström, 2000, 116).

172 Egede-Nissen m.fl., 2012, 1–10; Morris m.fl., 2007, 463–471; Partanen 2002; Pearson m.fl. 2006; Pekkarinen, 2008.

173 Tervo-Heikkinen m. fl., 2009, 986–993.

174 Muurinen, 2003, 68–112.

175 Vuotilainen m.fl., 2002, 79–82.

176 Pekkarinen, 2007, 40–48.

177 Partanen, 2002.

178 Aiken m.fl., 2000, 5–13; 2002, 1987–1993; 2008.

179 Inom äldrevården är det sannolikt att den ordinarie personalen inte kan ersättas med behörig personal, vilket ställer vårdkvaliteten i en helt annan dager.

180 Cheung m.fl., 2010, 35–40.

181 Rauhala, 2008.

182 Cheung m.fl., 2010, 35–40, Aiken, m.fl. 2000, 5–13; 2002, 1987–1993; 2008.

183 Needleman m.fl. 2011, forskarteamet fann att mortaliteten ökade med 2 % för varje underbemannat skift och 4 % för varje "high-turnover shifts".

samband mellan vårdkvalitet och personalresursering, vilket i sin tur leder fram till följande antagande: att resursbrist försvårar förverkligande av ett etiskt förhållningssätt. Förutom optimal bemanning förutsätter en etisk god vård en etisk medvetenhet och vilja att handla på ett etiskt försvarbart sätt.¹⁸⁴

Vaarama¹⁸⁵ framhöll genom sin studie att förutsättningar för en högklassig vård är att vårdarbetet utgår från ett patientorienterat perspektiv med lyhördhet för den äldres behov. För att samhället ska kunna tillgodose vårdbehovet för dagens och morgondagens äldre är det viktigt att politiskt ansvariga och ledare på olika nivåer i ett tidigt skede kan förutse och fastställa den äldres vårdbehov. Inom de mångprofessionella teamen inom hälso- och sjukvårdorganisationerna behövs ett gemensamt språk samt gemensamma kriterier för vad som avses med *god vård ur ett etiskt perspektiv*. Det behövs argument och mod hos personalen att initiera en diskussion om det som upplevs som oetiskt samt en reflektion över patientens behov av vård och tillgängliga resurser.¹⁸⁶

3.4 Ansvar, etik och ledarskap

Tidigare forskning har visat att ”gott” ledarskap och kvalitetsmässiga resultat hängde samman.¹⁸⁷ Ledarskapets betydelse för kvalitativa aspekter på vårdarbetet har varit föremål för omfattande forskning. Murphy¹⁸⁸ betonade betydelse av ett gott ledarskap förutom att hon betonar en flexibel organisation och tillräckligt med reserverad tid, med andra ord en optimal personalbemanning för att utföra vårdarbetet. Fagerström och Salmela¹⁸⁹ visade på ledarskapets betydelse vid förändring och utveckling. Etiska diskussioner och etiska beslutsprocesser syftar till att förändra rutiner och stereotypa beteenden hos den professionella vårdaren. I den processen har vårdledaren en central roll.¹⁹⁰

En vision om ledarskap börjar med vänlighet och ett respektfullt bemötande där ledaren fungerar som ambassadör för vårdarbetet. Vårdledarens uppgift är att skapa konkreta förutsättningar för vårdandet och vårdarbetet.¹⁹¹ Bondas¹⁹² fann i sin studie att under ledarens handledning skedde en fokusering på vårdandets teoretiska utgångspunkter. För att utveckla ledare för vårdarbetet krävdes satsning på utbildning och fördjupning i teori om caritativt

184 Randers & Mattiasson, 2004, 63–71.

185 Vaarama, 2009.

186 Juthberg, m.fl., 2007, 329–43; Morris m.fl., 2007, 463–471; Solum m.fl., 2008, 536–48.

187 Brown Wilson, 2009, 177–186; Hegney m.fl. 2006, 271–281; Morris m.fl., 2007, 463–471.

188 Morris m.fl., 2007, 463–471.

189 Fagerström & Salmela, 2010, 613–617.

190 Se kapitel 3.1.2.

191 Bondas, 2006, 332–339; 2010, 477–486; Salmela m.fl., 2012, 423–433.

192 Bondas, 2010, 477–486; se även Fagerström, 2000, Nielsen m.fl., 2008, 465–475; Fagerström & Salmela, 2010, 613–617; Salmela, med flera 2012, 423–433.

ledarskap.¹⁹³ Jeong och Keatinge¹⁹⁴ lyfter fram betydelsen av ett holistiskt och personcentrerat närmelsesätt.

Det traditionella sättet att vårda de äldre har förändrats från vård på institutioner till ett mera öppenvårdsorienterat arbetssätt.¹⁹⁵ Vardagliga rutiner är däremot svåra att förändra, likaså har vårdteoretisk kunskap inte ansetts ha praktisk relevans.¹⁹⁶ Paasivaara¹⁹⁷ hävdade att vårdarbetet kan utvecklas endast genom personalens medvetenhet om vilken relevant kunskap deras förhållningssätt bör basera sig på. Vårdarnas professionella kunskap borde stärkas för att utveckla ett genuint intresse för vårdandet och vårdarbetet, ansåg Paasivaara vidare. Vid utvecklandet av en stark vårdaridentitet behövs goda förebilder.¹⁹⁸ Fagerström¹⁹⁹ formulerade vårdledarens huvudsakliga uppgifter i två teser där den ena tesen betonade vårdarens kompetens för det professionella vårdarbetet medan den andra tesen fokuserade på att skapa förutsättningar för ”den goda vården”. Skapandet av en vårdande kultur utgående från vårdandets ethos och ett etiskt förhållningssätt kan ses som vårdledarens viktigaste ledaruppgift.²⁰⁰

Brown Wilson²⁰¹ konstaterade att ledarskapet på olika nivåer i organisationen påverkade gemenskapen bland personalen och till patienterna. En etisk medveten vårdledare skapar en känsla runtomkring sig som kan beskrivs med orden: ”det är viktigt på den här enheten hur vi gör saker och ting”. Det är viktigt att vårdarbetet organiseras utgående från den äldres vårdbehov och inte utgående från stereotypiska rutiner eller beteendemönster. Enligt Brown Wilson är det viktigt att ledaren bryr sig om att vårdandet följer etiska ideal och att de etiska idealen synliggörs i handlingar.

Glasberg²⁰² betonar ledarskapets betydelse i samband med emotionell stress eller ”samvetsstress”. I en intervju med vårdchefer framkom faktorer som bristande ledarskap, misstro och minskad respekt inom organisationen. Faktorer som bidrog till upplevelsen av emotionell utmattning. Personalen kände sig utbytbara och sågs inte som unika personer. Personalen ifrågasatte sitt eget värde. Detta leder till att personalen föll allt djupare ner i upplevelsen av otillräcklighet, pessimism och maktlöshet.²⁰³ Samtidigt ökade risken för att den äldre

193 Bondas, 2010, 477–486.

194 Jeong, & Keatinge., 2004. 445–51.

195 Brown Wilson, 2009, 177–186; Jeong & Keatinge, 2004, 445–451 Solum m.fl., 2008, 536–548.

196 Wadensten & Carlsson, 2003 a, 118–124; 2003 b, 462–470.

197 Paasivaara, 2003, 170–173.

198 Wynne & Lane, 2008, 159–156.

199 Fagerström, 1999, 82–85.

200 Se även Austgard, 2008, 314–319; Bondas, 2006, 332–339; Bondas, 2010, 477–486; Fagerström & Salmela, 2010, 613–617; Levine m.fl., 2007, 14–15.

201 Brown Wilson, 2009, 177–186.

202 Glasberg, 2007, 46–50, 53–67

203 Glasberg, 2007, 46–50, 53–67. Se även Cheung m.fl., 2010, 35–40; Aiken m.fl., 2000, 5–13; 2002, 1987–1993.

skulle mötas av utmattade, distanserade och cyniska vårdare. Konsekvenserna av dåligt ledarskap kan vara stora för både vårdare och patienter.²⁰⁴

Stressrelaterad ohälsa har drastiskt ökat under de senaste åren.²⁰⁵ Riskfaktorer som förorsakar den stressrelaterade ohälsan har tidigare diskuterats.²⁰⁶ En engagerad och medveten ledare är intresserad av att i ett tidigt skede identifiera de stressrelaterade faktorerna, vilka har förmåga att skapa ohälsa hos personalen. Den ökade trenden av stressrelaterad ohälsa, såväl den fysiska som den psykiska och den andliga, behöver brytas. Inom organisationerna och på arbetsplatserna ökar betydelsen av att förebygga de arbetsrelaterade hälsoproblemen. Vårdledaren behöver kunskap om vad som kan bidra med bättre hälsa och välbefinnande för medarbetarna. Riskfaktorerna kan härledas till olika nivåer i organisationerna, vilket tydligt framgår av den forskning som bedrivs inom ledarskap och administration.²⁰⁷

3.5 Sammanfattning av tidigare forskning

Sammanfattningsvis vill jag konstatera att det förefaller som om viljan är större än de realistiska möjligheterna till en god etisk vård.¹⁷³ I tidigare forskning framkom att den ekonomiska krisen, men även gjorda prioriteringar, har lett till obalans mellan resursering av personal och rådande vårdintensitet. Denna obalans mellan patienternas behov av vård och tillgängliga personalresurser ökar risken för att vårdarna inte har möjlighet att möta patientens behov, vilket är speciellt oroande inom äldreomsorgen.²⁰⁸

Under senare år har vårdandets ethos och synen på vad som kan anses som *god etisk vård* inte getts tillräckligt utrymme i den pågående samhällsdebatten. En försämrad vårdkvalitet ökar risken för vårdarens upplevelse av stress och moralisk oro, vilket kan ses i en ökning av stressrelaterade sjukdomar.²⁰⁹ Vårdaren väljer att inte se det uppenbara eller väljer att blunda för den äldres behov och vården tenderar att bli både rutinmässig och stereotypisk. Ett etiskt förhållningssätt påverkar den enskilda patientens hälsa och välbefinnande. På grund av underbemanning eller en ledning som hyllar ekonomiska värden framför vårdandets ethos gör att det skapas brister i vårdarens etiska förhållningssätt

204 Se tidigare resonemang i kapitel 3.

205 Aiken m.fl., 2002, 1987–1993; Glasberg, 2007, 46–50, 53–67; Nielsen m.fl., 2011, 1037–1045; Nordam m.fl., 2005, 1248–1256, Pauly m.fl., 2009, Pekkarinen, 2008, Pitkäaho m.fl. 2011, 1053–1066 för att nämna några studier gjorda i olika länder. Samma problem kan vi se i såväl USA, som i Europa.

206 Se kapitel 3.

207 I studierna som finns angivna i fotnot 147 framkommer även riskfaktorer. Lika tydligt framkommer inte hur vi ska hantera situationen för att åstadkomma en förändring. En gemensam nämnare kan ses och det är ledarskapets betydelse för en välmående organisation. Problematiken kommer inte att fördjupas inom ramen för denna avhandling förutom till de delar som direkt samverkar med den äldres möjligheter till god vård i etiskt hänseende föreligger, m.a.o. vårdar-patientrelationen, vårdar-vårdar relationen och vårdare-ledare relationen. Problematiken som den ter sig på organisations och samhällsnivå kräver helt egna studier.

208 Ketola & Kuntz, 2005; Nordam m.fl., 2005, 1248–1256; Vuotilainen m.fl., 2002, 79–82; 2004, 72–81; Pekkarinen, 2008.

209 Se Glasberg, 2007; 46–50, 53–67; Rauhala, 2008.

och handlanden.²¹⁰ Även bristande kunskap om åldrandet och ett negativt synsätt på den äldre kan vara bidragande orsaker till att den äldres vård blir bristfällig eller till och med oetisk.²¹¹ Nordam med flera hävdar att gerontologi överlag har en låg status inom hälsovårdsorganisationerna, vilket återspeglas i svårigheterna med att rekrytera kvalificerad personal till äldrevarlden.²¹²

Tidigare forskningsresultat visar på betydelsen av studier som fördjupar förståelsen för de fem grundläggande värdena som utgör utgångspunkten för denna avhandling. Den tidigare forskningen har visat att värdighet, integritet, trygghet, gemenskap samt distans eller närhet är viktiga etiska begrepp. Bemötande, respekt, den äldres rätt till ett meningsfullt liv samt den äldres rätt att själv fatta beslut i frågor som rör hans eller hennes liv utgör viktiga entiteter för en etisk vård. Begreppen autonomi och delaktighet visade sig vara komplexa begrepp och tidigare forskning visade att det förelåg ett samband mellan den äldres autonomi och delaktighet, den äldres grad av ohälsa samt graden av kognitiv svikt.

Etiska problem och utmaningar framstod i den tidigare forskningen som motstridiga etiska förväntningar, moralisk oro och stress samt begränsad professionell handlingsfrihet. Rutiner, ett uppgiftsorienterat arbetssätt, stereotypa beteenden och tidens otillräcklighet var andra faktorer som påverkade vårda- ren och vården negativt. Ovanstående etiska problem och utmaningar föreföll att öka i takt med att den äldres kognitiva svikt ökade, det vill säga när minneslöshet, kommunikationsproblem, demens, kroppslig och själslig oro tilltog. Ledarens ansvar för utvecklande av en etisk vårdkultur, en rätt dimensionerad personal samt visioner om det goda vårdandet framträdde tydligt i tidigare forskning och litteratur. Utan en etisk medveten ledare som själv uppvisar ett etiskt förhållningssätt gentemot sina medarbetare försämras möjligheterna för den äldre att få en etisk god vård.²¹³

Trots att etik varit i fokus för ett flertal forskare saknas forskning där etiska begrepp operationaliserats till en nivå som skulle göra det möjligt att studera etik som den ter sig i det praktiska vårdarbetet.²¹⁴ Tidigare etikforskning, som analyserats och tolkats i detta kapitel, visar på behov av modeller för etiska diskussioner och reflektion för att binda samman etiska ideal med etiska handlanden och förhållningssätt.

Bedömning av vårdintensitet i termer av optimal vårdintensitet per vårdare utgör ett viktigt forskningsområde med beaktande av de konsekvenser som

210 Rauhala, 2008; Suhonen m.fl. 2010b, 337–352; Teeri m.fl. 2007, 490–499; Tuttun, 2004, 143–152;

211 Wadensten & Carlsson, 2003 a, 118–124; 2003 b, 462–470.

212 Cooper & Coleman, 2001, 399–402; Nordam m.fl. 2005, 1248–1256; Tornstam, 1996, 144–150; Wadensten & Carlsson, 2001; 2003a; 2003b.

213 Se kapitel 3.1.1–3.1.5; kap. 3.2. och 3.3.

214 Anderberg m.fl., 2007, 635–643; Baillie, 2009, 22–29; Brown Wilson, 2009, 177–186; Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, 244–54; Clarke m.fl., 2003, 679–706; Davis m.fl. 2000, 127–136; Jakobsen & Leino-Kilpi m.fl., 2003, 48–57; Sorlie, 2010, 289–300; Randers m.fl., 2002; 22–29; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Randers. & Mattiasson, 2004, 63–71 Singer m.fl., 2009, 399–421; Suhonen m.fl., 2010a; 1035–1046, 2010b, 337–352; 2011a, 883–893; Webster & Bryan, 2009; 1784–92.

obalans mellan behov och resurser kan leda till.²¹⁵ En hög vårdintensitet ledde till konflikter mellan vårdarens ideal och upplevda möjligheter att nå upp till sitt ideal, stress och moralisk oro med mera. Dessa konsekvenser för vårdkvaliteten kan inte enbart ses som konsekvenser på en individuell nivå utan i hög grad som en organisatorisk fråga och problem.²¹⁶ Den äldres etiska önskningsar och förväntningar kan även ses som viktiga aspekter att ta i beaktande när vårdintensitet fastställs i termer av optimal vårdintensitet per vårdare.

Det råder en viss samstämmighet kring vilka de grundläggande etiska värdena är samt i att det finns etiska problem och utmaningar. Det finns ett klart samband mellan vårdintensitet, ledarskap och kvaliteten på vården. Det råder ett visst samförstånd, men inte nödvändigtvis en kollektiv konsensus om riktlinjer i det dagliga vårdarbetet.

215 Se kap 3.2.

216 Se kap. 3.1.3; 3.1.4.

4. TEORETISKA UTÅNGSPUNKTER

Vårdandets ethos utgör utgångspunkten för avhandlingen med dess syften och frågeställningar samt utgör en viktig ingrediens i den teorimodell som bildar syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet. Val av caritativ vårdetik, för att tolka och förstå resultaten från delstudierna, upplever jag som ett naturligt val med tanke på avhandlingens disciplinera tillhörighet. Vårdandets innersta väsen utgörs av caritasmotivet och caritativ vårdetik.²¹⁷ I samband med utvecklingen av ISAEC-instrumentet med dess kategorier, begrepp och fraser, var teori om caritativ vårdetik tillsammans med empirisk kunskap och erfarenhet utgångspunkterna.²¹⁸ Avhandlingens kontextuella tillhörighet utgörs av äldre vårdskontext.²¹⁹ Etiska frågeställningar och förhållningssätt som de framträtt i delstudierna har analyserats och tolkats mot tidigare forskning samt caritativ vårdetik.²²⁰ Etik (vårdandets ethos) framträder i avhandlingen som både ett idealtypiskt resonemang och som upplevda handlingsmönster.

Människan och hans eller hennes utveckling fram till hög ålder har jag valt att beskriva med hjälp av Tornstams tankar som han formulerat i sin teori om gerotranscendence.²²¹ Teorin har utvecklats som svar på de empiriska förändringar som Tornstam och hans forskartema kunnat iakttä i samband med åldrandet. Tornstam har testat och utvecklat begreppet gerotranscendens sedan medlet av 1990-talet och Wadensten och Carlson²²² har ytterligare testat och prövat teorins relevans för såväl den empiriska tillämpningen, som i relation till vårdvetenskap och vårdteori. Transcendens (latin "överskridande") betecknar något som ligger bortom den empiriska sinnevärlden, eller något som ligger bortom det mänskliga vetandets gränser. Teorin om gerotranscendens beskriver en oftast positiv perspektivförskjutning, från en materialistisk och rationalistisk syn på livet²²³ till en mer transcendental.²²⁴

Vårdintensitet och etik möts i bedömning av vårdbehov, förväntningar och önsksningar samt i samband med bedömning om hur väl behov, önsksningar och förväntningar kunnat mötas.²²⁵ Antalet personer med många samtidiga sjuk-

217 Eriksson, 2001; 2002 a; 2002 b, 61–65; Eriksson m.fl. 1999; i Gryning serien redigerade av Eriksson och Lindström kan man ta del av resultat från den forskning som bedrivits på Institutionen för vårdvetenskap de senaste 10 åren Gryning utkom år 2000, Gryning II år 2003 och Gryning III år 2007.

218 Det resultat som presenteras i delstudie I och två baserar sig på vårdarnas självskattning av sina etiska ideal och förhållningssätt, där data samlats in med ISAEC-instrumentet. Forskaren återkommer till instrumentutvecklingen och de nämnda delstudierna i kap. 5.

219 Lindström, & Lindholm, 2003, 35–36.

220 Se kapitel 3.

221 Tornstam är sociolog till utbildningen och han har ett genuint intresse för gerontologi. Tornstam, 2005; 2011, 166–180 för att nämna några av hans publikationer.

222 Wadensten, 2007a, 289–294; 2007b, 295–301; 2007c, 302–315; Wadensten & Carlsson, 2001, 635–642; 2003 a, 118–124; 2003 b, 462–470; 2010, 108–115.

223 Tornstam, 1996, 144–150; 2005; 2011, 166–180.

224 Sambandet mellan etisk vård och synen på den äldre har beskrivits i ett antal studier, vilka finns redovisade i kapitel 3.

225 Fagerström, 2000, 115–137.

domar (multisjuklighet) blir allt fler, vilket är en naturlig följd av att de äldre politiska åtgärderna som riktats mot den äldre befolkningen. Samtidigt som de äldre ökar till antalet ökar hans eller hennes vårdbehov och därmed enheternas vårdintensitet. Vård av äldre är beroende av många vårdgivare och professioner som tillsammans ingår i en sammanhängande vårdkedja. Genom hela vårdkedjan har patienten rätt att bli tryggt och säkert omhändertagen. De olika aktörerna inom vårdkedjan bör samverka och utgå från patientens behov oavsett var patienten vårdas eller av vem.²²⁶ Genom spegling mot denna bakgrund har skapats mönster av etiska ideal och förhållningssätt, den äldres vårdbehov, önsknings- och förväntningar, optimal vårdintensitet samt ledarskap. Resultatet av detta nyskapande kan ses i det jag valt att kalla ”nya tolkningsmönster” och relationen och dynamiken mellan mönstren formas i den slutliga teorimodellen.

4.1 Den caritativa vårdetiken

Den vårdvetenskapliga begrepps- och teoriutvecklingen startade med forskning om den vårdande verklighetens innersta väsen, ”själva saken”²²⁷ som kom att inriktas mot vårdandets idéhistoriska utveckling. Den idéhistoriska utvecklingen, under ledning av Eriksson och hennes forskarteam, ledde fram till begrepp som inom den vårdvetenskapliga traditionen kallas caritativ vård. Caritativ vårdetik²²⁸ grundar sig på de ontologiska grundantaganden som är kännetecknande för en caritativ vård samt på vårdandets ethos som utgör den vårdvetenskapliga traditionens ontologiska grund.²²⁹ Förståelsen och bejakandet av dessa ontologiska grundantaganden är en förutsättning för att utveckla en god etisk vård för patienterna (de äldre).

Människan som en religiös varelse och bejakande av denna dimension kommer senare, eller till och med sent i livet, vilket innebär att iakttagande av den äldres existentiella och andliga behov ökar i betydelse ju äldre människan blir.²³⁰ Det idéhistoriska närmelsesättet gav upphov till två bärande idéer inom

226 Hälsö- och sjukvårdslag 1326/2010; Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992; Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (i kraft från och med 1.7.2013); Socialstyrelsen, 2009, 273–293.

227 Eriksson, 1984; 2001; Eriksson m.fl. 1999, i Gryning serien redigerade av Eriksson och Lindström kan man ta del av resultat från den forskning som bedrivits på Institutionen för vårdvetenskap de senaste 10-åren Gryning utkom år 2000, Gryning II år 2003 och Gryning III år 2007.

228 Eriksson, 1992, 119–123; 1997, 83; 2007a, 8–16.; 2007b, 201–202. Karterud, 2006.

229 1) Människan är i grunden enheten kropp, själ och ande; 2) människan är i grunden religiös men alla människor har inte bejakat denna dimension; 3) människan är i grunden helig. Människans värdighet innebär att inneha det mänskliga ämbetet, att tjäna i kärlek och finnas till för den andre; 4) hälsa innebär en rörelse i vardande, varande och görande mot enhet och helighet, vilket är förenligt med uthärdligt lidande; 5) vårdandets grundkategori är lidande; 6) vårdandets grundmotiv utgörs av caritasmotivet; 7) vårdandet är att i barmhärtighet, kärlek, tro och hopp lindra lidande. Det grundläggande naturliga vårdandet uttrycks genom att ansa, leka och lära; 8) Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos, d.v.s. en caritativ etik. (Eriksson & Lindström, 2000, 7; Lindström, m.fl. 2006, 191–223).

230 Se Tornstam, 1996, 144–150; 1997a, 143–154; 1997b, 117–131; 2005.

vårdandet: barmhärtighetstanken och den mänskliga kärlekstanken,²³¹ det vill säga caritasmotivet, som ses som vårdandets grundmotiv och vars yttersta syfte är att lindra människans lidande.²³² Caritasmotivet utgör vårdandets menings-sammanhang och den etiska bevekelsegrunden för allt vårdande.²³³ Etiska förhållningssätt och handlingar blir därmed uttryck för caritasmotivet.

Vårdandets ethos utgör avhandlingens tes och uttrycker vårdandets ethos (integritet, värdighet, trygghet, gemenskap och närhet eller distans). I avhandlingen utgår jag från följande axiom: a) människans värdighet är universell som inte kan fräntas honom eller henne²³⁴ oberoende av de förändringar livet för med sig, b) det är genom grundläggande värden, ethos, som den vårdande kulturen skapas,²³⁵ samt c) vårdarens ethos avspeglas i hans eller hennes ord, handlingar och förhållningssätt samt i en vårdande relation.²³⁶

Människan är bärare av värden, traditioner och ritualer som formats under historiens gång.²³⁷ Det är genom ordens överföring från människa till människa som de grundläggande värdena överlever och med hjälp av vårdarnas etiska förhållningssätt synliggörs de i vårdandet.²³⁸ En viktig fråga i samband med studien har varit huruvida dessa värden har kunnat synliggöras? Har vårdandets ethos och den vårdande kulturen överförts från vårdare till vårdare, eller har traditionen avbrutits på grund av att andra värden ljudit allt högre?²³⁹ För att vårdaren ska bli bärare av ethos förutsätts medvetenhet och att vårdaren bejakat dessa värden samt vilja och ansvar att se möjligheter för att i det dagliga vårdarbetet förhålla sig och handla i enlighet med dessa sina ideal. Det krävs mod och ansvarstagande att föra den vårdvetenskapliga traditionen vidare från generation till generation av vårdare.²⁴⁰

Medvetenheten om eller bejakande av grundläggande värden hjälper vårdaren att tydliggöra vårdandets meningssammanhang och förhindrar att vårdandet förrirrar sig bort från vårdandets kärna.²⁴¹ Det föreligger en uppenbar risk att vårdaren blir bärare av värden som mera hyllar produktivitet och effektivitet än kärlek och omtanke om människan.²⁴² Lindström och Lindholm²⁴³ varnar för att varje meningssammanhang kan övergå i meningslöshet och splitt-

231 Eriksson, 2009, 35–80; Matilainen, 1997.

232 Eriksson, 2002 a; 2007a, 8–16; 2010, 2–11; Rehnsfeldt & Eriksson, 2004, 265–272; Råholm, m.fl., 2004, 4–13.

233 Eriksson & Lindström, 2000, 5–18; 2009, 9–13; Matilainen, 1997, 2000.

234 Edberg, Lindström m.fl., 2006, 191–221; Matilainen, 2000, 19–36; Nåden & Eriksson, 2004, 86–91.

235 Eriksson, 2003 a, 31–33; Fredriksson & Eriksson, 2003, 138–147; Nordman, 2006.

236 Eriksson, 2002 b, 61–65; Kasen, 2002.

237 Eriksson, 2003a, 31–33.

238 Eriksson, 2003a, 30–31.

239 Martinsen, 2009, 81–165.

240 Edberg, 2002; Eriksson & Lindström, 2009, Matilainen, 1997.

241 Eriksson, 2003a, 31.

242 Se Glasberg, 2007, 53–67; Jakobsen, & Sørle, 2010, 289–300; Åberg Bolmsjö m.fl., 2006, 249–263

243 Lindström & Lindholm, 2003, 43–46.

ring.²⁴⁴ Denna meningslöshet och splittring framträder i tidigare forskning som etiska dilemman och utmaningar²⁴⁵ samt i form av moralisk oro och stress.²⁴⁶ Utgångspunkten för min avhandling är att vårdandets meningssammanhang utgörs av vårdgemenskap som skapas i relationen mellan vårdaren och patienten.²⁴⁷ Det handlar om ett inre meningssammanhang som inte enbart är beroende av tid och rum,²⁴⁸ utan som uppstår i det ögonblicket när vårdaren och patienten möts i en vårdande relation. Vårdandets meningssammanhang framträder tydligt i avhandlingen både i form av ett idealtypiskt resonemang som i det jag valt kalla *möjlighetsperspektiv*²⁴⁹. Begrepp som autonomi, delaktighet, respekt, integritet, värdighet och distans eller närhet bör förstås som grundläggande värden, medan människans hälsa, lidande och vård utgör vårdandets grundläggande entiteter.²⁵⁰

Etik och ansvar hör ihop.²⁵¹ Ett grunddrag för varje etisk bedömning innebär en bejakelse av livets värde samt människans absoluta värdighet, en grundläggande kärlek till existensen.²⁵² Etiska frågeställningar och vägval handlar om vad som kan anses gott och vad som kan anses rätt i livet eller i en given situation.²⁵³ Etiken och det etiska framträder på olika sätt, men det etiska framträder alltid på ett unikt sätt i varje patientsituation.

Blennberger²⁵⁴ framhåller att en människa som finner tillvaron tom på värde blir likgiltig inför etikens frågor och ser ingen mening i begreppen etik och ansvar.²⁵⁵ Han fortsätter med att påstå att genom medmänsklig kärlek och barmhärtighet ges ansvaret liv.²⁵⁶ Det handlar inte enbart om vad ansvaret kräver utan om vad kärleken vill skapa, vilket ytterst handlar om vårdarens möjligheter (vilja) att ta ansvar för den äldre²⁵⁷. Blennberger²⁵⁸ framhåller att män

244 Här hänvisar Lindström och Lindholm (2003, 44) till Nygren och enligt dem framhåller Nygren att enskilda meningssammanhang måste bevara sin egenart och att det inte får sammanblandas med andra meningssammanhang, en dylik sammanblandning leder oundvikligt till en förvanskning av det sagda (Nygren, A. 1982, Mening och metod Polygonerna till en vetenskaplig religionsfilosofi och en vetenskaplig teologi Åbo Akademi kopieringscentral, Åbo).

245 Se bl.a. Anderberg m.fl., 2007, 635–643; Clarke m.fl., 2003, 679–706; Davis m.fl. 2000, 127–136; Randers m.fl., 2002; 22–29; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Randers. & Mattiasson, 2004, 63–71; Webster & Bryan, 2009;1784–92.

