

Begränsningsåtgärder

Personalens upplevelser kring tvång eller skydd i äldreomsorgen

Anna-Liisa Suvanto

Rapporter / Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2003:5
ISSN 1401-5129

Förord

Vid en studie Stockholms stad genomförde under senare hälften av 1990-talet med det s.k. RAI-instrumentet konstaterades att användandet av olika former av begränsningsåtgärder var omfattande vid en del av stadens äldreboenden. Äldrecentrum fick därför uppdrag från stadens äldreomsorgsberedning att närmare studera denna fråga. En första studie genomfördes i samarbete med Sophiahemmets sjuksköterskehögskola. Resultaten från denna studie har rapporterats i Äldrecentrumrapport 2001:10 (Bettina Meinow, Användning av fysiska begränsningsåtgärder inom särskilda boendeformer i Stockholms län – tvång eller skydd?). I den studien, som bedrevs på 40 boendeenheter på sjukhem/motsvarande i länet fann vi ingen för vilken den insatta åtgärden egentligen var begränsande – den boende var redan så begränsad pga. sina funktionshinder. Insatsen berodde oftast på att den äldre pga. demenssjukdom inte kom ihåg detta, utan riskerade att resa sig och skada sig genom fall. Det var dock stora skillnader mellan olika äldreboenden i andel som hade begränsningsåtgärder, vilket antyder att riskerna med fall kan lösas på olika sätt. Vidare konstaterades, vilket stämmer med liknande studier i Umeå, att personalen hade relativt liten kunskap om gällande lagstiftning och föreskrifter från Socialstyrelsen.

Vilka etiska ställningstaganden gjorde personalen i samband med att man satte ett brickbord på rullstolen för att hindra den äldre mannen att resa sig, eller då man drog upp sänggrindarna på kvällen så att den gamla damen inte skulle kunna ta sig själv ur sängen? Det var en av de frågeställningar Äldrecentrum önskade gå vidare med.

Detta blev möjligt tack vara sjuksköterskan, universitetsadjunkt Anna-Liisa Suvantos val av ämne för sin magisteruppsats vid Lärarhögskolan i Stockholm. Syftet med hennes studie är att belysa hur personalen inom äldreomsorgen tänker och resonerar kring sitt arbete med vårdtagare som är föremål för fysiska begränsningsåtgärder och att beskriva de etiska frågeställningar och utmaningar som användningen av fysiska begränsningsåtgärder medför. Denna rapport är en något förkortad version av magisteruppsatsen.

Stockholm 2003-09-24

Sven Erik Wånell
direktör

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	6
Syfte	7
BAKGRUND	8
Juridiska aspekter på fysiska begränsningsåtgärder	8
Etiska aspekter på fysiska begränsningsåtgärder	9
Forskning avseende begränsningsåtgärder, tvång och vård	10
<i>Svenska studier</i>	<i>10</i>
<i>Internationella studier</i>	<i>11</i>
Bakgrund om undersökningsområdet	11
<i>Verksamheterna</i>	<i>11</i>
<i>Riktlinjer och policy avseende fysiska begränsningsåtgärder</i>	<i>11</i>
Studiens uppläggning	12
RESULTAT	14
Tema säkerhet	14
<i>När sätts begränsningsåtgärder in?</i>	<i>14</i>
<i>Beslutsprocessen</i>	<i>15</i>
Tema etiska ställningstaganden	16
<i>Förebygga och minska skada</i>	<i>16</i>
<i>Bejakande av boendes autonomi</i>	<i>17</i>
Tema utsatthet	18
<i>Känsla av otillräcklighet</i>	<i>18</i>
<i>När tid och stöd saknas</i>	<i>19</i>

DISKUSSION KRING RESULTATEN	21
Tema säkerhet	21
Tema etiska ställningstaganden	21
Tema utsatthet	22
Avslutande diskussion om utsatthet och etik	23
BILAGOR	25
Bilaga 1; Bakgrundsinformation	25
Bilaga 2, Intervjuguide	27
Bilaga 3; Introduktionsbrev	28
Bilaga 4; Metod	29
<i>Rekrytering och genomförande</i>	29
REFERENSER	31
<i>Offentligt tryck</i>	32

Sammanfattning

Denna rapport handlar om hur personalen inom äldreomsorgen hanterar fysiska begränsningsåtgärder i sitt dagliga arbete med personer med demenssjukdom boende i särskilda boendeformer. Dessa åtgärder innebär att man genom t.ex. bälte, sele eller brickbord förhindrar den äldre att röra sig fritt. Även sänggrind räknas till begränsningsåtgärder.

Den rättsliga regleringen för fysiska begränsningsåtgärder i äldreomsorgen är en förordning utfärdad av Socialstyrelsen som reglerar användandet av fysiska begränsningsåtgärder. Utformningen är sådan att den egentligen förbjuder begränsningsåtgärder om det inte är i syfte att aktivera en svag patient t ex möjliggöra sittande i rullstol med hjälp av grenbälte.

När god vård och bemötande diskuteras inom vården menas ofta att vården ska präglas av ett respektfullt förhållningssätt gentemot patienten. Personalen ska vara medveten om de etiska koder och riktlinjer som finns. Begrepp som patientens autonomi och integritet lyfts fram som centrala begrepp i lagtexter som hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Dessa begrepp definieras inte av lagstiftaren utan det förutsätts att individen – personalen – ska förstå dess innebörd för att kunna uppfylla kraven på vad ett gott omhändertagande är.

Studien genomfördes på två äldreboenden i samma område i Stockholms län, en kommunalt driven, en entreprenaddriven. Fokusgrupper hölls med olika personalgrupper, gruppssamtalen skedde på resp. arbetsplats och bandades. Deltagandet i samtalen var frivilligt.

Det mest genomgående temat i studien är personalens relaterande av säkerhet i förhållande till fysiska begränsningsåtgärder. Det visar inte minst den medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) och deras eget val att benämna begränsningsåtgärder som skyddsåtgärder. Begreppet säkerhet inbegriper såväl att skydda som att förebygga skada. Personalen talade med eftertryck om de allvarliga konsekvenser de fruktade skulle inträffa om man inte med hjälp av t ex sele hindrade en svag patient från att gå. Samtidigt upplevde personalen stor osäkerhet för vilka risker man kan tillåtas att ta innan begränsningsåtgärder måste sättas in.

Personalen ställs inför svåra överväganden i varje situation där den äldre eller boende inte själv förstår eller vill begränsas i sin rörelsefrihet. Personalen upplever det svårt när den boende glömmer varför de t ex inte längre kan gå själva. Det är tydligt när demenssjukdomen tar över och ”lämnar personalen utanför” den äldres värld. Att göra gott genom att skydda blir då dominerande.

I de fall den äldre ändå kunde visa sin vilja och där personalen bedömde att begränsningsåtgärder skulle innebära en större kränkning av integriteten än risk för fall bejakades den äldres vilja. Ibland kunde man aldrig nå det optimala utan det blev nödvändigt att göra avkall på någon av principerna. Vilken princip som skulle få träda tillbaka var i relation till hur väl den äldre kunde uttrycka sig och hur väl personalen kunde läsa av den äldre. Personalen beskrev en känsla av lättnad när man kunde bejaka den äldres frihetslängtan, när denne kunde uttrycka

sin vilja och hävda sig och när de samtidigt kunde svara upp med ett alternativ till begränsningsåtgärderna.

De etiska övervägandena var en levande och påtaglig del av personalens vardag. För personalen var dock den största synden underlåtenhet, dvs. att inte göra något alls.

I tidigare studier har påtalats att personalen saknade kunskap om reglerna kring användandet av begränsningsåtgärder och att rutinerna var bristfälliga. Dessa förhållanden styrks inte i denna studie vilket kan förklaras med det kvalitets- och utvecklingsarbete som hade påbörjats av ansvarig MAS.

När det gäller det etiska dilemmat i avvägningen mellan den boendes autonomi och fysisk begränsning så minskades detta inte genom riktlinjer och kunskap. Personalen uttryckte att det handlade om en individuell bedömning och att det var en bedömning och avvägning som måste göras om och om igen. Upplevelsen var att det ställdes krav från alla håll, ibland också av motstridig karaktär, utan att man fick något stöd. De uppfattade ibland att hur man än gjorde var det fel. Kontakten med chefer eller andra högre upp i hierarkin kunde upplevas som bestraffande.

