

# **Akutvårdarens etiska profil – en undersökning om hur akutvårdare fattar beslut**

Belinda Ahlberg

Joakim Harju

Padraig Rego

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård
Identifikationsnummer:	13330 (Ahlberg), 13127 (Harju), 12891 (Rego)
Författare:	Belinda Ahlberg, Joakim Harju, Padraig Rego.
Arbetets namn:	Akutvårdarens etiska profil – en undersökning om hur akutvårdare fattar beslut
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Högskolan Arcada AB
<p>Sammandrag:</p> <p>Avsikten med denna studie var att kartlägga den etiska profilen hos akutvårdare i syfte att djupare förstå vilka värdeuppsättningar som styr en akutvårdares beslutsfattande. Studien var en del av en internationell undersökning som fokuserar på analys av akutvårdarens moraliska kompetens och hur den påverkar etiskt beslutsfattande. Delstudier av undersökningen har redan gjorts i Australien, England, Spanien och Sverige. I Finland gjordes studien på tre räddningsverk i södra Finland. Som enkätens bas använde skribenterna analysinstrumentet The Managerial Values Profile, som utvecklats i avsikt att analysera etiskt beslutsfattande. Enkäten bestod av 12 par av påståenden, dvs. totalt 24 påståenden. Skribenterna valde att modifiera enkäten med att tillsätta en sex stegs Likert-skala, enligt vilken informanterna valde påståenden. Syftet med MVP var att undersöka hur olika värdeuppsättningar påverkar individens handlingssätt. I MVP används tre värdeuppsättningar, Utilitarism (A), Individuella Rättigheter (B) och Social Rättvisa (C). I studien användes MVP med avsikt att få svar på frågeställningarna. Centrala frågeställningar för studien var:</p> <p>Huvudfråga: Vilken är akutvårdarens etiska profil?  Underfråga: Vilka värdeuppsättningar styr akutvårdarens beslutsfattande samt hur påverkar akutvårdarens arbetserfarenhet och val av värdeuppsättning den etiska profilen?</p> <p>Resultaten påvisade att Individuella Rättigheter (B) och Social Rättvisa (C) var de värdeuppsättningar som mest påverkade informanternas beslutsfattandet. 90% (54/60) av informanterna höll individuella rättigheter, social rättvisa eller en kombination av dessa som viktigaste värdeuppsättningen som bakgrund för beslutsfattandet. Enligt resultaten utvidgade mängden arbetserfarenhet individens förmåga att kombinera värdeuppsättningar. Resultaten påvisade dessutom att om individen innehade någon annan akademisk utbildning, var det mer sannolikt att individen kombinerade värdeuppsättningar. Enligt skribenterna kunde ämnet vidare undersökas för att djupare förstå motiven bakom besluten och val av värdeuppsättningarna. Således kunde man få ett holistiskt perspektiv på svaren och se om besluten påverkats av inre eller yttre etik.</p>	
Nyckelord:	akutvård, akutvårdare, etik, MVP, beslutsfattning
Sidantal:	94
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency Care
Identification number:	13330 (Ahlberg), 13127 (Harju), 12891 (Rego)
Author:	Belinda Ahlberg, Joakim Harju, Padraig Rego.
Title:	The Ethical Profile of a Paramedic – a study about decision making
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	Arcada University of Applied Sciences
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this study was to survey the ethical profile of a paramedic and to understand how a paramedic makes decisions. This study was a part of an international research project which aims to analyse the moral competence of a paramedic and how it affects ethical decision making.</p> <p>The study has already been piloted in Australia, England, Spain and Sweden. In Finland the study was done with 3 Emergency Medical Services in Southern Finland.</p> <p>A ready-made tool (The Managerial Values Profile, MVP) was used as a base for the questionnaire. The questionnaire consists of 12 pairs of statements, 24 statements all together. The writers chose to modify the questionnaire by adding a six-step Likert-scale. The purpose of the MVP was to analyse which value sets influence an individuals' decision-making. The MVP used three value sets for the analysis, Utilitarianism (A), Individual Rights (B) and Social Justice (C). The MVP was used to answer the central question of the study:</p> <p>Primary question: What is the ethical profile of a paramedic?  Secondary question: Which value sets guide the decision-making of a paramedic and how does work experience influence decision-making?</p> <p>The results showed that Individual Rights (B) and Social Justice (C) were the value sets most used by paramedics to help guide decision-making. 90% (54/60) of the informants viewed Individual Rights, Social Justice or their combination as the most important value set guiding their decision-making. The results also showed that work experience and extra academic education increased the probability of an individual to be capable of using multiple value sets to guide their decision-making. To understand the motives behind the decision-making of a paramedic, the writers recommended further research on the subject. This would lead to a more holistic perspective to the answers and if the answers of a paramedic are influenced by internal or external ethics.</p>	
Keywords:	Paramedic, EMS, MVP, ethics, decision-making
Number of pages:	94
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ensihoito
Tunnistenumero:	13330 (Ahlberg), 13127 (Harju), 12891 (Rego)
Tekijä:	Belinda Ahlberg, Joakim Harju, Padraig Rego.
Työn nimi:	Ensihoitajan Eettinen Profiili – tutkimus ensihoitajan päätöksenteosta
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	Ammattikorkeakoulu Arcada Oy
Tiivistelmä:	
<p>Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa ensihoitajan eettistä profiilia, päämääränä ymmärtää mitkä arvojoukot ohjaavat ensihoitajan päätöksentekoa. Tutkimus oli osa kansainvälistä tutkimusta, joka keskittyy ensihoitajan moraaliseen pätevyyteen ja kuinka se vaikuttaa eettiseen päätöksentekoon. Tutkimus oli jo tehty Australiassa, Englannissa, Espanjassa ja Ruotsissa. Suomessa tutkimus tehtiin kolmessa pelastuslaitoksessa Etelä-Suomessa. Tutkimuksessa käytetyn kyselyn pohjana käytettiin alunperin eettisen päätöksenteon analysointiin kehitettyä työkalua, The Managerial Values Profile (MVP). Kysely koostui 12:sta väittämäparista, eli yhteensä 24 väittämää. Tekijät muokkasivat kyselyä siten, että siihen lisättiin 6-portainen Likert-asteikko jonka mukaan tutkittavat vastasivat väittämiin.</p> <p>MVP:n tarkoitus tässä tutkimuksessa on analysoida miten eri arvojoukot vaikuttavat yksilön toimintaan. MVP tekee sen suhteessa kolmeen arvojoukkoon, Utilitarismi (A), Yksilön Oikeudet (B) ja Sosiaalinen Oikeudenmukaisuus (C). Tutkimuksessa MVP:llä etsitään vastauksia keskeisiin kysymyksiin :</p> <p>Pääkysymys: Mikä on ensihoitajan eettinen profiili?  Alakysymys: Mitkä arvojoukot ohjaavat ensihoitajan päätöksentekoa ja miten työkokemus ja arvojoukkojen valinta vaikuttavat eettiseen profiiliin?</p> <p>Tulokset kertovat, että Yksilön Oikeudet (B) ja Sosiaalinen Oikeudenmukaisuus (C) olivat arvojoukoista niitä, jotka vaikuttivat eniten vastaajien päätöksentekoon. 90% (54/60) vastaajista pitivät yksilön oikeuksia, sosiaalista oikeudenmukaisuutta, tai näiden kombinaatiota tärkeimpänä arvojoukkona päätöksentekonsa taustalla. Tulokset kertoivat myös, että työkokemus sekä akateeminen lisäkoulutus lisäsi yksilön kykyä yhdistellä arvojoukkoja päätöksenteossaan. Tekijöiden mukaan aihetta voisi tutkia jatkossa jotta syvemmin voisi ymmärtää motiivit päätösten ja arvojoukkojen valinnan takana. Täten voisi saada holistisen näkökulman vastauksille ja nähdä jos päätöksiin on vaikuttanut sisäinen vai ulkoinen etiikka.</p>	
Avainsanat:	Ensihoito, MVP, etiikka, päätöksenteko
Sivumäärä:	94
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>TIDIGARE FORSKNING</b> .....	<b>9</b>
2.1	Autonomi - patientens självbestämmanderätt .....	10
2.2	Den professionella rollen och identitet .....	11
2.3	Professionella ideal .....	11
2.4	Samhälleliga ideal .....	12
2.5	Anhöriga .....	13
2.6	Organisation och arbetsmiljö .....	14
2.7	Utbildning i etik .....	16
2.8	Sammanfattning .....	17
<b>3</b>	<b>SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH STUDIENS DESIGN</b> .....	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>TEORETISK BAKGRUND</b> .....	<b>21</b>
4.1	Akutvårdens historia i Finland .....	22
4.2	Vårdetik som normativ etik .....	23
4.3	Kohlbergs moralteori .....	25
4.3.1	<i>Moraltänkande</i> .....	25
4.3.2	<i>Utvecklingsfaser i Kohlbergs teori</i> .....	26
4.3.3	<i>Verksamhetsmodeller och verktyg</i> .....	28
<b>5</b>	<b>METOD</b> .....	<b>28</b>
5.1	Enkät .....	29
5.1.1	<i>The Managerial Values Profile (MVP)</i> .....	29
5.1.2	<i>Förverkligande</i> .....	31
5.2	Informanterna .....	32
<b>6</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>32</b>
6.1	Resultaten enligt The Managerial Values Profile .....	34
6.2	Resultaten enligt Likert skalan .....	38
6.3	Sammanfattning .....	40
6.3.1	<i>MVP</i> .....	40
6.3.2	<i>LIKERT-skala</i> .....	41
<b>7</b>	<b>KRITISK GRANSKNING</b> .....	<b>42</b>
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>47</b>
<b>9</b>	<b>KÄLLOR</b> .....	<b>53</b>

<b>10</b>	<b>BILAGOR .....</b>	<b>56</b>
10.1	Följebrev (finska) .....	56
10.2	Följebrev (svenska) .....	57
10.3	Enkät (finska).....	58
10.4	Enkät (svenska).....	62
10.5	The Managerial Values Profile (MVP) .....	66
10.6	Informanternas utbildningsnivå i antal.....	80
10.7	Antalet informanter med chefsbefattning .....	81
10.8	Könsfördelning för påståendepar 1 .....	82
10.9	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	82
10.10	Könsfördelning för påståendepar 2 .....	83
10.11	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	83
10.12	Könsfördelning för påståendepar 3 .....	84
10.13	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	84
10.14	Könsfördelning för påståendepar 4 .....	85
10.15	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	85
10.16	Könsfördelning för påståendepar 5 .....	86
10.17	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	86
10.18	Könsfördelning för påståendepar 6 .....	87
10.19	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	87
10.20	Könsfördelning för påståendepar 7 .....	88
10.21	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	88
10.22	Könsfördelning för påståendepar 8 .....	89
10.23	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	89
10.24	Könsfördelning för påståendepar 9 .....	90
10.25	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	90
10.26	Könsfördelning för påståendepar 10 .....	91
10.27	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	91
10.28	Könsfördelning för påståendepar 11 .....	92
10.29	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	92
10.30	Könsfördelning för påståendepar 12 .....	93
10.31	Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ .....	93
10.32	Norby (c) Prehospital and Disaster Medicine .....	94

## FIGURER

FIGUR 1 STUDIENS DESIGN	20
FIGUR 2 VÄRDETIKENS TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	25
FIGUR 3 INFORMANTERNAS INDELNING I ÅLDER	33
FIGUR 4 INFORMANTERNAS ARBETSERFARENHET I YRKET	33
FIGUR 5 ANTALET INFORMANTER MED NÅGON ANNAN UTBILDNING	34
FIGUR 6 ANALYSEN MED ANALYSINSTRUMENTET THE MANAGERIAL VALUES PROFILE	35
FIGUR 7 FÖRDELNING MELLAN VÄRDEUPPSÄTTNINGARNA	36
FIGUR 8 INFORMANTERNAS MEDELÅLDER	36
FIGUR 9 INFORMANTERNAS ARBETSERFARENHET	37
FIGUR 10 INFORMANTERNAS TILLÄGGSUTBILDNING	38
FIGUR 11 KÖNSFÖRDELNING FÖR PÅSTÅENDEPAR 1	39
FIGUR 12 MEDELTAL AV INFORMANTERNAS ÅLDER OCH ARBETSERFARENHET	40
FIGUR 13 UTILITARISM (A) VS. INDIVIDUELLA RÄTTIGHETER (B) PÅ LIKERT SKALAN	42
FIGUR 14 RESULTAT I LINJE MED TIDIGARE FORSKNINGEN	43

## TABELLER

TABELL 1 TABELL ÖVER ARTIKLAR	78
TABELL 2 LITTERATURSÖKNINGSTABELL	79

# 1 INLEDNING

Akutvårdspersonalen konfronteras med etiska problem och frågor dagligen, och beslutsfattandet sätts på prov vid etiskt svåra situationer. Eftersom akuvårdarna kan hamna i situationer där man t.ex. kan rikta livräddande resurser åt bara ett fåtal patienter, fastän behovet vore större, är etiskt svåra situationer en del av vårdpersonalens vardag. Om etiskt svåra situationer medför moraliska dilemman hos vårdpersonal kan det indirekt påverka vårdarbetet.

Avsikten med denna studie är att kartlägga den etiska profilen hos akuvårdare i syfte att djupare förstå vilka värdeuppsättningar som styr en akuvårdares beslutsfattande. Studien är en del av en internationell undersökning som fokuserar på analys av akuvårdarens moraliska kompetens och hur den påverkar etiskt beslutsfattande. (Bremer et al. 2012) Med hjälp av analysen är målsättningen att kartlägga olika medel för hur man kan stöda akuvårdare med etiska konflikter i sitt arbete. Delstudier av undersökningen har redan gjorts i Australien, England, Spanien och Sverige. I Finland görs studien på tre räddningsverk i södra Finland.

Etik inom vårdarbetet väcker diskussion, dels p.g.a. att vården i dag förändras hela tiden, samt att vi som vårdare utvecklar kunskaper om etik i vård-situationer. Olika vårdhandlingar samt ständigt förändrade krav på vårdmiljön och vårdare skapar behovet av en djupare förståelse av vårdetik och den individuella etiska profilen som vårdare har och tillämpar dagligen. Vi anser att en djupare förståelse om vårdetik ställer krav på utbildningen som akuvårdstuderanden tar del av. Avsikten med etikutbildning för vårdare är att förbättra vårdarnas förmåga att analysera etiska konflikter som man möter i praktiken, och att utveckla vårdarnas informationsbaserade etiska beslutsfattande. (Fry & Johnstone 2008 s. 186) Tidigare forskning visar att akuvårdare stöter på etiskt svåra situationer och ger stöd för rekommendationer om avancerad utbildning inom etik. (Bremer et al. 2012)

Etik är ett delområde inom filosofin. Etik ses som en systematisk undersökning av moralen vars avsikt är att ge en god motivering för moraliska beslut och åtgärder. (Fry & Johnstone 2008 s. 15) Moral däremot handlar om hurdana åtgärder man bör göra i olika



situationer, hurdana egenskaper eller benägenheter man borde utveckla i människor. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 36)

Vårdetik är en vetenskap som behandlar frågor om vad som är rätt och fel samt gott och ont inom vårdarbetet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 24) Det etiska beslutsfattandet styrs av yttre och inre värderingar. Yttre värderingar kan t.ex. vara lagar som styr det etiska beslutsfattandet och de inre värderingarna däremot innefattar individuella erfarenheter och värderingar. (Wallinvirta 2010)

Denna studie är en delstudie av ett internationellt projekt. I studien används en enkät, dvs. ett piloterat instrument som utarbetats för detta internationella projekt. Instrumentet består av två delar, *Managerial Value Profile* (MVP) och *The Managerial Ethical Profile Questionnaire* (MEP).

Första delen, *Managerial Value Profile* (MVP), är en enkät som kartlägger värderingar som styr en individs beslutsfattande. (Sashkin 1997 s. 190-191) Den andra delen, *The Managerial Ethical Profile Questionnaire* (MEP), mäter inflytande av gemensamma etiska ramar och hur de inverkar på ledningens beslutsfattande (French & Casali 2008). I studien används MVP med avsikt att få svar på frågeställningarna.

## 2 TIDIGARE FORSKNING

Den tidigare forskningen med utgångspunkt i det internationella projektet bildar en del av den teoretiska bakgrunden. Utöver detta har skribenterna gjort en litteratursökning med mer specifika kriterier. Kriterierna för artiklarna var att litteraturen är nordisk och publicerats mellan åren 2010 och 2013.

Litteratursökningen inleddes 28.8.2013. Som sökmetoder användes en initial sökning i elektroniska databaser med medicinska tidskrifter, begränsad sökning i olika databaser genom att kombinera specifika sökord och snöbollsurval. Litteratursökningen med de ursprungliga sökkriterierna gav få träffar, vilket medförde att författarna inkluderade också artiklar som publicerats före 2010, och som inte var av nordiskt ursprung. Sökningen och resultatredovisningen samt sökorden som använts har ställts upp i en tabell (se tabell 2).

Efter genomgången av artiklar kom det fram ämnen som upprepades i många artiklar. Dessa ämnen valdes som rubriker i denna studie. Många ämnen inkluderar element som den ursprungliga undersökningen betonar som problemområden. (Bremer et al. 2012)

Ytterligare användes en undersökning gjord av European Resuscitation Council (ERC), i vilken de etiska huvudprinciperna i akutvården beskrivs samt Sandman och Nordmarks modell. (Lippert et al. 2010, Sandman & Nordmark 2006) Definitionen på huvudprinciperna användes som grund för en mer detaljerad granskning av de etiska problemområdena i akutvården. Till etiska huvudprinciper räknas patientens autonomi, rättvisa, att göra någon gott, att inte orsaka skada åt någon, värdighet samt ärlighet. (Lippert et al. 2010)

## **2.1 Autonomi - patientens självbestämmanderätt**

Patientens autonomi innebär rätt att ta emot eller att avvisa vård. För att vara förmögen att göra autonoma beslut bör patienten vara väl informerad och kompetent att fatta beslut utan att känna sig tvingad. (Lippert et al. 2010)

Att respektera patientens autonomi är oftast en problematisk del av akutvården, vilket kan leda till etiskt svåra situationer. Då det gäller patientens självbestämmanderätt upplever akutvårdarna etiska utmaningar i situationer där patienter inte är kapabla (förmår) att kommunicera med vårdpersonalen. Vårdpersonalens upplevelser visar att de sällan har tillgång till all information om patienten som är relevant vid beslutsfattandet och utförandet av vården. (Nordby & Nøhr 2012)

Situationer där patienten inte är kapabel att kommunicera med vårdpersonalen är t.ex. återupplivning. Dessa situationer leder till att ett stort ansvar överförs till akutvårdarna och beslutsfattandet försvåras. Färdiga beslut och riktlinjer underlättar därför akutvårdarnas beslutsfattande. Sådana beslut är t.ex. beslut om återupplivning (DNR-beslut)

## 2.2 Den professionella rollen och identitet

Att upprätthålla den professionella rollen i akuvården är utmanande. Det betyder ofta att vårdare på något sätt ansluter sig till den professionella rollen och eventuellt ignorerar den egna identiteten, dvs. deras egna värderingar och tro. Det kan konstateras att alla spelar olika roller varje dag men att det egentligen är bara yttre manifestationer om våra egna värderingar och tron. Akuvårdarna stöter på situationer där den professionella rollen sätts på prov. Ideal om rättvis vård, respekt för patient, egna värderingar och uppskattning, kan vara i konflikt mellan professionella ideal och egen identitet. (Sandman & Nordmark 2006)

Att upprätthålla den professionella rollen är utmanande då akuvårdaren i vårdsituationen associerar till händelser i sitt eget liv. Som exempel kan akuvårdare med egna barn uppleva barnpatienter som utmanande. Att bibehålla den professionella rollen är utmanande p.g.a. egna känslor och associationer. Vårdpersonalens kontroll av egna känslor leder till diskussion omkring etiskt utmanande problem och praxis om vad som är rätt eller fel. (Langeland & Sørli 2010, Gunnarsson & Stomberg 2009) Akuvårdarna stöter på situationer där deras egna känslor inte är som utgångspunkt för gjorda val och beslut angående vården. (Nordby & Nøhr 2012) Vårdarna speglar egna attityder i sina etiska omdömen. De vårdar patienter så som de skulle själva önska bli vårdade. (Fernandes & Moreira 2012)

## 2.3 Professionella ideal

Det finns en grundläggande ideologi i akuvården att liv borde räddas oavsett situation. (Nordby & Nøhr 2012) Idén grundar sig långt på den bild människor har om akuvårdsyrket tack vare filmer och program som kan ses på tv. Eftersom dessa program betonar heroiska aspekter av arbetet, förser de få tillfällen för räddningspersonalen att berätta om händelserna med deras egna ord. (Tangherlini 2000)

Tidigare forskning visar på resultat att akuvårdarna hamnar i situationer där de skulle tycka att det är etiskt korrekt att inte t.ex. återuppliva patienten. Denna bedömning var formad på basis av etisk reflektion och dialog med läkaren. Det skedde efter respektive

situation, och det var dessutom underförstått att situationen involverade etiska dilemman. Fastän bedömningen om att inte påbörja återupplivning kunde motiveras på många sätt, kunde man ändå alltid spåra det tillbaka till personliga åsikter om patientens tillstånd eller vilja. (Nordby & Nøhr 2012)

Förutom det externa trycket från anhöriga anser akutvårdarna att det också finns interna, systemrelaterade tryck för att rädda liv. Detta kan strida emot akutvårdarnas egen moraliska tro och leda till etiskt svåra dilemman. Tidigare forskning visar att riktlinjer hjälper till att identifiera situationer i vilka det är motiverat att inte påbörja livräddande åtgärder eller avsluta dem. Akutvårdare kan ändå uppleva negativa konsekvenser av att ha handlat enligt sin egen moraliska tro. Akutvårdarna kan t.o.m. handla emot det som de själva skulle anse vara etiskt rätt, eftersom de är rädda för de negativa konsekvenserna som t.ex. att förlora sitt arbete, eller hamna i nyheterna. (Nordby & Nøhr 2012, Larsson & Engström 2013) Akutvårdarna beskriver också att information om patientens tillstånd som har konsekvenser för liv- och död måste vara giltig så de kan vara säkra om sina beslut. (Nordby & Nøhr 2012) När informationen om patientens tillstånd är osäkert, vårdar akutvårdarna enligt riktlinjer eftersom de är rädda för negativa konsekvenser.

Eftersom akutvårdarna har utbildning i akutsjukvård, har de avancerade kunskaper i jämförelse med lekmän. Därför brukar människor se upp till akutvårdarna vid nöd situationer, och lita på akutvårdarnas professionalitet. (Tangherlini 2000)

Det verkar som om den personliga och professionella moralen för att göra det som är rätt och att fatta rätt beslut, är svårt att uppnå. "Det är bättre att köra en resa för mycket, än en resa för litet". Uttrycket kan ses som en generell synpunkt hos akutvårdarna.

## **2.4 Samhälleliga ideal**

Samhället ställer konstant krav på akutvården och hela sjukvårdssystemet. De styrs av lagar och etiska riktlinjer som nämner vad som enligt samhället är det rätta sättet att arbeta etiskt. Till exempel sjuksköterna styrs av etiska riktlinjer skapade av International Council of Nurses (ICN). (Fry & Johnstone 2008)

Enligt ICN har sjuksköterna fyra fundamentala skyldigheter; att främja hälsa, att förebygga sjukdomar, att återställa hälsa och att lindra lidande. (Fry & Johnstone 2008 s.

68) Sjuksköterna förväntas göra de rätta besluten vid etiskt svåra situationer samt använda sig av de etiska riktlinjerna som hjälp. Skillnader gällande antalet tillfällen där de etiska riktlinjerna har använts för att lösa etiskt svåra situationer, mellan sjuksköteren med lite erfarenhet och sjuksköteren med mycket erfarenhet, har väckt uppmärksamhet om den nuvarande etiska undervisningens otillräcklighet. (Aitamäa et al. 2010)

I vissa situationer inom akutvården kan akutvårdarens egna ideal strida mot de samhällseliga idealen. Sådana situationer är t.ex. återupplivning. Situationen styrs av återupplivningsriktlinjer som berättar för vårdarna hur och vad de ska göra då de stöter på en situation där återupplivning bör påbörjas eller avslutas. Dessutom underlättas beslutsfattandet ännu mer då det finns färdiga beslut som t.ex. DNR-beslut som stöd för riktlinjerna. (Ågård et al. 2011)

## **2.5 Anhöriga**

Temat som upprepas i tidigare forskning är situationer där anhöriga är inblandade. Tidigare forskning hänvisar till att akutvårdarna kan uppleva närvaron av patientens anhöriga som problematisk och utmanande i vårdssituationer. I tidigare forskningen har situationer gällande vårdbeslut där anhöriga är delaktiga, kommunicerande, samt informerande av anhöriga uppfattats som problematiska.