246 Se kapitel 3.2. där etiska dilemman och utmaningar diskuteras.

247 Eriksson, 1992, 119–123; Eriksson, 1997, 83; Eriksson, 2007a. 8–16.; Eriksson, 2007b, 201–202.

248 Mot bakgrunden av de forskningsresultat som presenteras i kapitel 3 är det lätt att förstå att frågor om tidens betydelse och inverkan på vårdgemenskapen aktualiseras, och konkretiseras i vårdarens upplevelse av brist på tid.

249 Se delstudie I och II samt kapitel 6. Gemenskap framträder som klusters både som ideal och möjligheter.

250 Eriksson, 1992, 119–123;1997, 83; 2007a. 8–16.; 2007b, 201–202. Roxbergh, 2005.

251 Blennberger, 2005, 9; Edberg, 2002, 108;Helin & Lindström, 2003, 414–427; Fjetland, & Søreide, 2010, 75–83.

252 Blennberger, 2005,11; Watson, 1999; 2002,452–461; 2003, 197–202; Watson & Smith, 2002, 452–461.

253 von Post ger exempel på etiska och oetiska handlingar, hur patienten upplever sig kränkt när hon görs "osynlig", henne frihet fråntas och rätt att välja, medan att bry sig om att se det unikas innebörd återger människan hennes värdighet.

254 Blennberger, 2005, 9–10.

255 Blennberger, 2005,9, von, Post, 2000, 159–173.

256 Eriksson, 1992, 119–123; 1997, 83; 2007a. 8–16.; 2007b, 201–202.

257 Berggren m.fl. 2002, 13–22; 2005, 21–28.

258 Blennberger, 2005, 9–12.

niskans ansvar blir ett idealtypiskt resonemang där människan ses som en fri, kärleksfull och rationell agent för det goda.²⁵⁹

I avhandlingen framträder det etiska ansvaret som både ett idealtypiskt resonemang och som möjlighet att i det dagliga vårdarbetet framstå som *rationella agenter för det etiska*.²⁶⁰ Etik handlar inte enbart om förhållningssätt utan också om hurudan person människan bör vara,²⁶¹ vilket inte bör förväxlas med moral som i sin tur handlar om vilka handlingar som kan anses etiskt försvarbara.²⁶² I relationen till patienten binds dessa båda dimensioner samman i det som Eriksson benämner ”caritasmotivet”.²⁶³ Det är mot detta perspektiv som avhandlingen fått sin utformning.

4.2 Teori om gerotranscendens

I den tidigare forskningen framstod synen på den äldre som negativ och stereotypisk,²⁶⁴ delvis på grund av bristande kunskaper om det normala åldrandet och dels på grund av bristande kunskaper i geriatrik och gerontologi. Tornstams teori om åldrandeprocessen ger teoretiskt underlag för att förstå människans process mot mognad och visdom, mot en mera transcendental nivå, vilket kan innebära att den äldre bättre förstår sig själv och andra. Den äldre blir mer sparsmakad i valet av umgänge samtidigt som den goda kontemplativa ensamheten blir allt viktigare. Åldrandeutvecklingen sammanfattar Tornstam²⁶⁵ i sin teori om gerotranscendens.²⁶⁶

Teori om gerotranscendens utgår från att livskvalitet har en alldeles speciell betydelse för den äldre.²⁶⁷ Åldrandet ses som en positiv perspektivförskjutning från en mera materialistisk syn på livet till en mera kosmisk och transcendental.²⁶⁸ Flertalet äldre genomgår en åldrandeutveckling som leder till avsevärda förändringar. Sättet att uppfatta jaget, relationerna till andra människor och livet som helhet samt till upplevelsen av tid och rum förändras.²⁶⁹ Den äldre lär på olika sätt känna sig själv bättre. Toleransen inför livets mysterier ökar, allt behöver inte förstås och förklaras. Individens utveckling är kosmisk trans-

259 Blennberger, 2005,11–12; se även Eriksson & Lindström, 2000, 7; Lindström, m.fl. 2006, 191–223.

260 Mahlin, 2010, 247–254; Vaartio, 2008, 14–20; Vaartio & Leino-Kilpi, 2005, 705–714.

261 Blennberger, 2005,12–1; Berggren & Barbosa Da Silva 2002, 13–22; Berggren m.fl. 21–28.

262 Blennberger, 2005,12–1; Berggren & Barbosa Da Silva 2002, 13–22; Berggren m.fl. 21–28. Forskaren kommer inte att vidareutveckla distinktionen mellan moral och etik, utan hänvisar till aktuell litteratur i ämnet.

263 Eriksson, 1992, 119–123; 1997, 83; 2007a, 8–16.; 2007b, 201–202.

264 Se kapitel 3 etiska utmaningar och dilemman.

265 Tornstam har äldreomsorg som sin specialitet och är sociologiprofessor vid Uppsala Universitet. Han är mest känd för sin teori om gerotranscendens. Se Tornstam, 1994, 1996, 144–150; 1997a, 143–154; 1997b, 117–131; 2005; 2011, 166–180;2010, 108–115; Hyse & Tornstam, 2009 (Online publikation, 16.3.2012).

266 Se även aktuell forskning om gerotranscendens gjord av Wadensten, 2007 a, 302–314; 2007 b, 289–294; 2007 c, 295–301.

267 Borg,2005; Tornstam, 1994; 1996,144–150.

268 Transcendens (lat. ”överskridande”) betecknar något som ligger bortom den empiriska sinnevärlden, är motsatsen till immanens och har flera användningsområden. Inom filosofi är transcendens beteckningen på det som ligger bortom det mänskliga vetandets gränser. Transcendental i filosofisk mening är bortom tingens kategori (Tornstam, 1997a, 143–154).

269 Tornstam 1997 a, 143–154; 1997b, 117–131; 1999, 155–166.

cidental till sin natur.²⁷⁰ Denna utveckling är beroende av hur väl individen kunnat hantera olika livskriser tidigare i livet. En positiv utveckling i samband med en livskris tillför den äldre en känsla av sammanhang men också känslan av ensamhetens uppbyggande kraft.²⁷¹

Tornstams positiva syn på den äldre och hans eller hennes utveckling är inspirerande och den har hjälpt mig att bättre förstå de utmaningar som vårdaren inom äldreomsorg står inför.²⁷² Den kosmiska dimensionen av gerotranscendens beskriver Tornstam²⁷³ som ett tillbakablickande i tiden och till sin barndom. Den äldres definition av "tid" förändras och gränsen mellan det förflutna och nuet smälter samman. Vårdaren uppmärksammas på detta fenomen när han eller hon ser hur gärna den äldre vill prata om gamla tider.²⁷⁴ Relationen till äldre generationer får en ny betydelse. Tidigare generationerna bildar en kedja av människor som hört samman och som strömmat genom livet. Livet och döden är inte längre varandras motsatser, utan förhållandet till döden kan skapa stunder av "sällhet" med förundran inför livets mysterium.²⁷⁵ Normalt ökar livstillfredsställelsen med tilltagande ålder. För somliga är detta en utveckling som startar redan i tidig vuxenålder och kulminerar vid hög ålder.²⁷⁶

Tornstams beskrivning av begreppet gerotranscendens och den forskning som finns utgående från Tornstams tankar avslöjar etiska förväntningar och önskningar som den äldre har. Eventuellt uttryckta på ett för vårdaren överraskande sätt. Den livserfarenhet, den klokhet och de sociala färdigheter som den äldre har utvecklat under åren gör den äldre till den unika människan han eller hon är. Detta ger honom eller henne rätt till självbestämmande, integritet och möjlighet att själv vara subjekt i sitt eget liv. Med omsorg valda handlingsmodeller i det dagliga vårdarbetet stärks den äldres egna krafter och resurser. Åldrandeutvecklingen inbegriper hopp, meningsfullhet, hälsa och välbefinnande. Thornstams teori visar hur människan och hennes behov förändras under livets gång, mänskliga grundläggande behov kvarstår, till och med ökar med tilltagande ålder, medan behov av existentiell och andlig karaktär får en alldeles speciell betydelse.

4.3 Vårdintensitet

Traditionella patientklassificeringssystem anses inte lägre vara tillräckligt ändamålsenliga som personaladministrativa verktyg vid resursallokering inom vårdarbetet, utan det behövs andra verktyg för att bättre kunna utveckla resur-

270 Hyse & Tornstam, 2009; Tornstam, 1997b, 117–131.

271 Tornstam, 1997 b, 117–131.

272 Wadensten & Carlsson, 2001, 635–642; 2003 a, 118–124; 2003b, 462–470.

273 Tornstam, 1997 b, 117–131.

274 Hyse & Tornstam, 2009.

275 Hyse & Tornstam, 2009, Tornstam, 1997a, 143–154; se även Wadensten & Carlssons studier från 2003.

276 Tornstam, 2005.

sallokeringen i relation till rådande vårdbehov.²⁷⁷ Trivsel tillsammans med en engagerad personal hänger samman med en optimal bemanning²⁷⁸ och det är de mänskliga resurserna som skapar förutsättningar för etiskt försvarbar vård. Överbelastning är förknippat med negativa konsekvenser för både patienter och vårdare, något som vårdledaren bör vara medveten om samt vara beredd att ta på allvar.²⁷⁹ Genom en rättvis arbetsfördelning inom vårdarbetet kan personalens hälsa främjas, vilket i sin tur främjar kvaliteten på vårdarbetet.

Bedömning av vårdintensitet med RAFAELA-systemet²⁸⁰ har visat sig vara en användbar och tillförlitlig metod för att bedöma förhållandet mellan vårdintensitet och tillgängliga resurser. Råder det obalans mellan vårdbehov och tillgängliga resurser kan vårdarbetet hindras från att utvecklas till ett vårdande förenligt med caritativ vårdetik.²⁸¹

Hög kvalitet på vårdarbetet inbegriper ett tänkande där vårdandets ethos är styrande.²⁸² Detta synliggörs genom vårdarens förhållningssätt, vilket innebär lyhördhet och förmåga (vilja) att se den äldres problem, behov och begär.²⁸³ För att ge en högklassig vård krävs vilja och mod hos vårdaren att utgå från den äldres önsknings- och förväntningar men även kompetens hos vårdaren att finna metoder som ger de bästa förutsättningarna för den äldre att känna tillfredsställelse med sin vård. Det viktigaste i mötandet med den äldres behov är vårdarens egna värden och attityder gentemot den äldre. För att finna metoder för att möta den äldres behov krävs en bred kunskapsbas.²⁸⁴

Starkt samband har påvisats mellan stress och vårdkvalitet.²⁸⁵ Huruvida vården motsvarade de äldres behov relaterade i Pekkarinens undersökning starkt med upplevelsen av brådskan, oskäligen krav och små möjligheter att påverka sitt eget arbete.²⁸⁶ En alltför hög vårdintensitet, det vill säga vårdarna upplever att de kunnat möta endast ett minimum av den äldres behov, förväntningar och önsknings. Vårdarens upplevelse av stress och moralisk oro ökar.

Av tradition har arbetsbelastning och resursbehov mätts med hjälp av tidsstudier. Utgående från den kritik²⁸⁷ som har riktats mot tidsstudier, har en ny metod för att bedöma optimal vårdintensitets utvecklats. Metoden utvecklades av Fagerström, Rauhala samt Rainio (nuv. Pusa) och benämns PAONCIL-

277 Fagerström m.fl., 2000 a, 381–390; 2000 b, 97–104; Morris m.fl., 2007, 463–471; Prescott, 1991, 14–33; Prescott & Seen, 1996, 86–116; Rainio & Ohinmaa, 2005, 674–684 Partanen, 2002; Rauhala, 2008, 107–111, Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359.

278 Cheung m.fl., 2003, 679–706; 2008, 35–40; Egede–Nissen m.fl., 2012, 1–10.

279 Jeong, & Keatinge, 2004. 445–51; Juthberg m.fl., 329–43.

280 Fagerström, 2009, 25–29; Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359; Rauhala & Fagerström, 2007, 490–499.

281 Fagerström, 2009, 25–29; Fagerström m.fl., 2000a, 97–104; Fagerström m.fl., 2000b, 481–490 Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359; Rauhala & Fagerström, 2007, 490–499.

282 Isola m.fl., 2006. 2480–2489; Teeri, m.fl., 2005, 490–499.

283 Se Eriksson, 1987, 1987 a; 1987b; 1991; Fagerström, 2000, 115–137.

284 Cooper & Coleman, 2001, 399–402; Ågren Bolmsjö, m.fl., 2006, 249–263.

285 Murphy, 2007, 477–485; Nordam, 2005, 1248–1256; Partanen, 2002; Pekkarinen, 2008.

286 Pekkarinen, 2008, 40–48.

287 syn på arbete utgående från industrialismen, tidskrävande, kostsam, obehaglig metod för personal, svag tillförlitlighet.

(Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level) metoden. PAONCIL-metoden är den tredje delen av RAFAELA-systemet.²⁸⁸ RAFAELA-systemet har utvecklats ursprungligen för att bedöma vårdintensitet inom sjukhusvård, där systemet uppvisat god förmåga och tillförlitlighet vid bedömning av vårdintensitet.

Grunden för RAFAELA-systemet²⁸⁹ utgörs av caring eller omsorg som vårdarbets kärna samt en vårdande relation där vårdarens uppgift är att hjälpa patienten till en högre grad av helhet, hälsa och välbefinnande. Fagerström framhåller att alla dimensioner av den vårdande relationen eller människans djupare begär inte till fullo kan mätas, planeras eller bedömas. Patientens vårdbehov är både mätbara och delvis omätbara.²⁹⁰ Vårdarbetet består av både förhållningssätt och vårdhandlingar. Vårdandet innehåller både element av att ”vara med patienten” och ”göra något för patienten”.²⁹¹ För att få en mera heltäckande bild av personalbehovet bör bedömning av patientens vårdbehov även ta i beaktande det som i litteraturen kallas för ”indirekt” vårdarbete, såsom vårdplanering, koordinering samt information till anhöriga.²⁹² Undersökningar visar att vårdintensitet per vårdare har signifikant betydelse för vårdkvaliteten. Vårdintensitet påverkar vårdaren och studier visar att där vårdintensiteten är optimal ökar förutsättningarna för ett etiskt förhållningssätt i det dagliga vårdarbetet med den äldre.²⁹³

En viktig upptäckt vid utvecklandet av PAONCIL-metoden var att det inte räckte med att få fram optimal vårdintensitet per vårdare för att kunna säga om vården varit god eller inte. Resultatet för varje enhet måste ställas i relation till enhetens parametrar för ”god vård”.²⁹⁴ Utgångspunkten när personal utbildas i PAONCIL-metoden är den egna enhetens värdegrund. Enhetens personal fastslår kriterier för hög-, låg- och optimal vårdintensitet utgående från de överenskomna kriterierna.

Begreppet ”Nursing Workload” används ofta för att kvantifiera vårdarbetet som helhet, med andra ord den totala arbetsbelastningen, medan ”Nursing Intensity” beskrivs i begrepp som ”Nursing Resources Intensity”,²⁹⁵ ”Patient Intensity for Nursing”²⁹⁶ och ”Nursing Care Intensity”, som beskriver i vilken

288 Delinstrument i RAFAEL™-systemet; a) OPC-bedömning The Oulu Patient Classification Instruments, b) resursbedömning och c) PAONCIL-bedömning. (Fagerström m.fl., 1998, 369–377; Fagerström m.fl., 2000 a, 481–490; 2000b, 97–104, Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359).

289 RAFAELA-systemet är namnet på det system som Fagerström och hennes forskargrupp utvecklat, för att bedöma ”Nursing Care Intensity. Utvecklingen har pågått sedan slutet av 90-talet och vars utveckling och användningsområden fortsätter att öka. Fagerström L. 2000 115–137; Fagerström, 2009, 25–29; Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359; Rauhala A. & Fagerström, 2007, 490–499.

290 Fagerström, 1999, 65–80.

291 Fagerström, 1999, 65–80.

292 Morris m.fl., 2007, 463–471 ; Rainio & Ohinmaa, 2005, 674–684; Rauhala & Fagerström, 2007, 490–499.

293 Cooper & Coleman, 2001, 399–402; Provis & Stack, 2004, 5–14; Pekkarinen, 2008; Ågren Bolmsjö m.fl. 2006, 249–263.

294 Morris m.fl., 2007, 463–471; Rainio & Ohinmaa, 2005, 674–684.

295 Morris m.fl., 2007, 463–471.

296 Prescott, 1991, 409–414; Prescott & Soeken, 1996, 14–33; Prescott & Seen, 1996., 86–116.

omfattning personalen har kunnat tillgodose och möta patientens vårdbehov, det vill säga hur mycket vård, hjälp och stöd den enskilde patienten fått under en viss tidsrymd.²⁹⁷ Begreppet optimal vårdintensitet beskriver en situation där det varit balans mellan patientens vårdbehov och tillgänglig personal, medan begrepp som hög vårdintensitet beskriver en situation där vårdbehoven varit större än tillgängliga resurser och låg vårdintensitet anger en nivå där resurserna varit högre än befintliga vårdbehov.²⁹⁸

Är det möjligt att avslöja element som att *vara med patienten* och *göra något för patienten* med termer eller begrepp som kan förstås utanför vårdssamfundet? Jag ser det som min uppgift att med hjälp av denna avhandling föra vårdandets ethos vidare till praxis med dess mångfald av aktörer.

4.4 Ledarskap inom vård och omsorg

Olika teorier om ledarskap handlar mycket om ledarens beteenden, vad ledaren gör eller hur han eller hon utövar sitt ledarskap. Även ledarens agerande gentemot sina anställda utgör ett aktuellt tema inom den ledarskapsteoretiska forskningen. Ledaren tenderar, generellt sett, att fokusera antingen på uppgifter eller på relationer, vilket påverkar den ledarskapsstil som han eller hon tillämpar i sin ledaruppgift.²⁹⁹ Det finns otaliga ledarskapsstilar som forskare runt om i världen identifierat. Några av de vanligast förekommande ledarskapsstilar som presenteras inom dagens moderna ledarskapsforskning finns presenterad i följande fotnot.³⁰⁰

Ledarskapsforskning har ändrat inriktning från att primärt fokusera på ledarens personliga egenskaper till att belysa samverkan mellan ledaren och medarbetaren. Fokus har skiftat från en operationellt orienterad ledare med fokus på strukturer, stabilitet, effektivitet och optimering till en framåtsträvande, strategiskt orienterad ledare. Med andra ord en ledare med visioner och förmåga att motivera sina medarbetare samt en ledare som skapar goda förutsättningar för prestationer av hög kvalitet.³⁰¹

Under årens lopp har ledarskapsforskning fokuserat på olika typer av ledarskapsstilar. Idag finns ett tydligt intresse för en ledarskapsstil kallad *transformellt ledarskap*. Transformellt ledarskap handlar mycket om emotioner, värderingar och etik samt om en mera långsiktig orientering. Anställda har ett större

297 Fagerström, 2000, 115–137 ; Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359.

298 Fagerström, 2000, 115–137; Rauhala & Fagerström, 2004, 351–359.

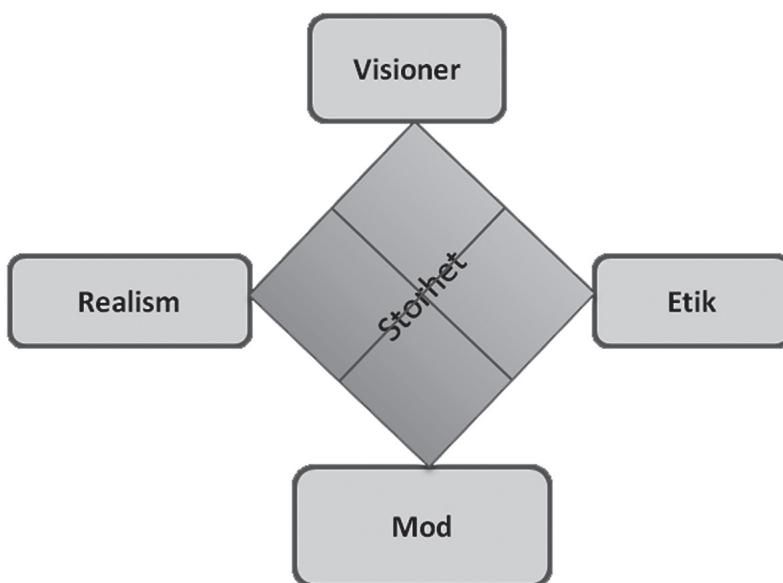
299 Grohar-Murphy & DiCrocce, 1997, 21–41

300 Några av de vanligaste ledarskapsstilar är: Autokratiskt ledarskap, Byråkratiskt ledarskap (regelverksledare), Karismatiskt ledarskap, Demokratiskt ledarskap/Deltagande ledarskap (gruppmedlemmar uppmuntras att bidra och vara aktiva), Laissez-faire ledarskap ("Låt-gå" ledare, involverar sig inte), Människoorienterat ledarskap/Relationsorienterat ledarskap (fokuserar på organisationen, stöd, och personalutveckling, Betjänande ledarskap (blir inte formellt erkänd som ledare), Uppgiftsorienterat ledarskap ("få jobbet gjort" fokus) Transformellt ledarskap (fokus på inspiration, synlighet och kommunikation) se Bass, 1985; 1997, 130–139; Bass & Riggio, 2006; Grohar-Murphy & DiCrocce, 1997, 21–41; Northouse, 1997, 133–137; Yukl, 2006, kap. 9.

301 Yukle, 2006, kap 9, se även Fagerström & Salmela, 2010, 613–617; Salmela, med flera, 2012, 423–433.

inflytande, vilket både inspirerar och motiverar dem. Interaktion och relation mellan ledaren och medarbetaren är i fokus, vilket helt distanserar denna stil från så kallade maktkoncept.³⁰² Det finns sällan en stil som i alla situationer är gångbar, utan ofta handlar ledarskap om en tillämpning av en mängd olika ledarskapsstilar och teorier utgående från de krav som situationen ställer.

I samband med mitt sökande efter aktuell och relevant teori i ämnet kom jag i kontakt med Koestenbaum.³⁰³ Koestenbaum använder sig av diamant som metafor för att utveckla ledarsinnet till det han kallar ledarskapsintelligens. Enligt Koestenbaum innebär ledarskap framför allt en form av ”storhet”, vilket gör att storhet (S) placeras i diamantens mitt (se Figur 2).³⁰⁴ Runtom diamanten har Koestenbaum placerat fyra andra ”storheter” (dimensioner), vilka han benämner: visioner, realism, etik och mod.³⁰⁵ Det är spänningen mellan de fyra hörnen som håller diamanten i mitten öppen. Ju större diamant som skapas, desto högre ledarskapsintelligens har ledaren. Ger något hörn i ledarsinnet efter sker en kollaps som snedvrider diamanten. Ett kollapsat ledarsinne behöver inte nödvändigtvis betyda katastrof. Genom att använda sig av andra sinnen kan det kollapsade sinnet byggas upp på nytt.³⁰⁶



Figur 2 Ledarskapsdiamanten³⁰⁷

302 Bass, 1985; 1997, 130–139; Bass & Riggio, 2006; Nielsen m.fl., 2008, 465–475.

303 Val av Koestenbaum är ett subjektivt val, med den motiveringen att jag upplever hans filosofi om ledarskap som logisk och belysande i samband med en diskussion om etik och ledarskap.

304 Koestenbaum, 1994, 37–47.

305 Koestenbaum, 1994, 80–97.

306 Koestenbaum, 1994, 80–97.

307 Koestenbaum, 1994, 39.

Koestenbaum hävdar att ledarskap bör uppfattas som en ”storhet” för att återupprätta det han kallar ”arbetsetik”.³⁰⁸ Varje person har ett etiskt ansvar att fatta egna grundläggande beslut i livet. Människans etiska ansvar inbegriper skapande av ett meningsfullt liv, ett engagemang för värdighet samt en fulländad tillvaro. Det etiska ledarskapsbeslutet förenar mening med arbete. Beroende av karaktären på varje fattat beslut kan beslutet leda fram till två alternativ: dels att arbetstagaren säger upp sig från arbetet dels välja något som leder till autentisk mening eller att arbetstagaren satsar medvetet på det arbete som han eller hon utför eller kunde utföra.³⁰⁹ För att uppleva frid i sinnet krävs det att varje dag utformas som ett poem, skapas som ett konstverk och omges av en klar mening i livet, anser Koestenbaum. Arbetets utformning blir ett medvetet val, inte för att organisationen kräver det, utan för att arbetstagaren vill forma arbetet på sitt speciella sätt. På detta sätt kan arbetsetiken förnyas.³¹⁰

Koestenbaum fortsätter sitt resonemang med att påstå att *en ledares ansvar är att arbeta och lära ut*.³¹¹ Han fortsätter sitt resonemang med att fastslå följande: genom att arbeta upprättas system för att övervaka medan att lära ut innebär att leda och visa vägen i syfte att utveckla sina medarbetare.³¹²

Etik som en av ledarskapets storheter innebär att moral och integritet blir verkligt viktiga begrepp. Etik innebär igenkännande av kärlekens kraft och ett handlande utifrån den kunskapen. Etik innebär att vara handledare, att som chef ta ansvar för att utveckla, utbilda och öka medarbetarnas känsla av värde,³¹³ tillika med skapandet av en känsla av tillhörighet och sammanhang. Koestenbaum fortsätter med att konstatera att etik och visdom ligger nära varandra. Visdom som en form av etik innebär livserfarenhet och känslighet inför mänskliga frågor. Visdom innebär vetskap om vad som gläder och vad som sårar samt medkänsla för människans kamp att lösa existentiella problem, vilka sträcker sig över hela den mänskliga skröpligheten.³¹⁴ Detta kan jämföras med Antonovsky och hans kolleger som använder sig av begreppet *salutogent ledarskap*.³¹⁵ Målet med ett salutogent ledarskap är att åstadkomma en god arbetsmiljö där medarbetarna har möjlighet att utveckla sin kompetens, lust och välbefinnande.³¹⁶

308 Koestenbaum, 1994, 42–43.

309 Se Erikssons och Lindströms diskussion om meningssammanhang (2000, 5–18).

310 Koestenbaum, 1994, 43.

311 Koestenbaum, 1994, 44.

312 Se även Bondas, 2010, 477–486.

313 Koestenbaum, 1994, 85.

314 Koestenbaum, 1994, 85.

315 Antonovsky, 1987; England & Artinian 1996, 147–195.

316 Ett viktigt begrepp för teori om salutogenes är KASAM, vilket står för känsla av sammanhang, lanserad av Aaron Antonovsky (1923–1994). För fördjupning i teori om Salutogent ledarskap och KASAM hänvisas till följande källor: Antonovsky, 1991, 2005; Lindström & Eriksson, 2008, 517–519.

God vård i det dagliga vårdarbetet är, enligt Vuotilainen med flera,³¹⁷ alltid ett resultat av mångprofessionellt samarbete. Kvaliteten (den goda vården) skapas i vardagen och förutsätter en välutbildad personal, ett gott ledarskap samt den erfarenhet som arbetet med den äldre ger. All högklassig vård består i att den genuint utgår från patientens vårdbehov och önskingar i ett bemötande som präglas av respekt och kunskap.³¹⁸ Angående kvalitet i klinisk verksamhet framhåller Øverveit³¹⁹ att även knappa resurser kan användas så att den vardagliga vårdkvaliteten byggs upp. Enligt Øverveit byggs kvalitet upp av små ting och enligt honom är kärlek och omsorg som blommor som behöver näring och vätska för att leva och blomma. Det är främst ledningens uppgift att se till att det finns tillräckligt av dessa element men medarbetarnas ansvar för att odla dessa element kan inte överskattas.

Utifrån dessa teoretiska utgångspunkter vill jag peka på betydelsen av att det finns goda ledare för att förverkliga en etisk vård. Vårdledarens uppgift är att lära ut och visa vägen för vårdandets ethos samtidigt som vårdledaren arbetar för att ”möjliggöra” en god etisk vård, genom att skapa realistiska möjligheter för vårdaren att handla i enlighet med sin vision.³²⁰

317 Vuotilainen m.fl., 2002, 79–82.

318 Fagerström & Salmela, 2010, 613–617; Salmela m.fl., 2012, 423–433.

319 Øverveit, 1998.

320 Se Bondas, 2006, 332–339; 2010, 477–486.

5. METOD OCH MATERIAL

I enlighet med en humanvetenskaplig tradition³²¹ utgår jag från en öppen och gränsöverskridande kunskapssyn.³²² Humanvetenskaplig kunskap och teori är alltid värdebunden och bygger på ett bestämt perspektiv.³²³ Avhandlingen grundar sig på den humanvetenskapliga kunskapssynen med dess tilltro till människan och hans eller hennes möjligheter till kreativitet och nyskapande. Den humanvetenskapliga traditionen betonar nödvändigheten av en öppenhet inför verkligheten som studeras och inför ny kunskap.

