

Sjuksköterskans autonoma legitimationsgrundande funktion utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden

-en beskrivning av hur sjuksköterskor på
särskilda boenden uppfattar den.

Eija Göransson

Förord

Befintliga riktlinjer för hälso- och sjukvård och social omsorg är, i sig själva, ett sammantaget offentligt vårdpolitiskt ställningstagande såväl som en viktig värdemätare för förväntad kvalitet på vård och omsorg. Det är lagstiftarens vilja, såväl som medborgarnas garanti, att de uttalade målen ska infrias i det praktiska utförandet av vård och omsorg. De offentliga intentionerna överlämnas åt vårdkollektivets samtliga professionella och andra yrkesutövares uppgift att infria. Samtidigt strävar varje yrkesgrupp efter att uppfylla yrkesspecifika interna värden som framsprungit som betydelsefulla i den vetenskapliga disciplinen såväl som i den konkreta praktiken. Hur de offentliga riktlinjerna och de interna professionella värdena implementeras blir till sist helt beroende av den enskilda yrkesutövarens skicklighet samt den miljö och organisation som denna befinner sig i. Föreliggande uppsats sätter fokus på ett centralt värde som är lika starkt uttalat i externa riktlinjer som i interna vetenskapliga texter – nämligen autonomi. I såväl Hälso- och sjukvårdslagen som Socialtjänstlagen poängteras patienternas och brukarnas med- eller självbestämmande och delaktighet som ett av de viktigaste värdena.

I denna uppsats däremot, som är en uppsats på avancerad nivå i ämnet vårdvetenskap, är det sjuksköterskans egen upplevda professionella autonomi som undersökts och diskuterats. Ett av kriterierna för att ett yrke ska kunna benämnas profession och inte enbart yrkesarbete är att det grundas på en autonom vetenskap samt att yrkesutövaren har ett autonomt och specificerat yrkesansvar. Resultatet visar att det är i den konkreta omvårdnaden som sjuksköterskan upplever sig som mest autonom samt vid de tillfällen då sjuksköterskan används av andra personalgrupper som konsultativ expert. Sjuksköterskorna, i föreliggande arbete, är medvetna om sin juridiska rättighet till autonom funktion i yrkesutövandet samt den skyldighet och det ansvar detta medför i vård- och omsorgsarbete. En komplex och mångfasetterad lagstiftning och organisatoriska systemfel hindrar dock sjuksköterskan att till fullo utöva sin autonomi. De största hindren att bemästra består av organisatoriska svårigheter att samarbeta med andra yrkesgrupper. Otydlig juridik, organisation och samarbete riskerar att resultera i dålig vårdkvalitet för dem som är mest beroende av sjuksköterskors specialkompetens, nämligen de gamla eller sjuka som tvingats överlämna sina kroppar och sina kroppsliga funktioner till sjuksköterskors och andra vårdares händer, kompetens och välvilja.

Eskilstuna den 12 maj 2008

Kersti Malmsten Gedda

Theologie Doktor och leg. Sjuksköterska

Lektor vid Akademien för hälsa, vård och välfärd, HVV,

Mälardalens Högskola

Sammanfattning

Sjuksköterskan har funnits i kommunal äldrevård sedan 1992 då Ädelreformen genomfördes. I sjuksköterskans legitimation finns en oberoende och självständig funktion, nämligen att ansvara för omvårdnaden. Sjuksköterskan har i kraft av sin profession juridiskt rätt att handla autonomt som omvårdnadsordinatör. Autonomi i detta arbete definieras som ideal, rättighet samt förmåga. Syftet med föreliggande arbete är att beskriva hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattar sin autonoma funktion utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden. Uppsatsens arbete är av kvalitativ och deskriptiv karaktär med en fenomenografisk metodansats. Åtta sjuksköterskor med två års erfarenhet samt en sjuksköterska med ett års erfarenhet från tjänstgöring på särskilda boenden intervjuades i fokusgrupper. Resultatet visar att olika aspekter påverkar sjuksköterskornas uppfattningar och möjligheter att ansvara för omvårdnaden. De kategorier som växte fram är omvårdnadsansvar på individnivå, omvårdnadsansvar utifrån vårdboendenivå samt omvårdnadsansvar i en komplex vårdverklighet. Vidare forskning bör studera organisatoriska förutsättningar för sjuksköterskans yrkesutövning inom kommunal äldrevård. Vilka delar av hälso- och sjukvården i äldrevården kräver sjuksköterskans unika kompetens?

Nyckelord: särskilt boende, sjuksköterska, autonomi, omvårdnadsansvar, fenomenografi

Abstract

In Sweden the registered nurse (RN) has been officially connected to the care of older people within the city community since 1992 when the so called Ädelreform was constituted. Inherent the registration an independent and autonomous practice is present which means that RN:s primarily are responsible for the nursing care of older people. Likewise Swedish health care law gives RN:s the right to prescribe as well as control nursing care. Within this thesis autonomy is defined as an ideal, as a right and as an ability. The aim of the thesis is to describe how RN:s in nursing homes for older people experience their own autonomous ability due to the aspect of the responsibility of how nursing care is performed. Eight RN:s with two years of experience and one with one year of experience of practice in nursing homes have been interviewed in focusgroups. The result illustrates that different aspects influence nurses' apprehensions and possibilities to take concrete responsibility of nursing. Categories growing out of the analyse are: nursing responsibility at a level of individual nursing, nursing responsibility on a level of nursing homes and nursing responsibility in a complex nursing reality. It would be of further interest to study the organisational structure of nursing care for older people and its effect on RN:s autonomous profession in order to find out which parts of the structure that demand RN:s unique competence.

Keywords: nursing homes, RN, autonomy, responsibility, phenomenography

Författare

Eija Göransson
Leg sjuksköterska
Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 Katrineholm
eija.goransson@katrineholm.se

Handledare

Kersti Malmsten Gedda
Teologie Doktor, leg sjuksköterska, lektor
Mälardalens Högskola
631 05 Eskilstuna
kersti.malmsten.gedda@mdh.se

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Särskilda boendeformer.....	2
Autonomi.....	3
Tidigare forskning.....	8
Problemformulering.....	9
Syfte och frågeställningar	10
Metod	10
Metodbeskrivning.....	10
Genomförande beskrivning.....	13
Resultat	16
Omvärldsansvar på individnivå.....	16
Omvärldsansvar utifrån vårdboendenivå.....	18
Omvärldsansvar i en komplex vårdverklighet.....	19
Diskussion	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion.....	23
Konklusion och förslag på fortsatt forskning.....	23
Tack	26
Referenser	27
Bilagor	32
Bilaga 1.	
Bilaga 2.	
Bilaga 3.	

Inledning

Äldreomsorgen i Sverige har under förra seklet befunnit sig i förändring. Den senaste stora förändringen genomfördes 1992 i och med den så kallade Ädelreformen. Förändringen bestod av att kommunerna fick huvudansvar för äldre vården. Fram till Ädelreformen var det både landsting och kommuner som delade på ansvaret och gränsdragningen var många gånger diffus. Ädelreformen ledde bland annat till att multisjuka äldre som tidigare vårdades på sjukhusens långvårdsavdelningar idag bor på särskilda boenden.

Efter att ha arbetat som sjuksköterska på ett särskilt boende under några år har jag erfarit att det finns små möjligheter för sjuksköterskan att delta i den basala omvårdnaden. Sjuksköterskan på ett särskilt boende har ett stort antal patienter att ansvara för och är ofta ensam i sitt yrkesutövande. Orsaken till varför sjuksköterskan inte hinner vara med i den basala omvårdnaden är att det finns arbetsuppgifter som sjuksköterskan enligt lag är skyldig att utföra. Exempel på dessa arbetsuppgifter är att ansvara för läkemedelshanteringen, förskriva inkontinenshjälpmedel som ska vara individuellt utprovat, vara delaktig i läkar- ronder och genomföra det som blir ordinerat, handleda sjuksköterskestuderande, undervisa övrig vårdpersonal, informera anhöriga, kontakta andra vårdgivare vid behov, dokumentera, för att nämna några uppgifter. Utöver detta är sjuksköterskan skyldig att hålla sig ajour med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Jag har vid flera tillfällen under min anställning som sjuksköterska i den kommunala äldrevården funderat över vilken roll sjuksköterskan ska ha. Ska sjuksköterskan endast ”rycka ut” när något avvikande händer eller ska hon/han arbeta utifrån vårdprocessen med vårdrelationen som grund?

Den här uppsatsen är ett försök till att ringa in kommunsjuksköterskans specifika och legitimeringsgrundande kunskaper och konkreta möjligheter att utöva självständigt/autonomt arbete samt ansvara för detta.

Bakgrund

Bakgrunden i denna uppsats inleds med en beskrivning över vad Ädelreformen är och vad den innebär. Därefter följer en redogörelse över autonomibegreppet, hur vårdvetenskapliga ideal, lagar och riktlinjer samt sjuksköterskans förmåga påverkar utövandet av autonomi.

I samband med detta kommer centrala begrepp att beskrivas och definieras. Avslutningsvis följer en kort beskrivning över den forskning som hittills gjorts om begreppet autonomi.

Särskilda boendeformer

Genom Ädelreformen fick kommunerna istället för landstingen ansvar för långvarig vård av äldre och funktionshindrade (Socialstyrelsen, 1996:2). I direktiven ingår ansvar för sociala, medicinska och rehabiliterande insatser upp till sjuksköterskenivå. De sjukhem och vårdinrättningar som kommunerna övertog från landstingen fick beteckningen särskilda boendeformer. Även det som tidigare kallades för ålderdomshem eller serviceboende går numera under beteckningen särskilda boendeformer. Eftersom boendet på ett särskilt boende skulle betraktas som ett eget boende sattes det sociala perspektivet i förgrunden. Ett av Ädelreformens syften var att den äldre inte ska behöva flytta från den egna bostaden till ålderdomshem och därifrån till sjukhem eller långvård när medicinska behov ökar. Vissa kommuner har dessutom särskilda boendeformer specifikt inriktade för demenssjuka, vilka då kallas för demensboende/vård-boende (Socialstyrelsen, 1996:2). Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boenden. Kommunerna ska också planera med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård (HSL 1982:763 18§).

På grund av den allt kortare vårdtiden på sjukhus har det vuxit fram behov av så kallat korttidsboende. På korttidsboende kan vården bestå av rehabiliterande insatser och åtgärder. Ett korttidsboende räknas därmed också som en form av särskilt boende (SOU 2004:68).

