

Patientens självbestämmanderätt inom den prehospitala vården

- En direkt observation

Markus Harhio

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	
Författare:	Markus Harhio
Arbetets namn:	Patientens självbestämmanderätt inom den prehospitala vården
Handledare (Arcada):	Christel Roberts
Uppdragsgivare:	Arcada patient safety and learning center
<p>Sammandrag:</p> <p>Denna undersökning är en kvalitativ studie som behandlar hur bra patientens självbestämmanderätt förverkligas inom den prehospitala vården. Respondenten har observerat två prehospitala simuleringar av tredje årets akutvårdsstuderanden.</p> <p>Studiens forskningsfrågor är:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. På vilket sätt tar vårdaren i beaktande patientens självbestämmanderätt? 2. I vilken grad har patienten möjlighet att påverka sin vård inom den prehospitala vården? <p>Som teoretisk referensram har jag valt Katie Erikssons Vårdandets etik och Ruth Purtilos Teorier om interaktion mellan vårdpersonal och patient. Vårdandets etik är begränsad från den allmänna medicinska- eller juridiska etiken inom hälso- och sjukvården. Av en god vårdare krävs etiskt sätt mycket mera än att endast följa myndigheternas knapphändigt reglerade lagar. På grund av att det finns få etiska studier inom den prehospitala vården, så behövs det mera forskning inom ämnet. Diskussionen inom den prehospitala vården fokuserar främst på etiska problem gällande återupplivning eller ”triage” i katastrofsituationer. Denna studie betonar vikten av att respektera patientens självbestämmanderätt. Den ger flera exempel på andra forskningar på arbete som ännu bör göras för att förbättra patientens ställning inom den prehospitala vården. Slutsatsen av studiens observationer var att akutvårdarna gör ett bra arbete med tanke på patientens vård i sin helhet. Etiskt sätt finns det ändå flera detaljer som bör tas bättre i beaktande.</p>	
Nyckelord:	Patientens självbestämmanderätt, autonomi, delat beslutsfattande, akutvård, ambulans
Sidantal:	44
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Vård
Identification number:	
Author:	Markus Harhio
Title:	Patient's autonomy within the prehospital emergency care
Supervisor (Arcada):	Christel Roberts
Commissioned by:	Arcada patient safety and learning center
<p>Abstract:</p> <p>This survey is a qualitative study about how well patients' autonomy is carried out in prehospital emergency situations by paramedics. In the study two prehospital simulations have been observed. The simulations have been performed by paramedic students.</p> <p>The study's research questions are:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In which ways, do the paramedics take into consideration patient's autonomy? 2. To which degree, has the patient the possibility to influence his or her care? <p>Katie Eriksson's Ethics about nursing and Ruth Purtilos Theories about interactions between the care personnel and patients, have been chosen as theoretical frame of reference. The ethics of nursing excludes the general medical- or legal ethics within the field of healthcare. From an ethical perspective it is not enough to only follow vague laws regulated by the authorities. Because there are few ethical studies within the field of prehospital emergency care, more research is needed. The discussion in the prehospital field focuses mainly on ethical problems such as in CPR or "triage" in catastrophes. This study emphasizes the weight to respect the patient's autonomy and demonstrates several examples from other studies how much work still should be done in order to improve the patient's position within the prehospital field. The conclusion of the study's observations are that the paramedics do a good job in view of the patient's care as a whole. Ethically there are nevertheless several details that should be taken better into consideration.</p>	
Keywords:	Patient autonomy, shared decision-making, paramedicine, ambulance
Number of pages:	44
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL

1	Inledning.....	6-7
1.1	Definitioner på självbestämmanderätten	7
1.2	Forskningens bakgrund.....	7-8
1.2.1	<i>Förändring i vårdrelationen mellan läkaren och patienten</i>	8-9
1.3	Projektets syfte och frågeställningar	9
2	Design	10-11
3	Teoretisk referensram	12
3.1	Vårdandets etik.....	12-13
3.2	Det etiska idealet	13
3.3	Grunderna för en vårdrelation	13
3.4	Samtycke.....	14
4	Lagstiftning gällande patientens självbestämmanderätt	14-16
5	Litteraturöversikt	16
5.1	Litteratursökning	16-17
5.2	Informerat samtycke samt andra former av samtycke inom vården	17-20
5.3	Uppskattning av de viktigaste kvaliteterna gällande patientens autonomi.....	20
5.3.1	<i>Självbestämmande</i>	20
5.3.2	<i>Frihet</i>	20-21
5.3.3	<i>Uppfyllelse av önskemål</i>	21
5.3.4	<i>Självständighet</i>	21
5.4	Etiska konflikter inom akutvården.....	22
5.5	Beslutsfattandet inom akutvården	22-23
5.6	Sammandrag av litteraturöversikten.....	23-26
6	Metod.....	26-27
6.1	Datainsamling.....	27
6.2	Bearbetning och analysering av litteraturen	27-28
7	Undersökningens resultat.....	28-29
7.1	Simulering ett.....	30
7.2	Simulering två	30
7.3	Slutsater	31-32
8	Etisk reflektion	33-34
8.1	Tillämpning av etik i denna studie	34

9	Kritisk granskning	Error! Bookmark not defined.5
9.1	Direkt observation.....	35-36
9.2	Observationsformuläret	36
10	Diskussion	Error! Bookmark not defined.7
10.1	Vårdarens beaktande av patientens självbestämmanderätt -inom den prehospitala vården	Error! Bookmark not defined.7-38
10.2	Patientens möjlighet att påverka sin vård -inom den prehospitala vården.....	Error! Bookmark not defined.8
11	Avslutning	Error! Bookmark not defined.9
	Källor	40-42
	Bilaga 1. Forskningsöversikt	43
	Bilaga 2. Artikelöversikt	43-44

Figurer

No table of figures entries found.

Tabeller

Tabell 1. Observationsformulärets svar.....	29
---	----

1 INLEDNING

Patientens autonomi eller självbestämmande är en av de viktigaste aspekterna inom den patientcentrerade vården. För att kunna vårda någon måste man ha patientens samtycke, det vill säga patienten måste fatta beslutet om att han eller hon vill bli vårdad. Denna studie kommer bland annat att påvisa hur självbestämmanderätten ökar både patientens delaktighet i vården och hjälper att uppehålla patientens mänskovärde. När patientens självbestämmanderätt förverkligas är det även en bra början för en god vårdrelation (Purtilo 1982). I studien kommer också att behandlas i hurdana situationer som patientens självbestämmanderätt kan eller bör förbigås.

I studien kommer respondenten att observera hur patientens självbestämmanderätt förverkligas i prehospitla simuleringar i Högskolan Arcada bland skolans tredje år-sakutvårdsstuderande. I observationerna kommer att undersökas i vilken grad patienten har möjlighet att fatta beslut inom den prehospitla vården, och om vårdaren har möjlighet att ta hänsyn till patientens vilja.

Studien är ett beställningsarbete från *Arcada Patient Safety and Learning Center* (APSLC) och ingår i Arcadas projekt där man undersöker hur man kan förbättra patientsäkerheten. Patientens självbestämmanderätt är ett tema som är ständigt aktuellt och därför har detta ämne också väckt respondentens intresse.

Eftersom patientens självbestämmanderätt är ett viktigt område har social- och hälsovårdsministeriet (2011) vidtagit åtgärder och utfört flera utredningar ända sedan år 2001 för att begrunda patientens ställning eller självbestämmanderätt och hur man kan förstärka den. En ny arbetsgrupp inom social- och hälsovårdsministeriet (1.7.2010-31.12.2011) har fått i uppdrag att inom en enda författning samla alla bestämmelser som begränsar klientens och patientens självbestämmanderätt. ”Arbetsgruppen utreder även om det är ändamålsenligt att revidera lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) eller annan lagstiftning som gäller social- och hälsovården så att bestämmelserna stöder och stärker patientens och klientens självbestämmanderätt och ställning i tjänsterna.” Arbetsgruppens avsikt är att också stärka det multiprofessionella samarbetet och tillgången till och utvecklandet av tjänster så att det finns allt mindre behov att begränsa självbestämmanderätten.

Det finns få observationsstudier inom vården och enligt respondentens informationssökning inte en enda som skulle ha utförts preshospitalt. Ett fåtal etiska intervjustudier inom ämnet har ändå utförts och därför hoppas respondenten på att komplettera dessa studier och finna nya intressanta synvinklar i sitt arbete.

1.1 Definitioner på självbestämmanderätten

Traditionellt har självbestämmande ansetts som den mest centrala aspekten av autonomin. Att själv kunna bestämma någonting betyder att man bestämmer någonting enligt vad man själv vill. Ens självbestämmande blir inskränkt ifall man blir manipulerad eller tvingad att besluta någonting som man inte är överens om. (Sandman 2007 s. 262-263) Synonymer för självbestämmande är: autonom, suverän och självständig. (Svenska synonym ordbok 1992 s. 719)

1.2 Forskningens bakgrund

Patientens autonomi eller självbestämmanderätt har förbättrats anmärkningsvärt under de senaste åren inom vården. Inom akutvården (både på jöuren och preshospitalt) har ämnet ändå fått lite uppmärksamhet. Alla artiklar som inkluderats i denna studie (se litteraturoversikten på s. 16) tyder på att patientens självbestämmanderätt borde tas bättre i beaktande och att ämnet behöver betydligt mera uppmärksamhet. Inom akutvården är flera läkare rent av frestade att tro att de är undantagna från att erhålla patientens informerade samtycke. (Verheijde et al. 2007) I Nydém et al.:s intervjustudie om hur äldre patienter blir bemötta inom den preshospitala vården, svarade patienterna att ambulanspersonalens bemötande var etiskt sett mycket dåligt eller rent av kränkande. (Nydém et al. 2002)

Förhoppningsvis kommer dylika forskningar att i framtiden ge mera positiva resultat, men detta går endast att uppnås genom mera forskning i ämnet och en dialog för att lyfta fram de etiska problemen. De etiska problemen i den preshospitala vården borde i framtiden behandlas lika öppet och i lika stor skala som inom den övriga vården. Med en bredare dialog och ökat intresse för etiken har patientens ställning förbättrats avsevärt (enligt Tauber, Roter & Hall). En bättre ställning för patienten borde därmed även uppnås inom akutvården.