Den form av klinisk vårdvetenskaplig kunskapsutveckling och teoribildning som skisseras i avhandlingen har en hypotetisk-deduktiv design.³²⁴ Studien följer den hermeneutiska traditionen inspirerad av Gadamer.³²⁵ Den vårdvetenskapliga syntesen växer fram genom en cirkulär rörelse mellan förförståelse och tolkning. Det har inte varit en metodologisk process med regler och föreskrifter,³²⁶ utan snarare en process i tillväxt och mognad. En sammansmältning av enskilda horisonter och en förening av traditioner och historia med ny kunskap som framträtt under processens gånger.³²⁷

Min egen kunskapssyn innefattar en ödmjukhet inför kunskapens begränsningar och en insikt i att absoluta sanningar inte kan uppnås.³²⁸ Det finns ingen absolut sanning inom etikens område. Grundlig analys av litteratur och tidigare forskning har visat vägen för vad som är gott och vad som är rätt. Efter att i många år studerat vårdvetenskap och som medlem av det vårdvetenskapliga forskarsamfundet samt genom lång klinisk erfarenhet både som vårdare, vårdledare och vårdlärare har min förförståelse byggts upp.³²⁹ I mötet med forskningsmaterialet har förförståelsen upplevts som en utmaning.³³⁰ En förutsättning för nyskapande är förmågan att ställa den egna förförståelsen till sidan och närma sig materialet fördomsfritt.³³¹ Nyskapande förutsätter förmåga att återge ett material som en syntes, vilken beskriver en ny helhet och därmed ger

321 Humanvetenskaplig kunskap och teori är alltid värdebunden och bygger på ett bestämt perspektiv (Eriksson & Lindström, 2003, 17).

322 Eriksson, 1991.

323 Eriksson & Lindström, 2003, 17.

324 Lindström & Lindholm, 2003, 35–46.

325 Gadamer, 1997; Niekerk, 2002, 228–241.

326 Fleming, 2002, 113–120.

327 Austgard, 2008, 314–319; Gadamer, 1997, 143–154; Fleming & Robb, 2003, 113–120; Niekerk, 2002, 228–241; 12; Näsman, 2010, 12.

328 Eriksson, 1998.

329 Inom hermeneutiken betonas kontextuell förståelse, att kunna se saken i dess sammanhang eftersom människan är en del av historien, kulturen och traditionen (Fagerström, 2000, 24–26; se även Eriksson, 2009, 35–80; Gadamer, 1997 (i urval)).

330 Gadamer, 1997 (i urval); Näsman, 2010, 12.

331 Geanellos (1998, 238–247) problematiserar kring förförståelsen och den utmaning som följer för forskare som är väl förtrogen med det kontext som studeras. Enligt den hermeneutiska traditionen är det av central betydelse för tolkning av ett resultat, att forskaren har kontroll över sin förförståelse.

läsaren och den kliniska vårdvetenskapliga forskningen samt den vårdadministrativa forskningen ny kunskap och nya tolkningshorisonter.

Tolkning av ett resultat kan ske på olika abstraktionsnivåer, från en tolkning av innehållet och intentionen till att klargöra meningsinnehållet i relation till kontext. Som tankemodell för att beskriva sambandet mellan vårdandets ethos och vårdintensitet har abstraktionsprocessen som den beskrivs av van Gigch³³² använts. Enligt Van Gigch utgör abstraktionsprocessen inte den negativa process som hävdats inom systemteori utan snarare en positiv process av nyskapande. I och med abstraktionsprocessen avfärdas vissa antaganden som irrelevanta eftersom ”vi” endast kommer ihåg fragment av den ursprungliga händelsen. En central tanke i Van Gigch tänkande är hans diskussion om abstraktionens inverkan på den verklighet som studeras. Han framhåller att en abstraktion aldrig är möjlig utan att i någon mån förstöra verkligheten men förmåga till abstraktion är samtidigt en överlevnadsfråga för en disciplin.³³³ De påståenden som tidigare operationaliserats fram i samband med ISAEC-instrumentets utveckling abstraheras på nytt till mera övergripande begrepp och fraser som i sin tur formar kluster och entiteter av noder. Det som möjliggör formuleringen av begrepp är gåvan att glömma. Det är en omöjlighet att förstå och greppa verkligheten med dess mångfald, utan i viss mån krävs förmågan att vara selektiv. En abstraktion är vanligen, enligt Cassier, mera universell än de ursprungliga delarna som de har för avsikt att återskapa.³³⁴

Delstudiernas resultat och slutledningar utgör material vid skapande av nya tolkningsmönster. Min strävan har varit att återge resultaten från delstudierna utan att utesluta eller kompromissa med materialet, utan snarare fördjupa förståelsen för delstudiernas resultat. Genom såväl tolkning som analys av tidigare forskningsresultat samt fördjupning i teoretiska utgångspunkter har ny kunskap upptäckts mot vilka delstudiernas resultat kunnat tolkas och förstås i en djupare betydelse.³³⁵

Det är genom den dialektiska rörelsen mellan tes (vårdandets ethos) och antites (vårdintensitet) som den vårdvetenskapliga syntesen skapas.³³⁶ Nya meningssammanhang träder fram i det som jag valt att kalla nya tolkningsmönster. Min strävan har varit att valda begrepp och den formulerade texten befinner sig i harmoni med avhandlingens disciplinera tillhörighet och språkdräkt. Avhandlingen kan förstås som en berättelse som är värd att berätta. Berättel

332 Van Gigch säger att syfte med abstraktionsprocessen är att gå från det partikulära till det universella och begrepp som används hjälper oss att operationalisera begreppen och urskilja deras karaktärsrämsiga olikheter beroende av abstraktionsnivå. Förmågan att abstrahera är även en utvecklings och överlevnadsfråga för en disciplin (van Gigch, 1990, 122–137; 1991, 61–101; 2002, 199–203).

333 Van Gigch, 1991, 61–101.

334 Van Gigch, 1985a, 22; Van Gigch, 1985b.

335 Se kapitel 3 och 4

336 Se Fagerström, 2000; Fagerström & Bergbom, 2010, 79–84.

sen har vuxit fram under processens gång och förståelsen för materialet och de aktuella fenomenen har gradvis fördjupats.

Varje delstudie har öppnat upp för ny förståelse och värdefull kunskap inför den syntesskapande fasen. För att få till stånd en syntes av delarna har ett övergripande hermeneutiskt närmelsesätt i kombination med dialektisk rörelse, som den beskrivs av Fagerström och Bergbom, använts.³³⁷ Den dialektiska rörelsen går mellan det som Fagerström och Bergbom kallar tes och antites. Tesen innebär vårdandets ethos som i den dialektiska spänningen möter antitesen vårdintensitet och som genom den hermeneutiska förståelsen och tolkningen skapar en ny syntes.³³⁸ Resultatet från delstudierna har tolkats mot tidigare forskning (kap. 3) och teoretiska utgångspunkter (kap 4).³³⁹ Det är genom denna sammansmältning mellan förståelsehorisonterna³⁴⁰ som nya tolkningsmönster³⁴¹ vuxit fram, vilka i sin tur lett fram till en teorimodell som beskriver den vårdvetenskapliga syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet.³⁴²

337 Fagerström, 1999; 2010; Fagerström & Bergbom, 2010, 79–84.

338 Tolkningsprocessen har skett på olika analys- och abstraktionsnivåer. Tolkningar kan ske på olika nivåer, det vill säga från en tolkning av innehåll och intension till att klargöra meningsinnehållet i relation till kontexten (Fagerström, 1999, 24–26).

339 Frilund m.fl. 2013 a; 2013 b; Frilund & Fagerström, 2009 a; 2009 b.

340 Förståelsehorisonterna i denna avhandling utgörs av den tidigare forskningen och teoretiska utgångspunkter. Förförståelsen ss teorier, erfarenheter, insikter och färdigheter, är centrala i den dialektiska processen mellan delar och helhet. Den hermeneutiska cirkelrörelsen övergår till en spiralprocess, där spiralen beskriver en utveckling framåt (Fagerström, 1999, 24–26; Fagerström & Bergbom, 2010, 79–84).

341 Se kapitel 6 Nya tolknings mönster växer fram.

342 Se kapitel 7 Den vårdvetenskapliga syntens mellan vårdandets ethos och vårdintensitet.

5.1 Presentation av avhandlingen fyra delstudier

Tabell 1 Översikt över avhandlingens delstudie

| Delstudie | Syfte | Metod | Konklusion |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | Syfte var att beskriva vårdpersonalens upplevda möjligheter att i sitt dagliga arbete förhålla sig och handla i enlighet vårdandets grundläggande värden | Undersökningsgruppen bestod av 105 vårdare från äldrevårdscontext. Som datainsamlingsinstrument användes enkät och materialet analyserades med deskriptiva statistiska metoder, ss frekvenser och procentuell fördelning | Möjligheter att iaktta den äldres integritet värdighet, trygghet, gemenskap samt närhet och distans upplever informanterna på varierande sätt. Problematiska entiteter var entiteter som refererade till vilken attityd informanten hade till den äldre och dennes hälsosituation. |
| II | Syfte var att skapa strukturerade helheter (kluster) av entiteter (noder) som beskriver vårdandets ethos som ideal samt möjlighet samt att förändra betingelserna för en given nod för att se dess effekter på klustret som helhet. | Undersökningsgruppen består av 105 vårdare från äldreomsorgs context. Data samlades in med enkät innehållande fem kategorier subkategorier. Totalt analyserades 6090 observationer. Närmestesättet var Bayesianskt | Totalt genererades nio BN nätverk s.k. kluster. Varje kluster innehöll tre till sju sammanlänkade noder. Klustren med underliggande nätverk av noder har beskrivits i enlighet med studiens tolkningsram. Resultatet av studien visar på logiska helheter av etiska värden och förhållningssätt. |

| | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| III | <p>Syfte var att testa validitet och reliabilitet för OPC-instrumentet, för att se huruvida ett instrument utvecklad för specialsjukvård kan anses vara användbar och valid inom primärhälsovård för äldre.</p> | <p>Som metoder i studien har använts parallellklassificering, Cohens viktade kapp, korrelations tester, totalt 1722 och 861 patienter</p> <p>Validitet testades med enkät 13 frågor med fasta svarsalternativ och fyra frågor med öppna svarsalternativ, undersökningsgruppen bestod av 62 vårdare (67 % n= 92).</p> | <p>Samstämmigheten mätt med parallellklassificering var 71 %, Cohens viktade kapp varierade för enskilda behovsområden mellan 66 % och 77 %, Validitet: behovsområden ansågs relevanta men beskrivningarna kräver en anpassning till äldrevårdskontext. Utbildning i användandet av mätinstrumentet bör bättre anpassas till personalens grundutbildning.</p> |
| IV | <p>Syfte var att testa PAON-CIL- metodens förmåga att fastställa optimal vårdintensitet per vårdare inom äldrevård, utgående från de randvillkor som fastställts för sjukhusvård.</p> | <p>Totalt 3512 enkäter samlades in, vilket ger en svarsprocent på 95 %. Data samlades in med enkät och data analyserades med hjälp av linjär regressionssanalys.</p> | <p>På åtta av tio enheter var det möjligt att fastställa optimal vårdintensitet i enlighet med de randvillkor som den tidigare forskningen om RAFAELA-systemet genererat. Att fastställa optimal vårdintensitet/ vårdare kräver en god introduktion för att lyckas. Något som den framtida användningen av RAFAELA-systemet inom äldreomsorg speciellt behöver ta i beaktande.</p> |

5.1.1 Presentation av delstudie 1

Vårdarnas upplevelser av sina möjligheter att förverkliga en etisk god vård för den äldre.

Syftet var att beskriva vårdpersonalens upplevda möjligheter att i sitt dagliga arbete förhålla sig och handla i enlighet med vårdandets grundläggande värden.

Forskningsfrågor:

- Vilka möjligheter anser sig vårdpersonalen ha att i sitt dagliga arbete med den äldre iaktta den äldres individualitet, värdighet samt trygghet?
- Vilka möjligheter anser sig vårdpersonalen ha att i det dagliga vårdarbetet skapa en vårdande gemenskap samt iaktta den äldres behov av närhet och distans?

Metod

Studien är en kvantitativ enkätstudie innehållande 30 påståenden, vilka beskriver vårdarnas upplevda möjligheter att i det dagliga vårdarbetet uppvisa ett etiskt förhållningssätt.

Kontext och informanter

Studien genomfördes inom äldreomsorgen i en svenskspråkig kommun i Västra Finland. I studien deltog personal från samtliga boendeformer som tillhandhöll vård för äldre. Boendeformerna var hemvård (3 enheter), långvarig institutionsvård (3 enheter) och effektiviserat serviceboende (4 enheter). Undersökningen genomfördes våren 2007. Enkäter delades ut till hela personalen på tio olika enheter (totalt 110 enkäter) och 105 enkäter returnerades. Majoriteten av informanterna var utbildade sjukskötare eller närvårdare (70 %) medan de övriga informanterna hade gått kortare kurser inom vård och omsorg eller saknade helt och hållet utbildning inom området (6 %).

Datainsamling

Data samlades in med hjälp av en enkät kallad "Instrument for the Self-Assessment of Individual Ethos in the Care of Older People (ISAEC)." ISAEC-instrumentet bestod av två delar. Del ett kartlade vårdarnas ethos som ideal och del två kartlade vårdarnas upplevda möjligheter att förhålla sig etiskt i det dagliga vårdarbetet med den äldre. ISAEC-instrumentets utveckling gjordes i tre steg. I utvecklingsprocessen deltog jag själv och mina handledare i samarbete med enheternas ledare. Instrumentutvecklingen utgick från ett vårdvetenskapligt perspektiv.

Steg 1: Tio vårdare med tydligt artikulerad etisk värdegrund tillfrågades av sina ledare om de var villiga att skriftligt berätta vad följande värden för "god vård" innebar för dem: 1) individuell vård, 2) värdig vård, 3) trygg vård, 4) gemenskap i vården och 5) närhet och distans i vården.

De tio berättelserna kodades och analyserades och materialet formulerades slutligen till påståenden av meningsbärande satser och begrepp.

Steg 2: För varje etiskt värde formulerades påståenden som dels kartlade vårdarnas etiska ideal och dels vårdarnas upplevda möjligheter att handla etiskt i det dagliga vårdarbetet. Totalt formulerades 60 påståenden. Instrumentet testades med hjälp av tio nya vårdare, som ombads att fylla i det svarsalternativ som bäst överensstämde med deras åsikt. Dessutom ombads informanterna att bifoga egna kommentarer och motiveringar för att ytterligare förbättra instrumentets validitet.

Steg 3: Utgående från resultatet från validitetstestningen gjordes smärre förändringar i instrumentet. Två påståenden var otydliga och kunde lätt missförstås. Dessa eliminerades och det slutliga antalet påståenden uppgick till 58 varav 28 påståenden mätte antaganden om god vård som etiska ideal och 30 påståenden mätte antaganden om god vård som möjligheter (etiska förhållningssätt).

Dataanalys

Data kodades i Excel 2007 (Microsoft Office 2007) samt analyserades med SPSS 16.0 (SPSS Ince Chigaco, IL, USA 2008).

Cronbachs alfakoefficient användes för att testa instrumentets inre konsistens reliabilitet (internal consistency). Cronbachs alfa (α) för instrumentet som helhet (inkluderade samtliga 58 påståenden) α var 0,818, för värdet "individuell vård" 0,732, för "värdig vård" 0,752, för "trygg vård" 0,451, för "vårdgemenskap" 0,762 och för "närhet och distans" var α 0,824.

Sammanfattning av resultatet från delstudie I

Etiska utmaningar för individuell vård

Kategorin individuell vård består av följande entiteter: att förstärka den äldres resurser (A11), personcentrerad vård (B11), flexibilitet (C11), utvärdera den äldres tillfredsställelse med sin vård (D11), respektera den äldres beslut (E11) och möjlighet för den äldre att delta i aktiviteter som ger en känsla av meningsfullhet (F11). Samtliga entiteter inom kategorin framstod som utmaningar eftersom ett anmärkningsvärt antal vårdare upplevde möjligheter till ett etiskt förhållningssätt problematiskt. En speciellt stor utmaning föreföll möjligheten att göra den äldre delaktig i sin egen vårdplanering och genomförande av vården vara.

Etiska utmaningar för värdig vård

Kategorin värdig vård bestod av följande entiteter: *respektera den äldres integritet* (A21), *lyssna och bemöta den äldre som en vuxen person* (B21), *respektera den äldres livsåskådning* (C21), *ett värdigt bemötande i samband med grundvård* (D21), *främja ett meningsfullt liv för den äldre* (E21) och *kontinuerlig information till den äldre* (F21). Bland utmaningarna för att möjliggöra en värdig vård framstod främjandet av ett meningsfullt liv samt möjlighet att hålla den äldre informerad om sin situation som de mest utmanande påståenden.

Etiska utmaningar för en trygghet

Trygghet skapas genom *tillit* för vårdaren (A31) och att vårdaren *förhindrar att den äldre kommer till skada* (B31). Vidare kräver känsla av trygghet en vårdpersonal med *tillräckliga kunskaper* (C31) som är *ansvarskännande* (D31) och som tar *ansvar för att den äldres yttre miljö är trygg* (F31) men även tar ansvar för att *kontinuerligt uppdatera sina egna kunskaper* (G31). Samtliga entiteter framträdde som utmaningar för en trygg vård. Informanterna upplevde sig ha möjlighet att ta ansvar för den äldre, men möjlighet att skapa tillit och att garantera en tillräcklig kunskapsnivå hos dem själva föreföll vara de stora utmaningarna.

Etisk utmaning för gemenskap i vården

Gemenskap i vården utgör det fjärde kategorin som kartlägger möjligheter till etisk vård. Kategorin består av sju entiteter: *upprätthålla kontinuitet i vårdrelationen* (A41), *sann närvaro* (B41), *främja den äldres delaktighet* (C41), *visa den äldre kärlek och ömhet* (D41), *lyssna till den äldre* (E41), *dela den äldres sinnesstämning* (F41) och *ödmjukhet inför den äldre* (G41). Samtliga entiteter ovan upplevdes av ett anmärkningsvärt antal informanter som mer eller mindre svåra att förverkliga och kan därmed ses som utmaningar för det dagliga vårdarbetet.

Etiska utmaningar för närhet och distans

Närhet och distans är varandras motpoler och vårdaren förväntas kunna bedöma den äldres önsknings om huruvida de vill uppleva närhet eller föredrar distans. Kategorin innehöll följande entiteter: *visa på den äldres rätt till distans* (A51), vilket kan innebära att den äldre har rätt att hålla sitt privatliv för sig själv samt har rätt att skyddas från insyn i privata angelägenheter samt att skyddas från osakligt intrång från personalens sida. *Lyhördhet* (B51), vilket innebär att vårdaren inte tränger sig på när den äldre inte vill bli fysiskt vidrörd, eller att vårdaren av nyfiket närmar sig den äldre, men däremot lyssnar in när patienten behöver närhet och beröring. Ett äkta intresse för den äldres situation (C51) med vilket avses att diskussionen utgår från den äldres intressen och behov, *skapa förutsättningar för den äldre att få tillbringa tid i ensamhet* (D51) och slutligen ett *professionellt förhållningssätt*

(E51). Liksom resultatet i de övriga kategorierna ses även inom denna kategori ett tiotal vårdare, vilka upplever begränsningar i sitt förhållningssätt.

Jag vill hänvisa till tabellerna i bilaga 2 för ytterligare fördjupning i ämnet etiska dilemman och utmaningar, Varför informanternas upplevelser varierar går inte att besvara utgående från resultatet i delstudie I. En tänkbar orsak kunde vara den rådande arbetssituationen som beskrivs i kapitel 3.2. Det krävs ytterligare forskning för att klargöra orsak och verkan sambandet mellan ideal och möjligheter, mellan ethos och ett etiskt handlande och förhållningssätt.

5.1.2 Presentation av delstudie II

I delstudie II har ett Bayesianskt tänkesätt använts för att definiera kluster av etiska värden och etiska förhållningssätt i det dagliga arbetet med den äldre. I studien har även kartlagts vilken dynamik som kan ses inom ett kluster när betingelserna för en given nod inom ett kluster förändras.

Syfte

Syftet med studien var att skapa strukturerade helheter (kluster) av entiteter (noder) som beskriver vårdandets ethos som ideal samt möjlighet till ett etiskt förhållningssätt som det upplevs av vårdare. Syftet med studien var även att pröva vilka effekter fixering av en given nod till given bedömningsnivå uppvisade på övriga noder inom klustret och därmed på klustret som helhet.

Studien svarar bl.a. på följande frågor:

- Vilka mönster av etiska värden med underliggande strukturerade entiteter samt relaterad dynamik, framträder inom dessa helheter av etiska förhållningssätt?
- Vilka typer av betingade förändringar i etiska värden och därmed förknippade förhållningssätt uppstår genom att fixera en nod till ett givet värde och därmed ett kluster till en given karaktär?

Metod

Datainsamling och material

I delstudie II användes hela det material som samlades in i delstudie I, det vill säga både etiska ideal och möjligheter till ett etiskt förhållningssätt.

Materialet bestod av ISAEC-instrumentets 58 påståenden fördelade mellan ideal och möjligheter enligt följande: a) individuell vård= fem påståenden

med fokus på vårdandets ethos och sex påståenden med fokus på möjligheter; b) Värdig vård = sex respektive sex påståenden; c) trygghet i vården= sju respektive sex påståenden; d) gemenskap i vården= sex respektive sju påståenden; och e) Rätt till närhet och distans= fyra respektive fem påståenden.

Dataanalys

I studien användes Bayesianskt nätverk (BBN) för att analysera etiska ideal och etiska möjligheter. Styrkan med BBN är förmågan att blanda subjektiva och objektiva sannolikheter med varandra. Ett viktigt begrepp inom den Bayesiska metodiken är Bayes teorem (ofta kallad för Bayes sats). Bayes teorem axiomatiserar sambandet mellan betingade sannolikheter, det vill säga sannolikheten relaterad till händelsen B betingad av händelsen A. De betingade sannolikheterna presenteras som symboliska data snarare än numeriska. Övergången från symboliska data till ett logiskt språk sker genom återkoppling till det språk som kan härledas till avhandlingens teoretiska utgångspunkter.

En sannolik betingelse kan se ut på följande sätt $P(A=1|C=1)$ och beräknas enligt

$$P(A=1|C=1) = \frac{P(A=1, C=1)}{P(C=1)} = \frac{\sum_{b \in \{0,1\}} \sum_{d \in \{0,1\}} P(A=1, B=b, C=1, D=d)}{P(C=1)}$$

I ovanstående skildras endast binära data. I denna studie har främst alternativa uppsättningen använts $\{0, 1, 2, 3, 4, 5\}$ och villkor som kan beräknas som

$$P(A \in \{3,4,5\} | B=4)$$

Sammanfattning av resultat från delstudie II

Nio BBN-kluster genererades och klustren bestod av tre till sju noder per kluster. Fyra kluster beskriver vårdandets ethos och fem kluster beskriver möjligheter till ett etiskt förhållningssätt. Klustren som beskriver vårdandets ethos benämns: *värdighet*, *gemenskap*, *trygghet* och *integritet*. Klustren som beskriver etiska möjligheter består av följande entiteter: *möjlighet till närhet/distans*, *möjlighet till värdighet*, *möjlighet till delaktighet*, *möjlighet till trygghet* samt *möjlighet till gemenskap i vården*. Resultatet presenteras kluster för kluster inklusive till klustret hörande noder. För varje kluster finns angivet fördelningsprocent för de olika bedömningsnivåerna.

BBN-metoden (Bayesian Belief Networks) ger en uppfattning om hur kluster av etiska värden kan till sin karaktär förändras om betingelserna för en nod inom klustret förändras.

Entiteterna, som de beskrivs i studien, är abstraktioner av påståenden från ISAEC-instrumentet och har uppkallats med begrepp och fraser i harmoni med studiens teoretiska perspektiv. Klustren får sin speciella karaktär genom innebörden i de entiteter som ingår i klustret samt genom den dynamik som kan ses mellan noderna i nätverket. Varje kluster är självständiga nätverk och ingen entitet ingår i flera än ett kluster. Av de 58 noderna blev 10 noder en nods kluster och lämnas utanför eftersom det inte finns någon annan nod att interagera med.

Resultatet från delstudie II visade att BBN-metoden har förmåga att skapa kluster med strukturerade helheter av noder med relevans för studiens syfte och frågeställningar. Det fanns även möjlighet att se en tydlig dynamik inom klustret. Dynamiken framstod genast betingelserna för en nod förändrades. Intention med studien var att finna relevanta "what if-frågor". Avsikten med what if-frågorna var att avslöja kritiska noder eller entiteter, som lätt hade kunnat förvandlas till oacceptabla förhållningssätt i det dagliga arbetet med den äldre.

Trots att materialet var litet och variationerna i bedömningsnivåerna små kunde ändå intressanta what if-frågor ställas och intressanta sannolika förändringar kunde iakttas.

5.1.3 Presentation av delstudie III

Testning av validitet och reliabilitet för OPC-instrumentet, ett instrument för primärvårdens äldreomsorg.

Syfte

Syftet med studien var att testa validitet och reliabilitet för OPC-instrumentet för att se huruvida ett instrument utvecklad för specialsjukvård kan anses vara användbar och valid inom primärvård.

Metod

Kontext och informanter

Validitets- och reliabilitetstestning av OPC-instrumentet genomfördes på fem olika enheter på en hälsovårdscentral i Östra Finland hösten 2004 och våren 2005. På enheterna som deltog i studien vårdades cancerpatienter, patienter i behov av terminalvård, rehabiliteringspatienter och två enheter fungerade som långvårdsenheter.

Bemanningen på de olika enheterna varierade och speciellt långvårdsavdelningarna uppvisade "en vårdare per patient" förhållande på 0.55. Undersökningsgruppen bestod av sjukskötare samt närvårdare (eller annan personal med jämförbar utbildning). Samtliga informanter hade deltagit i RAFAELA-systemets introduktionsprogram och självständigt utfört bedömningar av patientens vårdintensitet med hjälp av OPC-instrumentet.

Datainsamling för testning och analys av OPC-instrumentets validitet

OPC-instrumentets interna validitet, d.v.s. hur väl begrepp och fraser i OPC-instrumentet motsvarade den verklighet som var avsikten att testa, testades med hjälp av expertvaliditet genom enkät. Enkäten innehöll såväl öppna frågor som frågor med fasta svarsalternativ. Samtliga vårdare på de olika enheterna inbjöds att delta i undersökningen. Av totalt 92 utdelade enkäter returnerades 61 enkäter (svarsprocent= 67 %). Inom organisationen fanns utsedda ansvarspersoner, vars uppgift var att implementera RAFAELA-systemet. Ansvarspersonerna ansvarade för distribution och insamling av enkäterna. Informanterna ombads att sätta sina svar i kuvert och försegla dem. Dessa kuvert skickades obrutna till mig personligen. Datainsamlingen skedde på försommaren, vilket kan utgöra en av orsakerna till den låga svarsprocenten. Efter första insamlingsperioden gjordes en påminnelse men utan resultat.

Data från enkätundersökningen kodades i Excel och presenteras iform av deskriptiv statistik som frekvens och procent samt eventuella signifikanta samband mellan variablerna. Svaren från de öppna frågorna sammanställdes i text och materialet analyserades med en förenklad form av innehållsanalys.

Datainsamling för testning och analys av OPC-instrumentets reliabilitet

För att testa tillförlitligheten av OPC-instrumentets bedömningar gjordes Inter-rater reliabilitetstest iform av parallellklassificering. Totalt klassificerades 861 patienter och totala antalet klassificeringar uppgick till 1722. Instrumentets interna konsistens testades med Cronbachs alfa (α)

Data från parallellklassificeringarna registrerades i Excel 2003 och SPSS version 13.0. Samstämmigheten mellan klassificeringarna angavs i procent. Samstämmighet beräknades för samtliga behovsområden var för sig samt för instrumentet som helhet. Beräkningarna gjordes skilt för varje enhet. Cronbachs alfa (α) är en av de vanligaste metoderna som används för att testa intern konsistens. Cronbachs alfa (α) mäter huruvida ett antal frågor tillsammans samverkar vid en mätning av ett visst fenomen eller en egenskap. I denna studie testades vårdintensitet per patient och behovsområde samt samstämmigheten mellan behovsområden som helhet. De sex behovsområdena testades även med *Cohens viktade kappas*. Cohens viktade kappas användes för att mäta *inre konsistens reliabilitet* (intern consistency). I studien användes Cohens viktade kappas för att testa samstämmigheten mellan bedömningarna för vårdintensitetsnivåerna A–D inom behovsområden 1–6.

Sammanfattning av resultatet från delstudie III

Samstämmigheten mellan klassificeringarna var 71 %, vilket kan anses som ett acceptabelt resultat. Behovsområdena 1 och 6 uppvisade en något svagare reliabilitet än de övriga behovsområden, vilket kan ha sin förklaring i otillräcklig utbildning samt i bristande erfarenhet och kunskap att bedöma patientens vårdnivå.

Informanternas kommentarer har sammanfattats enligt följande:

OPC-behovsområde ett och behovsområde sex gav utrymme för tolkning. Detta resulterade i att vårdarna hade möjlighet att uppfattade dessa områden på olika sätt, vilket påverkade reliabiliteten. Vårdbehoven och därtill hörande vårdaktiviteter hos patienter med kognitiv svikt eller demenssyndrom ansåg informanterna att inte var tillräckligt explicit gjorda i manualen. Introduktionsprogrammet gav inte tillräckligt med kunskap för att analysera och tolka patientens vårdbehov och därmed försvårades själva klassificeringen av patienten i olika vårdintensitet. Speciellt patienter med demenssjukdom och långt framskriden kognitiv svikt upplevdes av informanterna utmanande att bedöma.

”Det goda vårdandet” är komplext och består av både mätbara och icke mätbara dimensioner. Vilket medför att alla dimensioner som till exempel vårdarens förhållningssätt inte till fullo är mätbart utan bör kvalitativt förstås. OPC-instrumentet kan totalt sätt anses som ett tillförlitligt och trovärdigt instrument för att bedöma den äldres vårdbehov. Resultatet från validitetstestningen av OPC-instrumentet styrker instrumentets tillförlitlighet och anses därmed vara användbar för att bedöma äldres vårdbehov och vårdintensitet. En utveckling av introduktionsprogrammet förefaller vara relevant med beaktande av åldrandeprocessen och den äldres särdrag samt personalens utbildningsnivå inom äldreomsorgen.