Ädelreformen innebär också att kommunerna har betalningsansvar för de patienter som anses medicinskt färdigbehandlade inom akutsjukvården eller geriatriken och som fortfarande befinner sig inom landstingets organisation (Socialstyrelsen, 1996:2). Numera används begreppet ”utskrivningsbar” i vårdverkligheten (författarens egen kommentar). I de fall kommunen inte kan tillgodose patientens behov av boende, service och vård, blir kommunen skyldig att svara för kostnaderna för den fortsatta vården inom landstinget. I och med införandet av reformen sjönk antalet medicinskt färdigbehandlade drastiskt både inom somatisk akutvård och geriatrik. När en patient anses medicinskt

färdigbehandlad eller utskrivningsbar men trots detta har stora omvårdnadsbehov är det kommunen som är ansvarig för den fortsatta vården. Som en konsekvens av att multisjuka patienter med stora omvårdnadsbehov skrivs ut från sjukhusen med diagnosen ”utskrivningsbar” ställs det stora krav på den personal som finns i den kommunala äldreomsorgen (Socialstyrelsen, 1996:2). När en patient exempelvis efter en stroke anses medicinskt färdigbehandlad kvarstår så gott som alltid stora omvårdnadsbehov (Ahlström, 1983). Är omvårdnadsbehoven så stora att hemtjänstinsatser inte räcker till för att tillgodose behoven i det egna hemmet erbjuds patienten en lägenhet på ett särskilt boende där det finns vårdpersonal dygnet runt (Socialstyrelsen, 1996:2).

Autonomi

I sjuksköterskans yrkesutövande finns en oberoende och självständig funktion när det gäller utförande av åtgärder, vilket är att ansvara för omvårdnaden (Björvell, 2001). Sjuksköterskan har i kraft av sin profession juridiskt rätt att handla autonomt som omvårdnadsordinatör (SOSFS 1993:17). Nedan följer definitioner på autonomi enligt Gerald Dworkin och Kersti Malmsten.

Dworkin (1988) menar att autonomi, det vill säga självbestämmande, är en persons kapacitet att kritiskt reflektera över sina preferenser, önskningar, värden och ideal och sedan ha en förmåga att acceptera eller förkasta dessa. Det betyder att man måste kunna ifrågasätta sina motiv och undersöka om det går att identifiera sig med dem för att kunna betraktas som autonom. Med andra ord borde autonomi, enligt Dworkin, kunna definieras som förmågan att kunna fatta egna beslut utifrån full kunskap och helt utan inflytande av andras intressen, det vill säga frivilligt. De egna besluten ska alltså kunna fattas med omanipulerad kunskap och bygga på frivillighet. En person som väljer att gå i kloster av fri vilja och med kunskaper om vad detta handlar om är autonom trots att livet i klostret i många avseenden lägger den fria viljan ”på hyllan”. Frihet, makt och kontroll är viktiga egenskaper men anses inte vara identiska med att vara autonom men dessa egenskaper är nödvändiga förutsättningar för att individen ska utveckla egna mål och intressen (Dworkin, 1988).

Också Malmsten (1999) gör en skillnad mellan autonomi som rättighet och autonomi som förmåga. Malmsten skiljer för det första mellan autonomi som ideal vilket innebär att autonomi ska ses som något eftersträvänsvärt och viktigt som de flesta av oss vill uppnå. För det andra kan autonomi beskrivas som en rättighet vilket visar sig i explicita lagtexter så som exempelvis Hälso- och sjukvårdslagen (1982). En autonom handling betyder också att den som utträttar

handlingen har full kunskap om handlingens sannolika konsekvenser. Att den sker utan påverkan innebär att den genomförs frivilligt. Utifrån det överordnade idealet om autonomi har alltså autonomi fått ett konkret uttryck i en rättighet vilket alltså är den rätt till självständighet som varje människa kan ges i olika verksamheter. För det tredje, slutligen, ser Malmsten autonomin som en förmåga en person kan utöva. Autonomi som förmåga innebär alltså vad en enskild person faktiskt förstår och förmår i en konkret situation samt vilka handlingar personen faktiskt kan genomföra (Malmsten, 1999).

Ovanstående perspektiv på autonomi enligt Dworkin och Malmsten kommer att tjäna som utgångspunkt för den vidare utvecklingen och beskrivningen av sjuksköterskans autonoma funktion, det vill säga att ansvara för omvårdnaden, i äldreomsorgen på särskilda boenden.

Under nedanstående tre avsnitt följer en beskrivning av autonomin som ideal utifrån ett vårdvetenskapligt resonemang, den juridiska rättighet en sjuksköterska har att vara autonom utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden samt sjuksköterskans förmåga att vara autonom.

Autonomi som ideal och vårdandets idé

Varje yrke och vetenskap har någon eller några bärande idéer som utgör grunden för verksamheten. Inom vårdvetenskap handlar det om vårdandets idé. Vårdandet har alltid funnits. Utan vårdande skulle inget liv kunna existera. Varje nyfödd levande varelse är i behov av att bli vårdad för att överleva. Vårdandet är naturligt mänskligt och en kärleksgärning, enligt Eriksson (2000b).

Vårdandets idé handlar om att vårdande i olika former ska stödja patienten så att han/hon kan göra sin livssituation hanterbar och fungera autonomt. Vårdandet blir då en konst, vilket i sin tur hjälper patienten att nå optimal hälsa. Hälsa är rörelse, ett föränderligt skeende, och inte samma sak som frånvaro av sjukdom, menar Eriksson (2000b). Inom detta vårdvetenskapliga perspektiv beskrivs hälsan som en helhet samt att hälsan är relativ och personlig. Med relativ i detta sammanhang menas att människor kan uppfatta eller uppleva samma sak på olika sätt. Hälsan är därmed subjektiv och dess dimensioner går från förekomst av sjukdom till en känsla av välbefinnande (a.a).

Det professionella vårdandet utgår från mötet mellan vårdaren och patienten. I vårdandet ingår även att möta närstående i deras behov av stöd och omsorg. Mötet kräver kunskap och kompetens men även medmänsklighet, engagemang och känsla för sammanhanget (Eriksson, 2000a). Malmsten (2007) vill dock göra sjuksköterskan uppmärksam på att det finns en fara i att komma varandra

alltför nära i relationen mellan sjuksköterska och patient då denna relation är asymmetrisk och därmed ojämlik. Sjuksköterskan bör ha en känsla för när det är tid att vara professionell och när utrymme finns för att vara personlig i vårdrelationen. Detta är särskilt viktigt då kraven på att fungera som patientens ombud ökar i dagens vård (a.a). Den vårdande relationen kännetecknas av att patientens värdighet bekräftas i mötet och patienten känner sig uppmärksam (Kasén, 2002). En vårdande relation utgår från patientens behov och där har vördnad, respekt, närhet och inlevelse stor betydelse, den vårdande relationen blir då hälsobefrämjande (Eriksson, 2000a).

För att integrera vårdandets idé och möjligheten för patienten att nå optimal hälsa har vårdprocessen vuxit fram. Vårdprocessen beskrivs som en väg för förverkligande och bevarande av vårdandets idé och ursprung. Oberoende av om det handlar om att tillgodose människans basala behov eller att utföra en medicinsk-teknisk uppgift kan våra handlingar genomsyras av vårdandets idé (Eriksson, 2000a, 2000b). Kärnan i vårdprocessen utgörs av relationen mellan patient och vårdare, alltså vårdrelationen. Det är i detta möte som de hälsobefrämjande processerna frigörs och patienten får kraft att vara delaktig i vårdprocessen. Innehållet i vårdprocessen ska formas utifrån de resurser och möjligheter som finns tillgängliga hos patienten i aktuell situation. Syftet med vårdprocessen är att eliminera de rubbningar som utgör tecken på ohälsa och som hindrar patienten att uppnå optimal hälsa. Vårdprocessen beskrivs som en modell bestående av de fyra faserna, bedömning, planering, genomförande och utvärdering (Eriksson, 2000a).

Sammanfattningsvis kan sägas att vårdandets idé synliggörs genom vårdprocessen. Sjuksköterskan använder vårdprocessen som modell i den del av yrkesutövningen där hon/han kan verka självständigt/autonomt. Vårdvetenskapen har sedan Nightingales dagar genomsyrats av idéer och ideal om sjuksköterskan som autonom professionell yrkesutövare (Meleis, 2007)

Autonomi som rättighet och ansvar i sjuksköterskeprofessionen

Sjuksköterskan har i och med sin legitimation ansvar för omvårdnaden och de omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan ordinerar syftar till att vara hälsobefrämjande (SOSFS 1993:17; Socialstyrelsen, 2005).

Med omvårdnad inom hälso- och sjukvård (SOSFS 1993:17) avses hjälp med sådant som hör till det dagliga livet och som en person på grund av sitt hälsotillstånd inte själv kan planera eller genomföra, vilket Malmsten (1999, 2007) kallar basal omvårdnad. Att utöva basal omvårdnad kan till exempel handla om att hjälpa en person med stora kroppsliga funktionshinder till toaletten för att

förhindra att personen i fråga blir helt inkontinent. Det kan också handla om att mata någon som har sväljningssvårigheter (Malmsten, 2007). Omvårdnad omfattar även åtgärder som är hälsobefrämjande, undanröjer smärta och obehag samt ger stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer (SOSFS 1993:17).

Omvårdnad delas enligt Socialstyrelsen in i allmän omvårdnad och specifik omvårdnad. Allmän omvårdnad är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling medan specifik omvårdnad är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också om den aktuella sjukdomen och dess behandling. Omvårdnadsåtgärder i vid mening innebär

att berörd personal i samverkan med patienten och när så är lämpligt även patientens närstående formulerar och tydliggör mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa. Omvårdnadsåtgärder spänner över ett brett fält från högteknologiska insatser till stöd i existentiella kriser (SOSFS 1993:17, sid 179).

Sjuksköterskan har det primära ansvaret för omvårdnaden och den praktiska utformningen av den (SOSFS 1993:17).