I det följande presenteras Taubers (2005), Roter & Halls (2006) syn på hur patientens ställning förbättrats från tiderna under 1900-talet. Dessa författare är amerikaner så omständigheterna i Finland har naturligtvis kunnat vara annorlunda i vissa avseenden.

1.2.1 Förändring i vårdrelationen mellan läkaren och patienten

Det är ett faktum att patientens självbestämmanderätt inte har tagits i beaktande inom vården så väl som man bortat. En orsak var de teknologiska genombrytningarna under 1900-talet. Från 1930-talet framåt då nya läkemedel utvecklades och antibiotika togs i bruk (1940-) ändrades synen på sjukdomar. Läkarna fick tillgång till nya mediciner och med hjälp av antibiotika började striden mot molekyler. Den nya ”biomedicinska” modellen att förstå sjukdomar minskade intresset att ta i beaktande patientens subjektiva uppfattning om sin sjukdom. Enligt Shorter (1985) ledde detta till minskat intresse inom medicinen för att undersöka patienten och fördjupa sig i patientens livshistoria. Strukturerad data och laboratorie-undersökningar blev istället viktiga. Enligt Shorter (1985) är det inte heller en slump att modellen för patientintervjun ändrades till en rad ja-nej frågor under denna tid.(Se Roter & Hall 2006 s. 4) Övrig diskussion med patienten uteslöts. En viktig orsak till förändringen av de medicinska intervjuerna var viljan att ändra dem till helt och hållet vetenskapliga och objektiva interaktioner.(Roter & Hall 2006 s. 4)

Enligt Schneider (1998) har autonomin eller självbestämmanderätten länge varit ett djupt förankrat politiskt och juridiskt ideal inom samhället. Sjukvården har ändå fått mycket kritik för att inte kunna förverkliga denna grundrätt. (Se Tauber 2005 s. 124) På grund av stora skillnader i den medicinska kunskapen mellan läkare och patient, har patienten ofta blivit hindrad att delta i beslut gällande sin vård. Tauber påpekar att det ändå är svårt att tillämpa moraliska definitioner i olika sammanhang inom vården. Vid definieringen av moraliska principer utgår jurister och filosofer ifrån att en person har både kunskap och kompetens, vilket inte alltid är fallet för en patient.(Tauber 2005 s. 124)

I början av 2000-talet har medicinen börjat överge de sista spåren av paternalism och funnit en ny form att respektera patientens autonomi. Nya standarder har kommit i bruk

för att försäkra patientens värdighet, och läkaren bör inte längre ensam ta ansvaret för att bestämma strategierna för patientes vård.(Tauber 2005 s. 57)

Också Roter & Hall berömmar utvecklingen av de nya etiska förfarandena inom medicinen. Två stora medicinska institutioner i USA (Institute of Medicine och U.S. Department of Health and Human Services) har sedan början av 2000-talet satt huvudfokus på att utveckla kommunikationen. I början av år 2002 har också American Association of Medical Colleges (AAMC) och American College of Graduate Medical Education (ACGME) krävt att god kommunikation är en av de sex viktigaste färdigheterna för de utexaminerade läkarna. Till skillnad från de tidigare revolutionerna inom medicinen, vilka gick ut på teknologisk utveckling och utvecklingen av läkemedel, har istället stort intresse och större forskning riktats på etiska förfaranden inom medicinen.(Roter & Hall 2006 s. 3)

1.3 Projektets syfte och frågeställningar

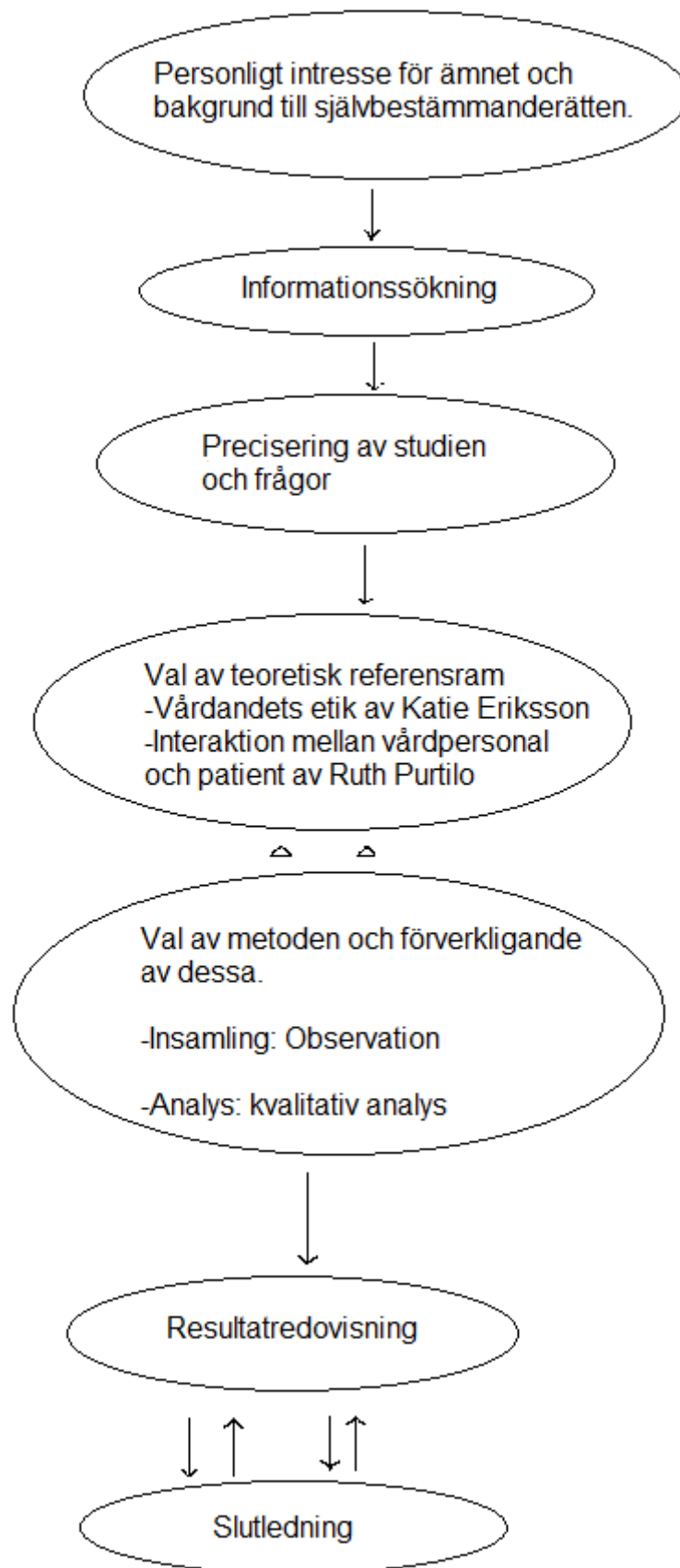
Syftet med denna studie är att få en djupare förståelse för hur patientens självbestämmanderätt förverkligas inom den prehospitla vården. För att uppnå syftet har en litteraturstudie (Se s. 6) gjorts om ämnet och respondenten har utfört en direkt observation (Se s. 28) av tredje årets akuvårdarstuderanden i prehospitla simuleringar.

Studiens forskningsfrågor:

1. På vilket sätt tar vårdaren i beaktande patientens självbestämmanderätt?
2. I vilken grad har patienten möjlighet att påverka sin vård inom den prehospitla vården?

2 DESIGN

Designen är ett metodiskt angreppssätt. Den innebär en plan för att samla in, organisera och integrera information eller data och den resulterar i en speciell slutprodukt (Se undersökningens resultat s. 28). (Merriam 1994 s. 21) I följande figur är en skiss av studiens design. Istället för rubrikerna som använts i studien så har andra begrepp använts i designen. Designen var den första teksten som respondenten skrev i studien och designen har förblivit oförändrad under hela arbetsprocessen. Respondenten har arbetat i precis samma ordning (uppifrån och ner) som i den nedanstående figuren. Av praktiska orsaker har arbetsprocessen presenterats i en annan ordningsföljd i den slutliga produkten. Till exempel så har ”*precisering av studien och frågor*” behandlats före ”*informationssökningen*”. Från respondentens synvinkel var det lättare att börja med informationssökning och att läsa sig in på ämnet före planeringen av studiens frågeställningar. För läsaren är studiens frågeställningar viktigare för att snabbt kunna bilda sig en uppfattning av studiens syfte. Ifall studiens syfte väcker läsarens intresse kan denna fördjupa sig senare i studiens informationssökning och litteratur.



Figur 1 Design över arbetsprocessen

3 TEORETISK REFERENS RAM

Som teoretisk referensram har respondenten valt Katie Erikssons Vårdandets etik. Också Ruth Purtilos Teorier om interaktion mellan vårdpersonal och patient har inkluderats i den teoretiska referensramen.

3.1 Vårdandets etik

Eriksson skiljer mellan vårdetik och vårdandets etik. Enligt Eriksson är vårdetiken ett samlat begrepp för all etik inom vårdområdet. Därmed "blir vårdetiken lätt en reduktionistisk etik där tonvikten ligger på det yttre, på regler och principer i stället för på vårdandets innersta kärna." Vårdandets etik kan däremot kallas naturlig etik som innebär en grundläggande hållning för mänskan oberoende av etiska regler inom professionen. Vårdandets etik är avgränsad från den allmänna medicinska eller juridiska etiken inom hälso- och sjukvården. Fast dessa aspekter är väsentliga för vårdaren hör dessa inte primärt till vårdetiken.(Eriksson 1995 s. 10-14) Denna studie kommer att tänga den medicinska- och juridiska etiken men fokus kommer att primärt ligga på Erikssons vård teorier.