Situationer där patienten inte är kapabel att fatta egna beslut gällande sin vård, ses som utmanande. Det leder till att patienten förlorar sin självbestämmanderätt och beslutsfattandet överförs på akutvårdarnas samt anhörigas ansvar. (Ågård et al. 2011) Anhöriga har rätt att få aktuell information om patientens tillstånd samt vid behov ta del i beslutsfattandet. Beslutet fattas baserat på primärbedömningen av patienten samt på den informationen anhöriga ger. Sjukvårdsregionens akutvårdsläkare eller läkaren som är ansvarig för patientens vård är oftast också delaktig i beslutsfattandet.

Dagens akutvård styrs av lokala sjukvårdsdirektiv, som vårdpersonalen är skyldiga att följa. (Risikko & Koskela 2011) Sjukvårdsdirektiven och akutvårdarnas bedömning av patientens tillstånd bestämmer var den fortsatta vården sker. Anhörigas önskan om den fortsatta vårdplatsen kan avvika från den vårdplatsen som enligt sjukvårdsdirektiven är

den rätta. Då uppstår det en konflikt mellan anhörigas önskemål och akutvårdarnas beslut. Dessutom stöter akutvårdarna ofta på situationer där patienten enligt vårddirektiven inte har behov av transport eller att patienten själv vill stanna hemma men anhöriga önskar att patienten transporteras till sjukhuset. Konflikterna gällande patientens vård och anhörigas närvaro, kan orsaka påfrestning vid beslutsfattandet. (Gunnarsson & Stomberg 2009, Nordby & Nøhr 2012)

Konfliktsituationer är särskilt utmanande och kommunikationen blir av betydelse. Kommunikationen med anhöriga ses som en viktig, men utmanande del av patientens vård. Bemötande av anhöriga kräver goda kommunikationsfärdigheter och förståelse, särskilt i situationer där akutvårdarna känner moralisk press från anhöriga. (Nordby & Nøhr 2012) Tidigare forskning hänvisar dessutom till att akutvårdarna inte har tillräcklig utbildning om hur de bör kommunicera. Det nämns också att akutvårdarna ofta undviker svåra situationer och stress. Då gäller det ofta att kommunicera med anhöriga i t.ex. återupplivningssituationer där vårdarna avslutat återupplivningen samt vid dödsfall. Undvikandet av problematiska situationer leder till otillräcklig utveckling av kommunikationsfärdigheter hos vårdare, som är viktiga kvaliteter i de tidigare nämnda situationerna. (Bremer & Sandman 2011)

Att informera anhöriga och att stöda dem i återupplivningssituationer är viktigt. Akutvårdarna borde erbjuda hjälp gällande att få fortsatt stöd, men också att arrangera en lugn och trygg miljö, och ge akut stöd i de situationer där anhöriga gör sorgearbete. (Bremer & Sandman 2011, Ågård et al. 2011) Brådskande situationer leder också till en ständig informering åt anhöriga gällande patientens tillstånd är utmanande. Det förorsakar problem åt vårdarna när de inte kan ge all tid åt en patient, och dess anhöriga. (Langeland & Sørlie 2010)

## **2.6 Organisation och arbetsmiljö**

När skribenterna gått igenom tidigare forskningen, har teman omkring organisationer och arbetsmiljö kommit fram. I artikeln (Nordby & Nøhr 2012) presenterar författarna att på många arbetsplatser är riktlinjer för att lösa etiskt svåra problem bristfälliga. Dessutom var protokollen gällande samarbete med läkaren varierande, och resultaten antyder att samarbete inte alltid fungerar så bra. Naturligtvis spelar akutvårdarnas auto-

nomi gällande beslutsfattande en roll i detta. Författarna konstaterar också att det borde finnas gemensam praxis inom detta område, och att det finns utrymme för förbättring på den fronten.

Eftersom akuvårdarnas personliga åskådning inte motsvarar den externa eller interna proceduren leder det till att de inte alltid handlar enligt deras egna etiska övertygelse. Akuvårdarna hamnar ofta i situationer där de upplever press från två olika håll. Därför är det ett viktigt mål för alla organisationer inom hälso-och sjukvårdsbranschen att minimera de upplevda konflikter mellan ekonomiska- och administrativa värderingar gentemot personliga åskådningar som formats i patient kontakter. Alla akuvårdare som tagit del i studien (Nordby & Nøhr 2012) upplevde situationer med tryck från två håll som svåra, att de har en negativ personlig inverkan, och gör arbetet utmanande.

Arbetsmiljön har också en roll vad det gäller akuvården. I studien (Langeland & Sørli 2010) konstateras att den mest utmanande faktoren inom akutsjukvården är mängden patienter, sysselsatta dagar och svåra prioriteringar som är nödvändiga att utföras. Tidsbristen för att förse vård för patienterna ansågs som problematiskt. Detta kunde leda till att vårdarna efter arbetsturen kunde ha ett dåligt samvete och uppleva att de gjort ett dåligt arbete.

Tidigare forskning påpekar att eftersom vårdarna arbetar i en miljö som kan påverkas av t.ex. olika ekonomiska faktorer, kan det leda till känslor om att inte respektera patientens integritet och att kränka patientens integritet. Som exempel situationer där man inte har tillgång till tillräcklig avskärmning.

I kartläggningen om etiska konflikter i prehospitala akuvården (Sandman & Nordmark 2006), belyser författarna samma saker som kommit upp i tidigare forskningen. Organisationens protokoll kan stå i konflikt med akuvårdarnas egna åsikter och tycke om vad som är bäst för patienten. Eftersom organisationens struktur, även i Finland, är uppbyggd omkring den formella auktoritets struktur, kan det även leda till att akuvårdare kan få direktiv av en läkare som strider emot vad som akuvårdarna anser som att vara i patientens bästa intresse.

## 2.7 Utbildning i etik

Det finns två olika målsättningar med att lära etik i vården, i utbildningen formella läromål och läromål som studerande själv strävar efter. De centrala målsättningarna med utbildning i etik är: den studeranden utvecklas till en autonom professionell som kan fatta etiska beslut. Detta betyder att studerande kan identifiera och lösa problem av etisk karaktär, har förmåga att ta reda på undersökt information som grund för lösningar av etiska problemen, samt förmåga att delta i samhälleliga värdediskussioner angående hälsovården och vårdarbetet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 345)

I sitt arbete bemöter akutvårdarna sörjande människor och anhöriga som har förlorat sin närmaste. I sådana situationer är det akutvårdarens skyldighet att erbjuda krishjälp och stöd samt undvika att orsaka mera lidande. Detta kräver utvecklat etiskt kunnande. (Bremer et al. 2012)

För att bemöta dessa professionellt och emotionellt krävande situationer behöver akutvårdarna:

- kontinuerlig moralisk utbildning och övningar i klinisk etik
- fördjupande utbildning och övning i bemötandet och handlingssätt med sörjande anhöriga
- stöd och övervakning för att bearbeta stress och obehag som förorsakas av dessa situationer (Bremer et al. 2012)

Grunderna om etik i vårdarbetet lärs i yrkesinriktade studier. Men inläringen slutar inte där utan fortsätter i arbetslivet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 346)

Tidigare forskning tar fram att akutvårdarnas egen osäkerhet och deras egen upplevelse om att inte ha tillräcklig kunskap vilket kan leda till etiskt svåra situationer (Nordby & Nøhr 2012). Det finns evidens på att akutvårdare försöker undvika situationer som är etiskt svåra. Detta leder till en kortvarig nytta för de professionella, men antyder på att akutvårdarna inte uppfyller sin professionella plikt och hindrar utvecklingen av etiska kunskaper. (Bremer & Sandman 2011)



Tidigare nämnda faktorer sätter en tyngdpunkt på utbildningen om etik som akuvårdarna får. Eftersom kunskapsnivån påverkar beslutsfattandet, ses utbildningen som en nödvändig förutsättning för akuvårdarna. (Gunnarsson & Stomberg 2009) Ett lärande som grundar sig på erfarenhet och övningar där betoningen är på teamarbete samt på situationer där professionella delar på erfarenheter anses som nyttiga ämnen inom fortsatt utbildning. (Fernandes & Moreira 2012) Det finns också en antydning på efterfrågan på s.k. "follow up" där det vidare diskuteras om utfallet på vården. (Larsson & Engström 2013) Evidens om att etiska direktiv och analys av situationer där akuvårdare upplever tryck från två håll (se figur 41) borde ha en plats i utbildningen. Även övningar som är konstruerade för att förbereda akuvårdare för liv- och död situationer som de möter i prehospital kontext, borde finnas med. (Nordby & Nøhr 2012) Mental förberedelse har också en positiv korrelation med minskad nivå av osäkerhet och stress. (Larsson & Engström 2013)

## 2.8 Sammanfattning

Samhället ställer konstant krav på akuvården samt hela sjukvårdssystemet. De styrs av lagar och etiska riktlinjer som nämner vad som enligt samhället är det rätta sättet att arbeta enligt goda modeller. Detta uppfattas som samhällliga ideal för en akuvårdare.

Akuvårdarna påverkas av professionella ideal som innebär tryck och förväntningar som t.ex. anhöriga och systemet ställer. Eftersom median ofta betonar den heroiska aspekten om akuvårdaryrket, leder det till att medborgarna förväntar sig att akuvårdarna agerar som hjältar och räddar liv. Idealerna kan ses som mål som akuvårdarna vill uppnå. De samhällliga och professionella idealerna kan strida mot akuvårdarnas egna ideal och värderingar. Egna idealerna påverkas av akuvårdarens känslor, associationer, värderingar, attityder, moralisk utvecklingsnivå samt erfarenheter. Akuvårdarna stöter dessutom på situationer där deras egna känslor inte är som utgångspunkt för gjorda val och beslut angående vården.

Tidigare forskning indikerar att akuvårdarnas egen osäkerhet gällande etiska problem, samt deras upplevelse av att inte ha tillräcklig kunskap leder till etiskt svåra situationer. Sådana situationer kan t.ex. vara när patienten själv inte kan kommunicera med akuvårdspersonalen eller när patientens självbestämmanderätt är i konflikt med akuvårdar-

nas beslut. Då överförs ansvaret till akutvårdarna och beslutsfattande försvåras. I sådana situationer är det viktigt att beakta de anhörigas åsikt.

Anhöriga och deras åsikter är en annan orsak till etiska problem. Problem uppkommer speciellt då anhörigas åsikter om patientens vård avviker från vårdpersonalens åsikter. Därför är kommunikationen med anhöriga samt information till anhöriga viktigt för att undvika konflikter.

Organisationen och arbetsmiljön har en del i etiska konflikterna som akutvårdarna stöter på i sitt arbete. Arbetsplatsen kan ha bristfälliga riktlinjer för att lösa etiska problem. Dessutom kan protokollen i organisationen strida mot akutvårdarnas egna åsikter om vad som är i patientens bästa intresse. Detta kan leda till situationer där akutvårdarna upplever press från två olika håll, mellan inre och yttre värderingar. Arbetsmiljön förändras konstant. Eftersom resurserna inte alltid möjliggör att akutvårdarna kan ge all den tid och vård åt patienten som de anser att behövs, kan det leda till att akutvårdarna upplever sig ha dåligt samvete. Det kan i framtiden leda till att deras mentala hälsa börjar svikta. Till exempel ”burnout” och förlängda sjukledigheter är inte sällsynta i akutvården.

Eftersom den etiska kunskapsnivån har en positiv effekt på beslutsfattandet och dess precision, ses fortsatt utbildning i etik som en viktig metod att förbättra akutvårdarnas etiska kunskaper. Sådana metoder är kontinuerlig moralisk utbildning och övningar i klinisk etik, fördjupande utbildning och övning i bemötandet av sörjande anhöriga samt stöd och övervakning för att bearbeta stress och obehag som förorsakas av dessa situationer.

### **3 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH STUDIENS DESIGN**

Studien är ett beställningsarbete av yrkeshögskolan Arcada. Avsikten med denna studie är att kartlägga den etiska profilen hos akutvårdare i syfte att djupare förstå vilka värdeuppsättningar som styr en akutvårdares beslutsfattande. Inom akutvården konfronteras ofta etiskt svåra situationer som kräver etiskt tänkande samt beslutsfattande. Studien är

en del av en internationell undersökning som fokuserar på analys av akuvårdarens moraliska kompetens och hur den påverkar etiskt beslutsfattande. (Bremer et al. 2012) Idén är att kartlägga olika medel för hur man kan stöda akuvårdare som har etiska konflikter i sitt arbete. Delstudier av undersökningen har gjorts i Australien, England, Spanien och Sverige. I Finland utförs studien på tre räddningsverk i södra Finland.

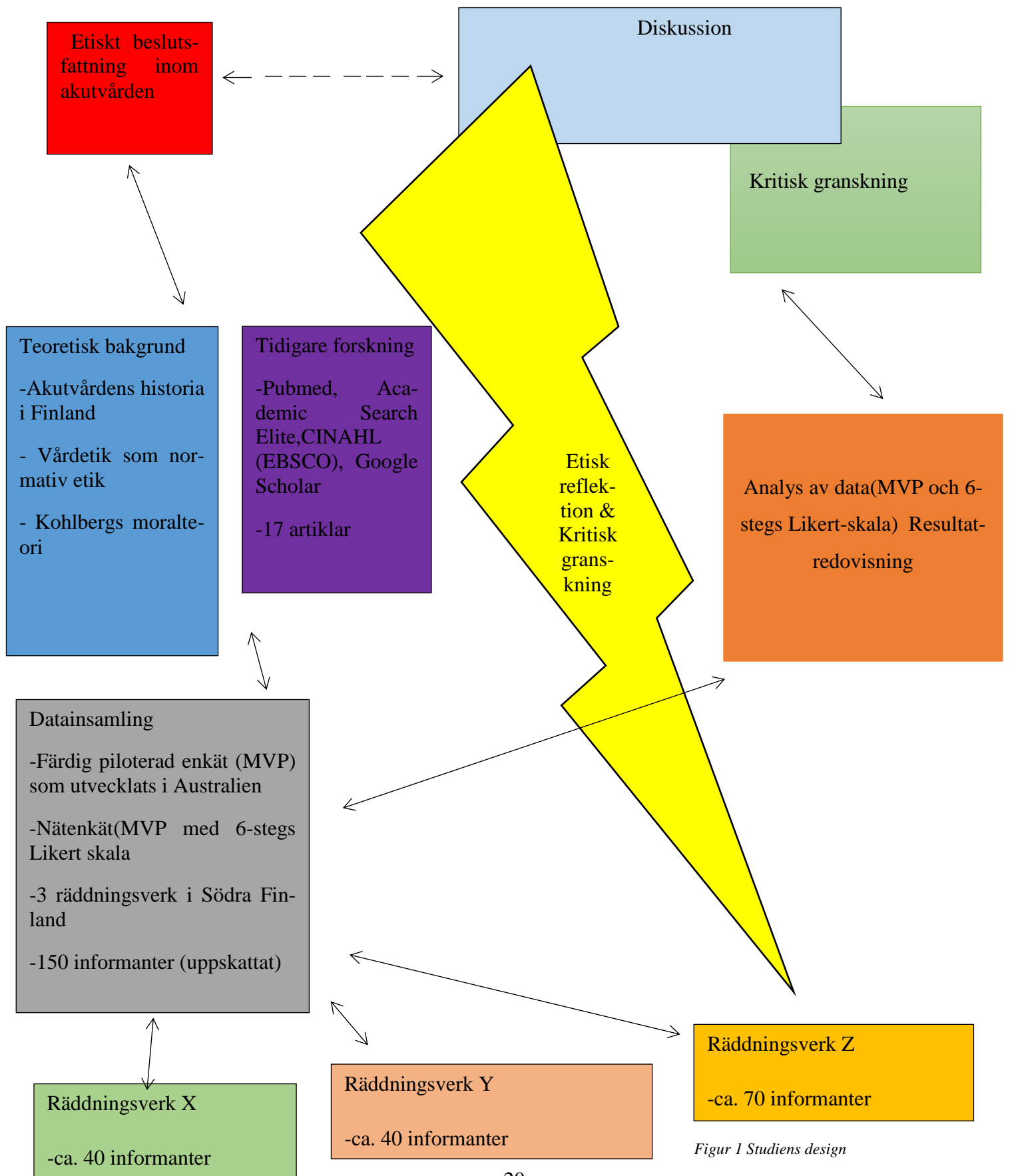
Centrala frågeställningar för studien var:

*Huvudfråga:* Vilken är akuvårdarens etiska profil?

*Underfråga:* Vilka värdeuppsättningar styr akuvårdarens beslutsfattande samt hur påverkar akuvårdarens arbetserfarenhet och val av värdeuppsättning den etiska profilen?

Idén om att utföra studien i Finland fick skribenterna av lärarna vid Yrkeshögskolan Arcada som hade läst om en studie som gjorts de senaste åren i Australien, Spanien, England och Sverige. När skribenterna bestämt sig för att utföra studien gjordes ett preliminärt syfte och preliminära frågeställningar upp. Efter godkännande från skolans sida påbörjades litteratursökningen på hösten 2013. Eftersom det fanns tidigare studier i ämnet blev valet av metod lättare och endast val av referensram gjordes. Även ett datainsamlingsverktyg fanns från tidigare, vilket underlättade arbetet. Efter att planen blivit godkänd av Arcadas etiska råd samt räddningsverken, och efter att de teoretiska delarna preliminärt var skrivna, kunde datainsamlingen påbörjas.

Eftersom enkäten använts redan tidigare och den blivit översatt till rätt språk, behövde ingen pilotundersökning av enkäten utföras. En nätenkät gjordes och efter att skribenterna fått forskningslov av de olika instanserna, skickades enkäten iväg till räddningsverken. Informanterna hade tre veckor tid att svara på enkäten. Efter datainsamlingen gjordes en systematisk dataanalys med hjälp av analysinstrumentet som använts i den ursprungliga studien. Till följande kunde skribenterna påbörja resultatredovisningen, kritiska granskningen och diskussionen om resultaten i förhållande till syfte, frågeställningarna, teoretiska bakgrunden och teoretiska referensramen. Under arbetets gång har skribenterna hela tiden reflekterat över etiken och den kritiska granskningen. I figur 1 ses en bild över hur arbetsprocessen sett ut.



Figur 1 Studiens design

## 4 TEORETISK BAKGRUND

I studien har teori om akutvårdens historia i Finland, normativ etik och Kohlbergs teori om moral utveckling använts som bakgrund. Dessa ämnen valdes för att belysa bakgrunds information och bygga förståelse om yrkeskårens utveckling, vad begreppet etik innebär, och speciellt vårdetiken som tillämpas inom akutvården, samt om moraliskt tänkande och moralisk utveckling.

För att förstå vad akutvårdsyrket går ut på är det bra att förstå varifrån allt härstammar och hur akutvården har utvecklats. Eftersom det i studien kartläggs den etiska profilen hos akutvårdare, och tidigare forskning indikerar att akutvårdare hamnar i etiskt svåra situationer, har vi valt att skriva om normativa etiken som en del av vårdetiken. Vi valde också att använda Lawrence Kohlbergs teori om moralisk utveckling eftersom moraliskt resonemang ses som grund för etiskt beteende.

Vår förförståelse om akutvården och akutvårdare före studierna byggde på vad vi har sett på nyheterna och i filmer. Förförståelsen var att akutvårdarna är människor som kommer på plats när en olycka har skett eller en patient är kritiskt sjuk, d.v.s. en nödsituation, räddar liv med avancerade kliniska färdigheter och kör snabbt till sjukhuset.

Efter att utbildningen börjat har vår föreställning om yrket ändrat. Vår korta erfarenhet har fått oss inse att yrket akutvård innebär mycket mera än kliniska trollkonster. Vi har insett att en viktig och utmanande aspekt av yrket inom vårdbranschen är etisk vårdarbete och etisk resonemang.

Våra egna erfarenheter om etiska aspekter i vårdarbetet bygger på kunskap som vi fått på olika sommarjobb, arbets-praktiker som tillhört studierna. Etiksimuleringar som vi varit med om i skolan, samt i kursen vårdandets idéhistoria och etik då vi reste till Halmstad, Sverige, och simulera med de Svenska ambulanssjuusköterskestuderandena från Högskolan i Halmstad.

## 4.1 Akutvårdens historia i Finland

Akutvårdens historia har på ett allmänt plan sin bakgrund i militärmedicinen, såsom även flera andra medicinska utvecklingsidéer. Vissa europeiska städer hade redan på 1900-talet ett system där läkare och vårdpersonal åkte till olycksplatsen. Kriget som tog plats under 1900-talet ledde också till förståelsen om att utveckla bättre lösningar för vården av de skadade. Amerikanerna upptäckte också i Korea och Vietnam, att t.o.m. den snabbaste möjliga transporten (helikopter) inte räckte till för att rädda de skadades liv. Vården bör kunna påbörjas redan före transporten. Eftersom det fanns fåtal läkare ut på fältet, utbildades medicinalmännen till ännu mera kunnande sanitärer. En annan faktor som lett till akutvårdsutbildningen är mängden dödsfall i trafiken i Amerika på 1960-talet. Krigserfarenheterna tillämpades direkt till civila förhållanden och man kan säga att sjuktransportpersonalen (Ambulance Attendant), utbildades vidare till nödvårdstekniker (Emergency Medical Technician), och ännu vidare till akutvårdare (Paramedic). (Castrén et al. 2012 s. 14)

I Europa påbörjades utvecklingen inom akutvården med läkarambulansser. De första togs i bruk i Moskva på 1950-talet. I Irland iakttog man på 1960-talet att blodcirkulationshämmande rytmstörning, kammarflimmer, var lätta att vårda på sjukhus, men ledde nästan alltid hemma till patientens död. Därför grundades mobila intensiv-, eller hjärtmonitoreringsenheter i experiment syfte. Detta fungerade senare som modell för den finska hjärtambulansen. (Castrén et al. 2012 s. 15)

Året 1970 påbörjades en sex månader lång prövning med hjärt-ambulansen i Helsingfors. Sedan 15.12.1972 har läkarambulansen dejourerat dygnet runt. På 1980-talet blev läkarambulansen en läkarenhet, då båren togs ur bruk och ända uppgiften var att transportera en läkare och ett vårdteam på plats. För den personal inom sjuktransporten som redan hade en hälsovårds-examen, påbörjades en utbildning om de centrala vårdåtgärderna i akutvården. I och med utvecklingen av halv-automatiska defibrillatorer i slutet på 1980-talet, kunde sjuktransportpersonalen ge sådan akutvård som tidigare endast varit möjligt att ges av en läkare. (Castrén et al. 2012 s. 15-16)

På 1990-talet börja första läkarhelikoptern sin verksamhet. Den dejourerade på Malmsflygfält, och fungerade i hela Nylands län förutom Helsingfors stad. Uppgiften var att möjliggöra en snabbare påbörjad vård av den akut-insjuknade patienten, genom att ge

instruktioner åt vårdprofessionella som redan var på plats, att föra en läkarledd akutvård till patienten och att möjliggöra den snabbaste möjliga transporten till den slutliga vårdplatsen. Efter detta har det utvecklats många läkar-, eller medicinska helikopter i Finland, som ungefär fungerar på samma sätt. (Castrén et al. 2012 s. 16)

År 1998 påbörjade fyra yrkeshögskolor (Helsingfors, Kotka och Villmanstrand) akutuårdsutbildningen. Utbildningsprogrammet planerades så att den examinerade kunde arbeta prehospitalt och inom sjukhuset. År 2000 utvidgades programmet så att förstavårdare YH-examen legaliserades också som sjukskötare. De examinerade har placerat sig på vårdnivåns förstavårdsenheter och inom sjukhus på jour-polikliniker. Denna utbildning eller motsvarande kompetens kommer i framtiden att vara ett villkor för att kunna arbeta på vårdnivå. Efter att utbildningsprogrammet etablerades har landsomfattande tester gjorts i avsikt att säkra de utexaminerades akutuårdsfärdigheter på vårdnivå, detta p.g.a. att utbildningsprogrammets innehåll varierar. I dagens läge förutsätter nästan alla sjukvårdsdistrikt att akutuårdsare som arbetar på grund-, eller vårdnivå, utför regelbundet ett test för att behålla vårdtillstånden.