Enligt Internationell Council of Nurses (ICN) etiska kod har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden och som enligt SOSFS 1993:17 också är omvårdnadens syfte:

*Att främja hälsa
Att förebygga sjukdom
Att återställa hälsa
Att lindra lidande*

Enligt SOSFS 1993:17 har sjuksköterskan ansvar för omvårdnaden och kan därför fungera som omvårdnadsordnatör. Detta blir ännu mer tydligt då sjuksköterskan har en skyldighet att föra omvårdnadsjournal för de patienter hon/han vårdar (SOSFS 1993:20). Oftast används vårdprocessen som struktur för omvårdnadsdokumentation och utgår då från vårdprocessens fyra element; bedömning, planering, genomförande samt utvärdering av resultatet (Eriksson, 2000a, Wiklund, 2003). För att sjuksköterskan ska kunna arbeta utifrån vårdprocessen bör vårdorganisationen vara uppbyggd med omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) för varje enskild patient. På ett särskilt boende kan patientantalet då uppgå till 30 patienter per sjuksköterska att ansvara för (Björvell, 2001). För att tydliggöra sjuksköterskans uppdrag ska nämnas att sjuksköter-

skan i och med sin legitimation har två funktioner när det gäller utförande av åtgärder. Dels handlar det om omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan själv ordinerar och ansvarar för och dels åtgärder som någon annan, oftast läkare, ordinerar (SOSFS 1993:17, SOSFS 2001:17).

Sammanfattningsvis kan sägas att sjuksköterskan har rättighet och skyldighet enligt lag att ansvara för omvårdnaden som är det område som sjuksköterskan ska verka självständigt/autonomt i.

Autonomi som förmåga och självständigt professionellt utövande

Autonomi som förmåga innebär, som ovan nämnts, vad en enskild person faktiskt förstår och förmår i en konkret situation samt vilka handlingar personen faktiskt kan genomföra (Malmsten, 1999). Autonomi som förmåga betyder i detta sammanhang, på vilket sätt en sjuksköterska faktiskt kan leva upp till idealet om ett självständigt professionellt utövande.

Enligt Socialstyrelsen (2005, s.7) definieras kompetens som ”förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter”. Sjuksköterskan ska efter avslutad utbildning ha skaffat sig sådan kompetens i omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap att hon/han självständigt ska kunna tillämpa vårdprocessens alla delar (Socialstyrelsen, 2005).

Även om sjuksköterskan med hjälp av sin kompetens självständigt kan utöva omvårdnad finns det yttre faktorer som styr sjuksköterskans möjligheter att arbeta utifrån vårdprocessen och att fungera som omvårdnadsordinatör. Att sjuksköterskan autonomt agerar i omvårdnad har vissa andra yrkesgrupper svårt att visa förståelse och respekt för (Hjälte, 2000; Gustafsson & Fagerberg, 2004). Andra hinder som begränsar sjuksköterskans autonoma förmåga är vilka möjligheter som rent organisatoriskt sjuksköterskan på särskilt boende ges för att kunna arbeta utifrån vårdprocessen. Tidsbrist anges som den främsta faktorn som hindrar sjuksköterskan att ansvara för omvårdnaden (Tunedal & Fagerberg, 2001).

Studier har genomförts där ett interventionsprogram gällande omvårdnadsdokumentation enligt Vips-modellen utvärderades (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1998; Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003). Det mest intressanta som visade sig var att omvårdnadsdokumentationen tvingade sjuksköterskorna att tänka mer och tänka på ett nytt sätt. Det nya innebar att sjuksköterskorna lämnade det medicinskt orienterade perspektivet och istället såg patienten från ett omvårdnadsperspektiv (Björvell m.fl., 2003). Vips-modellen tydliggör sjuksköterskans roll som omvårdnadsordinatör på ett utom-

ordentligt sätt och går i korthet ut på att sjuksköterskan dokumenterar patientens omvårdnadsstatus och utifrån de omvårdnadsdiagnoser som aktualiserats ordinerar konkreta omvårdnadsåtgärder. Åtgärderna ska sedan utvärderas på utsatt tid (Ehnfors m.fl., 1998).

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns modeller som kan hjälpa sjuksköterskan att fokusera på sina omvårdnadsskyldigheter (Ehnfors m.fl., 1998; Eriksson, 2000a). Omvårdnadsdokumentationen medvetandegör sjuksköterskans omvårdnadsansvar. I och med omvårdnadsdokumentationen blir det tydligt på vilket sätt en sjuksköterska faktiskt kan leva upp till idealet om ett självständigt professionellt utövande (Björvell m.fl., 2003).

Tidigare forskning

I den här uppsatsen har fokus lagts på hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattar den autonoma funktion i sin legitimation och yrkesutövning. Det har forskats en hel del kring autonomi i stort. Vid sökning av artiklar som handlar om autonomi, i databaserna Cinahl och Pubmed under 2000-talet, framkom över 6000 träffar i vardera databas. Sökordet var då "autonomy". Vid sökning efter artiklar med autonomi utifrån patientperspektiv med sökord "patient experience och autonomy" blev det några hundra träffar i varje databas. Det har även bedrivits en del forskning kring sjuksköterskans autonomi. I Pubmed blev det 102 träffar med sökorden "caring, nursing och autonomy" och av dessa kunde en artikel användas i denna uppsats, nämligen Mcilpatrick, Sullivan och McKenna (2006). I Cinahl blev det 61 träffar med samma sökord och av dessa kunde följande sex artiklar användas; Kramer och Schmalenberg (2003), Varjus, Suominen och Leino-Kilpi (2003), Papathanassoglou, Tseroni, Karydaki, Vazaiou, Kassikou och Lavdaniti (2005), Mrayyan (2005, 2006) samt Kovner, Brewer, Wu, Cheng och Suzuki (2006). De valdes ut därför att det finns ett samband mellan denna uppsats syfte samt artiklarnas resultat (se matris över dessa artiklar i bilaga 1).

Det finns studier (Varjus m.fl., 2003; Mrayyan 2005) som visar att sjuksköterskor anser sig vara autonoma i den patientnära vården mer än i gemensamma processer i stort. Det har tagits fram program för att öka autonomi hos sjuksköterskor (Mrayyan, 2006) och känslan av autonomi tycks öka tillfredsställelsen i arbetet och vårdkvaliteten (Kramer m.fl., 2003; Kovner m.fl., 2006; Mcilpatrick m.fl., 2006). Det har dessutom visat sig att kön och utbildningslängd kan påverka känslan av autonomi hos sjuksköterskor (Papathanassoglou m.fl., 2005). I den finska studien (Varjus m.fl., 2003) har autonomi begränsats och definierats

på så sätt att autonomi värderas utifrån kunskap, handling och ideal. Resultatet visade som tidigare nämnts att sjuksköterskor känner sig autonoma i den patientnära vården och det borde kunna tolkas som att sjuksköterskorna med det menar att de ansvarar för omvårdnaden. Den definition på autonomi är snarlik den som används i denna uppsats.

Sammanfattningsvis kan sägas att det bedrivs mycket forskning om begreppet autonomi men det har inte framkommit någon forskning runt sjuksköterskor i äldreomsorg beträffande autonomi utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden.

Problemformulering

Det fanns behov av Ädelreformens intentioner när den genomfördes, vilket också ledde till stora förändringar inom äldreomsorgen. I och med införandet av Ädelreformen började kommunerna bedriva hälso- och sjukvård, vilket de inte hade någon tidigare erfarenhet av. Dessutom anställdes sjuksköterskor i den kommunala äldreomsorgen och detta ledde till att sjuksköterskekåren fick en ny roll eller funktion. Under de 15 år som gått sedan Ädelreformen genomfördes har antalet äldre ökat, samtidigt som åldern ökat på dem som är äldre. Ökad ålder medför ofta ökad sjukdom. Det är inte bara en sjukdom som drabbar äldre utan många äldre är multisjuka. Sjuksköterskan som är verksam på särskilt boende utövar sitt ämbete i en komplex vårdverklighet med många multisjuka äldre med stora omvårdnadsbehov.

För att tydliggöra att omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde även inom den kommunala vården ska detta lyftas fram och argumenteras för. Detta är särskilt viktigt inom äldreomsorg då många är multisjuka och har stora omvårdnadsbehov. Det finns studier som i viss mån beskriver äldre-sjuksköterskans arbetssituation men det saknas fortfarande forskning beträffande autonomi utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden. I denna uppsats som bygger på intervjuer med sjuksköterskor på särskilda boenden ska denna frågeställning lyftas fram genom att studera hur dessa sjuksköterskor beskriver och uppfattar den autonoma legitimeringsgrundade funktionen, det vill säga att ansvara för omvårdnaden.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att beskriva hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattar sin legitimationsgrundade autonoma funktion utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden.

1. På vilket sätt använder sjuksköterskan inom den kommunala äldreården vårdvetenskapliga resonemang och teorier för att kunna ansvara för omvårdnaden?
2. Vilka rättigheter har sjuksköterskan inom den kommunala äldreården att fatta självständiga beslut?
3. Vad har sjuksköterskan för konkret och reell förmåga att fatta självständiga beslut inom den kommunala äldreården?

Metod

Metodavsnittet är indelat i en metodbeskrivning och en genomförandebeskrivning. Nedan följer en förklaring på vald vetenskaplig metod och en beskrivning över fokusgrupp som datainsamlingsmetod. Därefter följer en beskrivning över hur datainsamling och analys gått till i detta arbete.

Metodbeskrivning

Denna uppsats har en kvalitativ design med en fenomenografisk metodansats. Den fenomenografiska metodansatsen valdes därför att det är sjuksköterskors uppfattningar om den legitimationsgrundade autonoma funktionen som studeras. Att den är kvalitativt designad innebär att resultatet inte kommer fram till den absoluta sanningen utan den visar på en av många sanningar (Malterud, 1998).

Fenomenografi

Fenomenografin utformades på 1970-talet vid Institutionen för pedagogik vid Göteborgs universitet under ledning av Ference Marton. De nya tankegångarna handlade om på vilket sätt kunskap om människors uppfattningar kunde/skulle mätas och bedömas och ur detta växte det fenomenografiska perspektivet fram (Marton & Shirley, 2000).

Den fenomenografiska ansatsen handlar om att beskriva människors eget sätt att uppfatta sin omvärld, den beskriver därför personliga uppfattningar. Grundläggande för ansatsen är distinktionen mellan hur något är och hur något uppfattas att vara. Data hämtar fenomenografen från empirin oftast med hjälp av enskilda intervjuer (Larsson, 1986).

Enligt Marton och Shirley (2000) delas kunskapsynen in i första- och andra-ordningens perspektiv. Första ordningens perspektiv handlar om fakta, det vill säga sådant som kan observeras utifrån. I denna uppsats handlar det om sjuksköterskans legitimationsgrundade autonomi med aspekten att ansvara för omvårdnaden, som den förstås i riktlinjer, råd och anvisningar. Andra ordningens perspektiv handlar om hur någon uppfattar ett speciellt fenomen (a.a). I den här uppsatsen handlar det om hur sjuksköterskor på särskilda boenden erfar och uppfattar den legitimationsgrundade autonomin, hur autonomin ter sig för den beskrivande sjuksköterskan. Det handlar inte om att något av dessa perspektiv är sant eller falskt och generellt giltigt utan det handlar om det konkreta sammanhang som ska studeras (Larsson, 1986; Marton & Shirley, 2000).

