

En kvalitativ studie gällande etiska utmaningar med hemvård och hemmaboende vid hög ålder

Emma-Lina Härmälä

Examensarbete för Socionom (YH)-examen

Utbildningsprogrammet inom det sociala området

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Emma-Lina Härmälä

Utbildning och ort: Socionom (YH), Vasa

Handledare: Lina Nybjörk

Titel: En kvalitativ studie gällande etiska utmaningar med hemvård och hemmaboende vid hög ålder

Datum: 1.5.2023

Sidantal: 58

Bilagor: 1

Abstrakt

Syftet med examensarbetet var att studera, diskutera samt kartlägga etiska utmaningar gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder.

Examensarbetets teoretiska del består av socialgerontologiska teorier kring åldrande, etiska teorier samt etiska rekommendationer för social- och hälsovård i Finland. Utöver detta beskrivs även hemvård samt beaktande av klientens självbestämmanderätt och intresse inom social- och hälsovården.

I examensarbetet används kvalitativ forskningsmetod, och datainsamling görs genom kvalitativa intervjuer. Informanterna består av personal som jobbar i fyra olika positioner inom hemvården i en kommun i Österbotten, vilket ger en bred inblick i ämnet eftersom de har kännedom om hemvårdens klienter, klienternas resurser samt hemvårdens resurser.

Resultatet i examensarbetet visar på flera etiska utmaningar gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder, nu och i framtiden. Klientens självbestämmanderätt medför med jämna mellanrum etiska utmaningar, ofta i samband med minnessjukdom. Utmaningar som rör självbestämmanderätt ses även i samband med läkemedelsbehandling och i frågor kring klientens boendesituation. Etiska utmaningar förekommer även i samband med teknologiska lösningar, ensamhet, vård- och serviceplan, tillgång till jämlik vård samt med tanke på personalresurser och omfattande vård i hemmet.

Språk: Svenska

Nyckelord: äldre, etik, etiska utmaningar, hemvård, hemmaboende.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Emma-Lina Härmälä

Koulutus ja paikkakunta: Sosionomi (AMK), Vaasa

Ohjaaja: Lina Nybjörk

Nimike: Kvalitatiivinen tutkimus kotihoidon ja kotona asumisen eettisistä haasteista vanhuudessa

Päivämäärä: 1.5.2023

Sivumäärä: 58

Liitteet: 1

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, keskustella ja kartoittaa kotihoitoon ja kotona asumiseen liittyviä eettisiä haasteita korkealla iällä.

Opinnäytetyön teoriaosuus koostuu sosiaaligerontologisista teorioista ikääntymisestä, eettisistä teorioista ja eettisistä suosituksista sosiaali- ja terveydenhuoltoon Suomessa. Lisäksi kuvataan kotihoitoa ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja edun huomioimista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, ja aineisto kerätään kvalitatiivisilla haastatteluilla. Informantit koostuvat neljässä eri tehtävässä kotihoidossa työskentelevästä henkilökunnasta erässä Pohjanmaan kunnassa, mikä antaa laajan näkökulman aiheesta, sillä heillä on tietoa kotihoidon asiakkaista, asiakkaiden voimavaroista ja kotihoidon resursseista.

Opinnäytetyön tulokset kertovat useista eettisistä haasteista, jotka liittyvät kotihoitoon ja kotona asumiseen korkealla iällä, sekä nyt että tulevaisuudessa. Asiakkaan itsemääräämisoikeus tuo säännöllisesti eettisiä haasteita, usein muistisairauden yhteydessä. Itsemääräämisoikeuteen liittyviä haasteita nähdään myös lääkehoidon yhteydessä ja asiakkaan asumiseen liittyvissä kysymyksissä. Eettisiä haasteita esiintyy myös teknisten ratkaisujen, yksinolon, hoito- ja palvelusuunnitelmien, oikeudenmukaisen hoidon saatavuuden sekä henkilöresurssien ja laajan kotihoidon osalta.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: vanhukset, eettiset haasteet, kotihoito, kotona asuminen.

BACHELOR'S THESIS

Author: Emma-Lina Härmälä

Degree Programme: Degree Programme in Social Services, Vaasa

Supervisor: Lina Nybjörk

Title: A qualitative study on ethical challenges of home care and home living at high age

Date: 1.5.2023

Number of pages: 58

Appendices: 1

Abstract

The purpose of the thesis was to study, discuss and identify ethical challenges related to home care and living at home at high age.

The theoretical part of the thesis consists of social gerontological theories about aging, ethical theories, ethical recommendations for social and health care in Finland, a description of home care and the client's right of autonomy and interest in social and health care.

The thesis uses a qualitative research method, and data is collected through qualitative interviews. The informants consist of professionals who work in four different positions in home care in a municipality in Ostrobothnia, which gives a broad insight into the subject because they have knowledge of the home care clients, the clients' resources, and the home care resources.

The results of the thesis show several ethical challenges related to home care and living at home at high age, now and in the future. The client's right to autonomy brings ethical challenges, often in relation to people with memory impairment. Challenges related to autonomy are also seen in the context of drug treatment and issues related to the client's living situation. Ethical challenges also appear in relation to technological solutions, loneliness, care and service plans, access to equitable care, and considering personal resources and extended care at home.

Language: Swedish

Key words: elderly, ethics, ethical challenges, home care, living at home.

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställningar	1
3	Teoretisk bakgrund	2
3.1	Äldre och åldrande.....	2
3.1.1	Biologiskt åldrande	4
3.1.2	Psykologiskt åldrande	5
3.1.3	Socialt åldrande	6
3.1.4	Funktionellt åldrande.....	9
3.2	Hemvård	10
4	Teoretiska utgångspunkter	12
4.1	Etiska teorier.....	12
4.1.1	Pliktetik.....	13
4.1.2	Nyttoetik	15
4.1.3	Dygdetik	16
4.1.4	Diskursetik.....	17
4.1.5	Närhetsetik.....	19
4.2	Den etiska grunden för social- och hälsovården	20
4.2.1	Klientens intresse	23
4.2.2	Självbestämmanderätt.....	23
4.3	Etiska problem och utmaningar i social- och hälsovården	24
5	Forskningsöversikt.....	26
6	Sammanfattning.....	29
7	Metod och tillvägagångssätt.....	31
7.1	Kvalitativ forskningsmetod.....	31
7.2	Datainsamlingsmetod	32
7.3	Urval.....	32
7.4	Datainsamling och analys.....	33
7.5	Sekretess och etik	34
8	Resultat och tolkning.....	34
8.1	Självbestämmanderätt.....	35
8.1.1	Minnessjukdomar	36
8.1.2	Läkemedelsbehandling	38
8.1.3	Boendesituation	39
8.2	Vård och omsorg på lika villkor	41
8.3	Ensamhet.....	42

8.4	Hemvårdens resurser nu och i framtiden	43
8.5	Omfattande vård i hemmet.....	45
8.6	Teknologi och digitalisering.....	46
8.7	Vård- och serviceplanering.....	48
9	Sammanfattning.....	49
10	Kritisk granskning och diskussion.....	52
10.1	Kritisk granskning	52
10.2	Slutdiskussion.....	54
	Källförteckning.....	56
	Bilaga 1	

1 Inledning

Äldreomsorg och framför allt hemvård är ett aktuellt ämne idag. Äldre förväntas bo hemma allt längre, och en stor del av äldrevården överförs till hemvården. Många äldre vill bo hemma så länge som det bara är möjligt, men en del också vill flytta till serviceboende med heldygnsomsorg. För att beviljas en plats på serviceboende med heldygnsomsorg finns vissa kriterier som klienten bör uppfylla. Dagens personalbrist inom äldreomsorgen och inbesparingar som görs, medför ett minskat antal vårdplatser på serviceboenden med heldygnsomsorg. Det här innebär en längre kötid för de klienter som uppfyller kriterierna för serviceboende med heldygnsomsorg. De här olika faktorerna innebär att en större andel av de äldre som vårdas i hemmet kräver alltmer vård och omsorg för att klara sig i hemmet. Personalbrist inom äldreomsorgen ses även inom hemvården, vilket förstås inverkar på hemvårdens resurser. Förändringar i befolkningsstrukturen innebär också förändringar framöver för hemvården. Ett ökat tryck på hemvården, äldre med omfattande vårdbehov, samt knappa personalresurser medför etiska utmaningar som personal inom social- och hälsovård ständigt behöver reflektera över och ta ställning till. I mitt examensarbete vill jag ta reda på vilka etiska utmaningar som förekommer gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med mitt examensarbete är att ur ett etiskt perspektiv studera, diskutera samt kartlägga utmaningar med hemvård och hemmaboende vid hög ålder. Etisk tanke och reflektion är viktigt inom all vård och omsorg, men är i fråga om hemvård vid hög ålder ännu mera central eftersom flera faktorer spelar in; som klientens funktionsförmåga och resurser, hemvårdens resurser samt eventuell boendekösituation.

1. Vilka etiska utmaningar finns det med hemvård och hemmaboende vid hög ålder?
2. Vilka etiska utmaningar finns det i framtiden gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder?

3 Teoretisk bakgrund

I följande kapitel presenteras en beskrivning av äldre och åldrande, teorier kring åldrande samt en beskrivning av hemvård.

3.1 Äldre och åldrande

I Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre definieras den *äldre befolkningen* som den del av befolkningen vilken är i sådan ålder som är berättigad till ålderspension. En *äldre person* definieras som en person vars kognitiva, fysiska, sociala eller psykiska funktionsförmåga är nedsatt p.g.a. skador eller sjukdomar som uppkommit, förvärrats eller tilltagit p.g.a. hög ålder eller försämring i anknytning till hög ålder. (Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 980/2012)

Gerontologi är läran eller vetenskapen om åldrande, och handlar om åldrande och äldre ur flera olika perspektiv. Gerontologi är ett brett område, där tyngdpunkten inom forskning ligger på åldersförändringar på cell- eller basalbiologisk nivå och på klinisk-medicinsk nivå. Det humanistiska området är dock på frammarsch, var sociala och psykologiska discipliner får en allt viktigare roll. Samhällsvetenskaplig disciplin är också stor inom gerontologin, i vilken man fokuserar på bl.a. äldreomsorg och befolkningsutveckling. Gerontologins värde och aktualitet växer, vilket beror på framför allt västvärldens demografiska utveckling. Medellivslängden ökar, populationen blir äldre och det föds färre barn. Dessa faktorer kräver större kunskap om åldrande och åldrandets konsekvenser. (Ernst Bravell, 2013, s. 19-23)

Livsloppet kan i alla samhällen delas in i och identifieras som olika livsperioder eller livsfaser, där ålderdomen är en. De här olika faserna markeras av övergångar eller vändpunkter, som för individen uppfattas som händelser och även i framtiden kommer att påverka individens liv. Alla de här vändpunkterna förändrar på något sätt individens liv. Många livsövergångar är normativa, med samhälleliga förväntningar på att individen ska passera dessa livsövergångar under en specifik period i livet. (Andersson, 2013, s. 51-56)

Man kan beskriva åldrande på flera olika sätt. Att utgå från den kronologiska åldern är det vanligaste, och lättaste sättet. Individens funktionsförmåga vid en bestämd ålder är dock ofta mera intressant. (Dehlin, Hagberg, Rundgren, Samuelsson & Sjöbeck, 2000, s. 24-26) Då man beskriver åldrande tänker man lätt på de biologiska förändringar som åldrandet för med sig. De samspelar dock med sociala och psykologiska förändringar, vilka alla tillsammans påverkar det funktionella åldrandet. (Ernst Bravell, 2013, s. 91) I kapitel 3.1.1-3.1.4 beskrivs de olika teorierna kring åldrande närmare; biologiskt, psykologiskt, socialt och funktionellt åldrande.

Strukturella och demografiska förändringar som skett de senaste årtiondena har förändrat begrepp gällande livsloppet och livsloppets struktur. Den ökade medellivslängden är en sådan stor förändring. Den förväntade livslängden kommer allt närmare den maximala livslängden, och den förändringen innebär att individen förväntas leva sitt liv upp till hög ålder. I Sverige mer än fördubblades antalet personer 65 år och äldre under 1900-talet. (Andersson, 2013, s. 56-59) Andelen äldre ökar stadigt även i Finland, här var andelen 65 år fyllda personer år 2018 ca 20 procent, och beräknas år 2030 vara ca 26 procent av befolkningen. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2020) Det är dock de äldre åldersgrupperna som växer snabbast. Personer över 75 år förväntas öka med det dubbla från år 2003 till 2030 och personer över 85 år förväntas öka med mer än det dubbla under samma tidsram. (Marin & Hakonen, 2003, s. 15) Enligt WHO:s globala strategi och handlingsplan för hälsosamt åldrande (2016-2020) kommer andelen personer över 60 år, år 2050, vara en femte del av hela världens befolkning, vilket innebär totalt 2 billioner människor. (World Health organization, 2017)

Den ökade medellivslängden innebär att befolkningen i framtiden kommer att bestå av färre yngre och mycket fler äldre än idag. Det här medför stora utmaningar i samhället, inom omsorg och medicin. Att befolkningens medellivslängd ökar beror främst på minskad dödlighet vid hög ålder, samt minskad barnadödlighet. Fler överlever idag stora folksjukdomar tack vare bättre behandlingar. (Kirkevold, Brodtkorb & Hylén Ranhoff, 2010, s. 48) Det ökade allmänna välbefinnandet i Finland har gjort att även medellivslängden ökar. En ökad medellivslängd är en stor fördel och social vinst för samhället. Trots fördelar följer också fenomen och problem med ökat åldrande, som vi idag vet ganska lite om, och som behöver både forskning och reflektion. Noggrann reflektion och granskning av åldrande och ålderdom i samband med samhället är viktigt med tanke på de snabba sociala,

kulturella och ekonomiska förändringarna i Finland. (Marin & Hakonen, 2003, s. 13) Äldre i Finland har mycket varierande hälsotillstånd, funktionsförmåga och ekonomiska förutsättningar. I den äldre befolkningen finns även många olika kulturer, olika religioner och sexuella minoriteter representerade. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2020, s.12)

Hur den finländska äldreomsorgen står sig i jämförelse med den åldrande befolkningen kan ses genom att studera årlig användning av olika tjänster för äldre samt deras utveckling. Andelen långtidsvård på institutioner har blivit mindre, men samtidigt har också övrig vård för äldre minskat om man ser det i proportion till den ökade andelen äldre personer. (Marin & Hakonen, 2003, s. 18-19) Det här medför utmaningar framöver, eftersom den äldre befolkningen förväntas öka ytterligare. Med ökad medellivslängd följer flera friska år för individen, men även flera sjuka år. En annan utmaning gällande äldreomsorgen är personalrekrytering. Ett ökat antal äldre personer kräver fler anställda inom äldreomsorgen. För att kunna rekrytera tillräckligt med personal behöver omsorgsycket ses som attraktivt, vilket inte är fallet idag. Omsorgsykets status höjs troligen bäst genom höjda löner och bättre arbetsvillkor. Även förändrade förväntningar på omsorgens innehåll kan ses som en utmaning för äldreomsorgen framöver. Förväntningarna hos de som behöver äldreomsorg har ökat under 1900-talet och fortsätter öka, beträffande boende men också i vardagliga saker gällande personlig hjälp och omvårdnad. (Jönson & Harnett, 2015, s. 198-199) Alla dessa faktorer medför utmaningar för äldreomsorgen, gällande resurser och ekonomi, men också etiska utmaningar.

