

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:110

AUTONOMI PÅ ÄLDRE DAGAR
De äldres upplevelser av vardagen

Pia Flink
Michaela Kroon



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: AUTONOMI PÅ ÄLDRE DAGAR
De äldres upplevelser av vardagen

Författare: Pia Flink, Michaela Kroon

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK 02

Handledare: Claes Ekenstam

Examinator: Anders Jonsson

Sammanfattning

Autonomi betyder självbestämmande vilket beskrivs av litteraturen som oberoende och kontroll. Autonomiprincipen handlar om människans rätt till självbestämmande. I Hälso- och sjukvårdslagen betonas vikten av att vården skall ske på sådant sätt att patientens självbestämmande och integritet värnas. Vi har i vårt arbete fokuserat oss på äldre människor, för att åldrandet med fysiskt nedsatt funktionsförmåga, kognitiva inskränkningar och sjukdomar kan medföra sviktande kroppsfunktioner. Det kan leda till att den gamla människan hamnar i en beroendeställning, vilket i sin tur kan leda till sämre kontroll över sitt liv och sin livsvärld. Känslan av att vara beroende kan få den äldre att känna att autonomin begränsas och livskvalitén försämras. Syftet var att beskriva vad äldre människor i behov av hjälp, upplever som reducerande respektive stärkande av deras autonomi. Vi har valt att granska kvalitativa artiklar enligt Evans (2002) analysmodell. Artiklarna har vi funnit i databasen Cinahl. Resultatet redovisas i två teman med subteman: Att tillhöra en social gemenskap och Att uppleva livskvalité. Vi tycker att det vore beaktansvärt att finna de äldres upplevelser, av hur de upplever sin vardag och sin autonomi. Vad tycker de gamla är viktigt för dem? Vi anser att det är viktigt att belysa dessa frågor, för att vi ska kunna ge den bästa möjliga omvårdnad och en bevarad livskvalité. Detta är extra viktigt idag då den äldre andelen i befolkningen kommer att öka.

Nyckelord: Autonomi, Självbestämmande, Frihet, Oberoende och Fria val.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BILAGA 1. Översikt av granskad litteratur	3
INLEDNING	4
BAKGRUND	5
Begreppet autonomi	5
Den etiska aspekten av autonomi	5
Vad säger lagen?	6
Skillnader mellan länderna?	6
Forskning ur ett vårdarperspektiv	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
RESULTAT	9
Att tillhöra en social gemenskap	9
Äldres upplevelser av vardagen	9
Identitet och grupptillhörighet	10
Boendet och tryggheten	12
Att uppleva livskvalité	12
Att få bestämma själv och känna delaktighet	12
Att förfoga över sig egen tid och få göra fria val	13
Anhöriga och vänner	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	16
Kompetens och personlig lämplighet	16
Respekt och lyhördhet	17
På verksamhetsnivå och arbetsplatsen	18
Funderingar och reflektioner	18
Avslutande reflektioner	19
REFERENSER	20

BILAGA 1. Översikt av granskad litteratur

INLEDNING

Vi har båda arbetat inom äldreomsorgen i många år. Under utbildningen har vi uppmärksammat vikten av patientens autonomi. Vi upplever att det inte tycks läggas några extra resurser, varken på deras livskvalité eller på personaltäthet inom äldreomsorgen. Vi undrade hur de äldre själva upplevde sin vardag och sin syn på autonomi. Vad ansåg de vara viktigt i vardagen för att stärka autonomi och vad ansågs vara reducerande för den?

Andelen äldre, över 65 år i Sverige beräknas öka från 1750000 idag (2010) till ca 2000000 år 2018. Ökningen beror på de stora barnkullarna som föddes på 1940-talet och dessa börjar nu nå pensionsåldern. Även den minskade dödligheten bidrar till ökningen (Statistiska centralbyrån, 2010). Därför tyckte vi att det var en oerhört intressant och viktig fråga att ta upp. Det vore fascinerande att ta reda på hur de äldre upplever sin autonomi och vardag.

Genom att lyfta fram de äldres åsikter till ytan och verkligen lyssna till deras hjärtan så önskar vi finna vägar till en god omvårdnad och samtidigt bevara/stärka autonomi. Genom att bli medveten om vad som reducerar självbestämmandet kan vi reflektera över hur vi ska förhålla oss och vad vi inte ska göra. Vi vill även begrunda hur vi som sjuksköterskor ska kunna förmedla denna viktiga fråga till övrig personal, så att även de kan ge den bästa omvårdnaden.

BAKGRUND

Begreppet autonomi

Begreppet ”autonomi” kommer från de grekiska orden ”autos” som betyder ”själv” och ”nomos” som betyder ”regel”, bokstavligt översatt som ”självstyre” (Hanssen, 2004). Nationalencyklopedin (2010) beskriver ordet autonomi som självstyre, självständighet och oberoende. Agich (2004) definierar ordet som frihet, egen vilja, självbestämmande, integritet, värdighet, självständighet, oberoende och eget ansvar. Sandman (2007) delar in begreppet autonomi i fyra aspekter; självbestämmande, frihet, att få sina önskningar uppfyllda och oberoende. Självbestämmande handlar om att själv få fatta sina egna beslut. Frihet handlar om att ha flera värdefulla alternativ att välja emellan, i en viss situation. Att få sina önskningar uppfyllda handlar om att vara nöjd med ett beslut och känna att man tagit det själv. Oberoendet handlar om att vara inblandad i utförandet av en handling så långt det är möjligt, själv. Proot, Abu-Saad, Van Oorsuw och Stevens (2002) beskriver tre dimensioner av autonomi. Självbestämmande, oberoende och egenvård. Med självbestämmande menar de att besluta över sitt eget liv; oberoende syftar till att kunna organisera och planera över sitt liv, samt sitt sociala nätverk. Författarna menar att egenvård innebär fysisk rörlighet, kommunikation, kognitiva förmågor och aktiviteter i dagligt liv. Jacelon (2003) beskriver en människas personliga integritet som uppbyggd av tre delar: hälsa, värdighet och autonomi. Hälsan står för personens egen uppfattning av sin levda kropp, värdighet står för känslan av värde med de erfarenheter som utvecklats över tiden. Autonomi står för frihet, förmågan att handla för egen räkning, oberoende och upplevelse av kontroll över sin livsvärld. Författaren beskriver att alla dessa delar måste vara i balans för att människan ska kunna uppleva personlig integritet. Automin är en stor del av en människas känsla av helhet och självbestämmandet är en synonym till ordet, som återkommer som en beskrivning i den granskade litteraturen.

Den etiska aspekten av autonomi

En etisk princip diskuterar autonomin, nämligen autonomiprincipen. Autonomiprincipen handlar om människans rätt till självbestämmande. Den bygger på att den myndiga människan kan ta sina egna beslut och därför inte kan gälla för oförmögna, som barn och dementa (Stryhn, 2008). Sandman (2007) beskriver att samtliga kriterier måste vara uppfyllda för att en person skall ha möjlighet att utöva sin autonomi: Kunna uttrycka sina önskningar, ha initiativförmåga, beslutsförmåga samt handlingsförmåga. Sandman (2007) illustrerar en analysmodell som anger vilka aspekter som bör vägas in för att bedöma autonomin:

Vilka önskningar har personen?

Hur anpassningsbara är dessa?

Vilken initiativförmåga har personen?

Har personen beslutsförmåga?