Det är viktigt att personal som hanterar tvång och begränsningsåtgärder ges möjlighet att tala med varandra och patienterna samt reflektera tillsammans över detta. Inom psykiatri är handledning att betrakta som ett stöd och forum för just sådana frågor. På de båda arbetsplatserna var dock handledning inte något naturligt. Det kommenterades bl.a. med att det var som att bli nedkallad till chefen först när det gått alldeles för långt. Även riktlinjer och uppföljningar av t ex fall uppfattades ibland som en negativ kontroll av hur personalen skött sig. Att personalen har en uppfattning om handledning som något repressivt som sätts in först när det är problem tyder på brister i arbetsledning och struktur. Det kan också ha sin grund i att fysiska begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen saknar lagreglering och kanske därför betraktas som något som inte borde finnas. Det är möjligt att en metodutveckling avseende användandet och stödet till personalen därigenom förhindras. Det som egentligen inte får finnas kan vara svårt att prata öppet om och lämnar individen ensam.

Bristen på tid, både för de boende och för egen reflektion, var frustrerande då personalen ansåg att en viss oro hos den boende kunde minskas om man t ex hade mer tid att sitta ner eller gå promenad tillsammans.

Vid användandet av fysiska begränsningsåtgärder verkar det handla om en smal gräns mellan omsorg och en kränkning av den enskilda vilket ställer stora krav på personalen. Det är viktigt att påpeka att det för den skull inte behöver handla om ett ont uppsåt hos personalen. Enligt min mening kan en personalgrupp som upplever utsatthet och skuld över att inte kunna utföra sitt arbete på ett sätt som de önskar samt brist på stöd försättas i en situation där risk för kränkningar ökar.

Inledning

Denna rapport handlar om hur personalen inom äldreomsorgen hanterar fysiska begränsningsåtgärder i sitt dagliga arbete med personer med demenssjukdom boende i särskilda boendeformer. Dessa åtgärder innebär att man genom t.ex. bälte, sele eller brickbord förhindrar den äldre att röra sig fritt. Även sänggrind räknas till begränsningsåtgärder.

Mitt intresse för vårdpersonalens tankar och strategier vid användandet av fysiska begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen har sin grund i mina erfarenheter som sjuksköterska inom den psykiatriska vården. Jag har då vid otaliga tillfällen varit delaktig i att begränsa patienters frihet p.g.a. att den psykiska sjukdomen tagit sig sådana uttryck att de varit en risk för sig själva eller andra. I den psykiatriska vården har jag som personal använt mig av de möjligheter som lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) gett mig. Det har konkret handlat om att hindra patienter från att lämna vårdenheten, hålla fast en fysiskt orolig patient med eller utan hjälp av bälten. Det har också handlat om att medicinera patienter emot deras uttryckliga vilja. Arbetet inom den psykiatriska vården, liksom i all vård, domineras självklart av ett samarbete mellan patient och vårdare där patientens självbestämmande är en självklarhet. Men tvångsåtgärder förekommer och då som ett led i att ge skydd och trygghet för både patienten och omgivningen.

Det är stora skillnader mellan akutpsykiatrisk vård och vård av demenssjuka men det finns enligt min mening ändå vissa grundläggande likheter och frågeställningar. Dessa likheter handlar inte minst om att inneha rollen som brobyggare eller tolk mellan patienten/vårdtagaren och omgivningen. En tvångsvårdad patient som p.g.a. exempelvis akut psykos förlorat uppfattningen om verkligheten och en demenssjuk person som tappat förmågan att ta hand om sig själv är båda exempel på människor med nedsatt autonomi. De är därmed ytterst beroende av vårdpersonalens kompetens och empati. I båda dessa fall kan det dessutom krävas insatser som patienten/vårdtagaren saknar förmåga att ge sitt samtycke till men som måste vidtas för att inte allvarlig skada ska uppstå.

Inom den psykiatriska vården är medvetenheten och rutinerna kring tvångsåtgärder tämligen väl etablerade. Dessutom är handledning på de flesta psykiatriska enheter vedertagen och till och med obligatorisk. Det finns också en tydlig lagstiftning som reglerar begränsningsåtgärderna och garanterar patientens rätts-säkerhet. Det är en grund som kan ge ökad trygghet för både personal och patienter samt medger metodutveckling.

Inom äldreomsorgen saknas det en laglig grund för de fysiska begränsningsåtgärderna och det innebär att trots de förordningar som Socialstyrelsen utfärdat så finns det en osäkerhet om hur fysiska begränsningsåtgärder ska användas. De äldres rättssäkerhet är därmed inte heller garanterad.

Handledning är dessutom mer ett undantag än en regel. Sammantaget har dessa förhållanden, med en likartad situation i relation till patienten/vårdtagaren men med skilda förutsättningar, väckt mitt intresse för vilka erfarenheter personalen i äldreomsorgen har av användandet av fysiska begränsningsåtgärder.

Ur ett allmänt perspektiv är fysiska begränsningsåtgärder också intressanta om de ställs i förhållande till utvecklingen inom äldreomsorgen de senaste tio åren. Äldreomsorgen har präglats av en utveckling där patienten blir en medborgare, kunskapen om vård och omsorg ökar samtidigt som de ekonomiska och personella resurserna minskar. Detta tillsammans med en ökad medvetenhet och tydligare krav från anhöriga och allmänheten i stort blir äldreomsorgen ett intressant forskningsfält för studier.

Fysiska begränsningsåtgärder är ett konkret område där detta åskådliggörs. Det finns en ökad kunskap om demenssjukdomar, en alltmer informerad och krävande allmänhet, en otydlig lagstiftning och minskade ekonomiska resurser. Fysiska begränsningsåtgärder väcker reaktioner, vilket bl. a. visas i en artikel i Dagens Nyheter söndagen den 29 september 2002 där rubriken är "Binda gamla kan bli lagligt". Artikeln handlar om den grupp som regeringen tillsatt i syfte att diskutera tvångsåtgärder inom äldreomsorg och hur dessa ska regleras.

Mot denna bakgrund ställer denna uppsats frågor om hur personalen hanterar fysiska begränsningsåtgärder.

Syfte

Syftet med studien är att belysa hur personalen inom äldreomsorgen tänker och resonerar kring sitt arbete med vårdtagare som är föremål för fysiska begränsningsåtgärder och att beskriva de etiska frågeställningar och utmaningar som användningen av fysiska begränsningsåtgärder medför.

Bakgrund

Juridiska aspekter på fysiska begränsningsåtgärder

Den juridiska grunden för att förstå vad som ursprungligen styr över möjligheten eller rättigheten att begränsa en människa hämtas ur regeringsformen (RF 1988: 1444) som reglerar de grundläggande bestämmelserna om människans rätt till kroppslig integritet. Alla människor är enligt regeringsformen skyddade från påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövande. Det fordras ett lagstöd för frihetsberövande eller ett kroppsligt ingrepp ska få utföras.

När det gäller fysiska begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen saknas det ett egentligt lagstöd vilket det t ex finns när handlar om psykisk sjukdom eller missbruk. Den rättsliga regleringen som finns för fysiska begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen är en förordning utfärdad av Socialstyrelsen. Utformningen är sådan att den egentligen förbjuder begränsningsåtgärder om det inte är i syfte att aktivera en svag patient t ex möjliggöra sittande i rullstol med hjälp av grenbälte.

Enligt Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980: 87) framgår att:

1. Sängsele, sängväst eller liknande fixeringsanordning får inte användas för att hålla kvar patient i sängen.
2. För patient som sitter uppe får sele eller liknande anordning inte användas annat än efter läkarordination för att hindra svag patient från att falla och därigenom komma till skada. Anordningar av detta slag får endast användas för att möjliggöra aktivering av patient och således inte för att t ex fasthålla en orolig patient.
3. Manschetter eller andra anordningar som syftar till att fixera patients extremiteter, får inte användas annat än efter läkarordination för att möjliggöra behandling som kräver immobilisering av kroppsdel.

I denna kungörelse finns inte möjligheten att låsa dörrar eller använda sig av mediciner som en begränsande åtgärd.

I de uppföljningar som Socialstyrelsen har gjort tillsammans med ett antal länsstyrelser visas att de begränsningar som oftast kommer ifråga när det gäller personer i den kommunala omsorgen är låsning av boendeenheten och fysiska begränsningsåtgärder såsom skyddsbalten i rullstol, sänggrindar och fåtöljbord. De senare tillämpas oftast i samband med fallrisk.

Socialstyrelsen genomförde 1999 en större studie inom ramen för äldreuppdraget om skyddsåtgärder inom äldreomsorgen. Där konstaterades det också att lagregleringen var otillräcklig, att skyddsåtgärder ibland användes på ett sådant sätt att det stred mot lagen och att det fanns brister i personalens kompetens om regelverket och användandet av skyddsåtgärder.

Den otydliga lagregleringen av fysiska begränsningsåtgärder har inte åtgärdats. Det som saknas är en lagstiftning som garanterar rättssäkerheten för den äldre såsom möjlighet att överklaga och få sin sak prövad samt ett förtydligande som

skulle motsvara de behov som finns av att samtidigt kunna garantera de äldres säkerhet utan att åsidosätta deras autonomi.