Emeritusprofessor Tapani Tammisto har på ett märkbart sätt påverkat utvecklingen av akutuårdsens ställning. Han har gett den en stor plats inom anesthesiologi utbildningens volym och tog initiativ till att skapa specialkunnande inom akutuårdsmedicinen. I många länder är akutuården (emergency care) ett eget specialområde. Så också i EU, där akutuårdsaren är ett vidgat område inom specialområdet jourmedicin. I Finland är akutuårds-medicin ett av Finlands läkarförbunds beviljade specialbehörigheter. (Castrén et al. 2012 s. 16-17)

## **4.2 Vårdetik som normativ etik**

Inom sjukvården hamnar vårdare ofta ut för olika etiska problem. Etiska problem handlar oftast om vad som är rätt eller fel, bra eller dåligt i olika situationer. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 61) För att förstå etiskt svåra situationer bör man förstå begreppet etik och vad etik innebär.

Etik och moral är centrala begrepp inom vårdetiken och de försöker klargöra olika handlingssätt för humant beteende. Etik ses som en systematisk undersökning om moralen, vars avsikt är att ge en god motivering för moraliska beslut och åtgärder. (Fry &

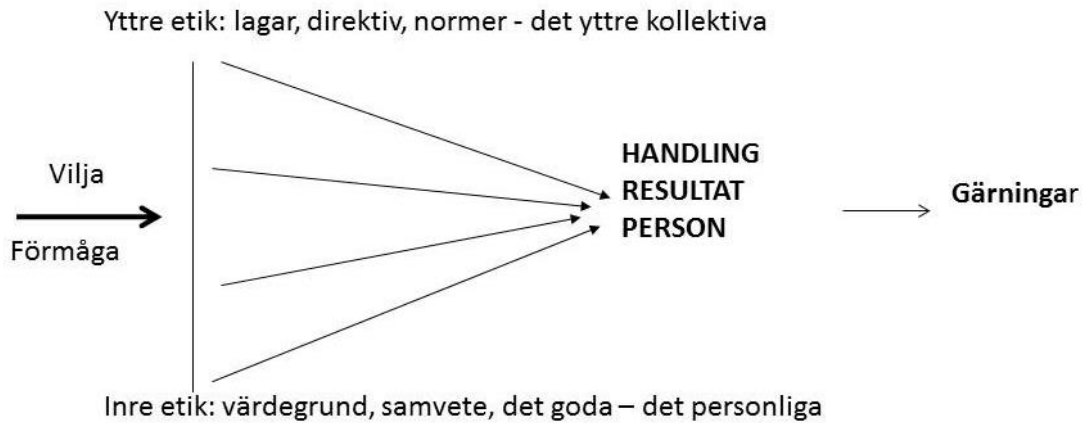
Johnstone 2008 s. 15) Inom etiken klargör man vad moral är och hur man kan lösa moraliska problem. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 37) Moral däremot handlar om hurdana åtgärder man bör göra i olika situationer, hurdana egenskaper eller benägenheter man borde utveckla i människor. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 36)

Etik delas in i olika delområden och den normativa etiken är en av dem. Man undersöker vilket beslut eller vilken moral är den rätta och försöker hänvisa till individens rätta handlingar. Den normativa etiken delas oftast upp i dygd etik, pliktetik och konsekvensetik. Dygdetiken bygger på individens egen kunskap och förståelse, samt ger svar på hur människan skall agera. I pliktetiken använder man sig av färdiga moraliska skyldigheter som måste följas. Pliktetiken eller deontologisk etik, nämner att människan inte endast är skyldig att göra gott och främja andras välmående, utan har också t.ex. skyldighet att inte skada någon, att hålla löften och att inte ljuga. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 50) Inom vården har vårdare en plikt att göra det goda och rätta, fastän handlingen i sig inte är det rätta. En annan plikt som anses viktig är tystnadsplikten. I akutvården möter vårdare ofta på problem vid återupplivningssituationer, då vårdare har skyldighet dvs. plikt att påbörja en återupplivning enligt färdiga protokoll, fastän vårdaren själv anser att det inte är den rätta handlingen i situationen i fråga. I återupplivningssituationer tas patientens tillstånd i beaktande vid beslutsfattandet.

Det centrala i konsekvensetiken är att man vid bedömning om vad som är moraliskt rätt eller fel fokuserar på det goda och dåliga i följderna. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 46) Vårdaren strävar efter det goda för varje individ.

Etiskt beslutsfattande kan konkretiseras med begreppen yttre etik och inre etik. (Wallinvirta 2010) Detta innebär att etiken förklaras som yttre och inre värderingar som styr beslutsfattandet. Inre etiken innefattar egna erfarenheter, tankar samt värderingar. Däremot innefattar den yttre etiken regler som styr etiken, som t.ex. lagar och riktlinjer. Beroende på individens erfarenhet och värderingar styrs han på olika sätt av organisationens normer och riktlinjer.





Figur 2 Vårdetikens teoretiska utgångspunkter (Wallinvirta 2010)

### 4.3 Kohlbergs moralteori

I följande kapitel har skribenterna valt att belysa teorin bakom Kohlbergs teorier om moralisk utveckling. Detta val gjordes eftersom moraliskt resonemang ses som grund för etiskt beteende.

#### 4.3.1 Moraltänkande

För att förstå av vad kompetens formas, beskrivs begreppet moraltänkande och dess utveckling närmare. Psykologisk forskning har bevisat att människans värderingar förändras märkbart med upplevda erfarenheter och mognad. Moraltänkande är en förmåga som förändras och utvecklas genom livet. (Juujärvi et al. 2007 s. 113)

Den mest kända teorin som illustrerar den moraliska utvecklingen grundar sig i Lawrence Kohlbergs utvecklade, 25 år långa studie. I studien följde man med det moraliska tänkandet och dess utveckling hos 84 skolelevpojkar från 11-års åldern, ända upp tills att de var 36 år gamla. I och med denna studie skapades Kohlbergs utvecklingsteori. (Juujärvi et al. 2007 s. 113) Enligt utvecklings teorin utvecklas människans moraliska tankesätt och speciellt tänkande om rättvisa i olika faser. I varje fas har människan en helhetsuppfattning om moral och enhetligt logiskt tänkande. Det vill säga i varje fas har

människan ett visst handlingsmönster och en argumentering för lösning av etiska problem. (Juujärvi et al. 2007 s. 113-114)

### **4.3.2 Utvecklingsfaser i Kohlbergs teori**

Utvecklingsfaserna i Kohlbergs teori kan delas i tre nivåer; prekonventionella nivån, konventionella nivån och postkonventionella nivån. Varje nivå har två faser.

Fas 1 - *Moral om straff och att lyda*. Att följa moraliska regler och att hålla löften grundar sig på rädslan för auktoritet och straff. Meningen med gärningarna spelar ingen roll, dvs. är de goda eller onda. (Juujärvi et al. 2007 s. 115)

Fas 2 - *Moral om jag-orientering*. I denna fas internaliserar man att andra människor har önskningar och behov. Det ses ändå acceptabelt att sträva efter sina egna och målgruppens intressen. Karakteristiskt för denna fas är eftersträvan om ömsesidig nytta i form av tjänster och gentjänster. (Juujärvi et al. 2007 s. 115)

Faserna ett och två hör till den *prekonventionella* nivån. På denna nivå saknas beaktandet av andra människors synpunkter helt eller delvis.

Fas 3 - *Moral om goda människorelationer*. I denna fas utgör motivationen för handlingar en önskan om att visa sig vara en god människa i egna och andra människors ögon. Socialt godkännande skapas med att fylla den sociala rollens förväntningar, till exempel som en god mamma eller en god arbetare. Grunden för förtroende är att hålla det man lovat. Den gyllene regeln är en viktig riktlinje för egna handlingar: behandla andra som du själv skulle vilja bli behandlad. (Juujärvi et al. 2007 s. 115)

Fas 4 - *Moral om sociala system och självkänsla*. På denna nivå är individen en del av det sociala systemet, där människan har vissa roller och skyldigheter. De sociala systemens grundenheter är t.ex. familj, organisation och samhälle. Som en del av systemet strävar individen efter att främja socialt välmående samt ordning. Eftersträvandet av egna intressen är tillåtet endast om det inte är i konflikt med det sociala systemets in-

tressen, samt inte minskar på socialt välmående och ordning. (Juujärvi et al. 2007 s. 116)

Fas tre och fyra hör till den konventionella nivån. På denna nivå strävar människan efter att identifiera sig med andra människors synvinklar och fundera på problemen från gruppens eller samhällets synvinkel.

Fas 5 - *Moral om det sociala avtalet*. I denna fas strävar människan efter att främja mänskliga rättigheter och gemensamt välbefinnande. Följande av lagar och normer är rätt om de inte skadar någon minoritetsgrupps mänskliga rättigheter och grundar sig på samförstånd mellan människorna. (Juujärvi et al. 2007 s. 117) Kohlberg inser också att människorna har värderingar som kan strida emot andra människors värderingar. Gärningen definieras som god eller ond med förorsakade samhällsliga helhets effekter. (Hänninen et al. 2001 s. 187)

Fas 6 - *Moral om universella etiska principer*. På denna nivå ses andra människor som fria, jämlika och autonomiska varelser, som behandlas som mål, och inte som objekt för att nå sina egna mål. I etiska problem strävar man att granska alla parternas synpunkter jämlikt, och ett rättvist beslut är ett sådant som alla parter godkänner efter att granskat situationen i tur och ordning från allas synpunkt. Dialog anses som grunden för att lösa motstridigheter. (Juujärvi et al. 2007 s. 117)

Faserna fem och sex är den *postkonventionella nivån*. På den nivån väljer människan själv sina egna värderingar, och speglar dem i förhållande till andra människors, och samhällets värderingar.

Barn och tonåringar hör till de två lägsta faserna på Kohlbergs utvecklingsstadier, samt även vissa vuxna. Faserna tre och fyra är de vanligaste för vuxna. Femte fasen är sällsynt, men om människan når nivån är det oftast efter 30 års ålder. (Juujärvi et al. 2007 s. 120) Eftersom det i studier framkommit att få individer nått den sjätte fasen, anses fasen empiriskt betydelselös. (Hänninen et al. 2001 s. 188)

### 4.3.3 Verksamhetsmodeller och verktyg

Akutvårdarna är yrkesinriktade experter samt samhällliga aktörer. En samhälllig aktör har olika rättigheter och skyldigheter, som definieras på olika experthåll. Skyldigheter definieras på samhällsnivå i form av lagar och olika stadganden. På organisationsnivå definieras olika skyldigheter, vårddirektiv och regler tillhöra arbetsuppgifterna. Yrkeskåren har dessutom etiska riktlinjer och principer som bör följas. Alla dessa skyldigheter, principer och regler bildar ett gemensamt sätt att utöva yrket, vilket är en grund för jämlik vård av patienter. (Juujärvi et al. 2007 s. 123-124) Kohlbergs teori hjälper oss att förstå varför akutvårdarna har olika synpunkter på verksamhetsmodeller, rättvisa och argumentation i etiska situationer, fastän yrket utövas på ett gemensamt sätt.

Argumenten som används på postkonventionell nivå i moraliskt tänkande, är mer omfattande och tar i beaktande flera olika synpunkter och individer, än de argument som används på konventionell nivå. (Juujärvi et al. 2007 s. 122) På postkonventionell nivå används argument från flera olika stadier vid problemlösning. Förmågan att känna igen och lösa komplicerade etiska problem, har ansetts korrelera med utvecklingen av moraliskt tänkande. (Wolf 2012)

Olika skeden av moraliskt tänkande samt förmåga att lösa moraliska problem kan tänkas som verktyg som passar in i olika situationer. (Juujärvi et al. 2007 s. 123) Då utvecklingsstadierna framskrider, tillsätts nya verktyg i "verktygslådan". De gamla verktygen kan fortfarande användas vid vardagliga situationer, men de etiskt utmanande problemen kräver nya verktyg, dvs. ett mer krävande tänkande. (Hänninen et al. 2001 s. 189)

## 5 METOD

I denna studie har skribenterna valt att kartlägga den etiska profilen hos akutvårdare, i syfte att djupare förstå vilka värdeuppsättningar som styr en akutvårdares beslutsfattande. Skribenterna har använt sig av en kvantitativ forskningsmetod för datainsamlingen för att förstå egenskaper i det etiska beslutsfattandet hos akutvårdare och få en översikt över ämnesområdet. Den kvantitativa forskningen, d.v.s. enkäten ansågs vara lämp-

lig för studien p.g.a. det stora antalet informanter. Skribenterna har använt sig av statistiska bearbetnings- och analysmetoder för att bearbeta svaren.

Skribenterna valde att endast använda sig av den kvantitativa metoden för att begränsa ämnet i studien. Enkäten samlar in information om akutvårdarnas etiska profil från ett större antal informanter och ger därmed en bättre överblick över ämnet. Enkäten riktar sig till akutvårdspersonalen på tre räddningsverk i Södra Finland.

## **5.1 Enkät**

Enkäten som används i studien kommer från en tidigare utförd internationell undersökning. Utgående från den har enkäten blivit översatt till svenska och finska. I studien har skribenterna valt att använda både den svenska och den finska versionen. (Bilaga 10.3 & 10.4)

Enkäten består av 12 olika par av påståenden. Informanten skulle läsa igenom varje par och ringa in det påståendet som han/hon tyckte stämmer bäst in på det han/hon själv tycker. Om ingendera av påståendena stämmer in på informantens värderingar, skulle han/hon välja det minst dåliga alternativet. Med enkäten skickades ett följebrev var skribenterna förklarade vad studien går ut på samt varför den görs.

### **5.1.1 The Managerial Values Profile (MVP)**

Som enkätens bas används ett analysinstrument som utvecklats i avsikt att analysera etiskt beslutsfattande, The Managerial Values Profile (Sashkin 2008 s. 1-8)

Enligt MVP är individernas föreställningar en kombination av tre värdeuppsättningar, Utilitarism (A), Individuella Rättigheter (B) och Social Rättvisa (C). Syfte med MVP är att undersöka hur individens föreställningar bildas av dessa tre värdeuppsättningar. Fat- tar individen beslut som en kombination av fler värdeuppsättningar, eller dominerar en enskild värdeuppsättning beslutsfattande processen. I påstående paren har dessa tre värdeuppsättningar kombinerats på alla möjliga sätt. Det resulterar till att svararen är tvungen att välja mellan två olika värdeuppsättningar, t.ex. Utilitarism vs. Individuella Rättigheter. Dessa kombinationer upprepas 4 gånger. Det finns allt som allt 12 par påståenden och totala antalet av påståenden är 24. Fristående värdeuppsättningarna repre-

senteras av 8 påståenden. Värdeuppsättningar som man väljer flest av, påverkar föreställningarna och etiskt beslutsfattande mest. Instrumentet kan då ge som svar antingen A (Utilitarism), B (Individuella Rättigheter) eller C (Social Rättvisa). Svararen kan också välja lika många påståenden av de olika värdeuppsättningarna. Svaret kan då vara A+B, A+C, B+C och A+B+C. (Sashkin 2008 s. 5-6)

### **Utilitarism**

Utilitarismens grundidé är att det goda och dåliga i verksamheten mäts med resultaten. En god verksamhet medför så mycket gott som möjligt, åt så många som möjligt. Detta värde är gemensamt med organisationer och deras målsättningar om effektivitet. Största problemet med utilitaristiska värden är utgångspunkten för föreställningar att ändamålet helgar medlen. Ett annat problem är att resultaten inte nödvändigtvis är lätt mätbara. (Sashkin 2008 s. 6)

### **Individuella Rättigheter**

Utgångspunkten för värdeuppsättningen är att individens rättigheter bör respekteras oavsett situation. Till dessa rättigheter hör bl.a. rätt till liv, säkerhet, privathet, egendom och rätt till att uttrycka sin åsikt. (Sashkin 2008 s. 6)

### **Social Rättvisa**

Utgångspunkten här är att förmåner och ansvar delas rättvist och jämlikt ut åt alla. Till de som ligger socialt och ekonomiskt i sämsta ställningen, är det rättvist att ge mera förmåner. Å andra sidan bör man betala lika mycket ersättning för samma arbete, oavsett t.ex. kön.

Social Rättvisa kan vara i konflikt med Utilitarism och Individuella Rättigheter. Majoritetens intresse kan offras för minoritetens, om de ligger i sämre ställning. Detta kan man göra med att begränsa majoritetens individuella rättigheter. Till exempel mellan två lika kompetenta arbetssökande väljer man den sökande, som i det förflutna har hört till en grupp som blivit utsatt för diskriminering. (Sashkin 2008 s. 7)

Samhälleliga värderingar är delvis enhetliga med alla ovannämnda värdeuppsättningar. Å andra sidan är varje värdeuppsättning i motstridighet med samhälleliga värderingar,

samt andra värdeuppsättningar. Varje värdeuppsättning har sina egna starka och svaga sidor. På grund av dessa orsaker kan man inte objektivt nämna något värdeuppsättning till det rätta eller som makalös. (Sashkin 2008 s. 7)

### **5.1.2 Förverkligande**

Den ursprungliga enkäten består av 12 olika par av påståenden, dvs. totalt 24 påståenden.

Informanten skulle läsa igenom varje påstående och ringa in det påståendet som han/hon tyckte stämmer bäst in på det han/hon själv tycker. Om ingendera av påståendena stämmer in på informantens värderingar, skulle han/hon välja det minst dåliga alternativet.

Enkäten som skribenterna använde var en modifikation av The Managerial Values Profile-verktyget. I det anpassade verktyget är påstående paren fortfarande samma, men informanten väljer sitt påstående på en 6-stegs Likert skala. Första påståendet motsvarar siffrorna 1-3 på skalan. Siffrorna 4-6 motsvarar det andra påståendet. Syfte med Likert skalan är att kartlägga hur svårt det har varit för informanten att välja mellan påståendena. Eftersom skalan har 6-steg så finns det inte ett neutralt svars alternativ, vilket leder till att informanten är tvungen att välja mellan påståendena. En noggrannare definition på skalan ser ut så här:

- 1 helt av samma åsikt
- 2 delvis av samma åsikt
- 3 lite grann av samma åsikt
- 4 lite grann av samma åsikt
- 5 delvis av samma åsikt
- 6 helt av samma åsikt

I primära bedömningen uppskattades informanternas antal att vara 150st. från tre olika räddningsverk i Södra Finland. Skribenterna ansåg att bästa sättet för att sprida enkäten åt informanterna var elektroniskt. Enkäten förverkligades som en nätenkät, och kontaktpersonerna på räddningsverken fick en internet länk som de sedan skulle sända vidare åt

informanterna. Enkäten förverkligades med ett program som heter QA, och är tillverkad av Analystica Oy.

Tid för att besvara enkäten hade informanterna mellan 17.2–9.3.2014.

## 5.2 Informanterna

Enkäten riktades till akutvårdare från tre räddningsverk i Södra Finland, varav alla arbetar inom prehospital sjukvård. Studien riktades till akutvårdare som arbetar på vårdnivå i ambulanser på räddningsverken. Informanterna bestod alltså av akutvårdare, sjukskötare, specialutbildade sjukskötare, specialutbildade närvårdare inom ambulanssjukvård och medikalvaktmästare. Innan skribenterna kunde skicka ut enkäten till informanterna, ansökte de om forskningslov av räddningsverken.

I följbrevet som skickades med enkäten förklarade skribenterna att deltagandet i studien var frivilligt och det skedde anonymt. Informanterna kunde när som helst avbryta sitt deltagande om de så ville. Materialet i studien var endast tillgängligt för skribenterna.

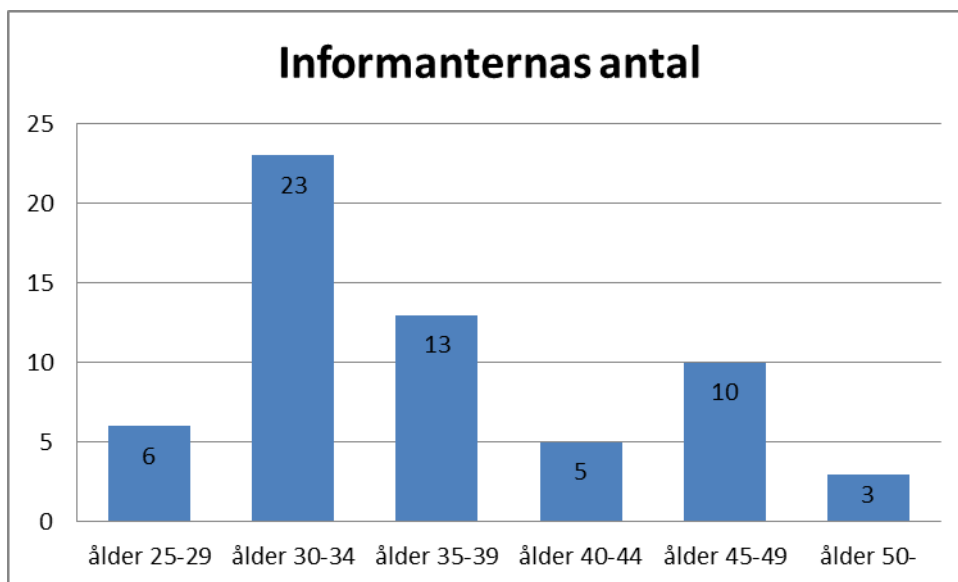
## 6 RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultaten enligt alanalysisinstrumentet *The Managerial Values Profile*, (Sashkin 2008) och byggs på med skribenternas egen analys och tolkning av materialet som möjliggjorts med hjälp av den anpassade enkäten. Dessa två presenteras i var sitt stycke.

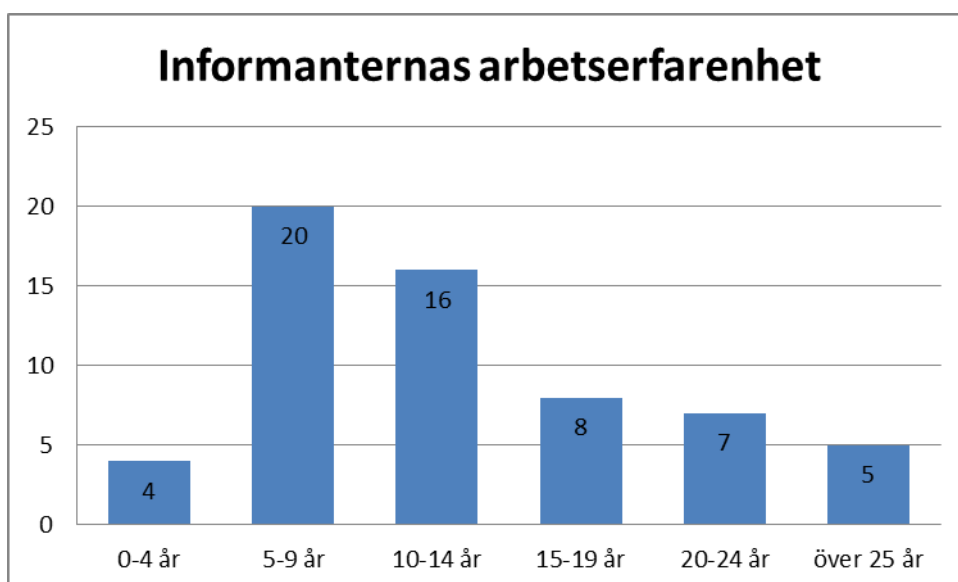
Målgruppen bestod av ca.150 personer, varav 60st slutförde enkäten. Detta utgör en svarsprocent på 40 %. Totala antalet av personer som påbörjade enkäten var 97st. men 37st. personer avbröt på något ställe, dvs. slutförde aldrig enkäten. Det ger en avbrytningsprocent på 38 %. 40st. av informanterna var män och 20st.var kvinnor.