Följande punkter är särdrag för fenomenografin:

- Andra ordningens perspektiv, det vill säga sjuksköterskornas uppfattningar
- Empiriskt grundad, datamaterialet som i denna uppsats består av intervjuer
- Analysen går ut på att finna kvalitativt skilda kategorier vari sjuksköterskornas uppfattningar kan beskrivas. Kvalitativt är inte värdeladdat utan har i detta sammanhang med ”sort” att göra.
- Beskrivningsnivån är uppfattningar (Larsson, 1986).

Marton skriver (Marton & Svensson, 1978):

Uppfattningen står ofta för det som är underförstått, det som inte behöver sägas eller som inte kan sägas, eftersom det aldrig varit föremål för reflektion. De utgör den referensram inom vilken vi samlar våra kunskaper eller den grund, på vilken vi bygger våra resonemang (s. 20).

Analysen i en fenomenografisk studie går ut på att beskriva variationer i uppfattningar och det kräver läsning och reflektion och åter läsning och reflektion av datamaterialet. Forskaren ska inte låta sig nöjas med det resultat som först framkommer utan att först kritiskt granska de kategorier som formulerats. I denna granskningsprocess kan det växa fram helt nya kategorier. Kärnan i analysen är jämförelsen mellan olika svar, fokus ligger på att hitta likheter och skillnader. Det är genom att jämföra skillnader och variationer som en uppfattning får gestalt (Larsson, 1986).

Sjöström och Dahlgren (2002) har delat in analysfasen i sju steg enligt följande:

- *Familiarization*- forskaren bekantar sig med datamaterialet genom att läsa det flera gånger.
- *Compitation*- i denna fas försöker forskaren hitta det mest elementära i det som blivit sagt av informanterna.
- *Condensation*- innebär att de mest talande påståendena tas fram som också ger en helhetsbild av intervjuens innehåll.
- *Grouping*- här sker en gruppering av liknande påstående som framkommit i analysen.
- *Comparison*- detta är en preliminär jämförelse av kategorier som ska leda till en avgränsning kategorier emellan.
- *Naming*- här får kategorierna namn som också beskriver dess innehåll.
- *Contrastive comparison*- här beskrivs det unika i varje kategori med hänsyn till variationen.

För att läsaren ska förstå det unika med varje kategori uppvisas ett antal citat från datamaterialet under varje kategoribeskrivning (Dahlgren & Fallsberg, 1991).

Fokusgrupp

Fokusgrupper kan betraktas som en kvalitativ datainsamlingsmetod. Det är ett sätt att ta reda på hur människor tänker och uppfattar ett speciellt fenomen. Deltagarna i fokusgruppen har något gemensamt och de diskuterar utifrån ett speciellt fokus. I fokusgruppssammanhang spelar inte ålder och kön någon roll utan det viktiga är att det som ska studeras är gemensamt. Intervjuaren, som också kallas för moderator, skapar en tillåtande miljö som leder till att deltagarna i fokusgruppen vågar dela med sig av sina tankar och känslor. Syftet med intervjun är inte att komma fram till något consensus utan att diskussionen ska vara öppen kring det som studeras. Eftersom gruppmedlemmarna har något gemensamt finns det en tro till att medlemmarna ger varandra energi i diskussionen och det leder till att datamaterialet blir fylligt (Kreuger & Casey, 2000).

Vanligtvis brukar en fokusgrupp bestå av fem till tio deltagare men storleken kan variera från fyra till tolv. Gruppen får inte vara större än att alla deltagarna kan och vågar säga sitt. Risken med en för liten grupp är att materialet blir tunt. Moderatoren ser till att alla deltagarna erbjuds möjlighet att diskutera. Forskaren bör ha datamaterial från minst tre fokusgrupper (a.a).

För att få svar på den frågeställning forskaren har ställt öppna frågor för att få igång en diskussion inom det specifika ämnet som fokusgruppen har gemensamt (Kreuger & Casey, 2000).

Val av metod

Inom fenomenografin är forskaren intresserad av den enskilda individens uppfattningar. För den som väljer fokusgrupp som datainsamlingsmetod vill studera hur flera personer uppfattar ett fenomen. Orsaken till varför två så skilda synsätt kombinerades i denna uppsats var att det fanns en förhoppning om att sjuksköterskorna skulle ge varandra energi i samtalet trots att intresset låg i att fånga varje enskild sjuksköterskas uppfattning. Fokusgrupperna bestod endast av tre sjuksköterskor i varje grupp och det rekommenderade antalet är minst fyra personer. Eftersom gruppen var så liten kunde varje enskild sjuksköterskas uppfattning komma fram.

Genomförande beskrivning

Under detta avsnitt följer en beskrivning av det praktiska arbetet beträffande insamlingen av data till denna uppsats. Inledningsvis beskrivs hur respondenterna valdes ut. Därefter följer en beskrivning över hur kontakt togs med respondenterna och hur intervjuerna genomfördes. Avslutningsvis redogörs för hur analysarbetet gått till samt en redogörelse för etiska överväganden.

Urval

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av intervjuer i fokusgrupper. Utifrån uppsatsens syfte ansågs det lämpligt att intervjua sjuksköterskor på särskilda boenden som tjänstgjort där i minst två år. Sjuksköterskor anställda av Katrineholms kommun skulle inte få delta i urvalet därför att de är kolleger till uppsatsens författare. Istället kontaktades en medicinskt ansvarig sjuksköterska i en annan kommun i mellan-Sverige. Denna gav namn på sjuksköterskor som fungerade som kontaktpersoner och som i sin tur frågade kolleger på respektive boende om de kunde delta i en fokusgrupp. När deltagare till tre fokusgrupper ordnats skickades ett informationsbrev (bilaga 2) till kontaktpersonerna som i sin tur vidarebefordrade det till sina kolleger. Varje fokusgrupp hade tre deltagare. I en av fokusgrupperna deltog en sjuksköterska som var relativt nyutbildad, hon har med andra ord inte tjänstgjort som sjuksköterska på särskilt boende i två år.

Genomförande

Tillsammans med kontaktpersonerna bokades ett intervjutillfälle på respektive boende in i augusti och september 2005. I informationsbrevet framgick att intervjuerna skulle spelas in på band och det var ingen av deltagarna som opponerade sig mot detta. För att styra in diskussionen mot forskningsfrågan hade en intervjuguide (bilaga 3) med fyra öppna frågor tagits fram. Intervjuerna genomfördes och varje intervju tog cirka 45 minuter. Det kändes viktigt att hålla den tid som i förväg hade angivits att intervjuerna skulle ta för att inte stjåla för mycket tid från de ordinarie arbetsuppgifter sjuksköterskorna har. Det var heller inga problem att hinna ställa alla frågorna på den avsatta tiden eftersom diskussionen ebbade ut. Intervjuerna transkriberades av författaren själv som en förberedelse för analysen.

Innan de intervjuer som skulle ingå i detta arbete genomfördes gjordes en pilotstudie i form av en fokusgruppsintervju med författarens kolleger. Syftet med pilotstudien var att testa intervjufrågornas validitet samt att öva på intervjuteknik. Denna intervju spelades in på band men den transkriberades inte, den avlyssnades enbart och den ingår heller inte i denna uppsats.

Analys

Innan analysarbetet påbörjades gjordes följande förberedelser. Varje deltagande sjuksköterska har i transkriberingen fått en siffra som identitet, det vill säga siffra 1-9. Därefter har alla ettor skrivits ut på ett papper, alla tvåor på ett och så vidare. Detta resulterade i att varje sjuksköterskas enskilda uppfattningar nu kunde analyseras.

Analysarbetet inleddes med genomläsning av datamaterialet flera gånger för att bli bekant med det. Därefter började det mest elementära i materialet att växa fram. Eftersom begreppet autonomi är i fokus såväl i uppsatsen som i analysarbetet gjordes försök till att hitta så många variationer som möjligt på begreppet. Ur datamaterialet växte tre variationer och tillika kategorier på autonomi fram (omvårdnadsansvar på individnivå, omvårdnadsansvar utifrån vårdboendenivå samt omvårdnadsansvar i en komplex vårdverklighet), vilka presenteras utförligt i resultatet nedan. Under hela analysarbetet pågick en ständig undersökning av datamaterialet i hopp om att hitta mer. De mest talande påståendena togs fram och grupperades ihop med liknande påståenden. Sedan namngavs och beskrevs kategorierna. Kategorierna är således variationer på begreppet autonomi utifrån att ansvara för omvårdnaden.

Nedan följer en illustration (figur 1) över hur analysarbetet genomförts. Den innefattar dock inte hela analysarbetet då det skulle ta för mycket utrymme i uppsatsen utan den visar framväxten av en kategori i syfte att tydliggöra analysarbetet. Det är analysarbetet från steg tre till steg sju som illustreras.

Figur 1

Condensation	Grouping	Comparison	Naming	Contrastive comparison
Att ansvara för individen, just den boende utifrån det friska..att bevara det friska och se resurser och var det brister..vart det behövs stöd... allt ifrån den lilla människan till att det blir mer komplicerat med tanke på sjukdomar och funktionshinder... det är mycket stort det där med omvårdnad..	Exempel på en specifik vårdssituation som man planerar för är när de har trycksår...en rodnad..då gör man allt.. ringer arbetsterapeuten för en ny madrass.. ordinerar för undersköterskorna exakt vad de ska göra...det måste ju gå ganska fort.. det går ju fort när det blir trycksår... ..det är viktigt att anamnes.. ..jag pratar med den boende och med anhöriga...	Dessa citat belyser hur sjuksköterskan ser på sitt omvårdnadsansvar utifrån varje enskild patient.	Omvårdnadsansvar på individnivå.	Denna kategori synliggör sjuksköterskornas omvårdnadsansvar och hur sjuksköterskan tänker utifrån sin specifika kompetens.

Under ”condensation” finns en av de mest talande påståendena som inledningsvis växte fram och denna ger en helhetsbild av intervjuens innehåll. Därefter följer ”grouping”, det vill säga en gruppering av liknande påståenden från andra intervjuer. Det sker en preliminär jämförelse av kategorierna under steg ”comparison” och det ska leda till en avgränsning kategorierna emellan. Därefter får kategorierna namn som också beskriver dess innehåll och detta sker i ”naming”. Avslutningsvis beskrivs det unika i varje kategori i relation till variationer av uppfattad autonomi.