Etiska aspekter på fysiska begränsningsåtgärder

När god vård och bemötande diskuteras inom vården menas ofta att vården ska präglas av ett respektfullt förhållningssätt gentemot patienten. Personalen ska vara medveten om de etiska koder och riktlinjer som finns. Begrepp som patientens autonomi och integritet lyfts fram som centrala begrepp i lagtexter som hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Dessa begrepp definieras inte av lagstiftaren utan det förutsätts att individen – personalen – ska förstå dess innebörd för att kunna uppfylla kraven på vad ett gott omhändertagande är.

I ett arbete med svårt sjuka äldre uppstår etiska frågeställningar i samband med att patientens egen kroppsliga och/eller mentala förmåga att bedöma sin kapacitet att t ex röra sig kan vara allvarligt nedsatt. Personalen kan tvingas ta beslut som strider mot patientens uttryckta vilja att få röra sig. Detta görs då i syfte att skydda patienten från att ramla och göra sig illa.

Det etiska dilemmat i användning av fysiska begränsningsåtgärder kan ses utifrån den normativa etikens frågeställningar. Vad är en rätt handling? Varför valde vi att handla på ett visst sätt i en konkret situation? Hur motiverar vi våra ställningstaganden?

Man kan se två huvudinriktningar i den normativa etiken - konsekvensetik och pliktetik - som ser olika på människans moraliska skyldigheter. Utilitaristiska teorier som är en form av konsekvensetik betonar människans skyldighet att maximera summan av nytta. Pliktetiken däremot ger riktlinjer för vilka skyldigheter vi har oavsett vilka konsekvenser våra handlingar får. (Liss, 2001)

Den tyske filosofen Immanuel Kant som haft stort inflytande på det moderna tänkandet formulerade på 1700-talet den kanske mest kända pliktetiska principen, det s k kategoriska imperativet. Det betyder att varje människa handlar moraliskt rätt genom att göra det som hon önskar att även alla andra människor gjorde. På det här sättet skulle handlingen bli till en allmän lag för det moraliska handlandet. Han betonade också att man bör behandla en människa som mål i sig och inte enbart som medel i våra egna syften. (ibid.)

Det finns dock situationer när olika typer av skyldigheter kommer i konflikt med varandra. W. D. Ross har omformulerat den normativa etikens grundteser och föreslagit en kompromiss mellan konsekvensetik och pliktetik. Ross benämner fyra etiska principer: autonomi, icke skada, göra gott och rättvisa som prima facie principer (prima facie i betydelsen ”som utgångspunkt”). (Beauchamp & Childress, 2001)

När vi ställs inför moraliska valsituationer i samband med att det uppstår en konflikt mellan olika plikter är det en av plikterna som tar överhanden. Denna plikt kallar Ross för faktisk plikt (actual obligation) och det är den skyldighet som tar överhanden när två eller flera skyldigheter är i konflikt med varandra. Detta

betyder att man i vissa fall får frångå de skyldigheter som de fyra prima facie principerna föreskriver – utan att för den delen handla oetiskt. (ibid.)

Autonomiprincipen, d v s att vi är skyldiga att respektera andra människors rätt att bestämma över sitt liv och sin kropp, är direkt hotad på demensboenden där det redan har gjorts (ofta i samråd med anhöriga) en bedömning att personen i fråga inte längre är kapabel att råda över sitt eget liv.

Det är personalen tillsammans med anhöriga som i mångt och mycket får ansvaret att vikariera för boendes bristande autonomi och se till hans/hennes bästa (se Bischofberger, 1990).

I detta sammanhang kan man även prata om ett paternalistiskt förhållningssätt mot den äldre. Med paternalism menas att vi med en handling visar omsorg för en annan människa och utför denna handling utan personens informerade samtycke. Man kan därmed konstatera att en paternalistisk handling innebär alltid ett etiskt risktagande. Det finns en risk för övergrepp på grund av ”att man tar över” och förbigår individens självbestämmanderätt. En handling är däremot inte alltid oetisk bara för att man inte bejakar den äldres autonomi fullt ut. När det gäller en paternalistisk handling är detta synnerligen giltigt eftersom den alltid har en god avsikt. (Nikku, 1997)

Den goda avsikten döljer dock en konflikt mellan två skyldigheter. Det är dels skyldigheten att göra gott genom att förebygga och minska skada och dels skyldigheten att visa respekt för människors självbestämmanderätt. (Liss, 2001)

När det gäller fysiska begränsningsåtgärder och dementa är frågan hur personalen tänker och resonerar kring dessa frågor. De dementas kroppsliga och mentala förmåga att bedöma sin kapacitet att röra sig är nedsatt samtidigt som det ofta är omöjligt för personalen att inhämta informerat samtycke för åtgärder med syfte att t ex begränsa fallskador.

Forskning avseende begränsningsåtgärder, tvång och vård

Det finns ett flertal studier, både nationella och internationella, som undersökt användandet och attityderna till användandet av fysiska begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen och psykiatrin.

Svenska studier

Socialstyrelsen genomförde 1999 en uppföljning och kartläggning av skyddsåtgärder inom äldreomsorgen inom ramen för äldreuppdraget. Sammanfattningen som Socialstyrelsen då gjorde visade bl.a. att skyddsåtgärder ibland användes på ett sätt som lagen inte medgav. Det konstaterades också att kunskaper saknades hos personalen om regelverket. Det var vanligt att del av eller hela enheter låstes så att de boende inte kunde ta sig ut själva.

Flera svenska studier pekar på att det finns kunskapsbrister hos personalen om hur och när begränsningsåtgärder ska användas. Socialstyrelsen tar upp i sin uppföljning att begränsningsåtgärder t o m används felaktigt och att den lag som

är tillämplig inte efterlevs samtidigt som de konstaterar att det finns brister i nuvarande lagstiftning.

Kritiken mot begreppet ”begränsningsåtgärder” motiveras med att de boende redan var starkt begränsade på grund av sitt stora vårdbehov, ”begränsningsåtgärden” begränsade inte, utan avsikten var att hjälpa eller skydda. I Socialstyrelsens slutrapport föreslås i stället att ett mer adekvat begrepp vore skyddsåtgärd eller hjälpmedel. (ibid.)

Internationella studier

Flera internationella studier visar på en koppling mellan fallrisk och fysiska begränsningsåtgärder. Personal motiverar insättandet med att de har en skyldighet att skydda patienten eller den äldre. Det är också genomgående att personalen upplever ett obehag eller olust över att använda begränsningsåtgärder samtidigt som man ansåg att det inte alltid var negativt eftersom det också uppfattades som skydds- och hjälpåtgärder för patientens eller den äldres bästa.

En studie av Hantikainen och Kappeli (2000) avviker i viss mån från de övriga. Personalen lyfter fram beteendestörningar och det egna behovet av skydd mot t ex aggressioner som motiv för användandet av begränsningsåtgärder.

Bakgrund om undersökningsområdet

Verksamheterna

De båda äldreboenden som deltog i studien är belägna inom Stockholms län. Det ena boendet drevs i kommunal regi och det andra drevs på entreprenad. Båda enheterna var traditionella äldreboende med boende som hade en demenssjukdom samt stora omvårdnadsbehov. De ligger inom samma område vilket medförde att det var samma MAS som ansvarade för riktlinjer och policys. I det entreprenad-drivna boendet fanns även en ”internmas”.

Riktlinjer och policy avseende fysiska begränsningsåtgärder

De två relativt nyanställda medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i det område där denna studie genomfördes hade som ett första projekt att ta fram riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården. En av de punkter som medicinskt ansvariga sjuksköterskorna utfärdade riktlinjer för, utifrån gällande lagstiftning, var fysiska begränsningsåtgärder. Fysiska begränsningsåtgärder rubricerades som skydds- eller säkerhetsåtgärder i den pärm som skulle finnas på varje enhet och i denna pärm skulle det finnas riktlinjer och lagar. Vid insättandet av begränsningsåtgärder krävdes det – utöver läkarordination - också att rehabpersonalen instruerade personalen i användandet samt att det skulle vara individuellt utformade åtgärder. Innan denna studie startade hade medicinskt ansvariga sjuksköterskorna påbörjat att förankra innehållet i pärmarna på enheterna inom äldreomsorgen. De hade talat med såväl verksamhetschefer, sjuksköterskor som omvårdnadspersonal.

På båda enheterna där studien genomfördes fanns rutiner för när och varför fysiska begränsningsåtgärder kunde användas samt vem som ansvarar för ordinationen, dokumentation o s v för användandet av begränsningsåtgärderna.