3.1.1 Biologiskt åldrande

Primärt åldrande avser inom gerontologin biologiska åldersförändringar som drabbar alla individer, oavsett påverkan från miljö, så kallade normala åldersförändringar. Med sekundärt åldrande avses sjukliga förändringar hos individen. Sekundära åldersförändringar kan vara en effekt av primära åldersförändringar kombinerat med livsstil och miljö, men dessa drabbar inte alla äldre individer. Det primära åldrandet sker långsamt, progressivt och går inte att bota. Primära åldersförändringar ökar individens känslighet och mottaglighet i det biologiska systemets olika funktioner, vilket ger mindre motstånd mot yttre påfrestningar och sjukdomar. Vanliga sjukdomar hos äldre kallas ibland sekundärt åldrande eftersom de uppkommer till följd av det primära åldrandet. Sekundärt

åldrande är ofta behandlingsbart. Det kan vara svårt att avgöra vad som är sekundärt åldrande och vad som är primärt åldrande, eftersom gränserna är flytande. Det här innebär att äldre ofta blir under- eller överbehandlade. Primära och sekundära åldersförändringar som kommer med hög ålder involverar kroppens alla organ, vilket ger en ökad känslighet, ökad risk för sjukdom och slutligen döden. (Ernst Bravell, 2013, s. 93-94) Åldrande i sig är alltså inte sjukligt. Och vanligt förekommande sjukdomar hos äldre är inte normala åldersförändringar. Minskad reservkapacitet i kroppens olika organ och nedsatt jämvikt i homeostasen kännetecknar främst den åldrande individen. (Kirkevold m.fl., 2010, s. 49)

Människans primära åldrande börjar redan vid ca 25 års ålder. Åldrandehastigheten varierar stort mellan individer, och olikheter i åldrande mellan jämnåriga individer är som störst hos vid hög ålder. Endast kronologisk ålder säger lite om en individs funktionsnivå. Man räknar med att åldersförändringar visar sig som begränsningar i det dagliga livet först efter 85 år. (Kirkevold m.fl., 2010, s. 49)

3.1.2 Psykologiskt åldrande

Psykologiskt åldrande innefattar känslor, tankar och beteende. Den kognitiva psykologin förklarar hur människan uppfattar, hämtar, bearbetar, organiserar och lagrar information, samt hur det påverkar beteendet. Hit hör också studiet av intelligens och minne. En nedsättning av en av dessa funktioner ger konsekvenser även för andra funktioner. Försämrad kognitiv funktion ökar risken att individen blir beroende av hjälpinsatser och får sämre livskvalitet. Det finns stora variationer gällande kognitiva funktioner bland äldre, vilket beror på att en del äldre behåller, eller till och med förbättrar sina kognitiva funktioner, medan andra får försämrad kognitiv funktion. Försämrad kognition vid hög ålder kan bero på olika saker. En orsak till försämrad kognitiv förmåga hos äldre är att informationsbearbetningen blir långsammare. Även förändringar i halter av neurotransmittorn dopamin är relaterat till förändrad kognitiv funktion. Nedsatt funktion i sinnesorganen är också en orsak till nedsatt kognition vid hög ålder. Ca 70 % av skillnaderna i kognitiv förmåga mellan olika individer anses bero på ärftliga faktorer. Även miljöfaktorer inverkar på kognitionen, vilket ger en viss möjlighet att påverka den kognitiva förmågan vid hög ålder genom en hälsosam livsstil. Ungefär hälften av alla 90 åringar har en kognitiv störning. Hit hör normala kognitiva förändringar samt kraftiga förändringar orsakade av

någon form av demenssjukdom. Förändringar som hör till det normala åldrandet påverkar oftast inte den äldres förmåga att klara sig själv. (Ernst Bravell, 2013, s. 141-156) Förändringar som hör till det normala åldrandet innebär oftast inte stora förändringar av psykologiska förmågor och påverkar oftast inte den äldres förmåga att klara sig själv. Vid demenssjukdom sker större förändringar i hjärnan, vilket kan orsaka stora förändringar i den äldres funktionsförmåga. (Jönson & Harnett, 2015, s. 98)

Då det gäller emotionellt åldrande finns det stora variationer individer emellan. I studier gällande känslor rapporterar äldre om ett högt emotionellt välbefinnande. De upplever alltså mindre negativa och fler positiva känslor än vad yngre personer upplever. Äldre ses som mer emotionellt stabila och är bättre på att kontrollera känslor än yngre personer. Det här kan bero på att äldre har kortare tid av livet kvar och därmed investerar sina tankar i det som är positivt. Värt att påpeka är dock att det är de friskaste äldre som deltar i studier gällande välbefinnande, de eventuella negativa sidorna av åldrande kan alltså vara underskattade. Den äldres känslor påverkas av olika händelser, som sjukdom eller sorg. Äldre med sämre hälsa upplever i större utsträckning negativa känslor. Av äldre personer rapporterar också de allra äldsta mera negativa känslor. (Ernst Bravell, 2013, s. 156-157)

3.1.3 Socialt åldrande

Med åldrande följer även sociala förändringar. Det kan exempelvis handla om förlust av olika funktioner och roller i det sociala samspelet tillsammans med andra eller förlust av betydelsefulla personer i den äldres liv. Även kroppsliga förändringar kan inverka på hur den äldre upplever den sociala tillvaron. Nedsatt kroppslig funktionsförmåga som medför utmaningar för den äldre och samhällets ibland negativa attityd och syn på äldre kan leda till en förändrad självbild och därmed även en mindre aktiv livsstil. (Ernst Bravell, 2013, s. 172-174)

Den äldres livssituation karaktäriseras av förändringar. Äldre har större risk än yngre att ställas inför utmaningar och svårigheter som är svårbemästrade. Människan utvecklar under livets gång olika resurser, eller bemästringsstrategier, som är användbara i utmanande situationer. Med åldrande blir dessa strategier allt viktigare för att den äldre ska uppleva livstillfredsställelse. Faktorer vilka har betydelse för den äldres

bemästringsförmåga är den äldres sociala nätverk, psykisk och fysisk förmåga, upplevd kontroll över livssituationen samt den äldres personlighet. Gällande den äldres bemästringsförmåga är det viktigaste hur den äldres förmåga förhåller sig till omgivningens krav. Bemästringsförmågan kan försämrans om den äldres psykiska, fysiska eller sociala förhållanden förändras, och den äldre ännu har en inre strävan efter att upprätthålla en balans mellan de egna möjligheterna och de yttre kraven. Målet här är upplevelsen av ett så gott liv som möjligt, trots utmaningar i form av sjukdom, ensamhet eller funktionsnedsättning. Äldres bemästringsstrategi förändras i högre ålder. Till först är den beteendeeinriktad och blir sen mer kognitiv i takt med att funktionsförmågan försämrans. Då anpassar sig den äldre i stället utifrån sina känslor och med hjälp av tänkande, oftast genom en ändrad inställning till vad som är det viktigaste i nuet. Det tidigare beteendeeinriktade strategin är mera aktiv gällande vad den äldre kan göra och hur problem kan övervinnas. Äldre personer kan behöva stöd i att stärka sina bemästringsstrategier, om de använder strategier som inte fungerar i vardagen eller om de sänkt förväntningarna på sig själva för mycket. (Ernst Bravell, 2013, s. 175-176)

I studier som gjorts gällande hur äldre personer i åldrarna 85 år och 92 år anpassar sig till och upplever livet, har följande anpassningsmönster framkommit: *moget åldrande* – åldrandet upplevs som något naturligt som man inte tänker mycket på, *självförverkligande* – den bästa tiden är nu med tid att utveckla sina intressen och sig själv, *beroende* – barn och barnbarns stora betydelse för välbefinnandet, *accepterande* – upplevda svårigheter ses som hinder som kan övervinnas och *uppgivet accepterande* – sänkta förväntningar på sig själv så att man trots utmaningar kan uppleva tillfredsställelse. I dessa studier har också olika bemästringsstrategier framkommit, som gör att den äldre kan uppleva någon form av välbefinnande och känsla av oberoende trots svårigheter. Strategierna som framkom var följande: *att ta en dag i taget* – vilket ger en viss kontrollkänsla trots en försvagad kropp som gör livssituationen osäker, *att väga för och emot* – att väga svårigheter mot något positivt för att komma fram till om det är något man kan acceptera och känna sig tillfredsställd med, *att sänka ambitionerna* – sänkta krav på egen prestation då man inte längre orkar eller kan det man gjorde tidigare, *att ersätta* – att ersätta en tidigare sysselsättning som numera är svår att göra mot något annat samt *tappat intresse* – man förklarar förlorade förmågor med att man tappat lusten eller intresset. (Ernst Bravell, 2013, 178-179)

Många äldre känner ändå inte av några större förändringar förrän de uppnår en riktigt hög ålder. Idag är allt fler äldre friskare än tidigare. Det kan också hända mycket positivt under åldrandet, som exempelvis mera tid för att utveckla fritidsintressen efter pensionering och i samband med de egna barnens pensionering ges mera tid tillsammans med dem. Även nya familjemedlemmar i form av barnbarn kan ge glädje under åldrandet. (Ernsth Bravell, 2013, s. 175)

Ensamhet ses ofta som något mer eller mindre allmänt förekommande bland äldre. Föreställningen om upplevd ensamhet bland äldre kan dock bero på att vi inte förstår innebörden av ensamhet vid hög ålder. Begreppet ensamhet betyder troligtvis olika i olika åldrar. I 80 års åldern bidrar ofta dålig hälsa, brist på sällskap och brister i det sociala nätverket till att den äldre upplever ensamhet. Både objektiv och subjektiv hälsa har samband med ensamhet. Samvaro tillsammans med andra människor bidrar till hälsa. Den äldres sociala nätverk påverkar den äldres subjektiva upplevelse av hälsan. Sociala nätverk minskar ofta med åldrande och består allt mindre av vänner och mera av familj, än i andra åldersgrupper. (Ernsth Bravell, 2013, s. 182-184) Flertalet studier har visat att det inte finns stora ålderskillnader i ensamhetsupplevelser, åtminstone inte från den yngre medelåldern upp till yngre pensionärsålder. En högre andel upplever dock ensamhet bland de allra äldsta. Eftersom upplevelsen av ensamhet är i stort sett lika under lång tid av livet, kan det utlösande för ensamhet delvist variera systematiskt med åldern. (Andersson, 2013, s. 393-394) Gällande ensamhet är det viktigt att skilja på objektiv ensamhet (isolering) och subjektiv ensamhet (hur individen upplever ensamheten). En person kan känna sig ensam trots täta sociala kontakter. Trots bevis på att ensamhet ökar bland de allra äldsta, ökar inte upplevelse av ensamhet efter 90-års åldern. Ensamboende utan barn har antagits vara en riskfaktor för isolering, men studier har visat att det inte finns något starkare samband med det och vare sig ensamhetskänslor eller livstillfredsställelse. Som nämnts tidigare upplever äldre med dålig hälsa i större utsträckning ensamhet, vilket innebär att de äldre som påträffas inom äldreomsorgen oftare upplever ensamhet än de som inte har någon form av omsorg. (Dehlin m.fl., 2000, s. 280-281)

3.1.4 Funktionellt åldrande

Begreppet funktionell ålder kan användas för att beskriva variationen individer emellan. Det är vanligt att åldrande delas in i exempelvis yngre-äldre och äldre-äldre, men det säger inte mycket om den äldres hälsa, aktivitetsförmåga och livskvalitet. Begreppet funktionellt åldrande visar på betydelse av att ta hänsyn till och beakta de äldres individuella skillnader i förmåga och funktion, vilka påverkar livskvaliteten och hälsan. Med funktionellt åldrande avser man de förändringar och förluster av funktionsförmågor som hör till det normala åldrandet, samt att dessa förluster och förändringar kan hanteras på olika sätt. Det handlar om hur den äldre har det men också hur hen tar det, alltså hanterar förlusterna. Eftersom det finns stor variation bland äldre, äldre kan på olika sätt drabbas av förändringar och lever i olika situationer, finns det en hel del faktorer som kan såväl underlätta som försvåra åldrandet och därmed också det funktionella åldrandet. Begreppet funktionellt åldrande innebär att det inte bara är biologiska förändringar eller sjukdomar som kan påverka den äldres hälsa. Den äldres förutsättningar och förmåga att förverkliga det som är viktigt för hen, påverkas också av yttre omständigheter, alltså faktorer eller omständigheter i den äldres omgivning. (Ernst Bravell, 2013, s. 119-121)

Enligt det aktivitetsfokuserade perspektivet, påverkar den äldres möjlighet att uppfylla mål och förväntningar på aktivitet hälsa och välbefinnande, vilket i sin tur påverkar den äldres funktionella ålder. Delaktighet och aktivitet är viktigt för funktionellt åldrande. Delaktighet och aktivitet är ändå inga isolerade företeelser, utan resultatet av ett samspel mellan den äldre, miljön och aktiviteten som utförs. Här innefattar miljön både den anlagda fysiska miljön och den naturliga miljön, men även den sociala miljön. Miljön kan både stöda och ställa krav på den äldre. För höga krav begränsar den äldres självkänsla och självförtroende, medan för låga krav ger understimulans. Lagom höga krav ger positiva effekter, med en viss utmaning, och därmed personlig utveckling gällande förmågor och funktioner. (Ernst Bravell, 2013, s. 121-122)

3.2 Hemvård

Hemvård innefattar den helhet som bildas av hemservice samt hemsjukvårdsuppgifter. Hemvården ska säkerställa att personen klarar av sådana funktioner som hör till det dagliga livet i hemmet och boendemiljön. Hemvård beviljas personer med nedsatt funktionsförmåga p.g.a. hög ålder, skada, sjukdom eller dylik orsak. Hemvård kan också beviljas personer p.g.a. särskilda livs- eller familjesituationer. Hemvården omfattas av vård och omsorg, hemsjukvård enligt 25 § i hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010, verksamhet för att främja och upprätthålla interaktion och funktionsförmåga samt annan verksamhet vilken stöder personens möjlighet att klara sig. Hemvård ska ordnas oberoende av tid på dygnet enligt personens behov. (Socialvårdslag, 1301/2014)

Det är välfärdsområdena som har ansvar över utredningen gällande den äldres behov av social- och hälsovård och därmed även hemvård. Utredningen ska inledas så fort som möjligt efter att den äldre, en anhörig eller intressebevakare sökt bedömning, eller om det framkommit genom annan social- och hälsovård att den äldre är i behov av bedömning. Den äldres funktionsförmåga ska mångsidigt bedömas med bedömningsinstrument, vilket i välfärdsområden ska göras med hjälp av bedömningsverktyget RAI. Utifrån gjord bedömning av den äldres funktionsförmåga görs en klientplan, var det bestäms helheten av den äldres social- och hälsovårdstjänster. (Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 980/2012)

Inom äldrepolitiken i Finland har kvarboendepincipen varit vägledande, också i de situationer då den äldre behöver regelbunden service och stöd. För att upprätthålla den äldres möjligheter att bo hemma krävs effektiv förebyggande verksamhet för funktionsförmågans upprätthållande, vardagsrehabilitering samt handlingsmodeller som stöder den äldres förmåga att klara sig på egen hand. Man har i Finland strävat efter att minska på långvarig traditionell institutionsvård. Helderlynsomsorg består idag främst av serviceboende med heldygnsomsorg. Ungefär 1 % av den 75 år fyllda befolkningen är i behov av långvarig institutionsvård p.g.a. särskilda medicinska grunder. Hemvården behöver således mångsidigt utvecklas och utökas, speciellt med tanke på välfärdsteknik, digitalisering och frivilligarbete. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2020, s. 12)

Dagens specialisering och korta vårdtider inom sjukvården, även inom geriatriken, innebär att äldre personer med allvarliga och långvariga sjukdomar samt grava

funktionsnedsättningar skrivs ut från sjukhusen. Eftersom många äldre skrivs ut i dåligt skick, behövs akuta och stora insatser av både hemvård, hemsjukvård samt uppföljning av läkare. Den här utvecklingen har accelererat de senaste åren. Äldreomsorgen behöver alltså utöver en allt större hjälpbehövande äldre befolkning, med tanke på ekonomiska resurser och personella resurser, även kunna hantera konsekvenser av nedskärningar, omorganisationer och omprioriteringar som med stor kraft drabbar den äldre befolkningen. Utvecklingen av vård- och omsorg för äldre personer kommer alltså att ställa samhället inför stora utmaningar och påfrestningar. (Pettersson, 2018, s. 101-102)

Den äldre önskar ofta att få bo hemma så länge som möjligt, vilket även är syftet med vården idag, att möjliggöra hemmaboende vid hög ålder. Viktigt är ändå att äldre med dålig funktionsförmåga och som är i behov av mycket stöd inte blir isolerade i sitt hem, beroende av ständigt varierande tjänster. Då en äldre inte längre klarar sig i hemmet med hjälp av stödtjänster som finns att fås, måste beslut om annat boende basera sig på den äldres livssituation, åsikter och en mångprofessionell bedömning av det totala vårdbehovet och inte enbart utifrån separata mätvärden. Genom god vård stärks och stöds den äldres andliga och fysiska resurser och förmågor. Faktorer som upprätthåller den äldres funktionsförmåga och välbefinnande är hälsosam och tillräcklig kost, stimulerande vardagssysslor, regelbunden utevistelse och motion, hobbyer, tillgänglig boendemiljö och bostad. Med hjälp av olika hjälpmedel och stödserviceformer kan den äldres vardag underlättas. Rehabilitering och läkemedel är också ofta en viktig del i att upprätthålla den äldres funktionsförmåga. Den äldres behov av hjälp kan vara mångfacetterat om funktionsförmågan är svag. Här kan ett gott mångprofessionellt samarbete garantera tillräcklig och god service samt sakkunskap. (ETENE, 2008, s. 7)

4 Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel presenteras de teoretiska utgångspunkterna för examensarbetet, vilka är etiska teorier, samt etiska rekommendationer för social- och hälsovården enligt den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården.