Eriksson hävdar att vårdarna innerst inne vill det goda trots att man inte alltid gör det (av olika orsaker). "Vårdandets etik berör alla de frågor som uppkommer då patient och vårdare vidrör varandra" dvs. allt det som en patient och vårdare känner, tänker, gör eller lämnar ogjort. Etik är relation och bundet till ens ansvar och skuld för den andra. Etiken och vårdandets etik kan reduceras till en teknologisk nivå vilket innebär en begränsning till en mål-medel diskussion av ämnet. (Eriksson 1995 s. 10-14) Det yttersta syftet är att garantera mänskans värdighet, hennes absoluta värde som mänska och rätten till självbestämmande. De mest grundläggande begreppen inom vårdarbetets etik är: mänskans värdighet, vårdrelationen, inbjudan av ansvar, det goda och det onda samt dygd och plikt eller förpliktelse.(Eriksson 1995 s. 25)

Enligt Eriksson försvårar följande faktorer förverkligandet av en god eller etisk vård:

1. Vårdetiken har en för snäv förståelsehorisont. Den är rätt långt naturvetenskaplig, medicinsk och teknisk.

2. Vårdetikens innehåll är idag mera regler och principer än relation och ansvar.
3. Vårdetiken förblir ytlig eftersom vår identitet ännu är diffus och vi inte tillräckligt känner vårdandets sanna natur.
4. Vårdetiken har inte i tillräcklig grad sin utgångspunkt i beskrivningen av den verklighet för vilken den skall vara gällande.
5. Diskussionen rörande de forskningsmetodiska frågorna har varit för snäv.
(Eriksson 1995 s. 9)

3.2 Det etiska idealet

Det etiska utgör kärnan i allt vårdande, medan ansvarets idé utgör kärnan i etiken. Det första etiska fundamentet framträder i bemötandet av patienten. Den vårdetiska grundhållningen innebär att vårdaren ser patienten med vördnad och har beredskap att ge det som mänskan behöver just i den stunden. (Eriksson 1995 s. 23-24)

”Att ge mänskan bröd då hon behöver tröst är inte ett uttryck för vårdetik.” (Eriksson 1995 s. 24)

3.3 Grunderna för en vårdrelation

Enligt Purtilo har patienten flera behov i ett vårdförhållande som går utöver behovet att få vård endast till sin sjukdom. Patienten kan ha flera dolda behov, som till exempel behovet för att få hjälp av att klara framtiden. Patienten för med sig en rad behov till vårdrelationen och de bidrar till att bestämma dess utformning. Även vårdarbetaren har behov, varseblivningar och känslor från det förflutna rörande vissa människor som bidrar till att vårdrelationen utvecklas. Vårdaren är angelägen att vinna patientens förtroende, vilket är grundvalen för en vårdrelation. Förtroendet befrämjar känslan av kontakt och gör att vårdåtgärderna kan utföras utan hinder. (Purtilo 1982 s. 134-143)

3.4 Samtycke

Information och samtycke innebär att patienten informeras om sitt tillstånd och ger sitt samtycke innan en behandling sätts igång. Samtycke är den grundläggande mänskliga rätten till frihet. Fast vårdpersonalen har de bästa avsikter att hjälpa patienten, är de i en maktställning och kan behöva kontrolleras. Samtycke är ett sätt för patienten att kräva redogörelse för vad som kommer att göras och varför. En grupp inom medicinen hävdar att det är omöjligt att förklara hela den medicinska behandlingen på grund av att den är så komplex att patienten inte förstår den tekniska terminologin. En annan grupp anser det rent av riskabelt att berätta sanningen för till exempel psykiskt sjuka patienter. Det finns ändå tillfällen då individen klart har förlorat- eller anses har förverkat rätten till självbestämmande. Samtycket är ett väsentligt inslag i en hållbar vårdrelation och utgör därför den viktigaste kontrollen över de ibland livsavgörande besluten som fattas av vårdpersonalen.(Purtilo 1982 s. 142-143)

4 LAGSTIFTNING GÄLLANDE PATIENTENS SJÄLVBESTÄMMANDERÄTT

I det följande redogörs för hur man har lagstadgat om patientens självbestämmanderätt inom den finländska lagstiftningen. Denna studie tangerar även flera andra lagar gällande *Lagen om patientens ställning och rättigheter* som: *Rätt till hälso- och sjukvård samt till gott bemötande* (2 kap 3 §), *Patientens rätt till information* (2 kap 5 §), *Minderåriga patienters ställning* (2 kap 7 §), *Brådslande vård* (2 kap 8 §) och *Rätt till information samt behörighet* (2 kap 9 §). Studiens teoretiska referensram utgår ifrån Erikssons vårdandets etik och därför kommer lagen om *Patientens självbestämmanderätt* endast att citeras och inte att behandlas eller analyseras mera ingående i studien. Vårdandets etik är avgränsad från den allmänna medicinska eller juridiska etiken inom hälso- och sjukvården (Eriksson 1995).

Att utgå från en juridisk synvinkel på ämnet om patientens självbestämmanderätt är inte heller ändamålsenligt på grund av att vårdrelaterade uppgifter är knapphändigt

relaterade i lag och det sällan händer att vårdare ställs till ansvar för lagstridiga beslut. Inom vården riktas vårdarens ansvar i själva verket till exempel på frågan om vårdarens åtgärder har varit kvalitativt felaktiga (till exempel behandlingsfel eller annan vårdslöshet) och direkta underlåtelser att fullgöra tjänsteåligganden (Mäenpää 2004 s. 306). Spelregler, så som etiken inom vården, som endast följer av moral är inte sanktionerade av myndigheterna. Seden bjuder på att man hälsar på vänner och bekanta, men den som inte hälsar riskerar ingen juridisk påföljd. Sanktionen är i stället ”social” på så sätt att man inte blir populär (Agell & Malmström 2010 s. 25). Sammanfattningsvis kan man säga att endast i de mest grova fallen involveras rättsreglerna i vårdarbetet. Av en god vårdare krävs etiskt sett mycket mera än att endast följa myndigheternas knapphändigt reglerade lagar.

Patientens självbestämmande i Lagen om patientens ställning och rättigheter

17.8.1992/785 i 2 kap 6 §:

”Vården och behandlingen skall ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, skall den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt.

Om en patient som har uppnått myndighetsåldern på grund av mental störning eller psykisk utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen, skall hans lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda hurdan vård som bäst motsvarar patientens vilja. Om detta inte kan utredas, skall patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa.

I de fall som avses i 2 mom. förutsätts att patientens lagliga företrädare eller en nära anhörig eller någon annan närstående person samtycker till vården. Patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person skall när samtycke ges beakta patientens tidigare uttryckta vilja eller, om någon sådan viljetryttring inte förekommit, patientens bästa. Om patientens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person förbjuder vård eller behandling av patienten, skall vården eller behandlingen så vitt möjligt i samförstånd med den person som vägrat ge sitt samtycke ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt. Om

den lagliga företrädarens, en nära anhörigs eller någon annan närstående persons åsikter om vården eller behandlingen går i sär, skall patienten vårdas eller behandlas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans bästa.[\(9.4.1999/489\)](#)

Om vård oberoende av patientens vilja gäller mentalvårdslagen, lagen om missbrukarvård[\(41/86\)](#)*, lagen om smittsamma sjukdomar och lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda* [\(519/77\)](#).” (Finlex® 2011)

5 LITTERATURÖVERSIKT

Litteraturöversikten är en viktig del av en studie och ger en helhetsuppfattning om nuläget för att få kunskap om ett ämne. En väl genomförd litteraturöversikt stöder målet att bygga vidare på befintlig kunskap och minskar risken att förbise redan gjorda lärdomar. Litteraturstudierna är en upprepande process där olika aktiviteter varvas, såsom nyckelordbestämning, sökning, urval, bedömning och sammanställning. När tydliga delproblemm och avgränsande frågeställningar har klarnat kan ytterligare studier av litteratur ske med mer specifikt fokus. När resultat från den egna undersökningen föreligger är det lämpligt att återvända till litteraturen och jämföra med vad andra kommit fram till. (Höst et. al. 2006, s. 59-60).

5.1 Litteratursökning

Respondenten har valt att göra en litteraturöversikt över ämnet för att sammanställa tidigare artiklar och forskningar som utförts. Sökning av tidigare forskning har skett genom att söka via databaser med hjälp av sökord. Via sökröboten Pubmed har respondenten funnit för studien lämpliga artiklar. Sökord som använts är "personal autonomy" [Mesh] med 10947 träffar. För att hitta mera specifika artiklar har sökord som "personal autonomy" [Mesh] AND "paramedicine" (0 träffar) "personal autonomy" [Mesh] AND "prehospital" (6 träffar), sandman lars[Author] (11träffar) och "personal autonomy" [Mesh] AND "emergency medical services" [Mesh] (99 träffar) använts. Vid

valet av artiklarna valdes endast de som kunde fås i full text och som var publicerade från år 1998 framåt. Slutligen valdes åtta (8) stycken artiklar som hade funnits via sökrroboten Pubmed. Via sökrroboten EBSCO – Academic search elite användes sökorden ”personal autonomy” in AB Abstract or Author-Supplied Abstract då 228 referenser hittades. I försöket att begränsa sökningen med det förra sökordet och insätta ändelserna AND ”paramedicine”, AND ”emergency medical services” och AND ”prehospital” blev resultatet 0 träffar för varje sökning. Via sökrroboten EBSCO – CINAHL användes sökorden ”personal autonomy” in AB Abstract. Sökningen begränsades till full text och antalet träffar blev 32 stycken. Via sökrroboten Medline (OVID) användes sökordet ”personal autonomy” (som ”keyword”). Sökningen begränsades till full text och antalet träffar blev 93 stycken. Artiklarna söktes under hösten 2010. Nedan presenteras artiklarna temavis, enligt centrala begrepp som kommit fram i dem.