Studiens uppläggning

Urvalet av de äldreboenden som skulle delta i studien genomfördes i samarbete med Stockholms läns Äldrecentrum som gav ett antal förslag. Av dessa valde jag två äldreboenden – ett kommunalt och ett entreprenaddrivet.

I syfte att få hela den organisatoriska och strukturella situation omkring de fysiska begränsningsåtgärderna belysta valde jag att hämta bakgrundsfakta om de båda boendeenheter via enkäter som skickades till verksamhetscheferna. (bilaga 1)

Samtalen med medicinskt ansvariga sjuksköterskor och läkare genomfördes av författaren i samma syfte. Respektive vårdchef/verksamhetsansvarig sjuksköterska fungerade som kontaktperson och informerade personalen om studien på ett personalmöte samt var behjälplig i de praktiska förberedelserna. Efter att ha fått namnlistor på den personal som var anställd i respektive boende lottades deltagarna. Personalen som lottats ut fick information via brev om studien och dess syfte.

Fokusgrupperna genomfördes under februari och mars månad 2002. Grupperna samlades i ett grupprum respektive konferensrum på enheterna under personalens arbetstid.

Arbetsledarna hade gjort justeringar i schemat för att underlätta för alla gruppmedlemmar att vara med. Sessionerna inleddes med kaffe och förberedande samtal då författaren hämtade undersökningspersonernas informerade samtycke till studien. Gruppdeltagarna blev informerade om att det var frivilligt att delta, att deras identitet inte kommer att röjas samt att all information som kommer upp under gruppdiskussionerna behandlas konfidentiellt.

Antalet fokusgrupper har varit fyra stycken och sammanlagt 15 personer deltog i grupp-sessionerna. Två grupper, båda med 5 deltagare, bestod av sjukvårdsbiträden och undersköterskor. En grupp hade tre deltagare med två sjuksköterskor och en rehabpersonal. Fjärde sessionen hade lägsta antalet deltagare, två personer. Den enda ordinarie sjuksköterskan som tjänstgjorde vid sessionstillfället och som var kallad till intervjun uteblev dock på grund av sjukdom. Man kan diskutera om två personer kan bilda en fokusgrupp men enligt min mening var det motiverat att genomföra intervjun på grund av att det var en intervju med det lilla rehabteamet som hade hand om det aktuella boendet.

Som moderator ledde författaren samtalen och skötte bandspelaren utan bisittare eller observatör. En frågeguide utgjorde grunden för sessionen och var likadan för samtliga grupper. Frågorna var öppna och halvstrukturerade. De ställdes enligt en förutbestämd frågeguide. (se bilaga 2)

Sessionerna hade en samtalsform där författaren som moderator försökte hålla sig i bakgrunden och låta gruppmedlemmarna resonera med varandra. För det mesta klarade fokusgrupperna av sin uppgift mycket bra och samtalade fritt med varandra. Ibland fick moderator dock gå in och ställa klargörande frågor eller hålla igång en grupp som hade svårt att få samtalet att flyta.

Fokus under sessionerna var användningen av fysiska begränsningsåtgärder, när de används och av vilka anledningar de används. Personalen tillfrågades också när de tyckte man får respektive inte får använda en begränsningsåtgärd.

Resultat

Tema säkerhet

När sätts begränsningsåtgärder in?

Det finns en koppling mellan insättandet av begränsningsåtgärder och fallrisk i mitt material. Personalen ser fysiska begränsningsåtgärder dels som en arbetsmetod för att skydda de boende från att skada sig, dels som ett hjälpmedel för att möjliggöra att den svaga kan sitta uppe. Istället för att använda begreppet fysisk begränsningsåtgärd kallar personalen det för hjälpmedel eller skyddsåtgärder.

De händelser som anges vara orsaken till att de äldre ramlar och som leder till att fysiska begränsningsåtgärder börjar diskuteras är när den äldre fallit upprepade gånger eller om fallen och situationerna kring fallen upplevs som mycket riskfyllda. I diskussionen om fallrisken för den äldre framgår det att begränsningsåtgärder inte är en insats som sätts in utan reflektion.

Man ser ju förändringarna i efterhand att de blir sämre att de blir stappligare och oftast ser vi att det är nånting på gång innan det händer. Sen samtidigt är det inte lätt för en uppegående att direkt sätta in nånting förrän det faktiskt händer nånting, de har ju väldigt starka egna viljor.

Det ska ha hänt en hel del saker, det må vara något speciellt för att de får en sån ordination överhuvudtaget så oftast så ska det nästan ha hänt nånting riktigt ordentligt innan man sätter in någon form av hjälpmedel överhuvudtaget.

De fall och incidenter som personalen berättar om är ofta ganska dramatiska och kan kopplas till gemensamma upplevelser och minnen. När en händelse beskrivs är det flera som faller in och understryker situationens allvar.

När hon kom till oss gick hon väldigt dåligt med rullator. Hon var förvirrad, dement – hade ont i knä, gick från stol till stol, väldigt ostadigt. Sen ramlade hon flera gånger och bröt vänster handled och det var verkligen illa därnär.

En del av fallen relateras inte enbart till den äldres demenssjukdom utan också till olika läkemedel.

Fallriskbedömning görs på varenda en. Vi har sån blankett och där står det om de står på laxeringsmedel, lugnande medel. Sedan är det urindrivande, saker som påverkar...

Bland annat är det ju t ex att de är så svaga så att de inte kan stå och gå själva men att de inte kommer ihåg det. De reser sig och vill komma iväg någonstans. Det är en stor del.

Man säger att personen har dålig balans. Det är en stor grupp. Det kan bero på massa olika saker. Allt från rädsla, svaghet och till och med yrsel och såna saker. Så att det är ju många saker som påverkar.

Personalen diskuterar också andra åtgärder för att förhindra fallen t ex halksockor, larmmatta och andra skor. Fallriskbedömning verkar enligt mitt material vara en etablerad metod som är känd av personalen. Man anser också att fallrisken minskar när den äldre mår bra och känner sig trygg.

Man kan aldrig eliminera fallrisken helt men man kan säga så att fallrisken minskar om personen mår bättre ... när man inte behöver leta efter nånting som kanske inte finns och när man inte behöver resa sig upp utan anledning.

Beslutsprocessen

Från att ett fall eller flera fall ska leda till en fysisk begränsningsåtgärd är det en process som berör flera yrkeskategorier. Det är omvårdnadspersonalen – som står närmast den äldre – som påkallar sjuksköterskans uppmärksamhet. Därefter kan läkaren involveras om det krävs en ordination.

Utifrån de intervjuer som jag gjort med ansvariga läkare verkar det som att läkarens roll är en formalitet. Läkarna själva uttrycker det som att man litar på vad personalen berättar. Personalen på enheten är de som tar initiativ till förslag om fysiska begränsningsåtgärder. Läkarens erfarenhet var att det var först i mycket välmotiverade fall som man föreslog begränsningsåtgärder.

Det är personalen som ser hur den boende fungerar och vilka risker som finns enligt ansvarig läkare. Läkaren litar på personalens bedömning. I vissa fall ansåg läkaren att det skulle vara bra om det fanns en möjlighet att ordinera begränsningsåtgärder som en ”vid behovs ordination”. Det skulle möjliggöra en situationsanpassning. Så är fallet t ex vid användandet av sänggrindar. Beslut om begränsningsåtgärder omprövades och enligt läkarna var det inte ovanligt att man satte ut en begränsningsåtgärd när den äldre blivit starkare och mera stabil.

Det egentliga beslutet ligger därför hos personalen.

Rörligheten är så dålig så att man kan bara ett eller två steg och då rasar man på golvet på en gång. Där tycker jag att jag kan inte acceptera att människan bara reser sig och sen ramlar på golvet på en gång. Då tycker jag att jag måste göra nånting eller gå till läkaren och säga att så här kan vi inte ha det.

Personalen uttrycker att det oftast går snabbt från det att de informerar sjuksköterskan att den äldre ramlar tills att han/hon vidtar åtgärd. Det betyder inte att det alltid leder till en fysisk begränsningsåtgärd utan beslutet kan lika väl vara att man avvaktar. I en av intervjuerna sägs det dock att man får tjata livet ur sig innan sjuksköterskan ens kommer och tittar. Jag kan utifrån den rådande situationen på ett av boendena koppla det till att man vid intervjutillfället hade brist på ordinarie sjuksköterskor.

Den bedömning och de insatser som beslutas dokumenteras och finns tillgänglig för all personal.

De gör den där fallriskbedömningen för det är ett och två och vad de håller på med men det är inte vi inblandade i. De är duktiga på det. De sätter det i pärmarna så vi ser var det finns fallrisk.