Etiska överväganden

När genomförandet av intervjuerna planerades under våren 2005 var det inte obligatoriskt att göra en ansökan till högskolans forskningsetiska nämnd. Eftersom det inte ansågs nödvändigt med tanke på att det var yrkesverksamma sjuksköterskor vars deltagande byggde på frivillighet gjordes ingen ansökan. I efterhand väcktes frågan om möjligheten att göra en ansökan i lärandesyfte men då var det för sent när intervjuerna redan var genomförda.

Information om studiens syfte och respondenternas frivillighet i deltagande framgår i informationsbrevet (bilaga 2). Respondenterna har givit informellt samtycke till att delta. Informellt samtycke innebär att respondenten måste ha blivit väl informerad om relevanta fakta och sedan frivilligt ge sitt samtycke. Kravet på konfidentialitet innebär att allt datamaterial hanteras och förvaras så att inga obehöriga kan ta del av uppgifterna (Forsman, 2005). Respondenterna är kodade i det transkriberade materialet och enskilda människor går inte att identifiera. Det transkriberade materialet förvaras i ett låsbart skåp i författarens hem och kommer att förstöras när uppsatsen är examinerad och klar.

Den bedömning som görs beträffande den risk som de deltagande sjuksköterskorna utsätter sig för är minimal. Det ska inte gå att härleda datamaterialet till dem eftersom det är hanterat enligt ovan. Däremot bedömer jag att nyttan i att delta är stor, kanske inte så mycket för den enskilda sjuksköterskan men för kommunsjuksköterskor som kollegium. Det finns ett värde att lyfta fram kommunsjuksköterskans roll och funktion då den är en förhållandevis ny företeelse.

Resultat

Då denna uppsats har en fenomenografisk ansats ligger betoningen på variationer gällande ett fenomen. I denna uppsats handlar det om variationer kring hur de intervjuade sjuksköterskorna uppfattar den legitimationsgrundade autonomi utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden. Olika aspekter verkar påverka deras uppfattning kring detta. Det resultat som framkom genom analysarbetet visar sjuksköterskornas uppfattningar och dessa presenteras under kategorierna: omvårdnadsansvar på individnivå, omvårdnadsansvar utifrån vårdboendenivå samt omvårdnadsansvar i en komplex vårdverklighet. Kategorierna kommer att belysas med några citat från intervjuerna.

Omvårdnadsansvar på individnivå

Begreppet omvårdnadsansvar på individnivå visade sig i två underkategorier, nämligen individuell omvårdnadsplan samt samordnare. Under dessa två underkategorier beskrivs hur sjuksköterskorna uppfattar sitt omvårdnadsansvar på individnivå och på vilket sätt de utövar det praktiskt.

Individuell omvårdnadsplan

Flera sjuksköterskor beskrev det omvårdnadsansvar som de uppfattade sig ha genom att de planerar omvårdnaden för varje enskild patient. För att kunna göra detta behövde sjuksköterskorna kännedom om patientens nuvarande status men även om patientens tidigare status. Denna information skaffade de sig genom kontakt med patienten själv och dennes anhöriga men också från personal. Utifrån denna kännedom om patienten gjorde sjuksköterskorna en omvårdnadsplan med ordinerade omvårdnadsåtgärder som sedan utvärderas på utsatt tid. Det framkom dock i intervjuerna att ordinerade åtgärder inte utvärderades tillfredsställande. En sjuksköterska menade att det var lätt att påbörja massa saker men att blicka tillbaka på effekterna av det man genomfört var svårare eller det gjordes inte. Flera sjuksköterskor betonade vikten av icke-medicinsk behandling, det vill säga omvårdnadsåtgärder, som något som kunde lindra lidande och höja livskvaliteten hos de äldre. Att se och bekräfta en patient ansågs som lindrande samt att en stund av gemenskap kunde leda till att åndestdämpande läkemedel inte behövde användas. Detta ansåg de låg i omvårdnadsansvaret.

Att ansvara för individen, just den boende utifrån det friska..att bevara det friska och se resurser och var det brister..vart det behövs stöd...allt ifrån den lilla människan till att det blir mer komplicerat med tanke på sjukdomar och funktionshinder...det är mycket stort det där med omvårdnad..(3)

...det är viktigt att ta anamnes...(7)

..jag pratar med den boende och med anhöriga..(8)

...patienten kan känna sig väldigt ledsen, deprimerad av att sitta i någon korridor och personal bra springer förbi..se mig jag finns ju också här..lite uppmärksamhet på morgonen kan hjälpa att man inte känner sig så orolig mot kvällen..(3)

Samordnare

Sjuksköterskorna såg sig själva som ”spindeln i nätet” men också som patientens advokat som förde dennes talan. I intervjuerna gav sjuksköterskorna uttryck för att de i sitt arbete hela tiden utgick från den enskilda patientens behov. I en omvårdnadssituation kan det innebära att sjuksköterskan kontakter andra professioner för att tillgodose patientens behov. Det kan också innebära att sjuksköterskan undervisar övrig personal i något specifikt omvårdnadsproblem. Det framkom också att den handledning eller undervisning som sjuksköterskan gav kunde tolkas på olika sätt av vårdpersonalen. På grund av detta ansåg sjuk-

sköterskorna att det var bäst att ge handledning eller undervisning till all personal vid ett eller ett par tillfällen.

...när patienten kom tillbaka från en kortare vistelse på sjukhuset... vilka resurser hade han...vad kunde vi erbjuda och vad behövde han hjälp med...det var ju allt ifrån hur sängen såg ut till att hur han skulle kunna vara med och medverka...in med andra yrkesgrupper som kommer och konsulterar...sittning med all personal och informera...(1)

...en specifik omvårdnadssituation som man planerar för...exempelvis när dom har trycksår...då ser man ju hur det börjar...man anar en rodnad...då kör man ju hela...man ringer arbetsterapeuten för ny madrass...man går in och ordinerar för undersköterskorna exakt vad dom ska göra...det måste ju gå ganska fort...(8)

...det kan väl uppstå brister av många olika orsaker...det är lite grann det du var inne på kunskapsmässigt...det kanske är svårt att förmedla...eller den som man förmedlar till uppfattar annorlunda (2)

Omvårdnadsansvar utifrån vårdboendenivå

I intervjuerna ombads sjuksköterskorna att svara på frågan vad det innebar för dem att ansvara för omvårdnaden. Det framkom att sjuksköterskorna uppfattade att omvårdnadsansvaret skiftade beroende på vilken typ av särskilt boende som de arbetade på. De äldre som bor i ett servicehus klarar sig oftare på egen hand till skillnad från dem som bor på ett demensboende.

De sjuksköterskor som arbetar på ett serviceboende har fler patienter att ansvara för än de sjuksköterskor som tjänstgör på en demensavdelning. Detta ansåg sjuksköterskorna påverkade hur de planerade för sitt arbete, det vill säga sitt omvårdnadsansvar. De sjuksköterskor som tjänstgör på servicehus arbetar oftare konsultativt. Det kunde dock bli problematiskt när en boende på ett servicehus fick ökade omvårdnadsbehov, då kunde det bli svårt att räkna till för dem, menade sjuksköterskorna. De sjuksköterskorna som tjänstgör på demensavdelningar ansåg sig kunna ta omvårdnadsansvar och det fanns inte så mycket som hindrade dem i deras utövande.

Personer som varit felplacerade...dementa som varit på vanligt äldreboende...Jag jobbar på ett av dom där det är lägst bemaning..vi har haft två dementa på vanligt äldreboende som varit väldigt, väldigt krävande..(5)

...kanske en annan roll..det blir bitvis mera konsultativt..vi har damer som har hjälpt med stöd och så tar dom ett PK en gång i månaden (2)

...jag har alla möjligheter att ta omvårdnadsansvar...det är utifrån våra kunskaper och intresse att se människans lidande och lindra det lidandet...man kan ju inte bota deras sjukdomar...men man kan förbättra deras livskvalitet någelunda...att hon mår lite bättre för stunden...(3)

Omvårdnadsansvar i en komplex vårdverklighet

Sjuksköterskorna ombads att beskriva om det fanns något som hindrade eller försvårade för dem att vara omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Flera sjuksköterskor uppfattade att det fanns sådant som hindrade dem att ta omvårdnadsansvar till fullo och dessa uppfattningar beskrivs nedan. Två underkategorier synliggjordes som också redogör för detta men även den komplexitet som finns i dagens äldrevård.

Lagstiftning försvårar samarbete

Den kommunala äldrevården styrs utifrån en mängd lagstiftning. De två stora lagarna som också kan komma i kollision med varandra är socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Professioner som finns verksamma på den kommunala arenan har olika skolning och detta påverkar deras agerande. Trots att sjuksköterskorna ansåg sig ha juridisk rätt och därmed även en skyldighet att ansvara för omvårdnaden var det ibland svårt att se vilken lag som ska gälla. I praktiken kan det innebära att olika professioner ser på ett problem hos en patient men med olika ögon. Flera av de intervjuade sjuksköterskorna ansåg att det fanns risk för att patienten kom i kläm när samarbetet inte fungerade professioner emellan. Sjuksköterskorna önskade exempelvis att få delta på vårdplaneringar eftersom de trodde sig ha något att tillföra i de sammanhangen. En sjuksköterska hade erfarenhet av ett sådant sätt att arbeta och uppfattade det som något positivt.

..om SOL-besluten inte är bra trillar dom över och blir ett HSL-ärende (2)

...när jag hade servicelägenheterna då hade vi team-möten och vi samkörde med biståndshandläggaren och då kunde vi ju påvisa att här är någonting som inte står rätt till...(1)

...det finns ju förnuftiga biståndshandläggare också men ibland kan det kännas att ...jaha, nu har jag fattat det här beslutet och ni är skyldiga att utföra mitt beslut och sen kan det vara utopi i det där beslutet (7)

...när patienter kommer in för cirkulationsboende för utredning så märker man ju jättestor skillnad när de kommer och gör uppföljning...en del vill absolut inte ha en sjuksköterska med...(1)

...det krockar ofta..dom vill exempelvis inte att undersköterskorna som är fadder ska få vara med när dom har det här uppföljningsbesöket..det är ju dom exakt som vet hur människan mår, vad hon har för behov..(8)

Organisatoriska förändringar påverkar vårdpersonalens agerande

Den kommunala äldre vården genomgår ständiga förändringar. Detta beror bland annat på att befolkningskurvan visar att andelen äldre ökar i vårt samhälle. Tidigare bestod hemtjänstpersonalens arbetsuppgifter mestadels av städning och inköp av förnödenheter. Numera handlar det allt oftare om sjukvårdande insatser då befolkningen är äldre och ofta multisjuk. Flera av de intervjuade sjuksköterskorna menar att organisatoriska förändringar som äldre vården genomgått har lett till att hemtjänstpersonal tvingats till att gå från en typ av arbetsuppgifter till ett annat. Enligt sjuksköterskorna finns det fortfarande vårdpersonal som prioriterar städning framför omvårdnad av den äldre. De omvårdnadsordinationer som sjuksköterskan gör åtgärdas endast om det finns tid över.