Ordet etik härstammar från grekiska *ethos*, vilket betyder sedvänja, karaktär och värderingar hos kulturer, folk och individer. Etik innebär modeller för hur man lever och bör leva sitt liv. Hur man förhåller sig och handlar i olika situationer samt hur man följer sådana mönster som anses bättre än andra. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 35) Etik avser metodiskt tänkande gällande moraliska sammanhang och problem. Med moral avses uppfattningen om vad som är rätt och fel i olika situationer. Ett etiskt tänkande innebär att systematiskt väga vad som är rätt, gott och rättvist. Med etisk reflektion avses att kritiskt undersöka vilka förhållningssätt som ska präglade arbetet, vad man bör göra samt att våra system och rutiner uppfyller etisk och professionell kvalitet. Genom etisk reflektion över värdegrundsfrågor sätts fokus på förhållningssätt till klienter och medarbetare i organisationskulturen, handlingar gällande etiska dilemman och svåra val samt institutionella strukturer som riktlinjer, rutiner, prioriteringar och regler. Etik avser alltså hur något bör vara, men även hur gällande och idealiska värdegrunder och normer stämmer överens med praxis. (Eide & Aadland, 2021, s. 18-19)

4.1 Etiska teorier

Handlingar kan granskas utifrån olika etiska perspektiv, vilka ofta uttrycks i etiska teorier. Teorierna hjälper oss greppa utmaningar förknippade med handlingar och därmed ge oss lösningar på utmaningarna. Vissa etiska teorier fokuserar på principer för handlande, medan andra teorier fokuserar på själva handlandet. Med hjälp av etiska teorier får vi närhet och distans till utmaningar. Närhet fås genom att se deltagare i situationen, och därmed kan vi bättre beskriva utmaningen. Distans får vi genom att se situationen mera konkret i en större helhet, och därmed också se sidor av utmaningen som inte alltid fås genom närhetsperspektivet. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 170-171)

Normativa etikteorier behandlar frågor om hur man ska förhålla sig och handla, hur man bör vara som människa, vilka normer och värden som är goda och hur man kommer fram till goda normer och värden. Med hjälp av dessa kan vi lära oss förklara, förstå och förutse samband, samt hur vi ska tänka, känna och handla etiskt. Fenomenologiskt inriktade etikteorier fokuserar på att förstå samt förklara varför vi agerar och upplever som vi gör i olika etiska situationer. Det finns dock inom den fenomenologiskt inriktade etiken också inslag av hur vi bör handla etiskt. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 107-108)

Etiska teorier som kommer att behandlas i undersökningen är pliktetik, teleologisk etik, dygdetik, diskursetik och närhetsetik. Pliktetik fokuserar på hur de rätta handlingarna utförs. Rätt handling baseras på handlingens egenskaper samt motiv för handling, och inte bara på handlingens konsekvenser. Pliktetiken kan därmed ge oss normer för att handla och agera i vissa situationer, samt ge en viss förutsägbarhet för etiskt handlande. Teleologisk etik fokuserar på förhållningssättets eller handlingens konsekvenser. Med kunskap om konsekvenser av en handling ges flexibilitet att agera olika beroende på situation. Dygdetik fokuserar på hur vi ska vara framom hur vi ska agera. Dygdetiken förklarar karaktärsdrag och dygder som behövs för att känna, tänka, besluta och handla rätt i olika situationer. Vad som är bra bestäms av rollen vi bör fylla eller samhället vi önskar. Diskursetiken fokuserar på regler för hur man bör agera tillsammans. Dialogen för formuleringen av reglerna är demokratisk och man eftersträvar att minimera manipulation och maktförhållande. Närhetsetik betonar mötet med den andra och etiska krav i mötet med den andra. Krav och ansvar är här ovillkorligt men måste tolkas eller mötas utifrån ens egen uppfattning. Närhetsetik är alltså situationsberoende och svår att formulera i generella regler och plikter. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 114, 127, 143, 159, 185)

4.1.1 Pliktetik

Pliktetiken, eller den deontologiska etiken, som teori försöker rama in vad som anses som människans moraliska plikter. En plikt är en handling som vi förväntas göra av andra eller av oss själva. Det är något vi måste göra, en norm, som om vi inte gör leder det till en oriktig situation. En plikt kännetecknas ofta av tre saker: den är något absolut, alltså ett krav vi inte kan bortse från. En plikt kan också oftast formas i en regel, reglerna är ofta enkla och kortfattade vilket gör att de kan tillämpas i många situationer. Till sist ska en plikt också

hjälpa oss att greppa vad som är rätt att göra, vilket innebär att vi inte bör fundera på vad som är gott eller rätt då vi gör vår plikt, utan det goda är en följd av att vi gör rätt enligt pliktetiskt tänkande. Det här skiljer pliktetik från övriga etikteorier, i de flesta andra teorier om etik är det förutom normer och regler för bestämning av vad som är rätt även tal om det goda och värden som grund för en handling. Genom att vi känner till våra plikter, kan vi komma fram till vad som är rätt, vilket också är handlingsmotiverande. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 173-175)

Pliktetik kan delas in i två typer: den ena innebär att plikterna kan formuleras eller sammanfattas i regler (regeldeontologisk etik) och den andra innebär att man strax i den situationen man befinner sig i, upplever vilken handling som är ens plikt att göra (situationsbaserad eller handlingsdeontologisk etik). (Henriksen & Vetlesen, 2013, s.175)

Pliktetiken ramar in det som är ganska typiskt för oss människor. En upplevelse av något okränkbart och absolut vilket våra handlingar måste böttna i och som vi måste förhålla oss till. Exempel på det är ärlighet, sanning och människovärde. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s.) Pliktetiken bidrar till viktig argumentation i etiska frågor, genom kravet att behandla alla likvärdigt samt att bortse från ens egna personliga perspektiv och intressen, vilket ger opartiskhet och universaliserbarhet. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 121) På samma gång befinner sig pliktetiken sig i motsatsförhållande till det vi kan uppleva som moral, eftersom den tar oss ur den speciella situation och de etiska krav vi befinner oss i. Det här gör att pliktetiken kan upplevas som formalistiskt och stel. Det är ändå inte ett måste, för också inom pliktetiken behöver vi bedöma och tolka situationer enligt vad som är rätt enligt moralisk mening. Det ställs dock krav på vad som anses som moralisk handling inom pliktetik, och med dessa krav på moralisk handling kan sammanhang och enhet uppnås genom handlingar. Det här kan uttryckas till det personliga, men också till institutioner och organisationer, eftersom de genom ett pliktetiskt perspektiv kan formulera, upprätthålla och signalera moraliskt rätta värden. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 187-188) Pliktetikens krav på opartiskhet och att kunna bortse från egna intressen ger viktigt underlag för argumentation gällande etiska frågor inom vårdetiken. Även kravet på likabehandling, och att kunna motivera olikheten mellan olika situationer, för att eventuellt kunna agera annorlunda i vårdsituationer, är ett viktigt bidrag gällande etiska frågor. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 122)

Det kanske mest problematiska med pliktetik är om våra plikter direkt strider mot varandra. Här kan hierarkier av plikter, där vissa plikter har företräde hjälpa oss. Pliktetiken kan ses som ett gott alternativ idag, jämfört med andra typer av etik, eftersom den fokuserar på våra plikter och inte våra uppfattningar vad det goda är. Den etiska auktoriteten läggs till människans eget förnuft samt förmåga att resonera allmängiltigt och moraliskt. Modern pliktetik som har människan som utgångspunkt bidrar till att främja ett demokratiskt och liberalt samhälle, var människor med olika uppfattning och livssyn ges rätt till att bli hörda samtidigt som deras livssyn inte kan tvingas på andra. Pliktetiken kan möjliggöra en gemensam grund i ett mångkulturellt samhälle, samt också fungera för människor med starkt avvikande åsikter. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 188)

4.1.2 Nyttoetik

Nyttoetik, även benämnd konsekvensetik, teleologisk etik eller utilitarism, fokuserar enbart på de konsekvenser vårt förhållningssätt eller handlande ger. Rent allmänt kan nyttoetikens överordnade princip formuleras som att den handling som ger bästa möjliga konsekvens av de alternativ av handlingar som finns tillgängliga, är den rätta handlingen. Det här synsättet skapar dock en del frågor; bästa konsekvenser för *vad* eller *vem*, bästa konsekvenser på *vilket sätt* samt vilka är de konsekvenser som *räknas*? På frågan för vem eller vad, är ett etablerat svar för hela den grupp som berörs av handlingarna, vilket kan vara så stort som hela världen. Ett alternativt svar är bästa konsekvenser för den som handlar, vilket dock framstår som en teori vilken strider mot många etiska intuitioner. Om man ser mera långsiktigt på det kan man ändå se det som att goda konsekvenser gentemot andra människor, framöver även ger goda konsekvenser för en själv, i form av att andra agerar gott tillbaka. Bästa konsekvenser på *vilket sätt* innebär, att fokusera på enskilda handlingar vid bedömning av konsekvenser eller att fokusera på generella regler samt deras konsekvenser. För att kunna handla för bästa konsekvenser för alla människor i en grupp behöver vi veta vilka konsekvenser som räknas och som är värdefulla. För det krävs en värdeteori, alltså vad som är livskvalitet och ett gott liv. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 127-135)

Handlingsregler och principer utgör en mindre roll inom nyttoetiken. Inom nyttoetiken uppstår ingen konflikt mellan principer som är lika viktiga, vi kan i stället väga och mäta oss

fram till det som är bäst genom att analysera vilken handling som ger de bästa konsekvenserna och är mest nyttiga. Nyttoetiken kan alltså skapa närhet till den speciella etiska situationen. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 205-206)

Ett problem eller en frågeställning gällande nyttoetiken är att klargöra det nyttiga. Det nyttiga kan beskrivas som det som ger mest lust och nytta samt mest utesluter olust och lidande, för alla inblandade med beaktande av alla konsekvenser. Det fokuseras mycket på det allmännas väl och nyttan för alla människor inom nyttoetiken, vilket leder till konsekvensen att den enskilda människan inte kan "offras" om det gynnar majoriteten. Detta kan till exempel ses i förhållande till socialpolitiken. I flera länder utvecklas så kallade tvåtredjedelssamhällen, vilket innebär att en del lever under ekonomiska och sociala förhållanden, vilka står i kontrast till majoritetens förhållanden. Det här kan enligt nyttoetiskt förhållningssätt förklaras genom att de flesta får det väsentligt bättre om några får avstå från samma villkor, då den totala vinsten blir större än om förmånerna delades lika mellan alla. Trots nyttoetikens strävan efter hänsyn till alla, kan det alltså finnas en skev fördelning av nyttan. Nyttoetiken kan ändå hjälpa oss då vi ska prioritera fördelning av resurser och nyttigheter. Som exempel kan nämnas utveckling av nya dyra medicinska behandlingsmetoder med tvivelaktiga effekter, för endast en del av samhället, jämfört med om samma resurser används för att säkra bättre behandling för en bredare målgrupp, vilket ökar nyttan och lyckan för flera människor. Nyttoetiken är alltså relevant inom social- och sjukvårdspolitik, och kan ge grepp om enskilda prioriteringsproblem. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 206-210)

4.1.3 Dygdetik

Dygdetiken fokuserar på en persons karaktär framom handlande. Enligt dygdetiken behöver man försöka utveckla vissa karaktärsdrag eller personliga egenskaper (dygder), som hjälper en att komma fram till rätt handling. Det här beror på att den etiska verkligheten ses som så komplex, vilket gör det omöjligt att formulera generella handlingsregler. Speciellt för dygdetiken är att även de omständigheter som leder till handling i en situation får påverka bedömningen av rätt handling. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 143) Etiska problem beror allt oftare på olika bakgrund och värdesystem, bland annat p.g.a. den mångkulturella verklighet vi lever i. Det här gör att vi kan uppfatta och se

dilemman och värdekonflikter väldigt olika. Det innebär också att vad vi uppfattar som gott samt eftersträvansvärt är knutet till vårt kulturella sammanhang och värden vilka det baserar sig på. Dygdetiken fokuserar därför på ett moraliskt beteende som är knutet till personliga förmågor och färdigheter vilka behöver utvecklas och förfinas i relation till konkreta ramar och sammanhang. Moralisk klokhet, eller förmåga att göra välgrundade resonemang som får fram det bästa ur situationen är den viktigaste moraliska attityden i dygdetiken. Det räcker inte med att hänvisa till en överordnad regel, utan ens egen klokhet behöver ta hänsyn till olikheter i värdeuppsättning och bakgrund. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 217-218)

Dygd kan ses som en uppnådd fördelaktig karaktärsegenskap, vilken hjälper människan att utföra rätt handling. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 144) Att utveckla sin dygd är att utveckla sig själv, alltså självförverkligande. Här kommer inte bara ens handlingar fram, utan hela människolivet. Ens syn på människan och vad som är gott gällande självförverkligande och människolivets syfte är viktigt. Det är inte bara för en själv som moralisk aktör viktigt att förverkliga sina förmågor på bästa sätt, utan även för de människor man möter. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 222)

Våra dygder skapar varaktighet och stabilitet i hur vi förhåller oss till bestämda värden vilka vi förpliktat oss till. Frågor som: Vilka är värdena är för vår gemenskap, vad krävs för att förverkliga dem, vem vill vi vara och vad ska vår gemenskap bygga på löser inte konkreta etiska problem, men de ger oss förståelse och insikt av vad situationen kräver av oss. (Henriksen & Vetlesen, 2013, s. 229-230)

4.1.4 Diskursetik

Diskursetikens kärna handlar om att komma fram till den principen eller handlingen som är rätt genom att i dialog tillsammans med andra diskutera olika moraliska perspektiv. Fokus ligger på kommunikativt handlande, samt att i gemenskap komma fram till ett gemensamt handlande då det gäller etiska frågor. Diskursetiken är en slags vidareutveckling av pliktetiken. Båda teorierna bygger på att människan är rationell nog att resonera sig fram till det som är rätt. Pliktetiken bygger dock på att individen själv kan komma fram till det som är rätt och opartiskt gällande etiska frågor, medan diskursetiken menar att den

rationella argumentationen då det gäller etiska frågor behöver tas gemensamt med andra människor eftersom människan är en social varelse som befinner sig i ett kommunikativt socialt nätverk. Diskursetiken menar också att våra rationella argument i större utsträckning bör ta hänsyn till våra handlingars och reglers konsekvenser. En förutsättning och utgångspunkt är samspelet människor emellan. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 159-160)

Handlande kan enligt Habermas (1991) delas in i kommunikativt eller strategiskt handlande. Det strategiska handlandet innebär att försöka uppnå vissa mål genom handlande, vilket kan ske dolt eller öppet. Här finns inga krav på hur samspelet ser ut, utan fokus är på att uppnå målet på det sätt som fungerar. Kommunikativt handlande, vilket diskursetiken baserar sig på, innebär att uppnå enighet genom rationella argument och förståelse. Det här innebär i en klientrelation att även klienten ges utrymme i den gemensamma diskussionen gällande etiska frågor. En förutsättning för gemensam rationell argumentation, vilken ska leda till att alla parter kan acceptera utfallet, är att vi till viss del är eniga om vad som är gott och vad som behöver uppnås. Allt för stor enighet gällande synen på det goda ger inte goda förutsättningar för fortsatt rationell argumentation. Det här innebär att alla som berörs av ett beslut behöver ges möjlighet till deltagande i dialogen, vilket innebär att alla bör ges möjlighet att uttrycka sig, man behöver visa vilja att förstå andra parter, ingen åsikt får väga tyngre p.g.a. personens position och sist och slutligen får man inte manipulera eller undanhålla information. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 160-162)

Diskursetikens styrkor är att olika argument och perspektiv beaktas, samt gör oss uppmärksamma på maktförhållanden. Diskursetikens svagheter är att det inte tas hänsyn till eventuella stora olikheter då det gäller normer och värderingar som inte är förhandlingsbara, samt att processen inte alltid leder till enighet parterna emellan. Teorin fokuserar också bara på själva processen för att komma fram till ett gemensamt förhållningssätt, vilket kan göra processen svår att genomföra. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 165)

4.1.5 Närhetsetik

Närhetsetikens fokus ligger på vikten av mötet med den andra människan. Närhetsetiken fokuserar på att beskriva våra etiska erfarenheter, och att vi genom våra erfarenheter kan dra slutsatser för hur vi ska handla rätt. I mötet med en annan människa ställs vi alltid inför en moralisk situation, och ett krav på att svara på den. Här uppstår ett val, att handla gott eller ont. Enligt närhetsetiken är det här inget aktivt val, utan den andra människans öde läggs i våra händer. Utgångspunkten för närhetsetiken är att alla människor är sårbara och beroende av andra, samtidigt som alla människor är ansvarstagande och självständiga individer. Genom ömsesidigt beroende uppstår också maktförhållanden. Då en människa är i behov av hjälp av en annan människa uppstår både ansvar och makt. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 185)