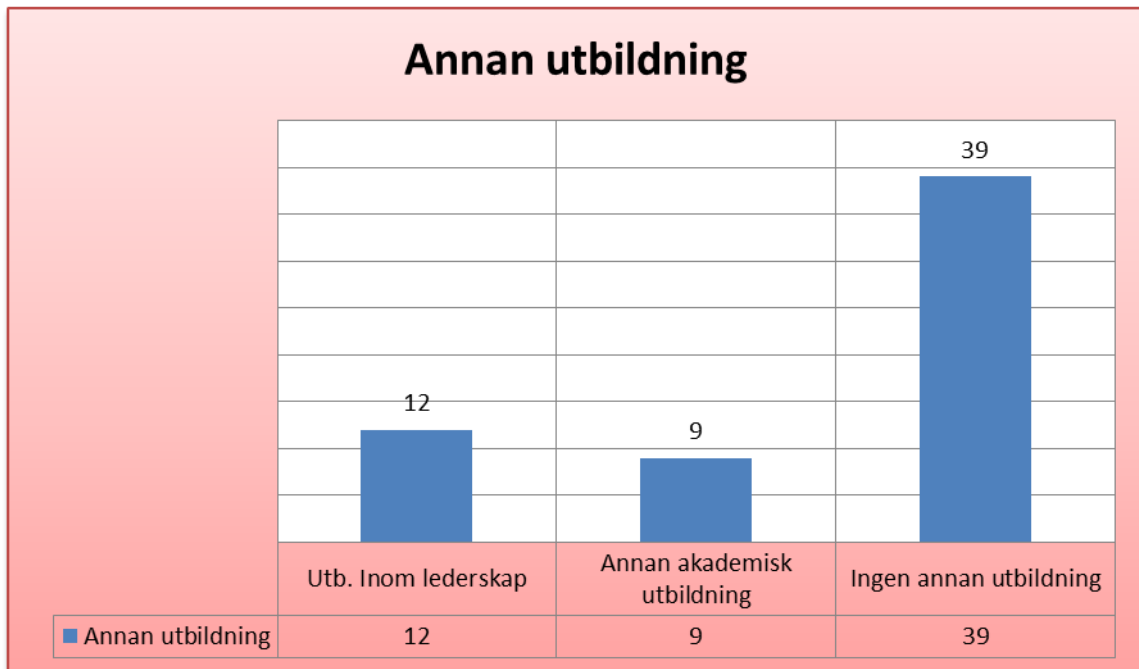
Eftersom syftet med studien är att djupare förstå vilka värdeuppsättningar styr akutmårdarens beslutsfattande, och hur arbetserfarenheten påverkar etiska profilen, hade enkäten bakgrundsfrågor. Informanterna skulle ange kön, ålder, arbetserfarenhet i yrket, utbildningsnivå, annan utbildning och om de innehar chefsbefattning.



Figur 3 Informanternas indelning i ålder. 70 % av informanterna var under 40år och bara 5% var över 50år. Informanternas medeltal av åldern var 37,1.



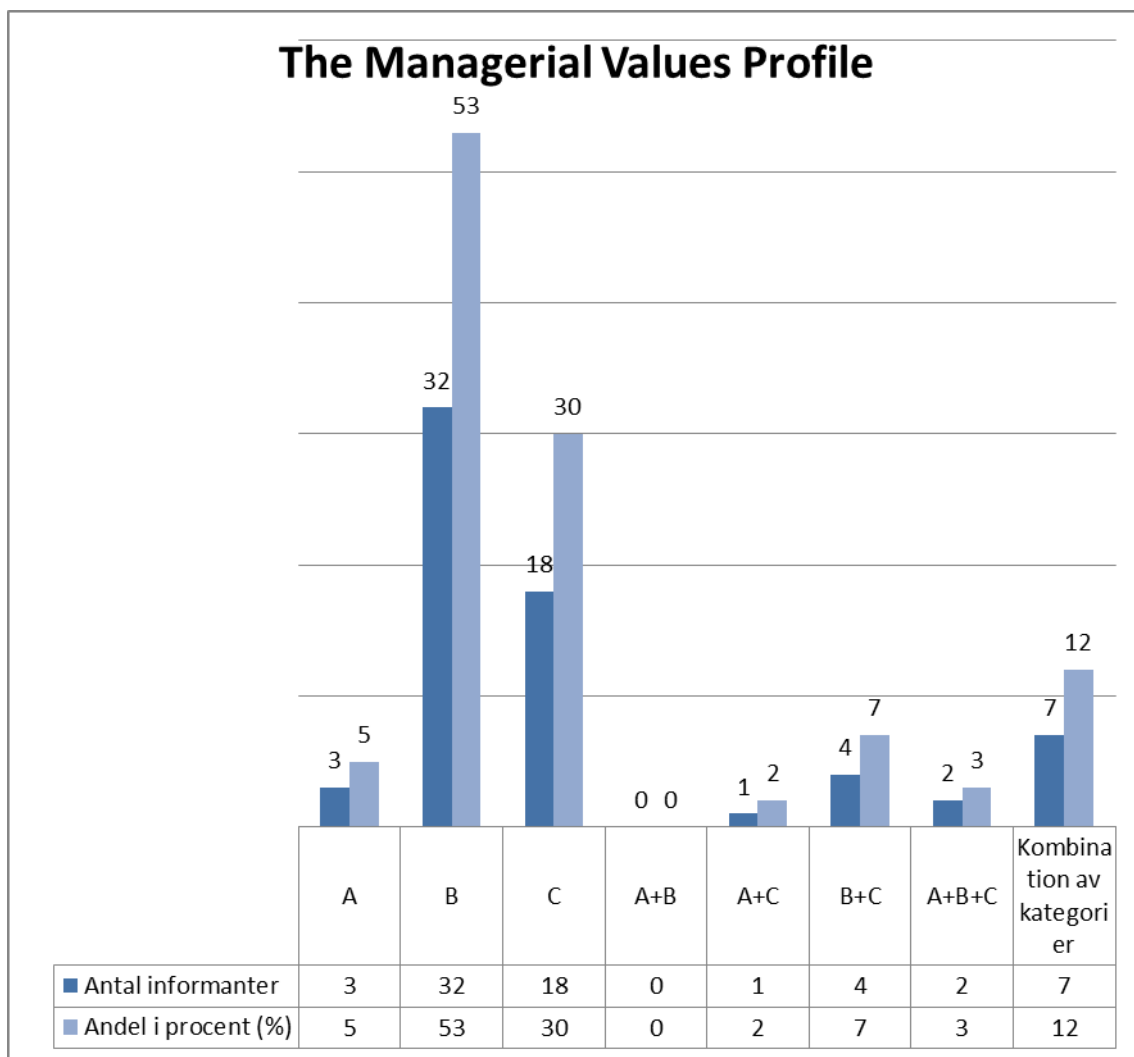
Figur 4 Informanternas arbetserfarenhet i yrket. Arbetserfarenheten fördelar sig nästan på samma sätt som åldern.



Figur 5 Figuren visar antalet informanter med någon annan utbildning. Av informanterna hade 35 % (21/60) fått tilläggsutbildning. Av dem hade 57 % fått chefsutbildning och 43 % någon annan akademisk utbildning.

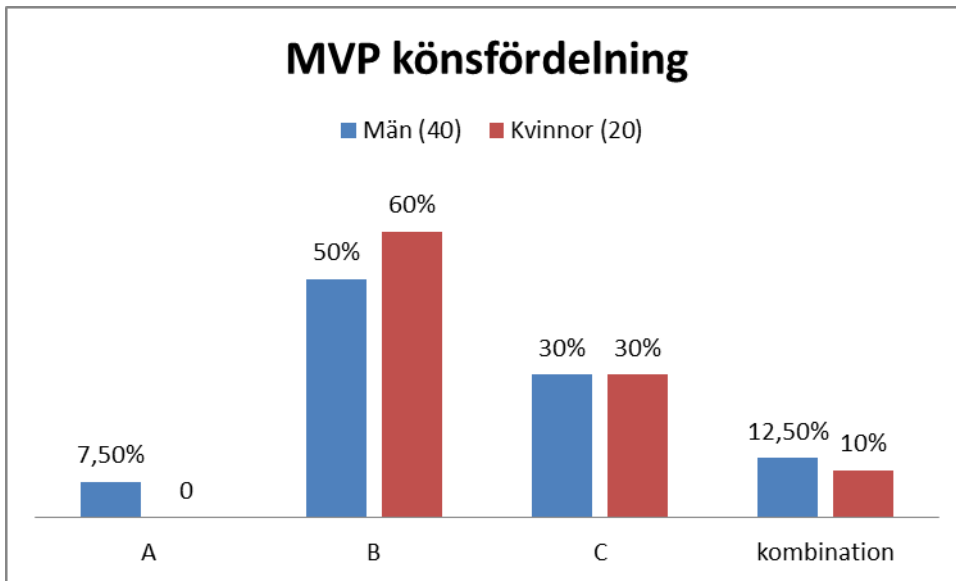
## 6.1 Resultaten enligt The Managerial Values Profile

Resultaten i Figur 6 påvisar att individuella rättigheter (B) och social rättvisa (C) är de värdeuppsättningar som mest påverkar informanternas beslutsfattande. Efter analysen kan man konstatera att 90 % (54/60) av informanterna höll individuella rättigheter, social rättvisa eller en kombination av dessa som viktigaste värdeuppsättning som bakgrund för beslutsfattandet.



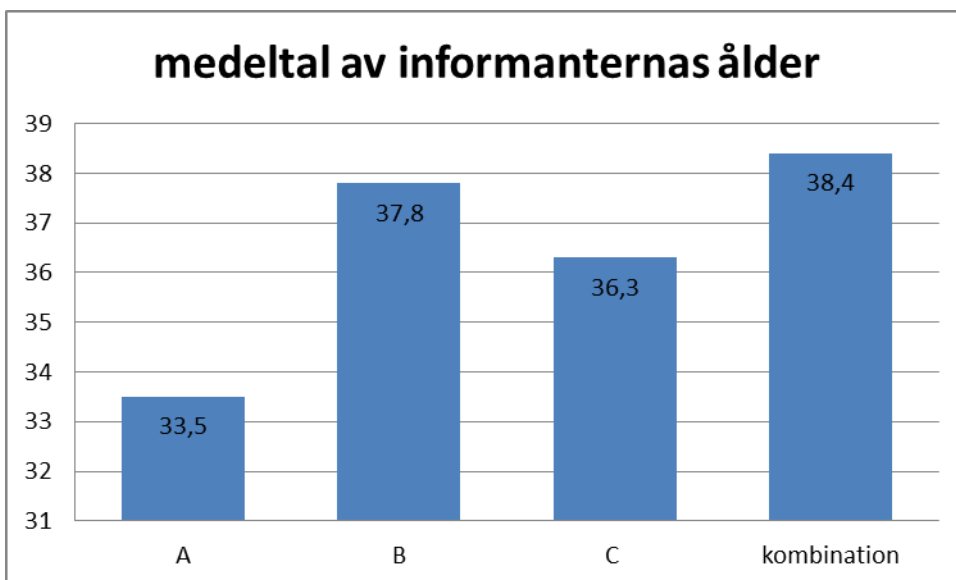
Figur 6 Figuren visar statistiken av data efter analysen med analysinstrumentet *The Managerial Values Profile*.

Det förekom inga större skillnader mellan könsfördelningen mellan män och kvinnor. Svaren fördelades nästan lika mellan värdeuppställningarna. Ända skillnaden var att de som hade Utilitarism som dominerande värdeuppställning var alla män. Å andra sidan var de i antal bara tre stycken.

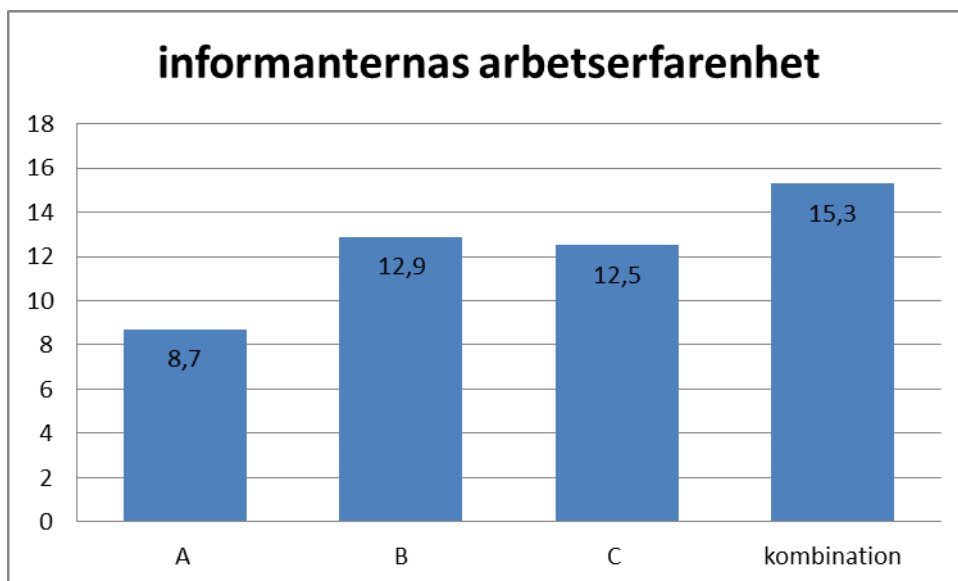


Figur 7 Svarens fördelning mellan värdeuppsättningarna är hos kvinnor och män nästan lika.

I figur 8 och 9 ses medeltalet av informanternas ålder och arbetserfarenhet i de olika värdeuppsättningarna. Högsta medeltalet av både ålder och arbetserfarenhet hade informanterna som valt en kombination av flera värdeuppsättningar. Däremot hade Utilitaristiska värdeuppsättningen det lägsta medeltalet.

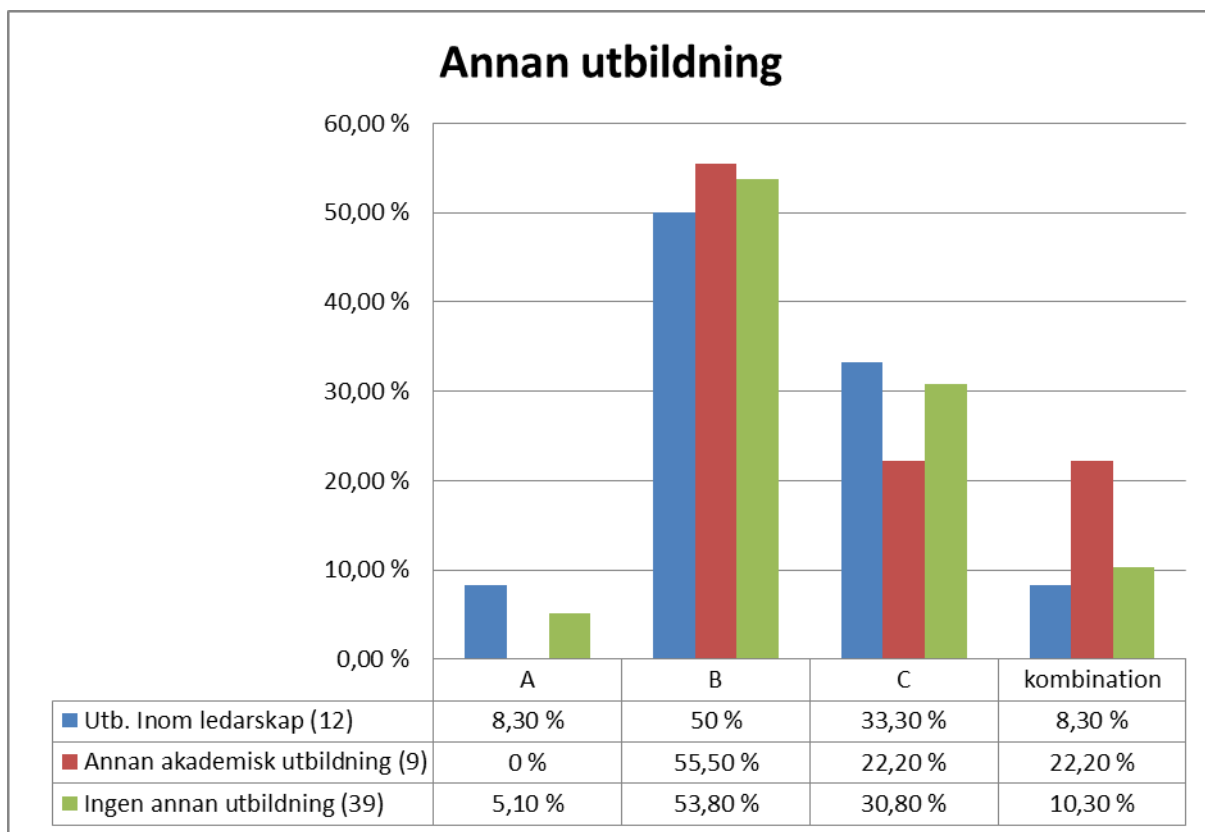


Figur 8 Informanternas medelålder i varje värdeuppsättning.



Figur 9 Informanternas arbetserfarenhet i medeltal per värdeuppsättning.

Informanternas tilläggsutbildning per värdeuppsättning kan ses i figur 10. Över hälften av informanterna som valt Individuella rättigheter som sin värdeuppsättning, har någon sorts tilläggsutbildning. Av informanterna utan tilläggsutbildning hade över hälften också valt Individuella rättigheter som sin värdeuppsättning. Utilitarismen var den minst valda värdeuppsättningen.



Figur 10 Informanternas tilläggsutbildning per värdeuppsättning.

## 6.2 Resultaten enligt Likert skalan

Som enkät användes en modifikation på MVP-instrumentet. Den väsentliga skillnaden till ursprungliga instrumentet var att tillägga en Likert-skala mellan de två svarsalternativen. Skalan såg ut så här:

Om du väljer mellan värden 1-3, är du med FÖRSTA påståendet:

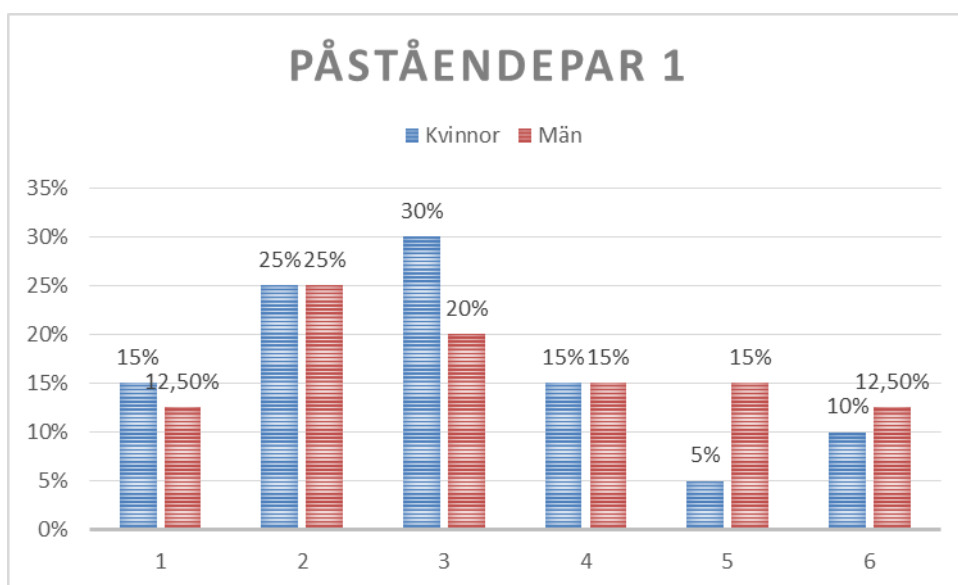
- 1 helt av samma åsikt
- 2 delvis av samma åsikt
- 3 lite grann av samma åsikt

Om du väljer mellan värden 4-6, är du med ANDRA påståendet:

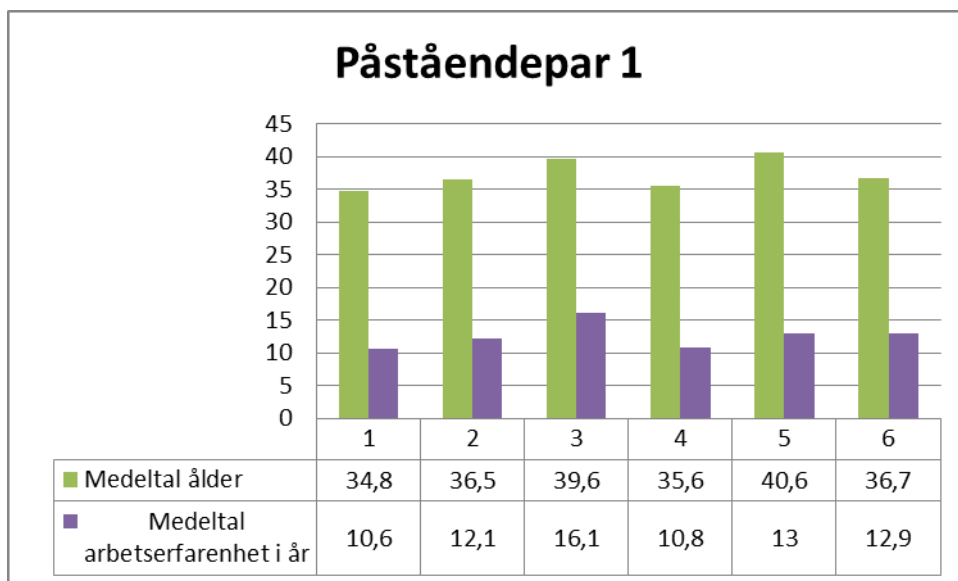
- 4 lite grann av samma åsikt
- 5 delvis av samma åsikt
- 6 helt av samma åsikt

Avsikt med Likert-skalan var att undersöka om informanterna upplevde det svårt att välja mellan två svars alternativ. Svaren 3-4 på skalan berättar om valet att välja varit svårt, medan svaren 1 eller 6 påvisar att valet varit enkelt.

Varje påstående-pars svars alternativ (1-6) granskades i relation till kön, ålder och arbetserfarenhet. Ålder och arbetserfarenhet hänvisas i samma figur, vilket resulterar till 24st figurer varav två exempel nedan.



Figur 11 Könsfördelning för påståendepar 1.



Figur 12 Medeltal av informanternas ålder och arbetsfarenhet för varje svarsalternativ.

## 6.3 Sammanfattning

Akutvårdarna är enligt åldersfördelning en grupp av unga människor. 70 % av informanterna var under 40 års ålder och endast 5 % var över 50år. Informanternas ålder var i medeltal 37,1. Arbetsfarenhetens fördelning genomfördes i 5 års intervaller och fördelningen var nästan identisk med åldersfördelningen. Informanterna med kort arbetsfarenhet var på samma sätt representerade som unga informanterna i åldersfördelningen. Detta tyder på att akutvårdarnas personalomsättning är litet, men att arbetskarriären är relativt kort.

### 6.3.1 MVP

När MVP-analysen hade utförts, indelades resultaten enligt kön, ålder, arbetsfarenhet och annan utbildning. Avsikten var att undersöka om faktorerna påverkar vilka värdeuppsättningar informanten anser betydelsefulla. Könen verkar inte ha haft en påverkan på informanternas uppfattning om vilka värdeuppsättningar är viktiga. I alla värdeuppsättningarna utom utilitarismen var svarsprocenten identiska. Skillnaden mellan könen är inte betydelsefulla, eftersom antalet män som svarade på enkäten var dubbel jämfört

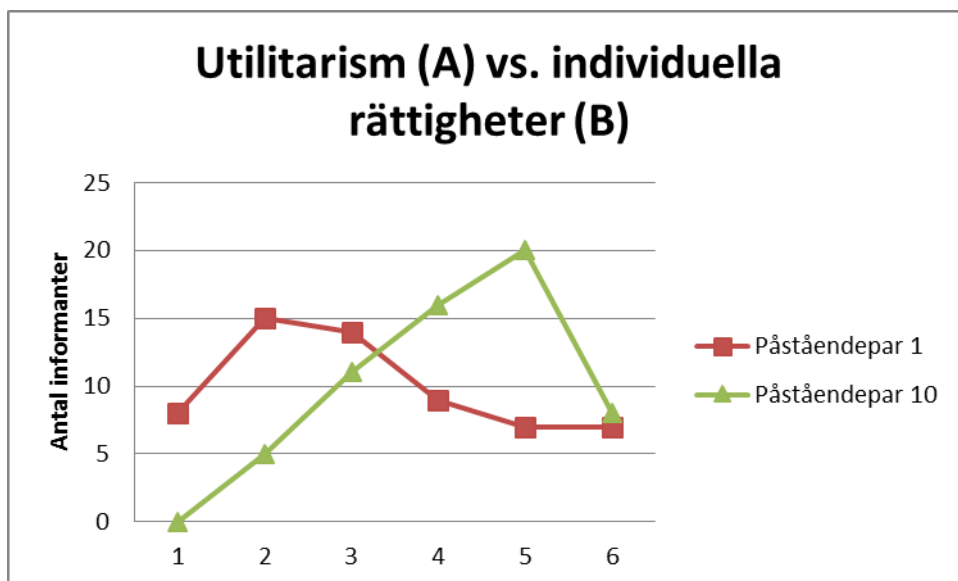


med kvinnor. Dessutom var det endast 3 av männen som valde utilitarism som sin mest betydelsefulla värdeuppsättning.