...personerna som jobbat inom hemtjänsten och städning och så hamnar man bara i det där fast dom inte valt det själva och dom har inte intresse och jag kan inte gå in och förändra deras beteende, deras syn på människan...det liksom går inte..det blir motstånd hur mycket man än gör (3)

Jag brukar dela in den personalstyrkan som jag arbetar med...mina medarbetare i närvarande och utförare..utförarna, dom är oftast mekaniskt utförare..man prioriterar att det ska lukta gott, det ska vara rent...medan dom närvarande under arbetet är med dom boende (1).

Diskussion

Diskussionsavsnittet är uppdelat i en metoddiskussion och en resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Inom den kvalitativa forskningstraditionen finns ett antal forskningsansatser. I denna uppsats har den fenomenografiska ansatsen använts. Andra forskningsansatser är fenomenologi och hermeneutik. Inom fenomenologin ligger forskningsintresset på fenomenet i sig, det vill säga såsom något visar sig för någon. Inom hermeneutiken är man intresserad av att ta reda på hur människor erfar sin tillvaro. I fenomenografin ligger uppmärksamheten på relationen mellan människan och fenomenet i hennes omvärld, det vill säga hur någonting uppfattas av någon (Söderlund, 2003). Eftersom jag ville veta hur andra sjuksköterskor uppfattar sin autonoma funktion, det vill säga att ansvara för omvårdnaden, ansåg jag att en fenomenografisk ansats är lämplig. Fenomenet är alltså att ansvara för omvårdnaden och omvärlden är den arbetsplats som sjuksköterskan tjänstgör på.

För att kunna bedöma trovärdigheten av studier med kvalitativ metod behöver de granskas. För att öka trovärdigheten bör hela forskningsprocessen vara tydligt beskriven. Vad som bör ifrågasättas är urvalets relevans, val av metod samt om resultatet är tillämpligt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). För att förstå var denna uppsats har sitt ursprung finns dess kontext beskriven, problemformuleringen är tydligt avgränsad samt det finns en relevans i urvalet. Urvalet bedöms relevant därför att de intervjuade sjuksköterskorna tjänstgör på särskilda boenden samt därför att de hunnit skaffa sig en uppfattning om det som uppsatsen handlar om i och med att de tjänstgjort där i minst två år. I metodavsnittet finns både datainsamling och analys tydligt beskriven. Analysen av intervjuerna genomfördes i sju steg (Sjöström & Dahlgren, 2002). Dessa steg har funnits genom hela analysarbetet vilket har inneburit att det genomförts på ett metodiskt och överskådligt sätt. I och med att analysarbetet är strukturerat och presenteras på ett tydligt sätt ökas trovärdigheten i resultatet (Polit & Beck, 2004). Det är dessutom viktigt att resultatet framställs så enkelt och strukturerat som möjligt för att höja kvalitén samt för att underlätta förståelsen (Larsson, 1993). Beträffande resultatets tillämpbarhet är syftet med kvalitativa studier inte att komma fram till den absoluta sanningen men resultatet är dock ofta överförbart, på liknande frågeställningar (Malterud, 1998). Jag vill inte på något vis påstå att resultatet från denna uppsats ens kan generaliseras till all äldreomsorg men den kan ge en fingervisning på problem som kan dyka upp vid organisationsförändringar.

I denna uppsats har två skilda metodologiska ansatser kombinerats, det vill säga datainsamlingsmetoden är grupporienterad och fenomenografi är en individorienterad ansats. Inom fenomenografin ligger intresset på den enskildes uppfattningar kring ett fenomen (Marton m.fl., 2000) och i fokusgruppsammanhang diskuterar gruppen utifrån ett fenomen som är gemensamt för alla (Kreuger m.fl., 2000). Visst kan kritik riktas mot resultatets trovärdighet på grund av detta men jag menar att det också kan ha lett till att det framkom intressant data i och med att gruppmedlemmarna gav varandra energi i samtalet. Med hjälp av de andras berättelser kan deltagarna erinra sig sådant som de annars inte skulle komma ihåg (Merton, Fiske & Kendall, 1990). Eftersom jag i analysarbetet analyserat varje enskild sjuksköterskas uppfattning bedömer jag det som om trovärdigheten är bevarad.

Enligt Kreuger och Casey (2000) bör inte deltagarna och moderatorm/forskaren känna varandra då detta kan påverka deltagarna och det i sin tur kan vara ett hot mot validiteten. Vid val av deltagare till denna uppsats var det viktigt att deltagarna inte var anställda i samma kommun som jag själv och det känns som ett riktigt beslut. Deltagarna i fokusgrupperna var helt okända för mig men jag förmodar att de kände varandra då de arbetade ganska nära varandra. Min uppfattning är att detta istället ledde till att de hade lättare att uttrycka sig för varandra. För att öka validiteten i det som ska studeras är det viktigt att det är samma person som agerar som moderator i samtliga intervjuer som ingår i en studie (Albrecht, Johnsson & Walther 1993). I detta arbete har jag fungerat som moderator.

Som en hjälp att få respondenterna att beskriva den autonoma legitimationsgrundade funktionen användes fyra inledande frågor vid varje intervjutillfälle (bilaga 3). Inledande frågor kan ge spontana och rika beskrivningar på sådant som den intervjuade anser vara viktigt beträffande det sökta fenomenet (Kvale, 1997). Det kändes angeläget att använda inledande frågor eftersom det var varje sjuksköterskas enskilda uppfattning som efterfrågades, det var just det subjektiva som söktes. Var och en av respondenterna fick möjlighet att beskriva sin bild av den autonoma legitimationsgrundade funktionen. I alla intervjuerna ställdes följdfrågor för att fördjupa förståelsen av det som sjuksköterskorna ville belysa. Enligt Lantz (1993) kan följdfrågor ställas spontant till det som framkommer i en intervju. Sjuksköterskorna fick inte frågorna i förväg utan fick spontant svara på dem under intervjuens gång. Jag har i efterhand funderat om det varit bättre att skicka med frågorna med informationsbrevet. Sjuksköterskorna hade då haft möjlighet att i förväg tänka efter hur de uppfattar omvårdnadsansvaret.

Resultatdiskussion

Enligt Eriksson (2000a) utgörs kärnan i vårdprocessen av vårdrelationen. Relationen har betydelse för att nå vårdens mål (Rooke, 1992). Det verkar som om de intervjuade sjuksköterskorna anammat detta vårdvetenskapliga resonemang och har det som sitt ideal i vårdandet. Flera av dem betonade vikten av att bemöta patienten genom att se patienten och inte titta över denne. Det är viktigt i vården av äldre människor att se människan som en individ för i och med detta förmedlas tröst till denne (Fagerberg & Kihlgren, 2001). Att arbeta utifrån vårdprocessen innebär också att sjuksköterskan har möjlighet att vara omvårdnadsansvarig, anser jag. En OAS gynnar kontinuiteten och det är något som är viktigt för patienten och få personer kring en patient ger möjlighet till en djupare vårdrelation (Kiessling & Kjellgren, 2004). I och med att sjuksköterskan ges möjlighet att skapa en vårdrelation med patienten leder detta till en bättre patientkänedom. Detta är viktigt då sjuksköterskan ska fatta beslut om den fortsatta vården (Kihlgren A, Fagerberg, Skovdahl & Kihlgren M, 2003). Nyckelord som är centrala vid OAS och som också beskriver viktiga drag i sjuksköterskans funktion är självständighet, ansvar, auktoritet, beslutanderätt och kontinuitet (Carlsen, 1986). Det framkom att de intervjuade sjuksköterskorna arbetar utifrån dessa nyckelord då de planerar för omvårdnaden. Utifrån sjuksköterskeperspektiv verkar det som om det är en stor vinst för patienten att ha en omvårdnadsansvarig sjuksköterska (Bjälkne & Arman, 2006). Grunden för att arbeta som sjuksköterska är att ta ett faktiskt och engagerat ansvar genom hela vårdprocessen. Med vården organiserad utifrån vårdprocessen kan man även ana att graden av samarbete och synergism mellan olika yrkesgrupper i vårdandet ökar (Eriksson, 1987). Sjuksköterskorna i denna uppsats såg sig själva som ”spindeln i nätet” och tog kontakt med andra professioner när behov av det uppstod. Studier visar dock att en förutsättning för att OAS ska fungera är att arbetsledningen stöder arbetssättet (Drach-Zahavy, 2004).

Sjuksköterskorna betonade vikten av att samla in information om patienten för att kunna planera för omvårdnaden. Informationen skaffade de sig genom att kontakta patienten. Trots detta arbetade de konsultativt många gånger. De uppgifter om patienternas behov som sjuksköterskorna använde sig av var i vissa fall andrahandsuppgifter. Eriksson (2000b) menar att andrahandsuppgifter ibland fungerar tillfredsställande men sjuksköterskan måste vara hos patienten regelbundet för att kunna ta omvårdnadsansvar. Det som också framkom från sjuksköterskorna var att det fanns en otillfredsställelse i detta att de tvingades att arbeta konsultativt då tiden inte räckte till för något annat.

Sjuksköterskorna verkade vara övertygade om vad som var deras huvudsakliga ansvarsområde. De ansåg att ansvaret för omvårdnaden tedde sig olika beroende

på vilken typ av särskilt boende som de arbetade på. Det har nu gått drygt två decennier sedan de första sjuksköterskorna examinerades efter att sjuksköterskeutbildningen blev högskolemässig samt fick ett eget karaktärsämne (Högskole-reformen, 1982; Bentling, 1995). I och med att sjuksköterskorna fick ett eget karaktärsämne tydliggjordes också vad som är det specifika med en sjuksköterskas kompetens och det börjar även synas i vårdverkligheten. Trots att sjuksköterskorna i denna uppsats var klara över vad som var deras huvudsakliga uppgift är detta inte klart för alla yrkeskategorier, inte ens för alla sjuksköterskor (Bjälkne m.fl., 2006). Kan det vara så att vi sjuksköterskor är dåliga på att tala om för vår omgivning det som är vår specifika kompetens?