Enligt Martin Buber finns det två typer av relationer människor emellan, "jag-du" och "jag-det" relationer. "Jag-du" relationen innebär att den man möter ses som ett subjekt och relationen blir mellanmänsklig. Relationen baseras på ömsesidighet och växelverkan, vilket förutsätter delaktighet från båda parter och att man kan uppfatta relationen från den andras perspektiv. "Jag-det" innebär att den man möter ses som ett objekt och relationen blir saklig, distanserad och kylig. I "jag-det" relationer fås fakta om en person. Vårdrelationer med endast jag-det relationer blir omänskliga och instrumentella. Inom vård- och omsorg krävs båda typerna av relationer. Enligt närhetsetiken krävs dock förmåga att etablera "jag-du" relationer med klienter, och att vilja möta klienten, i stället för att bara primärt vilja hjälpa klienten. "Jag-du" relationer möjliggör att se klienten i första hand, och sjukdomen eller funktionsnedsättningen i andra hand. Respekten för andra människor är således central, enligt närhetsetiken. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 186-189)

En kritik gällande närhetsetiken är att de grundläggande moraliska erfarenheterna sker i mötet med den andra människan. I mötet upplevs ett ansvar eller ett krav för den andra människan, och därmed dras också slutsatsen att man ska svara på kravet eller ta ansvar. Andra etiska teorier ser det inte som lika självklart att förhålla sig på ett visst sätt mot den andra människan, utifrån upplevelser i mötet. En till kritik är att bilden av mänsklig erfarenhet inte nödvändigtvis delas av alla. Närhetsetiken ger heller inte vägledning då det gäller faktiska situationer i mötet med människor. I vård- och omsorgssituationer ger närhetsetik ändå viktiga synpunkter på hur mötet med klienten bör se ut. Sett till professionellt vårdande kan det dock vara negativt, eftersom all bedömning av vad som bör

göras och vad som anses som gott läggs på vårdaren själv. Det finns heller ingen vägledning inom närhetsetiken, om hur vårdande bör utföras under resursbegränsning med tanke på rättvis fördelning av vård. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 193-194)

4.2 Den etiska grunden för social- och hälsovården

Den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovården ETENE, som verkar i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet, har som uppgift att ta initiativ till samt ge rekommendationer och utlåtande gällande etiska frågor inom social- och hälsovården. Den ska ge sakkunnig hjälp i utvecklingen av social- och hälsovård samt gällande lagar som berör området. Delegationen ska förmedla information om etiska frågor och etisk diskussion inom social- och hälsovårdsområdet. Delegationen följer social- och hälsovårdens utveckling och utveckling gällande teknologi ur en etisk synvinkel, samt behandlar etiska frågor som rör klientens och patientens rättigheter och ställning inom social- och hälsovården. (Statsrådets förordning om den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovård, 667/2009)

I Den etiska grunden för social- och hälsovården (2011) framför ETENE ett etiskt resonemang kring vad som är rätt och bra då man ser på människan som en helhet inom social- och hälsovården. Den etiska diskussionen inom hälsovården kom i gång för några tiotals år sen, främst i samband med snabb utveckling inom informationsteknologi och medicin, och då det blev alltmer vanligt förekommande att se till patientens rättigheter. Det var inte självklart längre, hur patientens intresse tillgodoses, hur genomet får påverkas och med vilka metoder och hur liv får förlängas. Nya etiska frågeställningar dyker ständigt upp i takt med vetenskapsutveckling och nya terapimöjligheter. Förutom etiska frågor som rör den fysiska hälsan, kommer ständigt nya etiska frågor även gällande begränsning av det egna och den närståendes ansvar, livskontroll, åtgärder mot en människas vilja samt frågor kring lyhördhet för klienten. (ETENE, 2011, s. 8)

Enligt ETENE (2011, s. 5-7) är följande etiska rekommendationer utgångspunkt för social- och hälsovården:

- (1) Social- och hälsovårdsaktörerna respekterar klientens och patientens människovärde och grundläggande rättigheter.*
- (2) Klientens och patientens intresse är utgångspunkten för social- och hälsovården.*
- (3) Inom social- och hälsovården är det fråga om växelverkan.*
- (4) Personalen svarar för arbets kvaliteten.*
- (5) God vård och service förutsätter ansvarsfullhet både i beslut och verksamhetskultur.*

Syftet med dessa rekommendationer är att fungera som vägvisare i den etiska bedömningen i olika verksamhetsformer inom social- och hälsovården. Man kan tillämpa dessa principer på resursfördelning, i ledarskap, arbetsgemenskaper och i individuell verksamhet. Som nämns i punkt 1 är grunden för social- och hälsovårdens verksamhet respekt för människan och människovärdet, vilket omfattar mänskliga rättigheter, de grundläggande rättigheterna, individens självbestämmanderätt och individens frihet att välja. Självbestämmanderätten innebär att klientens samtycke och delaktighet krävs för all service och vård. Självbestämmanderätten är enligt lagen skyddad och kan enbart begränsas i fall som upplevs som farliga. I punkt 2 avses att vårdens och servicens centrala mål är att klienten får den service och vård som hen behöver, genom att göra gott och undvika skador. Högklassig, god och fortlöpande vård och service fås genom individuellt och mänskligt bemötande samt rättvis service och vård på likvärdiga grunder. Med växelverkan i punkt 3 avses ömsesidig respekt mellan yrkesutövare och klienter, samt mellan olika yrkesgrupper. För god växelverkan krävs ärlighet, förtroende och ömsesidigt engagemang gällande verksamhet och mål. Med växelverkan avses också ömsesidig syn på färdigheter kunskaper samt erfarenheter och information i egna ärenden. I punkt 4 betonas att yrkesutövarna har ansvar för servicens kvalitet, kontinuitet och rättvisa gällande servicehelhet. Det innebär att ta hänsyn till klienternas olika resurser samt att ansvara över utveckling av den egna professionella yrkeskompetensen. Med ansvar gällande verksamhetskultur och beslut i punkt 5 avses att en etisk aspekt förverkligas på social- och hälsovårdens alla nivåer, särskilt vad gäller ekonomi och etik. För en god verksamhetskultur krävs att de riktlinjer och beslut som arbetsgivaren tar också stämmer överens med

yrkespersonalens etiska principer. Genom goda val och god fördelning av resurser skapas ett bra resultat för klienten. (ETENE, 2011, s. 5-7, 12)

Etiskt goda och beprövade principer ska fungera som vägvisare, men ska på samma gång även lätt kunna reagera på förändringar. Det här kan upplevas som dubbla budskap eftersom den etiska diskussionen å ena sidan ska betona kontinuitet och stadiga värden, på samma gång som det krävs förmåga att granska och bedöma tidigare principer under förändringar i social- och hälsovården samt samhället över lag. Det som ändå alltid är bestående är betoningen på klientens intresse. Vid ekonomiska begränsningar i samhället blir detta ännu tydligare. Resurserna ska alltid användas med tanke på klienternas bästa. (ETENE, 2011, s. 21)

Då den äldre inte längre själv kan upprätthålla en god vardag måste social- och hälsovården se till att den äldre får en god vardag. Alla som vårdar åldringar måste snabbt och flexibelt vid behov kunna konsultera sakkunniga inom social- och hälsovården. Förutsättningar för bättre helhetsbetonad vård är ett gott samarbetsnätverk, respekt och förståelse för varandras yrkesskicklighet. Det är social- och hälsovårdens yrkesutbildade personers rätt samt skyldighet att utveckla det egna kunnandet, där en viktig del bottnar i den etiska kompetensen som fås under utbildningen och sedan ska upprätthållas. De etiska principerna och den etiska sensibiliteten bör vara en väsentlig del av åldringsvården i vardagen, både i praktisk vård och inom forskning. (ETENE, 2008, s. 9)

För att garantera att den äldres integritet, självbestämmanderätt och människovärde bevaras bör man inom social- och hälsovården bemöta varje enskild äldre som en individ samt beakta den äldres synpunkter. Etiskt kvalitativ vård av äldre innebär att vara lyhörd och se till individen. Den äldres funktionsförmåga och förmåga att klara sig i vardagen kan mätas med siffror, men grunden i vården är ändå att underlätta individens vardag, genom anhöriga, närstående och personal inom social- och hälsovården. Respekt för den äldres okränkbarhet innebär ofta beaktande av små omständigheter men vilka är ytterst viktiga för den äldre. (ETENE, 2008, s. 18-19)

4.2.1 Klientens intresse

I de etiska rekommendationerna för social- och hälsovården betonas klientens intresse och bästa som mål. I Socialvårdslagen 1 kap 4 § redogörs för vilka tillvägagångssätt och lösningar som bör tas i beaktande i bedömningen av vad som ligger i klientens intresse. Följande bör tas i beaktande; klientens samt dennes närståendes välfärd, stärkande av klientens självständighet och möjlighet att agera på eget initiativ samt i fortlöpande människorelationer, tillgång till rätt stöd vid rätt tidpunkt utifrån klientens behov, klientens möjlighet att påverka och delta i egna ärenden, beaktande av klientens kulturella och språkliga bakgrund, klientens färdigheter och resurser som främjar delaktighet, samt samverkan och förtrolighet i klientrelationen. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid tillgodoseende av behovet hos de klienter som är i behov av särskilt stöd. (Socialvårdslagen, 1301/2014)

4.2.2 Självbestämmanderätt

Med självbestämmanderätt avses som exempel att själv bestämma i sitt liv samt upprätthålla självständighet i det vardagliga livet, att ha rätt att säga nej till omsorg som erbjuds, att inte bli utsatt för övergrepp eller kränkningar samt att tidigare viljeyttringar följs också då en person inte kan uttrycka sin vilja. (Forsman, 2014, s. 18) Värdesättande och uppfyllande av självbestämmanderätt skapar trygghet hos den äldre. Som sjuk och vårdbehövande ger hemmet i sig inte en större medicinsk trygghetskänsla än en vårdavdelning. Det som skiljer vårdavdelning från hemmet är troligtvis den äldres starka förväntan på att hennes självbestämmanderätt värdesätts i hemmet. (Silfverberg, 2007, s. 39)

Trots att det kan anses som, och borde vara en självklarhet, att det är den äldres behov som styr omsorgen och vården, är det ofta rutiner och mönster som styr. Som exempel kan nämnas när den äldre av vården får hjälp med dusch och måltid på bestämda tidpunkter. Dessa regler bör ifrågasättas eftersom de motsätter personcentrerat arbetssätt och den äldres självbestämmanderätt. Forskning bland hjälpbehövande äldre har visat att de äldre anmärkt på sådana saker som kan anses som småsaker. För de med stort hjälpbehov har det visat sig speciellt viktigt att få saker gjorda på det sätt som de anser rätt. Studiens

slutsats var att trots sviktande förmågor är det fortfarande av yttersta vikt att känna självbestämmanderätt. Även hos äldre med minnessjukdom, där den äldres förmåga till självbestämmande begränsas och den äldre är beroende av vården i dagliga aktiviteter, är det av stor vikt för den äldres självkänsla att kunna göra det hen fortfarande klarar av. (Ernst Bravell, 2013, s. 265-266)

Klientens åsikt och önskemål ska i första hand beaktas, samt självbestämmanderätten i övrigt, då det gäller socialvård. Klienten ska ha möjlighet att påverka och delta i såväl planering som genomförande av tjänster och andra åtgärder i anslutning till socialvård. I första hand är det klientens intresse som avgör. Om en klient p.g.a. nedsatt psykisk funktionsförmåga, sjukdom eller av någon annan motsvarande orsak inte kan påverka eller delta i genomförande eller planering av tjänster och inte heller kan förstå verkningar av lösningar eller beslut, bör klientens vilja utredas tillsammans med anhörig, laglig företrädare eller annan närstående. (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, 8012/2000) I fall där en patient vägrar motta viss behandling eller vård, skall vården eller behandlingen i den mån det är möjligt och i samförstånd med patienten ges på annat godtagbart medicinskt sätt. Om patienten p.g.a. nedsatt psykisk utvecklingsstörning, mental störning eller annan motsvarande sak inte kan fatta beslut om behandlingen eller vården, skall en anhörig, laglig företrädare eller annan närstående höras före viktiga vårdbeslut tas, för att utreda vad som bäst motsvarar patientens vilja. I sådana fall där det inte går att utreda detta ska patienten vårdas enligt ett sätt som anses förenligt med patientens bästa. (Lagen om patientens ställning och rättigheter, 785/1992)

4.3 Etiska problem och utmaningar i social- och hälsovården

Inom social- och hälsovården möter man dagligen etiska utmaningar och problem, vilka politiska beslutsfattare, chefer och arbetstagare behöver finna lösningar på. I Den etiska grunden för social- och hälsovården (2011) beskrivs, att etiska problem i vardagligt tal ofta uppfattas som fall där en människas grundläggande rättigheter tydligt kränkts. I fall där det uppenbart brutits mot normer, är det klart att det gjorts fel. Etiska utmaningar och problem kan t.ex. uppstå då många goda saker bör förverkligas på samma gång, men det av någon orsak inte är möjligt. Man måste då jämföra de olika målens betydelse samt hur de ska

samordnas. För att kunna förverkliga en sak måste något annat ofta bortprioriteras. På grund av den stora mångfalden och vitt skilda livssituationer, räcker inte alltid allmänna riktlinjer till för att få svar på praktiska frågor. Målen och verkligheten kan ligga långt från varandra. (ETENE, 2011, s.9-10)

Etiska utmaningar gällande vård i hemmet rör ofta självbestämmanderätt. I den äldres hem är de två huvudrollerna, rollen som värd och rollen som gäst. Då en vårdare gästar den äldres hem, och den äldres funktionsförmåga är försvagad, kan den äldre uppleva att hen inte längre är värd i huset, utan att den professionella tar över som värd. I och med att alltmer omfattande vård ges i hemmen kan detta ske, och behöver tänkas på. (Silfverberg, 2007, 37-39) Klientens förmåga att själv besluta i egna intressen kan ifrågasättas, samtidigt som klientens självbestämmanderätt är obestridlig. Principer för god service och vård kan stå i konflikt med klientens självbestämmanderätt. Då en yrkesperson är tvungen att överta beslutsansvaret uppstår en etiskt krävande situation. Det behöver alltid vara av klientens intresse då självbestämmanderätten begränsas och även då ska klientens självbestämmanderätt beaktas. Etiska utmaningar kan också uppstå vid sammanjämkning av viljor, vilket kan ta sig i uttryck på många olika sätt. Att som anhörig eller vårdare förstå viljan hos en person som önskar gå bort kan vara ångestfyllt. Att på ett rättvist sätt hantera grundläggande problem hos en våldsam klient kan var etiskt utmanande. (ETENE, 2011, s. 9-10, 16)

En annan etisk utmaning som kan uppstå, är då nya teknologiska eller terapimässiga möjligheter tas i bruk utan att de hunnit utvärderas. Dessa är svåra att bedöma hur etiskt problematiska eller goda de är, i relation till redan utnyttjade möjligheter eller bara som sådana. Vid registrering och dokumentation av klientinformation kan etiska utmaningar uppstå i form av att dokumentationen är nödvändig och förbättrar klientsäkerheten och rättsskyddet, samtidigt som den tar tid från det egentliga klientarbetet. (ETENE, 2011, s. 10, 22)

Som etisk utmaning kan även nämnas yrkespersonalens uppfattning av något som problem som egentligen inte är ett problem eller hinder för vare sig gott liv eller lycka, vilket kan kallas att vara överetisk. Trots icke optimala levnadsförhållanden kan människor leva fullvärdiga och anständiga liv. (ETENE, 2011, s. 18)

Etiska diskussioner leder ofta till de yttersta frågorna gällande mål och värderingar. I beslutsprocessen, som i alla andra medvetna gärningar, hör alltid en vilja, alltså en del av beslutskedjan som inte enbart grundar sig på erfarenhet och kunskap, utan även etisk prövning. Etiska diskussioner i vardagen karakteriseras ofta av problemfokusering, osäkerhet och konflikter. Det finns ofta många alternativ, av vilka inget är riktigt tillfredsställande. Diskussionerna kan väcka starka känslor och rädsla kan uppstå angående valet, om det är etiskt rätt, lagenligt rätt, och det bästa för klienten. Värdekonflikter ska ändå inte undvikas eller skapa onödig rädsla. Man borde se på dessa som vanliga problem; granska orsakerna, väga för- och nackdelar samt undersöka konsekvenser, eventuella hot, alternativ, möjligheter samt väga mänskliga och ekonomiska kostnader. Man når fram till gemensamma accepterade riktlinjer genom diskussion. Efter att man kommit överens om vad som är rätt och bör eftersträvas behöver man också hitta metoder för att uppnå det eftersträvade målet. Eftersom etiska bedömningar innehåller värderingar kan inte diskussionen grunda sig på endast fakta, vilket kan göra att det upplevs som subjektiva åsikter. Så är det ändå inte eftersom man i valen behöver beakta grundläggande värderingar. (ETENE, 2011, s. 10-11)

5 Forskningsöversikt

För att skapa mig en inblick i tidigare forskning gällande etiska utmaningar, hemvård och hemmaboende äldre har jag studerat vetenskapliga artiklar. Artiklarna har jag i huvudsak sökt från databaser som EBSCOhost. Sökorden som använts är: äldre, hemvård, etiska dilemman, etiska utmaningar, etik, older, homecare, ethical dilemmas, ethical problems och ethics.