5.1.4 Presentation av delstudie IV

En optimal arbetsbelastning med hjälp av PAONCIL-metoden – en utmaning för vårdledare inom äldre vård.

Syfte

Syftet var att testa ”Professionell bedömning av optimal vårdintensitet” (PAONCIL)-metodens förmåga att fastställa optimal vårdintensitet per vårdare inom äldrevård genom att testa huruvida RAFAELA-systemets uppställda randvillkor fastställda för sjukhusvård kunde uppfyllas för att fastställa optimal vårdintensitet inom äldreomsorgen.

Metod

Kontext och informanter

Studien genomfördes i samma kommun och på samma enheter som i delstudie I och två. I PAONCIL-bedömningen deltog såväl sjukskötare som närvårdare (eller annan personal med motsvarande utbildning).

Datainsamling och material

PAONCIL-bedömningen gjordes med hjälp av ett bedömningsinstrument på en skala från – 3 till +3. Bedömningen baserade sig på vårdarens yrkeskom-

petens samt erfarenhetsbaserad kunskap. Bedömningen återspeglade hur väl vårdaren ansåg sig kunna möta den äldres vårdbehov under sitt arbetsskift.

PAONCIL-bedömningarna pågick i fyra veckor. Därefter kunde konstateras att det inte förelåg tillräckligt starkt samband mellan medelvärde för OPC-poäng och medelvärde för PAONCIL-bedömningen

PAONCIL-bedömningen avbröts och personalen fick därför ytterligare utbildning, handledning och stöd i att bedöma patientens behov enligt behovsområden samt i att fastslå vårdnivå utifrån vårdnivåerna A–D. Därefter fortsatte PAONCIL-bedömningarna i ytterligare fyra veckor.

Observationerna för att fastställa optimal vårdintensitet inom hemservice uppgick till 339 ifyllda enkäter (returnerade blanketter är 94 % av totalt 359 möjliga). Effektiverat serviceboende returnerade 473 blanketter av totalt 479 möjliga (svarsprocent =99 %). Enheterna som representerade långtids institutionsboende returnerade 608 av totalt 585 möjliga. Det gav en svarsprocent på 104 %.

Totalt omfattades materialet av 1420 PAONCIL-bedömningar, vilket genererade en 100 % -tig svarsprocent.

Dataanalys

PAONCIL-bedömningarna analyserades med SPSS version 16.0. och Excel version 14. På materialet uträknades PAONCIL-medelvärde, medelvärde för OPC-poäng och standardavvikelse (SD) för både OPC-poäng per vårdare och PAONCIL-bedömning. För att visa på styrkan av sambandet mellan OPC-poäng och PAONCIL-bedömning användes Spermans rankkorrelationskoefficient och för att fastställa optimal vårdintensitet användes linjär regressionsanalys.

Sammanfattning av resultatet från delstudie IV

OPC-poäng per vårdare inom hemservice varierade mellan 43–49 OPC-poäng och förklaringsprocenten varierade mellan 28–30 %. På effektiverat serviceboende varierade optimal vårdintensitet mellan 28–41 OPC-poäng per vårdare och förklaringsprocenten mellan 25–37 %. Inom långvarig institutionsvård varierade optimal vårdtyngd mellan 37–38 OPC-poäng per vårdare och förklaringsprocenten mellan 21–33 %. På åtta av tio enheter var det möjligt att fastställa optimal vårdintensitet. POACIL-bedömning upplevdes i viss mån som krävande. Trots tilläggsutbildning och handledning fanns det fortfarande personal som uppfattade instruktionerna på ett felaktigt sätt. Enheterna hade en förhållandevis liten personal och ifall en eller två vårdare missuppfattade bedömningskriterierna ledde det till en för låg förklaringsprocent. Ett tillförlitligt värde var ett värde på minst 25 %. En del vårdare missförstod skalan från – 3 till + 3. Informanterna svängde om skala så att bedömningen mellan 0 och +3 angav en för låg vårdintensitets nivå, istället för en för hög vårdintensitets nivå, vilket hade varit det korrekta.

5.2 Syntetisering av resultaten från delstudierna

Den vårdvetenskapliga syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet skapades i en process av nyskapande. Nyskapandet ledde fram till sex nya tolkningsmönster. Det första tolkningsmönstret genererades genom att de i delstudie II generade klustren tolkades mot avhandlingens teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning. Det andra tolkningsmönstret framträder genom logiska slutledningar som frambringats med hjälp av en hypotetisk-deduktiv ansats. För att kunna göra logiska slutledningar förutsätts djupa insikter i ämnesområdet som tolkas. Huruvida en slutledning kan anses som sannolik bedöms utgående från de presenterade resultaten.

Processen med att skapa nya tolkningsmönster fortsatte med att tolka etiska förhållningssätt, som beskriver vårdarnas ethos i både förhållningssätt och handling. Tillbaka till ett hypotetiskt-deduktivt resonemang om huruvida OPC-instrumentet kan anses som ett tillförlitligt instrument för att bedöma den äldres vårdbehov.

RAFAELA-systemet visade sig vara ett användbart och tillförlitligt instrument för att inom äldreomsorgen fastställa optimal vårdintensitet och för att bedöma enhetens vårdintensitet. En inkludering av etiska önskningar och förväntningar i samband med OPC-bedömning och vid fastställande av optimal vårdintensitet med PAONCIL-metoden utgjorde följande steg i processen med att skapa nya tolkningsmönster.

När den genererade kunskapen mötte förförståelsen och avhandlingens tolkningshorisonter, började utvecklingen av avhandlingens teorimodell. De nya tolkningsmönstren smälte samman i den syntes som skapats mellan vårdandets ethos och vårdintensitet. Syntesen gavs synlighet i den teorimodell som skapades och som utgör avhandlingens *storhet*. En öppen modell framträder, till vilken ny kunskap kan genereras och som ger möjlighet att fortsätta teorimodellens utveckling och bidra med ny kunskap till det kliniska vårdvetenskapliga forskningsområdet och det vårdadministrativa ämnesområdet.

I de följande kapitlen presenteras nya mönster med en fördjupad förståelse för vårdandets ethos och vårdintensitet. Den dialektiska rörelsen framträder i de abstraktioner som bildar nya mönster mellan tes och antites. Fagerström och Bergbom framhåller att den dialektiska rörelsens syfte är att skapa en djupare förståelse för de undersökta fenomenen genom de synteser som framträder under processens gång. Nya synteser konkretiseras i föreliggande studie genom den äldres vårdbehov, önskningar och förväntningar i relation till vårdintensitet som ett tillstånd av balans mellan vårdbehov och personalresursering.

6. NYA TOLKNINGSMÖNSTER STIGER FRAM

Den goda vården lever i en ständig rörelse och spänning mellan det etiska idealet och det oetiska. Den ”goda vården” löper alltid risk att förvandlas till mer eller mindre oetisk trots den goda intensionen från vårdarens sida. För att i framtiden garantera den äldre *värdighet*, *trygghet*, *gemenskap* och *integritet* i vården behöver vårdaren bli medveten om och villig att ta ansvar för de fenomen som visat sig kunna förvandlas till etiska problem och etiska dilemman. För att uppnå en vård där vårdaren kunnat möta etiska önsknings- och förväntningar bör etiska diskussioner och reflektioner ges större utrymme i det dagliga vårdarbetet. Vård av god kvalitet ligger i enskilda personers, arbetsgruppers och organisationers händer. Etiska förhållningssätt är beroende av en välmående personal med en väldefinierad värdegrund. Äldre som upplever sig ha ett gott liv, trots ohälsa, är ett bevis på att vårdaren kunnat möta den äldres behov, önsknings- och förväntningar.

6.1 Tolkningsmönstret för vårdandets ethos i det dagliga vårdarbetet

Vårdandets ethos som den framställs nedan kan härledas till delstudie II. Vårdandets ethos framträder som fyra etiska ideal: *vårdande gemenskap*, *värdighet*, *trygghet*, och *integritet*. Ett kluster får sin speciella karaktär genom de nätverk av noder som bildas inom klustret Vårdandets etiska ideal bejakades av informanterna, vilket framgår av resultatet från delstudie II. Gemenskap, värdighet, trygghet och integritet framträder även som centrala etiska värden både inom *caritativ värdeetik* och i tidigare forskning inom ämnesområdet etik. Det är i relation till ovan nämnda värden som etiska dilemman och etiska utmaningar kunnat identifieras. Etiska dilemman och utmaningar framträder i tidigare forskning och i resultatet från delstudie I. Resultaten från delstudie I beskrivs i tabellerna i Bilaga 3. Kluster av etiska ideal definieras på följande sätt:

En vårdande gemenskap refererar till värme och omsorg. Gemenskap i vården skapas när vårdaren är beredd att gå in i en vårdande relation, där varje möte med den äldre är ett unikt möte mellan vårdaren och den unika äldre. En vårdande gemenskap förutsätter förmåga (vilja) att lyssna, medkännande och förståelse hos vårdaren. En tillvaro i gemenskap innebär att möta den äldre som den unika person han eller hon är även i situationer där den äldre befinner sig i en ordlös och förvirrande värld.

Värdighet refererar till medmänsklig kärlek och barmhärtighet, stunder av stillhet där den äldre ges utrymme att stanna upp i för existentiella frågor. *Värdighet* refererar även till vårdarens förmåga och vilja att se och respektera den äldres behov och önsknings- och förväntningar. *Värdighet* som fenomen är nära relaterad till den äldres upplevelse av välbefinnande samt möjligheten för den äldre att leva ett självständigt liv.

Trygghet refererar till såväl en inre som en yttre trygghet. Den inre tryggheten refererar till en känsla av tillit för vårdaren hos både patienten och dennes anhöriga, medan den yttre tryggheten refererar till en säker och trygg miljö. Känslan av att vara trygg relaterar till vårdarens förmåga att vara "sant närvarande" i vård situationen. Hos många äldre förekommer ofta utmanande beteenden på grund av personlighetsförändringar. Vårdaren kan möta allt från aggressivitet och förändrat språkbruk till total tystnad och förvirring. Sättet på vilket den äldre bemöts i dylika situationer, kan ha en avgörande betydelse för den äldres upplevelse av trygghet. Trygghet skapas av professionella vårdare medan upplevelsen av att vara trygg är en individuell och unik upplevelse.

Integritet refererar till den äldre som en unik person med unika behov, där varje form av kränkning är oacceptabelt. Respekt för människan, ansvarstagande, självbestämmande samt jämlikhet utgör viktiga faktorer för att den äldres integritet ska kunna skyddas. Kluster av etiska ideal med underliggande noder finns presenterade i Bilaga 3.

6.2 Tolkningsmönster för etiska önsknings och förväntningar

Etiska önsknings och förväntningar har skapats genom ett logiskt resonemang där resultatet från delstudierna ett och två har mött avhandlingens teoretiska utgångspunkter och den tidigare forskningen inom etikens område. Vid bedömning av den äldres vårdbehov och vårdintensitet är det av speciellt intresse att införliva etiska aspekter i bedömningen.

Vårdverkligheten med dess larmrapporter om värdeförskjutningar samt den tidigare forskningen om utmaningar inom äldreomsorgen ökar betydelsen av diskussion om vårdintensitetens betydelse. Ett speciellt intresse bör visas för huruvida vården varit optimal. Har vården varit värdig och trygg? Har den äldres integritet kunnat iakttas? Har det varit möjligt att skapa en vårdande gemenskap? Frågorna ovan kan utgöra ingångsportar för eftertanke och reflektion. En etiskt medveten vårdare vet hur det dagliga vårdarbetet borde utformas och en professionell vårdare förväntas ha förmåga att se och höra patientens och anhörigas önsknings och förväntningar.

En av utmaningarna inom äldre vården är vårdarens förmåga att se och höra det subtila, det outtalade budskapet, som den äldre sänder och inte minst att förstå den äldres behov och önsknings. Speciellt svårt kan detta upplevas i situationer där den äldre saknar förmåga att uttrycka sina problem, behov och begär. Resultatet från studie ett och två stöds av tidigare forskning där etiska utmaningar och dilemman diskuterats. För att vården ska kunna bedömas som god behöver vårdpersonalen – fördjupade insikter om etiska önsknings och förväntningar i patient-vårdar relationen.

Varje professionell vårdare med en bejakad värdegrund förväntas själv ha förmåga att uppfatta etiska önsknings hos den äldre, men vårdaren förväntas även själv formulera etiska önsknings och förväntningar som han eller hon anser behöver mötas för att patientens vård ska kunna anses tillfredsställande. I Figur 3 har jag schematiskt visat på kopplingen mellan etiska ideal formulerade som etiska önsknings och förväntningar.

6.3 Tolkningsmönster för etiska förhållningssätt och dess entiteter

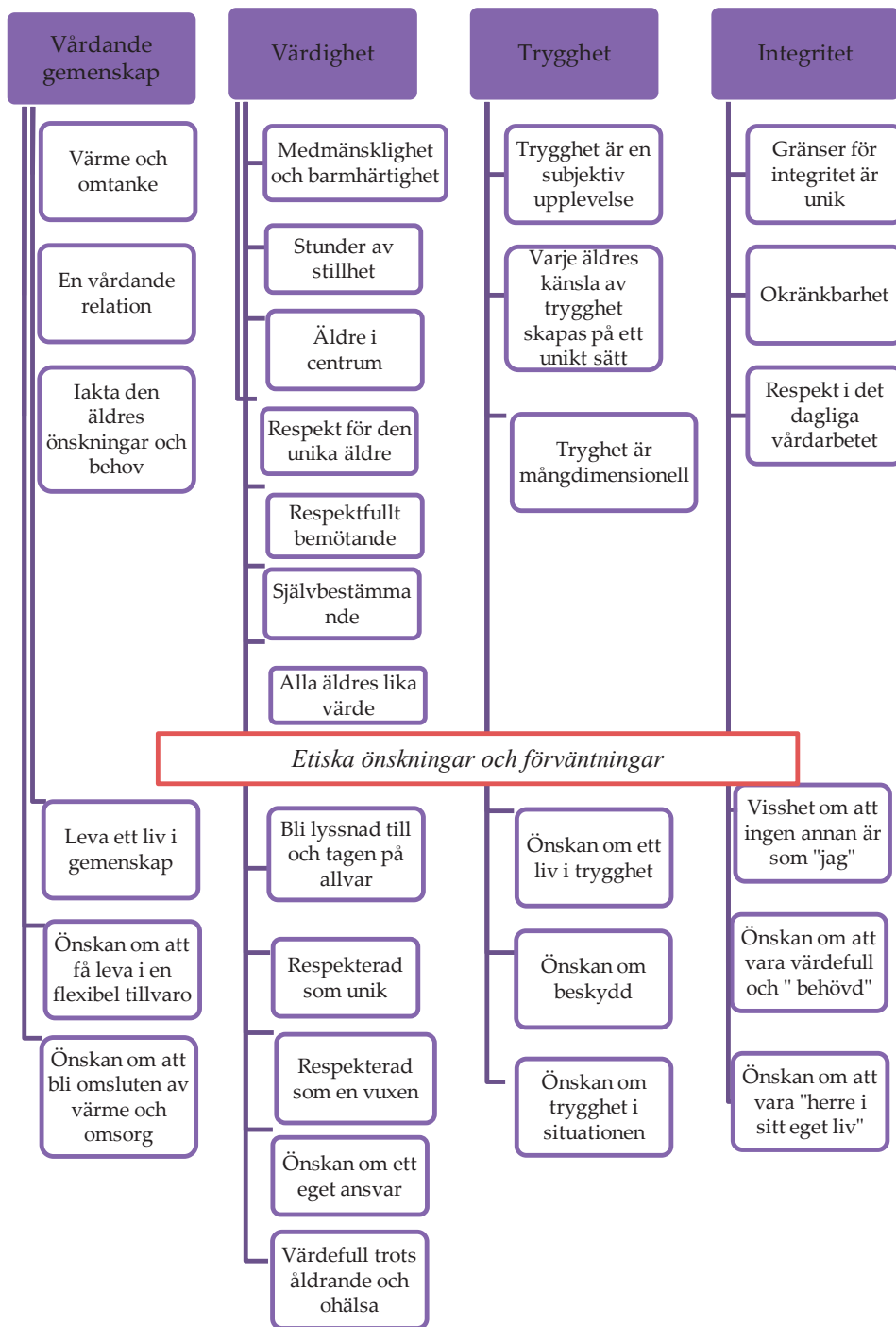
Ett behov kan mötas genom "att vara" och genom "att göra". Genom både förhållningssätt och med någon form av handling eller aktivitet, men även i ett vardande som skapas i den rörelse som åldrandeprocessen innebär. Det naturliga är att etiska önsknings och förväntningar möts genom de etiska handlanden och det etiska förhållningssätt som vårdaren uppvisar i det dagliga arbetet med den äldre. Vårdarens etiska förhållningssätt och etiska handlande blir avgörande för den kvalitativa nivån som vården når upp till. För en god etisk vård förutsätts ett etiskt förhållningssätt av vårdaren. En etiskt medveten vårdare fokuserar på att möta den äldres önsknings och förväntningar på ett etiskt försvarbart sätt.

Etiska förhållningssätt kan sammanfattas i följande fem kluster med underliggande entiteter. Klustren är en sammanställning av vårdarnas upplevelser av sina möjligheter att handla och förhålla sig etiskt. Klustren med underliggande noder är resultat från delstudie II och de ges följande definitioner:

Möjlighet till närhet eller distans för den äldre är ett behov för vårdare som är lyhörda, professionella och har ett genuint intresse för den äldre. Genom ett lyhört sinne kan vårdaren tolka den äldres signaler om hur han eller hon vill bli bemött, om gränser för intrång i den privata sfären samt om den äldres behov av närhet till anhöriga och vänner. Kluster närhet eller distans ges en speciell betydelse när den ställs i relation till Thorestams teori om gerotranscendens. Längtan efter få nära vänner och stunder av "ensamhetens" uppbyggande kraft ger närheten en speciell betydelse. Möjligheter att ge den äldre *en värdig vård samt iaktta den äldres integritet* förutsätter ett jämlikt bemötande oberoende av den äldres hälsosituation. Resultatet i delstudie I visar på en tendens att vårdarens bemötande påverkas av den äldres grad av ohälsa. Värdighet kan ses som mångdimensionell och den äldres värdighet förutsätter förmåga att beakta samtliga dimensioner som att inte kränka den äldre vare sig fysiskt, psykiskt, socialt eller andligt. Speciellt vill jag betona begreppet respekt för den äldres livsåskådning, som framträdde som en utmaning i delstudie I, eftersom existentiella frågor fick en allt större betydelse med tilltagande ålder.

Vårdaren som möter den äldre som en vuxen person stärker den äldres känsla av värdighet. Svårt regredierade äldre löper ökad risk för att mötas på ett stereotypiskt och rutinmässigt sätt. Något som tydligt framkom i såväl delstudierna som i den tidigare forskningen. Den äldres upplevelse av mening i livet ökade känslan av att känna sig värdefull och viktig. Möjlighet till ett värdigt liv är en

mänsklig rättighet. Principen om människans värdighet bör därför genomsyra såväl vårdgemenskapen som arbetsgemenskapen. En vårdare som upplever sig som värdelös kan knappast stöda känslan av värdighet hos sin patient.



Figur 3 Etiska ideal med underliggande noder uttryckta i etiska önskningar och förväntningar

Möjlighet till delaktighet och autonomi skapas genom att aktivt göra den äldre delaktig i sin egen vård. Delaktighet utgör en av de grundrättigheter som patienten har och såväl delaktighet som autonomi utgör viktiga element för upplevelsen av värdighet.³⁴³ Grundregeln är att den äldre alltid är den som beslutar i frågor som berör honom eller henne.³⁴⁴ När den äldres hälsotillstånd och funktionsförmåga medför begränsningar borde denna rättighet överföras till en utsedd ställföreträdare eller en så kallad advokat.³⁴⁵ Som ställföreträdare eller advokat kan fungera anhöriga eller vårdare som i dylika situationer bär ett ansvar för att besluta i den äldres sak fattas i linje med den äldres önskningsar och behov.³⁴⁶ Fortsättningsvis är det i ljuset av den äldres intressen som beslut fattas. Delaktighet skapas när vårdaren har möjlighet till *sann närvaro*, men även genom *flexibilitet*. Möjlighet för den äldre till delaktighet förutsätter ett aktivt stöd och uppmuntran till delaktighet från vårdarens sida.

Möjlighet att uppleva trygghet i vården förutsätter att vårdaren tar ansvar och har förmåga att bedöma olika situationer samt att vårdaren är beredd att ingripa ifall den äldre på något sätt far illa.

Möjlighet till gemenskap i vården skapas genom frihet och respekt. Respekt för de beslut som den äldre fattar samt frihet för vårdaren att själv välja vårdhandlingar i enlighet med patientens önskemål. Frihet innebär även ansvar, speciellt i situationer när den äldres egna resurser till rationellt tänkande saknas. En viktig entitet för vårdgemenskap är vårdarens förmåga (vilja) att visa kärlek och ömhet. Vårdarens förmåga att visa kärlek och ömhet får en alldeles speciell betydelse när den äldre saknar uttrycksformer för sin längtan av närhet. En vårdande relation skapas över tid, vilket talar för en bättre kontinuitet inom vårdarbetet. Kontinuitet skapas genom att samma vårdare under längre perioder vårdar samma patient. Resultatet från delstudie I visar att informanterna förhöll sig tveksamma till att vårda samma patient under någon längre tid.

Etiska handlingar och förhållningssätt som inte ges ”möjligheter” skapar etiska dilemman och utmaningar. Etikens närvaro genom hela den vårdande processen och i gränslandet mellan det etiska och oetiska, utgör en utmaning för dagens vårdare och för vårdarbetet. För att få en obruten kedja mellan etiska ideal, etisk medvetenhet och ett etiskt förhållningssätt krävs medvetenhet om de behov, önskningsar och förväntningar som patienterna har.

343 Vilket tydligt framgår i Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785; klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/ 2000.

344 Se Randers m.fl., 2002; 2004; Davies m.fl., 2000, 127–136; Tutton, 2005, 143–152.

345 Vaartio & Leino-Kilpi, 2005, 705–714; Vaartio, 2008.

346 De Bellis, 2010, 100–113; Mahlin, 2010, 247–254.

Samtliga kluster av möjligheter till ett etiskt förhållningssätt med underliggande entitet finns beskrivna i Bilaga 4 och Figur 5.

6.4 Tolkningsmönster för bedömning av den äldres vårdbehov

OPC-instrumentet, som använts som ett exempel på instrument för klassificering av vårdintensitet, visade sig ha potentialer för att fungera som instrument för fastställande av den äldres vårdintensitet utgående från hans eller hennes vårdbehov.³⁴⁷ Tidigare forskning har visat på viktiga egenskaper hos vårdaren för att han eller hon ska bli medveten om de behov, önsksningar och förväntningar som den äldre har.

För det första behöver vårdaren förstå de uttrycksformer som patienten använder sig av för att uttrycka och kommunicerar sina vårdbehov. Vidare behöver vårdaren ha professionell kompetens, förmåga att skapa tillit hos patienten, möjlighet till samtal, tid för att lyssna, kunskap om patienten, aktiv närvaro, befinna sig på samma "våglängd" som patienten samt ha mod att möta patientens lidande.³⁴⁸

Utgående från delstudierna och den tidigare forskningen förefaller det som om förutsättningar för att förstå patientens vårdbehov även bör innefatta förmågan att uppfatta det subtila budskap som den äldre förmedlar, kompetens i geriatri och gerontologi, en uttalad etisk värdegrund samt förmåga (vilja) att se etiska önsksningar och förväntningar. Förutom att ha mod att möta patientens lidande bör vårdaren ha mod att ta plats i rollen som den äldres försvarare (advokat) i den utsträckning som behov föreligger.

I framtiden är det sannolikt relevant att i samband med introduktion och handledning i OPC-instrumentets användning ta i beaktande vårdarnas utbildningsnivå, vilken ofta relaterar till vårdarens kompetens i att göra professionella bedömningar. Förmåga att klassificera patienterna och förmåga till reflektion över etiska aspekter hänger signifikant samman med utbildningsnivå.³⁴⁹ En viktig aspekt som den tidigare forskningen visat är att optimal vårdintensitet bör förstås utifrån de kriterier som enheten ställt upp för den goda vården. För att möta den äldres vårdbehov bör vårdaren kunna förhålla sig etiskt i enlighet med enhetens fastställda kriterier för god vård. Finns det fastställda kriterier för "den goda etiska vården" är ett etiskt förhållningssätt inte ett subjektivt val av vårdaren, utan ett konsensusbeslut som gäller för hela personalgruppen.

Delstudierna och den tidigare forskningen stöder antagandet om att vårdarna har ett etiskt sinnelag och de är väl medvetna om hur den äldres vård

347 Delstudie III.

348 Fagerström, 1999, 76.

349 Här hänvisas till delstudie III där det framgår att behovsområde ett och sex är de behovsområden som är de mest abstrakta även uppvisar de lägsta kappan värdesamt i validitetstestet visar förståelsen av begrepp och fraser ett klart högre värde för sjukskötare och motsvarande i förhållandet till närvårdare eller motsvarande. I delstudie II framkom klart samma problem. Det var inte helt lätt att fastställa optimal vårdintensitet p.g.a. bristande färdigheter i att göra holistiska vårdbehovsbedömningar.

borde gestaltas för att kunna anses som god. Etikens närvaro är det som i sista hand avgör kvaliteten på vården och därför är det relevant att fråga om de etiska aspekterna vid professionell bedömning i samband med behovsklassificering kunde göras mer explicita.

6.5 Tolkningsmönster för optimal vårdintensitet inom äldreomsorg

För att fastställa optimal vårdintensitet inom äldrevård testades PAONCIL-instrumentet. Systemet bygger på vårdarnas professionella förmåga att bedöma huruvida patienten erhållit den vård som enligt vårdplanen planerats, det vill säga hur väl patientens vårdbehov kunnat mötas med tillgängliga resurser. Patientens problem, behov och begär är inte alltid möjliga att förutsäga i en vårdplan. Etiska önskingar och förväntningar finns i själva varandet och vardandet och uppstår i situationen här och nu. Hur ett etiskt förhållningssätt funnits närvarande i vårdsituationen blir en viktig indikator för bedömning av optimal vårdintensitet.³⁵⁰

En förutsättning för att kunna bedöma hur väl den äldres behov, önskingar och förväntningar kunnat mötas förutsätter att enheterna har klart uttalade kvalitetskriterier för sitt dagliga arbete. Det är i ljuset av dessa kriterier som vårdaren kan bedöma om vårdintensiteten på enheten legat på en optimal nivå och om personalen därmed kunnat garantera en *god vård* för den äldre.

6.6 Tolkningsmönster för etiska dilemman och utmaningar

Etiska problem och dilemman uppstår dagligen.³⁵¹ Vilka dessa problem och dilemman är har utkristalliserats genom analys och tolkning av tidigare forskning samt genom de påståenden som av informanterna upplevdes som problematiska.³⁵² Möjligheter för den äldre till god vård utgående från ovan nämnda kluster av vårdandets ethos och ett etiskt förhållningssätt är sannolikt möjligt men inte en självklarhet i alla situationer. Grundläggande värden bejakas av informanterna.³⁵³ Detta stöds av den grad av samstämmighet som kan ses mellan påståendet och bedömningsnivån (the degree of belief). Däremot framkommer betydande variationer i bedömning av etiska förhållningssätt och deras möjligheter. Här visar resultatet på en diskrepans mellan det man vill och det man upplever sig ha möjlighet till. Diskrepansen mellan vilja och upplevda realistiska möjligheter visar tidigare forskning ökar risken för negativa effekter på den äldres vård. Risken för emotionell utbrändhet ökar bland vårdarna, vårdarna

350 Se Fagerström, 2000, 115–137.

351 Ågren m.fl., 249–263.

352 I avhandlingens diskussion återkopplar forskaren dessa spörsmål.

353 Se delstudie I och II.

upplever samvetsstress och riskfaktorer som felbehandlingar och olika misstag tenderar att öka.³⁵⁴

Etiska problem och utmaningar framträder i den stund de sätts i relation till enheternas och den individuella vårdarens kriterier för vad de anser utgör en ”god vård”.

Utgående från föreliggande studie är det inte möjligt att svara på *varför* en diskrepans mellan etiska ideal och ett etiskt förhållningssätt uppstått. Rådande arbetssituation med en alltför hög vårdintensitet per vårdare förefaller vara en tänkbar orsak men förklarar inte hela sanningen. Orsaker och verkningar är frågor som kräver ständiga diskussioner inom personalgruppen, under ledning av en klok och visionär ledare,³⁵⁵ en ledare som anger tonen för det etiska ideal och som är med och skapar möjligheter för ett etiskt förhållningssätt i det dagliga vårdarbetet.³⁵⁶ Ytterligare forskning behövs också för att öka förståelsen för diskrepansen mellan ideal och möjligheter.

354 Se kapitlet om tidigare forskning (kapitel 3).

355 Se kap. 4.

356 Ledarskaps diskussion baserar sig på resultat från den tidigare forskningen samt i de teoretiska utgångspunkterna som beskrivs i kapitel tre och fyra. Delstudierna har inte explicitgjort ledarskapet, men ledarskapets betydelse har under processens gång framträtt med sådan dignitet för den ”goda vården” att den bör åtminstone i detta skede explicitgöras för att vi på ett trovärdigt sätt ska kunna analysera och tolka den goda vårdens möjlighet.