Har personen handlingsförmåga?

Vilka alternativ ges personen?

Kan han eller hon välja?

Sandman (2007) menar att varje individ måste bedömas utifrån sina kvalifikationer för att kunna påverka den egna autonomin på något sätt.

Vad säger lagen?

Kommunal äldreomsorg styrs framför allt av två lagar. Hälso- och sjukvårdslagen, HSL reglerar i huvudsak arbetsgivarens ansvar inom hälso- och sjukvårdsfrågor. I andra paragrafen beskrivs hur vården skall ske så att människors självbestämmande och integritet värnas (1982:763;HSL). Den andra lagen är Socialtjänstlagen, SoL som beskriver kommunens ansvar gentemot den äldre människan. Socialstyrelsens lag ger dock allmänna råd om hur vården och behandlingen så långt det är möjligt skall bedrivas i samråd med den äldre människan, som exempel att leva och bo under trygga förhållanden samt ha en aktiv och meningsfull tillvaro. Den äldre människan har också rätt att känna sig respekterad och har även en självbestämmanderätt. (2001:453 SoL).

Hur dennes autonomi eller självbestämmande ska gå till kan bara tolkas, då inga direkta anvisningar ges.

Skillnader mellan länderna?

En studie gjordes på begreppen självständighet, integritet och informerat samtycke som beroende av miljön och den personal som arbetar i verksamheten. Studien gjordes i länderna Finland, Spanien, Grekland, Tyskland och Skottland och visade att det finns skillnader mellan länderna, samt mellan patienter och vårdpersonal inom samma land. De varierade i grupperna mellan prioriteringar hos patienter och vårdpersonal. I dessa länder styrs sjuksköterskeutbildningen av samma europeiska direktiv, men länderna har sina egna rättsliga normer och etiska regler vilket kan ge olikheter i omvårdnaden (Leino-Kilpi, Välimäki, Gasull, Dassen, Lemonidou, Schopp, Arndt & Kaljonen, 2003).

I Hanssen (2004) framkom att det finns kulturella skillnader i hur begreppet autonomi värderas. Inom den västerländska kulturen ses begreppet homogent och värderas mycket högt medan det i andra delar av världen inte är lika starkt uttalat. Kulturkrockar kan därför skapa känslomässiga problem inom vården. Studien beskriver att i vissa länder där läkare och sjuksköterskor var högt skattade, ansåg inte patienterna eller deras anhöriga att vårdpersonalen skulle fråga efter patientens åsikter. Om läkare eller sjuksköterskor ställde frågor av den karaktären sjönk förtroendet och personalens kompetens ifrågasattes.

Forskning ur ett vårdarperspektiv

I en studie av van Thiel & van Delden (2001) beskrevs vårdarperspektivet. Balansen mellan att värna om autonomin och bevara den äldres värdighet upplevdes som svår att upprätthålla för vårdarna. Vårdpersonalen uppgav att det var svårt att tvinga någon som inte ville till exempel duscha. Det var svårt och sårande när den äldre inte ville, samtidigt som alla reagerade på att personen luktade illa och de måste hjälpa denne för att bevara värdigheten när den äldre inte förstod det själv. Det upplevdes som sorgligt att komma till arbetet efter helgen

och se den gamla isolerad med försummad munhygien. Löständerna satt fast och personen luktade illa. Att låta den äldre vara smutsig, kunde uppfattas som rätt då denne inte ville duscha, men uppfattas som fel ur värdighetssynpunkt. Vårdarna beskrev sin kommunikationsförmåga som verktyg för att jämka med de gamla och ibland lyckades de övertala dem till att bli omhändertagna. De beskrev att vissa dagar gick det bättre och då kunde vårdpersonalen avvakta till en sådan dag istället. Vissa anhöriga kunde inte ha förståelse för detta synsätt utan tyckte ibland att den äldre skulle tvingas exempelvis till att äta, eller bindas fast på toaletten när de skulle sköta magen eller duscha. Släktingarna litade inte alltid på vårdpersonalens omdömen, vilket kunde försvåra kommunikationen.

Personalen upplevde att etiska frågor inte diskuterades, vilket hade klargjort att tvång och fastbindning inte är tillåtet. Släktingar kunde ignorera autonomin genom att exempelvis tvångsmata sina anhöriga, medan vårdpersonalen hade lärt sig att använda övertalning och hitta rätt tidpunkt för att vidta åtgärder och därmed skydda den gamlas autonomi. Vårdarna uppgav även att de reagerade när de fick etiskt svåra instruktioner om att utföra uppdrag som inte kändes rätt. Sådana uppgifter skapade dåligt samvete och mynnade ut i sjukskrivningar. Personalen upplevde att de kontrollerades av andra anställda. En vårdare blev tillsagd att lägga alla de äldre på ett boende innan nattpersonalen skulle komma, trots att de gamla satt och njöt av kvällen. Detsamma gällde liftarna som används för att förflytta de äldre. En del använde dem andra inte, trots att det var till för den äldres säkerhet. Många anställda upplevde att de arbetade enligt löpande-band-principen, utan att kunna ha något inflytande över sin arbetssituation. Personalen kände sig maktlösa när de inte kunde påverka situationer som de inte upplevde som rätt (van Thiel & van Delden, 2001).

Ett ytterligare exempel på detta ges från en palliativ enhet, där det fanns gamla som var under demensutredning. De var oroliga, stökiga och högljudda. Det var inte etiskt rätt mot de döende patienterna att befinna sig i en sådan miljö. I studien påtalades det också att personalen hade fullt upp och styrdes av rutiner, för att få verksamheten att gå ihop (van Thiel & van Delden, 2001).

PROBLEMFORMULERING

Under vår sjuksköterskeutbildning har det varit många diskussioner om patientens integritet, värdighet och rätten att bestämma över sitt liv. Flera värden står på spel för att patienter ska bevara en känsla av hälsa och livskvalité. Rätten att bestämma över sitt liv, autonomin, är en mänsklig rättighet och bidrar till att höja livskvalitén och välbefinnandet. Dessa värden beskrivs olika i både litteratur, på praktikplatser och tidigare arbetsplatser som vi varit verksamma vid inom vården. En grupp som vi särskilt uppmärksammat är äldre människor. När kroppen åldras kan det vara svårare att utföra vardagliga sysslor och ett behov av hjälp kan uppstå. Med det menar vi från hushållshjälp i det egna hemmet i form av exempelvis handling, till ett totalt omvårdnadsbehov på ett boende. Känslan av att ha sviktande kroppsfunktioner kan leda till en beroendeställning, vilket i sin tur leder till en sämre kontroll över sitt liv och sin livsvärld. Känslan av att vara beroende av hjälp kan sänka självkänslan

och leda till passivitet och depression. Hur ska vi som sjuksköterskor kunna stödja äldre människor i deras behov av att upprätthålla sin autonomi och samtidigt ge den vård som efterfrågas? Vad upplever de gamla som paternalism (att ta beslut åt patienten för dennes bästa)? Vad innebär autonomi för äldre? Hur kan sjuksköterskor arbeta för att äldre människor ska bevara känslan av att ha kontroll över sitt liv och uppleva autonomi?

SYFTE

Att beskriva vad i vardagen som äldre människor i behov av hjälp, upplever som reducerande respektive stärkande för sin autonomi.