Fördelningen enligt ålder och arbetserfarenhet var lika. Informanterna med högsta medelåldern och mest arbetserfarenhet hade en kombination av två eller flera värdeuppsättningar. De som hade utilitarism som dominerande värdeuppsättning hade lägsta medelåldern och minst arbetserfarenhet. Resultatet är dock inte betydelsefullt, eftersom endast 3 av alla informanter hade utilitarism som sin viktigaste värdeuppsättning. Av förhandsuppgifterna verkar en annan utbildning hämta fram skillnader i valet av värdeuppsättning. Informanterna med annan akademisk utbildning valde över två gånger mer sannolikt en kombination av värdeuppsättningar än alla andra informanter (10 % vs. 20 %).

### **6.3.2 LIKERT-skala**

Att hitta en trend i resultaten enligt Likert-skalan var svårt. Av påståendeparen upprepa- des valet av en kombination av värdeuppsättningar (A vs. B, A vs. C och B vs. C) fyra gånger. Då man jämför påståendeparen var samma värdeuppsättningar var ställda mot varandra, märks det att deras fördelning på Likert-skalan kan ha framställt annorlunda resultat. I nedanstående figur jämförs påstående par 1. och 10, var värdeuppsättningen som representerar första påståendet är utilitarism (A) och värdeuppsättningen som representerar andra påståendet är individuella rättigheter (B).



Figur 13 Värdeuppsättningarna som ställs emot varandra i båda påståendeparen är utilitarism och individuella rättigheter. På Y-axeln kan man se antalet informanter.

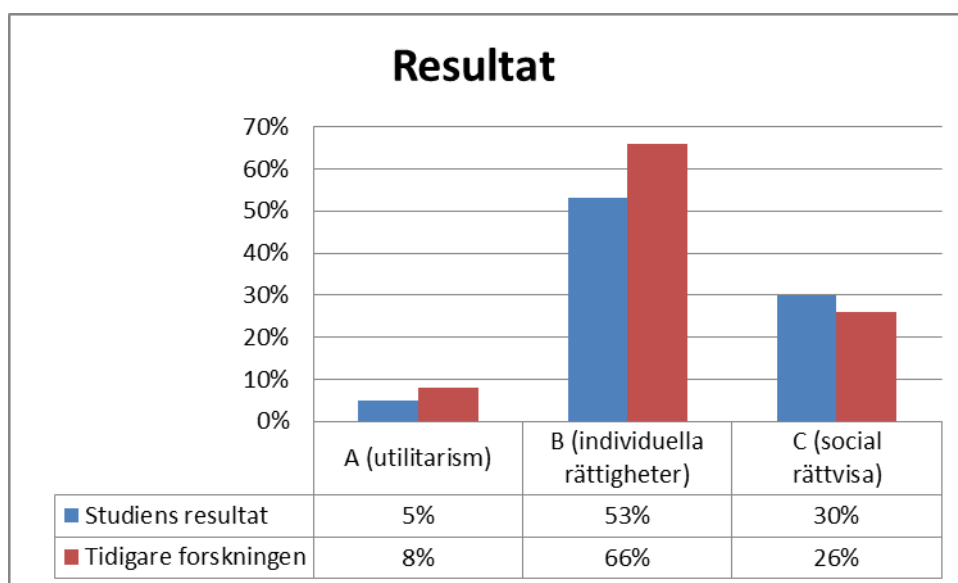
## 7 KRITISK GRANSKNING

Kritisk granskning innebär att kritisk gå igenom materialet som samlats in och analyserats. (Jacobsen 2007 s. 164) I kapitlet beskrivs teman som kommit upp i undersökningen. Dessutom granskas resultatets giltighet, samt validiteten och reliabiliteten i studien. Med validitet avses att materialet man samlat in mätt vad studien avsett mäta, medan reliabilitet definieras som hur man samlat in materialet och hur pålitligt resultatet är. (Jacobsen 2007 s. 155,156) Granskningen utförs enligt ordningsföljden i arbetet.

Validitet indelas i intern och extern validitet. Intern validitet beskrivs som hur riktiga resultaten uppfattas. Detta betyder att ju fler informanter som instämmer, desto större sannolikhet är det att resultatet uppnår intern validitet. Extern validitet definieras som resultatens generaliserbarhet till andra områden som inte har undersökts. (Jacobsen 2007 s. 155,156) Interna valideringen i kvantitativ forskning sker genom begreppsvalidering, kriterievalidering och innehållsvalidering. Begreppsvaliditet beskrivs som hur väl frågor bevisar begrepp och teori, samt hur de operationaliseras till variabler i enkäten. Begreppsvalideringen kan kontrolleras genom att låta någon annan med kunskap i ämnet kontrollera operationaliseringarna. (Jacobsen 2007 s. 268-275) Eftersom skriben-

terna använt en färdigt piloterad enkät som godkänts av forskarna som utfört delstudierna i den internationella studien, anser skribenterna att begreppsvaliditeten är god.

Med kriterievaliditet menas hur resultaten i studien överensstämmer med samma eller andra undersökningar och vad som förväntats utifrån tidigare forskningen, dvs. i det här fallet samma undersökning som gjorts i Australien, England, Spanien och Sverige, samt hur resultaten stämmer överens med undersökningar i framtiden. (Jacobsen 2007 s. 274) Innehållsvaliditet definieras som hur väl frågorna i enkäten täcker innehållet i studien. Analysen av innehållet kopplas ofta till den teoretiska bakgrunden. (Patel & Davidson 2011 s. 102-103) Skribenterna kan konstatera att det insamlade materialet svarar på forskningsfrågorna. Tidigare forskning fungerar som stöd för undersökningen. Eftersom undersökningen gjorts som fortsättning på en internationell studie, fanns det redan från tidigare ett piloterat mätinstrument som användes för att kartlägga informanternas etiska profil. Resultaten som framkom i studien överensstämmer med den tidigare forskningen. Därmed anser skribenterna att interna validiteten i studien är god.



*Figur 14 Studiens resultat i linje med tidigare forskningen. Både i tidigare forskningen och nuvarande studien har de flesta informanterna valt Individuella rättigheter som sin värdeuppsättning. Endast få informanter valde Utilitarism som sin viktigaste värdeuppsättning.*

I den tidigare forskningen har det använts kvalitativa, kvantitativa, litteraturstudier som metoder. Artiklarna valdes enligt de kriterierna som skribenterna kommit överens om

med handledaren. Eftersom skribenterna inte hittade tillräckligt med artiklar, valdes en del artiklar utanför kriterierna. De ansågs vara relevanta för undersökningen och kunskapen var uppdaterad. Artiklarna ger en grund för vilka typer av etiska problem akutvårdare möter, men den interna validiteten försvagas eftersom de i teori inte egentligen behandlar på vilka grunder akutvårdare fattar beslut. Däremot kan det konstateras att den tidigare forskningen ser på ämnet med en annan vinkling. Skribenterna anser att metodvalet var lämpligt för undersökningen. På grund av att det inte fanns tidigare undersökningar om akutvårdarnas etiska beslutsfattande i Finland och ett färdigt piloterat mätinstrument fanns, valde skribenterna att använda en kvantitativ metod för att samla in data. Eftersom det endast är fråga om ett examensarbete, skulle användning av både kvantitativ och kvalitativ metod för att samla in data ha varit ett för stort arbete för skribenterna. Intervjuer kunde dock ha kompletterat informationen som samlats in med enkäten och gett djupare förståelse i akutvårdarnas etiska beslutsfattande.

Vanligen avgränsas området i en studie i tid och rum. (Jacobsen 2007 s. 215) Området avgränsades till Södra Finland eftersom området är stort och mängden informanter stor, samt för att samla in en stor mängd data. Arbetets ordningsföljd anses vara bra, men skribenterna kunde ha bekantat sig med analysinstrumentet redan innan litteratursökningen. Detta kunde ha gett ett nytt perspektiv på litteratursökningen och skribenterna kunde ha utfört sökningen med andra sökord och hittat diverse artiklar. Undersökningseffekt beskrivs som hur resultaten kan ha blivit påverkade av undersökningens uppläggning. (Jacobsen 2007 s. 11) Det kan diskuteras om hur ett annat val av undersökningssätt kan ha påverkat resultatet, dvs. om t.ex. en postenkät eller en helt annan metod skulle ha varit bättre eller sämre. Som skribenterna redan tidigare nämnt, passar den kvantitativa metoden bättre för studien eftersom det inte fanns tidigare forskning om ämnet i Finland.

Kvantitativ forskning innebär vanligtvis en omfattande undersökning med ett stort antal informanter. Informanternas förmåga att förstå det som undersöks beror på deras kunskaper om ämnet samt intresse. (Jacobsen 2007 s. 211,228) Eftersom den tidigare forskningen hade som kriterier att informanterna har vårdnivå kompetens, skickades enkäten

åt akutvårdare som arbetar på vårdnivå oavsett deras arbetserfarenhet. Enkäten skickades via en kontaktperson på varje räddningsverk, dvs. informanternas identitet hölls anonymt. Skribenterna anser urvalet av informanter därför vara internt valid.

Reliabilitet definieras som informationens pålitlighet. Man granskar information man fått och faktorer som kan ha påverkat resultatet. (Jacobsen 2007 s. 268) Faktorer som kan ifrågasätta studiens reliabilitet är utformning av enkäten, informanternas kunskap och intresse om ämnet, kontexten informanten befinner sig i när han besvarar enkäten, behandling av data samt data-analysen. (Jacobsen 2007 s. 285) Jacobsen skriver att ju fler fel man gör när man utformar enkäten desto mindre kan man lita på svaren man får. Frågorna i en enkät bör vara enkla och korta, samt bestå av hela meningar. Tvetydigheter bör också undvikas eftersom det kan påverka resultatet. (Jacobsen 2007 s. 191-192) Skribenterna märkte att t.ex. utformningen av påståenden och språket väckt tankar hos informanterna. Exempel på kommentarer som kom fram var: “Frågornas meningsbyggnad är på många ställen oklar. Språkfel tar bort trovärdigheten av undersökningen.” och “En del av påståendeparen var inte motstridiga så besvarandet av frågorna var svårt. Svaret kunde helt enkelt ha varit vilken som helst.”. Av alla informanter som slutförde enkäten, gav 52 % (31/60) feedback. All feedback var negativ. Innan enkäten skickades ut till informanterna märkte skribenterna språkfelen i finska översättningen av enkäten och skrev en utarbetad version av enkäten där språkfelen rättades. Eftersom enkäten måste se ut som den ursprungliga enkäten, fick skribenterna inte använda ändrade versionen. Ut av kommentarerna kan det konstateras att frågorna i enkäten kunde ha formulerats på ett enklare sätt och språkfelen i frågorna borde ha rättats. Antalet informanter som avbröt enkäten (38 %) kan ha orsakats av språkfelen och enkätens oklarhet. Påståendeparen ansågs vara svårbegripliga. Skribenternas utarbetade version av enkäten kunde ha minskat på tvetydigheten av frågorna.

Enkäten som användes i studien var både på finska och svenska eftersom en del av informanterna är tvåspråkiga. Informanterna hade tre veckor på sig att besvara enkäten. För att undvika tvetydiga frågor kunde man utföra en pilottestning av frågorna. (Jacobsen 2007 s. 287) Eftersom enkäten hade gått igenom en pilottestning i den ur-

sprungliga undersökningen, behövde skribenterna inte pilottesta den. En pilottestning kunde dock ha hämtat fram problemen som hade väckt tankar hos informanterna.

Analysen av data bör granskas kritiskt för att upptäcka eventuella problem som kan ses som hot mot reliabiliteten i arbetet. Hot mot reliabiliteten kan t.ex. vara felläsning av materialet och om inte användningen av analysinstrumentet behärskas. (Jacobsen 2007 s. 289) Vid analysen av data användes analysinstrumentet Managerial Value Profile (MVP) (Sashkin 2008), som använts i den tidigare forskningen. Analysen av materialet gjordes enligt instruktionerna i MVP och utfördes av alla tre skribenter för att minimera risken för fel. Därefter granskade skribenterna att de kommit till samma resultat och gick igenom analysen tillsammans. Fel i analysen kan dock ha skett, eftersom skribenterna utfört analysen för hand istället för med ett analysprogram. Det kan konstateras att studiens interna validitet kan ha påverkats av analysen. Eftersom analysen utfördes för hand, kan misstag ha skett i form av fel siffror, tecken eller dylikt.

Förutsättningar för en god extern validitet är att studiens reliabilitet och interna validitet är god. Den externa validitetens målsättning är att generalisera resultatet till hela populationen. (Jacobsen 2007 s. 275,290) Eftersom områdena i andra delar av Finland inte är jämförbara med Södra Finland, kan resultaten inte generaliseras till andra områden.

Svarsprocenten i en studie påverkas av bortfall av informanter och enskilda frågor. (Jacobsen 2007 s. 228) Svarsprocenten från enkätundersökningen var 40 %. I och med att den uppskattade mängden informanter var hög, kan man konstatera att svarsprocenten i studien inte är så bra. För att höja svarsprocenten i en studie kan man skicka påminnelser åt informanterna om undersökningen och påminna dem om vilken betydelse undersökningen har, samt garantera deras anonymitet. (Jacobsen 2007 s. 229) Vid detta fall kunde det ha använts en annan typ av skala eller skilda frågor istället för påstående par för att göra enkäten lättbegriplig. Språket och utformningen av frågorna i enkäten kan konstateras ha påverkat antalet informanter och deras intresse att slutföra enkäten.

Antalet informanter som avbröt enkäten var 37 av 97 (38 %). På grund av att innehållet i enkäten var svårbegripligt, anses detta vara orsaken till den låga svarsprocenten.

Skribenterna har haft ett etiskt förhållningssätt under hela undersökningens förlopp. Informanternas självbestämmanderätt och anonymitet har respekterats genom hela arbetet. Inställningen till tidigare forskning har varit respektfullt.

## 8 DISKUSSION

I detta kapitel diskuterar vi resultaten i relation till syfte och frågeställningarna, tidigare forskningen och teoretiska referensramen. Dessutom diskuterar vi allmänt om olika hypoteser och förslag till vidare undersökning.

Avsikten och syftet i studien har uppfyllts genom att få svar på hurdan etisk profil akutvårdare har och förstå vilka värdeuppsättningar styr en akutvårdares beslutsfattande. Forskningsfrågorna besvaras genom en sammanfattning av studiens resultat, tidigare forskning och teoretisk referensram. Forskningsfrågorna besvarades genom att använda en kvantitativ forskningsmetod och att samla in material med en färdigt piloterad enkät.

Akutvårdarens etiska profil undersöktes genom att använda Managerial Values Profile. (Sashkin 2008) Enligt MVP indelas etiska profilen i tre värdeuppsättningar; Utilitarism, Individuella rättigheter och Social rättvisa. Över hälften av informanterna hade Individuella rättigheter som sin värdeuppsättning. Vissa informanternas beslutsfattande grundar sig på en kombination av flera värdeuppsättningar. Det märks att ju mer arbetserfarenhet de har, desto fler kombinationer av värdeuppsättningar påverkar deras beslutsfattande. Resultatet i studien liknar Australiensiska pilotundersökningens resultat. Resultaten i undersökningarna fördelades huvudsakligen på samma sätt i olika värdeuppsättningar. Annan akademisk utbildning ser ut att påverka hur många olika värdeuppsättningar akutvårdaren använder vid beslutsfattandet. Däremot är det svårt att tolka och definiera förhållandet mellan orsaker och konsekvenser. Eftersom det inte framkom hurdan akademisk utbildning informanterna har, är det svårt att säga om etisk problemlösning varit en del av utbildningen. Resultaten angående Likert-skalan ansågs vara in-

konsekventa. Motsättning av två värdeuppsättningar gav ett annat resultat i början av enkäten än i slutet. Oklarheten i enkäten kan ha påverkat hur informanterna svarat på Likert-skalan.

När undersökningens resultat reflekteras till den tidigare forskningen, är det möjligt att se korrelation mellan faktorer som leder till etiskt svåra situationer inom akutvården och resultaten. Patientens autonomi, dvs. självbestämmande rätt kan ofta leda till problem inom akutvården. Situationer där akutvårdarna inte kan kommunicera med patienten och situationer där de är tvungna att fatta beslut utan noggrannare information om patientens tillstånd, sjukhistoria eller egen önskan, leder till etiskt svåra situationer. 53 % av informanterna hade individuella rättigheter som dominerande värdeuppsättning för sitt beslutsfattande, och 10 % hade det som en kombination med något av de andra värdeuppsättningarna. 63 % av informanterna använder och/eller föredrar denna värdeuppsättning när de fattar beslut. Dessa situationer där akutvårdarna är tvungna att fatta beslut utan att ta hänsyn till patientens individuella rättigheter ses som en orsak till etiska problem. Det kan tänkas att eftersom individuella rättigheter är ett uppskattat värde hos akutvårdarna, anses situationer där man kränker patientens individuella rättigheter som problematiska.

Tidigare forskning påvisar dessutom att upprätthållandet av den professionella rollen i akutvården är utmanande samt att vårdare på något sätt måste ansluta sig till den professionella rollen och eventuellt ignorera den egna identiteten, dvs. deras egna värderingar och tro. Akutvårdarna stöter på situationer där deras egna känslor inte är utgångspunkt för gjorda val och fattade beslut angående vården. (Nordby & Nøhr 2012) Vårdarna speglar egna attityder i sina etiska omdömen. De vårdar patienter så som de själva önskar bli vårdade. (Fernandes & Moreira 2012) Detta kan förknippas med Kohlbergs tredje utvecklingsfas på den konventionella nivån, dvs. moral om goda människorelationer, där den gyllene regeln fungerar som en riktlinje. Det verkar som om akutvårdarna handlar på en konventionell nivå moraliskt i vissa situationer och funderar på problem ur gruppens eller samhällets synvinkel. Tidigare forskning visar dessutom att akutvårdarna hamnar i situationer där de tycker att det inte är etiskt korrekt att t.ex. återuppliva patienter. Fastän det kunde motiveras på många sätt, kan man ändå alltid spåra det tillbaka till personliga åsikter om patientens tillstånd eller vilja. (Nordby & Nøhr 2012) Vi



förstår också att akutvårdarna hamnar i situationer där patienternas och anhörigas åsikter om vårdbeslutet skiljer sig från varandra. Då kan akutvårdaren hamna i konflikt mellan att fatta beslutet som kanske föredrar de individuella rättigheterna men som kränker social rättvisa. Detta påvisar att akutvårdare kan vara tvungna att fatta beslut, vars utgångspunkt inte är de egna värdena. Resultaten visar att 83 % av informanterna hade en dominerande värdeuppsättning i sina svar, och bara 12 % en kombination av värdeuppsättningar. Resultaten väcker tanken om det är enklare för akutvårdare att fatta etiska beslut vars handlingar styrs av flera värdeuppsättningar, eller om det är svårare? Kan en profil med en dominerande värdeuppsättning underlätta beslutsfattandet?

Samhället ställer konstant krav på akutvården samt hela sjukvårdssystemet. De styrs av lagar och etiska riktlinjer som nämner vad som enligt samhället är det rätta sättet att arbeta etiskt på. Till exempel sjukskötarna styrs av etiska riktlinjer skapade av International Council of Nurses (ICN). (Fry & Johnstone 2008) Organisationer och arbetsmiljön är också en faktor för etiska utmaningar. I artikeln (Nordby & Nøhr 2012) presenterar författarna att det på flera arbetsplatser finns bristfälliga riktlinjer för att lösa etiskt svåra problem. Författarna konstaterar dessutom att det borde finnas gemensam praxis inom detta område, samt att det finns utrymme för förbättring på den fronten. Tidigare forskning påvisar att det finns ett tomrum mellan individuellt och organisatoriskt förhållningssätt till etisk beslutsfattning. (French & Casali 2008) Etiskt beslutsfattande kan konkretiseras med begreppen yttre etik och inre etik. (Wallinvirta 2010) Individens egna värderingar och erfarenheter tillsammans med lagar och organisationens riktlinjer styr beslutsfattandet. Skillnader i hur mycket inre och yttre etiken påverkar informanternas beslutsfattande kan ses i deras val av värdeuppsättningar.

Författarna kan se ett tema som upprepas. Etiskt svåra situationer kan till exempel karakteriseras av ett fenomen. Då akutvårdarna är tvungna att fatta beslut enligt yttre värderingar, eller när handlingen präglas av dem, kan det leda till en inre konflikt och påfrestning i akutvårdaren. Det kan konstateras att vårdaren strävar efter det goda för varje individ. Medan det centrala i konsekvensetiken är att man vid bedömning om vad som är moraliskt rätt eller fel fokuserar på det goda och dåliga i följderna. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 46) Föregående har mycket av samma karaktär som Utilitaristiska värdeuppsättningen. Det vill säga det goda och dåliga i verksamheten mäts med resulta-

ten och att utgångspunkten med föreställningen är att ändamålet helgar medlen. Detta är en värdeuppsättning som har mycket gemensamt med organisationer och deras målsättningar, men som enligt våra resultat inte karakteriserar majoriteten av akutvårdare. Eftersom akutvårdarna inte alltid handlar enligt deras egna etiska övertygelse, som en följd av att deras personliga åskådning inte motsvarar den externa eller interna proceduren, leder det till att vi förstår att akutvårdarna hamnar i situationer där de upplever press från två olika håll. Därför är det ett viktigt mål för alla organisationer inom hälso- och sjukvårdsbranschen att minimera upplevda konflikter mellan ekonomiska och administrativa värderingar gentemot personliga åskådningar som formats vid patientkontakter. Det har en negativ personlig inverkan på akutvårdare. (Nordby & Nøhr 2012)

Tidigare forskning hänvisar dessutom till att akutvårdarna inte har tillräcklig utbildning om hur de bör kommunicera. Det nämns också att akutvårdarna ofta undviker svåra situationer och stress. Undvikandet av problematiska situationer leder till otillräcklig utveckling av kommunikationsfärdigheter hos vårdare, vilka är viktiga kvaliteter. (Bremer & Sandman 2011) Akutvårdarna bemöter också sörjande människor och i sådana situationer så bör akutvårdarna erbjuda krishjälp och stöd samt undvika att orsaka lidande. Detta kräver utvecklat etiskt kunnande. (Bremer et al. 2012) Grunderna om etik i vårdarbetet lärs i yrkesinriktade studier. Inläringen slutar inte där utan fortsätter i arbetslivet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012 s. 346) Tidigare forskning tar fram också att akutvårdarnas egen osäkerhet och deras egen upplevelse om att inte ha tillräcklig kunskap kan leda till etiskt svåra situationer. (Nordby & Nøhr 2012) Eftersom kunskapsnivån påverkar beslutsfattandet, ses utbildningen som en nödvändig förutsättning för akutvårdarna. (Gunnarsson & Stomberg 2009) Den intressanta trenden som vi kunde läsa från resultaten var att en informant med längre arbetserfarenhet, eller med någon annan akademisk utbildning var två gånger mer sannolik att få en profil som kombinerar värdeuppsättningar. Dess betydelse dock i att förstå hur det påverkar beslutsfattandet kommer inte fram i vår studie. Det är ett ämne som skulle vara intressant att undersöka vidare i en annan studie där metoden för forskning bättre kunde ge svar på denna fråga.