7. DEN VÅRDVETENSKAPLIGA SYNTESEN MELLAN VÅRDANDETS ETHOS OCH VÅRDINTENSITET

Syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet tar form i den teorimodell som utgör avhandlingens slutmål. Teorimodellen bygger på de tolkningsmönster som beskrivs i kapitel 6. Teorimodellen består av fyra hörnstenar som i interaktion med varandra skapar förutsättningar för ”etikens sanna närvaro” i det dagliga vårdarbetet.

7.1 Hörnsten: vårdandets ethos

Den första hörnstenen utgör *vårdandets ethos*. Vårdandets ethos består av fyra grundläggande kategorier: värdighet, vårdgemenskap, trygghet och integritet.³⁵⁷ Dessa är väl överensstämmande med tidigare undersökningar där man definierat vårdandets ethos. Dessa värden utgör grundläggande element för att vården ska kunna anses som etiskt försvarbart. Det är utgående från dessa värden som en etisk medvetenhet föds. En etiskt medveten vårdare kan se och lyssna sig till rådande värdegrund på arbetsplatsensamtidigt som man inom arbetsgruppen söker etiskt samförstånd genom diskussion och reflektion. Varje dag i arbetet med den äldre står vårdaren inför problem och etiska utmaningar som behöver lösas. Etisk reflektion och diskussion kan vara ett sätt för arbetsgruppen att hitta gemensamma lösningar och förhållningsätt, inte enbart på det individuella planet, utan även inom arbetsgruppen som helhet. Värdighet, vårdgemenskap, trygghet och integritet kan ses som universella värden som kan under livets gång ändras fokus. Teori om gerotranscendens kan ses som ett fruktbart exempel på människans förändrade värdegrund och värdeförskjutning mot det andliga och transcendentala och bort från det mera materialistiska.³⁵⁸

7.2 Hörnsten: Etiska önskningar och förväntningar

Etiska önskningar och förväntningar blir synliga när vårdaren bejakat sin värdegrund och är beredd att ta ansvar för det hon ser, hör och upplever till skillnad från vårdare som befinner sig i ett tillstånd av outhärdlig oro och stress och som väljer att blunda för att själva orka.³⁵⁹ Vårdandets ethos, som den framträder i avhandlingen,³⁶⁰ kopplas samman i syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet med den äldre vårdbehov, som även kan framträda som etiska önskningar och förväntningar genom den etiska medvetenheten som finns hos vårdaren.

357 Se kap 6:1.

358 Se kapitel 4,

359 Se kapitel 3.2.2 med moralisk oro och stress.

360 Se kap 6:1.

En etiskt medveten vårdare bejakar behov som begär efter kärlek, stunder av stillhet, önskan hos människan att själv få ta ansvar för sitt liv, längtan efter att omslutas av värme och omsorg med mera.³⁶¹ Etisk medvetenheten är subjektiv men för att etisk medvetenhet ska förvandlas till handling bör det inom arbetsteamet finnas etiskt samförstånd som leder till ett kollektivt ansvar för att patienten ska få en etisk vård. För att kunna erbjuda etiskt god vård är det inte tillräckligt att den enskilda vårdaren bejakar en etisk värdegrund och uppvisar ett etiskt förhållningssätt han eller hon bör också ges realistiska möjligheter att handla utifrån dessa ideal i sitt dagliga arbete. Det vill säga en optimal vårdintensitet, tid och möjlighet att omsätta i handling den vision som han eller hon går och bär på. Vuotilainen³⁶² betonar samarbetets betydelse och anser att god vård skapas i samarbete mellan mångprofessionella team.

För att vården ska kunna anses vara god förutsätts också att samtliga i vårdteamet är väl medvetna om de etiska värden och det etiska förhållningssätt som utgör det dagliga vårdarbetets ledstjärna.³⁶³ För att nå detta samförstånd³⁶⁴ kring vårdbehov och etiska önskningar och förväntningar behövs etiska diskussioner inom arbetsgruppen.³⁶⁵ Ett uppnått samförstånd kring etiska utmaningar leder sannolikt till etisk reflektion i samband med vårdbehovstänkande.

7.3 Hörnsten: etiskt förhållningssätt i ord och handling

Hur väl patientens etiska önskningar och förväntningar hänger samman med vårdarens mod och vilja till ansvar?³⁶⁶ Det är genom en ärlig och öppen attityd som vårdarens förhållning och handling kan bedömas som etisk eller oetisk. Studien har genererat fem kategorier med underliggande entiteter som beskriver ett vårdetiskt förhållningssätt.³⁶⁷ Den första hörnstenen i modellen, vilken lett fram till den andra hörnstenen ger den tredjehörnstenen en speciell betydelse eftersom där fattas beslut av modiga och ansvarstagande vårdare om vilka handlingar som leder till att patienten upplever tillfredsställelse med sin vård och till att hans eller hennes önskningar och förväntningar har kunnat mötas.³⁶⁸ Graden av tillfredsställelse med given vård ses i den professionella bedömning vårdarna gjort och som bildar PAONCIL-resultatet, den optimala vårdintensitet som kan garantera att den äldre får en god vård. Genom en kontinuerlig

361 Se även kap. 6. 2.

362 Vuotilainen m.fl., 2002, 79–82.

363 Se Koestenbaum, 1998.

364 Delstudie I bl.a. visar att samförståndet kring etiska förhållningssätt varierar bland informanterna, t.o.m. i så stor utsträckning att det är risk för att någon äldre varje dag möter vårdare med ett svagt etiskt handlande. Detta påstående baserar sig på logisk reflektion. Om 15–20 vårdare samstämmer med påståendet på nivå ”3” eller lägre är det mycket sannolikt att några kommer att samtidigt vara på jobb. bilaga 1 avslöjar vilka entiteter som är mera alarmerande än andra.

365 Som ett exempel kan nämnas; ett av behovsområden som anges i till exempel OPC-instrument är vårdplanering, koordinering etc. Är den äldre delaktig i planeringen, planeras in möjlighet till stunder av stillhet, flexibilitet m.m.

366 Se kap 6.3; se även kapitel 3.

367 Se kap.6.

368 Se bilaga 2.

uppföljning av vårdintensiteten per vårdare ges vårdarna realistiska möjligheter att ge god vård och sannolikt också möjligheter till ett etiskt förhållningssätt i ord och handlingar.

7.4 Hörnsten: etiskt ledarskap

Patientens behov och upplevd tillfredsställelse med sin vård utgör en viktig kvalitetsfaktor för den goda vården.³⁶⁹ Det finns en uppenbar risk för att visioner om det goda vårdandet kommer i konflikt med realiteten och då ökar även vårdarens risk för emotionell uttrötning, cynism och misstag i vården. Optimal vårdintensitet i det dagliga arbetet utgör en viktig förutsättning för den goda vården. Förutsättningar för optimal vårdintensitet skapas genom goda ledare. Genom goda ledare ges vårdandets ethos liv. Ledaren visar med sitt sätt att vara att ett etiskt förhållningssätt värdesätts och att ledaren är beredd att ta ansvar för att den goda vården ska kunna uppnås, om det då gäller resursallokering, professionell kompetens hos vårdarna eller att fungera som handledare och mentor för den professionella vårdaren.³⁷⁰

God vård kan inte garanteras enbart med resursökning, det krävs även en etisk värdegrund och ett etiskt förhållningssätt, vilket inte enbart får stå för etiska korrektheter utan återspeglings i handlingar. Men god vård är inte heller möjligt utan realistiska möjligheter i form av tid och kompetens. Utgående från delstudierna, tidigare forskning och den teoretiska bakgrunden, förefaller det som om kärnan för den goda vården utgörs av vårdare med ett caritativt och etiskt förhållningssätt, men även av relationen mellan vårdare–vårdare samt relationen mellan vårdare–ledare.

7.5 Sammanfattning

Modellen som beskriver syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet består av fyra hörnstenar: vårdandets ethos, önskningar och förväntningar, etiskt förhållningssätt i ord och handling samt ett etiskt ledarskap. En god vård baserad på fyra grundläggande värden som värdighet, gemenskap, trygghet och integritet, får sin legitimitet genom medvetenhet och etiskt samförstånd hos vårdare. Ett etiskt samförstånd skapas i och genom etisk medvetenhet. Etisk medvetenhet ger en djupare förståelse för önskningar och förväntningar som kan framträda som speciella behov. God etisk vård förutsätter därmed en medvetenhet om balansen mellan patientens vårdbehov och optimal vårdintensitet hos vårdledaren och vårdaren. Ett etiskt ledarskap beaktar patientens behov och strävar efter en arbetssituation med optimal vårdintensitet och optimal resursallokering så att den goda vården kan bli möjlig.³⁷¹

369 Se kap 4.3;7.

370 Se kap. 3.4; kap 4.4.

371 Figur 4 En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet



Figur 4 En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet

Etiska utmaningar och dilemman kan uppstå i det dagliga arbetet med den äldre i situationer som bristande medvetenhet hos vårdaren, avsaknad av tillräcklig kunskap om den äldre, överlag bristande kunskaper i gerontologi och geriatri samt vid obalans mellan behov och resurser, vårdintensitet och resurser är inte i balans. God vård förutsätter härmed möjligheter att i ord och handling förhålla sig i enlighet med etiska värden.

Vilja att handla etiskt samt frihet att fatta beslut som stöder god vård ur ett etiskt perspektiv har sin grund i ett etiskt ledarskap. Personens ethos i kombination med en god yrkesetik förebygger de negativa effekter som kan uppstå hos vårdaren när hennes övertygelse om vad som är god vård inte möjliggörs.

Etikens närvaro i det dagliga vårdarbetet knyts samman genom ansvar, ansvar att föra etiska diskussioner, reflektera och fatta beslut i ljuset av vårdandets ethos. Teorimodellen bedöms vara av universell karaktär. Den humanvetenskapliga forskningstraditionen ger utrymme för fortsatt utveckling och skapande av ny kunskap, vilket kan ses i den rörelse som ständigt pågår mellan hörnstenarna.

8. DISKUSSION

Detta kapitel utgör en avslutande diskussion med tillhörande kritisk granskning. Kritisk granskning innebär en bedömning av relationen mellan kunskapsbehållning och dess giltighet. Granskandet har gjorts som en hermeneutisk reflektion med hjälp av Larssons³⁷² kvalitetskriterier för giltighet.

8.1 Kompositionell helhet

Kunskapssökandet har sin grund i vårdandets ethos, etik och ontologi som den presenteras inom den vårdvetenskapliga caringtraditionen. Vårdvetenskap, närmare bestämt caritativ vårdetik, har angett tonen för forskningsprocessen. Därigenom bildas en harmonisk samstämmighet mellan del, helhet och del. Det vårdvetenskapliga grundmönstret har angett ramen för forskningen och den övergripande metodologin är hypotetiskt-deduktivt med ett hermeneutiskt närmelsesätt. Enligt Larssons tankegångar³⁷³ är det presentationen som reflekterar helhetens kvalitet och synliggör kunskapsbehållningen, vilket i denna studie består av vårdandets ethos och vårdintensitet. Forskningsarbetet som helhet belyses i forskningsdesignen.³⁷⁴ och etiska aspekter granskats.

Delarna presenteras som delstudier i artikelform för att slutligen sammansmälta med resultatet från delstudierna till en syntes som presenteras som nya tolkningsmönster, som utgör teorimodellens förståelsehorisonter. Teorimodellen består av fyra hörnstenar som bär upp vårdandets ethos i det dagliga vårdarbetet. Genom den hermeneutiska rörelsen och i den didaktiska spänningen binds hörnstenarna samman till en hållbar helhet. Sökandet efter det sanningslika har skett med hjälp av ett teoretiskt närmelsesätt. I närmelsesättet finns både en intuitiv och deduktiv logik som hjälpt mig att betrakta världen utifrån nya infallsvinklar och gett materialet utrymme att växa.

8.2 Kunskapssökande och perspektivmedvetenhet

För att fånga det komplexa och dynamiska som kännetecknar vårdandets värld utöver det som av tradition ansetts omätbart och icke observerbart förutsätter en öppen kunskapssyn och ett närmelsesätt som betjänar ändamålet. Syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet har formulerats av såväl mätbar som omätbar kunskap. Den mätbara kunskapen har skapats genom att ange vårdbehov och resurser i form av poäng, vilka utgör kunskapsfragment eller symboler för det som kallas vårdintensitet men innebörden i symbolerna avslöjas först när symbolspråket avslöjas, när symbolerna sätts in i en kontext med

372 Larsson, 1993.

373 Larsson, 1993.

374 Figur 1 Forskningsdesign

sitt speciella språk och perspektiv och det uppstår en dialog mellan det mätbara och det omätbara. Ett av syftena med avhandlingen var att skapa en teorimodell som skulle beskriva syntesen mellan vårdandets ethos och vårdintensitet i det dagliga arbetet med den äldre.

8.3 Kunskapsgenerering

Den modellskapande fasen har föregåtts av fördjupning av fenomenet ”etisk vård” för den äldre ur ett vårdvetenskapligt perspektiv samt en klarläggning av begreppet vårdintensitet ur ett vårdadministrativt perspektiv. Den äldres etiska önskaner och förväntningar har även beskrivits med teori om gerotranscendens. Vårdandets ethos kartlades med hjälp av en enkät bestående av fem kategorier indelade dels i ideal och dels i möjligheter.

Sökandet har tidvis varit krävande. Stundtals har siktet skymts av dimma och en klar ansats har plötsligt förbytt till ett kreativt kaos. Kreativt kaos har bl.a. uppstått i samband med analys av ISAEC-instrumentets resultat. Enbart användandet av enkät som datainsamlingsmetod visade sig vara otillräckligt, om delstudie I skulle göras om skulle en kombination av metoder som till exempel enkät och deltagande observation kunna vara en framkomlig väg för att få svar på en del av dem ”varför” som ställdes i analys- och tolkningskedet. ISAEC-instrumentet som sådant var ett nytt instrument som utvecklats för att kartlägga vårdarnas vårdsyn som etiska ideal och möjligheter. Den ursprungliga tanken var att resultatet från del 1 i enkäten skulle kunna jämföras med material från del 2 och på så sätt skulle eventuella samband mellan ideal och möjligheter avslöjas. Detta lät sig inte göras och jag var tvungen att finna alternativa lösningar. Datamaterialet kom därmed att analyseras med Bayesianska nätverk som metod. En intressant upptäckt i samband med skapande av kluster och noder var metodens förmåga att förbättra instrumentets struktur och samtidigt avslöja nodernas inbördes relation på ett nytt sätt.

Materialet var relativt litet, vilket begränsade testning av ISAEC-instrumentets validitet och reliabilitet. Cronbachs alfa koefficient för att testa instrumentets inre konsistensreliabilitet (internal consistency) kan anses tillfredsställande. En omstrukturering av ISAEC-instrumentet enligt de kluster med underliggande noder som genererades i delstudie II kunde vara av intresse vid fortsatt utveckling av ISAEC-instrumentet. Itemen och itemstrukturen visar på potentiella möjligheter att guida vårdledaren vid hans eller hennes dagliga ledarskap. Därmed kunde instrumentets användningsområden utökas från att vara ett datainsamlingsinstrument vid forskning till att vara ett instrument som kunde användas vid organisationsutveckling och personalutveckling.

För att beskriva data med hjälp av Bayesianska nätverk inom den vårdvetenskapliga och vårdadministrativa forskningen har visat sig vara användbart³⁷⁵

375 Tervo-Heikkinen, 2009, har bl.a. använt sig av BBN i sin studie.

men bör ännu vidareutvecklas. I delstudie III och fyra har jag använt mig av instrument som tidigare använts inom sjukhusvård. RAFAELA-systemets validitet och reliabilitet samt PAONCIL-metodens förmåga att fastställa optimal vårdintensitet per vårdare har inom sjukhus vård visat sig vara både tillförlitligt och användbart. Metoden, som sådan testades första gången i samband med föreliggande studier inom äldreomsorg och speciellt inom öppen vård. Resultaten som de beskrivs i delstudie III och fyra kan anses tillfredsställande. Tidvis var det kaotiskt för informanterna att följa riktlinjer som utarbetats inom sjukhusvård i form av en manual för RAFAELA-systemets användare.³⁷⁶

Processen med att fastställa optimal vårdintensitet var stundtals mycket krävande. Fastställande av optimal vårdintensitet inom äldreomsorg ingick i ett större utvecklingsprojekt och under utvecklingsprojektets gång framkom data som inte dokumenterades. Dessa data hade varit av stort intresse för det fortsatta forskningsarbetet. Idag hade jag gärna sett att materialet hade funnits tillgängligt för att ytterligare fördjupa tolkningsprocessen.

8.4 Kunskapsbehållning

Efter analys och tolkning av materialet insamlat med ISAEC-instrumentet kom vårdandets ethos att bestå av fyra kategorier som beskrev vårdandets ethos med underliggande entiteter samt av fem kategorier med underliggande entiteter som refererade till ett etiskt förhållningssätt i både ord och handling. Begreppen värdighet, gemenskap, trygghet och integritet kan förstås mot antaganden om caritativ vårdetik³⁷⁷. Inom äldrevårdskontext har forskning visat att samma begrepp varit centrala etiska begrepp för vårdens kvalitet.³⁷⁸ De underliggande entiteterna är till karaktären mångdimensionella och komplexa. En vårdande relation hör samman med vårdgemenskap och utan en vårdande relation skapas ingen vårdgemenskap. Begreppet ansvar relaterar till en vårdande relation. Vårdgemenskap kan även härledas till vårdvetenskapens meningssammanhang, och människans värdighet utgör ett av vårdvetenskapens grundläggande axiom.³⁷⁹

Begreppen närhet eller distans, stillhet, livstillfredsställelse och delaktighet kan förstås utgående från Tornstams teori om gerotranscendens.³⁸⁰ Högklassig vård utgår, enligt Vaarama,³⁸¹ från ett personcentrerat perspektiv. Vårdgemenskap kan påverkas av vårdarens attityd till den äldre, till människans behov

376 Frilund & Fagerström, 2009b.

377 Eriksson, 2002 b, 61–65; 2003 a, 21–33; 2003 b, 3–20; 2009, 35–80; Eriksson & Lindström, 2009, 9–13; Lindström, m.fl., 2006, 191–223; Arman & Rehnsfeldt, 2006, 4–12; Råholm m.fl., 2002, 4–13; Rehnsfeldt & Eriksson, 2004, 265–272. Fredriksson & Eriksson 2003, 138–147, se kap 4:1.

378 Andberg m.fl., 2007, 635–643; Baillie, 2009, 22–29; Clarke, Hanson & Ross, 2003, 679–706; Randers m.fl., 2002, 416–430; Randers & Mattiasson, 2004, 63–71; Suhonen, R. m.fl., 2010, 337–352; se även kap. 3.

379 Se kapitel 4.

380 Hyse, & Tornstam, 2009; Tornstam 1997 a; 1997 b:117–131; 1997 b.

381 Vaarama, M, 2002, 11–17, se även McCormack m.fl., 2003, 12, 679–706.

av medmänsklighet och barmhärtighet. Synen på medmänsklighet och barmhärtighet är nära relaterad till vårdarnas attityd till en vårdande relation, den äldres behov av stillhet, ett patientorienterat arbetssätt samt synen på begreppet värdighet.³⁸² Begreppen integritet och respekt är nära relaterade till begrepp som delaktighet och autonomi. Enligt Anderssons syn på integritet innebär integritet respekt för patienten, hans eller hennes hälsotillstånd, behov och sårbarhet.³⁸³ Mot denna bakgrund samt mot diskussionen om god vård i det dagliga vårdarbetet³⁸⁴ ges kategorierna med underliggande entiteter legitimitet som grundläggande värden för det dagliga vårdarbetet.

Utgångspunkten i avhandlingen är att etik och ansvar hör ihop³⁸⁵ och genom medmänsklig kärlek och barmhärtighet ges ansvaret liv.³⁸⁶ Den teorimodell som vuxit fram under avhandlingens gång utgör en abstraktion av den verklighet som delstudierna avbildar. Den nya och tentativa teorimodellen bör genomgå vidare prövning genom fortsatt forskning, både inom äldrevården och i andra kontext. Förutom det resonemanget som fört fram till modellen har kunskap om verkligheten baserat på upplevd erfarenhet varit central. Van Gigch framhåller att byggandet av modeller gör att en del av den ontologiska evidensen går förlorad. Varje studie som görs om verkligheten är endast en del av den verklighet som studerats eftersom val av begrepp, metod och material är subjektiva val gjorda av forskaren.³⁸⁷ ”Sanningshalten” i alla modeller bör därför förstås med en viss modifikation.

I likhet med andra forskare inom hälsovetenskaperna och närliggande discipliner har jag fått ställa mig följande fråga: hur ska jag förklara verkligheten vars bild jag tror att jag tydligt kan se? Med andra ord hur kan syntesen mellan det goda vårdandet och vårdintensitet gestaltas i dess innersta väsen, utan att förlora fokus på patienten? Forskningens teorimodell bör ses som ett försök till denna gestaltning.

Den tidigare forskningen, teoretiska utgångspunkter samt de olika delstudierna visar att god vård i etisk bemärkelse skapas genom vårdandets ethos, den äldres vårdbehov grundade på etik, ett etiskt förhållningssätt samt professionellt ledarskap. Det förefaller finnas en koppling mellan äldre med långtgående kognitiv svikt och frågor som berör integritet, autonomi och delaktighet. Integritet och autonomi kan därför visa sig vara verkliga utmaningar i mötet med den äldres behov inom behovsområde sex och ett i OPC-instrumentet, speciellt om den äldre har långtgående demens.

Vårdandets ethos binds samman genom etisk diskussion och reflektion, som skapar ett samförstånd mellan vårdens olika aktörer. Vårdbehov kompletteras

382 Se delstudie II samt tabellerna i bilaga 3 som beskriver effekter inom ett kluster när betingelserna för en nod ändrat.

383 Se kap. 4.

384 Se kap 6, Överveit, J. 1998, Vaarama, M, 2002, 11–17; Vuotilainen m.fl. 2002, 79–82.

385 Blennberger, E. 2005, 9; Edberg, 2002, 108.

386 Se kap. 4.

387 Van Gigch, 2002, 2003a; 2003b.

med etiska önskingar och därmed ges etiken ett utrymme i samband med mätning av vårdintensitet. För att bedöma vårdintensitet behövs mätare som är tillförlitliga. RAFAELA-systemet innehåller element med vars hjälp det är möjligt att kommunicera rådande vårdintensitet samt vårdintensitet i relation till fastställda kvalitetskriterier. Därmed kan en vårdintensitets bedömning göras för att fastslå huruvida vården varit optimal. Information om optimal vårdintensitet ger vårdledaren tillräckligt med information för att han eller hon ska kunna göra en såväl långsiktig som kortsiktig strategisk planering, där etiska aspekter på den äldres vårdbehov integrerats.

I etiska diskussioner och reflektioner blir det centrala att avslöja eventuella motsättningar³⁸⁸ mellan det som sägs och det som görs.³⁸⁹ Det är inte hållbart att endast explicitgöra idealen utan att medvetet sträva till att dessa förverkligas. Den vårdvetenskapliga forskningen bör i framtiden mera fokusera på möjligheter för den goda vården. Blennberger skiljer mellan ordvärden och värden som uttrycks i handlingar eller strukturer. Diskrepansen mellan ord och handling ser han som ”dubbelmoral”, men samtidigt hävdar han att denna dubbelmoral alltid finns närvarande om man inte är antingen ett helgon eller etiskt likgiltig. Dubbelmoral kan anta olika karaktärer, ibland kan handlingarna ha högre klass än orden eller också har personen ett ordflöde av moraliska och politiska korrektheter, men i praktiken har de svag empati och kan ta sig rätt att sänka andra människors självkänsla genom nedlåtenhet och arrogans. Innebörden i den kritik som riktar sig mot den etiska retoriken kan vara att det sätts ut en dimridå över usel praxis med ett idealistiskt ord användning. Orden utgör försök till korrekt klingande rationaliseringar som döljer motsättningar i både samhälle och i grupper. Det är inte bara det etiska språkbruket som kan kritiseras utan även etiska ambitioner kan vara riskabla. Dylka ambitioner kan gynna uppkomsten av självutnämnda ”moraliska eliter”,³⁹⁰ som tar sig rätten att kritisera och underkänna andra.

En annan aspekt av etiska ambitioner är att de kan ge upphov till skuld-känslor och skulden blir *etikens skugga*.³⁹¹ Detta utgör också en utmaning för framtida vårdvetenskaplig forskning. Det är inte hållbart att endast explicitgöra idealen. Ett medvetet strävande efter att etiska ideal förverkligas, strävan att utveckla ny kunskap och kompetens samt metoder för att kunna förverkliga idealen, utgör viktiga utmaningar för den kliniska vårdvetenskapen. McCormack med flera³⁹² betonar att klinisk praxis måste förverkliga idealen och en personcentrerad vård. Något av detta resonemang kan ge en ökad förståelse för informanternas divergerade upplevelser. Dels har informanterna en uttalad

388 Eriksson, 2002, 28 påpekar att orden också kan nå fram som enbart döda ord eller tecken som kan informera och influera men vidrör inte människan eftersom de saknar ett väsen, en ande.

389 Blennberger, 2005, 26–28.

390 Blennberger, 2005.

391 Se Blennberger, 2005, 26–28.

392 McCormack m.fl., 2003, 620–634.

värdegrund som omfattas nästan till 100 % av informanterna samtidigt avslöjar informanterna att deras möjligheter till ett etiskt förhållningssätt är begränsat.

9. REFLEKTION

Debatten kring den äldres vård har intensifierats under senare år. I Finland har de politiska beslutsfattarna gått in för lagstiftande åtgärder för att den vägen garantera kvalitativt god vård för den äldre. Behov av lagstiftning framstod klart då kvalitetsrekommendationerna för den äldres vård inte nått önskad effekt. I lagen³⁹³ och i kvalitetsrekommendationerna³⁹⁴ betonas den äldres rätt till värdigt bemötande, autonomi, delaktighet och trygghet, etiska ideal som tydligt framträder i avhandlingen. Nu återstår att se huruvida de etiska ideal som fastställs i de nationella dokumenten kommer att omsättas i handling eller om den etiska diskussionen enbart framträder i vackra formuleringar utan praktisk evidens. En spännande fråga dyker upp i detta sammanhang: vad anses av beslutsfattarna som ”tillräckligt bra”? Vilken nivå på vården motsvarar de politiska beslutsfattarnas intentioner?

Kännetecknen på högklassig vård är att den utgår från patientens behov, önsknings och förväntningar samt ett vänligt och respektfullt bemötande av patienterna. Vänlighet och ett respektfullt bemötande börjar med ledarskap, där ledaren fungerar som ”vårdandets ambassadör” både internt och externt, men vårdledarens uppgift är även att skapa konkreta förutsättningar för vården och vårdarbetet genom att skapa balans mellan tillgängliga resurser och vårdintensitet. Ansvaret kan inte enbart ses som en professionell ledarskapsfråga. Det föreligger en klar spänning mellan det vårdvetenskapliga idealet och hälsopolitiska intentioner och i den tidigare forskningen³⁹⁵ framträder en tydlig konflikt mellan organisatoriska och politiska förväntningar och vårdarnas ideal. I ljuset av resultatet från föreliggande studie önskar jag definiera vårdledarens uppgifter enligt följande:

- 1) Vårdledarens uppgift är att skapa balans mellan den äldres vårdbehov och tillgängliga personella och materiella resurser, på samtliga vårdnivåer där den äldre vårdas.
- 2) Vårdledarens uppgift är att skapa förutsättningar och stöda vårdarnas kompetensutveckling, och engagemang samt bana väg för vårdandets ethos och ett etiskt förhållningssätt.
- 3) Vårdledarens uppgift är att återinför arbetsetik genom att arbeta och lära ut.³⁹⁶

393 Hälso- och sjukvårdslag 1326/2010; Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992; Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (i kraft från och med 1.7.2013).

394 Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4, Socialstyrelsen– Hälso- och sjukvårdsrapport, 2009.

395 Se kap. 3.

396 Jämför Koestenbaum där han diskuterar arbetsetik och ledarens kärnuppgifter att arbeta och lära ut.

I studien har diskuterats vad som kan anses som etiskt försvarbar vård; finns det en nivå på patientens möjligheter till integritet, värdighet, delaktighet och trygghet som kan anses tillräckligt bra? Genom att nöja sig med något som är "tillräckligt bra" är risken stor att visionen om det ideala går förlorad. En annan vinkling på frågeställningen kunde vara; huruvida resultatet kan ses som optimal i jämförelse med resurstilldelningen. Detta innebär att visionen bör hållas synlig för att ange riktningen samtidigt som det krävs medvetenhet om vad som är realistiskt möjligt. Sagt med Fagerströms ord: "vi vill mera än vi har realistiska möjligheter till".³⁹⁷ Problemformuleringarna ovan är svåra och komplexa. Har det i samband med lagstiftningsarbetet och rekommendationernas utformning diskuterats vilka realistiska möjligheter vårdaren har mot bakgrunden av de hälsopolitiska strategier som skisseras på nationell nivå i Finland. Är det möjligt att utveckla en sund, jämlik och rättvis hälsopolitik i kombination med ekonomiska sparåtgärder och stora strukturella förändringar?