5.2 Informerat samtycke samt andra former av samtycke inom vården

För att uppehålla patientens självbestämmanderätt har informerat samtycke fastställts som en viktig del av vården. Vikten för patientens deltagande i beslutsfattandet om sin vård stärks av de sociala och kulturella skillnaderna i samhället, av vårdpersonalens mångfald och en mängd av olika omständigheter då medicinska beslut fattas. Enligt Moskop kan läkaren ha sakkompetens men patienten känner bäst sina egna mål och värderingar. (Bostick et al. 2006, Se Verheijde et al. 2007 s. 51)

Enligt Starr P. (1982) fastställdes rätten till informerat samtycke för patienten, som ett resultat av flera domstolsbeslut i USA år 1972. Anns GJ (1989) hävdar att informerat samtycke idag anses som en grundrättighet men före 1970-talet måste domstolarna tvinga läkarna beakta patientens lagliga rättigheter. Konceptet om informerat samtycke blev en banbrytande lag inom etiken och efter att den etablerades har patientens rättigheter utvecklats vidare i flera vårdsammanhang. (Se Anna GJ 1998 s. 695)

Enligt Bostick et al. (2006) förekommer praktiska utmaningar idag till informerat samtycke med patienter i medicinska nödlägen. (Se Verheijde et al. 2007 s. 51) Inom

akutvården uppfattas tiden vara knapp. För att förbättra tidsbristen är en del läkare frestade att tro att de är undantagna från att erhålla informerat samtycke. Att handla utgående från antydan till samtycke är endast tillåtet i nödsituationer. 49% av patienterna på jousen är icke akuta fall, medan 51% av fallen är akuta varav endast ett fåtal av dem kräver snabbt ingripande för att förhindra död eller allvarlig skada. Att förhindra död eller allvarlig skada är de grundläggande kriterierna för att antytt samtycke skulle räcka. Artikelns författare instämmer med Moskop (1999) i påståendet att jour läkare kan hamna inför svåra utmaningar när det gäller att respektera patientens autonomi. (Se Verheijde et al. 2007 s. 52) Informerat samtycke är ändå ett grunduttryck för respekt och ett nödvändigt särdrag inom vårdyrket. Inom akutmottagningen bör därför respekten för patientens autonomi inte vara sämre än under andra omständigheter. (Verheijde et al. 2007)

Återupplivning vid ett sent skede för organbevarande och utvärdering för organdonation, är ändå ett anmärkningsvärt avsteg från antydan av samtycke. Enligt Uniform Anatomical Gift Act (UAGA) (National Conference of Commissioners on Uniform State Laws 2007) tillåts sedan år 2006 återupplivning på jousen även då patienten inte återupplivats prehospitalt. Återupplivning vid ett sent skede har ingen nytta för patienten och är en mycket traumatisk upplevelse för patientens anhöriga. Både the Institute of Medicine (Washington DC) (Committee on Increasing Rates of Organ Donation-Board on Health Sciences Policy-Institute of Medicine 2006) och the American Medical Association (AMA, Chicago, IL) förespråkar att UAGA:s bestämmelser skall ändras. Att återuppliva patienten för att donera hans eller hennes organ under antydan till samtycke kan ifrågasättas moraliskt. (Se Verheijde et al. 2007) I flera länder tyder undersökningar på att endast hälften av de till frågade skulle vara färdiga att donera sina organ. (jfr Veatch 2007 s. 40)

För att läkare skall få undanhålla viktig information, måste denna information orsaka ett sådant emotionellt nödläge att patienten uppskattas vara oförmögen att för egna rationella beslut. Patienten måste istället informeras senare då han eller hon uppskattas vara mottagligare. (Verheijde et al. 2007) Personligen känner inte Veatch till ett enda fall sedan slutet av 1960-talet (Nishi v. Harwell 1970; Veatch 1981) då man

framgångsrikt kunnat förbigå patientens samtycke enligt denna regel. (Veatch 2007 s. 39)

Veatch hävdar att det förekommer begreppsmässig förvirring om att utelämnande av samtycke skulle ge befrielse från samtyckeskravet. Det skulle vara viktigt för författare att granska litteraturen och skilja mellan: ”antytt”, ”antagande” och ”avfärdat” samtycke. Om en läkare påstår att ett *intraventrikulärt* blodprov är nödvändigt för att fastställa en diagnos och patienten räcker fram sin arm är denna gest en antydning på samtycke. Fast små barn har en vårdnadshavare borde man låta barnet också påverka i små saker som i vilken arm han eller hon vill få en injektion. En målsmans medgivande befriar inte vårdaren från att efterlysa patientens samtycke. Vid antagande av samtycke antar man att patienten skulle ge sitt samtycke ifall han eller hon kunde frågas om det. (Veatch 2007 s. 39-40)

Avfärdat samtycke tolkar Veatch som en situation då vårdaren samtalar med patienten, men patienten avbryter samtalet och säger att han eller hon har tillräckligt med information och är villig att fortsätta med den rekommenderade behandlingen. (Veatch 2007 s. 39-40)

Varje patient vill ha olika mängder av information för att ge sitt samtycke. Detta ger upphov till dilemmat i Easton et al.s (2007) studie om att över- eller underinformera patienten. (Se Veatch 2007 s. 40) Det är ändå viktigt att inse att det finns stora skillnader mellan dessa två felsteg. Genom att överinformera så riskerar man att uttråka patienten eller helt enkelt slösa bort tid. Att underinformera är igen ett direkt avsteg emot etiska principer och patientens autonomi. Att överinformera kan man härmed anse orsaka mindre skada. Det enda undantaget kan anses vara överinformering i så stor skala att den orsakar förvirring och äventyrar patientens förmåga att kunna ge ett informerat samtycke. Enligt Veatch borde därför varje vårdare sträva till att optimerat informera sina patienter. (Veatch 2007 s. 40-41)

Richardson redogör i sin artikel för hur forskningsetiken inom medicinen under de senaste 50 åren har gått framåt. Inom akutvården finns det speciella utmaningar i fråga om att få patientens samtycke i forskningsfrågor. De nuvarande reglerna ger tillstånd till att man etiskt kan bedriva forskning utan att erhålla informerat samtycke av patienten.

De nuvarande reglernas ändamålsenlighet debatteras fortfarande inom forsknings- och etiska kommittéer. (Richardson 2005 s. 247)

5.3 Uppskattning av de viktigaste kvaliteterna gällande patientens autonomi

Inom den västerländska vårdkulturen är autonomin viktig och anses som en av de mest centrala aspekter då medicinska beslut fattas. Frågan som diskuteras i artikeln är: Då man vill vara autonom, vilka aspekter av autonomin värderar patienten mest? Artikeln presenterar fyra olika aspekter (som bland annat Dworkin 1988, Brülde 1998, Broström 2003 har använt) av autonomin: självbestämmande, frihet, uppfyllelse av önskemål och självständighet. (Sandman 2007 s. 261)

Som konklusion hävdar Sandman att det inte är ändamålsenligt att förvandla det till en norm att patienten fattar alla beslut. Istället bör man vara flexibel i fråga om att respektera patientens autonomi. Varje patient är olika och har olika förväntningar inom vården. (Sandman 2007 s. 267)

5.3.1 Självbestämmande

Traditionellt har självbestämmande ansetts som den mest centrala aspekten av autonomin. Att kunna själv bestämma någonting betyder att man bestämmer någonting enligt vad man själv vill. En viktig aspekt inom självbestämmande är att olika alternativ görs så tydliga som möjligt, så att patienten kan fatta beslut som motsvarar bäst hans eller hennes egna önskemål. Vi är själv beslutsamma även då vi hamnar att välja mellan dåliga alternativ. Vårt självbestämmande är ändå inskränkt ifall vi blir manipulerade eller tvingade att besluta någonting som vi inte är överens om. (Sandman 2007 s. 262-263)

5.3.2 Frihet

Självbestämmande skiljer sig från frihet genom att vi kan bestämma själva även fast vi har endast ett alternativ som vi kan välja (eller låta bli att välja), medan frihet karakteriseras av flera goda alternativ. Till exempel kan inte människor i underutvecklade länder välja mellan att få bättre hälsovård (som finns tillgänglig annanstans i världen) vilket är en begränsning av deras frihet. Å andra sidan kan vi inte just nu leva upp till en ålder på 500 år, vilket inte är en begränsning av vår frihet. (Sandman 2007 s. 263-264)

5.3.3 Uppfyllelse av önskemål

Även fast vi får det som vi vill ha, kan vi ändå efteråt bli besvikna över det som vi fick. Det kan även hända att någon annan fattar bättre beslut för oss. Som vårdare är det viktigt att öppet diskutera med patienten om alla alternativ som finns till hands. På så sätt ger vi patienten möjlighet att välja mellan alternativ som han eller hon inte ursprungligen varit medveten om. (Sandman 2007 s. 264)

5.3.4 Självständighet

Självständighet är förknippat med autonomi genom att vi som självständiga individer kan göra saker och ting, utan att vara beroende av andra. Självständighet kan indelas i allmän- och moralisk självständighet. Enligt de flesta är det bra att vara allmänt självständig. Vi är ändå beroende av andra människor i flera avseenden för att över huvud taget existera och leva våra dagliga liv. Moralisk självständighet betyder att man har moraliska förpliktelser gentemot andra människor. Ju mera självständig man är moraliskt, desto lättare är det att till exempel resa på en utlandssemester, utan att behöva ta i beaktande sin livspartner eller barn.

Större självständighet hjälper inte nödvändigtvis att uppfylla våra önskemål. Istället måste man ofta vara beroende av andra för att få det som man vill. (Sandman 2007 s. 264-265)

5.4 Etiska konflikter inom akutvården

Alla vårdare stöter på etiska dilemman i sitt arbete. Inom prehospitalt arbete är de etiska utmaningarna annorlunda på grund av bland annat följande faktorer: lång distans till tilläggsresurser, begränsad teknisk hjälp och information, svårighet att sköta om patienterna i deras hem och arbeta på offentliga platser, arbeta- inom en liten grupp och på brottscener. I svåra situationer kan akutvårdaren vara tvungen att fatta beslut som i vanliga fall fattas av mer kvalificerad personal som av läkare. (Sandman & Nordmark 2006 s. 2-3)

Enligt Sandman & Nordmark finns det stora brister i läromaterialet och en allmän djupgående diskussion kring etiska frågor inom den prehospitala vården. Diskussionen fokuserar främst på etiska problem med återupplivning (DNAR-beslut) eller ”triage” i katastrofsituationer. För att kunna handskas med etiska konflikter på bästa möjliga sätt behöver man verktyg för etiskt beslutsfattande. Innan man utvecklar metoder för etiskt beslutsfattande bör man först identifiera situationer där man ställs inför etiska dilemman. Sandman & Nordmark presenterar i sin forskning etiska dilemman som akutvårdarna ställs inför inom det prehospitala arbetet. (Sandman & Nordmark 2006 s. 2-3)

Nydén et al. intervjuade i sin forskning sju informanter i åldern 65-88 år, med erfarenhet av att ha blivit prehospitalt vårdade (i både akuta och icke akuta fall). Resultatet av forskningen var att patienternas grundbehov, den fysiska hälsan, togs väl i beaktande medan andra behov som empati helt och hållet försumrades av vårdarna. Forskarnas slutsats var att grundvården måste utvecklas avsevärt i Sverige så att äldre patienter skall känna sig tryggare inom akutvården. Vården måste också planeras bättre för att uppmuntra äldre patienter att aktivare delta i planeringen av sin vård. (Nydén et al. 2003)

5.5 Beslutsfattandet inom akutvården

Inom den patientcentrerade vården förespråkas delat beslutsfattande gällande medicinska beslut. Delat beslutsfattande motiveras med att patientens autonomi skall beaktas bättre och för att ge patienten bättre möjligheter att påverka sin egen vård. I

artikeln behandlas flera olika förfaranden hur delat beslutsfattande kan ske i samverkan med patienten. (Sandman & Munthe 2009 s. 289)

Inom akutvården kan vårdaren bli tvungen att fatta beslut som helt enkelt är det motsatta till det som patienten vill. Sandman och Nordmark poängterar i sin undersökning (2006) problematiska situationer som en akutvårdare kan ställas inför då akutvårdarens beslut kommer i konflikt med patientens självbestämmanderätt. I det följande presenteras några exempel på etiska problem gällande patientens självbestämmanderätt utgående från akutvårdarnas perspektiv:

-Patienten vägrar att bli transporterad till sjukhuset. Akutvårdarna är inte säkra på ifall patienten är kompetent att fatta beslutet om att tacka nej till den erbjudna vården.