METOD

Vi har använt oss av Fribergs (2006) modell för evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning medför en fördjupad förståelse utifrån fenomen för patienters upplevelser. Vi har analyserat kvalitativa artiklar utifrån syftet att beskriva vad äldre människor upplever som reducerande samt stärkande av deras autonomi. Resultatet presenteras i teman utifrån Evans (2003) syntesprocess metod. Det var viktigt att kvalitetssäkra artiklarna och se om de var dugliga för vårt syfte. Efter att ha granskat artiklarna noggrant ansåg vi att de höll god kvalitet och uppfyllde vårt syfte. Vi valde att utgå från patientperspektivet och därför valde vi bort artiklar som var enbart skrivna ur ett vårdar- eller anhörigperspektiv. Efter denna sökning hade vi endast hittat ett fåtal artiklar som speglade nyare forskning, så vi bestämde oss för att ta med några artiklar som var skrivna ur både vårdar- och patientperspektiv.

Datainsamling

Artiklar har vi sökt i bibliotekets databaser vid Högskolan i Borås. Vi har gjort våra sökningar i Cinahl, PubMed och Blackwell Synergy. Vi har även sökt artiklar manuellt.

Sökorden som användes var old, elder, autonomy och qualitative. Resultatet gav 145 träffar, abstrakt lästes igenom och 30 artiklar lästes i fulltext. Efter närmare granskning valdes 10 artiklar ut som vårt resultat bygger på. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle belysa autonomi, vara vetenskapligt granskade, kvalitativa, inte äldre än tio år samt innehålla patientperspektiv. En del av studierna som användes innehöll både patient-, närstående- och vårdarperspektiv. Vi valde att ta med artiklarna då de behandlade de äldres upplevelser. Vi valde att exkludera kvalitativa artiklar som var skrivna enbart ur ett sjuksköterske- eller anhörigperspektiv. Exklusionkriterier var artiklar äldre än 10 år, artiklar ur enbart sjuksköterske- eller anhörigperspektiv. Vi exkluderade även artiklar som gällde dementa äldre, därför att vi ville få en specifik inriktning på de äldres upplevelser av autonomi. Studier gjorda utifrån dementa människor fanns det ganska gott om, men då demensen utgör ett hinder för autonomin uteslöts även dessa.

Dataanalys

Artiklarnas synades upprepade gånger och granskades kritiskt med hjälp av Fribergs modell för kvalitetsgranskning. Efter inspektionen analyserades de valda artiklarna. Nyckelfynd identifierades och skrevs ner separat. Dessa jämfördes med varandra och vi fann likheter samt olikheter. Vi tematiserade dessa enligt Evans (2002) syntesprocess där helheten av resultatet analyseras till en ny helhet av den belysta frågan. Två teman samt sex subteman identifierades, som beskriver de äldres upplevelser av vad som reducerar samt stärker deras autonomi i vardagen.

RESULTAT

Resultatet grundas på de äldres upplevelser av vardagen, det som de finner viktigt för autonomin. Vi redovisar dessa i två teman och subteman. Det första temat *att tillhöra en social gemenskap* beskriver äldres vardag med dess funktionsnedsättningar och den påverkan som sker på autonomin, upplevelser av identiteten och grupptillhörigheten, boendet och vad som uppfattas som trygghet. Det andra temat *att uppleva livskvalité* beskriver de äldres känsla av att få bestämma själv, att få göra fria val, att få information och vara delaktiga i de beslut som rör dem själva. Familjen och vännernas betydelse behandlades också.

Att tillhöra en social gemenskap	Att uppleva livskvalité
Äldres upplevelser av vardagen	Att få bestämma själv och känna delaktighet.
Identitet och grupptillhörighet.	Att få förfoga över sin egen tid och göra fria val.
Boendet och tryggheten.	Anhöriga och vänner.

Att tillhöra en social gemenskap

Att delta i aktiviteter och fortsätta ha sociala kontakter, att vara aktiv och umgås gav känslor av glädje och en känsla av grupptillhörighet (Tollen, Fredriksson & Kamwendo, 2008).

Äldres upplevelser av vardagen

När människan åldras kan det medföra kognitiva nedsättningar som försämrad syn och hörsel, fysisk funktionsförmåga, minnesfunktion, sjukdomar, skador och även att den allmänna orken minskar. Vid nedsatt funktionsförmåga ökar beroendet till andra människor och autonomin begränsas (Tollen et al, 2008; Proot, Meulen, Abu-Saad & Crebolder, 2007; Jacelon, 2004; Woolhead, Calnan, Dieppe & Tadd, 2004; Carlsson & Dahlberg, 2002). Autonomin beskrivs som en känsla av oberoende, att kunna göra egna val, att ha fria aktiviteter och att kunna ta egna beslut. Beroende till andra människor beskrivs som en förlust av sin självständighet.

Självständigheten upplevs vara viktig för att kunna upprätthålla livskvalité (Howell & Cleary, 2007). Aktiviteter och sociala kontakter som tidigare varit uppskattade mäktas inte med när kroppen åldras. Vanliga hushållsaktiviteter som att tvätta kläder kan vara svåra att utföra när kroppen inte längre orkar. Den fysiska miljön är också ett problem för många gamla exempelvis halkan på vintern och trappor utan räcke, så många isolerar sig på grund av det. Några äldre uppgav att de inte ville bjuda hem folk, då de inte trodde sig orka agera värd (Tollen et al, 2008). Även bekantas och närståendes död påverkade motivationen eller viljan till att umgås och göra saker (Tollen et al, 2008; Howell & Cleary, 2007; Woolhead et al, 2004). I den övre åldersgruppen (över 85 år) hade umgängeskretsen minskat avsevärt (Tollen et al, 2008).

Tillbakadragandet av aktiviteter och sociala kontakter resulterade i känslor av resignation och hopplöshet samt en rädsla för att bli beroende av andra. Nedsatt fysisk förmåga innebar färre möjligheter att fylla dagarna med meningsfulla aktiviteter och det ledde till i en känsla av meningslöshet. Det kändes som en stor förlust att inte längre klara av sina intressen eller bedriva vardagliga sysselsättningar på samma sätt som tidigare. Dagarna beskrevs gå långsammare och självkänslan sjönk (Tollen et al, 2008).

Äldre personers fritidsaktiviteter uppgavs bestå av att läsa, lyssna på talböcker, lösa korsord, baka, lägga pussel, titta på TV eller dagdrömma om barndomen eller tiden som nygift. Vissa var ute och promenerade och andra låg och vilade av ren leda eller svaghet (Tollen et al, 2008; Van't Leven & Jonsson, 2002). Några gamla hade svårare att klara av aktiviteter som tidigare utfördes automatisk, de krävde nu koncentration och kraftansträngning. Dessa äldre kunde komma att behöva hjälp med hushållsaktiviteter som matlagning och tvätt, personlig hygien och påklädning. Besvikelser i fysiska inskränkningar kunde ge känslor av uppgivenhet och kunde avskräcka från även enklare aktiviteter. Även om de insåg att de borde vara mer aktiva för att få en bättre livskvalité kunde det vara svårt att förmå sig själv att orka eller ta initiativ till det (Tollen et al, 2008). Äldre som under vissa perioder, till exempel längre sjukhusvistelse fått avstå från att utföra aktiviteter kände ett hot mot självständigheten (Woolhead et al, 2004).