Jag vill till slut lyfta fram några av de centrala resultat som framkom i studier. För det första vill jag nämna ISAEC-instrumentet som haft en central funktion vid insamlande av data. Instrumentet mäter etiska ideal och förhållningssätt genom självskattning gjorda av informanterna (vårdarna). Genom analys och tolkning av resultatet synliggörs den enskilda vårdarens idealbild och handlingsmönster men inte enbart den enskilda vårdarens utan hela arbetsgruppens attityder stiger fram. Härmed kan den rådande verkligheten beträffande personalens etiska attityder avslöjas för vårdledare på olika nivåer och förebyggande diskussioner inledas. Resultatet är inte generaliserbar men det visar ändå på hur ca 100 vårdare upplever sin situation.

För det andra visar etiska förhållningssätt och handlingar som de framträder i delstudie II på en modifierad version av ISAEC-instrumentet. Utgående från itemstrukturen som studien avslöjat är det sannolikt möjligt att formulera patientens etiska önsknings och förväntningar tillsammans med patientens vårdbehov. Genom att beakta etiska önsknings, förväntningar och vårdbehov breddas grunden för fastställande av optimal vårdintensitet. För att med större säkerhet säga hur detta ter sig behövs ytterligare forskning i ämnet. Jag ser det som ett viktigt tema för fortstätt vårdvetenskapliga forskning.

För det tredje visar delstudie III och fyra att optimal vårdintensitet kan fastställas med RAFAELA-systemet. Optimal vårdintensitet utgår från enhetens kriterier för vad enheten anser om god vård. Grunden för fastställande av kriterier finns i den ovan nämnda lagstiftningen och aktuella kvalitetsrekommendationer, i den vårdvetenskapliga teoriutvecklingen, professionsrelaterade principer och koder samt i varje enskild vårdarens vilja att ta ansvar i etiska frågor.³⁹⁸ Optimal vårdintensitet ger information om en situation på enheterna där behov och resurser är i balans. Vårdledaren har möjlighet att följa situatio-

³⁹⁷ Fagerström, 1999, 68.

³⁹⁸ Se även delstudie II.

nen, bedöma huruvida det råder balans mellan behov och resurser samt vidta nödvändiga åtgärder för att garantera goda arbetsförhållanden samt aktivera en etisk diskussion utgående från de resultat som mätningarna visat.

För det fjärde visar avhandlingen på kunskapens betydelse för vårdkvaliteten. I rekommendationerna för bemanning inom äldreomsorg finns politiskt fastslaget personaltätheten per patient. Tyvärr saknas rekommendationer om vilken kompetens denna personal bör ha. Användandet av personaltäthet kan ifrågasättas, eftersom personalresurserna bör utgå från kontinuerlig bedömning av patientens vårdbehov. I den tidigare forskningen var en stor orsak till etiska dilemman och utmaningar bristande kompetens hos personalen samt motstridiga attityder till vad som kunde anses etiskt försvarbart eller inte. Personalfrågan kommer att under de närmaste åren vara en stor utmaning inom äldreomsorg. Risken är stor att det kommer att saknas personal med utbildning för att ta hand om äldre. Varifrån ska personalen rekryteras om det inte finns några att rekrytera?

Vidare framkommer betydelsen av ett gott ledarskap för vårdens etiska kvalitet. För att vårdledaren ska bli den som enligt Koestenbaum både arbetar och lär ut, behöver han eller hon tillförlitliga och användbara instrument som har förmåga att guida dem i deras arbete. Begreppet vårdintensitet och definitionen av optimal vårdintensitet samt vårdarnas kunskap och kompetens att bedöma vårdintensitet, blir en levande realitet i den stund som vårdledaren börjar arbeta för att skapa realistiska möjligheter till ett etiskt förhållningssätt hos sin personal.

Avslutningsvis vill jag ställa frågan om vilka möjligheter bedömer vårdarna sig ha att handla etiskt i det dagliga vårdarbetet med den äldre. Trots att avhandlingen lämnar efter sig ett otal obesvarade frågor om etikens möjligheter i vården av den äldre, ger studien tillräckligt med insikter för att jag vågar påstå att det är skäl att fortsätta och fördjupa en etisk diskussion bland vårdpersonalen. Informanterna har visat vägen och lyft upp de etiska utmaningar som en etisk diskussion och beslutsprocess rimligen kunde starta ifrån. Integritet, existentiell och andlig tillväxt, förhållningssättet till äldre med långt gående kognitiv svikt är exempel på några viktiga entiteter. Andra entiteter är kraft och mod hos vårdaren att skapa kontinuitet i vården, främja den äldres autonomi samt utveckla förmågan att lyssna, för att nämna några exempel.

Detta resonemang är ett teoretiskt resonemang som ytterligare behöver empiriskt testas speciellt den presenterade teorimodellen. Min förhoppning är att modellen ovan aldrig blir färdig, utan att det ständigt pågår en rörelse mellan hörnstenarna för att nå en djupare kunskap och förståelse för dessa frågor eller att den etiska diskussionen inte stagnerar eller tystnar. Min dröm är att etisk diskussion och reflektion skulle upplevas som en gemensam angelägenhet för professionella vårdare, vårdledare sist men inte minst för dem som genom sina politiska beslut skapar möjligheter att utföra en värdig och trygg vård samt värnar om att beslut gynnar vårdgemenskap autonomi och delaktighet.

SUMMARY

This study is a study in the field of Caring science conducted within the research programs of clinical caring science and nursing administration. The kinds of knowledge expansion and theoretical formation outlined in this thesis have a hypothetic-deductive design. In accordance with humanistic tradition, the researcher applies an open and cross-boundary view on knowledge. The synthesis of caring science between caring ethos and nursing intensity evolves through a hermeneutic movement between understanding and interpretation, in the dialectic tension between thesis and antithesis. The ethos of caring is these of the study and the antithesis is nursing intensity.

The study had three main aims with corresponding research questions. The first aim was to deepen the understanding of caring ethos within the care of older people from the perspective of caring science. The research questions were which entities constitute caring ethos? In addition, which entities constitute an ethical manner?

The second aim was to deepen the understanding of nursing intensity within the care of older people, again from the perspective of caring science. The research questions were the following: what possibilities are there to measure the older person's care needs in terms of nursing intensity? In addition, what possibilities are there to establish a basis for good caring emanating from the older person's caring needs?

The third aim of the study was to create a theoretical model describing the synthesis between the caring ethos and nursing intensity. The research questions were which central entities does a theoretical model consist of when the aim is to support caring ethos as well as an ethical manner? In addition, which central entities describe the synthesis between caring ethos and nursing intensity?

Part I of the study focuses on caregivers' experiences of their possibilities to act in an ethical manner in their daily work with older persons. The study especially highlights the entities that the informants experienced as most difficult. Analysis and interpretation of these entities deepen the understanding of the possibilities of ethics in daily care work.

Part II of the study digs deeper into the knowledge of caring ethos as ideal and possibilities. The beforehand chosen values with underlying items, which also constitute the structure of the instrument was tested with the BBN-approach. This part of the study generated new clusters (categories) of ethical values and ethical possibilities with underlying entities (nodes). The potential dynamics within the clusters in case the conditions for an entity (node) changed was also tested.

Both part III and part IV of the study focus on the possibilities of measuring nursing intensity within the care of older people. As an example of nursing classification systems, The RAFAELA-system was used. In part, III of the study,

the validity, and reliability of the OPC-instrument within the context of care of older people were tested. In part, IV the focus was on the PAONCIL-system's ability to state the optimal level of nursing intensity within the care of older people. The result was interpreted and analyzed with the purpose of detecting ethically needs developing in the assessments of nursing intensity. The thesis applies the basic assumptions and starting points of nursing science developed at the faculty of nursing sciences at Åbo Akademi University.

Previous research shows that caregivers almost daily face ethical problems and challenges. The caregiver is aware about the ethics in the daily work but they lack realistic possibilities to act in an ethical manner in their daily work.

The synthesis of nursing science between caring ethos and nursing intensity took place in a process of creativity that resulted in six new patterns of interpretation. Good care is in constant movement and tension between the ethical and the unethical. Good care is always at risk of changing into more or less unethical care, despite good intention on behalf of the caregivers. In order to guarantee the older person of the future dignity, a caring community, and integrity in care, there is a need for an awareness of and responsibility for those entities than can become ethical problems and dilemmas. Good quality care lays in the hands of individuals, work teams and organizations, and so does a healthy staff with a well-defined value basis.

The model that describes the synthesis between caring ethos and nursing intensity, consist of four cornerstones such as caring ethics, wishes and anticipations, an ethical manner in words and action, and ethical leadership. *Good care* based on the values dignity, a caring community, safety, and integrity, receive their legitimacy through ethical awareness, and consent among caregivers. Ethical awareness deepens the understanding of wishes and expectations that may arise as special needs. Care thus requires an awareness of the balance between the patient's care need and optimal level of nursing intensity. An ethical leadership considers the needs of the patient and accepts nothing but a work situation where optimal nursing intensity and optimal resource allocation makes good care possible. The ethos of nursing meets nursing intensity when ethical wishes and expectations are tied together through ethical manners, and is supported and guided by good leadership.

Ethically good care requires affirmed ethical values among the caregivers and consent within the team of caregivers. The caregivers need a will and courage to see wishes and expectations that the older patient has. A prerequisite for these needs is that there is a balance between available resources and the patient's needs a balance that the good leader provides. The manners and actions that face the older person are dependent on a unified view on ethically good care by the completely caring community.

The care of older people faces great challenges due to the increase in the number of older people and the decrease in available personnel. Society glorifies economically principles, efficiency, and productivity, values that are hard

to combine with good care of older people. This field of work is commonly considered unattractive, knowledge is lacking, and recruiting staff is becoming increasingly challenging. Something needs to change, especially if we desire our elderly to be cared for by highly professional caregivers.

Highly professional care emanates from the patient's needs, wishes and expectations, and enables the patient to be met kindly and respectfully. Leadership is cue to kindness and respectful manners, a leadership where the leader constitutes an ambassador of care, both internally and externally. In addition, the care management creates concrete possibilities for care and care work, i.e. creates a balance between resources and nursing intensity. There is an evident tension between the ideal of nursing science and the intentions of health care politics, and research clearly shows the conflict between organizational and political expectations and the ideals of caregivers.

REFERENSER

- Aiken, L.H., Clarke, S.P. & Sloane, D.M. 2000. Hospital staffing, organization, and quality of care: national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, **14** (1), 5–13.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, **288** (16), 1987–1993.
- Aiken, L.H., Sean, P., Clarke, S.P. & Sloane, D. M. 2008. Supplemental Nurse Staffing in Hospitals. *Quality of Care Biometrics*, **33**, 159–174.
- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A-L. & Segersten, K. 2007. Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **59**, 635–643.
- Andersson, M. 1994. *Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling*. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Antonovsky, A.1987. *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. 2006. The Presence of Love in Ethical Caring. *Nursing Forum*, **41** (1), 4–12.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. 2007. The “little extra” that alleviates suffering. *Nursing ethics*, **14**, 372–84.
- Austgard, K.I. 2008. What characterizes nursing Care. A hermeneutical philosophical inquire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **22**, 314–319.
- Baillie, L.2009. Nurses’ views on dignity in care. *Nursing older people*, **21**, 22–29.
- Barnes, M. & Brannelly, T. 2008. Achieving care and social justice for people with dementia. *Nursing ethics*, 2008, **15**, 384–395.
- Bass, B. M. & Riggio, R.E. 2006. *Transformational leadership* (2: an uppl.) New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bass, B.M. 1985. *Leadership and Performance beyond Expectations*. New York, the Free Press. Adicision AF Macmillian. Inc.
- Bass, B.M. 1997. Does the transactional- transformational leadership paradigm transcend organizational and national boundaries? *American Psychologist*, **52**, 130–139.
- Berggren, I, & Barbosa da Silva, A. 2005. Core ethical issues of clinical nursing supervision. *Nursing and Health Sciences*, **7**, 21–28.
- Berggren, I., Bégat, I. & Severinsson, E. 2002. Australian clinical nurse supervisors’ ethical decision-making Style. *Nursing and Health Sciences*, **4**, 13–22.
- Blennberger, E. 2005. *Etik I socialpolitik och socialt arbete*. Lund, Studentlitteratur.
- Blomberg, K. & Sahlberg-Blom, E. 2007. Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, **16**, 244–54.
- Boisaubin, E., CHU, A. & Catalano, J. 2007. Perceptions of Long-Term Care, Autonomy, and Dignity, by Residents, Family, and Caregivers: The Houston Experience. *Journal of Medicine and Philosophy*, **32**, 447–464.
- Bondas, T. 2006. Pats to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, **14**, 332–339.
- Bondas, T. 2010. Nursing leadership from the perspective of Clinical Group supervision: a paradoxical practical. *Journal of Nursing management*, **18**, (4), 477–486.
- Borg, C. 2005. *Livstillfredsställelse hos äldre, särskilt med nedsatt funktionsförmåga samt informella vårdare. I relation till hälsa, självkänsla, sociala och ekonomiska resurser i ett svenskt och europeiskt perspektiv*. From the Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Grahns tryckeri, Lund.
- Brilowskig, A. & Wendeler, V. 2005. An evolutionary concept analysis of caring, *Journal of Advanced Nursing*, **50**, 641- 650.
- Brown Wilson, C. 2009. Developing community in care homes through a relationship-centered approach. *Health and Social Care in the Community*, **17**, (2), 177–186.
- Cameron, M.E., Schaffer, M. & Park, H. 2001. Nursing Students’ Experience of Ethical Problems and Use of Ethical Decision-Making Models. *Nursing Ethics*, **8** (5), 432–447.

- Council, I., 2001. The ICN code of ethics for nurses. *Nursing ethics*, **8**(4), 375–379. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21717942>.
- Cheung, R.B., Aiken, L.H., Sean P., Clarke, S.P. & Sloane, D.M. 2008. Nursing care and patient outcomes: international evidence. *Enferm. Clin.* **18** (1), 35–40.
- Clarke, A., Hanson, E. J. & Ross, H. 2003. The patient: enhancing the care of older people using a biographical approach, *Journal of Clinical Nursing*, **12**, 679–706.
- Cooper, S.A. & Coleman, P. 2001. Caring for the older person: an exploration of perceptions using personal construct theory. *Age and Ageing*, **30**, 399–402.
- Dahlqvist, V., Eriksson, S., Glasberg A-L., Lindahl, E., Lützen K., Strandberg, G., Söderberg, A., Sørliie, V. & Norberg A. 2007. Development of the Perceptions of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics*, **14**, 181–193.
- Davies, S., Ellis, L. & Laker, S. 2000. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *Journal of Clinical Nursing*, **9**, 127–136.
- Edberg, M. 2002. *Människans värdighet ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Akademisk avhandling. Åbo, Åbo Akademi förlag.
- Egede-Nissen, V., Jakobsen, R., Sellevold, G., & Sørliie V. 2012. Time ethics for persons with dementia in care homes. *Nursing ethics*, 1–10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22918063>.
- Enes, S.P.D. & Vries, K. 2004. A Survey of Ethical Issues Experienced by Nurses Caring for Terminally Ill Elderly People. *Nursing Ethics*, **11**, (2), 151–163.
- England, M. & Artinian, B. 1996. Salutogenic Psychosocial Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, **14** (3), 147–195.
- Eriksson, K. 1987 a. *Pausen*. Nordstedts förlag, Stockholm.
- Eriksson, K. 1987 b. *Vårdandets ide'*. Stockholm, Liber förlag.
- Eriksson, K. 1991. Pro Caritate, en lägesbestämning av caritativ vård. Åbo Akademi, Åbo.
- Eriksson, K. 1992. *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Eriksson, K. 1997. Understanding the world of the patient, the suffering human being – The new Clinical paradigm from nursing To Caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, **1**, 8–13.
- Eriksson, K. 2001 *Vårdvetenskapen som akademisk disciplin*. Vårdforskning 7, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Eriksson, K. 2002 a. *Den lidande människan*. Stockholm, Liber förlaget.
- Eriksson, K. 2002 b. Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*, **15**, 61–65.
- Eriksson, K. 2003 a. *Ethos*. I: Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (red.) Gryning II. Klinisk vårdvetenskap. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 21–33.
- Eriksson, K. 2003 b. *Klinisk vårdvetenskap*. i: Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (red.) Gryning II. Klinisk vårdvetenskap. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 3–20.
- Eriksson, K. 2007 a. Becoming through suffering– The path to Health and Holiness. *International Journal of Human Caring*, **11**, (2), 8–16.
- Eriksson, K. 2007 b. The theory of caritative caring: A vision. *Nursing Science Quarterly*, **20**, (3), 201–202.
- Eriksson, K. 2009. *Evidens- det sanna, det sköna, det goda och det eviga*. I: Martinsen, K. og Eriksson, K. Å se og Å innse, om ulike former for evidens. Akribe, Oslo, 35–80.
- Eriksson, K. 2010. Concept determination as part of the Development of knowledge in caring science. *Scandinavian journal of caring Sciences*, **24**, 2–11.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. 1997. Abduction– a way to deeper understanding of the World of caring. *Scandinavian Journal of Caring Science*. **11**, (4), 195–198.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. 1999. En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede*, **11**, 358–36.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. 2000. *Siktet, Sökandet, Slutandet om den vårdvetenskapliga kunskapen*. I: Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (red) Gryning. En vårdvetenskaplig antologi. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 5–18.

- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. 2003. *Klinisk vårdvetenskap. I: Gryning II. Klinisk vårdvetenskap.* Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, 3–20.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. 2009. Vårdvetenskap som caring Science. *Pro Terveys*, 4, 9–13.
- Eriksson, K. & Lindström, U.Å. 2007. *Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund – några grunddrag.* I Eriksson, K., Lindström, U.Å., Mättiläinen, D. & Lindholm, L. (red.) 2007. I hermeneutikens landskap. Gryning III, vårdvetenskap och hermeneutik. Enheten för vårdvetenskap Åbo Akademi. Multiprint, Vasa, 5–20.
- Fagerström, L. 1999. *The Patient's Caring needs– to understand and measure the unmeasurable.* Åbo, Åbo Akademis Förlag.
- Fagerström, L. 2000. *Det goda vårdandets grundplan som en syntes.* I Eriksson, K. & Lindström, U.Å. 2000. Gryning en vårdvetenskaplig antologi. Institutionen för vårdvetenskap Åbo Akademi, Multiprint Oy, Vasa, 115–137.
- Fagerström, L. 2009. Benchmarking by the RAFAELA Patient Classification system – a descriptive study of optimal nursing intensity levels. *Stud Health Technol Inform*, 146, 25–29.
- Fagerström, L. 2010. *Dialektik– en heuristisk möjlighet för vårdvetenskaplig forskning*, NCCS-KONFERENSEN, 14.4–16.4.2010, Vasa.
- Fagerström, L. 2011 a. *Avancerad klinisk sjuksköterska– Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis.* Lund, Studentlitteratur AB.
- Fagerström, L. 2011 b. The style of nursing leadership in hospitals is an independent risk factor for 30–day mortality of patients in acute care. *Evidence-Based Nursing*, 14, 57, doi: 10.1136/ebn1140.
- Fagerström, L. & Bergbom, I., 2010. The use of Hegelian dialectics in nursing science. *Nursing science quarterly*, 23(1), 79–84.
- Fagerström L., Bergbom Engberg, I., & Eriksson K. 1998. A comparison between patients' experiences of how their caring needs have been met and the nurses' patient classification– an explorative study. *Journal of Nursing Management*, 6, 369–377.
- Fagerström, L., Gustafson, Y., Jakobsson, G., Johansson, S. & Vartiainen, P. (2011). Sense (of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *Journal of Advanced Nursing*, 2011, 67 (6), 1305–1316.
- Fagerström, L., Nojonen, K. & Åkers, A. 2002. Metodologinen triangulaatio Paoncil-menetelmän sisällön validiteetin testaamisessa. *Hoitotiede*, 14, 18–191.
- Fagerström, L. & Rainio, A-K. 1999. Professional assessment of optimal nursing care intensity level: a new method of assessing personnel resources for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 369–379.
- Fagerström, L., Rainio, A-K., Rauhala, A. & Nojonen, K. 2000a. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 481–490.
- Fagerström, L., Rainio, A-K. Rauhala, A. & Nojonen, K. 2000 b. Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level A New Method for Resource Allocation as an Alternative to Classical Time Studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 97–104.
- Fagerström, L., & Salmela, S. 2010. Leading change: a challenge for leaders in Nordic health Care. *Journal of Nursing Management*, 18, 613–617.
- Fjetland, K.J. & Søreide, G.E. 2010. Ethical dilemmas: a Resource in public Health nurses' everyday work? *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(1), 75–83.
- Flemming, V. & Robb, Y. 2003. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian– based research method. *Nursing Inquiry*, 10, 113–120.
- Føllesdal, D. & Walløe, L. 2000. *Argumentasjonsteori, språk og vetenskapsfilosofi.* Universitetsforlaget: Oslo opplaga: 7.
- Fredriksson, L & Eriksson, K. 2003. The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*, 10, (2), 138–147.
- Frilund M, & Fagerström L. 2009 a. Managing the optimal workload by the PAONCIL method– a Challenge for nursing leadership in care of older people. *Journal of Nursing Management*; 17: 426–434.
- Frilund, M & Fagerström, L. 2009 b. Validity and reliability testing of the Oulu patient classification: instrument within primary health care for the older people. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 280–287.

- Frilund, M., Eriksson, K., Fagerström, L. & Eklund, P. 2013a Assessment of ethical ideals and ethical manners in care of older people. *Nursing Research and Practice*, 1–11.
- Frilund, M., Eriksson, K. & Fagerström, L. 2013b. The caregivers' possibilities of providing ethically good care for older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4/13.
- Gadamer, H-G. 1997. *Sanning och metod i urval*. Bokförlaget Daidalos, Göteborg.
- Geanellos, R. 1998. Hermeneutic philosophy. Part II: a nursing research example of the hermeneutic imperative to address fore structures/ pre-understandings. *Nursing Inquiry*, 5, 238–247.
- Glasberg, A-L. 2007. *Samvetsstress bidragande orsak till utbrändhet i vården*. Doktorsavhandling, Umeå University Medical dissertations, ISSN 0346-6612; 1101.
- Glasberg, A-L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, G., Sørli, V & Norberg, A. 2006. Development and Initial Validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics*, 13(6), 633–648.
- Grohar-Murray M. & Di Croce H.R. 2007. *Leadership and Management in Nursing*. Appleton & Lange, Stamford.
- Gustafsson, G., Eriksson, Strandberg F. & Norberg A., 2010. Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: a pilot study. *Nursing ethics*, 17(1), 23–38.
- Hancock, K., Chang, E., Chenoweth, L, Clarke, M, Carroll, A & Jeong, Y.H. 2003. Nursing needs of acutely ill older people. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (5), 507–516.
- Hegney, D., Plank, A. & Parker, V. 2006. Extrinsic and intrinsic work value: their impact on job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 24, 271–281.
- Helin, K. & Lindström, U.Å. 2003. Sacrifice: an ethical dimension of caring that makes suffering meaningful. *Nursing ethics*, 10 (4), 414–27.
- Hirsjärvi, S. 2008. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki, Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hyse, K. & Tornstam, L. 2009. *Recognizing Aspects of Oneself in the Theory of Gerotranscendence*. Online publication from The Social Gerontology Group, Uppsala. Intranet publication [tillgänglig online 16.3.2012].
- Isola, A., Backman, K., Vuottilainen, P. & Ruotsila, T. 2006. Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2480–2489.
- Jacobsen D.I. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbetet*. Studentlitteratur: Narayan Press, Danmark.
- Jakobsen, R. & Sørli, V. 2010. Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17, (3), 289–300.
- Jeong, S.Y.-S. & Keatinge, D., 2004. Innovative leadership and management in a nursing home. *Journal of nursing management*, 12 (6), 445–51.
- Jonasson, L-L. 2009. *Ethical values in caring encounters from elderly patients' and next of kin's perspective*. Linköping University Studies in Health Sciences Thesis No 107.
- Juthberg, C. Eriksson, S., Norberg A., & Sundin K. 2007. Perceptions of conscience in relation to stress of conscience. *Nursing ethics*, 14(3), and 329–43.
- Karterud, D. 2006. *The Ethical Act– Caring Ethics when Patients' Demands are Existential*. Doktorsavhandling. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Kasén, A. 2002. *Den vårdande relationen*. Doktorsavhandling. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Ketola, T., & Kuntz J. 2005. *Population ageing and its consequences in Finland– a review of current trends and debates*. Research Reports Series B, no. 21, University of Tampere.
- Koestenbaum, P. 1994. *Ledarskapsdiamanten*. Lund: Studentlitteratur. Original title: Leadership, The Inner-Side of Greatness. Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Lauritzen, S. L. & Spiegelhalter, D. J. 1988, Local computations with probabilities on graphical structures and their application to expert systems, *Journal of the Royal Statistical Society, Series B (Methodological)*, 50, (2), 157–224.
- Lauritzen, S. L., Thommesen Chr., & Andersen, J. B. 1990. A stochastic model in mobile communications. *Stochastic Processes and their Applications* 36, 165–172.

- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Schopp, A., Scott, P.A., Arndt, M. & Kaljonen, A. 2003. Perceptions of informed consent in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics*, **10** (1), 48–57.
- Levine, M.A., Wyania, M.K., Russell, P.M.S.J., Fleming, T.D.A., Donohue, S.K., Andersson, R.J., Sabin, J. & Emanuel, E. J. 2007. Improving Access to Health Care: A consensus Ethical Framework to Guide Proposals for Reform. *Hastings Center Report*, **37**, (5), 14–19.
- Lindström, U. Å & Lindholm, L. 2003. *Kontext och meningssammanhang* [I] Eriksson, K. & Lindström, U. Å (red) Gryning II Klinisk vårdvetenskap, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, 35–46.
- Lindström, U.Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J.E. (2006). *Katie Eriksson. Theory of Caritative Caring*. In Marriner Tomey, A.M. & Alligood, M.R. In: *Nursing Theorists and Their Work*. Sixth edition. Mosby, St. Louis, Missouri, 191–223.
- Mahlin, M. 2010. Individual patient advocacy, collective responsibility, and activism within professional nursing associations. *Nursing Ethics*, **17**, 247–254.
- Mamhidir, A-G, Kihgren, M. & Sorlie, V. 2007. Ethical challenges related to elder care. High-level decision-makers' experience. *BMC Medical Ethics*, **8**, 3, doi: 10. 1186/1472–6939–8.3.
- Martinsen, K. 2009. *Evidens- begrensede eller opplysende?* [I] Marinsen, K. & Eriksson, K. 2009. Å se og Å innse om olika former for evidens. Arkibe, Oslo, 81–165.
- Matilainen, D. 1997. *Ide 'mönster i Karin Neuman-Rahns livsgärning och författarskap- en idéhistorisk biografisk studie i psykiatrisk vård i Finland under 1900-talets första hälft*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Matilainen, D. 2000. *Kärlekens möjligheter- ett strövtåg i sökandet efter Caritas originals* [I] Eriksson, K. & Lindström, U.Å. Gryning En vårdvetenskaplig antologi. Vasa, Multiprint, 19–36.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., Lerdal, A. 2010. Exploring person-centeredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian J Caring Science*, **24**, 620–634.
- Melander-Wikman, A. 2008. Safety and privacy: elderly persons' experiences of a mobile safety alarm, *Health and Social Care in the Community*, **16** (4), 337–346.
- Morris R., MacNeela P., Scott A., Treacy P., & Hyde A. 2007. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, **57**, 463–471.
- Murphy K. 2007. A Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, **16**, 477–485.
- Muurinen, S. 2003. *Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa*. Acta Universitatis Tampereensis; 936, Tampereen Yliopisto, Tampere.
- Nayeri N.D. & Aghajana M. 2010. Patient 'privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nursing Ethics*, **17**, 167–177.
- Neederman, J, Buerhaus, P., Pankratz, V.S., Leibson, C.L., Stevens, S. & Harris, M. 2011. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The new England Journal of Medicine*, **364**, 1037–1045.
- Nielsen, K., Yarker, J., Brenner, S-O., Randall, R. & Borg, V. 2008. The impotence of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *The Journal of Advanced Nursing*, **63** (5), 465–475.
- Nordam, A., Torjuul, K. & Sorlie, V. 2005. Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, 1248–1256.
- Nordman, T. 2006. *Människan som patient i en vårdande kultur*. Åbo, Åbo Akademis förlag.
- Northouse, LL & Northouse, PG. 1998. *Health Communication*. Appleton & Lange, Stamford, Ct.
- Numminen, O., Van der Arend, A. & Leino-Kilpi, H., 2009. Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scandinavian journal of caring sciences*, **23**(2), 380–94.
- Nyberg, J.J. 1990. *A Caring Approach in Nursing Administration*. Colorado: The University Press of Colorado, 30–37, 65–66, 141–142.
- Nydén, K., Petersson, M. & Nyström, M. 2003. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments- obstacles to an active role in decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, **12**, 268–274.