De intervjuade sjuksköterskorna arbetade alla på särskilda boenden men hade trots detta olika arbetssituation. De sjuksköterskor som har sin tjänstgöring på ett demensboende anser sig ha alla möjligheter till att kunna ansvara för omvårdnaden. Bland de sjuksköterskor som tjänstgjorde på servicehus var detta inte lika tydligt. Detta kan antas bero på att när en person flyttar in på ett demensboende tar sjuksköterskan över ansvaret och planeringen för omvårdnaden till skillnad mot ett servicehus där bedömningarna och besluten görs av biståndshandläggaren kring varje enskild individ beträffande behov av omsorg. Det kan ibland vara svårt att se skillnad på vad som är omsorg och vad som är omvårdnad. En åtgärd, till exempel att mata någon, kan vara en hälso- och sjukvårdsåtgärd om en sjuksköterskas specifika kompetens är nödvändig för att bevaka patienten med hänsyn till sjukdomsbilden. För någon annan utan detta funktionshinder kan ett vårdbiträde hjälpa till med maten, en syssla som då anses vara av socialtjänstkaraktär (Socialstyrelsen, 2006). På ett servicehus arbetar sjuksköterskan oftast konsultativt och har inte samma möjlighet att ansvara för omvårdnaden. Det är å andra sidan inte nödvändigt men det kan finnas ett värde att lyfta fram denna skillnad för att öka förståelsen för den komplexa vård som äldreården är. Min uppfattning är att det är viktigt att tydliggöra skillnaderna beträffande olika former av särskilt boende samt behovet av sjuksköterskeresurser på dessa. Det går att dra paralleller till sjukhusvården där det är en högre sjukskötersketäthet på en intensivvårdsavdelning i förhållande till en medicinavdelning. Det finns dock ett problem i detta och det är den så kallade kvarboendeprincipen som ju var ett av Ädelreformens syften (Socialstyrelsen, 1996:2). En person boende på ett servicehus ska ha möjlighet att bo kvar där ända till sin död och i regel innebär detta att omvårdnadsbehoven ökar och då kan sjuksköterskan få svårt att räcka till.

Det framkom i intervjuerna att de sjuksköterskor som arbetade på servicehus inte kände sig välkomna till vårdplaneringar som biståndshandläggaren ansvarade för. Det verkar som om man inte riktigt förstår varandras arbetssituation. I en

statlig utredning (SOU 2004:68) beskrivs både biståndshandläggarens och sjuksköterskans roll och funktion. Biståndshandläggaren har genom sina kontakter med enskilda, deras anhöriga och andra professioner en nyckelroll när det gäller att beskriva den enskildes behov av vård och omsorg. Sjuksköterskan ska bland annat fungera som koordinator mellan olika aktörer inom vård och omsorg (a.a). Enligt min uppfattning har biståndshandläggaren och sjuksköterskan en snarlik roll eller funktion och det kan eventuellt vara orsaken till att konflikter uppstår. Det vore därför av vikt att tydliggöra funktionerna samt uppmuntra till ett bättre samarbete. En studie (Lidskog, Löfmark & Ahlström, 2007) genomförd på en utbildningsavdelning inom kommunal äldreomsorg visade att studenter från sjuksköterske- arbetsterapi- och sociala omsorgsprogrammet har bristande kunskaper i förståelsen för varandras profession. Det kan ju tänkas att denna okunskap följer med studenten när han/hon blir yrkesverksam och är då ett hinder i samarbetet med andra professioner.

Vad som hindrade sjuksköterskorna att ansvara för omvårdnaden var samarbetsproblem med andra yrkesgrupper. I tidigare studier har tidsbrist angivits som den främsta faktorn som hindrar sjuksköterskan att ansvara för omvårdnaden (Tunedal m.fl., 2001).

Sjuksköterskorna menade att olika lagstiftning kan leda till att den boende inte får den hjälp eller vård han/hon är i behov av. Detta kan i sin tur leda till ett vårdlidande. Vårdlidande är lidande som uppstår på grund av vårdandet och ses som ett onödigt lidande som till varje pris bör elimineras (Eriksson, 2001; Dahlberg, 2002).

Konklusion och förslag på fortsatt forskning

Sammanfattningsvis kan sägas att sjuksköterskorna såg på sitt omvårdnadsansvar utifrån flera perspektiv. Det kan tolkas som om de utifrån sin kunskap, som också är vetenskapliga teorier, bedömer när omvårdnaden ska vara konsultativ eller när de ska ta omvårdnadsansvar. Det kunde dock leda till vissa problem vid tillfällena när en patient fick ökade omvårdnadsbehov och det inte gavs organisatoriska förutsättningar för sjuksköterskan att kunna ansvara för omvårdnaden. Vidare forskning bör studera vilka organisatoriska förutsättningar sjuksköterskan har till yrkesutövning inom kommunal äldreomsorg. Vilka delar av hälso- och sjukvården i äldreomsorgen kräver sjuksköterskans unika kompetens samt vad finns det för möjligheter att erbjuda kvarboende för äldre även när omvårdnadsbehoven ökar?

Sjuksköterskorna ansåg sig ha juridisk rätt och därmed även en skyldighet att ansvara för omvårdnaden men på grund av olika lagstiftning för olika profes-

sioner kunde det ibland vara svårt att se vilken lag som ska gälla. Detta kan ju i sin tur leda till vissa samarbetsproblem.

Det finns i rapporter (Socialstyrelsen, 2005) beskrivet att samarbetet mellan olika professioner inom äldreomsorg borde förbättras. Det skulle därför vara värdefullt att studera om det finns kommuner i Sverige där samarbetet fungerar och vad det i så fall är som gör att det fungerar.

Tack

Tack till de intervjuade sjuksköterskorna som genom sitt engagemang har bidragit till att detta arbete kunde genomföras.

Ett stort tack till min handledare Kersti Malmsten-Gedda som med tålamod och engagemang väglett mig och hjälpt mig med behandlingen av språket.

FoU Äldre i Sörmland har tack vare beviljat stöd i form av stipendium givit mig möjlighet till fyra veckors tjänstledighet från mitt ordinarie sjuksköterskearbete. Under dessa veckor kunde jag fokusera på mitt arbete med uppsatsen.

Tack till min arbetsgivare Katrineholms kommun som varit så positiv till att jag genomfört detta arbete.

Tack även till min familj och min vän Barbro som uppmuntrat mig

Referenser

1. Albrecht, TL. Johnsson, MG. Walther, JB. (1993). *Understanding communication processes in focus groups*. i: DL Morgan (red.): *Successful focus-groups. Advancing the state of the art*(s. 51-64). Newbury Park: Sage Publications.
2. Ahlström, H. (1983). *Bra Böcker Läkarelexikon*. Höganäs: Bra Böcker AB.
3. Bentling, S. (2003). *Sjuksköterskeprofessionen- vetenskapliga idéer och kunskapsutveckling*. Stockholm: Liber AB.
4. Bjälke, S. Arman, M. (2006) Omvårdnadsansvarig sjuksköterska- en studie vid intensivvårdsavdelningar i Sverige. *Vård i Norden* 4: 48-51.
5. Björvell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring- en praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.
6. Björvell, C. Wredling, R. Thorell-Ekstrand, I. (2003). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 402-410.
7. Carlsen, L.V.(1986). *Primary nursing- en modell för omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- 8: Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande- det onödiga lidandet. *Vård i Norden* 1: 4-8.
9. Dahlgren, LO. Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a approach in social pharmacy research. *Journal of Social Administration Pharmacy* 8, 150-156.
10. Drach-Zahavy, A. (2004). Primary nurses' performance: role of supportive management. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 7-16.
11. Dworking, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. USA. Cambridge University Press.
12. Ehnfors, M. Ehrenberg, A. Thorell-Ekstrand, I. (1998). *Vips-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
13. Eriksson, K. (1987). *Pausen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
14. Eriksson, K. (2000a). *Vårdprocessen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
15. Eriksson, K. (2000b). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
16. Eriksson, K. (2001). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.

17. Fagerberg, I. Kihlgren, M. (2001). Registered nurses' experiences of caring for the elderly in different health-care areas. *International Journal of Nursing Practice* 7, 229-236
18. Forsman, B. (2005). *Etik i biomedicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
19. Gustafsson, C. Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development. *Journal of Clinical Nursing* 13, 271-280
20. Hall, MRP. MacLennon, WJ. Lye, MDW. (1997). *Geriatrisk medicin i klinisk praxis*. Lund: Studentlitteratur.
21. Hjälte, L. (2000). Det är inte min värld, Kliniskt verksamma sjuksköterskors uppfattningar om vårdvetenskaplig forskning och tillämpning av dess resultat i praktisk verksamhet. *Vård i Norden*. 4, 32-37.
22. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
23. Högskolereformen 1982 s
24. ICN:s kod. (2000). Svensk sjuksköterskeförening.
25. Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademis förlag-Åbo akademi university press.
26. Kiessling, T. Kjellgren, KI. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*. 4, 31-35.
27. Kihlgren, A. Fagerberg, I. Skovdal, K. Kihlgren, M. (2003). Referrals from home care to emergency hospital care: basis for decisions. *Journal of Clinical Nursing*. 12. 28-36.
28. Kihlgren, A. (2005). *Older patients in transition- from home care towards emergency care*. Stockholm: Karolinska institutet.
29. Kovner, C. Brewer, C. Wu, Y. Cheng, Y. Suzuki, M. (2006). Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 38(1): 71-9.
30. Kramer, M. Schmalenberg, CE. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook* 51(1): 13-9.
31. Kreuger, R. Casey, M. (2000). *Focusgroups- A practical guide for applied research*. USA: Library of Congress cataloging in publication data.
32. Kvale, S. (1997)., *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

33. Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.
34. Larsson, M. Rundgren, Å. (1997). *Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
35. Larsson, M. Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
36. Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys- exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.
37. Larsson, S. (1993). *Om kvalitet i kvalitativa studier*. Nordisk pedagogik. 4, 194-211.
38. Lidskog, M. Löfmark, A. Ahlström, G. (2007). Interprofessional education on a training ward for elder people: students' conceptions of nurses, occupational therapists and social workers. *Journal of Interprofessional Care*. 21(4): 387-399.
39. Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
40. Malmsten, K. (1999). *Reflective Assent in Basic Care- A Study in Nursing Care*. Uppsala: Uppsala Universitet.
41. Malmsten, K. (2007). *Etik i basal omvårdnad...i någon annans händer*. Lund: Studentlitteratur.
42. Marton, F. Shirley, B. (2000, svensk utgåva). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
43. Marton, F. Svensson, L. (1978). *Att studera omvärldsuppfattning. Två bidrag till metodologin*. Göteborgs universitet, Rapport från Pedagogiska institutionen, nr 158.
44. Mcilfattrick, S. Sullivan, K. McKenna, H. (2006). Nursing the clinic vs. nursing the patient: nurses' experience of a day hospital chemotherapy service. *Journal Clinical Nursing* 15(9): 1170-8.
45. Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing*. Philadelphia: J.B. Lippicott Company.
46. Merton, RK. Fiske, M. Kendall, P. (1990). *The Focused Interview. A manual of Problems and Procedures*. New York: The Free Press.
47. Mrayyan, MT. (2005). *International nursing. American nurses' work autonomy on patient care unit operations*. British Journal of Nursing 14(18): 962-7.