För de gamla på äldreboende skiljde sig boendeformerna sig åt. På vissa boenden satt de äldre utan aktivering och stimulans medan det fanns boenden med många olika sysselsättningar. Det framkom att det var uppskattat att träffas och umgås i små grupper med sina intressen, för att bibehålla kognitiva funktioner exempel genom kortspel eller bingo (Murphy, Shea & Cooney, 2007; Van't Leven & Jonsson, 2002). Vid brist på verksamhet på boenden kunde gamla som arbetat hela sitt liv uppleva inaktiviteten som obehaglig (Carlsson & Dahlberg, 2002).

Identitet och grupptillhörighet

Identitet och bekräftelse ansågs viktigt för autonomin. Speciellt kvinnorna uttryckte att de ville bära sina egna kläder, få besöka hårfrisörskan och underhålla sitt utseende (Murphy et al, 2007). Det var viktigt att se respektabel ut och få sina kläder påklädda på rätt sätt av

personalen på boendet. Att bli klädd i kläder du inte själv valt själv ansågs förnedrande och beskrevs av en kvinna påföljande sätt:

” Another thing when they dress them up in stupid fancy dress, some like fairy dolls, oh how degrading” (Woolhead et al, 2004, sid. 167).

Även att vara gråhårig bedömdes som identitetslöst eller anonymt (Woolhead et al, 2004). Det var viktigt att ha en identitet, att vara någon även på ett äldreboende. Identiteten kunde handla om vad den gamle hade arbetat med, var den gamle hade bott, vem den gamle var släkt med och även barndomen och hemorten hade betydelse. Att dela liknande livsvärldar med andra gamla, samt att ha vuxit upp på liknande villkor eller under liknande förhållanden, skapade ett sammanhang och en gemenskap. Det kändes som en bekräftelse att finna likasinnade (Carlsson & Dahlberg, 2002).

De äldre uppgav att det var viktigt att ha meningsfulla aktiviteter som besök på äldrecenter, kyrkan och till och med volontärarbete där den gamle kunde känna sig uppskattad och bekräftad. Det gav en känsla av gemenskap i samhället och en mening med livet. De ansåg att det var viktigt att söka upp verksamheter, upprätthålla vänskapsrelationer och sitt sociala nätverk (Howell & Cleary, 2007). Andra möjligheter att träffa folk uppgavs vara exempelvis som medlem i en förening eller en syjunta. På det viset kunde de gamla hållas sig underrättade med vad som hände i samhället och känna sig delaktiga i det som skedde (Tollen et al, 2008). Relationer upprätthölls inte bara av att träffa människor, men även via brev och telefonsamtal. Att delta i någon klubbaktivitet, gå ut och äta med vänner, gå på konserthus eller göra något underhållande var upplyftande. Det sågs även som ett sätt att lindra tristess och ensamhet men också som ett sätt att glömma oro och smärta. De äldres relation till familj, grannar, vänner och bekanta innebar en känsla av tillhörighet och sammanhang. Inbjudan till barn och barnbarn sågs som ett sätt att bekämpa ensamheten (Tollen et al, 2008).

Ensamheten i gemenskap var vanligt förekommande på äldreboende, det vill säga att känna sig ensam bland andra gamla och vårdpersonal för att det saknas mellanmänniskt samspel. Den gamle har lämnat sitt hem, sina möbler, anhöriga, eller ensamheten i det egna hemmet i hopp om gemenskap och bekräftelse på ett äldreboende. På boendet fanns det vårdpersonal och andra gamla, men vårdpersonalen hann inte sitta och prata och de andra gamla hade kanske kognitiva nedsättningar som gjorde det svårt att kommunicera med dem. Besvikelsen av att det inte hade blivit som de hoppats gjorde att ensamheten och förtvivlan kändes värre. Andra upplevde ensamheten som en naturlig del av ålderdomen (Carlsson & Dahlberg, 2002; Howell & Cleary, 2007). De äldre uppgav att det var viktigt med samtal och kontakt med andra för att känna sig själva som en del av en gemenskap (Van't Leven & Jonsson, 2002). Några äldre änkor uppgav i en studie, att de hade en önskan att finna en ny kamrat. Inte nödvändigtvis av romantiskt slag men en vän att prata med, dela tankar med, gå på fotboll med eller någon som de kunde dela vardagen med (Howell & Cleary, 2007).

Boendet och tryggheten

De gamla uppgav att personalen hade ett hårt pressat schema och styrdes av rutiner. Mycket tid ägnades av de gamla åt att sitta och vänta på hjälp (Hellström & Sarvimäki, 2007; Van't Leven & Jonsson, 2002; Carlsson & Dahlberg, 2002). Det var inte möjligt att be om hjälp då personalen inte hade tid. Bristen på att kunna uttrycka sina behov och få dem besvarade skapade en förlust av självbestämmandet och skapade otrygghet. De äldre önskade att det fanns mer personal, så att de kunde sitta ner en stund och prata med dem och att de hade haft en möjlighet att få uttrycka sina behov. Samtidigt var de tacksamma över den hjälp som fanns att tillgå och ville inte klaga eller vara till besvär (Hellström & Sarvimäki, 2007; Carlsson & Dahlberg, 2002). I några av intervjuerna framkom att de gamla upplevde att personalen ville styra och ställa det dagliga livet och att det var svårt att gå emot personalens beslut (Hellström & Sarvimäki, 2007). De gamla upplevde även att personalomsättningen var stor, med många nya ansikten (Carlsson & Dahlberg, 2002). De flesta äldre uppgav att de var positiva till personalen som uppskattade och bekräftade dem som individer, de som såg dem (Murphy et al, 2007). En undersökning visade att några av de äldre ville ha eget rum, då detta gav dem integritet och en privat atmosfär. Men flertalet i samma studie ville dela rum med någon då de kände trygghet av att det befann sig någon mer där. Det beskrevs av en äldre kvinna, så här:

”Someone can call for me, if I need help, or i can call for the other woman, if I see she is not well” (Van't Leven & Jonsson, 2002, sid. 151).

Många starka känslor kom fram när det gällde de gamlas utevistelse. En äldre som tillfrågades om de fick komma ut tillräcklig jämförde detta med att boskap och fångar hade rättigheter att komma ut, men inte de. När det gällde paternalism från vårdarna (vårdarna tar beslut åt patienterna) var detta endast tillåtet i rehabiliterande syfte. Det var svårt för de äldre att ha kontroll över sin behandling och de intog ofta en passiv roll i sin rehabilitering, de väntade och såg. Paternalism uppskattades inte i andra sammanhang i vården som exempel beslut om fritidsaktiviteter eller toalettbesök. (Proot et al, 2007). Äldreboendet var ändå viktigt för tryggheten, att veta att det fanns personal runt omkring dem dygnet runt. Att det fanns hjälp att tillgå, att mediciner delades ut, att de gamla fick hjälp med sin personliga hygien, att maten serverades och det fanns inget att oroa sig över. Det upplevdes också som tryggt att personalen kände de gamla och visste hur de ville ha det (Carlsson & Dahlberg, 2002).

Att uppleva livskvalité

Det var viktigt att bevara autonomin hos de äldre under hela åldrandeprocessen, med känslan av oberoende, valet av aktiviteter, friheten och förmågan att fatta egna beslut då det ansågs vara livskvalité (Howell & Cleary, 2007; Jacelon, 2003; Woolhead et al, 2004).

Att få bestämma själv och känna delaktighet

Autonomi är frihet att agera på egen hand. Den består av oberoendet (den fysiska förmågan att agera) och kontrollen (den självupplevda makten). På sjukhuset minskar autonomin med sjukdomen, miljön, besluten som fattas av vårdpersonalen och medgivandet till vården.