- Nygård, L., Grahn, U., Rudenhammar, A. & Hydling S. 2004. Reflecting on practice: are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? Clients and occupational therapists' perceptions *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **18**,193–203.
- Nygren, A. 1982. *Mening och metod Prolegomena till en vetenskaplig religionsfilosofi och en vetenskaplig teologi*. Åbo Akademis kopieringscentral, Åbo.
- Nåden, D. & Eriksson, K. 2004. Moral. Attitudes in Nursing Care in Preserving Human Dignity. *Nursing Science Quarterly*, **17**, 86–91.
- Näsman, Y. 2010. *Hjärtats vanor, tankens välvilja och handens gärning. Dygd som vårdetiskt grundbegrepp*. Åbo, Åbo Akademis förlag.
- Ørverveit, J. 1998. *Evaluating Health Interventions: an Introduction to Evaluating of Health Treatments, Service, Policies, and Organizational Interventions*. Open University Press, Buckingham.
- Partanen, P. 2002. *Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. ISBN 951-781-938-2.
- Pattison, S & Wainwright, P. 2010. Is the 2008 NMC Code ethical? *Nursing Ethics*, **17**, (9), 9–18.
- Pauly B., Varcoe C., Storch J. & Newton L. 2009. Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. *Nursing Ethics*, **16** (5) 497–505.
- Pearl, J. 1986. Fusion, propagation, and structuring in belief networks. *Artificial Intelligence*, **29** (3), 241–288.
- Pearson, A., Vaughan, B. & FitzGerald, M. 2004. *Nursing Models for Practice*. Publication Butterworth-Heinemann.
- Pekkarinen, L. 2008. *Sambandet mellan stressfaktorer i arbetet och vårdkvaliteten vid långvarig institutionsvård för äldre* (The Relationships between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents). STAKES, Undersökningar 171. Helsingfors. Rapporten baserar sig på Pekkarinens doktorsavhandling med samma namn från Helsinki University Faculty of Social Sciences in January 2008.
- Perry M., Carpenter I., Challis D., & Hope K. 2003. Understanding the roles of registered general nurses and care assistants in UK nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 497–505.
- Pitkääho, T., Rynänen, O-P., Partanen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2011. Data- based nurse staffing indicators with Bayesian networks explain nurse job satisfaction: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, **67** (5), 1053–1066.
- Prescott, P. 1991. Nursing Intensity Needed Today for More than Staffing. *Nursing Economics*, **9**, 409-414.
- Prescott, P.A. & Seen, K. 1996. Measuring Nursing Intensity in Ambulatory Care Part II: Developing and Testing PINAC. *Nursing Economic*\$, **14**, 86–116.
- Prescott, P.A. & Soeken, K.L. 1996. Measuring Nursing Intensity In Ambulatory Care Part 1: Approaches to and Uses of Patient Classification Systems. *Nursing Economics*, **14**, 14–33.
- Provis, C. & Stack, S.2004. Caring Work, Personal Obligation, and Collective Responsibility. *Nursing Ethics*, **11**, 5–14.
- Pusa, A-K. 2007. *The Tight Nurse in the Right Place. Nursing Productivity and Utilization of the RAFAELA Patient Classification System in Nursing Management*. Kuopio: Kuopio University Publications E. Social. Sciences 147.
- Råholm, M-B., Lindholm, L. & Eriksson, K. 2002. Grasping the essence of the spiritual dimension reflected through the horizon of suffering: An interpretive research synthesis. *Australian Journal of Holistic Nursing*, **9** (1), 4–13.
- Rainio, A-K. & Ohinmaa, A.E. 2005. Issues in clinical nursing. Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the Rafaela-patientclassifications system– case study from the general wards of one central hospital. *Journal of Clinical Nursing*, **14**, 674–684.
- Randers, Mattiasson & A-C., I 2004. Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of advanced nursing*, **45**, (1), 63–71.
- Randers I., Olson T. & Mattiasson, A-C. 2002. Confirming Older Adult Patients 'Views of Who They Are and Would Like To Be. *Nursing Ethics*, **9**, 416–430.
- Rauhala, A. 2008. *The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing Case of the RAFAELA System*. Kuopio University publications e. Social sciences 159.

- Rauhala, A. & Fagerström, L. 2004. Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing*, **45**, 351–359.
- Rauhala A. & Fagerström L. 2007. Are nurses' assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of RAFAELA system. *Journal of Nursing Management*, **15**, 490–499.
- Rees, J., King, L. & Schmitz, K. 2009. Nurses' Perceptions of Ethical Issues in the Care of Older People. *Nursing Ethics*, **16** (4), 436–452.
- Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. 2004. The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **18** (3), 265–272.
- Roxberg, Å. 2005. *Vårdande och ickevårdande tröst*. Doktorsavhandling. Åbo: Åbo Akademi.
- Sacco-Peterson, M. & Borell, L. 2004. Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, **18**, 376–386.
- Salmela, S, Eriksson, K. & Fagerström, L. 2012 Leading Change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of Advance Nursing*, **68** (2), 423–433.
- Schopp, A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull M., Lemonidou, S., Scott, P. A., Arndt M. & Kaljonen, A. 2003. Perceptions of Informed Consent in the Care of Elderly People in Five European Countries. *Nursing Ethics*, **10**, 48–57.
- Singer, S. Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. 2009, Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health services research*, **44**, 399–421.
- Sivonen, K. 2000. *Vården och det andliga. En bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Doktorsavhandling, Åbo: Åbo Akademi.
- Snellman, I & Gedda, K.M. 2012. The value ground of nursing. *Nursing Ethics*, **19**, 714–726.
- Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4. *Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre*. Helsingfors: Universitetstryckeri.
- Socialstyrelsen– Hälso- och sjukvårdsrapport. 2009. *Vård av äldre med omfattande vårdbehov*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- Solum, E.M., Slettebø, Å & Hauge, S. 2008. Prevention of unethical actions in nursing homes, *Nursing Ethics*, **15**, 536–548.
- Spiegelhalter, D. J. & Lauritzen, S. L. 1990. Sequential updating of conditional probabilities on directed graphical structures. *Networks*, **20**, 579–605.
- Stenwall, E, Sandberg, J. & Eriksdotter M. 2007. Encountering the older confused patient: professional Careers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **21**, 515–522.
- Suhonen R, Stolt, M., Puro, M., Leino-Kilpi, H. 2010a. Individuality in older people's care– challenges for the development of nursing and nursing management. *Journal of nursing management*, **19** (7), 883–896.
- Suhonen, R., Stolt, M., Launis, V. & Leino-Kilpi, H. 2010 b. Research on ethics in nursing care for older people: A literature review. *Nursing Ethics*, **17**, 337–352.
- Suhonen, R., Gustafsson, M., Katajisto, J., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2011 a. Nurses' perceptions of individualized care. *Journal of Advanced Nursing*, **66**, (5), 1035–1046.
- Suhonen R, Papastavrou, E., Efstathiou, G, Tsangari, H, Jarosova, D, Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z, & Merkouris.A. 2011 b. Patient satisfaction as an outcome of individualized nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 284–303.
- Suhonen, R, Stolt, M, Puro, M & Leino-Kilpi, H. 2011c. Individuality in older People care– Challenges for the development of nursing and nursing management. *Journal of Nursing Management*, **19**, (7), 883–896.
- Sävenstedt, S., Sandman, P.O. & Zingmark, K., 2006. The duality in using information and communication technology in elder care. *Journal of advanced nursing*, **56** (1), 17–25.
- Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2007. Nurses perceptions of older patient's integrity in long-term institutions. *Skandinavian Journal of Caring Science*, **21**, 490–499.
- Tervo-Heikkinen, T., Kiviniemi, V., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Nurse staffing levels and nursing outcomes: a Bayesian analysis of Finnish registered nurse survey data. *Journal of Nursing Management*, **17**, 986–993.

- Thorsell, K.B.E., Nordström, B.M., Nyberg, P. & Sivberg, B.V. 2006. Can care of the elderly be measured? A method for estimating the individual care of recipients in community health care. *BMC Geriatrics*, **6**, 1–6.
- Thorsell, K. B. E., Nordstrom, B. M., Fagerström, L. & Sivberg, B.V. 2010. Time in Care for Older People Living in Nursing Homes. *Nursing Research and Practice*, 1–10.
- Tornstam, L., 1994, *Gerotranscendence– A Theoretical and Empirical Exploration*, I., Eisenhandler, S.A. Aging, and the Religious Dimension, Westport: Greenwood Publishing Group.
- Tornstam, L., 1996, Caring for Elderly. Introducing the theory of gerotranscendence as a supplementary frame of reference for the care of elderly, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **10**, 144–150.
- Tornstam, L.1997 a. Gerotranscendence: The complemptative Dimension of Aging. *Journal of Aging Studies*, **11**, 143–154.
- Tornstam, L.1997 b. Life Crises and Gerotranscendence, *Journal of Aging and Identity*, **2**, 117–131.
- Tornstam, L. 2005. *Gerotranscendence– a developmental theory of positive aging*, Springer Publishing Company, New York 2005, ISBN 0-8261-3134-4.
- Tornstam, L. 2011. Maturing into Gerotranscendence. *The Journal of Transpersonal Psychology*, **43**, 166–180.
- Tuttun, E. M.M. 2004. Patient partipation on award for frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, **50**, 143–152.
- Vaarama, M. 2009. Care-related quality of life in old age. *European Journal of Ageing* **6**, (2), 113–125.
- Vaartio, H. 2008. *Nursing Advocacy– a concept clarification in context of procedural pain care*. Medica– odontologica. Ser D, Osa-Tom, 826, Turun Yliopisto: Turku, 14–20.
- Vaartio, H. & Leino-Kilpi, H. 2005. Nursing advocacy– a review of the empirical research 1990–2003. *International Journal of Nursing Studies*, **42**, 705–714.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T. & Salanterä, S. 2006. Nursing Advocacy: How is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **20**, (3), 282–291.
- Wadensten, B. 2007 a. The theory of gerotranscendence as applied to gerontological nursing– Part I, *International Journal of Older People Nursing*, **2**, 289–294.
- Wadensten, B. 2007 b. the theory of gerotranscendence in practice: guidelines for nursing– Part II, *International Journal of Older People Nursing*, **2**, 295–301.
- Wadensten, B. 2007 c. Adoption of an innovation based on the theory of gerotranscendence by staff in a Nursing home– Part III, *International Journal of Older People Nursing*, **2**, 302–314.
- Wadensten, B. 2010. Changes in nursing home residents during an innovation based on the theory of gerotranscendence. *International Journal of Older People Nursing*, 108–115.
- Wadensten, B. & Carlsson M. 2001. A qualitative study of nursing staff members' interpretations of signs of gerotranscendence. *Journal of Advanced Nursing*, **41**, 635–642.
- Wadensten, B. & Carlsson, M. 2003 a. nursing theory views on how to support the process of ageing. *Journal of Advanced Nursing*, **42**, 118–124.
- Wadensten, B. & Carlsson, M. 2003 b. Theory – driven guidelines for practical care of older people, based on the theory of gerotranscendens. *Journal of Advanced Nursing*, **41**, 462–470.
- Van Gigch, J.P.1983. Epistemological questions raised by the metasytem paradigm. *Inter.Journal Man– Machine Studies*, **20**, 501–509.
- Van Gigch, J. P. 1985a. The metasytems paradigm as a new hierarchical theory of organizations. *General Systems Yearbook of the Society for General Systems Research*, Vol. XXIX, 1985–1986, 22.
- Van Gigch, J. P. 1985b. *Applying the metasytem paradigm to improve our knowledge about knowledge*. In de Zeeuw, 1985, op. cit., 1985b.
- Van Gigch, J. P. 1986. *The metasytems paradigm as a new hierarchical theory of organizations*. *General Systems Yearbook of the Society for General Systems Research*, Vol. XXIX, 1985–1986, 22.
- Van Gigch, J.P.B.1990. Systems science, the discipline of epistemological domains, contributes to the design of the intelligent global web. *Behavioral Science*, **35**, 122–137.
- Van Gigch, J. 1991. *System Design modeling and metamodelling* . Plenum Press, New York, 61–101.

- Van Gigch, J.P. 2002. Comparing the Epistemologies of Scientific Disciplines in Two Distinct Domains: Modern Physics versus Social Sciences. I the Epistemology and Knowledge Characteristics of Physical Sciences. *Systems Research and behavioral Science*, **19**, 199–203.
- Van Gigch, J.P. 2003 a. The Paradigm of the Science of Management. *Systems Research and Behavioral Science*, **20**, 499–506.
- Van Gigch, J.P. 2003 b. *Contemporary Systems Thinking Metadecisions: rehabilitating epistemology* . Kluwer Academic/ Plenum Publishers, New York.
- Van Niekerk, 2002, Hermeneutics and historical consciousness: An appraisal of the contribution of Hans-Georg Gadamer. *S. Afr. J. Philos.* **21**(4) 228–241.
- van Prost, I. 2000. *Professionell att vara etisk I sin hållning* [I] Eriksson, K, & Lindström, U.Å. Grynning En vårdvetenskaplig antologi. Vasa, Multiprint, 159–173.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. 2010. *Julkinen johtaminen*. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda.
- Vuotilainen, P., Isola, A., & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes– state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **18**, 72–8.
- Vuotilainen, P., Varaama, M, Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Sokeri, U.H. 2002. *Från helhetsbedömning till vård- och serviceplan*. I Stakes Handböcker 53, 79–82.
- Watson, J. 1990. Caring knowledge and informed moral passion. *Advances in Nursing Science*, **13**, (1), 15–24.
- Watson, J. 1999 *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. Sudbury, MA.
- Watson, J. 2003. Love and Caring Ethics of Face and Hand– An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity. *Nursing Administration Quarterly*, **27** (3) 197–202.
- Watson, J. & Smith, M.C. 2002. Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, **37**, (5), 452–461.
- Webster, C & Bryan, K. 2009. Older persons view of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of clinical nursing*, **18**, 1784–92.
- Wynne, M. & Lane, M. 2008. A partnership approach to leadership development for Directors of Nursing in Older People Ös services in Ireland– articulating the impact. 159–166.
- Yukl, G.A. 2006. *Leadership in Organizations* (6: e uppl.) Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Ågren Bolmsjö, I, Sandman, L. & Andersson, E. 2006. Everyday Ethics in the Care of Elderly People. *Nursing Ethics*; **13**: 249– 263.

Bilaga 1 ISAEC-instrument

Introduktion (följbrev) till informanterna XX. XX.X

I kommunens äldre **politiska program** (kommunen där studien genomfördes) definierar kommunen god vård utgående från följande kriterier:

individuell, var och en får vård enligt egen vilja, egna behov och önsningar, hemma eller på en institution, *värdig*, var och en blir bekräftad genom ett vänligt och medmänskligt bemötande, *trygghet* och gemenskap, genom att stöda och uppmuntra egna aktiviteter samt ge en innehållsrik dag, *-närhet och distans*,

I vården av de äldre i XXXXXX verksamhet utgör även ovanstående kriterier grunden för en kvalitativ god vård. ”Det goda vårdandet” skapas i vårdverkligheten av vårdare. Genom föreliggande undersökning vill vi kartlägga er uppfattning om ”det goda vårdandet”.

Vi önskar att ni tar er tid att fylla i enkäten genom att ringa in det svarsalternativ som bäst motsvarar era åsikter. Vi önskar att ni även tar er tid att kommentera och motivera era svar. Resultatet utgör en viktig grund för utvecklandet av vårdplanering och dokumentation inom äldreomsorgen och inte minst för att utvärdera ”det goda vårdandet”.

Svaren returneras i bifogat kuvert. Svaren kommer att behandlas konfidentiellt. Ditt svar vill vi ha senast den 26.3.2007

Projektgruppen för ”KLARA- projektet”

FRÅGEFORMULÄR

I Bakgrunds faktorer

II. Kvalitetskriterier för ”god vård” i det äldre politiska programmet

I. Individuell vård (kartläggning av ideal)

Bedöm hur väl nedanstående påståenden stämmer överens med dina egna värden om vad som kan anses som god individuell vård för den äldre.

Bedömningsnivåerna gäller för samtliga påståenden som kartlägger ideal

| <i>Inte alls av samma åsikt</i> | <i>Delvis av annan åsikt</i> | <i>Varken för eller emot</i> | <i>Delvis av samma åsikt</i> | <i>Helt av samma åsikt</i> | <i>Kan inte säga</i> |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |

Påståenden

A. Individuell vård innebär att se den äldre ses som en helhet bestående av kropp, själ och ande.

B. Individuell vård innebär att vården planeras och genomförs utgående från den äldres behov och önskningar.

C. Individuell vård innebär att ta i beaktande den äldres rätt att själv fatta beslut och forma sitt eget liv.

D. Individuell vård innebär att den äldre ses som en unik människa med unika behov.

E. En individuell vård innebär att den äldres upplevelser av sin hälsosituation och dess konsekvenser för den äldres livssituation tas på allvar.

För mig innebär individuell vård ytterligare:

II Hur väl du i ditt dagliga arbete har möjligheter att beakta den äldres individualitet i vården.

Ringa in det alternativ som bäst motsvarar dina realistiska möjligheter att ge individuell vård.

| | | | | | |
|---------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| <i>Aldrig</i> | <i>Ganska sällan</i> | <i>Ibland</i> | <i>För det mesta</i> | <i>Alltid</i> | <i>Kan inte säga</i> |
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>0</i> |

(svarsalternativen gäller för samtliga påståenden som bedömer vårdarnas upplevda möjligheter)

- A. Jag stöder den äldre att i egen takt och självständigt göra det han/hon har resurser till
- B. Jag lyssnar till den äldres önskemål, försöker på ett flexibelt sätt vårda i enlighet med dessa.
- C. Jag anpassar vården till de tider som den äldre önskar.
- D. Innan jag lämnar den äldre försäkrar jag mig om att den äldre är nöjd och upplever tillfredställelse med sin vård.
- E. Jag gör tillsammans med den äldre eller hans/hennes anhöriga upp den äldres vårdplan
- F. Jag ger den äldre möjligheter att delta i olika aktiviteter som utgår från den äldres egna intressen och önskemål.

Egna kommentarer:

2. Värdig vård

Bedöm hur väl nedanstående påståenden stämmer överens med dina egna värden om vad som kan anses som en värdig vård för den äldre.

- A. Värdig vård innebär att vårdpersonalen arbetar enligt en gemensam värdegrund där alla människors lika värde och lika rätt poängteras.
- B. Värdig vård innebär att den äldres integritet och okränkbarhet respekteras av vårdpersonalen.
- C. Värdig vård innebär att stöda den äldres tilltro till sina egna resurser och förmågor att själv forma sitt eget liv.
- D. En värdig vård innebär att som vårdare vara lyhörd för den äldres önsknin-
gar och behov samt bemöta den äldre med respekt och aktning.
- E. En värdig vård förutsätter att den äldre får sina grundbehov tillfredställda utgående från den äldres problem, behov och begär.

- F. En värdig vård innebär att den äldres livsåskådning möts med respekt av vårdpersonalen.

För mig innebär värdig vård ytterligare.

21- Beskriv hur väl du i ditt dagliga arbete kan beakta den äldres värdighet i vården.

Ringa in det alternativ som bäst motsvarar dina realistiska möjligheter att ge en värdig vård

- A. I mitt dagliga arbete skyddar jag den äldres integritet utan att kränka honom/henne genom att handla på ett etiskt sätt.
- B. Jag ser den äldre och bemöter den äldre som en vuxen person samt lyssnar till hans/hennes åsikter.
- C. Jag respekterar den äldres livsåskådning och skapar förutsättningar för den äldre att utöva sin tro.
- D. I samband med grundvården förfar jag på ett sådant sätt att den äldres värdighet inte kränks.
- E. Jag bemöter den äldre på ett sätt som stärker den äldres livslust och känsla av meningsfullhet.
- F. Jag tar mig tid att förklara för den äldre om sådant som berör hans/hennes vård.

3. Trygghet i vården

Bedöm hur väl nedanstående påståenden stämmer överens med dina egna värden om vad som kan anses som trygghet i vården för den äldre

- A. Trygghet i vården innebär att den äldre kan känna tillit och förtroende för vårdaren.
- B. Trygghet i vården innebär att den äldre skyddas från övergrepp och misshandel både i sitt eget hem och på institution.
- C. Trygghet i vården förutsätter en klar handlingsplan som säger hur vårdpersonalen ska handla om de misstänker att den äldre far illa i sitt hem eller på institution.
- D. Trygghet i vården innebär att den äldre har tillgång till information om sitt hälsotillstånd och olika vårdinsatser som berör dennes vård.

- E. Trygghet i vården innebär att den äldre vårdas av yrkeskunnig personal, en personal som tar ansvar samt har förmåga att engagera sig i vården av den äldre.
- F. Trygghet i vården skapas genom välkända rutiner och en känd personal
- G. Trygg vård innebär en miljö där förebyggande av fall och fallskador har beaktats.

För mig innebär trygghet i vården ytterligare:

31. Beskriv hur väl du i ditt dagliga arbete kan beakta den äldres trygghet i vården

Ringa in det alternativ som motsvarar dina realistiska möjligheter att i ditt dagliga arbete värna om den äldres trygghet i vården.

- A. När den äldre uppträder aggressivt i vårdsituationen bemöter jag den äldre så att han/hon kan känna tillit och förtroende för mig.
- B. Jag tar ansvar för att skydda den äldre om jag misstänker att denne på något sätt far illa i sitt hem eller på institution.
- C. Jag upplever mig ha tillräckligt med yrkesmässiga färdigheter för att ge den äldre en trygg vård.
- D. Jag känner ansvar och engagemang i vårdandet av den äldre.
- E. Jag kontrollerar noga innan jag lämnar den äldre ensam att ingenting finns i hans/hennes omgivning som kan skada den äldre.
- F. Jag deltar i utbildningar och tar del av ny kunskap för att upprätthålla min kompetens.

4. Gemenskap i vården

Bedöm hur väl nedanstående påståenden stämmer överens med dina egna värden om vad gemenskap i vården innebär.

- A. Gemenskap i vården skapas i relationen mellan vårdaren och patienten.
- B. Gemenskap i vården skapas av att den äldre upplever sig vara värdefull.
- C. Gemenskap i vården skapas av att vårdaren har ögonkontakt, lyssnar och uttrycker sig med respekt för den äldre.

- D. Gemenskap i vården skapas av handlingar som karaktäriseras av bl.a. värme, vila, respekt och tolerans.
- E. Gemenskap i vården skapas av att vårda den äldre på ett speciellt sätt så att den äldre upplever välbehag och tillfredsställelse.
- F. Gemenskap i vården är inte beroende av situationens natur, den kan uppstå vid matning, tvättning, vid terminalvård m.a.o. i mötet med den äldre.

För mig innebär gemenskap i vården ytterligare:

41. Beskriv dina möjligheter till vårdgemenskap med den äldre

- A. Jag önskar bevara kontinuiteten i vården, genom att längre perioder vårda samma patient och fördjupa gemenskapen med den äldre
- B. När jag är hos den äldre så är jag närvarande här och nu.
- C. Den tid jag har tillsammans med den äldre använder jag för att uppmuntra och arbeta tillsammans med den äldre så att han/ hon får erfara en känsla av välbehag.
- D. Vårdsituationen med svårt regredierade patienter använder jag mig av ömhet och beröring för att skapa en känsla av välbehag hos den äldre.
- E. Jag tar mig tid att lyssna till den äldre när han/hon vill prata om sitt liv.
- F. Jag skrattar, gråter och sörjer tillsammans med den äldre.
- G. Jag tar emot den uppskattning som den äldre vill visa mig i gengäld för den hjälp han/hon fått till exempel kaffe en kram vänliga ord etc.

5. Rätt till närhet och distans

- A. God vård förutsätter att man som vårdare har förmåga att visa den äldre att man bryr sig om honom/henne och samtidigt ge den äldre fysiskt, psykiskt och andligt utrymme.
- B. Sann närvaro skapas i en relation där vårdaren är både fysiskt och andligt närvarande, här och nu.
- C. Den äldre ska beredas möjlighet till en tid av avskildhet om den äldre så önskar.

Bilaga 2 Möjligheter till etiska handlingar och förhållningssätt

Tabell 2 Kategori 1: Möjligheter till individuell vård

| Möjligheter till individuell vård | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|----|---------------|----|--------|----|---------------|----|--------|----|------------|---|
| Kod | Verbal förklaring | Antal | Svarsalternativ | | | | | | | | | | Inget svar | |
| | | | Aldrig | | Nästan aldrig | | Ibland | | För det mesta | | Alltid | | n | % |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| A11 | Jag stöder den äldre att i egen takt och självständigt göra det han hon har resurser till | 105 | | 0 | 2 | 2 | 26 | 25 | 60 | 57 | 16 | 15 | 1 | 1 |
| B11 | Jag lyssnar till den äldres önskemål, försöker på ett flexibelt sätt vårda i enlighet med dessa. | 105 | | 0 | | 0 | 17 | 16 | 54 | 51 | 32 | 30 | 2 | 2 |
| C11 | Jag anpassar vården till de tider som den äldre önskar | 105 | | 0 | 9 | 9 | 42 | 40 | 49 | 47 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| D11 | Jag försäkrar mig om att den äldre är nöjd och upplever tillfredställelse med sin vård | 105 | | 0 | 1 | 1 | 12 | 11 | 31 | 30 | 59 | 56 | 2 | 2 |
| E11 | Jag gör tillsammans med den äldre eller hans/hennes anhöriga vårdplan | 105 | 25 | 24 | 28 | 27 | 27 | 26 | 9 | 9 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| F11 | Jag ger den äldre möjligheter att delta i olika aktiviteter enligt deras egna intressen | 105 | 5 | 5 | 17 | 16 | 29 | 28 | 36 | 34 | 16 | 15 | 2 | 2 |

Tabell 3 Kategori 2: Möjligheter till värdig vård

| Möjligheter till värdig vård | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---|---------------|---|--------|---|---------------|----|--------|----|------------|---|
| Kod | Verbal förklaring | Antal | Svarsalternativ | | | | | | | | | | Inget Svar | |
| | | | Aldrig | | Nästan aldrig | | Ibland | | För det mesta | | Alltid | | n | % |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| A21 | Jag skyddar den äldres integritet | 105 | | | | 0 | | | 41 | 39 | 58 | 55 | 2 | 2 |
| B21 | Jag ser, lyssnar och bemöter den äldre som en vuxen | 105 | | | | 0 | | | 35 | 33 | 63 | 60 | 2 | 2 |
| C21 | Jag respekterar den äldres livsåskådning och skapar förutsättningar för den äldre att utöva sin tro | 105 | | | | 0 | | | 35 | 33 | 63 | 60 | 2 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|---|---|
| D21 | Jag förfar i samband grundvården på ett sätt att den äldres värdighet inte kränks | 105 | 1 | 1 | 2 | 2 | 11 | 10 | 33 | 31 | 55 | 52 | 3 | 3 |
| E21 | Jag bemöter den äldre på ett sätt som stärker dennes livslust och känsla av meningsfullhet | 105 | | | | 0 | | | 33 | 31 | 67 | 64 | 3 | 3 |
| F21 | Jag tar mig tid att förklara och informera den äldre, | 105 | | | 1 | 1 | | | 44 | 42 | 44 | 42 | 5 | 5 |

Tabell 4 Kategori 3: Möjligheter till trygg vård

| | | Möjlighet till trygghet i vården | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------|----|---------------|----|--------|----|---------------|----|--------|----|------------|---|
| | | Svarsalternativ | | | | | | | | | | | | |
| Kod | Verbal förklaring | | Aldrig | | Nästan aldrig | | Ibland | | För det mesta | | Alltid | | Inget svar | |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| A31 | Jag bemöter den äldre så att han/hon kan känna tillit och förtroende för mig. | 105 | | 0 | 3 | 3 | 18 | 17 | 49 | 47 | 32 | 30 | 3 | 3 |
| B31 | Jag tar ansvar för att skydda den äldre från att på något sätt far illa i sitt hem eller på institution | 105 | | 0 | 4 | 4 | 14 | 13 | 27 | 26 | 54 | 51 | 6 | 6 |
| C31 | Jag upplever mig ha tillräckligt med yrkesmässiga färdigheter för att ge en trygg vård | 105 | 1 | 1 | 1 | 1 | 19 | 18 | 55 | 52 | 25 | 24 | 4 | 4 |
| D31 | Jag känner ansvar och engagemang i vårdandet av den äldre | 105 | | 0 | | 0 | 4 | 4 | 28 | 27 | 70 | 67 | 3 | 3 |
| E31 | En rädd och otrygg patient lämnar jag inte ensam * | 105 | 20 | 19 | 22 | 21 | 15 | 14 | 22 | 21 | 17 | 16 | 9 | 9 |
| F31 | Jag kontrollerar noga att ingenting finns i den äldres omgivning som kan skada | 105 | | 0 | 5 | 5 | 7 | 7 | 39 | 37 | 52 | 50 | 2 | 2 |
| G31 | Jag deltar i utbildning och tar del av ny kunskap för att upprätthålla min yrkeskompetens | 105 | | 0 | 3 | 3 | 18 | 17 | 49 | 47 | 32 | 30 | 3 | 3 |

Tabell 5 Kategori 4: Möjlighet till gemenskap i vården

| | | Möjlighet till gemenskap i vården | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |

| Kod | Verbal förklaring | Antal | Svarsalternativ | | | | | | | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---|---------------|---|--------|----|---------------|----|--------|----|------------|---|
| | | | Aldrig | | Nästan aldrig | | Ibland | | För det mesta | | Alltid | | Inget svar | |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| A41 | Jag önskar bevara kontinuiteten i vården, genom att längre perioder vårda samma patient | 105 | 1 | 1 | 4 | 4 | 26 | 25 | 45 | 43 | 25 | 24 | 4 | 4 |
| B41 | När jag är hos den äldre så är jag närvarande här och nu. | 105 | | | | 0 | 10 | 10 | 45 | 43 | 47 | 45 | 3 | 3 |
| C41 | Tiden tillsammans med den äldre använder jag till uppmuntra och stöd | 105 | | | 1 | 1 | 14 | 13 | 44 | 42 | 43 | 41 | 3 | 3 |
| D41 | Jag använder mig av ömhet och beröring för att skapa en känsla av välbehag | 105 | | | 6 | 6 | 17 | 16 | 45 | 43 | 34 | 32 | 3 | 3 |
| E41 | Jag tar mig tid att lyssna till den äldre när han/hon vill prata om sitt liv | 105 | | | | 0 | 10 | 10 | 47 | 45 | 44 | 42 | 4 | 4 |
| F41 | Jag skrattar, gråter och sörjer tillsammans med den äldre | 105 | | | 3 | 3 | 26 | 25 | 42 | 40 | 31 | 30 | 3 | 3 |
| G41 | Jag tar emot den äldres uppskattning | 105 | | | 3 | 3 | 14 | 13 | 38 | 36 | 47 | 45 | 3 | 3 |