Det var lätt att hitta artiklar som behandlar etiska dilemman gällande hemvård och äldre. Stor del av artiklarna berör mera sjukvård än socialvård, vilket kan bero på att hemvård och äldreomsorg i stor utsträckning rör just vårdåtgärder och att socialvård har en mindre roll inom äldreomsorgen. Det var svårare att hitta artiklar från Finland gällande det specifika ämnet. Jag hittade ändå en del artiklar som berör äldre, välbefinnande och hemvård i Finland samt internationellt.

Linzer (2002) presenterar en artikel om etiska frågor som uppstår när ett äldre par tackar nej till hemvård. I artikeln diskuteras principerna gällande respekt för självbestämmanderätt och värdighet, tillhandahållande av välfärdsservice och rättfärdigande av förmyndarmentalitet. Dessa faktorer diskuteras i samband med att fastställa äldre klienters beslutsförmåga. Konfliktlösning gällande etiska problem påverkas i hög grad av klientens beslutsförmåga. I studien framkommer att frågan om att åsidosätta klientens självbestämmanderätt är ett av de mest framträdande och svåra etiska dilemman inom hemvård. Frågan omfattar respekten för självbestämmanderätt och värdighet, skyldigheten att ge välfärd, rättfärdigande av förmyndarmentalitet samt överväganden som grundar sig på fastställande av kompetens. Då socialarbetaren valde att respektera parets självbestämmanderätt och värdighet uppstod en känsla av skuld och obehag över de alternativ som inte valdes. Rätten till välfärd är fortfarande ett giltigt tillvägagångssätt, även om det inte ansågs lika viktigt som självbestämmanderätt och värdighet i det här specifika fallet. Trots gjort beslut, fortsätter man följa med parets hemsituation, för att se om situationen förändras. Vid förändring påverkas också vikten och balansen mellan de motstridiga värderingarna. Ibland löser sig etiska dilemman med tiden.

Steffansson m.fl. (2016) utförde en studie med syfte att studera hemvårdsklienters frihet i valet av service, samt sambandet mellan hemvårdstjänsternas valfrihet och den äldres livskvalitet. Av 1054 deltagare, från tre olika kommunala hemvårdsområden i Finland framkom att mera än hälften skulle vilja påverka servicen de fick. Trots detta var det bara en tredje del som fått påverka hemvårdens besökstider. I studien framkom att hemvården bidrog positivt till klienternas socialvårdsrelaterade livskvalitet, vilket tyder på effektiv service. Det framkom dock att alla hemvårdsklienter inte upplevde valfrihet och att det ännu finns mycket att göra för att förbättra den offentliga hemvårdens kvalitet samt klienternas livskvalitet. För att de äldres röster ska höras är det viktigt att åtgärda strukturer gällande social- och hälsovård. Studiens resultat är viktig eftersom äldre som vårdas i hemmet ökar, och trycket på samhället att hantera situationen ökar.

Lisleryd Smebye m.fl. (2016) har utfört en kvalitativ studie gällande vården av personer med demenssjukdom som önskar bo i sitt eget hem. Det beskrivs som en utmanande vårdfråga som ger upphov till etiska dilemman, samt hur man balanserar självbestämmanderätt med den äldres välbefinnande och säkerhet. Studiens syfte var att studera etiska dilemman rörande självbestämmanderätt som identifieras när personer

med demenssjukdom önskar bo hemma. Studien baserade sig på nio fall, där fallen bestod av personen med demenssjukdom, den anhöriga och den professionella vården. I studien framkom tre tydliga etiska dilemman: När den demenssjuka personens självbestämmanderätt stod i konflikt med den anhörigas och vårdens behov av att förhindra skada, anhörigas och vårdens behov av att ge välfärd, samt anhörigas självbestämmanderätt. Studiens slutsats var att personen med demenssjukdom accepterade sitt beroende av andra, för att kunna bo kvar hemma och upprätthålla sin självbestämmanderätt och leva i enlighet med sina identifierade värderingar. I studien diskuteras förmyndarmentalitet, paternalism, och det framkom att vårdgivare ibland använde ett hårt paternalistiskt tillvägagångssätt för att kunna undvika skada hos den demenssjuka personen, till exempel genom att installera tekniska hjälpmedel i personens hem, trots att personen inte helt och hållet förstod situationen. Detta rättfärdigades ändå som en möjlighet för personen att kunna bo hemma, och i enlighet med beslut om klientens rätt till självbestämmanderätt. Paternalism kunde alltså motiveras mot bakgrund av välgörenhet och inom ramen för omsorgetik.

Kadushin & Egan (2001) har gjort en studie där man undersökte faktorer som rör förekomsten och svårigheten att lösa etiska dilemman, genom ett nationellt urval bland 364 socialarbetare inom hemsjukvård. Studien visade att etiska dilemman gällande bedömning av psykisk kompetens, självbestämmande och tillgång till service var måttligt vanliga och svåra att lösa. I studien framkommer vikten av att inte bara fokusera på motstridiga etiska principer i en situation, utan också på att förstå de inblandades perspektiv. Då det finns möjlighet att involvera ytterligare intressenter i en konflikt behöver man överväga om fördelarna med att involvera flera parter är värd den risk som kan ge en eventuell ökning av förekomsten och svårigheten i konflikten. Studien visar att etiska konflikter inom hemvård involverar socialarbetare i komplicerade förhandlingar där miljön påverkas av restriktiva policyer och många inblandade intressenter. I den stressiga miljön identifierade socialarbetare vikten av samarbete med vårdpersonal, socialarbetarkollegor och byråadministratörer.

6 Sammanfattning

Värdet och aktualiteten av gerontologi som vetenskapsområde växer och även forskning inom området. Detta främst på grund av den demografiska utvecklingen. Människans medellivslängd ökar på grund av att färre barn föds och människan lever längre, vilket kräver större kunskap om den åldrande individen samt de konsekvenser som följer med det. Människans ökade medellivslängd är en social vinst och stor fördel för samhället, men för samtidigt med sig utmaningar. Med ökad medellivslängd följer flera sjuka år för den äldre, och därmed även ett ökat tryck på äldreomsorgen. Eftersom kvarboende principen varit vägledande i Finland, och tanken framöver är att ännu flera, även de med stort vårdbehov, ska bo hemma så länge som möjligt behöver hemvården utvecklas och utökas. Ett större behov av vård och omsorg kräver i sin tur ökade personalresurser, vilket redan idag är utmanande i sig.

Man kan beskriva åldrande genom biologiska, sociala och psykiska förändringar, vilka alla inverkar på det funktionella åldrandet. Det funktionella åldrandet kan beskriva variationen äldre emellan, och betydelsen av att visa hänsyn till dessa variationer. På den äldres funktionella åldrande inverkar olika sjukdomar och biologiska förändringar, men också den äldres förmåga att hantera det som är viktigt för hen, yttre omständigheter och alla faktorer eller omständigheter i den äldres omgivning. Dessa variationer i den äldres funktionsförmåga inverkar på den äldres möjligheter att bo hemma. Trots att den äldre själv ofta önskar att bo hemma så länge som möjligt, behöver man se till så att äldre med försämrade funktionsförmåga som är beroende av omfattande stöd i vardagen inte blir isolerade i sitt hem. Man behöver då utifrån den äldres funktionsförmåga, åsikter och livssituation ta beslut om annat boende. Ett gott multiprofessionellt samarbete, kunskap och tillräckliga resurser ger kvalitativ vård och omsorg, samt sakkunskap gällande bedömning av den äldres funktionsförmåga.

Etisk reflektion och etiskt tänkande innebär hur man förhåller sig och handlar i olika situationer samt hur man följer mönster som anses bättre än andra. Etiskt tänkande möjliggör att systematiskt överväga vad som är rätt, gott och rättvist. Etisk reflektion innebär att kritiskt undersöka vilka förhållningssätt som ska prägla arbetet, hur man bör agera och om våra system och rutiner uppfyller etisk och professionell verksamhet. De etiska teorierna hjälper oss att i praktiken greppa utmaningar förknippade med handlingar,

och därmed ge oss läsningar på utmaningarna. De etiska teorierna ger oss närhet och distans till utmaningar, vilket gör att vi kan se deltagare i situationen, en helhetsbild av utmaningen, och därmed olika sidor av utmaningen.

Inom vård- och omsorg ger pliktetiken viktigt underlag för argumentation gällande etiska utmaningar, på grund av dess krav på opartiskhet och att kunna bortse från egna intressen. Plikten kan ses som de värderingar och rekommendationer som gäller för social- och hälsovården, vilka man behöver förhålla sig till och vilka våra handlingar behöver grunda sig i. Nyttotetiken kan till exempel tillämpas i fråga om fördelning och prioritering av resurser inom social- och hälsovården, eftersom teorin strävar efter den handling som ger bäst konsekvenser för alla. Eftersom vi idag lever i en mångkulturell värld, ställs vi allt oftare inför etiska problem gällande skild värdegrund och bakgrund och värdekonflikter kan uppstå. Moralisk klokhet är enligt dygdetiken den viktigaste moraliska attityden, och hjälper oss ta hänsyn till olika värdegrunder. Diskursetiken värdesätter det kommunikativa handlandet och att uppnå enighet genom rationella argument och förståelse, vilket inom vård- och omsorg innebär att även klienten ges utrymme i diskussion gällande etiska frågor. Närhetsetiken kan inom social- och hälsovården hjälpa oss se det ansvar och den makt som uppstår i in klientrelation, och hur man som professionell agerar i mötet med klienten.

De etiska rekommendationerna för social- och hälsovård har som syfte att fungera som vägvisare i den etiska bedömningen inom social- och hälsovård, och består av rekommendationer gällande människovärde, grundläggande rättigheter, beaktande av klientens intresse och självbestämmanderätt, växelverkan, ansvar kring arbets kvalitet och god vård.

Såväl teorier kring åldrande, teorier kring etik samt etiska rekommendationer hjälper oss på alla olika nivåer inom social- och hälsovård i de beslut vi ställs inför gällande etiska utmaningar. Det behövs kunskap om åldrande men även kunskap gällande etisk tanke och reflektion, för att kunna ta välgrundade dagliga beslut, men också beslut gällande hur vård och omsorg ska se ut i framtiden.

7 Metod och tillvägagångssätt

I det här kapitlet redogör jag för examensarbetets undersökningsmetod, tillvägagångssätt samt upplägg. Jag redogör även för valet av respondenter samt etiska aspekter gällande forskning, respondenter, materialinsamling och resultatredovisning.

7.1 Kvalitativ forskningsmetod

Jag har i mitt examensarbete valt att använda mig av kvalitativ undersökningsmetod, eftersom den möjliggör riklig information och detaljerad helhetsförståelse från få undersökningsenheter. Den kvalitativa metodiken ger mig möjlighet att på djupet beskriva och förstå etiska utmaningar gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder. Genom kvalitativ undersökningsmetod möjliggörs närhet till undersökningsenheterna, och därmed även ämnet som undersöks. (Holme & Solvang, 1997, s. 78)

Den kvalitativa metoden möjliggör en jag-du relation forskaren och undersökningsenheten emellan. På så vis kan forskaren studera det som undersöks inifrån, på ett djupare plan. Samtidigt behöver forskaren vara medveten om att närheten forskaren och undersökningsenheten emellan kan utgöra problem, i form av bestämda förväntningar. Forskaren behöver kunna växla mellan att förstå fenomenet inifrån samtidigt som hen kan förklara fenomenet utifrån, eftersom forskarens uppfattning och tolkning av information står i förgrunden inom kvalitativ forskning. Forskarens för-förståelse för ämnet, som forskaren fått genom t.ex. utbildning, erfarenheter, vetenskapligt arbete eller fördomar går aldrig att helt frigöra sig från, men är något som forskaren bör kunna se objektivt på. (Holme & Solvang, 1997, s. 92-95)

Undersökningen hade även kunnat utföras med hjälp av kvantitativa metoder, vilket hade gett bredare information från många undersökningsenheter. Informationen skulle dock ha blivit mera allmän eftersom kvantitativa metoder inte möjliggör de unika och säregna svar som kan fås genom kvalitativ metod och intervjuer. (Holme & Solvang, 1997, s. 76-78)

7.2 Datainsamlingsmetod

Eftersom jag i mitt arbete vill diskutera, undersöka och kartlägga etiska utmaningar gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder, anser jag att intervjuer som datainsamlingsmetod är det som lämpar sig bäst. Genom att intervjua fyra informanter som jobbar i olika positioner inom hemvården i en kommun i Österbotten, får jag en mångsidig uppfattning gällande etisk diskussion inom hemvård. Informanterna känner bra till hur hemvården fungerar, de hemmaboende äldres situation och även de äldres resurser. (Holme & Solvang, 1997, s. 104) Materialet till mitt examensarbete har jag således fått genom intervjuer samt litteratur i form av artiklar, böcker, lagar och styrdokument. I sökandet av litteratur har jag använt mig av ämnesorden etik, etiska utmaningar, etiska dilemman, äldre, ethic, older, ethical dilemmas och ethical problems.

En forskningsintervju bygger på ett samtal två parter emellan. Det specifika mänskliga samspelet bildar en dialog, vilken ger kunskap. Det är upp till den som intervjuar att på kort tid skapa sådan kontakt intervjuare och informant emellan, att samspelet utvecklas till mera än endast en yttlig konversation. Tanken med kvalitativa intervjuer är att informanterna ska uttala sina egna synpunkter och uppfattningar, vilka fås genom öppna frågor och liten styrning från intervjuarens sida. För att ändå få fram information gällande ämnet som undersöks, hade jag på förhand förberett halvstrukturerade intervjufrågor att utgå ifrån. (Kvale, 1997, s.117-119) Intervjufrågorna bestod av nio öppna huvudfrågor, vilka jag ställde till samtliga informanter samt två följdfrågor som jag ställde beroende på informanternas svarsinnehåll. Under intervjuernas gång ställdes även några följdfrågor som uppkom där och då, utifrån de svar jag fick av informanterna. (Holme & Solvang, 1997, s. 100-101)

7.3 Urval

Representativitet och statistisk generalisering är inte det mest centrala syftet gällande val av undersökningsspersoner i kvalitativa intervjuer. Urvalet är ändå högst avgörande för undersökningen. Syftet med kvalitativ intervju är att få en mera fullständig och djupare uppfattning om det som undersöks. Urvalet sker således inte slumpmässigt. Urvalet bör göras systematiskt utifrån vissa strategiskt och teoretiskt definierade kriterier. För att få

mesta möjliga information bör man försäkra sig om variation i urvalet, samt att personerna i urvalet har kunskap kring ämnet som undersöks. Personernas villighet att delta samt förmåga att uttrycka sig är också viktiga aspekter då man planerar urvalet. (Holme & Solvang, 1997, s. 101-104)

Jag har i mitt examensarbete valt att intervjua fyra personer som jobbar i olika positioner inom hemvården i en kommun i Österbotten. Detta för att få en så bred och heltäckande bild som möjligt av ämnet, trots få informanter. Informanterna känner till såväl hemvårdens klienter, deras resurser, förhållande till anhöriga, samt hemvårdens resurser. Ålder, kön, ursprung eller liknande hade ingen betydelse i valet av informanter. Däremot har informanterna jobbat olika lång tid inom hemvården, vilket jag kan se som en fördel. Jag hade som avsikt att intervjua fyra personer, och samtliga ställde gärna upp för intervju.

Valet av undersökningsenheter hade kunnat se annorlunda ut. Jag hade kunnat utgå från endast en yrkesgrupp inom hemvården, och på så sätt få en djupare inblick i just den yrkesgruppens område. Det hade i stället gjort att jag inte fått den helhetsbild som jag upplever att jag får genom det val jag gjort. Studien kunde även utföras genom att intervjua anhöriga till hemvårdsklienter, vilket hade gett arbetet en lite annan infallsvinkel.