Individuell vård existerar inte inom sjukhusets ramar (Jacelon, 2003; Jacelon, 2004). På äldreboende påtalade de äldre bristerna på inflytande. De kände att de inte fick vara delaktiga i demokratiska beslut. De upplevde att när de fick information om förändringar, så hade dessa besluten redan tagits eller åtgärdats. De fick ingen information från ledningen utan fick endast höra talas som förändringar via rykten och det skapade oro bland de äldre. De tyckte att de hade idéer om aktiviteter men fick inget forum att lägga fram saken. De kände sig besvikna och maktlösa med att de inte fick uttrycka sina åsikter (Hellström & Sarvimäki, 2007).

Att ha viljan att få bestämma själv och inte få göra det framkallade en rad olika känslor. Vissa reagerade med uppgivenhet, andra med ilska och raseri. Somliga blev tysta och slöt sig inom sig själva och stängde av. Att inte ha något inflytande över någonting skapade känslor av värdelöshet och beroende. Att nekas hjälp eller tvingas vänta länge, upplevdes som respektlöst eller som ett straff av personalen. Att inte känna sig respekterad gnagde på självförtroendet. Vissa gamla uttalade att ålderdomen innebar att vara värdelös och oanvändbar, de upplevde att deras människovärde var kränkt (Hellström & Sarvimäki, 2007). Ur ett mänskligt värdighetsperspektiv är det viktigt att behandlas som likvärdig oavsett ålder (Woolhead et al, 2004).

Graden av oberoende och kontroll står i motsats till varandra. En ökning av funktionell förmåga (oberoende) leder till förbättrad kontroll och mängden hjälpbehov (beroende) minskade möjligheten att kontrollera sin egen situation (Jacelon, 2004). För att hantera bristen på kontroll på sjukhuset fann några äldre copingstrategier, för att återfå någon form av kontroll och överleva sjukhusvistelsen. De samverkade med personalen, familjen och rumskamraterna genom att hantera information och fatta beslut och kommunicera målmedvetet. De ville vara en god patient för att förbättra sin egen värdighet. Bristen på information var påtaglig när det gällde förlusten av kontroll och känslor av oro. Många gamla upplevde att de fick dålig eller ingen information om sin behandling vilket kändes kränkande, för att de inte hade någon kontroll över sin hälsa eller situation (Proot et al, 2007; Jacelon, 2003).

Att förfoga över sig egen tid och få göra fria val

Att vara självständig ansågs innebära att kunna utföra aktiviteter när de själva ville, utan att behöva ta hänsyn till en annan persons tid och tillgänglighet (Tollen et al, 2008). Vissa gamla som skulle rehabiliteras tyckte att de hade begränsade möjligheter att ha inverkan på sin tid på grund av sjukdom, men också för att de var osäkra på ett vårdhem. De förlitade sig på personalen och såg dem som experter på omvårdnaden. Även om dessa gamla upplevde en minskning av sin autonomi och deras oberoende, så upplevde de att de hade dålig uppsikt på sin egen behandling och intog en passiv roll (Jacelon, 2003). Andra gamla gav helt enkelt upp sitt oberoende, för att de var för sjuka för att orka eller bry sig om det. De trodde att de hade hamnat på den bästa platsen (Jacelon, 2004). Några gamla accepterade bristen på självständighet i samband med sin förändrade situation och tyckte att det var skönt att bli omhändertagna och hållas rena, vilket var viktigt för värdigheten (Woolhead et al, 2004).

De gamla uttryckte en önskan att de kunde kontrollera viktiga saker i vardagen som när de skulle äta och vad de skulle äta. Även minoritetsgrupper önskade måltider från sin egen kultur (Van't Leven & Jonsson, 2002; Hellström & Sarvimäki, 2007). De ville även kunna påverka personalens rutiner som de levde efter på boendet. När de skulle komma upp på morgonen, få morgonkaffe, när de skulle utträta sina toalettbesök, om när och hur ofta de skulle duscha, rumsfördelning och städning för sin egen trivsel. De upplevde att de inte hade något inflytande alls, allt bestämdes av personalen. Att inte kunna förfoga över sin tid så som de ville skapade känslor av uppgivenhet och kränkning av autonomin (Hellström & Sarvimäki, 2007). De gamla hade inte kraft, hälsa eller kunskap vilket innebar att de var i en ojämlig ställning. De ville ogärna klaga på vårdarna som hade deras liv i sina händer (Woolhead et al, 2004). Trots det accepterade de flesta gamla att inte livet var som förr, när de var yngre. De uppskattade personalen och hade en positiv grundinställning över att livet ändå blivit så här bra (Carlsson & Dahlberg, 2002).

Anhöriga och vänner

Besök från vänner och bekanta var väldigt viktigt för de gamla på äldreboende. Det bidrog till att hålla familjebanden och höll de äldre upplysta med vad som hände i samhället och i umgängeskretsen. Samhörigheten till familjen var viktigt, det tillhörde på så vis en gemenskap och det dämpade även ensamheten (Murphy et al, 2007; Tollen et al, 2008). De gamla ville att de närstående kom på besök ofta, för det minskade känslor av beroende (Van't Leven & Jonsson, 2002). Det hjälpte även till att stödja autonomin (Jacelon, 2004). Närstående sågs som viktiga resurser för att infria de gamlas behov som att komma utomhus och även driva de gamlas frågor och krav hos personalen (Hellström & Sarvimäki, 2007).

Hemmet och hushållsaktiviteter beskrevs som svårare och mödosammare att hantera. När de äldre inte längre kunde bedriva aktiviteter i samma utsträckning som förut, så fann de copingstrategier. De äldre försökte bevara sin autonomi genom att försöka klara sig själva så länge det var möjligt, genom att finna olika tillvägagångssätt. Det beskrevs av en kvinna, så här:

” It is so hard to get the washing down [to the laundry room in the basement]. There are some steps, I pack the washing into bags and throw them down the stairs. I don't know otherwise how I would get it down, as I don't dare walk and carry, as I need to hold onto the rail with both hands.”(Tollen et al, 2008, sid. 140).

Äldre som bodde kvar i hemmet kunde överlåta familj och vänner till att hjälpa dem med olika saker i hemmet exempel hushållssysslor, handla eller att följa med ut som ledsagare. De ansåg att det var bättre att få hjälp och att det blev riktigt gjort, än att misslyckas med tafatta försök. Delegeringen till de närstående ansågs som värdefull. Vissa äldre fann det som ett hot mot autonomin och mödosamt för de anhöriga, som skulle hjälpa till att exempel duscha dem. De ville inte vara beroende av sina närstående (Tollen et al, 2008). Att flytta ifrån det egna hemmet kunde ha varit en pådrivning från de närstående, därför att de gjorde det för att barnen skulle slippa oroa sig för dem. Att få ett rum på servicehuset med sina egna saker

kunde kännas hemtrevligt och tryggt (Carlsson & Dahlberg, 2002). De gamla uppgav att de inte ville belasta sin familj och vara en börda för dem, de skulle hellre välja att bo på ett boende. De ansåg att det var barnens rätt att leva ett eget liv nu och att inte behöva ta hand om dem. De ville vara delaktiga i familjen genom att hålla kontakten och barnbarnen ville de belöna för sina prestationer. Det gav de gamla en mening med livet och känslor av ansvar vilket stärkte autonomin (Howell & Cleary, 2007).