Tabell 6 Kategori 5: Möjlighet till närhet och distans

| Möjlighet till närhet och distans | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---|---------------|---|--------|----|---------------|----|--------|----|------------|---|
| Kod | Verbal förklaring | Antal | Svarsalternativ | | | | | | | | | | | |
| | | | Aldrig | | Nästan aldrig | | Ibland | | För det mesta | | Alltid | | Inget svar | |
| | | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| A51 | Jag visar att jag bryr mig om den äldre utan att vara trängande | 105 | | | | 0 | 9 | 9 | 54 | 51 | 39 | 37 | 3 | 3 |
| B51 | Jag är lyhörd för om den äldre vill bli fysiskt vidrörd, | 105 | | | 3 | 3 | 8 | 8 | 41 | 39 | 51 | 49 | 2 | 2 |
| C51 | Jag utgår jag från den äldres intresse för sin hälsa och livssituation. | 105 | | | 3 | 3 | 15 | 14 | 47 | 45 | 36 | 34 | 4 | 4 |
| D51 | Jag försöker skapa förutsättningar för den äldre till stunder av stillhet | 105 | | | 3 | 3 | 9 | 9 | 37 | 35 | 52 | 50 | 4 | 4 |
| E51 | Jag förhåller mig professionellt och respektfullt | 105 | | | 2 | 2 | 11 | 10 | 40 | 38 | 49 | 47 | 3 | 3 |

Bilaga 3 Bayesianska nätverk av etiska ideal

Tabell 7 Fördelningsfunktion för kluster I: Värdighet

| Kluster I Värdighet | | Fördelningsfunktion | | | | | |
|---------------------|---------------------------------------------|---------------------|------|-----|---|---|-----|
| | värdighet innebär: | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| F4 | medmänsklig kärlek och barmhärtighet | 88,2 | 9,0 | 2,9 | | | |
| C5 | stunder av stillhet | 94,3 | 5,7 | | | | |
| E2 | se den äldres behov | 85,7 | 10,5 | 1,0 | | | 2,9 |
| B1 | respektera den äldres behov och önskningsar | 87,6 | 8,6 | 1,9 | | | 1,9 |
| E4 | känsla av välbefinnande | 87,1 | 12,4 | 0,5 | | | |
| C2 | främja de äldres resurser och egna förmåga | 85,7 | 10,5 | 2,9 | | | 1,0 |
| A2 | respektera den äldres unika värde | 94,3 | 2,9 | 1,0 | | | 1,9 |

Tabell 8 Förändringar i fördelningsfunktionen för kluster värdighet

| B Förändringar i fördelningsfunktionen när E4 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|--------|------|---|---|-------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| F4 | medmänsklig kärlek och barmhärtighet | - 11,51 | 1,91 | 9,59 | | | |
| C2 | främja de äldres resurser och egna förmåga | - 10,5 | - 8,06 | 12,1 | | | 6,46 |
| A2 | respektera den äldres unika värde | - 19,3 | 4,84 | 1,35 | | | 13,11 |

| C. Förändringar i fördelningsfunktionen när C2 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------|-------|-------|---|---|--|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| F4 | medmänsklig kärlek och barmhärtighet | - 9,03 | 11,32 | - 2,3 | | | |
| E4 | känsla av välbefinnande | 8,15 | - 9,5 | 1,36 | | | |

Tabell 9 Fördelningsfunktion för kluster II: Gemenskap

| Kluster II: Gemenskap | | Fördelningsfunktion | | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---------------------|------|-----|---|---|------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | miss |
| D4 | upplevelse av vård och omsorg | 88,2 | 9,0 | 2,9 | | | |
| A4 | vårdande gemenskap | 94,3 | 5,7 | | | | |
| B3 | Lyssna till den äldres önskningsar | 85,7 | 10,5 | 1,0 | | | 2,9 |

Tabell 10 Kluster III: Trygghet

| Kluster III: Trygghet | | Fördelningsfunktion | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------------|---------------------|------|-----|-----|-----|------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | miss |
| A3 | upplevelse av tillit | 99,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| E3 | professionella vårdare skapar trygghet | 96,0 | 3,0 | 0,0 | 1,0 | 0,0 | |
| D3 | trygghet innebär kunskap | 79,0 | 13,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,0 |

Tabell 11 Fördelningsfunktion för kluster IV: integritet

| Kluster IV Integritet | | Fördelningsfunktion | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|------|-----|-----|---|------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | miss |
| D1 | den äldre är unik med unika behov | 84,0 | 13,0 | 1,0 | | | 2,0 |
| B4 | okränkbarhet | 88,0 | 9,0 | 3,0 | | | |
| C3 | ansvara för den äldres trygghet | 89,0 | 6,0 | 2,0 | 2,0 | | 1,0 |
| C4 | respektfullt utfört vårdarbete | 95,0 | 4,0 | 1,0 | | | |

Bilaga 4 Bayesianskt nätverk av möjligheter till ett etiskt förhållningssätt

Tabell12 Kluster V: Möjligheter till värdig vård

| Kluster: <i>Möjligheter till värdig vård</i> | | Fördelningsfunktion | | | | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|------|------|-----|-----|------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | miss |
| D21 | ett enligt bemötande oberoende av den äldres hälsosituation | 63,8 | 31,4 | 1,9 | | | 2,9 |
| C21 | respekterar den äldres livsåskådning | 52,4 | 31,4 | 10,5 | 1,9 | 1,0 | 2,9 |
| A21 | iaktta den äldres värdighet | 55,2 | 39,1 | 3,8 | 1,9 | | |
| B21 | bemöter den äldre som en vuxen person | 63,1 | 32,2 | 3,7 | | | 1,0 |
| E21 | skapa ett meningsfullt liv för den äldre | 41,9 | 41,9 | 10,5 | | 1,0 | 4,8 |
| F21 | kontinuerlig information till den äldre | 27,6 | 44,8 | 18,1 | 3,8 | | 5,7 |

Tabell13 Effekt av fixering inom kluster: möjlighet till värdig vård

| Effekter på fördelningsfunktionen när D21 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|-------|------|--|------|--------|
| A21 | - 0,3 | 33,68 | 2,25 | | | - 1,9 |
| B21 | - 3,45 | 3,3 | 0,49 | | | - 0,34 |
| E21 | - 14,8 | 16,18 | 1,47 | | 0,37 | - 2,25 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när C21 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|-------|--------|--------|--|--------|
| B21 | - 8,91 | 8,85 | 0,44 | | | - 0,36 |
| F21 | - 18,53 | 24,94 | - 2,95 | - 0,78 | | - 2,68 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när A21 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|
| D21 | - 51,34 | 46,47 | 2,44 | | | 2,44 |
| B21 | 12,4 | - 7,64 | 0,4 | 1,9 | 0,95 | - 0,46 |
| E21 | - 45 | 46,59 | 1,14 | | - 1,72 | - 1,01 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när B21 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|-------|--------|------|--------|--------|
| D21 | - 2,2 | 3,21 | 0,28 | | | - 1,29 |
| C21 | - 6,53 | 8,63 | 0,63 | 2,05 | - 0,26 | - 2,61 |
| A21 | - 5,2 | 6,14 | 0,5 | | | - 1,44 |
| E21 | - 9,93 | 11,4 | 2,55 | | 0,53 | - 3,6 |
| F21 | - 16,06 | 24,67 | - 5,03 | 1,62 | | - 5,2 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när E21 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|-------|-------|--|--|--|
| D21 | - 20,91 | 15,54 | 4,47 | | | |
| A21 | - 36,37 | 20,45 | 15,91 | | | |
| B21 | - 36,46 | 15,51 | 18,57 | | | |

| Effekter på fördelningsfunktionen när F21 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------|-------|--------|---|--------|--------|
| C21 | - 9,78 | 17,47 | - 1,97 | 0 | - 0,95 | - 2,86 |
| B21 | - 17,21 | 17,77 | 0,23 | | | - 0,78 |

Tabell14 Kluster VI Möjlighet till delaktighet

| Kluster: <i>Möjlighet till delaktighet och autonomi</i> | | Fördelningsfunktion | | | | | |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------|---|---|---|---|---|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

| | | | | | | | |
|-----|-------------------------------------------|-------|-------|-------|------|------|------|
| C1 | frihet för den äldre | 77,14 | 18,1 | 1,9 | | | 2,86 |
| E1 | respektera den äldres beslut | 89,52 | 8,57 | 0,95 | | | 0,95 |
| D41 | visa den äldre kärlek och ömhet | 33,43 | 42,65 | 14,45 | 6,09 | | 3,38 |
| A41 | upprätthålla kontinuitet i vårdrelationen | 23,81 | 42,86 | 24,76 | 3,81 | 0,95 | 3,81 |
| F41 | delar den äldres sinnesstämning | 29,5 | 40 | 24,76 | 2,86 | | 2,86 |
| A11 | förstärka den äldres resurser | 15,24 | 57,14 | 24,76 | 1,9 | | 0,95 |
| G41 | ödmjukhet inför den äldre | 42,8 | 36,84 | 13,52 | 5,36 | | 1,47 |

Tabell15 Effekt av fixering inom kluster: möjlighet till delaktighet

| Effekter på fördelningsfunktionen när C1 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--|---------|--------|--------|--------|--|--------|
| E1 | | - 29,11 | 29,1 | | | | - 0,95 |
| D41 | | 6,94 | - 2,43 | - 2,11 | - 0,78 | | - 1,62 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när A41 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--|---------|-------|---------|--------|--------|--------|
| D41 | | - 6,8 | 13,18 | - 2,87 | - 2,16 | | - 1,36 |
| A41 | | - 23,81 | 57,14 | - 24,76 | - 3,81 | - 0,95 | - 3,81 |
| G41 | | 5,26 | 6,57 | - 10,89 | - 0,04 | | - 0,9 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när F41 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--|---------|------|--------|--------|--|--------|
| D41 | | - 2,73 | 6,68 | 1,68 | - 4,18 | | - 1,47 |
| A11 | | - 10,48 | 9,53 | - 0,95 | 0,48 | | 1,43 |
| G41 | | 6,08 | 5,55 | - 6,69 | - 4,41 | | - 0,52 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när A11 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--|--------|--------|--------|--------|--|------|
| D41 | | - 0,65 | - 0,13 | 0,31 | 0,04 | | 0,42 |
| F41 | | - 4,5 | 6,67 | - 4,76 | 0,47 | | 2,14 |
| G41 | | 0,12 | 0,48 | - 0,86 | - 0,26 | | 0,54 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när G41 fixeras till "4" = 100 % | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--|---------|--------|---------|--------|--------|--------|
| D41 | | - 0,3 | - 2,82 | 1,63 | 1,86 | 0 | - 0,36 |
| A41 | | - 4,19 | 7,64 | - 2,4 | 1,92 | - 0,56 | - 2,41 |
| F41 | | - 16,73 | 17,88 | 1,42 | - 0,79 | 0 | - 1,76 |
| A11 | | - 15,24 | 42,86 | - 24,76 | - 1,9 | 0 | - 0,95 |

| Effekter på fördelningsfunktionen när D41 fixeras till "3" = 100 % | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| C1 | | - 4,4 | 6,36 | - 1,14 | | | - 0,82 |
| E1 | | - 0,48 | 1,33 | - 0,6 | | | - 0,27 |
| A41 | | - 2,61 | 13,24 | - 7,06 | - 0,57 | - 0,52 | - 2,48 |
| F41 | | - 10,87 | 6,27 | 7,99 | - 1,79 | | - 1,57 |
| A11 | | - 3,31 | - 0,17 | 2,87 | 0,46 | | 0,15 |
| G41 | | - 1,9 | - 2,43 | 3,61 | 1,57 | | - 0,83 |

Tabell16 Kluster VII: Möjlighet till trygghet i vården

| Kluster möjlighet till trygghet i vården | | Fördelningsfunktion | | | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|------|------|-----|-----|-----|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| D31 | ta ansvar för den äldres inre trygghet | 66,7 | 26,6 | 3,8 | | | 2,9 |
| A31 | skapa trygghet i situationen | 30,0 | 47,0 | 17,0 | 3,0 | | 3,0 |
| B31 | förhindra att den äldre kommer till skada | 51,0 | 26,7 | 13,0 | 4,0 | 0,6 | 4,7 |

Tabell17 Effekt av fixering inom kluster: möjlighet till trygghet i vården

| Förändringar i fördelningsfunktionen när D31 "4" = 100 % | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------|------|-------|--------|-----|-------|
| A31 | - 19,29 | 3 | 22,3 | - 3 | 0 | - 3 |
| B31 | - 11,2 | 8,3 | 5,5 | - 1,82 | 3,1 | 1,18 |
| Förändringar i fördelningsfunktionen när A31 "4" = 100 % | | | | | | |
| D31 | - 1,7 | 1,6 | 0,1 | 0 | 0 | |
| B31 | - 2 | 10,7 | - 4,8 | - 4 | 0 | 5,1 |
| Förändringar i fördelningsfunktionen när B31 "4" = 100 % | | | | | | |
| D31 | - 8,6 | 8,6 | 0,4 | 0 | 0 | - 1,4 |
| A31 | - 22,6 | 19,7 | 8,9 | - 3 | 0 | - 3 |

Tabell18 Kategori: Möjlighet till vårdgemenskap

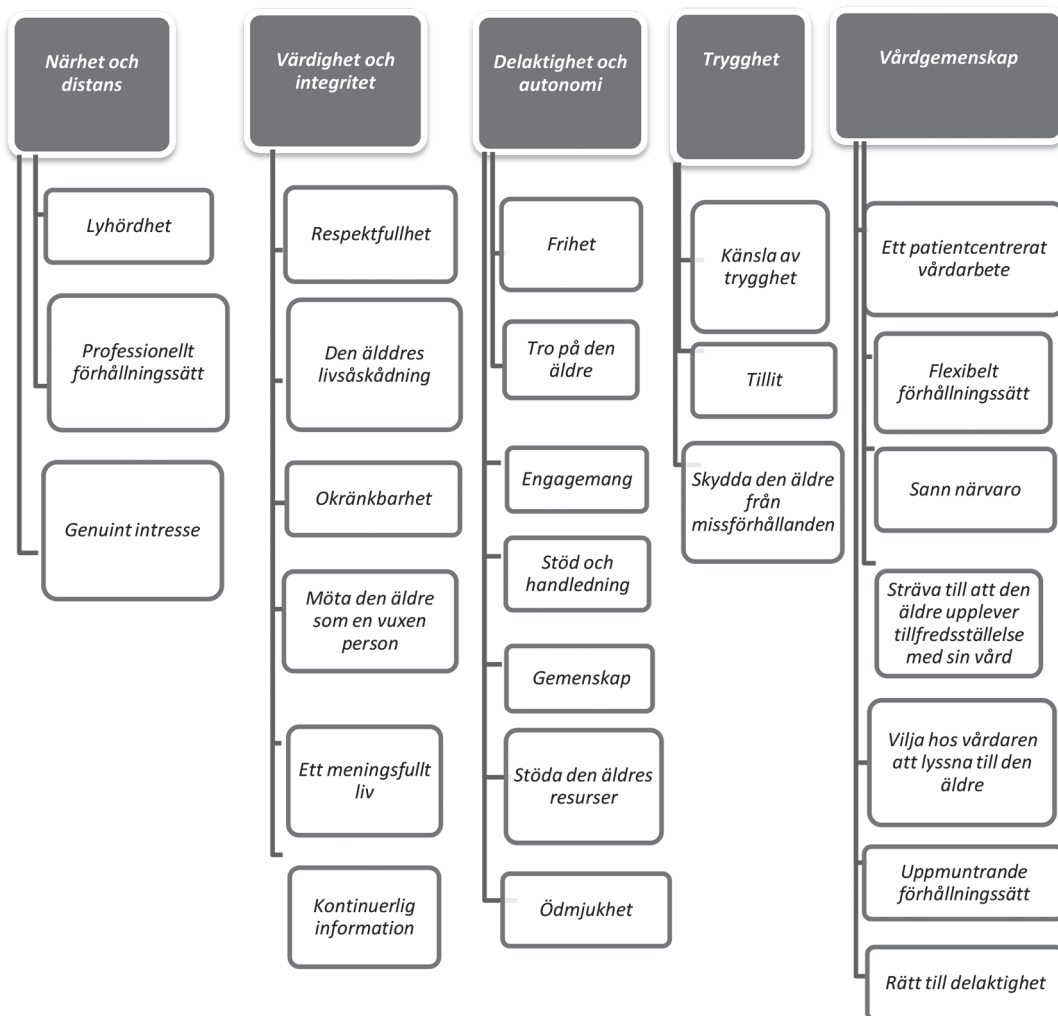
| Kluster: <i>möjlighet vårdgemenskap</i> | | Fördelningsfunktion | | | | | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| B11 | person- centrerad vård | B11 | 30,24 | 49,74 | 17,66 | | | 2,36 |
| E41 | lyssna till den äldre | E41 | 41,9 | 44,76 | 9,52 | | | |
| D11 | utvärdera den äldres tillfredsställelse med sin vård | D11 | 56,19 | 29,52 | 11,43 | 0,92 | | 1,9 |
| B41 | sann närvaro | B41 | 44,76 | 42,86 | 9,52 | | | 1,86 |
| C11 | flexibilitet | C11 | 4,56 | 45,86 | 41,67 | 6,47 | | 1,45 |
| C41 | stöda delaktighet | C41 | 40,95 | 41,9 | 13,33 | 0,95 | | 2,86 |
| F/E11 | respektera den äldres beslut | F/E11 | 3,81 | 13,33 | 34,29 | 29,52 | 10,48 | 8,57 |

Tabell19 Effekt av fixering inom kluster: möjlighet till vårdgemenskap

| Förändringar i fördelningsfunktionen när B11 "4" = 100 % | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------|--------|--------|--------|---|--------|
| E41 | - 7,75 | 11,84 | - 4,57 | 0 | 0 | 4,3 |
| D11 | - 7,89 | 9,92 | - 1,51 | - 0,71 | 0 | 0,24 |
| B41 | - 2,73 | 2,16 | - 0,4 | 0 | 0 | 1,97 |
| C11 | - 0,45 | - 0,53 | 0,37 | 0,57 | 0 | 0,03 |
| C41 | - 3,06 | 2,14 | - 0,22 | 0,18 | 0 | 0,97 |
| Förändringar i fördelningsfunktionen när E41 "4" = 100 % | | | | | | |
| B11 | - 12,91 | 13,16 | 1,89 | 0 | 0 | - 2,15 |
| D11 | - 2,39 | 1,38 | 1,8 | 0,29 | 0 | - 1,04 |
| B41 | - 4,55 | 4,79 | 2,62 | 0 | 0 | - 1,86 |
| C11 | - 0,13 | - 1,3 | 0,85 | 0,53 | 0 | - 0,08 |
| C41 | - 13,29 | 11,29 | 3,69 | 1,18 | 0 | - 2,86 |
| Förändringar i fördelningsfunktionen när D11 "4" = 100 % | | | | | | |
| B11 | - 11,78 | 16,7 | - 2,8 | 0 | 0 | - 2,36 |
| E41 | 0,64 | 2,09 | 0,16 | 0 | 0 | 0,93 |
| B41 | - 2,73 | 2,16 | - 0,4 | 0 | 0 | 1,97 |
| C11 | - 0,45 | - 0,53 | 0,37 | 0,57 | 0 | 0,03 |
| C41 | - 3,06 | 2,14 | - 0,22 | 0,18 | 0 | 0,97 |
| Förändringar i fördelningsfunktionen när B41 "4" = 100 % | | | | | | |
| B11 | - 2,72 | 2,52 | 0,73 | 0 | 0 | - 2,36 |
| E41 | - 2,72 | 5,01 | 0,57 | 0 | 0 | 0,95 |
| D11 | - 5,08 | 10,48 | - 2,54 | - 0,92 | 0 | - 1,9 |
| C11 | - 0,59 | 0,26 | 0,69 | 0,09 | 0 | - 0,46 |
| C41 | - 14,28 | 18,1 | 0 | - 0,95 | 0 | - 2,86 |
| Förändringar i fördelningsfunktionen när C11 "4" = 100 % | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------|--------|---------|--------|------|--------|
| B11 | 5,57 | - 0,57 | - 3,48 | 0 | 0 | - 1,52 |
| E41 | 2,21 | - 1,15 | - 1,25 | 0 | 0 | 4,01 |
| D11 | 14,17 | - 3,01 | - 10,58 | - 0,55 | 0 | 0 |
| B41 | 5,09 | 0,25 | - 5,82 | 0 | 0 | 1,47 |
| C41 | - 1,54 | 0,5 | 2,03 | - 0,05 | 0 | - 0,92 |
| F/E11 | - 3,55 | - 6,64 | 1,7 | 9,32 | 4,13 | - 4,97 |
| Förändringar i fördelningsfunktionen när C41 "4" = 100 % | | | | | | |
| B11 | - 2,81 | 2,53 | 0,23 | 0 | 0 | 0,05 |
| E41 | - 5,54 | 12,06 | - 2,7 | 0 | 0 | 0 |
| D11 | - 1,8 | 3,84 | - 0,53 | - 0,24 | 0 | - 1,22 |
| B41 | - 37,62 | 0 | 40,48 | 0 | 0 | - 1,86 |
| C11 | - 0,25 | - 0,09 | 0,49 | 0,09 | 0 | - 0,25 |
| Förändringar i fördelningsfunktionen när F11/E11 "4" = 100 % | | | | | | |
| C11 | 10,78 | 6,27 | - 20,76 | 2,29 | 0 | 1,41 |

Bilaga 5 Etiska möjligheter och underliggande noder.



Bilaga 6 Enkät för OPC validering

I TAUSTATIETOJA

Alleiviivaa tai täytä Sinua koskevia vaihtoehtoja

1. Koulutus Sairaanhoidtaja Perus/lähihoitaja Muu, mikä_____

2. Työsuhde

Vakinainen työntekijä/jatkuva työsopimus

Sijainen (vähintään 1 v. työkokemus)

3. Työkokemus 1-5 v. 5-10 v. 10–15 v. 15-v.

4. Kuinka kauan olet hoitosuuluokitellut potilaita OPC menetelmällä?

5. Työpaikka Kotisairaanhoidto

Päiväsairaala Vuodeosasto

II ARVIOINTI SIITÄ KUINKA HYVIN OPCq: N KUUSI OSA-ALUETTA KUNNALLE POTILAAN HOITOSUUTTA, ELI HÄNEN HOIDON TARPEITSA JA NIIHIN KUULUVIA HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMIÄ.

Kun vastaat seuraaviin kysymyksiin, Sinun on hyvä pitää perusohjeisto lähellä, voidaksesi syventyä siihen samalla kun vastaat kysymyksiin.

Ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa omaa näkemystäsi.

6. Kuinka hyvin hoitorisuusluokkien osa-alueet on kuvattu

Ei ollenkaan Osittain Melko hyvin Erittäin hyvin

Osa-alue 1:Hoidon suunnittelu ja koordinointi

Osa-alue 2:Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet

Osa-alue 3:Ravitseminen ja lääkehoito

Osa-alue 4:Hygienia ja eritystoiminta

Osa-alue 5:Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo

Osa-alue 6:Hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalien tuki

Perustele mielellään mielipiteesi (nimeä osa-alue, jota arviointisi koskee):

7. Puuttuuko mittarista mielestäsi joku osa-alue, voisiko jonkin osa-alueen liittää yllämainittuihin?

Kyllä Ei

Jos vastasit Kyllä, kirjoita ehdotuksesi tähän

8. Kuinka hyvin vaativuustasot A-D on kuvattu seuraavissa osa-alueissa?

Ei ollenkaan Osittain Melko hyvin Hyvin Erittäin hyvin

Osa-alue 1: Hoidon suunnittelu ja koordinointi

Osa-alue 2: Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet

Osa-alue 3: Ravitsemus ja lääkehoito

Osa-alue 4: Hygienia ja eritystoiminta

Osa-alue 5: Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo

Osa-alue 6: Hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalien tuki 1

Perustele mielellään mielipiteesi (nimeä osa-alue, jota arviointisi koskee):

9. Kuinka hyvin mittarin kuusi osa-aluetta yhdessä kattaa potilaan hoitoisuuden, ts. potilaan hoidontarpeen ja sen tyydyttämiseksi tehdyt hoitotoimenpiteet?

Ei ollenkaan Osittain Melko hyvin Hyvin Erittäin hyvin

Perustele mielipiteesi:

10. Kuinka hyvin kuusi osa-aluetta on erotettu toisistaan?

Ei ollenkaan Osittain Melko hyvin Hyvin Erittäin hyvin

Perustele mielellään mielipiteesi:

11. Miten käytännönläheinen; konkreettinen, mittari on kokonaisuudessaan?

Ei ollenkaan Osittain Melko hyvin Hyvin Erittäin hyvin

Perustele mielellään mielipiteesi:

12. Kuinka selkeä perusohjeisto on kokonaisuudessaan?

Ei ollenkaan Osittain Melko hyvin Hyvin Erittäin hyvin

Perustele mielellään mielipiteesi:

13. Kuinka selkeä perusohjeisto on seuraavissa kohdissa?

Ei ollenkaan Osittain Melko hyvin Hyvin Erittäin hyvin

a) perusohjeiston ohjeet ja menetelmät?

b) käytetyt käsitteet, sanat ja lauseet?

c) vaatimustasot A-D

Perustele mielellään mielipiteesi:

14. Miten hyvin täsmää OPCq:n antama kuva potilaan hoitosuudesta ja oman työkokemuksesi antama kuva potilaan hoitorisuudesta?

Ei ollenkaan Osittain Melko hyvin Hyvin Erittäin hyvin

Perustele mielellään mielipiteesi:

15. Kuudenteen osa-alueeseen (Hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus...) kuuluu myös ”emotionaalinen tuki”. Holistisessa ihmiskäsityksessä ihminen on ruumiin, sielun ja hengellinen kokonaisuus. Potilas voi siis kohdata ruumiillisia, sielullisia ja hengellisiä tarpeita, joissa hän tarvitsee hoitajan apua.

a) kuinka hyvin kuvattiin ”sielulliset tarpeet”, ja niihin kuuluvat hoitotoimenpiteet tarvealueella 6 ja siihen kuuluvat vaatimustasot A-D

Perustele mielellään mielipiteesi:

b) kuinka hyvin on kuvattu ”hengelliset tarpeet”, ja siihen kuuluva apu ja tuki tarvealueella 6 ja siihen kuuluvat vaatimustasot A-D

Perustele mielellään mielipiteesi:

c) Jos mielestäsi ohjeiston kuudetta tarvealuetta voisi täydentää, kerro ystävällisesti Ehdotuksesi: _____

16. Jos perusohjeisto mielestäsi sisältää virheitä tai puutteita (esim. jotain puuttuu perusohjeistosta), jotka vaikuttavat hoitosuusluokitukseen (potilaan/vanhuksen hoitoisuuteen), voit kirjoittaa mielipiteesi tänne

17. Jos Sinulla on muita perusohjeiston kannalta parannettavia ja kehittäviä ehdotuksia, voit ystävällisesti kirjoittaa ehdotuksesi tähän:

18. Millä tavalla perusohjeiston käyttöönotto on vaikuttanut työhösi? Onko jotain muuttunut työssäsi?

19. Kuvaile omin sanoin työtilanne kun potilaiden hoidontarpeet ovat henkilöstöressurssien kanssa tasapainossa, eli tilanne jolloin osastolla on sopivasti henkilökuntaa (ei liikaa eikä liian vähän) potilaiden hoidontarpeita kohti (optimaalinen hoitorisuustaso)

20. Kuvaile omin sanoin erittäin korkea hoitoisuustaso, eli erittäin rasittava/”stressaava” työtilanne

21. Kuvaile omin sanoin tilanne kun on erittäin alhainen hoitoisuustaso, eli tilanne kun potilaiden/vanhuksien hoitotarve on alhainen ja osastolla on liian monta hoitajia töissä. Miten käytät työaikasi tässä tilanteessa?

LÄMMIN KIITOS OSALLISTUMISESTA!

Marianne Frilund

En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet

För flertalet vårdare är det helt uppenbart hur det dagliga vårdarbetet med den äldre borde utformas. Avhandlingens delstudier visar att vårdarna bejakar värden som värdighet, trygghet, integritet och gemenskap. Däremot upplever vårdarna att det inte alltid är möjligt att förhålla sig och handla i enlighet med sina ideal.

Ett etiskt förhållningssätt förutsätter att tillgängliga resurser är i balans med patientens vårdehov, önskiner och förväntningar. I delstudie III och IV testades hurvida RAFAELA-systemet kunde anses som ett användbart och tillförlitligt instrument för att fastställa optimal vårdintensitet, det vill säga en situation där tillgängliga resurser är i balans med patientens vårdbehov. Definerade etiska ideal, etiska reflektioner och diskussioner om etiska förhållningssätt, en rätt dimensionerad personal och ledare som ser sin personal och skapar en kultur där den goda vården hyllas, ger förutsättningar för att den äldres behov ska mötas av inspirerade och motiverade vårdare.



9 789521 229299 >

ISBN 978-952-12-2929-9