7.4 Datainsamling och analys

Intervjuerna spelas in som ljudfil, vilket möjliggör att jag som intervjuare fullt ut kan koncentrera mig på ämnet och intervjusituationen. Den inspelade ljudfilen transkriberas sedan i textform. Transkribering innebär att ändra något från en form till en annan form. Denna form innebär en viss möjlighet till tolkning från forskarens sida. (Kvale, 1997, s. 142-158)

I validering av tolkningar gällande informanternas svar kan man som intervjuare genom dialog ge feedback och genom återkoppling och meningstolkning sända tillbaka det informanten sagt, och på så sätt ta reda på om man tolkat svaret rätt. (Kvale, 1997, s. 207-209)

7.5 Sekretess och etik

I undersökningar är det viktigt att beakta hur verksamheten eller personerna som deltar eventuellt kan påverkas av arbetet, samt att förhindra att personerna på något sätt kan kopplas till undersökningen. Transkribering av intervju medför vissa etiska problem, och därför är det viktigt att beakta konfidentialiteten gällande intervjupersonen och andra människor samt institutioner som nämns i intervjun. (Kvale, 1997, s. 104-105, 158) All undersökning bör genomföras på ett sådant sätt att den på inget sätt kan utgöra risk eller skada för intervjuperson, andra människor eller samhälle. Intervjupersonens deltagande är frivilligt och hen har rätt att avbryta när som helst under undersökningens gång. Intervjupersonen har också rätt att få information om undersökningens innehåll, samt hur undersökningen genomförs. (Forskningsetiska delegationen, 2019) Jag har under examensarbetets gång varit noga med att trygga informanternas konfidentialitet. I examensarbetet nämns inte enhetens namn där undersökningen görs. Jag har även varit noga med att informera informanterna om att varken deras namn eller namn på personer som eventuellt nämns i intervjuerna publiceras. Jag har också klargjort att allt intervjumaterial förstörs efter att det analyserats.

8 Resultat och tolkning

I det här kapitlet presenteras resultatet från examensarbetets undersökning, samt en jämförelse mellan undersökningsresultatet och den teori som behandlats i kapitel 3-7, samt utifrån examensarbetets frågeställningar. Syftet med examensarbetet är att genom teori och intervjuer belysa samt kartlägga de etiska utmaningar som finns gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder. Därför har jag i detta kapitel valt att utgå från de etiska utmaningar som framkommit i intervjuerna, genom att nämna dessa som underrubriker. Under dessa rubriker redogörs sedan närmare för informanternas svar, samt i jämförelse med teorin. Eftersom jag använt mig av kvalitativ forskningsmetodik och intervju, redogörs informanternas svar som tolkningar och sammanfattningar, men även som direkta citat.

Intervjufrågorna baserar sig främst på ETENES etiska rekommendationer för social- och hälsovården, vilka beskrivs närmare i kapitel 4.2. Bilaga 1 Intervjufrågor.

8.1 Självbestämmanderätt

I alla fyra intervjuer togs självbestämmanderätten fram som en grundläggande, naturlig och självklar del i hemvårdens arbete. Klientens självbestämmanderätt var ett återkommande diskussionsämne genom alla fyra intervjuer. Självbestämmanderätten beaktas väl inom hemvården, och det framkom i samtliga intervjuer att klientens självbestämmanderätt är vägledande i all service och vård. Enligt Forsman (2014, s. 18) innebär självbestämmanderätten exempelvis att personen själv ska ha rätt att säga nej till omsorg, och även i övrigt kunna bestämma och upprätthålla självständighet i vardagen. Det här är sådana saker som informanterna också framhöll, att beaktas inom hemvården.

Med självbestämmanderätten följer dock en del etiska utmaningar, även återkommande sådana. De faktorer som enligt informanterna oftast skapar utmaningar eller dilemman gällande klientens självbestämmanderätt är minnessjukdomar, läkemedel samt klientens boendesituation. Alla informanter nämnde i någon utsträckning dessa tre faktorer i samband med självbestämmanderätt, i vilka det kan uppstå etiska utmaningar och frågeställningar. I kapitel 8.1.1–8.1.3 följer en beskrivning över självbestämmanderätt i förhållande till minnessjukdomar, läkemedel och boendesituation, utgående från informanternas svar, samt i jämförelse med examensarbetets teoridel.

Man kommer inte ifrån, att alltid då man har med människor att göra uppstår det olika etiska frågor. Det uppstår med jämna mellanrum situationer där det finns dilemman gällande vad som är bäst för klienten. Synen mellan klienten, hemvården och anhöriga kan skilja sig åt. Då är frågan alltid vad som är bäst för klienten.

Enligt Linzer (2022) är frågan om att åsidosätta klientens självbestämmanderätt ett av de mest framträdande och svåra etiska dilemman inom hemvård. Frågan omfattar respekten för självbestämmanderätt och värdighet, men också skyldigheten att ordna vård och omsorg, rättfärdigande av förmyndarmentalitet, samt övervägande som grundar sig på fastställande av klientens egen kompetens. Även Silfverberg (2007, s.37-39) nämner självbestämmanderätt som en återkommande etisk utmaning beträffande vård i hemmet.

Det är nog många gånger en svår utmaning då det kommer till självbestämmanderätt, man får på inget sätt tvinga klienten, eller få den att känna sig överkörd.

Som nämns i citatet ovan, är det viktigt att klienten känner sig delaktig och hörd. Ett personcentrerat arbetssätt kräver att man ifrågasätter rutiner och mönster, eftersom det för den äldre med stort hjälpbehov ofta är speciellt viktigt att få saker gjorda på det sätt som hen anser rätt. (Ernst Bravell, 2013, s. 265-266)

För personal inom hemvården, som dagligen ställs inför olika etiska utmaningar gällande självbestämmanderätt och vad som är gott, kan bland annat teori från pliktetiken tillämpas. Enligt Henriksen & Vetlesen (2013, s. 121) ramar pliktetiken in det som är ganska typiskt för oss människor. En upplevelse av något okränkbart och absolut, vilket våra handlingar måste böttna i och som vi måste förhålla oss till. Enligt Sandström & Kjellström (2018, s. 121) bidrar pliktetiken till viktig argumentation i etiska frågor, genom kravet att behandla alla likvärdigt samt bortse från ens egna personliga perspektiv och intressen, vilket ger opartiskhet och universalitet.

8.1.1 Minnessjukdomar

Speciellt etiskt utmanande är nog de här demenssjukdomarna och hur vi ska bemöta personen med demenssjukdomar på ett sätt så att vi också beaktar och följer självbestämmanderätten.

En av informanterna beskriver vandringsbeteende och hallucinationer, som ofta följer med vaskulär demens eller Alzheimers sjukdom som speciellt utmanande. Hallucinationer eller annan form av inbillning skapar stor otrygghet hos klienten. Vandringsbeteendet som ofta följer med demenssjukdom kan vara direkt farligt om klienten börjar ta sig ut ur sitt eget hem. Sker detta vintertid kan klienten i värsta fall förfrysas. I sådana situationer finns det enligt informanten egentligen inget annat alternativ än att se till att klienten får en akut plats på en vårdavdelning, eftersom det är risk för klientens liv.

Då det gäller klienter med hög ålder och minnessjukdom, är det nog svårt att enbart genom dialog komma fram till en lösning som alla parter upplever som trygg och säker. Många gånger möts hemvårdens förslag med motstånd. Det finns många äldre som vill värna om sig själva och som inte direkt är positivt inställda till hemvårdens besök. Sådana aspekter kan ju ibland också förvärras i och med demenssjukdom. De äldre kan till och med bli misstänksamma mot den hemvårdspersonal som kommer in genom dörren, vilket försvårar dagliga besök

eftersom klienten inte litar på hemvårdspersonalen och därmed inte vill ha dagliga besök eftersom de upplever att hemvården gör intrång. Då blir det svårt att trygga den här äldre individens vardag.

I en studie gjord av Lisleryd Smebye m.fl. (2001) framkom tre typiska etiska dilemman gällande personer med demenssjukdom, varav det första var när den demenssjuka personens självbestämmanderätt stod i konflikt med anhörigas eller vårdens behov av att förhindra skada. Den här konflikten beskrevs även av samtliga informanter.

Informanten i citatet ovan nämnde att det endast genom dialog kan vara svårt att komma fram till en lösning som av alla parter upplevs trygg och säker. Svårigheter att genom dialog komma fram till en lösning på ett etiskt dilemma, som gynnar alla parter beskrivs även i kapitel 4.1.4. Att genom dialog och i gemenskap komma fram till gemensamt handlande är diskursetikens kärna. I en klientrelation innebär det att även klienten ges utrymme att delta och påverka. En förutsättning för gemensam rationell argumentation, vilken ska leda till att alla parter kan acceptera utfallet, är dock att vi till viss del är eniga om vad som är gott och vad som behöver uppnås. Vid allt för stora olikheter gällande normer och värderingar är det svårt att komma fram till ett gemensamt förhållningssätt. (Sandman & Kjellström, 2018, s. 159-165)

Beteendeförändringar som följer med demenssjukdom eller annan sjukdom, skapar svårigheter i att se till vad som är bäst för klienten. Klienten ser det kanske inte själv längre, men är ändå väldigt bestämd om hur det ska vara, medan vårdpersonalen kanske ser att det inte är det mest lämpliga för klienten.

Ibland har jag känt att anhöriga har väldigt starka åsikter gällande klientens vård, och på grund av klientens minnessjukdom har anhöriga en större möjlighet att påverka. Klienten kan då gå med på sådant som man vet att de inte tidigare hade velat, men på grund av sin minnessjukdom eller bara annars på grund av sin försämrade funktionsförmåga, håller då klienten med anhöriga.

Då det kommer till självbestämmanderätt och minnessjukdomar finns det alltså svårigheter att gemensamt komma fram till en lösning, eftersom den minnessjuka klientens syn på vad som är bäst ofta skiljer sig från anhörigas och hemvårdens syn på saken. Även anhörigas och hemvårdens syn på vad som är bäst för klienten kan skilja sig åt.

8.1.2 Läkemedelsbehandling

I samtliga intervjuer kommer klientens läkemedelsbehandling på tal, som ett etiskt dilemma, där hemvårdens och klientens syner skiljer sig åt. Det här beror i de flesta fall på klientens minnessjukdom. Klientens självbestämmanderätt är vägledande, även fast man som professionell ser klientens ordinerade läkemedelsbehandling som nödvändig.

Som nämndes i kapitel 8.1.1, nämns det även gällande läkemedel, att det genom enbart dialog är svårt att komma fram till en lösning som alla parter skulle uppleva som trygg och tillfredställande, då det handlar om läkemedelsadministrering och klienter med minnessjukdom.

Om klienten säger att den här medicinen vill jag inte ta, ja då kan man ju inte tvinga klienten att ta medicinen även fast man vet att medicinen underlättar för klienten. Till exempel om de inte vill ta en blodtrycksmedicin, vilket leder till jättehögt blodtryck om de inte tar den.

Om klienten inte vill ta sin ordinerade medicin, hamnar man som personal inom hemvården att konsultera läkare. Hur ska man gå vidare då klienten inte vill ta den ordinerade medicinen och man som professionell ser behovet av medicinen. Man kan inte tvinga klienten att ta den ordinerade medicinen.

Det har förekommit situationer där klienten fått hem den färdigt delade dosetten för en vecka, men klienten hör av sig innan veckan är slut och säger att medicinerna är slut. Klienten har ju dock rätt att bestämma över sin läkemedelsbehandling, de har även rätt att neka vård.

En informant berättar att det är vanligt förekommande hos klienter med hög ålder och minnessjukdom, att de själva vill rå över sitt läkemedelsintag. Klienten vill ha dosetten i sitt hem och vill ta läkemedel ur dosetten, utan hemvårdens närvaro. I sådana fall har hemvården varit i kontakt med socialarbetare, som i sin tur varit i kontakt med läkare som kan ta beslut gällande klientens förmåga att själv besluta över sitt läkemedelsintag.

Hittills har det nog varit så att självbestämmanderätten varit vägledande och att den åldrande individen fått fortsätta ansvara över sitt läkemedelsintag.

Enligt samtliga informanter finns det klienter som vore i behov av dagliga besök av hemvården för kontroll av läkemedelsintag, men klienten själv vill inte ha dagliga besök.

Klienten vill alltså själv rå över sitt läkemedelsintag. Som tidigare nämnts är det alltid en läkare som i sista hand tar beslut gällande klientens förmåga att rå över sin egen medicinering, eller om det finns behov av intressebevakare för klientens del. I sådana fall där det utses en intressebevakare, är det intressebevakaren som gör besluten gällande klientens vård.

I en studie gjord av Linzer (2002) beskrivs detta etiska dilemma. Då klienten tackar nej till den vård som av professionella anses nödvändig. Om beslutet ändå görs att klientens självbestämmanderätt går före behovet av vård, är det viktigt att man som professionell fortsätter följa med klientens situation i den mån klienten går med på. Ifall situationen ändras kan ny ställning tas i ärendet, eftersom förändringar även påverkar balansen mellan de motstridiga värderingarna.

Slutsatsen i studien gjord av Linzer, bekräftar behovet av den regelbundna uppföljningen som görs gällande klientens funktionsförmåga (kapitel 3.2); med bedömningsinstrumentet RAI och genom uppgörande av vård- och serviceplan. (Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 980/2012)

8.1.3 Boendesituation

I citatet nedan beskrivs en situation gällande klienters boendeförhållanden, som av vården anses som problematisk, men som ändå inte behöver utgöra ett hinder för klientens välbefinnande. Detta beskrivs även i Den etiska grunden för social- och hälsovård, gjord av ETENE (2011, s. 18); en etisk utmaning kan uppstå då yrkespersonalen uppfattar något som ett problem, som i själva verket inte är ett problem. Klienter kan trots icke optimala förhållanden leva anständiga liv.

Vi har faktiskt klienter som bor riktigt hemskt, men enligt egen vilja. De kan bo väldigt avlägset, väldigt ensamt, väldigt ohygieniskt och väldigt marginaliserat – men klienten är nöjd med det. Det kan vara svårt för oss som vårdpersonal och aktivt delaktiga i samhället att förstå varför, men det hör inte till vårt jobb att bestämma. Så länge det inte utgör en direkt fara för liv.

Samtliga informanter nämnde ändå även sådana problem gällande klienters boendeförhållanden, som kan vara direkt farliga för klienten, och ibland hindra klientens tillgång till vård och service. Exempel på sådana faktorer är trånga utrymmen, mycket saker inomhus, söndrig inredning, höga trappor, trösklar, smala dörrar, brister i hemmets uppvärmning, wc och dusch i källare eller inget varmvatten över huvud taget. Informanterna beskrev då det gäller boendemiljö, problematiken kring självbestämmanderätt.

Boendemiljön kan många gånger vara utmanande, och där kan det nog uppstå etiska frågor. Speciellt från vårdens sida - man anser att klientens boendemiljö inte är anpassad för klientens behov, men klienten har ju rätt att bo där den bor, man kan inte tvinga någon att flytta fast vi anser att det inte är ett vettigt boende.

Många vill bo hemma så länge som möjligt, eftersom de är födda och uppväxta där. Men husen kan se väldigt olika ut. En del äldre kan bo i hus där det är trångt, mycket saker, höga trappor och trösklar, söndriga dörrar, smutsigt och ohygieniskt, det kan finnas möss och råttor i huset, det kan vara kallt och vattnet kan frysa vintertid.

Klienterna bor ofta i egnahemshus och då kan gårdsplanerna se olika ut, de kan vara ojämna. Vissa har höga trappor upp till husen. Kan de då vara utomhus eller måste de bara vara inomhus? Det är ju bra för de äldre att dagligen vistas ute, men alla kan inte det.

Det är en stor risk att ha personer i hög ålder hemmaboende i gamla egnahemshus, och där tycker jag ju inte riktigt att kommunen har kommit de här åldrande individerna till mötes. Det verkar inte riktigt finnas någon klar bild av vems ansvar det är att se till att de får höga trösklar borttagna och ramper till utsidan så att de kommer ut med sin rullator. Det finns egentligen inte någon som riktigt tar ansvar för det, så där tycker jag nog att det brister.

Samtliga informanter nämner att det gällande hemvårdsklienter ofta kommer till ett skede då den åldrande individen inte längre kan bo hemma, eftersom det inte längre är tryggt. Fallrisken kan vara stor, och det är helt enkelt inte längre hållbart, trots att den äldre själv inte ser svårigheten. Hemvården kan inte längre stöda klienten till en trygg vardag, trots maximalt antal hemvårdsbesök. I det här skedet inleds dialogen gällande behov av serviceboende med heldygnsomsorg. Men återigen är självbestämmanderätten stor och

man kan inte tvinga klienten att flytta från sitt eget hem. Tyvärr leder ju det här ofta till att klienten till sist faller i hemmet och får exempelvis en höftfraktur eller lårbensfraktur, vilket gör att klienten då inser att den inte längre kan bo hemma. Det är förstås inget som ses lätt på från hemvårdens sida, och därför inleds också diskussionen om serviceboende i ett tidigt skede.

Men man märker att hemmet betyder väldigt mycket för den äldre. Det är nästan så att de hellre bor i ett kallt, dragigt hus än att flytta till ett serviceboende.

I kapitel 3.2 beskrivs klientens ofta förekommande vilja att bo hemma så länge som möjligt, vilket ju också är syftet med vården idag. Samtidigt är det viktigt att äldre med dålig funktionsförmåga och som är i behov av mycket stöd inte blir isolerade i sitt hem. (ETENE, 2008, s.7)

8.2 Vård och omsorg på lika villkor

En av informanterna framhöll rätten till likvärdig vård i och med att den kommunala hemvården är behovsbaserad. Hemvård beviljas utgående från klientens behov av service och vård, vilket gör att alla klienter oberoende av funktionsförmåga, kön och var man bor ska ha tillgång till jämlik och rättvis vård, enligt det individuella behovet. Det borde alltså inte finnas ojämlikheter beträffande tillgång på hemvård.