48. Mrayyan, MT. (2006). A unit-based protocol to enhance Jordanian nurses' autonomous decision making. *Journal of Nursing Management* 14(5): 391-6.
49. Papathanassoglou, EDE. Tseroni, M. Karydaki, A. Vazaiou, G. Kassikou, J. Lavdaniti, M. (2005). Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses *Journal of Nursing Management*. 13(2): 154-64.
50. Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
51. Rooke, L. (1992). *Omvårdnad. Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Arlöv: Almqvist&Wiksell Förlag.
52. Sjöström, B. Dahlgren, LG. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 40 (3), 339-345..
53. Socialstyrelsen 1996:2. *Ädelreformen*. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen
54. Socialstyrelsen, (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
55. Socialstyrelsen, (2006). *Lagstiftning inom vården och omsorgen om äldre-Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
56. Socialstyrelsen, (2007). *Förutsättningar för öppna jämförelser: Kvalitet, funktionsförmåga och vårdtyngd inom vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
57. Socialtjänstlagen (2001:453).
58. SOSFS 1993:17. *Allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
59. SOSFS 1993:20. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om patientjournalagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
60. SOSFS 2001:17. *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2001) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

61. SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
62. Söderlund, M. (2003). Tre kvalitativa forskningsansatser med relevans för vårdvetenskap. *Vård i Norden*. 2/2003, 9-15.
63. Tunedal, U. Fagerberg, I. (2001). Sjuksköterskan inom äldreomsorgen- en utmaning. *Vård i Norden*. 2/2001, 27-32..
64. Varjus, S. Suominen, T. Leino-Kilpi, H. (2003). Autonomy among intensive care nurses in Finland. *Intensive and Critical Care Nursing* 19(1): 31-40.
65. Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
66. Willman, A. Stoltz, P. Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Författare/ titel	Tidskrift	Metod	Antal deltagare Land	Resultat
Konver C, Brewer C, Wu Y, Cheng Y, Suzuki M	Journal of Nursing Scholarship	Frågeformulär	1907 Sjuksköt 29 states in MSA	Autonomi var en variabel som mättes gällande tillfredsställelse i arbetet
Kramer M, Schmalenberg CE	Western Journal of Nursing Research	Intervjuer	279 sjuksköt	Samband finns mellan nivå av autonomi i arbetet vårdkvalitet
Mrayyan MT	British Journal of Nursing	Kommunikation i grupp elektroniskt	300 sjuksköt USA	Sjuksköt var mer autonoma i patientvården än i gemensamma processer/arbeter
Mrayyan MT	Journal of Nursing Management	Intervju/ diskussion	26 sjuksköt Jordanien på en undervisnings- avdelning	Program framtofs för att öka autonomi hos sjuksköt
Mcilpatrick S, Sullivan K, McKenna H	Journal of Clinical Nursing	Djupintervjuer	10 sjuksköt Nordirland sjukhusvård	Ssk upplevde: Positivt med en ökad känsla av autonomi Negativt att rollen som vårdare minskat
Papathanassoglou EDE, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou, Kassikou J., Lavaniti M	Journal of Nursing Management	Litteratur- studie och en expert- panel	120 respondenter från intensivvården,	Mest autonoma var ssk i tekniska sammanhang, följt av att fatta beslut. Kön och utbildn. längd påv. autonomi
Varjus S, Souminen T Leino-Kipli H	Intensive and critical care Nursing	Frågeformulär	172 sjuksköt Finland intensivvård	De flesta kände att de var mer autonoma i vården av patienten än intensivvården i stort

Bilaga 2

Bästa sjuksköterskor!

Detta är ett informationsblad gällande en kommande intervju som ingår i en studie på magisternivå.

Jag heter Eija Göransson och arbetar som sjuksköterska inom äldreomsorg i Katrineholms kommun. Jag läser vårdvetenskap på Mälardalens högskola.

Jag har varit i kontakt med er chef som givit sitt samtycke till att intervjun genomförs. Jag har bokat tid för intervjun med en av er sjuksköterskor. Jag är tacksam om det på er arbetsplats finns tre sjuksköterskor, som arbetat inom äldreomsorg i minst två år och som vill ställa upp på denna intervju som kommer att genomföras i grupp.

Studien kommer att handla om hur sjuksköterskan i äldreomsorg på särskilt boende beskriver sitt ansvarområde att utöva omvårdnad. Detta känns särskilt betydelsefullt då jag tror att mycket lidande går att lindra med hjälp av omvårdnadsåtgärder.

Intervjun kommer att ta ca 45-60 minuter. Om ni samtycker kommer intervjun att spelas in på band. Er medverkan är frivillig och alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt. Ingen kommer att kunna härleda era svar till er i resultatet.

Med Vänlig Hälsning

Eija Göransson
Leg sjuksköterska

Handledare:
Kersti Malmsten-Gedda, lektor
Institutionen för Vård- och Folkhälsovetenskap
Mälardalens högskola, Eskilstuna

Bilaga 3

Intervjufrågor:

- 1: Kan du/ni berätta vad det innebär för dig/er att ansvara för omvårdnaden?
- 2: Kan du/ni berätta för mig ett exempel ur din/er vardag då du/ni självständigt planerade för omvårdnaden?
- 3: Vilka möjligheter har du/ni att självständigt vidta omvårdnadsåtgärder för att lindra patientens lidande?
- 4: Finns det något som hindrar dig/er som sjuksköterska/or i det dagliga arbetet att ansvara för omvårdnaden?

Rapporter utgivna av FoU i Sörmland

Rapport 2006:1

Förbättrat stöd för personer med demens i eget boende

– utvärdering av utbildningsprogram för hemtjänsten i Flens kommun. *Författare: Sofia Kialt*

Rapport 2006:2

En modell för regelbunden uppföljning av äldres läkemedelsbehandling

Symtomskattning och läkemedelsgenomgångar på distans – ett pilotprojekt vid Björntorps äldreboende och demensboende i Oxelösund. *Författare: Ingrid Schmidt*

Rapport 2006:3

Dagverksamhet för demenssjuka i Vingåkers kommun.

Författare: Sara Ohlsson

Rapport 2007:1

Uppsökande verksamhet bland äldre i Eskilstuna och Strängnäs.

En projektbeskrivning. *Författare: Lisbeth Dahlberg, Eva Johansson, Anna-Maarit Tirkkonen*

Rapport 2007:2

Sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg.

En enkätstudie. *Författare: Sara Gustafsson*

Rapport 2007:3

Specifik omvårdnad för personer med beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) – en utvärdering av ett tvåårigt utvecklingsprojekt.

Författare: Siw Hansson

Rapport 2008:1

Gå utbildning är en sak, men vad händer sedan i den praktiska yrkesvardagen?

Vårdpersonalens uppfattning av lärandet och tillämpning av kunskaper efter fortbildning

Författare: Annika Sjöberg

Rapport 2008:2

Sjuksköterskans autonoma legitimeringsgrundande funktion utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden

– en beskrivning av hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattar den. *Författare: Eija Göransson*

Projektredovisningar utgivna av FoU i Sörmland

Projektredovisning 2006:1

Utveckling av särskilt boende för äldre personer med specifik problematik i sin demenssjukdom.

Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdomar BPSD. *Författare: Siw Hansson, Lena Nordin*

Projektredovisning 2006:2

Fallpreventivt arbete inom särskilt boende i Eskilstuna.

Utveckling av en modell. *Författare: Åsa Eriksson*

Projektredovisning 2006:3

Social dokumentation.

Redovisning av ett utvecklingsprojekt i Vingåker. *Författare: Lisbeth Dahlqvist, Rose-Marie Larsson*

Projektredovisning 2006:4

Kultur i vården.

Redovisning av ett utvecklingsarbete inom utvecklad hemtjänst. *Författare: Monica Nordrup*

Projektredovisning 2007:1

Taktil Stimulans – Beröring som lugnar.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla. *Författare: Annika Magnusson*

Projektredovisning 2007:2

Vardagsrehabilitering i eget ordinärt boende.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla. *Författare: Susanne Bergerot*

Projektredovisning 2007:3

Äldre och Läkemedel. Samverkansprojekt Hemtjänsten – Primärvård – Apotek i Flen och Katrineholm.

Författare: Inger Ljungholm och Ann-Katrine Trybom

Projektredovisning 2007:4

Äldre och Läkemedel.

Modell för kvalitetsanalys Oxelösund 2006. *Författare: Ingela Mindemark*

Rapporter och projektredovisningar finns på www.fou.sormland.se

FoU i Sörmland

FoU i Sörmland är en verksamhet som drivs av kommunerna och landstinget i Sörmland genom Regionförbundet Sörmland.

Vi vill stödja och stimulera anställda att ta initiativ till olika former av forsknings- och utvecklingsarbeten. FoU i Sörmland vill särskilt uppmuntra till forsknings- och utvecklingsarbeten som handlar om samverkan mellan huvudmän och personalgrupper, om kvalitetsfrågor och om inflytande i vården och omsorgen för äldre och vuxna med funktionsnedsättning.

FoU i Sörmland arbetar utifrån verksamhetsidén med en fyrdelad FoU-strategi:

- Att skapa möjligheter för olika former av kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Att tillhandahålla handledning och ge metodstöd
- Att ge ekonomiskt stöd till forsknings- och utvecklingsarbeten
- Att ta initiativ till länsgemensamma FoU-projekt

FoU i Sörmland är lokaliserat i Mälardalens Högskola



FoU i Sörmland
Mälardalens Högskola, Box 325, 631 05 Eskilstuna
Besöksadress: Drottninggatan 16A, plan 4
Telefon: 016-15 51 22
e-post: info@fou.sormland.se