Personalen beskrev nästan uteslutande situationer som var knutna till fallrisk när begränsningsåtgärder används med ett undantag. I det fallet handlade det om en patient som var mycket orolig i samband med måltiderna. Patienten kunde inte koncentrera sig och därför inte heller äta. Läkaren hade därför ordinerat ett bälte att använda i samband med måltiden. Om förordningens intentioner ska följas ställs här frågan om denna situation ryms inom ramen för att möjliggöra att en svag patient kan vara uppe. Detta exempel kan tydliggöra problematiken med att lagen inte svarar mot det etiska behovet att skydda och hjälpa.

Hon blev så orolig vid måltider. Hon bara gick upp och rörde i andras mat och ska in i matvagnen och diskmaskinen så att hon fått bälte vid måltider. Nu sätter man på det när man börjar äta och tar bort det när hon ätit färdigt.

Tema etiska ställningstaganden

Förebygga och minska skada

Personalen är medveten om att kravet på att förebygga och minska skada ibland går ut över den äldres frihet. Det är tydligt att rädda liv och förhindra fysisk skada är starkt bärande motiv. I en beskrivning av de konkreta situationer som uppstår uttrycks det som att "det går inte annars".

Det är en medveten handling som personalen utför och avvägningen är att i första hand skydda. I diskussionerna avspeglas att personalen ser att ett fall kan i sin förlängning innebära att den äldre blir sämre och får komplikationer. Det beskrivs t o m som att risken finns att den äldre aldrig mer repar sig.

Tyvärr måste man ju göra saker som är emot deras vilja också ibland. Faktiskt. Vi har en tant som avskyr sitt bälte, men det går inte utan. Hon står inte på sina ben och hon tror att hon gör det. Så även om hon inte skulle kunna ställa sig upp skulle hon säkert kunna kravla sig ur rullstolen och hamna bredvid.

Vilket hemskt trauma det var att bryta benet. Det var ju hemskt svårt att komma igen.

Det kan ju vara slut för många gamla faktiskt att bryta benet.

Att inte förhindra den äldre att ramla och skada sig trots att det finns adekvata hjälpmedel att tillgå kan upplevas som brist på ansvars känsla.

Det är ju som tunnelbanan skulle gå utan att stänga dörrarna, det är samma sak att öka farten och sticka iväg, om man inte stänger dörrarna så vem som helst kan ramla ur.

Bejakande av boendes autonomi

De boende har en redan uttalat nedsatt autonomi p.g.a. sin demenssjukdom. För personalen innebär fallrisk och åtgärder för att skydda den äldre en avvägning i förhållande till den äldres autonomi. Det är inte ovanligt att den äldre dementa själv saknar insikt om sin oförmåga att röra sig och vilka risker det innebär. Samtidigt finns det ofta ett mycket starkt behov av att kunna få röra sig fritt. I demenssjukdomens karaktär ligger det ofta en betydande oro som uttrycks i en vilja att ständigt gå.

Vi har ju en del som ramlar hela tiden som man liksom inte kan göra någonting åt för att de är uppe i alla fall. Man kan inte binda fast dem. Det är ju inget skönt, det kan man inte om man vill vara uppe och kan gå, då kan man ju inte sitta fastspänd.

Personalen uttrycker att respekt för människors rätt till autonomi visas genom att tillåta den äldre som fortfarande kan gå att röra sig fritt trots att de riskerar att ramla och slå sig.

Sen har det också med livskvalitet att göra för det har hänt också att vi inte satt in saker för att livskvaliteten förstörts. Man vet att det varit jättehög fallrisk men där man låtit bli för att man måste leva också.

Personalens bedömning av vad som ska väga tyngst – självbestämmandet eller fallrisken – tycks bygga främst på den äldres förmåga att uttrycka sin vilja. Det kommenteras samtidigt att de flesta faktiskt förstår och kan uttrycka vad de vill. Men de exempel personalen själva lyfter fram är när den äldre på ett mycket kraftfullt sätt visar vad hon eller han vill.

De flesta kan faktiskt prata för sig. De flesta kan det. De som inte kan prata för sig så ser man ju på ansiktsuttryck och kroppsspråk, allt som är ok och inte.

Det skulle inte gått att sätta fast henne, aldrig! Så pass stark vilja. Hon skulle ha skrikit, det skulle aldrig ha gått, i värsta fall skulle hon väl med hela stolen.

Under intervjun resonerar personalen om att den äldre måste få gå om det går men att det finns en gräns och då försöker de att göra det så smidigt som möjligt. De som får gå men där det är fallrisk tittar de till ofta – så ofta som det är möjligt. Men det påpekas att det beror mycket på om det finns tillräckligt med personal eller ej. I vissa lägen faller den äldre trots att det finns gott om personalen och skyddsåtgärder. Personalen säger att det räcker att vända ryggen till ett kort ögonblick och så är olyckan framme.

Oavsett beslut är personalen mån om att det bygger på att man vill de äldre väl.

Men det märker man, man är ju inte elak och gör ingenting. Man är ju inte där för att vara ond, liksom.

De beslut som fattats gällande begränsningsåtgärder omprövas. Personalen visar gillande för att begränsningsåtgärder ibland tas bort när den äldre får en bättre balans och kan klara sig på egen hand. Omprövning tycks också ske om personalen uppfattar att ofriheten vållar större lidande än eventuella skador i samband med fall.

Då tog vi bort bältet och det tycker jag är en bra uppföljning att man inte bara låter det vara och slentrianmässigt sätter på bälte och låter det sitta. Klarar man sig utan så behöver man inte ha den.

De fysiska begränsningsåtgärderna har i vardagsarbetet inneburit många källor till förvåning och en förnyad syn på de boende. Personalen talar om den uppfinningsrikedom och livsvilja många svårt dementa uppvisat i samband med begränsningsåtgärder. I viss mån har det också visat på att boende har förmågor kvar som tidigare varit dolda för personalen. Det har ibland blivit en gemensam upptäckt för den boende och personalen som har ökat respekten för den boende.

För hon kan inte gå, inte alls, hon står när man hjälper henne på toa och sitter sedan med bälte. Och så ringde de från avdelningen och sa att bältet var trasigt. Hon hade klippt av det. Så var X uppe på avdelningen och pratade med den här damen – ”jag ser att ditt bälte är sönder”. – ”Nej”, säger hon – ”jag har klippt av det”.

Det var härligt på något vis! ... Vissa saker är helt otroliga. Först måste de skaffa sax, sen måste man klippa, det är väldigt, väldigt planerat. Otroligt!

Alla begränsningsåtgärder är inte detsamma som ”begränsning”. För vissa boende innebär det istället en ökad rörlighet. Dessa tillfällen uppfyller vad förordningen anger som grund för att få använda begränsningsåtgärder. Men det tycks inte alltid som man från början vid insättandet av en begränsningsåtgärd varit fullt medveten om att det kommer att innebära ökad frihet för den boende.

Hon liksom bytte benen mot rullstolen då.

Nu rullar hon sig, och sparkar sig fram och hon verkar nöjd med det.

Tema utsatthet

Känsla av otillräcklighet

Personalen mår som allra sämst när de saknar alternativ och ”måste” spänna fast den äldre p.g.a. att fallrisken är stor samtidigt som hon eller han tydligt visar sin motvilja. Vi har tidigare konstaterat att personal väger fallrisk i förhållande till självbestämmandet. I vissa fall tycks de hamna i situationer där det blir dåligt oavsett hur de gör och att det upplevs som att det inte finns några alternativ.

Man vet ibland att det här är inte riktigt bra men man har inga andra alternativ helt enkelt.

Jag gjorde det – spände fast bältet ändå. Det är ju för ditt eget bästa tänkte jag. Sen blev jag glad när det på det där vårdplaneringsmötet beslutades att ta risken. Då kändes det som en lättnad.

Det är inte bara den begränsande åtgärden mot den äldres vilja som uppfattas som plågsam utan också att behöva säga till den äldre att hon eller han inte längre har förmåga att kunna gå. Dessutom uppfattas det som tungt att den äldre oftast inte minns det som personalen informerat dem om och tyvärr är kvar i sin oro utan att kunna få lindring.

Men snälla du, du kan inte gå. Det svider någonstans att måste säga att du inte kan.

Man kan inte heller förklara att nu måste vi göra det här på dig, annars kommer du att ramla, det har de glömt bort om fem minuter i alla fall.

Jag har ofta dåligt samvete, jag tycker inte att jag räcker till, jag skulle ge mer än vad jag kan.