Om man bortser från hemvård, och ser till den äldre individens tillgång till övrig service och vård, förekommer det ändå ojämlikheter. En informant framhöll det faktum att äldre individer boende på landsbygden inte har samma förutsättningar att få den vård och service som de äldre som bor centralt. Det är långa sträckor till den mesta servicen. Att besöka hälsovårdsmottagningen kräver mera av äldre som bor landsbygden, än av äldre som bor centralt. Den tid som en centralt boende äldre lägger på sitt hälsovårdscentralsbesök går åt till enbart taxiresor för äldre boende på landsbygden, vilket blir dyrt, men framför allt tar det på den äldres krafter. Informanten berättade att många äldre drar sig för att besöka exempelvis hälsovårdscentralen, eftersom det är en sådan stor påfrestning att ta sig dit.

Ju flera klienter ett hemvårdsteam har, så tummas det på kvaliteten, för att man helt enkelt måste prioritera de klienter som är mera vårdkrävande.

Inom hemvården måste man tyvärr anpassa besöken så att de klienter som behöver mest hjälp kommer först. Vilket kan kännas lite fel, med tanke på rättvisa.

En annan informant berättade att det nog finns ojämlikheter även inom hemvården samt kommuner emellan, eftersom det finns skillnader i hemvårdsteamerna. Hemvårdsteam med flera klienter upplever en större stress än vad hemvårdsteam med färre klienter gör, vilket i sin tur även påverkar servicekvaliteten. I dessa hemvårdsteam behöver man i större utsträckning prioritera, vilka klienter som behöver långa besök, var det går att förkorta besöken – och redan här uppstår en försämring i kvaliteten. Man behöver kanske prioritera de klienter som inte har anhöriga när till.

8.3 Ensamhet

Ensamhet kan uppstå i sådana fall där det inte finns anhöriga nära till. En informant beskriver, att eftersom hemvården idag är väldigt starkt vårdrelaterad, finns det inte möjlighet till exempelvis tillsynsbesök, vilket det fanns möjlighet till tidigare. Tre av informanterna tar upp klientens brist på nära anhöriga som ett problem, eftersom hemvården i många fall kan bli klientens enda sociala kontakt. Det här ses som ett dilemma eftersom tiden hemvården befinner sig hos klienten är liten, räknat på ett helt dygn.

Vi har ganska många hemvårdsklienter som bor ensamma, som kan ha vuxna barn, men som bor långt ifrån. Då blir klienterna väldigt ensamma och då blir det nog hemvården som är det stöd som de har närmast. Det är också självklart en brist, hemvårdens stöd är ju begränsat. Hemvården är i dagsläget väldigt starkt vårdrelaterat.

Alla hemvårdsklienter har inte de bästa familjeförhållanden, de har kanske anhöriga som inte bryr sig eller som bor långt borta. Klienten är alltså lämnad till sitt öde. Ibland kan anhöriga ha åsikter som de anser borde följas, men som säger emot klientens önskemål. I grund och botten är det ju ändå klienten som ska få bestämma själv.

Enligt Dehlin m.fl. (2000, s. 280-281) innebär ensamboende äldre utan nära anhöriga i sig ingen riskfaktor för upplevelse av ensamhet eller livstillfredsställelse. Äldre personer med dålig hälsa upplever dock ensamhet i större utsträckning, och inom hemvården påträffas oftast äldre med försämrad hälsa. Det här innebär alltså att det inte nödvändigtvis är brist på anhöriga eller andra sociala kontakter som bidrar till den äldres upplevelse av ensamhet, utan den försämrade funktionsförmågan.

8.4 Hemvårdens resurser nu och i framtiden

Alla fyra informanter framhöll i sina svar problematiken kring personalresurser, samt vilka utmaningar det kan medföra i framtiden. En informant berättade om lediga befattningar utan sökande. Otillsatta befattningar leder förstås till färre vårdare, men på samma antal klienter. Vilket innebär att det blir flera besök per vårdare. Det här upplevs som stressande och utmattande för personalen, och inverkar förstås negativt på vårdkvaliteten.

Inom hemvården är det omöjligt att veta hur ens arbetsdag kommer att se ut, det kan ändra snabbt. Man vet aldrig vad som väntar då man kliver in genom dörren hemma hos en klient, och inträffar det något oväntat rubbar det alla andra klienters besök på besökslistan.

Och så blir det så att; nej nu händer det här, hur ska jag hinna nu, man har ingen möjlighet att jobba övertid, men alla klientbesök behöver ändå hinnas med. Och det leder till att man försöker snabba på saker och ting och då kan det gå ut över klienterna om man skyndar sig och missar något.

Som nämndes av informanten i citaten ovan, vet man aldrig vad som väntar då man besöker en klient. Oförutsedda händelser leder till förseningar i resterande besök på vårdarens besökslista. Det här skapar förstås stress för vårdaren, och med knappa personalresurser finns det ingen extra tid från förut heller. Informanten berättar att det även kan ske oförutsedda händelser på sjukhusavdelningar eller på boenden, vilket även där leder till stress. Där har dock klienterna möjlighet till vård och tillsyn dygnet runt. Inom hemvården finns det klienter som har besök en gång per vecka eller en gång per dag. För en klient med besök en gång per dag innebär det mera än 23 timmar per dygn utan vård och tillsyn. Missar vårdaren något under besöket, dröjer det alltså 23 timmar tills nästa besök.

Klienter kan uppleva besöken som lite stressade om vi har brist på personal. Det har nog några klienter sagt till om, att personalen upplevs lite stressad. Det är ju inget nytt inom hemvården, men man vill ju undvika det till varje pris. Vi är ju gäster i deras hem, så det är ju viktigt att lyssna och ta sig tid.

Jag har märkt då jag jobbat mycket extra skift, på grund av personalbrist, att jag kan bli lite blind för klienternas behov, eftersom man är överarbetad.

Citaten ovan kan kopplas samman till det som nämns i kapitel 4.2, att en etiskt kvalitativ vård av äldre innebär att vara lyhörd och se till individen. Den äldres okränkbarhet, integritet och människovärde kan beaktas och respekteras genom små omständigheter, men som är ytterst viktiga för den äldre. (ETENE, 2008, s. 18-19) Att vara lyhörd och se till individen innebär att under hembesöket ha tid för att lyssna, samt uppmärksamma eventuella förändringar i klientens funktionsförmåga. Om personalen på grund av personalbrist är överarbetad och stressad kan det uppstå brister i det här, vilket medför en försämring i vårdkvalitet och samtidigt en etisk utmaning.

Det heter att hemvården ska utökas, och den är ansträngd redan som den är. Det ökar förstås risken att vård försummas. Tyngre vård ska skötas i hemmen. Teoretiskt kan det låta bra men i praktiken misstänker jag nog att det kan uppstå besvär. Att hemvården blir så överbelastad, att vården försummas och man hinner helt enkelt inte tillgodose alla vårdbehov. Hygienespekterna kan till exempel börja lida, att klienterna helt enkelt måste vara i sin smuts en längre tid. Vilket i sin tur kan bidra till komplikationer för klienten.

Läkemedelsmisstag ökar markant med för mycket klienter med många läkemedel och ett tätt arbetsschema. Speciellt om man som vårdare jobbat extra skift och är överarbetad, ökar risken för läkemedelsmisstag. Det är en stor farhåga med tanke på personalresurser och framtiden.

Vem ska sköta oss sen då vi är gamla?

Informanternas upplevelser gällande knappa personalresurser och den utmaning det för med sig i framtiden kan återspeglas till kapitel 3.1. Enligt Kirkevold m.fl (2010, s. 48) kommer befolkningen i framtiden att bestå av färre yngre och mycket fler äldre än idag. Det här medför stora utmaningar för samhället, inom omsorg och medicin. Enligt Jönson & Harnett (2015, s. 198-199) följer det med ökad medellivslängd flera sjuka år för den äldre individen. Vilket kräver flera anställda inom äldreomsorgen. För detta krävs större

uppskattning för omsorgsyrket. Även klienternas förväntningar på äldreomsorgen har ökat, vilket ökar trycket på den vård som ges.

8.5 Omfattande vård i hemmet

Tre av informanterna nämner det faktum att vård och omsorg i allt större utsträckning ska ske i klientens hem i framtiden, och då även mera omfattande och krävande vård, som oroväckande och etiskt utmanande. Informanterna är i sina svar eniga om att det, som det ser ut idag, inte finns resurser för att utföra sådan hemvård på ett kvalitativt sätt

Tanken för framtiden är ju att hemvården ska vårda allt sjukare åldringar, och förutsättningar för det finns inte i dagsläget.

En av informanterna berättar att vi idag har många åldringar som uppnår väldigt hög ålder, och att det med hög ålder även följer sjukdomar. Att vårda en person med multipel sjukdom i hemmet är utmanande i sig, men ännu mera utmanande då personen uppnått hög ålder. Det blir mycket att hålla reda på för sjukskötare, och kräver gott samarbete med vårdande läkare. Informanten ifrågasätter också att beslut tas att svårt sjuka personer ska vårdas i sina hem, till exempel personer som är sängliggande. För detta behövs sjukhussäng, vilket inte ordnas per automatik, det här är något personen själv behöver gå med på. Det finns alltså ingen tanke på hemvårdspersonalens ergonomi, eller ergonomiska lösningar.

Vi har till exempel äldre multipelt sjuka som bara kan ta sig fram med rullstol i sitt eget hem. Den äldre ska då lyftas med lyftanordning från säng till rullstol och från rullstol till säng. Det är ganska krävande vård redan det, och kräver många gånger två vårdares besök.

I citaten nedan nämner en informant utmaningar som följer med personer som är sängliggande. För att tillgodose god vård, behöver personen svängas regelbundet, för att trycksår inte ska uppstå. Det kräver många hemvårdsbesök per dag, vilket kräver resurser. Vården av sängliggande personer kräver också kunskap från hemvårdspersonalens sida.

Gällande klientens välmående med tanke på liggsår och trycksår, krävs kunskap av personalen om sådana vårdåtgärder. Om en person är liggande länge uppstår

trycksår. Hur vårdar man dem? Skulle klienten vara inne på en avdelningen är regeln den att man flyttar personen från en sida till en annan, med jämna mellanrum. Med hemvårdens maximala besök, hur vänds personen i sin säng på ett tillräckligt sätt?

Om vi faktiskt ska vårda en sängliggande person så behöver vi också beakta att den personen ska svängas i sin säng. Man får inte ligga hur många timmar som helst på en och samma sida, för då uppstår trycksår. Med fyra besök per dag, och två nattbesök innebär det att det finns klienter som skulle ligga fem timmar ensam i sin säng. Hur kvalitativ är den vården?

I en studie gjord av Steffansson m.fl. (2016) framkommer vikten av att äldres röster hörs då man åtgärdar strukturer inom social- och hälsovård, eftersom äldre som vårdas i hemmet ökar och därmed också trycket på samhället ökar att hantera situationen. I studien framkom att hemvård som ger klienten möjlighet att påverka servicen, bidrar till klientens socialvårdsrelaterade livskvalitet. Av deltagarna i studien upplevde ändå bara t.ex. en tredjedel att de haft möjlighet att påverka hemvårdens besökstider. Enligt studien fanns det alltså förbättringsmöjligheter gällande klientens upplevelse av påverkan.

En allt mera omfattande och krävande vård i hemmet, talar emot en förbättring gällande klientens möjlighet att påverka servicen, eftersom de befintliga resurserna är knappa. ETENES (2011, s. 5-7) etiska rekommendationer punkt fem framhåller att god vård och service förutsätter ansvarsfullhet både i beslut och verksamhetskultur. God vård och service förutsätter även god fördelning av resurser. Dagens utmaningar gällande personalresurser, och de utmaningar som informanterna framför gällande omfattande vård i hemmet krockar med de etiska rekommendationerna.

8.6 Teknologi och digitalisering

I informanternas svar gällande etiska utmaningar, nämndes digitalisering och teknologi av tre av fyra informanter. Informanternas svar var eniga om att digitalisering och teknologi kan vara intressant, spännande och ett bra verktyg för de generationer som är vana med olika teknologiska lösningar. Informanterna ansåg ändå inte att den generation som är gammal idag, är rätt målgrupp för detta. En informant nämner att de som är äldre idag är van med den sociala närhet som fås genom fysiska besök.

En informant nämnde att det finns en viss press både nationellt och organisationsmässigt, att få ut läkemedelsrobotar till klienterna, av den anledning att de ska minska på hemvårdens besök, och därmed även frigöra personalresurser. Tanken är att läkemedelsrobotarna ska ta bort besök hos de klienter som har besök för enbart läkemedelsadministrering. Här uppstår ett etiskt dilemma då klienten lämnar utan kanske den enda sociala kontakten hen har under dagen. De här besöken med enbart läkemedelsadministration innebär i praktiken så mycket annat. Det är en chans att se personen och ta reda på hur hen mår.

Man får en chans att se hur personen mår, om den är på fötterna idag, ser det ut som den har värmt sin gröt, eller druckit, ser den välmående ut, ser den blek ut? Man får en chans att fråga om magen fungerat eller inte fungerat. En läkemedelsrobot frågar inte dessa saker, och ser inte dessa saker. Läkemedelsroboten kan se till att läkemedlen administreras på rätta tidpunkter, men den frågar inte hur allmäntillståndet är idag.

I stället för att skicka ut en vårdare ska vi göra hembesök digitalt. Där tänker jag att det finns ett etiskt dilemma. Ska klienten betala för att få hem en Ipad, utan att fysiskt se en människa. Det är inte samma sak att prata via en skärm, som att fysiskt prata med en annan människa, där du ser hela människan och människans kroppsspråk.

Två av informanterna nämner också att man idag inte vet vilka digitala lösningar som kommer att finnas i framtiden. Med nya lösningar och möjligheter, följer också etiska frågeställningar, vilka man behöver ta ställning till. En informant nämner de gps klockor som används då det gäller personer med minnessjukdom. Dessa klockor möjliggör att den minnesjuka personen kan bo ensam, eftersom klockan alarmerar då personen lämnar sitt hem. Det här nämns som ett etiskt dilemma. Var går gränsen för att övervaka en person?

I Den etiska rekommendationen för social- och hälsovård nämns nya teknologiska möjligheter som en eventuell etisk utmaning, eftersom de ofta tas i bruk utan att de hunnit utvärderas. Det gör att de är svåra att bedöma hur etiskt problematiska eller goda de är, i relation till redan utnyttjade möjligheter eller bara som sådana. (ETENE, 2011, s. 10) Detta kan kopplas samman med informanternas svar gällande läkemedelsrobotar, och även annan digitalisering i hemvården. Resursmässigt framhålls tanken som god av informanterna, men det etiska dilemman uppstår då klienten blir utan den dagliga sociala

kontakten med hemvården, i vilken det ingår så mycket mera än bara läkemedelsadministrering, som också nämns i citaten ovan.

8.7 Vård- och serviceplanering

Tre av fyra informanter nämnde utmaningar gällande klientens delaktighet då det kommer till uppgörande av hemvårdens vård- och serviceplan. En gemensam uppfattning hos dessa informanter är att klienten nog erbjuds möjlighet till delaktighet, och att vårdteamet och egenvårdaren alltid ser till klientens intresse. Men av olika orsaker kunde denna delaktighet ändå utvecklas.

I och med egenvårdarsystemet upplever jag att uppgörandet av vårdplan sker i enlighet med rekommendationer, vilket är två gånger per år. Klienten tas även med i uppgörandet av vårdplanen.

Bedömningsinstrumentet RAI underlättar vårt jobb att följa med vården och hjälper oss se ifall det skett några större förändringar i klientens funktionsförmåga.

Något som kunde förbättra klientens delaktighet är att den utnämnda egenvårdaren oftare skulle göra besök hos de egna klienterna. Där kan det brista ibland, om man inte som utnämnd egenvårdare träffar de egna klienterna så ofta. Då blir det svårt att göra en bedömning, då det är dags en gång i halvåret för en grundlig bedömning.

Som informanten i citatet ovan nämner, förutsätter en god bedömning av klientens funktionsförmåga och kvalitativ vård- och servicebedömning, att personalen känner klienten. En kontinuerlig kontakt klient och egenvårdare emellan, försvåras av återkommande personalbrist inom hemvårdsteamet. En annan informant beskriver uppgörandet av vårdplan enligt följande:

Klienterna skulle nog kunna delta mera än de gör i uppgörandet av vårdplanen. Vi har kanske inte riktigt den kunskap och förutsättningar, för hur vi ska göra i praktiken. Vissa klienter är insatta och medvetna om att de har rätt till en vårdplan och en egenvårdare, men över lag finns vårdplanen med mest i bakgrunden.