-Akutvårdaren bedömer att patienten inte behöver vårdas eller transporteras till sjukhuset, men patienten kräver både omsorg och transport.

-Akutvårdaren gör en bedömning av patientens tillstånd men patienten är inte av samma åsikt. T.ex. möter vårdaren en patient som lever i social misär.

Vårdaren rapporterar vad han eller hon har sett, men patienten vägrar tro på vårdarens bedömning av patientens levnadssituation.

-Patientens begäran om vård och transport kan vara i konflikt med de organisatoriska reglerna. Till exempel vill patienten bli transporterad till universitetssjukhuset (som är närmare), men på grund av resursindelningen av vården och den organisatoriska strukturen krävs det att patienten transporteras till och vårdas på ett lokalt sjukhus. (Sandman & Nordmark 2006)

5.6 Sammandrag av litteraturöversikten

Sammanfattningsvis betonar alla artiklar vikten av att respektera patientens autonomi. Fast patientens ställning i ett historiskt perspektiv har blivit betydligt bättre (enligt Annas 1998) är ändå alla författare ense om att stora förbättringar fortfarande måste ske för att förbättra patientens ställning inom den prehospitala vården. Varje artikel behandlade patientens självbestämmanderätt ur olika perspektiv. Därför är sammandraget till sin natur en förkortning av litteraturöversikten där olika artiklars

påståenden har jämförts sinsemellan för att ta fram likheterna mellan dem. Inga nämnvärda olikheter fanns, utan artiklarnas påståenden och resultaten var väldigt likadana.

Enligt Sandman & Nordmark (2006) finns det brister i läromaterialet och en allmän djupgående diskussion kring etiska frågor inom den prehospitala vården. Detta förefaller att vara som hinder för utvecklingen av patientens självbestämmanderätt. Sandman & Nordmark (2006) påpekar att diskussionen inom den prehospitala vården främst fokuserar på etiska problem gällande återupplivning (DNAR-beslut) eller ”triage” i katastrofsituationer. Intervjustudien som Sandman & Nordmark (2006) utförde visar hur viktiga de etiska frågorna är, inte endast för patienterna utan också för akutvårdarna, inom den prehospitala vården. I studien framgick det att akutvårdarna vill sköta patienterna med tanke på patienternas bästa intresse. Det förekommer ändå många konfliktartade situationer inom det prehospitala arbetet, och akutvårdarna har få eller inga verktyg att hantera konflikter enligt en etisk modell. Då Sandman & Nordmarks (2006) intervjustudie gjordes hade inga motsvarande studier gjorts.

Nydém et al.:s (2002) undersökning om äldre patienters behov inom den prehospitala vården stöder Sandman & Nordmarks påståenden om hur viktigt det är att utveckla etiska arbetsmetoder för akutvårdarna. Nydém et al. (2002) påpekar i sin undersökning att patienternas grundbehov, den fysiska hälsan togs väl i beaktande medan bland annat empatin helt och hållet försumrades av akutvårdarna. Det här är ett alarmerande fynd för att empati allmänt anses som en av de viktigaste egenskaperna för en person, och som grundattribut för att arbeta inom vårddyrket.

Sandman (2007) påpekar vikten av patientens självbestämmanderätt i sin artikel, men poängterar att större självständighet för patienten inte alltid är ändamålsenlig. Man är ofta beroende av andra för att få det som man vill. Ofta så fattar även andra personer bättre beslut för oss. Vårdaren bör öppet diskutera alla vårdalternativ som finns. På så sätt får patienten möjlighet att välja mellan alternativ som han eller hon inte har ursprungligen varit medveten om. (Sandman 2007) Alla patienter är ändå olika och vill ha olika mängder information för att ge sitt samtycke. (Easton et al. 2007) Enligt Veatch borde varje vårdare sträva till att på bästa sätt informera sina patienter. (Veatch 2007)

Detta ställer höga krav för vårdarna att kunna bedöma varje patients karaktär eller informationsbehov, men Veatch har rätt i sitt påpekande att vårdarna måste försöka sitt bästa. Vården är patientcentrerad och varje vårdares uppgift är att sköta sitt arbete utgående från patientens bästa intresse. Det här kan medföra flera praktiska svårigheter för vårdaren. Sandman (2007) påpekar ändå att även då vårdaren endast kan presentera dåliga alternativ, så har vårdaren gjort sitt bästa för att respektera patientens självbestämmanderätt.

Inom akutvården är det inte alltid möjligt att vårda patienten enligt hans eller hennes informerade samtycke. Till exempel för att förhindra död eller allvarlig skada kan patienten vårdas enligt antydan eller antagande till samtycke. Veatch påpekar ändå att regeln om antydan till samtycke har missbrukats. (Veatch 2007 s. 39-40)

För att vårdpersonalen skulle få undanhålla viktig information måste denna information orsaka ett sådant emotionellt nödläge att patienten uppskattas vara oförmögen att fatta egna rationella beslut. (Veatch 2007 s. 39) Återupplivning vid ett sent skede för organbevarande och utvärdering för organdonation, är också tillåtet med endast antydan till samtycke. (Veatch 2007 s. 40) Veatch ifrågasätter i sin artikel starkt det etiska förfarandet i dessa två fall.

För att åskådliggöra resultatet av litteraturöversikten har en figur gjorts (se figur 2). Denna figur visualiserar de positiva och negativa aspekterna i fråga om hur patientens självbestämmanderätt förverkligas inom den prehospitala vården. Akutvårdarna sköter generellt sitt arbete mycket bra, men det verkar som om de etiska frågorna försummas inom yrket. Som figuren åskådliggör ligger den största vikten på det ”negativa”, detta är resultatet av litteraturöversikten.

Positiv

Akutvårdarnas yrkeskompetens är på en hög nivå.

Akutvårdarna både strävar och vill arbeta för sina patienters bästa intresse.

Negativ

Patienterna anser att akutvårdarnas etiska färdigheter är på en dålig nivå.

En diskussion om de etiska frågorna saknas inom det prehospitala arbetet.

Patientens samtycke förbigås, även då detta inte är befogat.

Figur 2 De positiva och negativa sidorna av hur patientens självbestämmanderätt förverkligas inom akutvården utgående från litteraturoversikten.

6 METOD

Undersökningen utgår ifrån Rosengren & Arvidsons (2001) metod för osystematisk direkt observation. Den är en kombination av att direkt observera någonting och av att osystematiskt samla in data. Direkt observation används då observatören och de observerade har låg eller obefintlig grad av interaktion med varandra (observatören ligger dold, till exempel bakom en skärm). De observerade är ändå fullt medvetna om att de observeras. (Rosengren & Arvidsons 2001 s. 181-182)

Enligt Rosengren & Arvidson (2001 s. 188) är det ändamålsenligt att använda en osystematisk datainsamlingsmetod då man: ”ger sig in i ett nytt fält, där

begreppsapparaten är torftig och hypoteserna lyser med sin frånvaro, är det inte särskilt meningsfullt – och inte heller särskilt lätt – att genomföra standardisering och strukturering av datainsamlingsarbetet”. I litteratursökningen hittade respondenten inte en enda forskning som skulle endast handla om hur patientens självbestämmanderätt förverkligas prehospitalt. Därför ansågs den osystematiska datainsamlingsmetoden vara den mest ändamålsenliga i undersökningen. Rosengren & Arvidson (2001 s. 188) hävdar att det kan vara rent av skadligt att standardisera och stukturera en liknande undersökning på grund av att betydelsefull data kan då bli avskärmad.

6.1 Datainsamling

I undersökningen observerades hur patientens självbestämmanderätt förverkligas i simulerade prehospitala situationer, för tredje årets akutuårdsstuderanden i Högskolan Arcadas patient safety and learning center. Simuleringarna är inspelade på videoband, och respondenten observerade två videoinspelningar. Fokuset av observationerna var att följa interaktionerna mellan vårdarna och patienterna. I undersökningen ville respondenten kunna se helheter och dra paralleller med litteraturen, och uppskatta i vilken grad självbestämmanderätten förverkligades för patienterna i simuleringarna. Undersökningen är kvalitativ av mer förberedande natur inom sitt område. Målsättningen var att ge upphov till en generell hypotes eller åtminstone intressanta resultat.

6.2 Bearbetning och analysering av litteraturen

I undersökningen använde respondenten ett observationsformulär utgående från Stewart & Roters (1989 s.143) undersökningsmodell om hur läkare bör kommunicera med sina patienter. Stewart & Roters ursprungliga observationsformulär bestod av 14 frågor. Genom att kombinera och ta bort några frågor, kunde respondenten använda sig av fyra frågor:

1. Patientens ångslor, förväntningar och idéer.
2. Hur ville akutvårdarna vårda patienten.
3. Hur bra förstod akutvårdarna patienten.
4. Hur involverades patienten i akutvårdarnas beslutsfattande.

Som i den teoretiska referensramen redogjordes, så fokuserar inte denna underökning på hur effektivt patienten vårdas i medicinskt hänseende. Respondenten har ändå tagit hänsyn till att de viktigaste vårdåtgärderna har utförts. Mera detaljerade frågeställningar om effektiviteten av vården undersöktes i Stewart & Roters (1989 s.143) observationer, men respondenten valde att på grund av orsakerna som framkommer i den teoretiska referensramen koncentrera sig på de etiska aspekterna i simuleringarna. Stewart & Roters (1989 s.139) observationsformulär baserade sig på idén att patientens beteende styrs till största delen av hans eller hennes hälsotillstånd. Därför anser Stewart & Roters att en av vårdarens viktigaste uppgifter är att utforska och att försöka förstå denna aspekt. Denna patientcentrerade tankegången tar också i beaktande patientens självbestämmanderätt och därför valdes Stewart & Roters frågeställningar med i observationen.