När tid och stöd saknas

I vårdpersonalens samtal kom det fram att det saknas tid och stöd för att bättre kunna hantera boenden med fallrisk. Viss oro skulle kunna lindras om det fanns mer tid för promenader. Det gäller inte minst inför natten då fler skulle vara naturligt trötta och ha lättare för att komma till ro om dagen innehållit mer fysisk aktivitet.

I diskussionen visar personalen på en mängd enkla åtgärder för att minska boendes oro och därigenom också behovet av skyddsåtgärder. Vid måltiden skulle de t ex kunna sitta bredvid och stödja den boende istället för att alltid använda ett brickbord.

Vore det lite mer personal på dan så kunde man gå ut och gå av lite av den här rastlösheten så kanske de skulle vara fysiskt trötta och sova istället men i och med att de inte får nå motion och inte nå luft och så sitter de ju där.

Det är inte bara de fysiska begränsningsåtgärderna som skulle kunna minskas med mer personal utan också oron. Oron för att vara begränsad, för alla fallrisker kan inte avhjälpas med mer personal, skulle också kunna mildras.

De blir inte så oroliga när man sitter med dem.

Att inte ha tid och att känna krav från olika håll och kanske aldrig hinna utföra något på det sätt som man vill verkar vara det som mest bekymrar och oroar personalen. Kraven upplevs öka utan att redskap och resurser ställs till personalens förfogande för att hantera kraven.

Man hinner ju inte sitta ner och prata som man kanske skulle behöva göra ifall nån är orolig utan – ”hur mår du, jag hinner inte mer, jag går nu”. De bara ser oss som ett streck i korridoren.

De dementa känner ju att man har bråttom.

Det är inte bara tid som är en bristvara utan också stödet brister. Personalen upplever sig inte sällan lämnad och osynliggjord. Detta gäller speciellt omvårdnadspersonalen (sjukvårdsbiträden och undersköterskor) som ger ord för en viss känsla av uppgivenhet då de har upplevt att deras iakttaganden inte har tagits på allvar.

För det känns ju många gånger att ingen lyssnar på en och att det är som att trampa vatten och ingenting händer och till slut blir man så frustrerad att så orkar man inte själv bry sig heller och då får det vara. Så kan jag känna.

Saknas det möjlighet till reflektion och stöd kan det leda till en uppgivenhet inför arbetet vilket kan få långtgående konsekvenser.

Det handlar egentligen inte om tid utan det är mera att det tar krafter ur en så att man blir likgiltig när ingen lyssnar på mig.

I ett samtal om möjligheterna att få handledning och vilket stöd personalen kunde få av detta framkom det kommentarer som visade på en uppfattning om att stöd sattes in först när det gått för långt. Handledning betraktades inte som något positivt utan som en tillrättavisning.

Handledning får man då när man är kanske förbannad ... Då skaffar de några veckor en gång i veckan kanske... handledning eller prata med prästen eller sånt. Sen är det om man blir nerkallad kanske till cheferna därför att man är odräglig. Allt sånt fast de ser inte att det kan bero på något annat.

Vilken handledning som faktiskt erbjudits, och vilken erfarenhet personalen hade om handledning, dryftades inte i fokusgrupperna.

Diskussion kring resultaten

Tema säkerhet

Det mest genomgående temat i studien är personalens relaterande av säkerhet i förhållande till fysiska begränsningsåtgärder. Det visar inte minst den medicinskt ansvariga sjuksköterskans och deras eget val att benämna begränsningsåtgärder som skyddsåtgärder. Begreppet säkerhet inbegriper såväl att skydda och att förebygga skada.

Personalen talade med eftertryck om de allvarliga konsekvenser de fruktade skulle inträffa om man inte med hjälp av t ex sele hindrade en svag patient från att gå. Säkerhetsaspekten och rädslan för att den äldre eller patienten ska ramla och skada sig är genomgående den röda tråden i all tidigare forskning avseende fysiska begränsningsåtgärder. Fallriskbedömningar och begränsningsåtgärder är två sidor av samma mynt. I detta sammanhang är det intressant att påminna om de resultat som Evans och Fitzgerald (2002) redovisar att där en minskning skett av användandet av begränsningsåtgärder har fallrisk inte ökat. Även Karlsson (1999) pekar på motsvarande relation mellan fallrisk och fysiska begränsningsåtgärder.

Samtidigt visar denna studie liksom Hantikainen och Kappelis (2000) att personalen upplever stor osäkerhet för vilka risker man kan tillåtas att ta innan begränsningsåtgärder måste sättas in.

Enligt Hantikainen och Kappeli (2000) fanns det vidare personalrelaterade motiv av säkerhetskaraktär bakom användandet av fysiska begränsningsåtgärder. Det innebar att personal motiverade sitt handlande utifrån sitt behov av fysiskt skydd för patienter med beteendestörningar. Just denna aspekt kom inte upp i denna studie. I de fall personal talade om egen säkerhet handlade det främst om att undvika en anmälan för att inte ha skyddat eller använt begränsningsåtgärderna fel.

Beteendestörningar nämndes som en faktor för användande av begränsningsåtgärder i ett fall i mitt material där personalen upplevde att åtgärden underlättade för den demente äldre att vara med de andra äldre i en måltidsituation. Författningen som reglerar fysiska begränsningsåtgärder ger däremot inget stöd att ordinera bälte för beteendestörningar.

Tema etiska ställningstaganden

De etiska frågeställningarna vid användandet av fysiska begränsningsåtgärder kan ses utifrån den normativa etikens frågeställningar. Vad är en rätt handling? Varför valde vi att handla just så? Hur motiveras våra ställningstaganden?

Personalen ställs inför svåra överväganden i varje situation där den äldre eller boende inte själv förstår eller vill begränsas i sin rörelsefrihet. Personalen upplever det svårt när den boende glömmet varför de t ex inte längre kan gå själva. Det är tydligt när demenssjukdomen tar över och ”lämnar personalen

utanför” den äldres värld. Det paternalistiska förhållningssättet (göra gott genom att skydda) blir då dominerande.

I de fall den äldre ändå kunde visa sin vilja och där personalen bedömde att begränsningsåtgärder skulle innebära en större kränkning av integriteten än risk för fall bejakades den äldres vilja. I vissa fall kunde upplevas som om man aldrig kunde nå det optimala utan det blev nödvändigt att göra avkall på någon av principerna. Vilken princip som skulle få träda tillbaka var i relation till hur väl den äldre kunde uttrycka sig och hur väl personalen kunde läsa av den äldre.

Karlsson (1999) och Olofsson (2000) har båda lyft fram personalens upplevelser av obehag i samband med användandet av tvångsåtgärder. Karlsson (1999) angav att personalen inte känner till några alternativa åtgärder till begränsningsåtgärder vilket ledde till en upplevelse av skuld.

I denna studie beskrev personalen en känsla av lättnad och kunde bejaka den äldres frihetslängtan när denne kunde uttrycka sin vilja och hävda sig och när de samtidigt kunde svara upp med ett alternativ till begränsningsåtgärderna.

De etiska övervägandena var en levande och påtaglig del av personalens vardag. För personalen var dock den största synden underlåtenhet, dvs. att inte göra något alls.

I studier av bl a Karlsson (1999) och Meinow (2001) påpekades det att personalen saknade kunskap om reglerna kring användandet av begränsningsåtgärder och att rutinerna var bristfälliga. Dessa förhållanden styrks inte i denna studie vilket kan förklaras med det kvalitets- och utvecklingsarbete som hade påbörjats av ansvarig MAS.

När det gäller det etiska dilemmat i avvägningen mellan den boendes autonomi och fysisk begränsning så minskades detta inte genom riktlinjer och kunskap. Personalen uttryckte ändå att det handlade om en individuell bedömning och att det var en bedömning och avvägning som måste göras om och om igen.

Tema utsatthet

Personalen beskrev att de ofta kände sig otillräckliga och att de saknade tid och stöd. Olofsson (2000) skriver om detta som känslomässig ensamhet. Upplevelsen var att det ställdes krav från alla håll, ibland också av motstridig karaktär, utan att man fick något stöd. De uppfattade ibland att hur man än gjorde var det fel. Kontakten med chefer eller andra högre upp i hierarkin kunde upplevas som bestraffande.

Vid en fråga om handledning kommenterades det bl.a. med att det var som att bli nedkallad till chefen först när det gått alldeles för långt. Även riktlinjer och uppföljningar av t ex fall uppfattades ibland som en negativ kontroll av hur personalen skött sig. Detta tyder på att personalen inte erbjudits handledning som en form för reflektion kring etiska problem.

I personalens känsla av utsatthet kan det också noteras att det faktiskt fortfarande inte har skett någon lagreglering på området. Det pågår dock ett arbete i socialdepartementet med ett uppdrag att se över dessa frågor men problematiken har funnits länge.