Det är svårt att skilja åt hur arbetserfarenhet och fortbildning påverkar akutvårdarna. Inom akutvården innehåller arbetslivet oftast mycket fortbildning och en person

som fortbildat sig har antagligen arbetat en längre tid. Beror alltså informantens förmåga att använda flera värdeuppsättningar vid problemlösningen på att han fortbildat sig eller att han har mer arbetserfarenhet? Det är också svårt att skilja åt ålder och arbetserfarenhet då det gäller förhållandet mellan orsaker och konsekvenser. Som det tidigare diskuterats, ändras och utvecklas moral tänkandet konstant (Juujärvi et al. 2007 s. 113) och högsta utvecklingsnivåerna nås oftast först efter 30-års ålder (Juujärvi et al. 2007 s. 120) Vilket påverkar akutvårdarens moraliska utveckling och förmåga för mångsidig problemlösning mera? Är det utvecklingen som sker med åldern eller utvecklingen genom arbetserfarenheten? Hur kan man mäta betydelsen av detta?

The Managerial Values Profile i sig är ett instrument som besvarar många frågor. Det vore intressant att fortsätta med en kvalitativ undersökning. Avsikt med den kvalitativa studien kunde vara att undersöka vilken motiv informanterna egentligen har när de besvarar enkäten som de gör. Således kunde man få ett holistiskt perspektiv på svaren och se om besluten varit påverkade av inre eller yttre etik.

Ett annat intressant tema för fortsatt undersökning kunde vara att undersöka hur arbetserfarenheten och fortbildning påverkar moraliska utvecklingsnivån. Det kunde utföras med en enkät som liknar MVP-instrumentet. Efter väsentlig bakgrundsinformation (arbetserfarenhet/fortbildning) sätts informanten i etiskt svåra situationer och tvingas att välja mellan två svars alternativ. Varje alternativ presenterar Kohlbergs moraliska utvecklingsfaser.

Skribenterna önskar att resultaten av denna studie bidrar med kunskap till den internationella undersökningen. (Bremer et al. 2012) Vi förstår att etiskt beslutsfattandet är ett fenomen som stöts på ofta inom akutvården, och att akutvårdarna hamnar i etiskt svåra situationer. Det kan orsaka negativa konsekvenser för akutvårdarna. Därför är det viktigt att kartlägga medel som kan stöda akutvårdare som hamnar ut för etiska konflikter. Som det redan diskuterats, kunde det vara av betydelse att vidare undersöka ämne där man djupare förstå hur motiven och bakgrundsfaktorer påverkar beslutsfattandet.



## 9 KÄLLOR

Aitamaa, E.; Leino-Kilpi, H.; Puukka, P. & Suhonen, R., 2010. Ethical problems in nursing management: The role of codes of ethics. *Nursing Ethics*, s. 469-482.

Andersen, J. A.; Smith, P. B.; Ekelund, B; Graversen, G; Ropo, A, 2003. In search of Nordic management styles. *Scandinavian Journal of Management*, s. 491-507.

Bremer, A., Dahlberg, K. & Sandman, L., 2012. Balancing Between Closeness and Distance: Emergency Medical Services Personnel's Experiences of Caring for Families at Out-Of-Hospital Cardiac Arrest and Sudden Death. *Prehospital and Disaster Medicine*, s. 42-52.

Bremer, A.; Jiménez-Herrera, M.; Axelsson, C.; Kilner, T.; Sandman, L. & Casali, G. L., 2012. *Ethics in the Australian, English, Spanish and Swedish Emergency Medical Services: 4 EMS Ethics*.

Bremer, A. & Sandman, L., 2011. Futile cardiopulmonary resuscitation for the benefit of others: An ethical analysis. *Nursing Ethics*, s. 495-504.

Castrén, M.; Helveranta, K; Kinnunen, A.; Korte, H.; Laurila, K.; Paakkonen, H.; Pousi, J. & Väisänen, O., 2012. *Ensihoidon Perusteet*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Cooper, E. E., 2012. Ethnocentrism. *Oxford Bibliographies*.

Fernandes, M. & Moreira, I., 2012. Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. *Nursing Ethics*, s. 72-82.

French, E. & Casali, G. L., 2008. Ethics in Emergency Medical Services – Who cares? An exploratory analysis from Australia.. *Journal of Business Ethics and Organization Studies*, 13(2), s. 44-53.

Fry, S. T. & Johnstone, M.-J., 2008. *Ethics in Nursing Practice*. Blackwell Publishing.

Gunnarsson, B. -M. & Stomberg, W. M., 2009. Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International Emergency Nursing*, s. 83-89.

- Hänninen, V., Partanen, J. & Ylijoki, O.-H., 2001. *Sosiaalipsykologian Suunnannäyttäjiä*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Jacobsen, D. I., 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K., 2007. *Eettinen Herkkyys Ammatillisessa Toiminnassa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Langeland, K. & Sørli, V., 2010. Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of Clinical Nursing*, s. 2064-2070.
- Larsson, R. & Engström, Å., 2013. Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International Journal of Nursing Practice*, s. 197-205.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M., 2012. *Etiikka Hoitotyössä*. Sanoma Pro Oy.
- Lippert, F. K. o.a., 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*.
- Matikainen, A., Hahtela, N. & Suutarla, A., 2012. *Sairaanhoitajan Eettiset Pelisäännöt*. Helsinki: Fioca Oy.
- Mäkilouko, M., 2004. Coping with multicultural projects: the leadership styles of Finnish project managers. *International Journal of Project Management*, s. 387-396.
- Nordby, H. & Nøhr, Ø., 2012. The Ethics of Resuscitation: How Do Paramedics Experience Ethical Dilemmas when Faced with Cancer Patients with Cardiac Arrest?. *Prehospital and Disaster Medicine*, s. 64-70.
- Patel, R. & Davidson, B., 2011. *Forskningsmetodikens grunder*. Studentlitteratur AB.
- Peterson, F. M. & Smith, B. P., 2000. Meanings, organisation and culture: Using sources of meaning to make sense of organisational events.. *Handbook of organisational culture and climate*, s. 101–116.
- Petrini, C., 2010. Triage in public health emergencies: ethical issues. *Internal and Emergency Medicine*, s. 137-144.

Renjö, Å., Berg, L. & Danielson, E., 2012. Ethical problems: In the face of sudden and unexpected death. *Nursing Ethics*, s. 642-653.

Risikko, P. & Koskela, A., 2011. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta*. <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110340>. Hämtad 2.10.2013.

Sandman, L. & Nordmark, A., 2006. Ethical Conflicts in Prehospital Emergency Care. *Nursing Ethics*, s. 592-607.

Sashkin, M., 2008. *The Managerial Values Profile (MVP)*. Ducochon Press.

Silfverberg, G., 2006. *Nya Vägar i Vårdetiken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Smith, B. P. & Peterson, F. M., 1988. *Leadership, Organizations and Culture: An Event Management Model*. SAGE Publication.

Tangherlini, T. R., 2000. Heroes and Lies: Storytelling Tactics among Paramedics. *Folklore, Vol. 111, No. 1*, s. 43-66.

Trost, J., 2007. *Enkätboken*. Studentlitteratur AB.

Wallinvirta, E., 2010. *Vårdetikens teoretiska utgångspunkter*.

Wolf, L., 2012. An Integrated, Ethically Driven Environmental Model of Clinical Decision Making in Emergency Settings. *International Journal of Nursing Knowledge*. s. 49-53.

Ågård, A.; Herlitz, J.; Castrén, M.; Jonsson, L. & Sandman, L., 2011. Guidance for ambulance personnel on decisions and situations related to out-of-hospital CPR. *Resuscitation*. s. 27-31.

## 10 BILAGOR

### 10.1 Följebrev (finska)

#### Saatekirje Sinulle joka osallistut tutkimukseen

Ensihoidossa tehtyjä tutkimuksia eettisten konfliktien syistä, seurauksista ja mahdollisista ratkaisuksista on hyvin vähän. Tieto siitä miten eettisiä ongelmia käsitellään, on puutteellista. Tämä toimii uhkana hyvälle hoidolle ja potilasturvallisuudelle eettisestä näkökulmasta. Kyselytutkimus on osa kansainvälistä tutkimusta jonka tarkoitus on kartoittaa ensihoitohenkilökunnan eettistä osaamista Suomessa. Toivomme että kyselytutkimuksen myötä saamme arvokasta tietoa ensihoitohenkilökunnan keskeisistä arvoista.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Täyttämällä ja palauttamalla kyselyn suostut osallistumaan tutkimukseen. Voit haluttaessa keskeyttää osallistumisesi ilmoittamatta syytä. Kyselyyn vastaaminen kestää n. 15 minuuttia ja saatte internet-linkin jonka kautta pääsette kyselyyn. Kaikki vastaukset säilytetään ilman nimiä tai henkilötietoja. Henkilöllisyyttäsi ei pystytä selvittämään eikä tuloksia julkaistaessa pystytä tunnistamaan kehtään tutkimukseen osallistunutta henkilöä. Kyselyn tuloksia säilytetään 10 vuotta Arcadan suojatuilla palvelimilla, josta se on saatavilla tutkimuskäyttöön.

Mikäli sinulla on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voit olla yhteydessä tutkimuksen tekijöihin.

Belinda Ahlberg, puh. nro. [REDACTED], sähköposti [REDACTED]

Joakim Harju, puh. nro. [REDACTED], sähköposti [REDACTED]

Padraig Rego, puh. nro. [REDACTED], sähköposti [REDACTED]

Ohjaajina toimivat:

Yliopettaja, PhD, Eivor Wallinvirta, puh. nro. [REDACTED], [REDACTED]

Lehtori, MSc, Patrik Nyström, puh. nro. [REDACTED], [REDACTED]



**Kiitämme osallistumisesta etukäteen, jokainen vastaus on erittäin tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta!**

## **10.2 Följebrev (svenska)**

### **Information till Dig som deltar i studien**

Inom akutvård saknas forskning om orsaker till etiska konflikter, konsekvenser och möjliga lösningar. Kunskapen om hur specifika etiska problem hanteras är bristfällig, något som riskerar god vård och patientsäkerhet utifrån ett etiskt perspektiv. Denna enkätundersökning är en del av ett internationellt projekt med syfte att kartlägga etiskt beslutsfattande inom akutvården. Vi hoppas att enkätundersökningen kommer att bidra med värdefull kunskap om centrala värderingar bland akutvårdarna.

Deltagande i studien är frivilligt. Genom att fylla i och lämna in enkäten samtycker du till deltagande men har när som helst möjlighet att avbryta ditt deltagande utan att ange orsak. Att fylla i enkäten tar ca 15 minuter och Ni kommer att få en webb-länk via Ni slipper in på enkäten. Alla enkäter kommer att hanteras konfidentiellt, utan namn eller personuppgifter. Din identitet går inte att spåra och vid publicering av resultatet kommer det inte att vara möjligt att identifiera någon enskild person i materialet. i redovisningen av data. Materialet förvaras på Arcadas försäkrade värddatorer i 10 år, där den är tillgänglig för forskning.

Har du några frågor är du välkommen att höra av dig till skribenterna.

Belinda Ahlberg, tel. [REDACTED], e-post [REDACTED]

Joakim Harju, tel. [REDACTED], e-post [REDACTED]

Padraig Rego, tel. [REDACTED], e-post [REDACTED]

Som handledare fungerar:

Överlärare, PhD, Eivor Wallinvirta, tel. [REDACTED], [REDACTED]

Lektor, MSc, Patrik Nyström, tel. [REDACTED], [REDACTED]

**Tack för Din medverkan!**

## 10.3 Enkät (finska)

### Kyselytutkimus

**Esitiedot**  
(Punaisella merkityt kohdat pakollisia)

1. Sukupuoli	<input type="radio"/> Nainen <input type="radio"/> Mies
2. Ikä	<input type="text"/>
3. Vuosia ammatissa	<input type="text"/>
4. Koulutustaso	<input type="radio"/> Ensihoitaja AMK <input type="radio"/> Sairaanhoitaja AMK <input type="radio"/> Sairaanhoitaja, erikoistunut ensihoitoon <input type="radio"/> Sairaanhoitaja, erikoistunut anestesiaan <input type="radio"/> Sairaanhoitaja, erikoistunut tehohoitoon <input type="radio"/> Sairaanhoitaja, muu erikoistuminen <input type="radio"/> Ensihoitoon suuntautunut lähihoitaja tai lääkintävahtimestari
5. Muu koulutus	<input type="radio"/> Organisaatio- tai johtamiskoulutus <input type="radio"/> Muu akateeminen koulutus <input type="radio"/> Ei muuta koulutusta
6. Johtotason/esimiehen asema	<input type="radio"/> Lääkintäesimies (L4/L5) <input type="radio"/> Kenttäjohtaja/lääkintämestari (L4/L5) <input type="radio"/> Ensihoitopäällikkö <input type="radio"/> Ei johtotason/esimiehen asemaa

Kysely ei ole auki

30%

<<< 2

Seuraava sivu

Powered by Analytica

## Kyselytutkimus

Valitse väittämäpareista se vaihtoehto joka parhaiten vastaa mielipidettäsi. Jos kumpikaan väittämäpari ei vastaa mielipidettäsi, valitse niistä kuitenkin parempi vaihtoehto.

Valitsemalla arvoksi 1-3 olet ENSIMMÄISEN väittämän kanssa:

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 hieman samaa mieltä

Valitsemalla arvoksi 4-6 olet TOISEN väittämän kanssa:

- 4 hieman samaa mieltä
- 5 jokseenkin samaa mieltä
- 6 täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	6	
• 1. Suurin hyöty mahdollisimman monille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Yksilön oikeus henkilökohtaiseen omaisuuteen.
• 2. Sääntöjen noudattamista maksimoitaakseen hyöty kaikille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Yksilön oikeus täydelliseen vapauteen, niin kauan kuin toisten oikeudet vastaavasti kunnioitetaan.
• 3. Yksilön oikeus puhua vapaasti pelkäämättä tulla erotetuksi työstään.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osallistuminen lainvastaiseen toimintaan saavuttaakseen olennainen hyöty kaikille.
• 4. Yksilön oikeus henkilökohtaiseen yksityisyyteen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Velvollisuus kerätä henkilökohtaista tietoa varmistaakseen yksilöiden tasavertaista kohtelu.

Kysely ei ole auki

50%

Seuraava sivu

Powered by Analystica

## Kyselytutkimus

Valitse väittämäpareista se vaihtoehto joka parhaiten vastaa mielipidettäsi. Jos kumpikaan väittämäpari ei vastaa mielipidettäsi, valitse niistä kuitenkin parempi vaihtoehto.

Valitsemalla arvoksi 1-3 olet ENSIMMÄISEN väittämän kanssa:

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 hieman samaa mieltä

Valitsemalla arvoksi 4-6 olet TOISEN väittämän kanssa:

- 4 hieman samaa mieltä
- 5 jokseenkin samaa mieltä
- 6 täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	6	
5. Vaarassa olevien auttaminen silloin kun se ei aiheuta suuria riskejä itselleen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Työntekijöiden oikeus tietää kaikista työympäristön vaaroista.
6. Työntekijöiden keskeisten epäoikeudenmukaisuuksien pyritään minimoimaan työpaikalla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Merkitävien epäoikeudenmukaisuuksien ylläpitäminen työntekijöiden kesken silloin kun lopputulos on hyödyksi kaikille.
7. Organisaatiot eivät saa vaatia työntekijöiltä sellaisia toimia jotka voivat rajoittaa vapauden toisilta tai aiheuttaa toisille vahinkoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Organisaation täytyy kertoa työntekijöille koko totuus työn riskeistä.
8. Asia joka auttaa organisaation saavuttamaan lopputuloksia, mistä kaikki hyötyvät, on hyvä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oikeudenmukainen kohtelu organisaation kaikille työntekijöille on hyvä.

Kysely ei ole auki

70%

Seuraava sivu

Powered by Analystica

## Kyselytutkimus

Valitse väittämäpareista se vaihtoehto joka parhaiten vastaa mielipidettäsi. Jos kumpikaan väittämäpari ei vastaa mielipidettäsi, valitse niistä kuitenkin parempi vaihtoehto.

Valitsemalla arvoksi 1-3 olet ENSIMMÄISEN väittämän kanssa:

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 hieman samaa mieltä

Valitsemalla arvoksi 4-6 olet TOISEN väittämän kanssa:

- 4 hieman samaa mieltä
- 5 jokseenkin samaa mieltä
- 6 täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	6	
9. Organisaatiot täytvät pysyä • poissa työntekijöiden yksityiselämästä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Työntekijöiden tulisi toimia saavuttaakseen organisaation tavoitteita, joista on hyötyä kaikille.
10. Kyseenalaiset keinot ovat • hyväksytyttä jos saavutettu lopputulos on hyvä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Yksilöiden täytyy noudattaa omaatuntoaan, vaikka se vahingoittaisi organisaatiota.
11. Yksittäisen työntekijän • turvallisuus menee kaiken muun edelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Velvollisuus auttaa suuren avun tarpeessa olevia.
12. Työntekijöiden tulisi • noudattaa sääntöjä jotka takaavat yksilön vapauden toimia ja samalla vähentävät epäoikeudenmukaisuuksia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parantaakseen organisaation tavoitteiden saavuttamista, työntekijöiden täytyy tehdä parhaansa noudattaakseen suunniteltuja sääntöjä.

Kysely ei ole auki

90%

Seuraava sivu

Powered by Analystica

## 10.4 Enkät (svenska)

### Enkätundersökning

#### Uppgifter om dig själv

Frågorna märkta med rött är obligatoriska

1. Kön  Kvinna  
 Man
2. Ålder
3. År i yrket
4. Utbildningsnivå  Akutvårdare YH  
 Sjukskötare YH  
 Specialiceringsutbildning, sjuksköterska inom ambulanssjukvård  
  
 Specialiceringsutbildning, sjuksköterska inom anestesijukvård  
 Specialiceringsutbildning, sjuksköterska inom intensivvård  
 Specialiceringsutbildning, sjuksköterska inom annan spec.utb.  
 Spec.utb. närvårdare inom ambulanssjukvård eller medikalvaktmästare
5. Annan utbildning  Utb. inom ledarskap  
 Annan akademisk utbildning  
 Ingen annan utbildning
6. Innehar chefsbefattning?  Skiftesansvarig (L4)/(L5)  
 Medikalmästare (L4)/(L5)  
 Akutvårdschef  
 Ingen chefsbefattning

Kysely ei ole auki

30%

<<< 2

Nästa sida

Powered by Analystica

## Enkätundersökning

Välj påståendet som du tycker stämmer bäst in på det du själv tycker eller det bästa alternativet.

Om du väljer mellan värden 1-3, är du av FÖRSTA påståendet:

- 1 helt av samma åsikt
- 2 delvis av samma åsikt
- 3 lite grann av samma åsikt

Om du väljer mellan värden 4-6, är du av ANDRA påståendet:

- 4 lite grann av samma åsikt
- 5 delvis av samma åsikt
- 6 helt av samma åsikt

	1	2	3	4	5	6	
<ul style="list-style-type: none"><li>• 1. Största möjliga lycka för största möjliga antal.</li></ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Individens rätt till privat egendom.
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2. Följa regler som är utformade för att maximera fördelar för alla.</li></ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Individens rätt till full handlingsfrihet så länge som andras rättigheter respekteras.
<ul style="list-style-type: none"><li>• 3. Individens rätt att tala fritt utan rädsla för att avskedas.</li></ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Göra sådant som formellt sett är olagligt så länge det innebär väsentliga fördelar för alla.
<ul style="list-style-type: none"><li>• 4. Individens rätt till personlig integritet.</li></ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Skyldigheten att samla in personlig information för att säkerställa att alla behandlas lika.

Kysely ei ole auki

50%

<<< 3

Nästa sida

Powered by Analystica

## Enkätundersökning

Välj påståendet som du tycker stämmer bäst in på det du själv tycker eller det bästa alternativet.

Om du väljer mellan värden 1-3, är du av FÖRSTA påståendet:

- 1 helt av samma åsikt
- 2 delvis av samma åsikt
- 3 lite grann av samma åsikt

Om du väljer mellan värden 4-6, är du av ANDRA påståendet:

- 4 lite grann av samma åsikt
- 5 delvis av samma åsikt
- 6 helt av samma åsikt

	1	2	3	4	5	6	
• 5. Hjälpa andra som är i fara om det inte innebär några orimliga risker för en själv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anställdas rätt att få veta om det finns några risker i arbetsmiljön.
• 6. Minimera ojämlikheter mellan anställda på arbetsplatsen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bevara stora ojämlikheter mellan anställda om slutresultatet gynnar alla.
• 7. Organisationer får inte kräva att anställda ska göra sådant som skulle begränsa andras frihet eller skada andra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Organisationer måste ge personalen en fullständig och sanningsenlig bild av riskerna med arbetet.
• 8. Det goda är det som gör att organisationen/företaget uppnår mål som gynnar alla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Det goda är jämlik behandling av samtliga anställda i organisationen/företaget.

Kysely ei ole auki

70%

<<< 4

Nästa sida

Powered by Analytica



## Enkätundersökning

Välj påståendet som du tycker stämmer bäst in på det du själv tycker eller det bästa alternativet.

Om du väljer mellan värden 1-3, är du av FÖRSTA påståendet:

- 1 helt av samma åsikt
- 2 delvis av samma åsikt
- 3 lite grann av samma åsikt

Om du väljer mellan värden 4-6, är du av ANDRA påståendet:

- 4 lite grann av samma åsikt
- 5 delvis av samma åsikt
- 6 helt av samma åsikt

	1	2	3	4	5	6	
9. Organisationer måste hålla sig utanför personalens privatliv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De anställda bör arbeta för att uppnå organisationsmål som gynnar alla.
10. Tvivelaktiga medel är godtagbara om de uppnår goda mål.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Individer måste följa sina egna samveten, även om det skadar organisationen.
11. Den anställdes säkerhet står över allt annat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Skyldighet att hjälpa de med stora behov.
12. Anställda bör följa regler som bevarar individens fortsatta handlingsutrymme samtidigt som det minskar ojämlikheter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anställda måste göra sitt bästa för att följa regler som är utformade att förbättra organisationens måluppfyllelse.

Kysely ei ole auki

90%

<<< 5

Nästa sida

Powered by Analytica

## Enkätundersökning

### Feedback

Kommentarerna kommer att förvaras anonyma och är endast synliga för skribenterna.

Kysely ei ole auki

95%

<<< 6

Spara

Powered by Analytica

## 10.5 The Managerial Values Profile (MVP)

The Managerial Values Profile (MVP) is designed to help individuals identify the value premises that guide their actions. The results can be useful for those who want to better understand the determinants of their behavior, as well as gain new and broader perspectives on ethics in general. The MVP is particularly useful for managers, administrators, and other organization members. This is because the values of the organizations or institutions of which we are members may be different from our personal values. Identifying and understanding such differences can help us make difficult but important decisions, especially when ethical concerns are involved. After you complete the profile on the next two pages, this booklet gives directions on how to calculate your scores. The booklet concludes with a discussion of the meaning of the scores.

Directions: The Managerial Values Profile consists of twelve pairs of statements. Read each pair and check off the one statement of the two that you agree with the most. You might agree with both of the statements; if you find yourself in that situation, choose the one you most agree with. Or, you might not agree with either statement; in that case, choose the one you disagree with the least. For each pair you must choose one statement; otherwise, it will not be possible to score your results. Look at the example, below:

**Example:**

- 1. I believe in the greatest good for the greatest number.
- 2. I believe in an individual's right to private property.

Statement 1 is checked because this respondent agreed with 1 more than with 2. Be sure to choose and check the one statement in each pair that you most agree with.

**When instructed, please turn the page and begin**

## THE MANAGERIAL VALUES PROFILE

**Directions:** Select the *one* statement from each pair that you agree with most (or disagree with least). Place a checkmark (✓) in the box beside the statement you select. You *must* make a choice for each pair of statements.

- 1. I believe in the greatest good for the greatest number.
- 2. I believe in an individual's right to private property.
- 3. People should adhere to rules designed to maximize benefits to all.
- 4. Individuals' absolute freedom of action should be limited when necessary to reduce unfair treatment of others.

- 5. A person has the right to choose not to get involved, even if it means others will suffer.
- 6. It is acceptable to engage in technically illegal behavior in order to attain substantial benefits for all.
- 7. I believe individuals have an absolute right to personal privacy.
- 8. It is proper for government and private organizations to gather personal information to ensure that individuals are treated equitably.
- 9. One is obliged to help those in danger when doing so would not unduly endanger one's self.
- 10. An employee has the right to expose illegal company practices without facing sanctions from the organization.
- 11. Inequities among employees should be minimized to the extent possible.
- 12. It is appropriate to maintain significant inequities among employees when the ultimate result benefits everyone.
- 13. Individuals should have the right of free speech.
- 14. Policies should be avoided that hurt those who are already disadvantaged.