De äldre upplevde att livskvalitén förbättrades genom känslan av att tillhöra en gemenskap. Anknytningen till andra kunde vara till grannar, vänner och/eller familj. De äldre beskrev grannar, vänner och familj som viktiga delar för att upprätthålla en gemenskap. De ställde alltid upp för varandra och gick ihop för familjer i nöd. Det upplevdes som trevligt att bli igenkänd av bekanta i affären eller i kyrkan. Det upplevdes också som tryggt att veta att de fanns där runt omkring. De äldre uttrycker att den stora förändringen är att överleva andra. Förlusten av kamratskap var associerat med behovet av att finna nya vänner, liksom att acceptera det skeende som en naturlig del av åldrandet. En kvinna beskrev det på följande sätt:

” I hate the weekends - I’ll be frank about that, because I don’t like to intrude on friends on the weekends. Many of them still have families and husbands, and that’s their time- so if I can figure out something to do on the weekend, it’s okay.”(Howell & Cleary, 2007, s. 65).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Svagheten i vårt arbete är att orden, autonomi, kontroll, oberoende med mera har skiftande innebörder för oss människor, de upplevs olika och måste därför tolkas. Materialet lästes ett flertal gånger. Vi fann sedan likheter och olikheter som vi försökt att sammanställa i vårt arbete med hjälp av olika teman. Att namnge våra teman var inte enkelt, då alla teman går in i varandra. *Anhöriga och vänner* kan tyckas självklart att det ska ligga under *Att tillhöra en social gemenskap*. Men vi valde att placera det under *Att uppleva livskvalité* därför att de äldre uppgav att det var familj och vänner som var livskvalité för dem. Vidare kan vi tycka att *Boende och trygghet* kan ligga under *Att uppleva livskvalité*. Men vi har försökt att koppla dessa namnen utefter vår tydning av hur de gamla upplever det i artiklarna. Vi kan även tillägga att vi har studerat patientperspektivet på autonomi från studier gjorda i USA, England, Sverige, Holland och Irland. Vi fann att boendeformerna skiljer sig lite åt, men de gamlas upplevelser på autonomi är ändå ganska likartade i de olika studierna. Detsamma gäller även vad i vardagen som anses viktigt för de gamla. Detta arbete är vår tolkning av de studier vi har analyserat och vi tycker att arbetet har varit roligt och stimulerande, mer givande än vad vi hade förväntat oss.

Resultatdiskussion

Den äldre generationen kommer att bli överrepresenterad i framtiden enligt statistiken. Behovet av omvårdnad kommer därför också att stiga, varvid kunskapen om de äldres behov är viktig att utforska. En del av den kunskapen berör de äldres upplevelser av autonomi, vilken är en stor del i känslan av helhet. I vår sammanställning av artiklarna har vi betonat att det finns ett grundläggande behov hos gamla människor av att uppleva livskvalité och tillhöra en social gemenskap. Här poängteras också betydelsen av att känna kontroll, ha kvar valmöjligheter, aktiviteter och känslan av delaktighet. Att bevara det som tidigare varit viktigt i livet i den utsträckning som det går. Att känna sig respekterad och bekräftad som en egen unik individ är viktigt för självkänslan, identiteten och är en nödvändighet för att kunna känna autonomi.

Kompetens och personlig lämplighet

För att kunna möta de äldres omvårdnadsbehov krävs det att sjuksköterskans och omvårdnadspersonalens kompetens ständigt utvecklas. Vi anser att denna kompetenshöjning bör innefatta att sjuksköterskan håller sig uppdaterad med ny forskning. Kraven på personalen i sin helhet bör även höjas. Det är inte endast hög kompetens som är avgörande, utan även språkliga kunskaper och personlig lämplighet. Språket är väsentligt på grund av de gamlas kognitiva nedsättningar som kan ha betydelse exempelvis om den gamla hör dåligt eller talar otydligt. Den äldre ska kunna göra sig förstådd, vilket kan försvåras av dåliga svenska kunskaper. Flerspråkig personal är positivt då våra invandrare utgör en del av vår äldre befolkning. Dessa äldre invandrare kanske aldrig har haft möjlighet eller velat lära sig

svenska. Eller så har det naturliga åldrandet med en regredering av hjärnan, medfört att barndomsspråket återkommer och närminnet är borta. Här kan vår personal med invandrarbakgrund bidra med sina språkkunskaper. Kunskaper om den äldres personliga och kulturella bakgrund är viktig för att kunna leva sig in i vad den gamla förstår eller inte förstår. Vilken typ av information eller bemötande som upplevs som god individuell omvårdnad. Det är samtidigt en balansgång mellan hur mycket en boende/patient vill lämna ut om sig själv. Hur mycket information behöver jag som sjuksköterska ha för att ge en god omvårdnad samtidigt som den äldre ska känna sig respekterad och bevara sin integritet. Vissa saker om sig själv och sitt liv vill denne kanske bara dela med sina närmaste anhöriga eller behålla för sig själv?

Med personlig lämplighet menar vi att personen ska vara väl förankrad i vårdandet och vara självständig. Det handlar också om förmågan till personlig utveckling, där personen har förmågan att reflektera över sina egna handlingar och värderingar och sitt handlande samt sitt tillvägagångssätt att samarbeta med andra (Ekebergh, 2009). Med andra ord vara självkritisk, men ändå öppen och lyhörd inför sina patienter, dess anhöriga och sina arbetskamrater. Livet är ett ständigt lärande och vi står alltid inför nya utmaningar i vårddyrket och livet. Då ingen individ är den andre lik och situationerna aldrig ser likadana ut, så lär vi oss ändå något nytt av varje enskild situation. Det skapar en styrka och handlingsberedskap i etiskt svåra situationer.

Sjuksköterskan kan driva förbättringsarbete utifrån sin arbetsledande roll gentemot övrig omvårdnadspersonal. För att upprätthålla en god livskvalité för äldre människor krävs höjd kompetens och status för äldrevården, kombinerat med korrekta prioriteringar av resurser. Det är ingen lätt balansgång, men en nödvändighet anser vi för att utveckla en bra äldreomsorg i Sverige.

Respekt och lyhördhet

Fullständigt lärande startar alltid med patientens berättelse. För att kunna erbjuda god vård krävs det att kunna möta patienten där denne befinner sig. Att ha en helhetssyn och förmåga att se hela människan kan hjälpa vårdaren att skapa en nyfikenhet kring patienten och identifiera dennes ohälsa och sjukdom. På så vis kan vårdaren också hjälpa patienten i sitt vårdbehov. Genom att vara lyhörd inför patienten och visa respekt, bekräftar vi människan bakom ohälsan och sjukdomen (Ekebergh, 2009). Patienten får berätta om sin livsvärld och känner på det viset att han/hon har kontroll över sin situation, vilket stärker autonomin. För patienten vidare respektfullt bemötande, genom noggrann information, fria val kring behandlingsalternativ så leder det till en delaktighet av sin egen vård. Då infinner sig också känslan av en gemenskap och patienten slipper känna en reducering av sin autonomi. Patienten får då också med sig en positiv syn till vården och vi vinner på att få tillbaka en trygg patient nästa gång, istället för en otrygg och orolig själ.