Personalen själv reflekterade inte över detta då de hade riktlinjer för det konkreta användandet men min fundering är om den otillräckliga lagregleringen i kombination med en generellt sett negativ attityd till begränsningsåtgärder kan vara ett hinder i metodutveckling och reflektioner. Det som egentligen inte får finnas kan vara svårt att prata öppet om och lämnar individen ensam.

Bristen på tid, både för de boende och för egen reflektion, var frustrerande då personalen ansåg att en viss oro hos den boende kunde minskas om man t ex hade mer tid att sitta ner eller gå promenad tillsammans.

Olofsson (2000) anser att det är viktigt att personal som hanterar tvång och begränsningsåtgärder ges möjlighet att tala med varandra och patienterna samt reflektera tillsammans över detta. Inom psykiatrin är t ex handledning att betrakta som ett stöd och forum för just sådana frågor.

Det är därför beklagligt att personalen inte fått handledning utan uppfattar det som något repressivt som sätts in först när det är problem. Handledning är något som är sparsamt förekommande på äldreboenden. De bristande möjligheterna att samtala om fysiska begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen kan ha sin grund i att det saknas lagreglering och kanske därför betraktas som något som inte borde finnas. Det är möjligt att en metodutveckling avseende användandet och stödet till personalen därigenom förhindras.

Vi kan iaktta denna skillnad vid en jämförelse mellan Olofsson och tidigare refererade studier. Olofsson har studerat psykiatripersonalens upplevelser och är den som lyft fram personalens ambitioner när det gäller själva användandet av tvång.

I tidigare forskning har det visat sig att inställningen till användandet av fysiska begränsningsåtgärder varit relaterat till utbildningsnivå. Denna studie ger inte den bilden. Omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och rehabpersonal hade en samstämmighet i attityder och förhållningssätt.

Avslutande diskussion om utsatthet och etik

De äldre som är föremål för begränsningsåtgärder har ofta ett omfattande vårdbehov samt nedsatt kognitiv förmåga. I bedömningen av om begränsningsåtgärder ska sättas in eller inte hade omvårdnadspersonalen i första hand att förhålla sig till den boendes autonomi och integritet i förhållande till fysisk förmåga.

En skada efter ett fall är synbart och påtagligt medan en kränkning oftast inte kan iaktas av någon annan än den som upplever den. I dessa fall saknar dessutom de flesta boende en förmåga att ge uttryck för denna känsla. De boendes autonomi måste därför både vikarieras och respekteras av personalen vilket innebär att även integriteten skyddas och värdigheten upprätthålls (se även Randers, 2002).

Vid användandet av fysiska begränsningsåtgärder verkar det handla om en smal gräns mellan omsorg och en kränkning av den enskilda vilket ställer stora krav på personalen. Enligt min mening kan en personalgrupp som upplever utsatthet och skuld över att inte kunna utföra sitt arbete på ett sätt som de önskar samt brist på stöd försättas i en situation där risk för kränkningar ökar.

Ludvig Igra (2002) har beskrivit dessa fenomen ur ett individualpsykologiskt perspektiv. Han beskriver det som att människan undviker sin ångest över sin otillräcklighet genom att bli likgiltig istället för att anamma den första impulsen av inlevelse, medkänsla och omsorg. Temporärt kan det innebära lättnad men oron finns fortfarande kvar. För att överrösta den egna upplevelsen av skuld kan förakt och hat uppstå tillsammans med likgiltigheten. Det sker i en upptrappning som kan innebära att den angripne främlingen upplevs provocera och därmed förverkat rätten till välvilligt intresse.

Severinsson (1990) konstaterar att kompetens handlar inte bara om erfarenhet och meriter utan i stor utsträckning om en förmåga att använda kunskap i relation till omvärlden. Ur detta perspektiv är det angeläget att fortsätta en diskussion om handledning och arbetsledning inom äldreomsorgen i förhållande till de etiska balanskrav som ställs på personalen.

Bilagor

Bilaga 1; Bakgrundsinformation

Båda enheterna är medräknade

Kön

1. Man **7** 2. Kvinna **41**

Ålder

Medelålder: **85** Äldst: **99** Yngst: **51**

Hur länge har de boende vistats i boendet

- a) Nyinflyttad (max en månad) **1**
- b) Högst sex månader **0**
- c) Minst sex månader men ej över ett år **10**
- d) Mellan ett år och två år **7**
- e) Mellan två år och fem år **16**
- f) Mer än fem år **14**

Rätt boendeform?

Anser du att boendet är rätt vård-/boendeform för NN?

- a) Ja **45** b) Nej **3**

Om du svarat Nej motivera gärna varför du anser det?

- *skulle klara sig på servicehus*
- *- ” -*
- *aggressiv*

Vårdbehov

Rörelseförmåga/Förflyttning:

- a) Kan förflytta sig självständigt (Oberoende) **11**
- b) Kan förflytta sig med levande stöd eller med hjälpmedel (Delvis beroende) **13**
- c) Kan sitta uppe ex i rullstol men ej gå (Beroende) **24**

Måltider:

- a) Klarar sig själv **16**
- b) Klarar sig med viss hjälp och assistans **14**

c) Helt beroende av hjälp **18**

Toalettbesök:

a) Klarar sig själv **2**

b) Klarar sig med viss hjälp och assistans **12**

c) Helt beroende av hjälp **34**

Mentala funktioner (minne, orienteringsförmåga):

a) Helt orienterad (inga betydande minnes- eller orienteringssvårigheter) **1**

b) Glömska **3**

c) Behöver vägledning (påminnelser för att kunna fungera i en välbekant miljö) **11**

d) Kan inte handla enligt instruktioner utan behöver handgriplig hjälp **33**

Antal boende som för närvarande är föremål för begränsningsåtgärder

a) Ja **33** b) Nej **15**

Om du svarat Ja vilka åtgärder är NN föremål för? (ringa in alla som är aktuella)

a. Sele **3**

b. Sänggrindar **33**

c. Bricka/bord som fästs i rullstol eller fåtölj **13**

d. Bälte **14**

e. Annat **2**

Bilaga 2, Intervjuguide

Forskningsfrågan:

Personalens erfarenheter av användning av fysiska begränsningsåtgärder.

Öppningsfrågorna / Introduktionsfrågorna

- Vad är fysiska begränsningsåtgärder för något i praktiken? Vad är det för åtgärder – konkreta ting?
- I vilket syfte använder ni fysiska begränsningsåtgärder?

Övergångsfrågorna

- Hur fattas beslutet att tillämpa fysiska begränsningsåtgärder på er enhet?
- Vad har hänt innan? Beskriv händelseförloppet.

Nyckelfrågorna

- När tycker ni det känns fel att använda fysiska begränsningsåtgärder?
- När känner ni att det inte går att ex spanna fast en dement äldre i rullstol?
- När är det rätt att använda fysiska begränsningsåtgärder?
- Hur skulle ni definiera vad ett gott omhändertagande är för en dement boende som riskerar att ramla?

Avslutande frågor / slutfrågan

- Har någon något att tillägga?
- Har vi missat något?
- Har vi fått med allt?

Bilaga 3; Introduktionsbrev

Februari 2002

Vårdpersonal på respektive avdelning/ Respektive rehabpersonal

Hej!

Jag heter Anna-Liisa Suvanto och arbetar som sjuksköterska inom S:t Görans psykiatriska klinik. För tillfället är jag tjänstledig på halvtid för att skriva en magisteruppsats i vårdpedagogik på Lärarhögskolan i Stockholm.

Mitt ämne är hur vårdpersonal dvs undersköterskor och vårdbiträden samt sjuksköterskor och rehabpersonal upplever det att utföra fysiska begränsningsåtgärder (sele, grind, bricka, bord etc). Mitt syfte är att belysa de eventuella svårigheter och frågor som du möter i samband med att behöva begränsa den äldres rörelsefrihet.

Min förhoppning är att du vill dela med dig dina erfarenheter och medverka i en gruppintervju. Min uppsats är en vidareutveckling av en studie som genomförts av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum i de norra länsdelarna. Jag har slumpmässigt valt ut två enheter för denna studie, på två olika sjukhem.

Studien kommer att bestå av intervjuer i grupp om 4-6 personer. Intervjun handlar om att tillsammans diskutera frågor inom det aktuella området. Intervjutiden beräknas till ca 1½ timme och mitt önskemål är att få spela in intervjuerna på band för att underlätta bearbetningen av materialet.

Allt det material som insamlas kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla som deltar garanteras anonymitet. I den färdiga texten går det inte att identifiera vad olika grupper eller intervjupersoner har sagt. Jag vill också poängtera att deltagandet är frivilligt.

Min önskan är att kunna genomföra intervjuerna under den senare delen av februari/i början av mars månad. Jag kommer att ta kontakt med din arbetsledare telefonledes för närmare planering av intervjuerna.