Litteraturundersökningen användes som stöd för att få fram på vilket sätt vårdarna tog i beaktande patientens självbestämmanderätt (forskningsfråga 1). Utgående från dessa egenskaper besvarades forskningsfråga 2, i vilken grad har patienten möjlighet att påverka sin vård inom den prehospitalla vården.

7 UNDERSÖKNINGENS RESULTAT

I detta stycke redogörs för resultaten från den osystematiska direkta observationen. Totalt observerades två simuleringar där två olika arbetspar av akutvårdsstuderanden skötte om en patient. Svarena på respondentens frågor för observationerna presenteras i tabellen på följande sida. Av de båda simuleringarna har respondenten också skrivit en kort sammanfattning över vad som hände. I sammanfattningarna av simuleringarna valdes att skriva endast de viktigaste händelserna, så att läsaren snabbt skall få en helhetsbild över händelserna. Att till exempel beskriva varje gest och ord som uttrycktes ansågs inte vara ändamålsenligt för undersökningen. Under rubriken slutsatser fokuserar respondenten på de mest iögonfallande händelserna under simuleringarna och listar kort sina egna slutsatser.

	Simulering ett	Simulering två
1. Patientens ängslor, förväntningar och idéer	<p>1. Patienten vill inte bli transporterad till sjukhuset, utan vill endast bli vårdad hemma.</p> <p>2. Akutvårdarna placerade EKG kablar på patientens bröst för att monitorera pulsen. Patienten vill inte ha kablarna på sig och bad flera gånger vårdarna att ta bort dem.</p>	<p>Patienten ville tala med en av akutvårdarna som han kände. Patienten frågade akutvårdaren ideligen om hans familj och hur han mådde.</p>
2. Hur ville akutvårdarna vårda patienten	<p>Akutvårdarna ville transportera patienten till sjukhuset och försökte sitt bästa att övertyga honom om det. Patienten uttryckte klart och tydligt att han ville stanna hemma. Vården och undersökningen av patienten fungerade bra och förflöt enligt akutvårdarnas protokoll.</p>	<p>Akutvårdarna ville sköta patienten enligt protokollet, hur man behandlar patienter med bröstsmärtor.</p>
3. Hur bra förstod akutvårdarna patienten	<p>Akutvårdarna verkade inte att förstå patienten. Vårdarna var inte tillmötesgående att uppfylla patientens önskemål (att få stanna hemma eller att ta EKG kablarna bort från hans bröst).</p>	<p>Akutvårdarna förstod patienten mycket väl. De var sympatiska gentemot patienten fast denna hela tiden distraherade akutvårdarnas arbete.</p>
4. Hur involverades patienten i akutvårdarnas beslutsfattande	<p>Patienten involveras inte i beslutsfattandet över sin vård. Patientens önskemål att få stanna hemma eller att få bort EKG kablarna från sitt bröst beaktades inte, fast patienten tydligt yttrade sin vilja flera gånger om dessa saker.</p>	<p>1. Akutvårdarna informerade inte patienten alltid om vad de gjorde. Ingen förklaring eller information gavs till patienten då knapnometern placerades på fingret eller då EKG-kablarna placerades på bröstet. Ingen diskussion förekom mellan patienten och vårdarna angående behandlingen.</p> <p>2. Simuleringen avslutades tidigt, inga beslut hann göras om hur patientens vård skulle fortsätta.</p>

Tabell 1. Observationsformulärets svar

7.1 Simulering ett

Akutvårdarna möter patienten och hälsar på honom. Vårdarna frågar varför patienten ringt ambulansen, patienten svarar på grund av att han ätit för mycket läkemedel. Akutvårdarna börjar undersöka patienten: mäter blodtrycket som är 97/64 mmHg, temperaturen 36,8° C, auskulterar lungorna och börjar monitorera patients puls med 3-EKG kablar. Akutvårdarna ger åt patienten läkemedelskol som de ber honom dricka, varefter vårdarna ber patienten att blåsa i alkoholmätaren som ger resultatet 1,6 promille. Snart framkommer det i intervjun att patienten ätit 15-16 st diatsepam tabletter. Vårdarna vill transportera patienten till sjukhuset, men patienten vill stanna hemma. Patientens vill inte ha EKG kablarna på sig utan ber vårdarna flera gånger att ta bort dem. Patientens och vårdarna kommer till ingen lösning om hur vården skall fortsätta förrän simuleringen är slut. Simuleringen tog 13 minuter och 52 sekunder.

7.2 Simulering två

Akutvårdarna möter patienten och hälsar på honom. Samtidigt lyfter vårdaren huvudändan upp i sängen så att patienten kommer i en sittande ställning. Patientens börjar småprata med den andra vårdaren och säger att han känner denna. Trots patientens distraherande småprat lyckas vårdaren vänligt fråga om patienten själv ringt ambulansen, till vilket patienten svarar ja. Vårdaren får också reda på att patienten lider av bröstsmärtor. Knapnometer fästs på patientens finger. Vårdaren meddelar att han öppnar patientens skjorta och börjar fästa EKG-kablar och blodtrycksmätaren. Vårdaren försöker fortsätta att intervjua patienten och patienten berättar om sina tidigare hjärtsjukdomar. Patientens ville hela tiden fråga vårdaren, som han känner, om hans familj. Vårdaren lyckades ändå vända diskussionen tillbaka till patientens bröstsmärtor och betonar hur farliga bröstsmärtorna kan vara om de inte fokuserar sig på dem. Simuleringen tog 4 minuter och 35 sekunder.

7.3 Slutsatser

Även om båda simuleringarna var mycket olika, kunde man upptäcka tydliga samband mellan dem. I båda simuleringarna uppträdde akutvårdarna vänligt gentemot sina patienter. Vårdåtgärderna informerades mycket dåligt för patienterna i båda simuleringarna. Vid varje vårdåtgärd bör vårdaren berätta vad han eller hon tänker göra. Till exempel i både simulering ett och två öppnades patienternas skjortor och akutvårdarna började fästa EKG kablar på patienternas bröst utan att i förväg berätta om vad som gjordes. Under båda simuleringarna försumrades informationen om vårdåtgärderna vid flera tillfällen.

I simulering ett ville patienten att EKG kablarna skulle tas bort från hans bröst och patienten bad flera gånger att akutvårdarna skulle ta bort dem. Akutvårdarna lät EKG kablarna vara på patienten. Detta var en tydlig kränkning av patientens självbestämmanderätt. Ur medicinsk synvinkel kunde man bra ha tagit bort EKG kablarna, på grund av att patientens hälsotillstånd inte var akut vid detta tillfälle. Ifall patientens hälsa skulle ha blivit sämre tar det endast några sekunder att fästa EKG kablarna tillbaka. Alternativt kunde akutvårdarna ha känt på patientens puls från hans handled. I simulering ett ville inte patienten bli transporterad till sjukhuset, men akutvårdarna insisterade på att transportera honom. Det som akutvårdarna gjorde väl var att de ringde och konsulterade läkaren om vad de skulle göra. Enligt protokollet bör man få läkarens tillstånd att lämna en patient hemma. Akutvårdarna borde tydligt ha informerat patienten om hans valmöjligheter att antingen bli vårdad på sjukhus eller sen konsultera läkare om patienten kan lämnas hemma. Det som hände i simuleringen var att akutvårdarna insisterade flera gånger på att transportera patienten till sjukhuset. När detta inte lyckades meddelades det endast åt patienten att *”vänta lite, vi försöker ringa upp läkaren”*. En översikt borde ha utförts om patienten kunde ha klarat sig hemma och fanns det någon som kunde ha hållit patienten sällskap och följt med hans hälsa. Detta är det första man bör ta reda på enligt akutvårdarnas protokoll, då man överväger att inte transportera en patient till sjukhuset.

I simulering två hade akutvårdarna en mycket pratsam och trevlig patient. Man märkte tydligt att patientens goda humör hade en lugnande inverkan på akutvårdarna. De orkade lyssna på vad patienten hade att säga, vilket var bra. Efter en stund avbröts patienten och ena akutvårdaren förklarade vänligt att det skulle vara viktigt om de, tillsammans med patienten, skulle fokusera sig på hans hälsa och vårda hans bröstsmärtor.

I båda simuleringarna hade patienterna alldeles olika personligheter. När man jämför simuleringarna med varandra så klarade akutvårdarna mycket effektivare av att vårda en patient som var trevlig (i simulering två). I den första simuleringen gick det mycket tid åt för akutvårdarna när de försökte övertala patienten att komma med till sjukhuset och att försöka få tag på läkaren för att konsultera denna. I kontrast med varandra tog den första simuleringen ca tre gånger längre tid än den andra simulationen gjorde.

På basen av de båda simuleringarna har respondenten gjort en fyra punkters lista på förslag vad som akutvårdarna kunde ha tagit bättre i beaktande i simuleringarna angående patientens självbestämmanderätt. Denna lista är endast gjord på basen av de två simuleringar som respondenten observerat. Listan kan omöjligen användas i varje situation som akutvårdare råkar utföra inom den prehospitala vården.

1. Patienten bör informeras om varje vårdåtgärd som görs till honom eller henne.
2. Om patienten ställer önskemål angående sin vård bör detta tas i beaktande. Patientens självbestämmanderätt får aldrig ignoreras, om detta görs så måste beslutet vara mycket välmotiverat (Se litteraturöversikten s. 25).
3. När patienten blivit undersökt bör akutvårdarna berätta för patienten vilka medicinska fynd de gjort och presentera sin egen rekommendation eller olika alternativ hur vården bör fortsättas.
4. Ifall akutvårdaren och patienten hamnar i en konfliktsituation angående vården så:
 - a. Lyssna på patienten och ta hans eller hennes önskemål på allvar.
 - b. Ifall akutvårdaren är av en annan åsikt med patienten om hur denna bör vårdas, så försäkra dig om att patienten blivit väl informerad och att patienten förstår medicinskt sin situation.
 - c. Till patientens rättigheter hör att alltid vägra att bli vårdad eller att en

enskild vårdåtgärd inte utförs. Ifall patientens vilja förbigås, måste detta beslut vara mycket välmotiverat.