På verksamhetsnivå och arbetsplatsen

På verksamhetsnivå, skulle arbetsplatsen kunna ha reflektionsstunder där etiska ställningstaganden synliggörs. Där etiska problem och frågeställningar delges i gruppen och personalens erfarenheter delas. Vilka reaktioner väcks hos personalen och hur kan de hanteras? Kunde jag/vi gjort annorlunda? På vilket sätt? På det viset kan gruppen lära av varandra, utvecklas och växa. Reflektionen bör även innehålla patientperspektiv där vi talar om individerna vi vårdar och hur vi skulle kunna bemöta dem på bästa sätt. Att vi strävar mot gemensamma mål för att nå optimal hälsa hos den äldre. Här krävs en förändring på verksamhetsnivå för att få till stånd dessa utvecklingsmöten, men vinsten skulle bli en ökad professionalitet hos personalen.

Kan verksamheten ändra sina rutiner? Kan patienter påverka verksamhetens rutiner? I vissa fall går det, i andra inte. Exempelvis på ett sjukhem där de gamla njuter av kvällarna skulle verksamheten kunna omfördela sin personal så att det fanns en till extra på natten. På en sjukhusavdelning är det kanske svårare då man där samarbetar med doktorer, konsulter och övriga team som endast är där på dagtid. Då är det viktigt att vi som sjuksköterskor är medvetna om dessa rutiner och hur det påverkar patienten, så att vi kan ge information om dessa och på så vis stärka patientens autonomi. Att även ge tydlig information till anhöriga förstärker tydligheten då de är en resurs för de gamla.

Då samhällsstrukturen ser olika ut i olika länder och få studier var gjorda i Sverige så behövs mer studier här. Det för att öka kunskapsläget om hur våra gamla upplever det. Vårt samhälle har även blivit mångkulturellt och hur påverkar det livet på äldre dagar? Vad tycker våra invandrare om att bo på äldreboende? Finns det skillnader mellan städer och glesbygd? Vad tycker de äldre om boendestrukturerna (bo kvar i det egna hemmet, äldreboende, servicelägenhet, hemtjänst)? Hur tar vi hand om de anhöriga till de äldre?

Mer forskning behövs för att kunna bygga upp en bättre äldrevård.

Funderingar och reflektioner

Många gånger är sjukvården för patologiskt inriktad. Det vill säga specifikt inriktad på sjukdom. Oftast läggs fokus på vad den äldre inte klarar av att utföra. Om omvårdnadspersonalen skulle ha ett salutogent förhållningssätt (värdegrund där gruppens känsla av sammanhang, lust och motivation stärks för ett ökat välbefinnande) skulle fokus ligga på det friska (Antonovsky, 1991). Genom denna inställning främjas de äldres oberoende genom att de själva skulle kunna utforma sin dag. Vårt resultat visar att oberoende, kontroll och upplevd hälsa ökar känslan av att vara autonom. Således kan ett salutogent förhållningssätt främja hälsa och autonomi.

Den kommunala äldrevården skulle kunna förbättras genom tydligare ramlagar. Socialtjänstlagen som tidigare nämnts anger riktlinjer där det beskrivs att äldre människor ska ha skäliga levnadsvillkor. Vad innebär det? Det finns gott om utrymme att tolka den lagen. Om det inte finns konkreta dokument som styr vad äldre människor har rätt till, hur ska då

den gamla människan kunna hävda denna rätt? exempelvis viljan att komma ut i friska luften? Vart ska den gamla människan vända sig och klaga, om det inte finns tydliga föreskrifter om vilken omsorg man har rätt till? De diffusa ramlagarna gör även att de som styr, organiserar och betalar för äldreomsorgen nämligen kommunen, kan spara utan att bryta mot lagen.

Avslutande reflektioner

Vid vård i livets slutskede är autonomifrågan verkligen i fokus. I en studie av Dreyer, Forde & Nortvedt (2009) beskriver anhöriga i intervjuer, att ingen av dem har blivit tillfrågad om den gamla har speciella önskemål kring vården och besluten i livets slutskede. Alla närstående som deltog i studien besökte sjukhemmet regelbundet. Flera anhöriga uppgav att de inte förstod situationen när den äldre närmade sig döden. Uttalanden från de närstående avslöjade deras brist på grundläggande kunskaper kring flera områden relaterat till vården i livets slutskede på ett vårdhem. Studien visade att några närstående hade reflekterat över den äldres autonomi och möjlighet att ge sitt medgivande i vissa situationer. Det framkom också att närstående fick information om läget först när de själva inledde samtal med vårdgivarna och bad om information. De anhöriga blev sällan kontaktade när läget försämrades för den gamla och de tycktes inte finnas några riktlinjer att följa vid dessa tillfällen. Vid enstaka tillfällen inhämtades de närståendes kunskaper om den äldres önskemål. I de flesta fallen gjordes besluten av läkaren där och då trots att ingen egentligen visste hur denne ville ha det. Vissa av de anhöriga visste hur patienten ville ha det, men de flesta hade aldrig talat om döden. Studien visade hur svårt det är att ta beslut åt någon annan, när det inte finns ett direkt svar på hur den döende eller den som inte kan förmedla sig vill ha det. Men om vi ser på den anhöriga som en resurs, den som känner den äldre bäst, torde väl denne kunna ha mycket att tillföra. Trots svårigheten att skiljas ifrån sin älskade närstående, finns det säkerligen mycket kunskaper och information att hämta ifrån den anhöriga. Studien visade även påtalade brister i informationen, varvid vi måste lära oss att vara informativa och tydliga, även i dessa etiskt svåra situationer. Får de närstående information och kunskaperna om deras anhörig, så lindrar det mycket av deras egen ångest över att inte kunna göra något. Ibland finns det inget att göra och vi måste släppa taget, döendet är en naturlig del av livet. Även sorgen är naturlig, vi kan trösta, men vi kan inte bota den. Den är personlig och behöver bearbetas över tid.

REFERENSER

Agich, G. (2004). *Dependence and autonomy in old age*.
Cambridge: Cambridge University Press.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*.
Stockholm: Natur & Kultur.

Carlsson, L., Dahlberg, K. (2002). Ha en bra dag! Att vara boende på servicehus.
Vård i Norden, 63 (22) 20-24.

Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda - med stöd av handledning*.
Lund: Studentlitteratur.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), 22-26.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*.
Lund: Studentlitteratur.

Hanssen, I. (2004). An Intercultural Nursing Perceptive on Autonomy. *Nursing Ethics*, 11 (1), 28-41.

Hellström, U., Sarvimäki, A. (2007). Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing. *Nursing Ethics*, 14 (3) 413 – 424.

Howell, D., Cleary, K. (2007). Rural seniors' perceptions of quality of life.
Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 25 (4) 55- 71.

Hälso och sjukvårdslagen (HSL) 1982:763. Hämtad 2010-11-30 från
[http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))

Jacelon, C. (2003). Managing personal integrity: the process for hospitalization for elders.
Journal of Advanced Nursing. 46 (5) 549- 557.

Jacelon, C. (2004). Older adults and autonomy in acute care.
Journal of Gerontological Nursing. 2004; 11: 29-36.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Schopp, A., Arndt, M. & Kaljonen, A. (2003). Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics*. 2003 10 (1) 30-38.

Murphy, K., O Shea, E., & Cooney, A. (2007). Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16: 2167-2177.