En tredje informant beskriver klientens delaktighet i uppgörande av vårdplan så här:

Alla klienter är ju medvetna om att vi gör vårdplan och RAI bedömning en gång i halvåret. Men det är aldrig någon klient som frågar efter vårdplanen eller funderar desto mera kring den. Det hör ju till att vi tillsammans med klienten går igenom den uppgjorda vårdplanen, men klientens delaktighet kunde nog förbättras, och även anhörigas delaktighet. Vid uppgörande av vårdplan tänker ju nog alla ändå på att det ska vara det bästa för klienten.

Eftersom tre av fyra informanter nämnde utvecklingsmöjligheter i uppgörandet av klientens vårdplan, kan det ses som ett eventuellt dilemma kring beaktande av klientens intresse i vårdplanering. Alla informanter var dock eniga om att man alltid ser till klientens bästa, men uppgav ändå att växelverkan med tanke på delaktighet kunde förbättras. En av informanterna nämnde en viss otydlighet i utformningen av vårdplanen, samt otillräcklig kunskap i uppgörandet av vårdplan.

9 Sammanfattning

I detta kapitel presenteras en sammanfattning av det resultat som framkom i kapitel 8.

Den äldres självbestämmanderätt beskrevs av alla fyra informanter som etiskt utmanande beträffande flera faktorer. Såväl i rekommendationer som i lagar nämns att självbestämmanderätten, klientens åsikt och önskemål ska beaktas i social- och hälsovård. Även av informanterna ses det som en självklarhet att klientens intresse och självbestämmanderätt beaktas. Det etiska dilemmat uppstår då den äldre personens, personalens och anhörigas åsikter, om vad som anses bäst för den äldre, inte längre överensstämmer. Som personal inom hemvården har man inte rätt att gå emot klientens vilja, även fast klienten har en minnessjukdom. Det är endast en läkare som kan besluta om att frånta klienten rätten att ta beslut gällande sin egen vård.

Då det gäller klientens självbestämmanderätt nämns tre återkommande utmaningar: minnessjukdomar, läkemedelsbehandling och klientens boendesituation. Gällande minnessjukdomar beskriver en informant det som svårt att enbart genom dialog komma fram till en lösning som upplevs som trygg av såväl klient, anhöriga och vårdpersonal. Det kan till exempel handla om att hemvården ser behovet av service och vård åt klienten, men

klienten ser inte samma behov. Det här kan exempelvis bero på förändrat beteende som ofta följer med minnessjukdomar, vilket kan ge hallucinationer eller inbillningar som gör klienten misstänksam mot hemvårdens personal. Den här konflikten klient, anhöriga och hemvårdspersonal emellan beskrivs som en etisk utmaning.

Läkemedel och självbestämmanderätt skapar också etiska utmaningar enligt samtliga informanter. Utmaningen uppstår ofta på grund av minnessjukdom. Även gällande läkemedel konstateras av informanterna att det genom enbart dialog är svårt att komma fram till något som båda parter upplever som en god lösning. Trots att en läkare kan ta beslutet att en klient inte längre får rå över sin egen medicinering, framkommer det i intervjuerna att det beslutet sällan tas, självbestämmanderätten väger oftast starkare.

Gällande klientens självbestämmanderätt och boendesituation förekommer också återkommande etiska utmaningar. Många hemvårdsklienter bor i hem som inte är anpassade för en äldre person. Hemmet kan vara trångt, smutsigt, dåligt utrustat, ha trösklar, höga trappor o.s.v. vilka är faktorer som utgör fallrisk för den äldre men också försvårar vårdarbetet. Klienten kan ändå inte tvingas till att flytta från sitt hem. Ofta blir det så till sist, att klienten faller och skadar sig, och på grund av det inte längre kan bo hemma. Som framkommer i teoridelen är den vägledande principen idag att äldre ska bo hemma så länge som möjligt. Samtidigt behöver det i beaktande av annat boende tas i beaktande klientens funktionsförmåga och övriga resurser. Det uppstår en etisk utmaning då personalen upplever klientens boende som otillräckligt eller direkt farligt för klienten, men klienten själv inte anser det och inte vill flytta.

Som etisk utmaning nämns av samtliga fyra informanter hemvårdens resurser nu och i framtiden. Vården av äldre ska i allt större utsträckning ske i den äldres hem. Som framkommer i kapitel 3.1 ökar medellivslängden och därmed även den äldres sjuka år. Det här leder till utmaningar med tanke på personalresurser, som redan idag är knappa. Två av informanterna beskriver stress som uppstår vid personalbrist, vilken medför att man som personal lättare missar något i klientens vård. Det här är ett dilemma, eftersom personalen arbetar enligt bästa förmåga, men brister i personalresurser gör att kvaliteten på vård och service försämras.

Utmaningar gällande personalresurser framkommer också med tanke på vård på lika villkor. En informant nämner att det uppstår ojämlikheter i tillgång på service då vissa

hemvårdsteam har flera klienter per vårdare än andra. Hemvårdsteam med fler klienter upplever större stress än hemvårdsteam med färre klienter, vilket leder till att man i större utsträckning behöver prioritera. Två andra informanter nämner också att man inom hemvårdsteamerna behöver prioritera gällande besökens tidpunkt, vilket också det är en ojämlikhet.

Tre informanter nämner det som etiskt utmanande att allt större andel av vården framöver ska styras till klientens hem, även mera krävande vård ska ordnas i hemmet. För det behövs kunskap, men också tid. Vård av svårt sjuka och sängliggande personer kräver flera besök av hemvården varje dag. Det finns inte resurser till det i dagsläget, och med tanke på den demografiska utvecklingen finns det även framöver svårigheter att ge sådan vård på ett kvalitativt sätt.

Ensamhet nämns som en etisk utmaning av tre informanter. De beskriver att många hemvårdsklienter lever ensamma, utan nära anhöriga och med hemvård som den enda sociala kontakten. De besök hemvården gör hos klienten utgör endast en liten del av dygnets alla timmar. Hemvården är väldigt starkt vårdbetonad idag, vilket gör att personalen inte har möjlighet att ge den sociala kontakten som de här ensamma klienterna behöver.

Tre av fyra informanter nämner teknologi och digitalisering inom hemvården som en etisk utmaning. En informant beskriver det som en press nationellt och organisationsmässigt att få ut läkemedelsrobotar till klienter, för att minska hemvårdens besök och frigöra personalresurser. Dilemmat här är att klienten nog får sin medicin och den medicinska vården fullgörs, men klienten blir utan den kanske enda sociala kontakten de har. De dagliga besöken för att ge medicin innefattar så mycket annat, som inte en läkemedelsrobot kan se eller göra.

Vårdplanering och framför allt regelbunden uppföljning och uppgörande av klientens vård- och serviceplan, nämns av tre informanter som en utvecklingsmöjlighet. De upplever nog att klientens intresse och delaktighet beaktas, men upplever att utformningen av vårdplan kunde utvecklas för att förenkla klientens delaktighet.

10 Kritisk granskning och diskussion

I detta kapitel presenteras en kritisk granskning över de metodval och tillvägagångssätt som använts i examensarbetet, samt en slutdiskussion där jag redogör för om examensarbetets frågeställningar besvarats och om examensarbetets syfte uppnåtts.

10.1 Kritisk granskning

Examensarbetets teoridel är rätt så omfattande, men för att få med alla relevanta delar i frågeställningen, upplever jag det som nödvändigt. Frågeställningen *”Vilka etiska utmaningar finns det med hemvård och hemmaboende vid hög ålder”*, innefattar flera faktorer som behöver beaktas: Begreppet äldre, teorier kring åldrande, hemvård, etiska teorier, samt något eftersträvansvärt, vilket här är de etiska rekommendationerna för social- och hälsovård. I frågeställningen *”Vilka etiska utmaningar finns det i framtiden gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder”* tillkommer förutom de faktorer som nyss nämndes, även beaktande av den demografiska utvecklingen framöver.

De teorier om åldrande som beskrivs i kapitel 3, skrevs för att ge läsaren en förståelse för åldrande som begrepp. Men även för att teorier om åldrande är betydande för att förstå vad som följer med åldrande, och därmed av betydelse då man studerar etiska utmaningar som gäller äldre hemmaboende. I kapitel 3 ges också en beskrivning av hemvård, vilket används som grund för att studera etiska utmaningar med hemvård.

De etiska teorier som beskrivs i kapitel 4, fungerar som teoretisk grund för etisk tanke och reflektion, och således även för de tankar hemvårdens personal har gällande etiska utmaningar med hemvård och äldre hemmaboende. Det speglas till viss del till de etiska teorierna i kapitel 8. Med lite annan utformning på intervjufrågorna, kunde man eventuellt ha speglat till dem i en större utsträckning. Den kunskap läsaren får genom att läsa om etiska teorier anser jag ger en förståelse för hur tanke och reflektion kring etiska utmaningar fungerar. I kapitel 4 presenteras också etiska rekommendationer för social- och hälsovården, vilka även använts som grund för intervjufrågorna. De etiska rekommendationerna är något som ska fungera som vägvisare i den etiska bedömningen inom social- och hälsovården, och bör således eftersträvas. Jag anser det därför som ett

bra val att utgå från dessa rekommendationer, och utifrån dessa få fram eventuella problem eller utmaningar, som skiljer sig från rekommendationerna.

Som stöd för examensarbetets teoridel finns även relevanta forskningar och studier i kapitel 5. Jag upplevde som förhållandevis lätt att hitta relevanta källor för examensarbetets teoridel. Det har skrivits en del gällande etik och social- eller hälsovård samt även kring etik och äldre, samt om vård i hemmet.

Som insamlingsmetod användes kvalitativ intervju, eftersom jag eftersträvade detaljrik och heltäckande information. Jag upplevde att det var det bästa tillvägagångssättet. Kvantitativ undersökningsmetod hade också kunnat användas, vilket hade gett en lite annan utformning av arbetet och resultatet. Jag upplever de resultat som framkom genom intervju med fyra informanter som rätt så tillförlitliga, eftersom mycket överensstämmer med tidigare forskning och också med etiska problem beskrivna i teoridelen. Med flera intervjufrågor hade svaren kunnat bli ännu utförligare. Även ett större antal informanter hade gett mera material och flera synvinklar. Jag tror ändå att svaren hade varit ganska liknande med flera informanter.

Som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys. Analysen gjordes efter att intervjuerna transkriberats. I analys av intervjuerna delades intervjuerna upp i kategorier enligt likheter, i underkategorier och som citat. Likheterna i intervjuerna var så pass tydliga att det föreföll sig mest naturligt att sen nämna underkapitlen i kapitel 8 enligt de etiska utmaningar som framkom genom analysen.

10.2 Slutdiskussion

Syftet med examensarbetet var att studera, diskutera och kartlägga etiska utmaningar gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder. Examensarbetets frågeställningar var: Vilka etiska utmaningar finns det med hemvård och hemmaboende vid hög ålder, samt vilka etiska utmaningar finns det i framtiden gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder.

I examensarbetet framkommer flera etiska utmaningar gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder. Den äldres självbestämmanderätt ger upphov till flera etiska dilemman. Etiska utmaningar som rör klientens självbestämmanderätt ses i samband med minnessjukdom, läkemedelsbehandling och boendesituation. Även klientens delaktighet i vård- och serviceplanering nämns av informanterna som en utmaning, som också hänger ihop med självbestämmanderätt. I undersökningens resultat framkommer utvecklingsmöjligheter beträffande uppgörande av vård- och serviceplan, och hur man som personal i större utsträckning möjliggör klientens delaktighet i den processen.

En annan etisk utmaning som framkommer i examensarbetet är personalresurser nu och i framtiden. Den äldre befolkningen ökar, och alltmer av vården överförs till hemvården. För det här krävs resurser, som inte finns i dagsläget. Brist på personalresurser medför även utmaningar i att tillgodose en jämlik vård för de äldre.

Olika teknologiska lösningar ses även som en etisk utmaning. Dessa teknologiska lösningar frigör personalresurser, men medför i stället att klienten lämnar utan den sociala kontakt och dagliga uppföljning som ett fysiskt hembesök tillför. Många hemvårdsklienter lever idag väldigt ensamma och utan nära anhöriga. Den sociala kontakten som fås genom hemvårdens besök är då ännu viktigare.

Sammanfattningsvis kan jag konstatera att det finns fler etiska utmaningar gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder, både nu och i framtiden. Merparten av de utmaningar som framkommer genom intervjuerna, stöds även upp av tidigare forskning och litteratur som studerats i teoridelen. Det innebär att examensarbetets frågeställningar besvarats. I och med att jag under examensarbetets gång haft möjlighet att studera, diskutera samt kartlägga etiska utmaningar med hemvård och hemmaboende vid hög ålder, har examensarbetets syfte även uppnåtts.

Under examenarbetets gång har jag utöver svar på frågeställningar och uppnått syfte, även fått en fördjupad kunskap i etisk tanke och reflektion, samt klientens intresse och självbestämmanderätt inom social- och hälsovården. Tillsammans med teorier kring åldrande, har det gett mig en bredare kunskap om vården och omsorgen av den äldre människan. Dessa fördjupade insikter och kunskaper har jag förvärvat genom den litteratur jag studerat, men även genom samtal med de informanter som ställde upp för intervju.

Källförteckning

- Andersson, L. (red.) (2013). *Socialgerontologi* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G., & Sjöbeck, B. (2000) *Gerontologi. Åldrande i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Eide, T., & Aadland, E. (2021). *Etikhandboken för socialt arbete – reflektion, organisation, ledning*. Stockholm: Liber.
- Ernst Bravell, M.(red.). (2013). *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. Malmö: Gleerups Utbildning.
- ETENE. (2011). *Den etiska grunden för social- och hälsovården*. Helsingfors: ETENE.
- ETENE. (2008). *Vårdetik på ålderns höst – Rapport från den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården*. Vanda: ETENE.
- Forskningsetiska delegationen. (2019) *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland*. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen.
- Forsma, M. (2014). *Äldreomsorgens värdegrund – Handbok i vardagen*. Stockholm: Gothia fortbildning.
- Kadushin, G., & Egan, M. (2001) Ethical dilemmas in home health care: A social work perspective. *Health & Social Work*, 26(3) 136-149
- Henriksen, J-O., & Vetlesen, A., J. (2013). *Etik i arbete med människor* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Holme, I-M., & Solvang, B-K. (1997) *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Jönson, H., & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Hysten Ranhoff, A. (red.) (2010) *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten* (2:a uppl.). Stockholm: Liber.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000. (2000). Hämtat från www.finlex.fi.

Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992. (1992). Hämtat från www.finlex.fi.

Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012. (2012) Hämtat från www.finlex.fi.

Linzer, N. (2002) An ethical dilemma in home care. *Journal of gerontological social work*. 37(2) 23-34

Lislerud, Smebye, K., Kirkevold, M., Engedal, K. (2016) Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. *BMC Health Services Research*. 16(21) 1-12

Marin, M., & Hakonen, S.(toim.). (2003). *Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa*. Juva: WS Bookwell.

Pettersson, U. (red.). (2018). *Etik och socialtjänst. Om förutsättningar för det sociala arbetets etik* (5:e uppl.). Malmö: Gleerups utbildning

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken. Etik för vårdande yrken* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Silfverberg, G. (red.). (2007). *Hemmets vårdetik. Om vård av äldre i livets slutskede*. Lund: Studentlitteratur.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2020). *Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2020-2023*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbundet.

Socialvårdslag 1301/2014. (2014). Hämtat från www.finlex.fi.

Statsrådets förordning om den riksomfattande etiska delegationen inom social- och hälsovård 667/2009. (2009). Hämtat från www.finlex.fi.

Steffansson, M., Pulliainen, M., Kettunen, A., Linnosmaa, I., & Halonen, M. (2016) The association between freedom of choice and effectiveness of home care services. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 1-11

World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Switzerland: World health organization

Bilaga 1

- Vad tänker du på när du hör ordet etik och hemvård samt hemmaboende vid hög ålder?
- Vilka faktorer anser du som etiskt utmanande gällande hemvård och hemmaboende vid hög ålder?
- Har det förekommit situationer i ditt arbete där du upplevt etiska utmaningar gällande klientens självbestämmanderätt? Om ja, vilka?
- Har det förekommit situationer i ditt arbete där du upplevt att klientens intresse inte kommit i första hand? Om ja, vilka?
- Hur upplever du växelverkan klient och yrkesperson emellan? Finns det utmaningar?
 - Är klienten delaktig i planering av service och vård, hur?
- Förekommer det etiska utmaningar gällande servicekvalitet och servicehelhet med tanke på
 - likvärdig tillgång på service och vård? Vilka?
 - med beaktande av klientens resurser? Vilka?
- Har det förekommit situationer i ditt arbete där du varit tvungen att ta beslut som känts etiskt fel? Vilka?
 - På grund av resurser som finns tillgängliga?
- Vilka eventuella etiska utmaningar kan förekomma i framtiden?