- 15. What is good is what helps an organization attain ends that benefit everyone.
- 16. What is good is equitable treatment for all members of an organization.
- 17. Organizations should stay out of employees' private lives.
- 18. Organizations should act to achieve goals that benefit all employees.
  
- 19. Questionable means can be acceptable if they achieve good ends.
- 20. Individuals have the right to follow their consciences, even if it hurts the organization.
  
- 21. A person has the right to consider his or her own safety above that of others.
- 22. A person has the obligation to aid those in great need.
  
- 23. Rules or laws should be designed to reduce inequities among people.
- 24. Rules or laws should be designed to make more likely the attainment of goals that benefit everyone.

Please do not turn the page until you have completed the Profile, or until you are asked to do so.

### Scoring the *Managerial Values Profile*

**Step One:** In the columns below *circle* the numbers that match the numbers of the statements that you checked off on the *MVP*. You chose one statement from each of twelve pairs, so you circled a total of twelve statements. When you have circled the numbers of all your choices add up the *number of circles* in each of the three columns — do *not* add up the actual numbers you circled. Then, put the total number of circles in a column in the box at the bottom of the column. The total number of circles in a column can range between zero and eight.

1	2	4
3	5	8
6	7	9
12	10	11
15	13	14
18	17	16
19	20	22
24	21	23
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A	B	C

**Step Two:** Divide each of the totals by 8. Put the result in the boxes below. The result can range from .12 to 1.00. Use this key:  $1/8=.12$ ,  $2/8=.25$ ,  $3/8=.37$ ,  $4/8=.50$ ,  $5/8=.62$ ,  $6/8=.75$ ,  $7/8=.87$ ,  $8/8=1.0$ . Put your results in the boxes below.



**A**

**B**

**C**

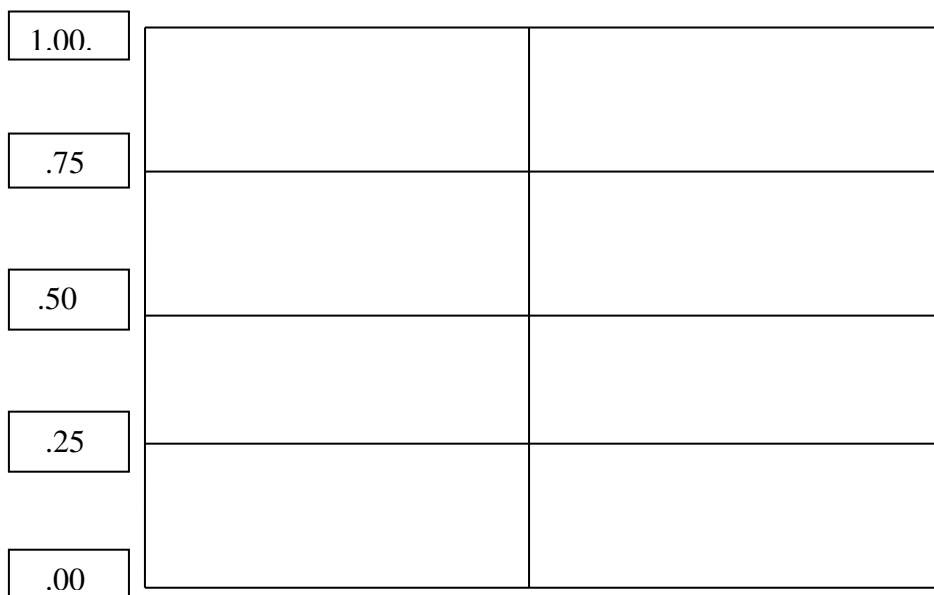
**Step Three:** Plot your three scores on the charts that follow on the next page.

Then review the interpretation section, for an explanation of the three sets of values assessed by the MVP and for an interpretation of your scores.

**Your Managerial Values Profile**

Plot the three scores you calculated on the previous page directly onto the scales below.

The labels for the three scales are explained in the interpretation that follows.



**Utilitarianism**

**Individual Rights**

**Social Justice**

**A**

**B**

**C**

## **Interpretation**

Values affect our behavior in deep and subtle ways. It can, then, be very useful to understand one's own value premises and the Managerial Values Profile can help. The MVP measures an individual's preferences among three sets of values. These are values that have long been recognized as basic beliefs to which people may adhere. While there have been various names given to these sets of values, we refer to them by three common labels: utilitarianism, individual rights, and social justice. (Each is defined in more detail below.) Each pair of statements on the MVP calls for a choice on your part, between values from two different sets. The three sets are compared in all possible combinations, and each comparison is repeated to increase the reliability of the assessment. Each set is represented by eight statements. The more often you select value statements in the same scoring column, the greater your preference for the value set represented by that column. By dividing by eight the number of times a value statement from the same set is selected (in comparison to another alternative), you calculated the percentage of statements that you selected from that set. These three percentage figures, when graphed on the charts provided above, show the relative importance you place on each of the three values sets.

Generally, an individual identifies with the values set on which he or she scores the highest. Most of us, though, combine elements of two or even all three value sets. What's more, we may emphasize one or another of the three value sets in different circumstances. As you read the descriptions below of each of the three value sets, think about the value set on which you scored highest, that is, the one you saw as most important. Does it describe your own feelings most of the time? If you tied on two, or had close scores, you may be combining elements from both. Some people even score about the same on all three and seem comfortable working from any of the three. But even in these cases, there is probably one set that a person believes best describes his or her preferences. See if you can identify the set that best fits you.



Utilitarianism. This set of values is based on the premise that all actions must be judged good or bad in terms of their effect. One reason this approach is attractive is because of its practical and pragmatic focus on outcomes. The most important outcome is that of producing the greatest possible good for the greatest possible number of people. This value is consistent with common aims of organizational efficiency and effectiveness. Moreover, it supports the belief that as many people as possible should participate in an organization or social system that operates well and works to their benefit. However, some people or groups might be too easily ignored or given low priority; the utilitarian approach aims for the “general” good, that is, what is good for most people, not for the good of everyone or the good of any particular group. Another problem is that not all outcomes can be easily quantified. This often results in the substitution of standard “rules” for thoughtful choice among alternative actions. People assume that following the rules will lead to desirable outcomes, but this may not be so. Perhaps the most serious problem with the utilitarian value set is that it is consistent with what many see as a dangerous premise: the belief that ends can justify means. The great sociologist Max Weber emphasized this when he observed that one can’t really understand what’s going on in an organization (or any social system) without looking at the connection between means and ends.

Individual Rights. The second value set is based on the premise that individuals’ personal rights should be valued above everything else and must not be violated. These include the right to life and safety; the right to know information that directly affects one (for example, possible dangers in the work setting); the right to privacy; the right to act in line with one’s beliefs or conscience without fear of negative consequences simply because other people have different views; the right to speak freely (including the right to speak about illegal or unethical actions by one’s employer without fear of reprisal); and the right to private property. The American Constitution and, especially, the Bill of Rights (the first ten amendments to the Constitution) give great weight to the rights of individuals. Even so, these rights are sometimes limited for utilitarian reasons or as a matter of “social justice.” For example, the government can usually force an individual to give up certain property, when that property is needed for practical reasons that benefit most people. Thus, government can require that an individual sell to the government the land on which a highway is to be built. And in recent years great attention has been on “affirmative action,” an approach giving special advantages to people

or groups that are believed to have been unfairly disadvantaged in the past. Notice, then, that utilitarian or social justice values may conflict with individual rights.

**Social Justice.** As just mentioned, this value set is based on the belief that benefits and burdens should be allocated fairly. John Rawls, considered one of the greatest philosophers of the twentieth century, places such weight on this that he defined justice as fairness. In this sense, justice demands that social and economic inequities be dealt with in such a way that those who are the most disadvantaged receive the greatest benefits. Justice works both ways, though; it calls for all persons to be treated equitably and not arbitrarily. Thus, one person should not be paid more than another who has the same skills and does the same job, simply because of gender or race. Social justice also implies a variety of duties and obligations, such as the duty to help others in need, if one can do so without putting one's self in undue danger; the duty to avoid harming others or causing others to needlessly suffer; and the duty to support just institutions, such as our legal system. While it is closely aligned with the modern concept of a social democracy, this approach can be in direct conflict with both utilitarianism and individual rights. For example, the good of the larger number of people might be sacrificed in an effort to achieve equity for a relatively small number of severely disadvantaged individuals, while the individual rights of some might be limited to accommodate the rules of justice. For example, social justice might require that when two people apply for a job and are equally well qualified, the job should go to the one who belongs to a group that was, in the past, subjected to severe discrimination.

**Summary.** Each of the three value sets has both strengths and weaknesses. None is clearly superior to the others. Each is, in part and to a degree, consistent with some of the values that are basic to our society, that define our culture. But each is also to a degree in conflict with those values and with the other value sets. Thus, it is not possible to say that one or another of the three is "best" or "right" in any objective sense. Understanding your own values and perceiving clearly the differences between your values and those of others can be extremely helpful in making decisions and taking actions. The questions that follow may help you to think further about your values and their implications.

### **Some Questions for Group Discussion or Personal Reflection**

1. Do your results seem consistent with your personal value system, as you understand it? Can you think of examples of how these results support (or, perhaps, contradict) your actions?
2. If this has been a group or team activity, how do your results compare to those of your teammates? Does your group have a preferred value set? How does that value set affect the way group members interact?
3. Which of the three value sets seems most compatible with your organization's mission? Are all of the members of your group willing and able to "live" by that set of values?
4. What aspects of the value set shared by most group members cause difficulty for you, personally? Can you be specific? Are you willing to discuss this with others?
5. What will the group do when a serious conflict arises out of actions stemming from different values within the group? Can a group prepare for this? How?

### **About the Author**

Marshall Sashkin is professor of human resource development at the George Washington University, where he teaches graduate courses in leadership, consulting skills, and research design and method. He received his bachelors degree in psychology from the University of California, Los Angeles, and his Ph.D. in organizational psychology from the University of Michigan. Dr. Sashkin has conducted research and taught at several universities, and has consulted with numerous public and private sector organizations, including GE Capital, American Express, and the Army War College. From 1979 to

1984 he was professor of industrial and organizational psychology at the University of Maryland; from 1984 to 1993 he was senior associate in the Office of Educational Research and Improvement, the applied research arm of the U.S. Department of Education, where he developed and guided applied research aimed at improving the organization and management of schools. He has authored over fifty research reports and more than a dozen books and monographs, including *Putting Total Quality Management to Work* (with Kenneth Kiser; Berrett-Koehler Publishers, San Francisco). His most recent book is *Leadership That Matters* (with Molly Sashkin, published by Berrett-Koehler in 2003). Dr. Sashkin has developed a variety of questionnaire assessments, including *The Visionary Leader (The Leader Behavior Questionnaire)*, and the *Conflict Style Inventory* (both published by HRD Press; 1 800 822-2801), that are widely used in research studies as well as for management, executive, and organization development. Other of his materials are published by Ducochon Press.

Titel	Författare	År	Forskningsområde	Metod
Ethical problems in nursing management: The role of codes of ethics.	Aitamaa m.fl.	2010	Identifiering av problem som avdelnings-sköterskorna stöter på i sitt arbete och rollen av etiska riktlinjerna problemlösningen.	Strukturerad kvantitativ enkät
Futile cardiopulmonary resuscitation for the benefit of others: An ethical analysis.	Bremer & Sandman	2011	Undersökning och diskussion om argument som stöder användning av meningslöst återupplivning för anhörigas och ambulanspersonalens skull.	Litteraturstudie
Balancing Between Closeness and Distance: Emergency Medical Services Personnel's Experi-	Bremer m.fl.	2012	Analys av akutvårdarnas erfarenheter av vårdandet av familjer till patienter som lidit av hjärtstillestånd eller	Kvalitativa intervjuer

ences of Caring for Families at Out-Of-Hospital Cardiac Arrest and Sudden Death.			plötslig död.	
Ethics in the Australian, English, Spanish and Swedish Emergency Medical Services: 4 EMS Ethics.	Bremer m.fl.	2012	Undersöker akutvårdarens moraliska kompetens och hur den påverkar etiskt beslutsfattande.	Kvalitativa intervjuer kombinerat med kvantitativa enkäter
Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice.	Fernandes & Moreira	2012	Identifiering av etiska problem som sjukskötare på akutmottagningsar möter dagligen.	Semi-strukturerade kvalitativa intervjuer
Ethics in Emergency Medical Services – Who Cares? An exploratory analysis from Australia.	French & Casali	2008	Identifiering av akutvårdarnas etiska profiler samt deras perspektiv på etik inom organisationen och etiska konflikter, för att bättre förstå konflikter i etiska värden mellan akutvårdare och deras arbetsgivare.	Kvantitativa enkäter kombinerat med semi-strukturerade kvalitativa intervjuer
Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations.	Gunnarsson & Strömberg	2009	Faktorer som påverkar Akutvårdarens beslutsfattande i akuta situationer i Sverige.	Kvalitativa intervjuer
Ethical challenges in nursing emergency practice.	Langeland & Sørli	2010	Sjuksköterskors upplevelser om etiskt svåra situationer på en akutmottagning.	Kvalitativa intervjuer
Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest.	Larsson & Engström	2013	Akutvårdarnas upplevelser om vårdandet av patienter som lider av hjärtstillestånd.	Kvalitativa intervjuer
European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-	Lippert m.fl.	2010	Etiska problem och lösningar gällande återupplivning samt avslutandet av återupplivning.	Litteraturstudie

of-life decisions.				
The Ethics of Resuscitation: How Do Paramedics Experience Ethical Dilemmas when Faced with Cancer Patients with Cardiac Arrest?	Nordby & Nøhr	2012	Ambulanspersonalens upplevelser av svåra etiska dilemman kring återupplivning av cancerpatienter.	Semi-strukturerade kvalitativa intervjuer
Triage in public health emergencies: ethical issues.	Petrini	2010	Etiska konflikter i allmänna hälsovården, speciellt gällande skillnader i arbetarnas personliga åsikter och organisationens åsikter om triage.	Litteraturstudie
Ethical problems: In the face of sudden and unexpected death.	Renjö m.fl.	2012	Stroke-teamens upplevelser om etiska konflikter och hur teamen klarar av vårdandet av patienter som lidit av plötslig eller oväntad död orsakad av stroke.	Kvalitativa intervjuer
Ethical Conflicts in Prehospital Emergency Care.	Sandman & Nordmark	2006	Etiska konflikter inom akutvården.	Kvalitativa intervjuer
Heroes and Lies: Storytelling Tactics among Paramedics.	Tangherlini	2000	Förhållandet mellan sanning och myter inom akutvården.	Litteraturstudie
An Integrated, Ethically Driven Environmental Model of Clinical Decision Making in Emergency Settings.	Wolf	2012	Förhållandet mellan olika variabler i en modell av kritiskt och moraliskt tänkande.	Kvantitativ enkät
Guidance for ambulance personnel on decisions and situations related to out-of-hospital CPR.	Ågård m.fl.	2011	Etiska aspekter relaterade till återupplivningsbeslut samt akutvårdarnas erfarenheter och åsikter om beslutsfattandet jämfört med huvudpunkterna i de praktiska riktlinjerna.	Litteraturstudie

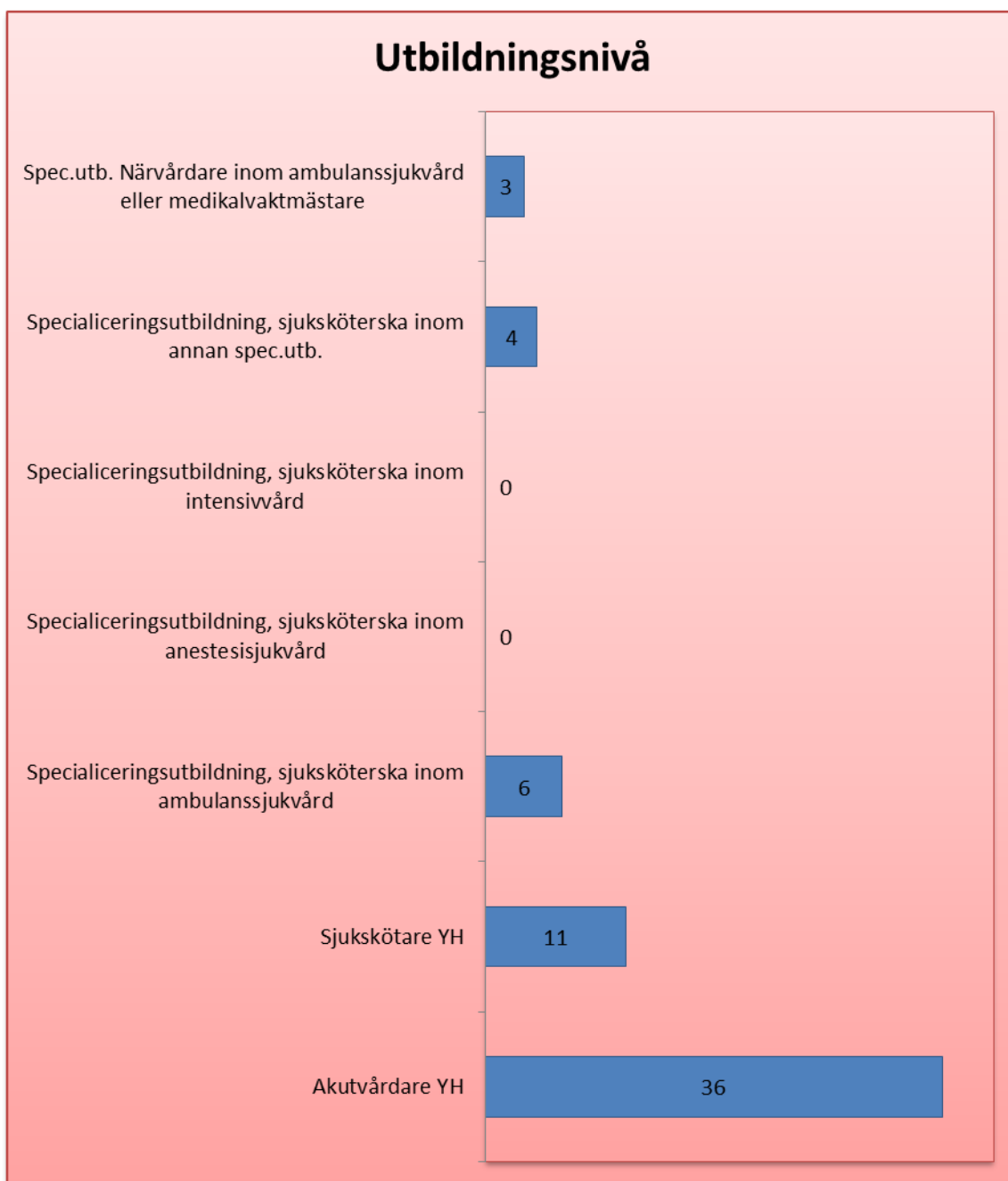
Tabell 1 Tabell över artiklar

SÖKORD	ACADEMIC SEARCH ELITE	CINAHL (EBSCO)	PUBMED	MEDIC	MEDLINE	GOOGLE SCHOLAR
Ethics	11 194 (-)	1 991 (-)	28 372 (-)	103 (-)	32 (-)	796 000 (-)
Emergency Medical Ser- vices	1 291 (-)	181 (-)	21 793 (-)	19 (-)	860 (-)	167 000 (-)
Ethics AND Emergency Medical Ser- vices	31 (1)	3 (-)	121 (-)	- (-)	- (-)	5 370 (-)
Emergency Medical Ser- vices AND Ethics AND Decision	10 (1)	4 (1)	21 (1)	- (-)	- (-)	- (-)
Emergency Medical Ser- vices AND Decision	56 (1)	13 (1)	193 (2)	- (-)	- (-)	- (-)
Emergency Nursing AND Ethics	9 (2)	14 (2)	49 (1)	- (-)	- (-)	- (-)
Paramedic* AND Decision	19 (1)	2 (-)	46 (1)	- (-)	- (-)	- (-)
Paramedic* AND Ethics	7 (1)	- (-)	26 (1)	- (-)	- (-)	- (-)
Paramedic AND Hero	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	13 000 (1)
Nursing Ethics AND Ethical Issues	77 (2)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)

ANTALET RELEVANTA ARTIKLAR	
ARTIKLAR	6
MANUEL SÖKNING	11
TOTALT	17

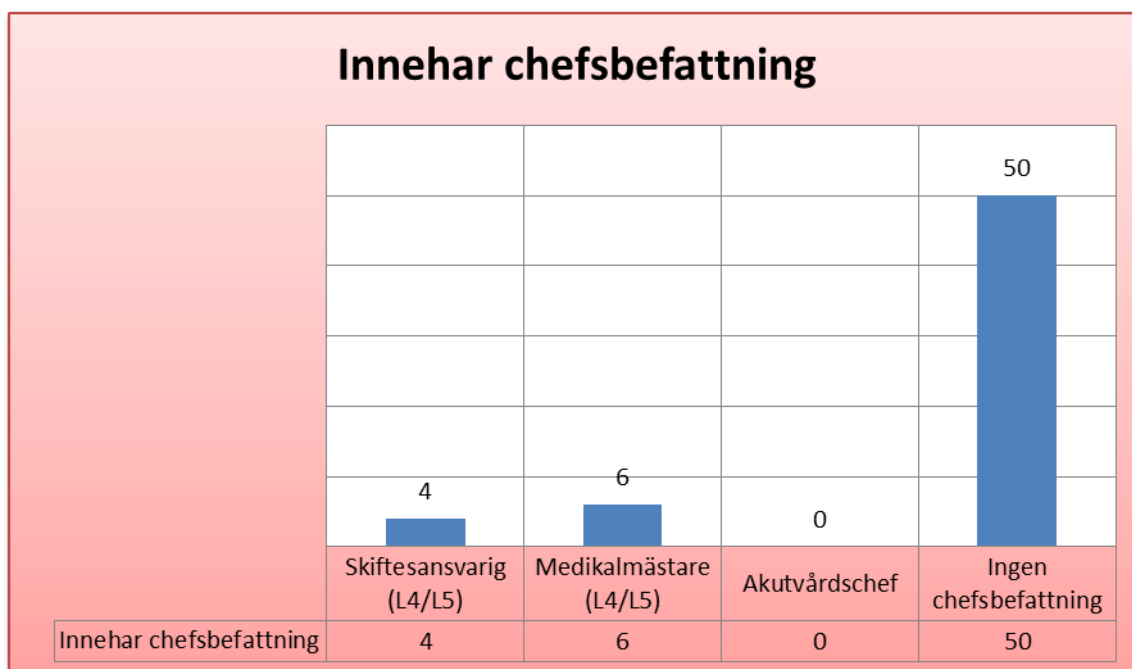
Tabell 2 Litteratursökningstabell

## 10.6 Informanternas utbildningsnivå i antal

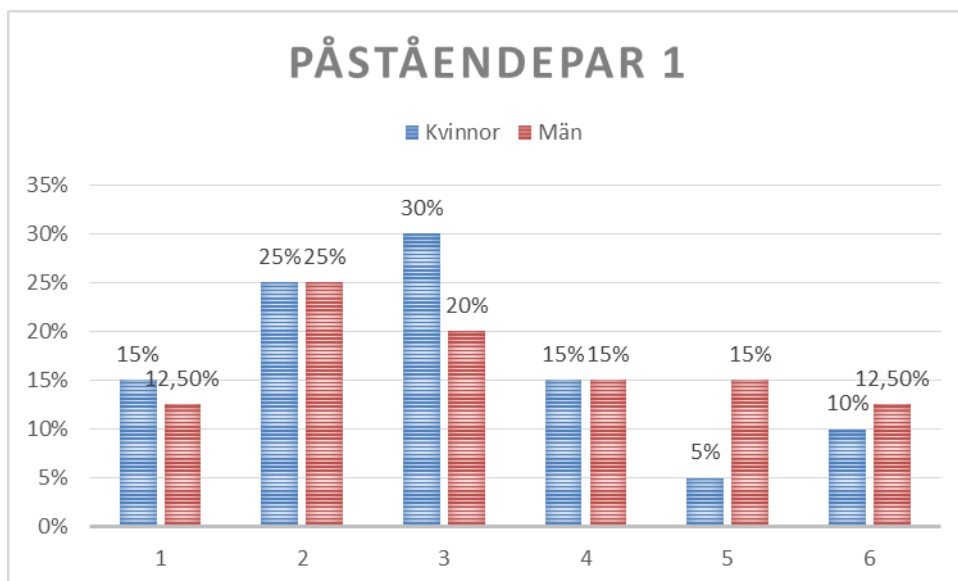




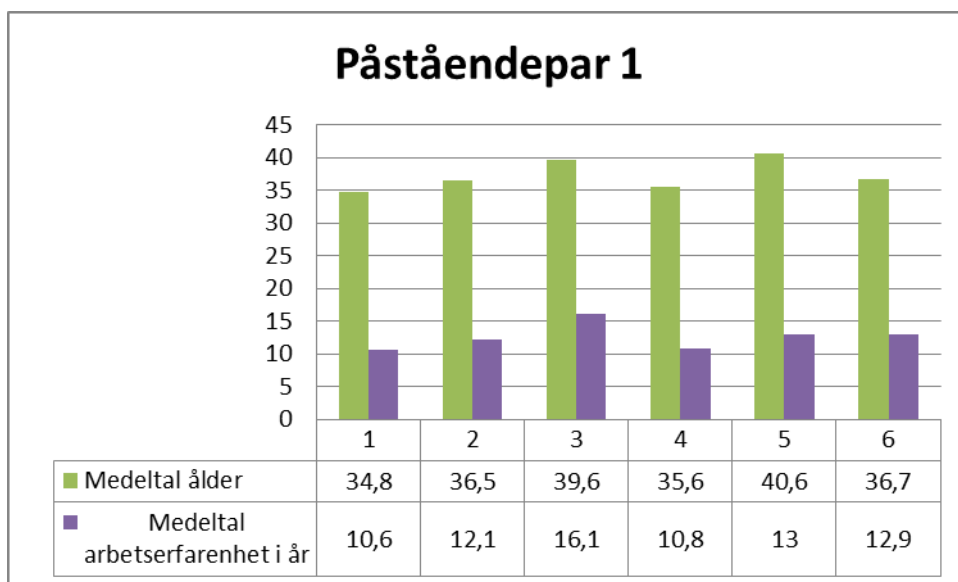
## 10.7 Antalet informanter med chefsbefattning