Nationalencyklopedin. (2010) autonomi. Hämtad 2010-11-30 från <http://www.ne.se/autonomi>, Nationalencyklopedin

Proot, I., Meulen, R., Abu-Saad, H., & Crebolder, H. (2007). Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics* 14 (2) 229- 241.

Sandman, L. (2007). Autonomi hemma och på hemmet. Ingår i Silfverberg, G (red.), *Hemmets vårdetik – om vård av äldre i livets slutskede* (181-200). Lund: Studentlitteratur.

P

Socialtjänstlagen(SoL). Hämtad 2010-12-14 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2001:453#K6>

Statistiska centralbyrån. Hämtad 2010-12-01 http://www.scb.se/Grupp/valfard/_dokument/A05ST9901_11.pdf

Stryhn, H. (2008). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Tollen, A., Fredriksson, C., & Kamwendo, K. (2008). Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life. *Occupational therapy International*.15(3) 133-149.

van Thiel, G. & van Delden, J. (2001). The Principle of Respect of Autonomy in the Care of Nursing Home Residents. *Nursing Ethics* 8 (5) 419 – 431).

Van't Leven, N., & Jonsson, H. (2002). Doing and being in the atmosphere of the doing: Environmental influences on occupational performance in a nursing home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2002; 9: 148-155.

Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P., & Tadd, W. (2004). Dignity in older age: what do olderpeople in the United Kingdom think? *Age and ageing*. 33 (2) 165-170.

BILAGA 1

ÖVERSIKT AV ANALYSERADE ARTIKLAR

	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p>Titel: Older adults and autonomy in acute care Författare: Cynthia Jacelon Tidskrift: Journal of Gerontological Nursing Årtal: 2004 Land: USA</p>	Patientperspektiv.	Syftet var att förklara hur äldres autonomi påverkas av sjukhusvistelse.	Kvalitativstudie Gjord på intervjuer av fem äldre. Två män och tre kvinnor i åldrarna 77-85år. Materialet analyserades med Grounded Theory.	Det som framkom av studien var att autonomi har två komponenter; oberoende och kontroll.
<p>Titel: Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders Författare: Cynthia Jacelon Tidskrift: Journal of Advanced Nursing Årtal: 2003 Land: USA</p>	Patientperspektiv.	Syftet med studien var att förklara betydelsen av den äldres erfarenheter av att hantera integriteten samt förklara de sociala processer som sker på sjukhuset.	Kvalitativ studie med fem äldre personer över 75 år som intervjuades. Materialet analyserades med Grounded Theory.	Det framkom av studien att äldre väljer hur de vill samspela med vården och de beslut som berör hälsa, värdighet och autonomi.
<p>Titel: Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life Författare: Tollen, A., Fredriksson, C., & Kamwendo, K. Tidskrift: Occupational Therapy International Årtal: 2008 Land: Sverige</p>	Patientperspektiv.	Syftet var att beskriva vardaglig sysselsättning hos äldre personer med fysisk funktionsnedsättning.	Kvalitativ studie med 22 äldre deltagare mellan 65 och 91 år som intervjuades.	Studien kom fram till att förlust av aktiviteter och sociala kontakter resulterade i resignation för vissa och godtagbar för andra.
<p>Titel: Dignity in older age: what do older</p>	Patientperspektiv.	Syftet med studien var att se hur äldre uppfattar värdighet.	En kvalitativ studie av 72 äldre personer	Resultatet visade att värdighet var viktigt för äldre

<p>people in the United Kingdom think? Författare: Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P., & Tadd, W. Tidskrift: British Geriatrics Society År: 2004 Land: England</p>			<p>visade att värdighet var framträdande för tillhandahållande av hälso- och välfärdstjänster.</p>	<p>personer.</p>
<p>Titel: Ha en bra dag! Att vara boende på servicehus Författare: Carlsson, L., & Dahlberg, K. Tidskrift: Vård i Norden År: 2002 Land: Sverige</p>	<p>Patientperspektiv</p>	<p>Syftet var att beskriva innebörden i att bo på ett servicehus.</p>	<p>Fenomenologisk forskningsmetod med öppna intervjuer med sex personer, tre män och tre kvinnor vars kriterier var att de bodde på ett boende.</p>	<p>Resultatet visade att det centrala i att vara boende på ett äldreboende var ensamhet i gemenskap.</p>
<p>Titel: Experiences of self-determination by older persons living in a sheltered housing. Författare: Hellström, U., & Sarvimäki, A. Tidskrift: Nursing Ethics År: 2007 Land: Sverige</p>	<p>Patientperspektiv.</p>	<p>Syftet var att beskriva hur gamla människor på äldreboende upplever autonomi och hur de värderas som människor.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer utfördes på elva personer, sex kvinnor och fem män. Studien baserades på Kvale's metod.</p>	<p>Resultatet visade en negativ upplevelse hos de äldre gällande hur de tyckte att de värderades i boendet.</p>
<p>Titel: Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation Författare: Proot, I., Meulen, R., Abu-Saad, H., & Crebolder, H.</p>	<p>Patientperspektiv</p>	<p>Syftet med studien var att studera inskränkning och främjandet av autonomi och vårdpersonalens attityder kring detta.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer på tjugotvå strokepatienter. Dessa analyserades med hjälp av Grounded Theory.</p>	<p>Studien påvisade att det fanns skillnader mellan personalens attityder och patienternas behov/önskemål.</p>

<p>Tidskrift: Nursing Ethics År: 2007 Land: Holland</p>				
<p>Titel: Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. Författare: Murphy, K., O'Shea, E., & Cooney, A Tidskrift: Journal of Clinical Nursing År: 2006 Land: Irland</p>	Patient- och personalperspektiv	Syftet med denna studie var att undersöka hur livskvaliteten ser ut för äldre människor som bor på äldreboende på Irland .	En mixad forskningsmetod valdes för denna studie. Tre metoder använts, fokusgrupper (n ¼ 7) en kvantitativ undersökning av 526 personer och kvalitativa intervjuer med 101 invånare och 48 anställda	Resultaten visade fyra temaområden inom livskvalitet: vårdmiljö och etik i vården, personlig identitet, samhörighet till familj och samhälle samt aktiviteter och behandlingar
<p>Titel: Rural seniors' perceptions of quality of life. Författare: Howell, D., & Cleary, K. Tidskrift: Physical & Occupational Therapy in Geriatrics År: 2007 Land: USA</p>	Patientperspektiv	Syftet med studien var att utforska den upplevda livskvalitén bland äldre i en landsortsregion i USA.	Fenomenologisk forskningsmetod med öppna intervjuer med fyra personer, två män och två Kvinnor-	Resultatet kom fram till att sex begrepp var framträdande: Autonomi, altruism, deltagande i sysselsättning, ansvar för det egna livet, gemenskap i samhället och förändringar i förhållande.
<p>Titel: Doing and being in the Atmosphere of the Doing: Enviromental Influences on Occupational Performance in a Nursing Home. Författare: Van't Leven, N., & Jonsson, H. Tidskrift: Scandinavian Journal of Occupational Therapy År: 2002 Land: Holland</p>	Patientperspektiv	Syftet med denna studie var att undersöka hur de äldre uppfattar stöd och begränsningar i omvårdnaden av sin hemmiljö och sin yrkesidentitet.	Kvalitativ studie. Intervjuer på tio personer har gjorts med hjälp av komparativ metod.	Tre teman hittades: kontinuerlig kontakt med familj/bekanta, självbestämmande, kontroll av dagliga aktiviteter och sociala kontakter med människor