Bilaga 4; Metod

Att välja en kvalitativ ansats var en självklarhet med tanke på studiens syfte att nå kunskap om vårdpersonalens tankar och reflektioner. Kvalitativ forskning söker förståelse och tolkar information som samlats in genom intervjuer, observationer eller texter. I denna studie har förståelse och tolkningar gjorts med hjälp av fokusgrupper av hur personal tänker och reflekterar kring användandet av fysiska begränsningsåtgärder.

Det fanns dessutom redan flera svenska och internationella studier av kvantitativ art som studerat förekomsten av begränsningsåtgärder. Mitt val att använda fokusgrupper bygger på flera faktorer men de enskilt viktigaste faktorerna var att det är en metod där man når relativt många med relativt små medel. Det har inte varit svårt att komma till tals med personer och få ta del av deras erfarenheter – något som studien har haft som syfte att studera.

Andra fördelar med fokusgrupper har varit att det gett en möjlighet att även studera interaktionen i grupperna. Gruppdeltagarna har efter en kort inledande försiktighet agerat spontant och fallit in i varandras redogörelser, förklarat, förtydligat och tillsammans utvecklat frågeställningen vidare utan att förlora fokus på det aktuella temat.

Fördelarna har också varit att jag kunnat iaktta en icke-verbal kommunikation och det insamlade materialet har varit rikt. En ytterligare fördel har varit att jag under arbetets gång har haft möjligheten att överväga om det krävs fler fokusgrupper. Det har också varit möjligt att genomföra fokusgrupperna trots bortfall av deltagare eftersom fokusgrupper som metod inte kräver ett specifikt antal deltagare eller antal grupper om det ej påverkar studiens syfte.

Slutligen vill jag lyfta fram betydelsen av att göra etiska avvägningar både vad gäller metodval och metodanvändning. Användandet av fysiska begränsningsåtgärder är inte ett helt okontroversiellt tema varför det varit viktigt att personal kunnat vara säkra på att de bandinspelningar som gjorts inte spelats upp för någon annan än författare. De har även tillförsäkrats att inspelningarna kommer att förstöras efter avslutat analysarbete.

Rekrytering och genomförande

Krueger (1994) tar upp att det ställs speciella krav när det är en redan existerande grupp som utgör fokusgruppen. I denna studie användes redan befintliga grupper eller mer korrekt personal slumpades ut till dessa grupper ur en större grupp. En viktig aspekt - om redan existerande grupper används - är att deltagare ska befinna sig på samma hierarkiska nivå vilket varit fallet i denna studie.

Författaren har medvetet tagit risken att använda delar av redan befintliga arbetsgrupper men inte hela arbetsteam ex vårdlag. Resultatet kan ha påverkats av det att gruppdeltagare kände varandra före studien och att de fortsatte att träffas på samma arbetsplats. Utifrån de erfarenheter som jag har idag om fokusgrupper

skulle jag försökt att förlägga gruppsamtalen utanför den ordinarie arbetsplatsen trots att det troligen skulle öka bortfallet.

Det finns trots allt en risk att gruppdeltagarna blir mera avvaktande och upplever det vara svårt att tala fritt om företeelser som skulle kunna inverka på bedömningen av dem själva som personal. Trots detta iakttagande vill jag ändå påpeka att jag är positivt överraskad över den spontanitet och öppenhet som jag uppfattade under gruppsamtalen. Det var inget som öppet tydde på att kommunikationen inte var rak och äkta mellan gruppledammarna.

I denna studie saknade jag tidigare erfarenhet av fokusgruppsmetoden vilket gjorde det ibland svårt att uteslutande koncentrera sig på gruppen. Analysarbetet och framförallt transkriberingen av de inspelade gruppsamtalen tog mycket tid i anspråk vilket redan tidigare konstaterats som en av den använda metodens nackdelar.

Andra möjliga metoder för att kunna genomföra studien hade varit deltagande observationer och intervjuer individuellt eller i grupp. Resultaten skulle troligtvis ha påverkats och inte minst skulle interaktionen mellan den äldre och omvårdnadspersonalen, omvårdnadspersonalen och övrig personal kunnat studeras om observationer använts.

Individuella intervjuer kunde ha bidragit med kunskap om enskilda ställningstaganden och enskilda vårdgivares tankar i förhållande till gruppen som helhet. Den metod som står närmast att överväga som ett alternativ är gruppintervju men som jag bedömde som mer strukturerad och oflexibel än vad som krävdes för denna studie. Den skulle dessutom inte gjort det möjligt att studera interaktionen i gruppen.

Analys- och tolkningsarbetet har varit en intressant upptäcktsfärd. Gruppsamtalen har gett ett rikt och fullödigt material. Trots att grupperna var olika stora och varierade sinsemellan när det gällde utbildningsnivå och hierarkisk position så var resultatet samstämmigt. Det gick relativt snabbt att få fram vissa genomgående teman som återkom i alla grupper.

Ad hoc teknik som är en blandning av flera angreppssätt i syfte att skapa mening användes i databearbetningen för att analysera materialet. Tekniken möjliggjorde en flexibilitet och rörlighet som underlättade analysarbetet.

Referenser

- Barbosa da Silva, A. & Wahlberg, V. (1994). Vetenskapsteoretisk grund för kvalitativ metod. I B. Starrin & P-G. Svensson (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (pp. 41-70). Lund: Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, A. & Andersson, M. (1993). Vetenskap och människosyn i sjukvården. En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, SHSTF:s FoU-serie, rapport 40.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bischofberger, E. (1990). Människosyn, integritet och autonomi. I S-O. Andersson (Red.), *Lidandet och makten* (pp.13-18). Stockholm, Förlagshuset Gothia.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Evans, D., Fitzgerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies* 39, 735-743.
- Hantikainen, V., Kappeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), 1196-1205.
- Igra, L. (2001). *Den tunna hinnan mellan omsorg och grymhet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Karlsson, S. (1999). *Physical restraint use in the care of elderly patients*. Umeå: Umeå university medical dissertations. New Series No 613.
- Krueger, R.A. (1994). *A Practical Guide for Applied research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1999). Intervjun som kunskapskonstruktion. I C.A. Säfström & L. Östman (Red.), *Textanalys* (pp. 57-75).
- Liss, P-E. (2001). Den goda avsiktens gränser. I E. Svederberg, L. Svensson & T. Kindeberg (Red.), *Pedagogik i hälsofrämjande arbete* (pp. 97-120). Lund: Studentlitteratur.
- Mattiasson, A-C. (1995). *Autonomy in Nursing Home Settings* (Doctoral Dissertation, Karolinska Institute, Stockholm). Stockholm: Department of Clinical Neuroscience and Family Medicine, Karolinska Institute.

Meinow, B. (2001). *Användning av fysiska begränsningsåtgärder inom särskilda boendeformer i Stockholms län. Tvång eller skydd?* Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2001:10.

Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Nikku, N. (1997). *Informative paternalism. Studies in the Ethics of Promoting and Predicting Health*. Linköping: Linköping studies in Arts and Science 155.

Olofsson, B. (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Umeå: Umeå University Medical Dissertations. New Series No 655.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Randers, I. (2002). *Upholding Older Adults' Innate and Inherent Dignity within a Caring Context (Doctoral Dissertation, Karolinska Institute, Stockholm)*. Stockholm: Department of Clinical Neuroscience, Occupational Therapy and Elderly Care Research, Division of Geriatric Medicine, Karolinska Institute; H.M. Queen Sophia University College of Nursing.

Severinsson, E. (1990). *Förnyelse.Handledning i vårdarbete*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Socialstyrelsen (1999). *Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen*. Äldreuppdraget. Rapport 99:7.

Svedberg Nilsson, K. *Välfärd, vård och omsorg*, p.225 ff (SOU 2000:38).

Szebehely, M. (2000). *Välfärd, vård och omsorg*, p. 229 ff (SOU 2000:38).

Tillgren, P. (1999). *Förord* i Socialmedicinsk tidskrift nr 4/1999.

Tillgren, P. & Wallin, E. (1999). *Fokusgrupper – historik, struktur och tillämpning*. Socialmedicinsk tidskrift nr 4/1999.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Offentligt tryck

Förslag till riksdagen 2002/03:RR4. Nationella mål i kommunernas äldreomsorg.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Regeringens proposition 1997/98:113. Nationell handlingsplan för Äldrepolitiken.

Regeringens skrivelse 2002/03:30. Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för Äldrepolitiken.

RF 1988:1444 Regeringsformen.

SOSFS 1980: 87 Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långvård.

SOSFS 1997:10 Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.

SOU 2000:38 Valfärd, vård och omsorg.