8 ETISK REFLEKTION

I en studie ställs man alltid inför etiska överväganden. En enkel regel är att försöka skada så lite som möjligt och väga skadan mot den nytta man tror sig göra genom sin undersökning. I praktiken är ändå de flesta vetenskapsmän benägna att uppfatta skadan som liten och nyttan som stor, medan informanterna möjligen anser annorlunda. (Rosengren & Arvidson 2001, s. 185)

I en deltagande observation kommer etiska frågor att bli aktuella vid två olika skeden: under insamlingen av data och när resultaten publiceras. (Merriam 1994, s. 189-190) Walker (1980, s. 35) har gjort en förteckning över fem specifika problem i en fallstudie för en forskare: att forskaren blir alltför engagerad i sina frågeställningar eller i situationen som studeras, konfidentialitet, anonymitet, att olika intressegrupper vill ha tag i och få kontroll över resultaten från undersökningen och läsarens oförmåga att skilja mellan själva informationen och forskarens tolkning av den.

En observation som utförs utan att de observerade vet om det väcker etiska frågor om privatliv och om rätten att veta vad en forskare håller på med. (Merriam 1994, s. 191) Webbl et. al. (1981) hävdar i sin bok att de etiska frågeställningarna ligger längs en skala vars grund är hur pass ”offentligt” den observerades beteende är. (Se Merriam 1994, s. 191)

Analysen av information från en fallstudie kan väcka en del etiska problem. Eftersom respondenten var själv det primära instrumentet för insamling av information, har denna filterats genom hans värderingar och teoretiska utgångspunkter. Att avgöra vad som är viktigt och vad som ska uppmärksammas då man samlar in och analyserar information är en fråga som respondenten själv måste ta ställning till. Det finns inga riktlinjer hur man ska förfara i alla tänkbara situationer. Diener & Crandall (1978, s. 161) har gett ett sunt råd för hur man ska bete sig:

”Det finns helt enkelt inte något etiskt alternativ till att sträva efter att vara så objektiv, ärlig och noggrann som det mänskligt sett är möjligt att vara under forskningens alla faser. Vid planering, genomförande, analys och rapportering ska forskaren sträva efter att ge en så riktig bild som möjligt och, närhelst det är genomförbart, bygga in metodologiska kontroller som ett stöd för detta... Den skevhet man inte kan kontrollera bör diskuteras i rapporten. Om informationen endast delvis ger stöd åt de förutsägelser man haft, bör rapportens innehåll ge tillräckligt med information för att läsaren ska kunna dra sina egna slutsatser.” (Se Merriam 1994, s. 192)

8.1 Tillämpning av etik i denna studie

Innan simuleringarna spelades in på videoband har informanterna gett sitt skriftliga medgivande att videobandena, i Arcada patient safety and learning center (APSLC), får användas för fallstudier. Informanterna har blivit både skriftligen och muntligen informerade att deltagandet i en möjlig fallstudie är frivilligt och möjligheten för deltagandet i en sådan kan avbrytas när som helst. Informanterna har också gett sina skriftliga medgivanden för tystnadsplikt över övningarna i APSLC. APSLC:s personal har garanterat studerandenas medgivande för denna studie.

Anonymiteten i studien garanteras genom att informationen i studien presenteras på ett sätt där informanterna inte kan urskiljas. Respondenten observerade videobandena på APSLC:s dator och inga kopior av videobandena har tagits. Det material som samlades in under observationen förvaras så att ingen utomstående kan få tag på det och endast respondenten har tillgång till att läsa materialet. I materialet står inga namn och man kan inte urskilja informanterna från det. Efter att denna studie har blivit färdig kommer materialet som samlats in under observationerna att förstöras.

Ingen regel kan berätta för respondenten hur alla etiska frågor bör lösas eller säkerställa att resultaten inte kommer att användas till de inblandades nackdel. Det bästa är att vara medveten om de etiska frågeställningarna under hela forskningsprocessen.

Respondentens personliga egenskaper är de viktigaste för att kunna genomföra en etiskt acceptabel undersökning. (Merriam 1994, s. 193-194)

9 KRITISK GRANSKNING

I följande stycke behandlas vilka faktorer som påverkat studiens trovärdighet. Litteratursökningen gav endast ett fåtal artiklar medan det fanns inga böcker som direkt skulle ha behandlat ämnet i denna studie.

9.1 Direkt observation

I studien hade videokamera använts för datainsamling. Fördelarna med att se på simuleringarna från videoband är att den registrerar kroppsspråk, ögonkontakter, grimaser, pauser och så vidare. Respondenten kunde också gå tillbaka till sitt material om och om igen. Nackdelen med videobandspelare är att man samlar ett mycket större material än vad man behöver för att belysa den frågeställning som låg till grund för observationen. Efterarbetet blev således omfattande. Även om det finns en viss vana vid övervakningskameror så kan situationen bli annorlunda för deltagarna i undersökningen, och en videokamera kan upplevas som hotfull. (Einarsson & Chiriac 2002, s. 25)

Den dolda observationen som utfördes i studien medförde några praktiska problem. Videobilden och ljudet på bandet var lite otydligt och respondenten måste ibland anstränga sig till det yttersta för att följa med simuleringarna. Därför kan det hända att respondenten har gått miste om information. Denna möjlighet försökte minimeras genom utförliga anteckningar från simuleringarna och genom att se på videobandena flera gånger. Också etiskt kan man fråga sig ifall det var rätt att utföra en studie av studeranden som endast visste att de med en liten sannolikhet kunde bli föremål för en studie.

Respondenten som person är också en möjlig felkälla, till exempel kan respondentens perception vara påverkad av personliga faktorer som kan leda till att data som blivit insamlad är opålitlig. Denscombe (2000) tar upp tre faktorer som kunde ha påverkat respondentens observationsförmåga. För det första handlar det om *förtrogenhet* vilket

innebär man ser på det som man är van att se och respondenten tolkar otydligheter i enlighet med tidigare kunskap. *Tidigare erfarenhet* är den andra aspekten och den innebär att man filtrerar automatiskt bort obehagliga företeelser och förstorar önskvärda fenomen. Den tredje aspekten har att göra med respondentens *nuvarande tillstånd*, det vill säga fysiska tillstånd som hunger och törst eller emotioner. (Se Einarsson & Chiriac 2002, s. 28)

9.2 Observationsformuläret

Under 2000-talet har etiken och kommunikationen inom sjukvården blivit ett ämne som fått mycket uppmärksamhet (Se forskningens bakgrund, s. 7). Det erbjuds även kurser där man lär sig att forska i kommunikation inom sjukvården. Tyvärr hade respondenten varken tid eller resurser att delta i en sådan kurs. Därför måste en skraddarsydd version av Stewart & Roters (1989, s. 143) observationsformulär göras. Orsaken varför inte hela Stewart & Roters observationsformulär användes var att det ursprungliga observationsformuläret undersökte kommunikationen mellan patienten och läkaren från ett mycket brett perspektiv. Bland annat är frågorna fördjupade i läkarens yrkesskicklighet och hur effektivt denna använde sin tid. Dessa aspekter är mycket viktiga i en etisk studie. Till exempel kan man argumentera om patienten får besluta om sin egen vård, i så fall är kanske vårdarens yrkesskicklighet på en låg nivå. Man kan också argumentera om ett etiskt bemötande kan vara alltför tidskrävande. Arbetets uppdragsgivare hade önskat att studien skulle ha undersökt sambandet mellan patientens självbestämmanderätt och patientsäkerhet. Respondenten fokuserade endast på de etiska frågorna i sitt arbete på grund av att begränsa sitt ämne i hanterliga proportioner och inte göra studien för stor. Dessutom utgår arbetet ifrån att patientens självbestämmanderätt är ett egenvärde i sig som både bör främjas och undersökas mera ingående.

10 DISKUSSION

I detta stycke besvaras studiens forskningsfrågor. Att besvara dem visade sig vara knepigt. Alla akutvårdare agerar aldrig precis likadant även i likadana situationer och alla patienter är annorlunda. Enligt lagen måste akutvårdare vara också mycket flexibla på grund av att ”kundförhållandet” som uppstår mellan en patient har i själva verket ofta privaträttsliga drag och avtalstypiska element. I en viss utsträckning går det att komma överens om vårdåtgärder eller vårdmetoder; lagstiftningen säger i allmänhet ingenting om vårdens innehåll. (Mäenpää 2004, s. 16-17)

När man studerar olika författares teorier visade sig det att vara svårt att ge entydiga svar på studiens forskningsfrågor. Resultatena från de olika forskningarna har kopplats ihop med den teoretiska referensramen. Studiens forskningsfrågor var följande:

1. På vilket sätt tar vårdaren i beaktande patientens självbestämmanderätt inom den prehospitala vården?
2. Till vilken grad har patienten möjlighet att påverka sin vård inom den prehospitala vården?

10.1 Vårdarens beaktande av patientens självbestämmanderätt - inom den prehospitala vården

Ur artikelgenomgången framkom att akutvårdarna vill göra sitt bästa när det gäller att respektera patientens självbestämmanderätt. Akutvårdarna ansåg att etiska konflikter uppstår när patienten vägrar att bli vårdad, även om akutvårdarna bedömer att patienten skulle vara i behov av vård. En annan konflikt uppstår då patienten ställer obefogade krav på att få vård. Att sköta patienter som inte har behov av vård hindrar akutvårdarna från att sköta andra patienter. (Sandman & Nordmark, 2006)

I en annan undersökning av äldre patienter, i åldern 65-88 år, inom den prehospitala vården framkom det att akutvårdarna sköter allt beslutsfattande gällande vården av sina

patienter. Undersökningen kritiserade akutvårdarnas agerande att inte förklara tillräckligt väl för patienterna hur de skall vårdas. Vårdandet ansågs inte heller vara personcentrerad och patientens självbestämmanderätt förbigicks regelbundet. (Nydém et. al. 2002)

Respondentens egna slutsatser från sina egna observationer var att akutvårdarna hade också en hel del att förbättra i att respektera patienternas självbestämmanderätt. I observationerna handlade förbättringarna för det mesta om ganska enkla saker (som att informera patienten i förväg om varje vårdåtgärd). I helheten gjorde akutvårdarna ett bra arbete. För att göra ett utmärkt arbete skulle det ändå vara viktigt för akutvårdarna att ta de etiska aspekter bättre i beaktande.

10.2 Patientens möjlighet att påverka sin vård - inom den prehospitala vården

Inom vården krävs det alltid att patienten ger sitt samtycke för att vårdåtgärder får utföras. I medicinska nödsituationer är patientens möjlighet att påverka sin vård väldigt begränsad. I dessa fall måste vårdpersonalen agera på ett sätt som de anser vara bäst för patienten för att hindra död eller annan skada. (Verheijde et al. 2007)

Annars bör vårdaren alltid presentera olika vårdalternativ så tydligt som möjligt, så att patienten kan fatta beslut som motsvarar bäst hans eller hennes egna önskemål. Att respektera patientens självbestämmanderätt uppfylls även då när vårdaren endast kan ge dåliga vårdalternativ åt patienten. (Sandman 2007) Fast små barn har en vårdnadshavare, borde man låta barnet påverka i små saker som till exempel i vilken arm han eller hon vill få en injektion. En målsmans medgivande befriar inte vårdaren att efterlysa patientens samtycke. (Veatch 2007)

I observationerna som respondenten gjorde skulle det ha efterlysts efter ett större inflytande för patienterna att påverka sin vård. Att kunna förhandla och att ge olika vårdalternativ skulle ha varit viktigt att presentera åt patienten, speciellt i simulering etc. I simulering två skulle det också ha varit viktigt för akutvårdarna efter att ha undersökt patienten att berätta om de medicinska slutsatser de gjort och föreslå ett eller flera

vårdalternativ åt patienten (Läs mera om simuleringarna 7.3 Slutsatser s. 31).

11 AVSLUTNING

Denna studie har hjälpt mig att få en djup insikt om vad patientens självbestämmanderätt inom den prehospitla vården innebär. På grund av att det finns få etiska studier inom den prehospitla vården, så behövs det mera forskning inom ämnet. Sandman & Nordmark (2006) hävdar att diskussionen inom den prehospitla vården fokuserar främst på etiska problem gällande återupplivning (DNAR-beslut) eller ”triage” i katastrofsituationer. Därför hoppas jag på att denna studie kommer att vara till nytta i framtiden och att mera diskussion samt mera uppmärksamhet skulle ägnas åt etiska problem.

Efter studien väcktes följande fråga hos mig: Hur stor inverkan har patientens personlighet på akutvårdarnas arbete? Förslag på en fortsättning av denna studie kunde vara att utföra en kvantitativ forskning. Man kunde också studera hur bra akutvårdarna informerar sina patienter när de undersöks och hur ofta får patienterna en ”slutrapport” där de informeras om medicinska fynd samt om olika vårdalternativ som kan vidtas.

Akutvårdarnas arbete är mycket krävande inom den prehospitla vården. Arbetsomständigheterna är mycket utmanande och akutvårdarna fattar beslut som i normala fall hör till läkarnas ansvarsområde. Därför vill jag egnas ett stort tack åt de blivande akutvårdare vars simuleringar jag fått observera. Jag vill också tacka min handledare, Christel Roberts, för hjälp och inspiration under hela arbetsprocessen av mitt slutarbete. Ett stort tack också till alla de personer som läst och korrigerat mitt arbete. Jag vill tacka speciellt Robert Luther som hjälpt med att avsvärd förbättra nivån på språket i denna studie.

KÄLLOR

- Alfred I.T. 2005, *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. England: The MIT Press Cambridge, 328 s.
- Annas George J., J.D., M.P.H. 1998, A national bill of patients rights. *The New England Journal of Medicine* 1998 Mar 5;338(10):695-9.
- Agell, Malmström 2010, *Civil rätt*. Malmö: Liber AB, 375 s.
- Einarsson C., Chiriack E.H. 2002. *Gruppobservationer: teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, cop., 156 s.
- Eriksson K (red.) 1995. *Mot en caritativ vårdetik*, Åbo: Åbo akademi, 221 s.
- Eriksson K, Matilainen D (red.) 2002. *Vårdandets och vårdvetenskapens idéhistoria. Strövtåg i spårandet av "caritas originalis"*, Åbo: Åbo akademi, 191 s.
- Finlex. *Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 812/2000*. Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2000/20000812>.
- Finlex. *Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785*. Tillgänglig: [http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sj%C3%A4lvbest%C3%A4mmander%C3%A4tt](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=sj%C3%A4lvbest%C3%A4mmander%C3%A4tt). Hämtad 15.9.2011.
- Höst M. 2006. *Att genomföra examensarbete*, Lund: Studentlitteratur, 153 s.
- Merriam, Sharan B. 1994, *Fallstudien som forskningsmetod*, 15 uppl., Lund: Studentlitteratur, 228
- Mäenpää O., 2004. *Grunderna för god förvaltning*. Helsingfors: Hakapaino Oy, 313 s.
- Nydén K, Petersson M, Nyström M. 2003, Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments - obstacles to an active role in decision making. *J Annals of emergency medicine* Mar;12(2):268-74.
- Richardson L.D. 2005, The ethics of research without consent in emergency situations. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York* Jul;72(4):242-9.

- Rosengren K.E., Arvidson P. 2001, *Sociologisk metodik*, 4 uppl., Liber AB, 310 s.
- Roter, D.L. & Hall, J.A. 2006. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits*, 2 uppl., USA: Greenwood Publishing Group, Inc, 238 s.
- Purtilo R. 1982. *Vård vårdare vårdad*. USA: Esselte Studium AB, 288 s.
- Sandman L. 2004, On the autonomy turf. Assessing the value of autonomy to patients. *Medicine, Health Care and Philosophy* ;7(3):261-8.
- Sandman L., Munthe C. 2009, Shared decision-making and patient autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics* ;30(4):289-310.
- Sandman L., Nordmark A. 2006, Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nurse Ethics* Nov;13(6):592-607.
- Social- och hälsovårdsministeriet. *Arbetsgruppen för klientens självbestämmanderätt inom social- och hälsovården*. Tillgänglig:
http://www.stm.fi/sv/under_arbete/arbetsgrupper/klientens_sjalvbestammanderatt.
Hämtad: 1.7.2011
- Stewart M. & Roter, D. 1989. *Communicating with medical patients*, 2 uppl., USA: Sage Publications, Inc, 286 s.
- Svenska synonym ordbok, ord för ord*. 1992, Norge: Norstedts Ordbok AB, 1028 s.
- Veatch Robert M. 2007, Implied, Presumed and Waived Consent: The Relative Moral Wrongs of Under- and Over- Informing. *American Journal of Bioethics* Dec;7(12):35-8.
- Verheijde Joseph L., Rady Mayo Mohamed Y., McGregor Joan L 2007, Defining the Scope of Implied Consent in the Emergency Department: Shortchanging Patients' Right to Self Determination. *The American Journal of Bioethics* Dec;7(12):51-2.

BILAGA 1

Forskningsöversikt

Publikationsår	Författare	Titel	Syfte	Metod, Urval	Slutsats
2006, Sverige	Sandman L. Nordmark A.	Ethical conflicts in pre-hospital emergency care	Analysera och beskriva etiska konflikter som akutvårdare hamnar i det prehospitala arbetet.	Kvalitativ studie. Baserar sig på sex grupp intervjuer, på tre olika orter. n=29	Få av de behandlade konflikterna är unika inom den prehospitala vården. Det finns lite studier om etiska konflikter inom området och enligt forskarna behövs det därför fler.
2002 Sverige	Nydém K Pettersson M. Nyström M.	Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments – obstacles to an active role in decision making	Att undersöka och analysera äldre patienters behov inom den prehospitala vården.	Kvalitativ studie. n=7 Ostrukturerad intervju.	Grundvården måste utvecklas avsevärt i Sverige så att äldre patienter skall känna sig tryggare inom den prehospitala vården. Vården måste också planeras bättre för att uppmuntra äldre patienter att delta aktivare i planeringen av sin vård.

BILAGA 2

Artikelöversikt

Publikationsår, land	Författare	Titel	Syfte	Slutsats
2009 Sverige	Sandman L. Munthe C.	Shared decision-making and patient autonomy	Utgående från patientens autonomi diskutera olika former av delat beslutsfattande.	Beslutena inom vården borde alltid fattas av- eller tillsammans med patienten. Målet är att hjälpa och uppmuntra patienten att kunna själv ställa krav över det han/hon vill.

2007 USA	Verheijde J.L. Mohamed Y.R. McGregor J.L.	Defining the scope of implied consent in the emergency department: short-changing patients' right to self determination	Reflekterar problematiken och betonar vikten om informerat samtycke med patienten inom akutmottagningen.	Läkare inom akutmottagningen kan stöta på utmanande situationer då det kan vara svårt att ta i hänsyn patientens självbestämmanderätt. På grund av att informerat samtycke är en fundamental rätt för patienten, så måste den tas i hänsyn. Inom akutvården bör man respektera patientens självbestämmanderätt lika mycket som i vilken annan vårdssituation.
2007 USA	Veatch R.M.	Implied, presumed and waived consent: the relative moral wrongs of under- and over-informing	Definiera och kartlägga olika former av samtycke, och moralen i att över- eller under-informera patienten.	Det finns flera olika variationer av samtycke. Varje patient vill ha olika mängder av information och det kan vara svårt att avgöra när man över- eller underinformerar en patient.
2005 USA	Richardson L.D.	The ethics of research without consent in emergency situations	Kartlägger utvecklingen av reglerna i att forska inom det prehospitala arbetet.	Det finns alldeles egna utmaningar att företa forskning inom det prehospitala arbetet. De nuvarande specialreglerna kan debatteras.
2004 Sverige	Sandman L.	On the autonomy turf. Assessing the value of autonomy to patients	Presenterar fyra olika aspekter av autonomin (självbestämmande, frihet, uppfyllelse av önskemål och självständighet) och diskuterar vilken av dessa aspekter som patienten värderar mest.	Det är inte endamålsengligt att förvandla det till en norm att patienten fattar alla beslut. Istället bör man vara flexibel i fråga om att respektera patientens autonomi. Varje patient är annorlunda och har olika förväntningar inom vården.
1998 USA	Annas G.J.	A national bill of patients' rights	Reflekterar patientens juridiska rättigheter i USA från ett historiskt perspektiv.	Patientens rättigheter är viktiga inom hälsovården. Utan rättigheter riskerar medborgarna att hamna i ett system som är likgiltigt för lidande.