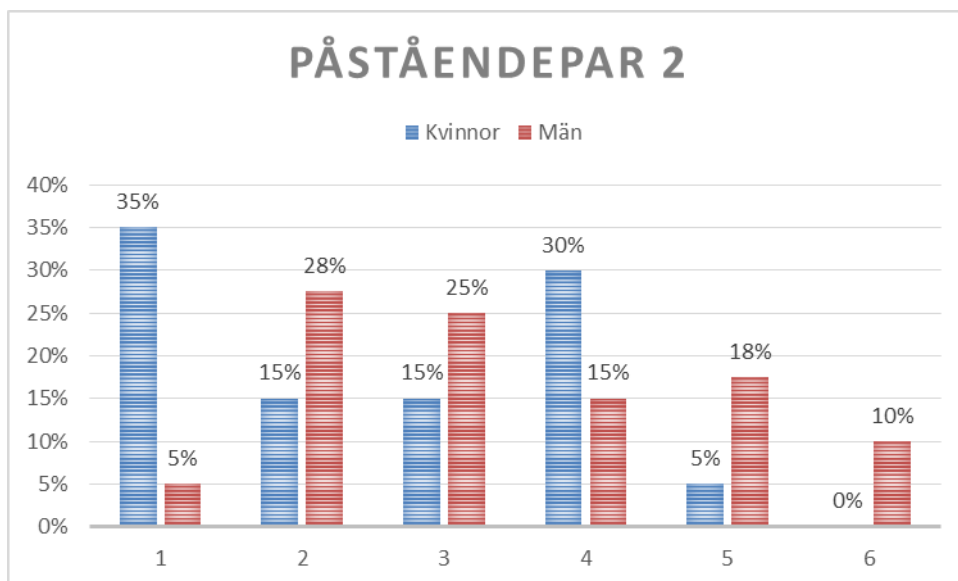
## 10.8 Könsfördelning för påståendepar 1



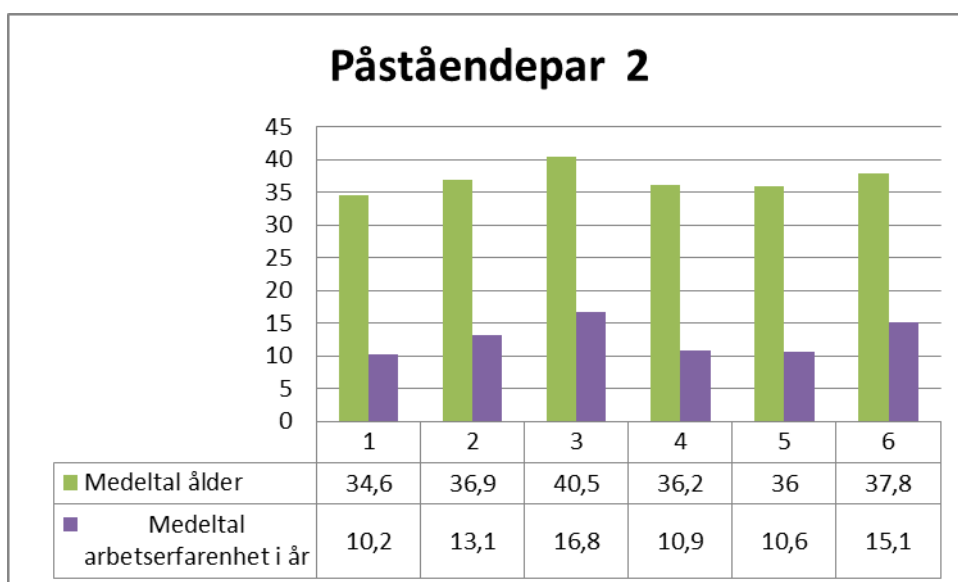
## 10.9 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



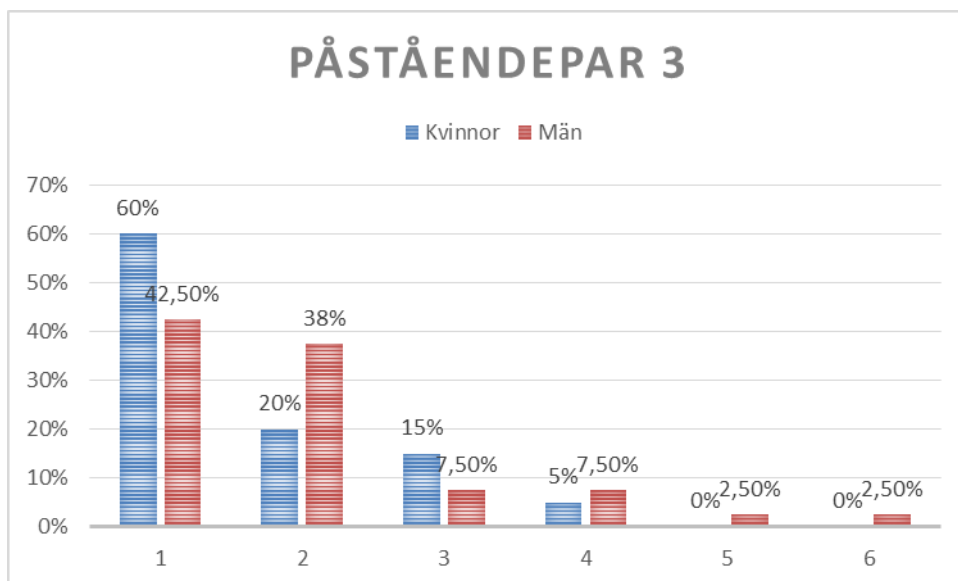
## 10.10 Könsfördelning för påståendepar 2



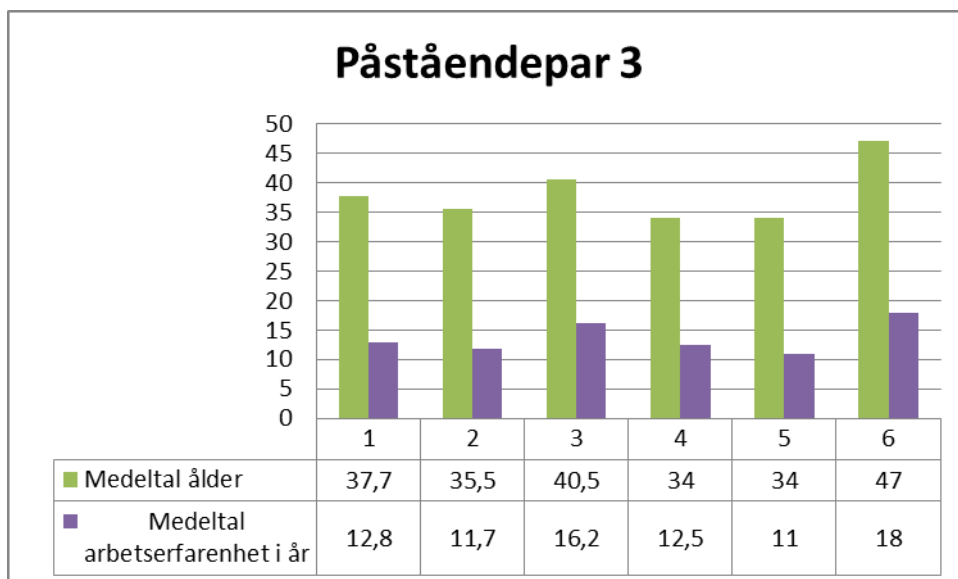
## 10.11 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



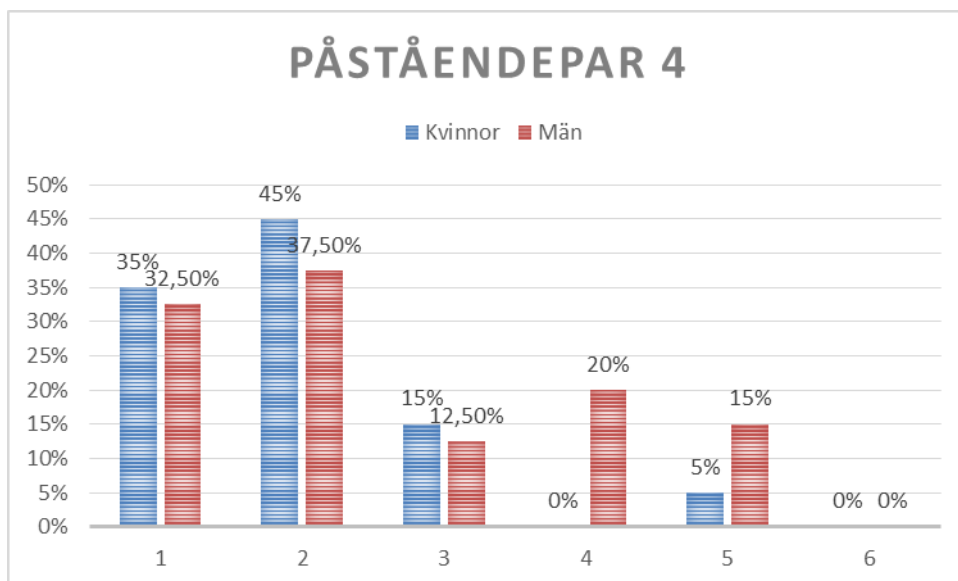
## 10.12 Könsfördelning för påståendepar 3



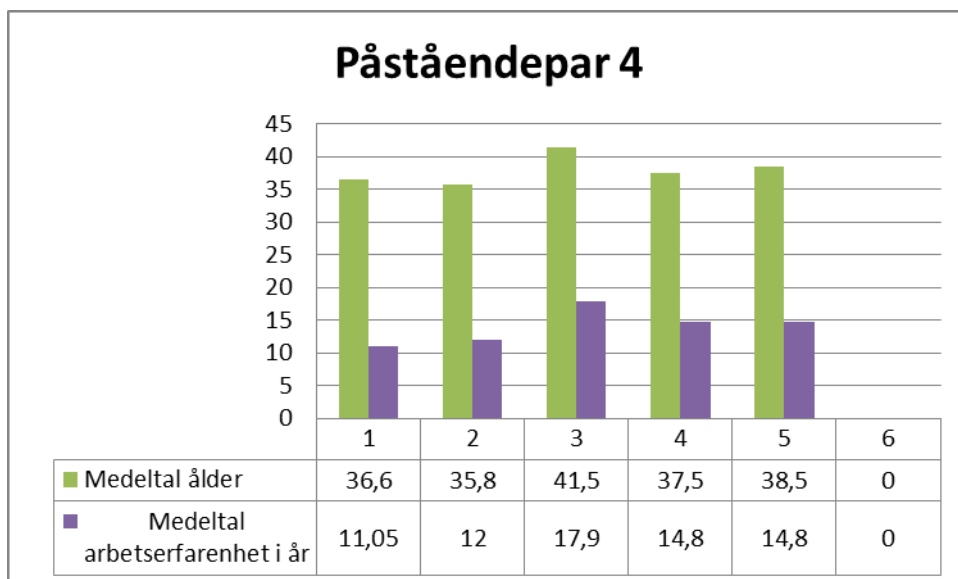
## 10.13 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



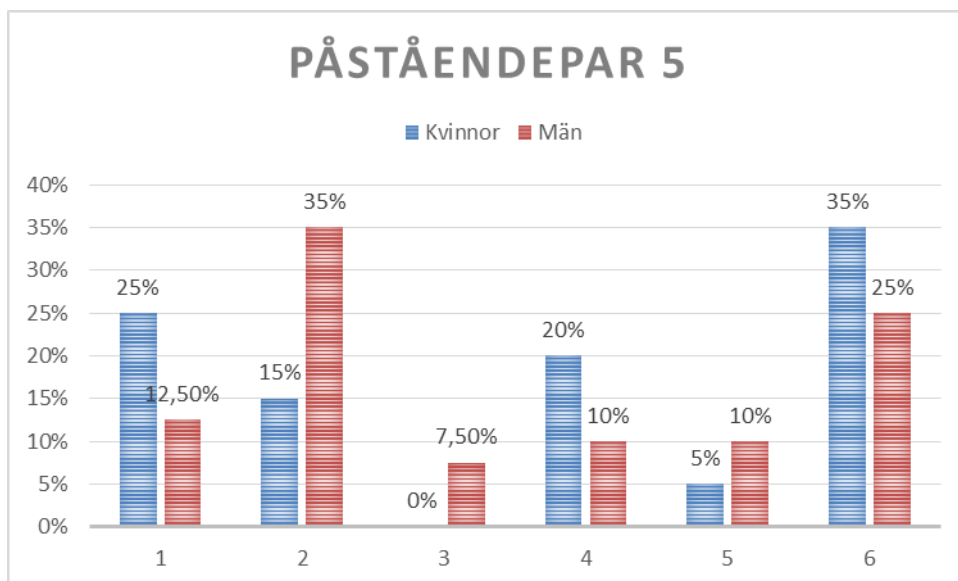
## 10.14 Könsfördelning för påståendepar 4



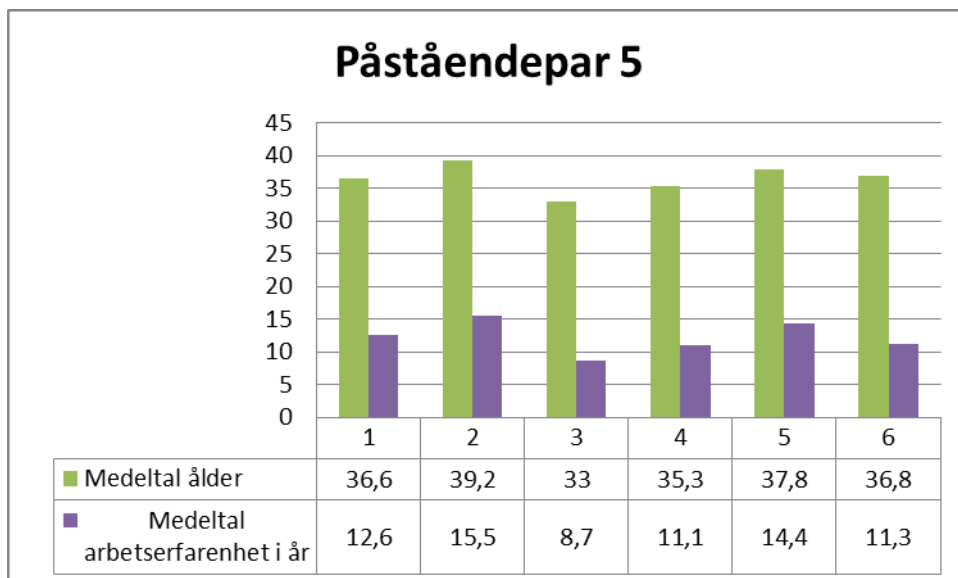
## 10.15 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



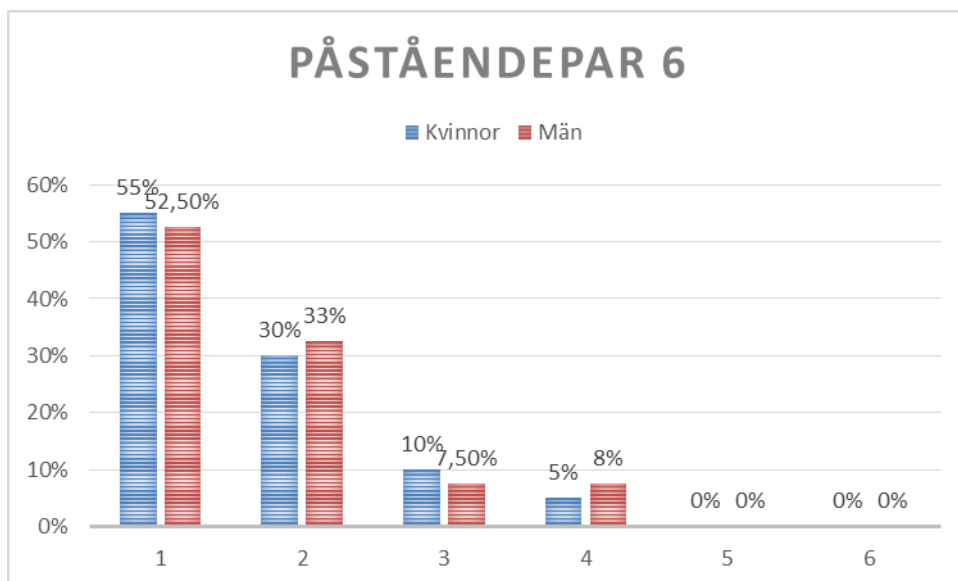
## 10.16 Könsfördelning för påståendepar 5



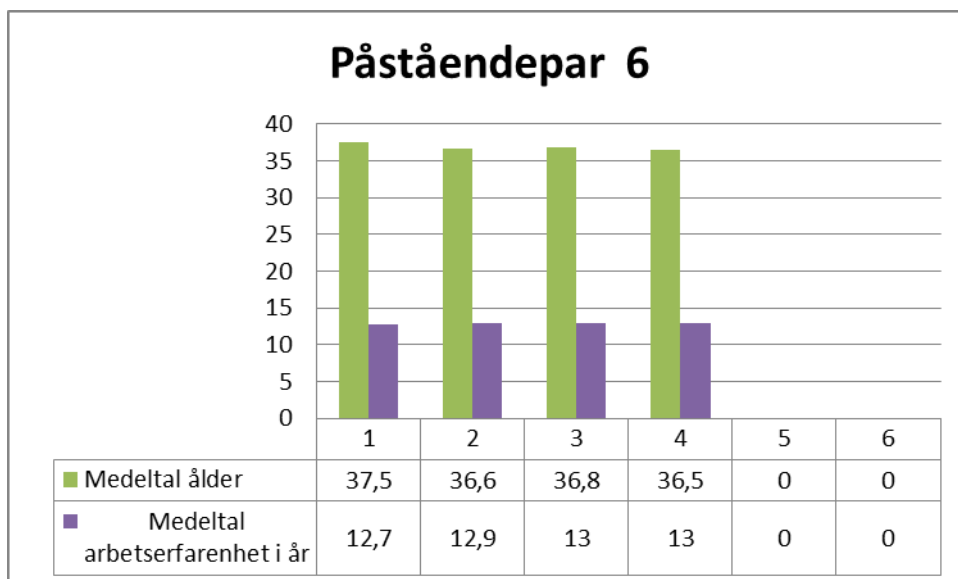
## 10.17 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



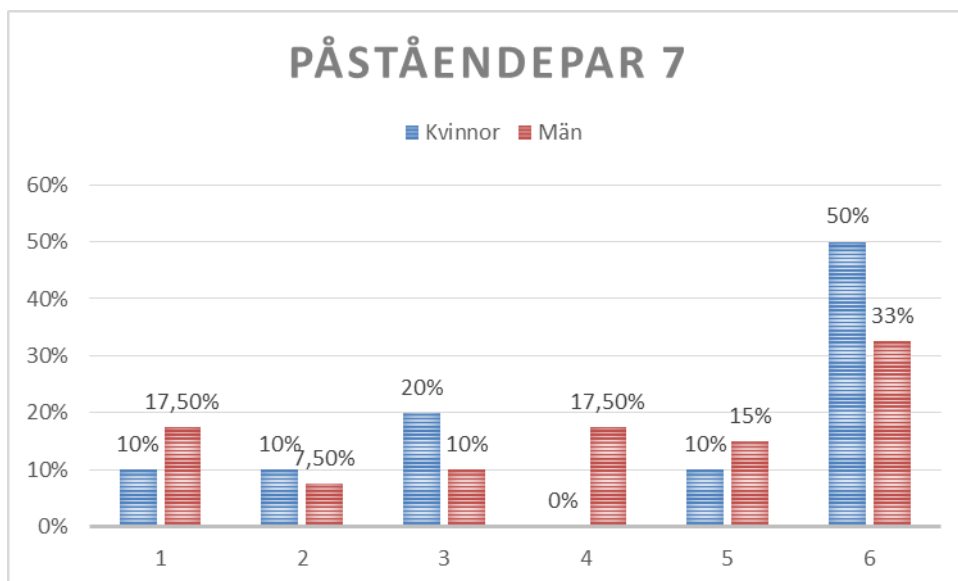
## 10.18 Könsfördelning för påståendepar 6



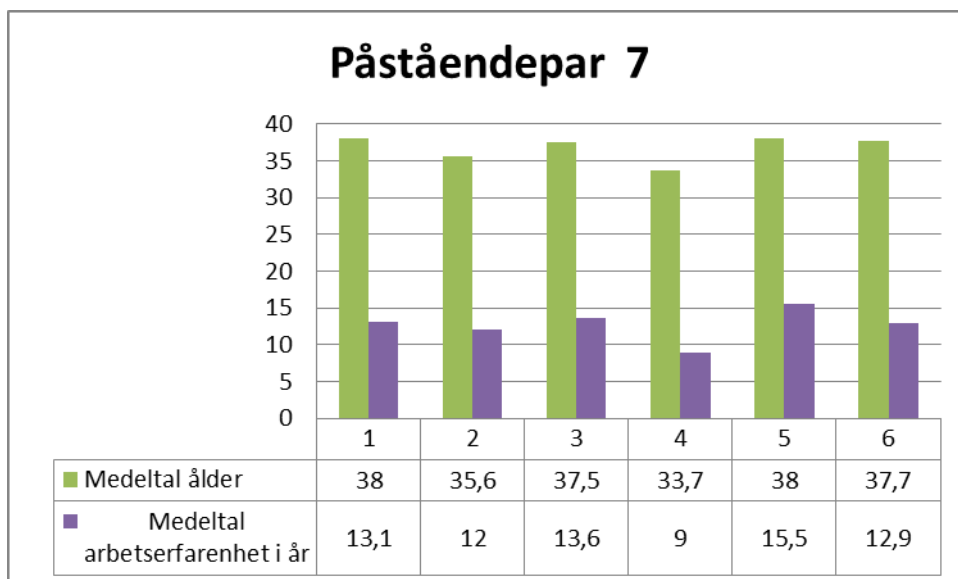
## 10.19 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



## 10.20 Könsfördelning för påståendepar 7

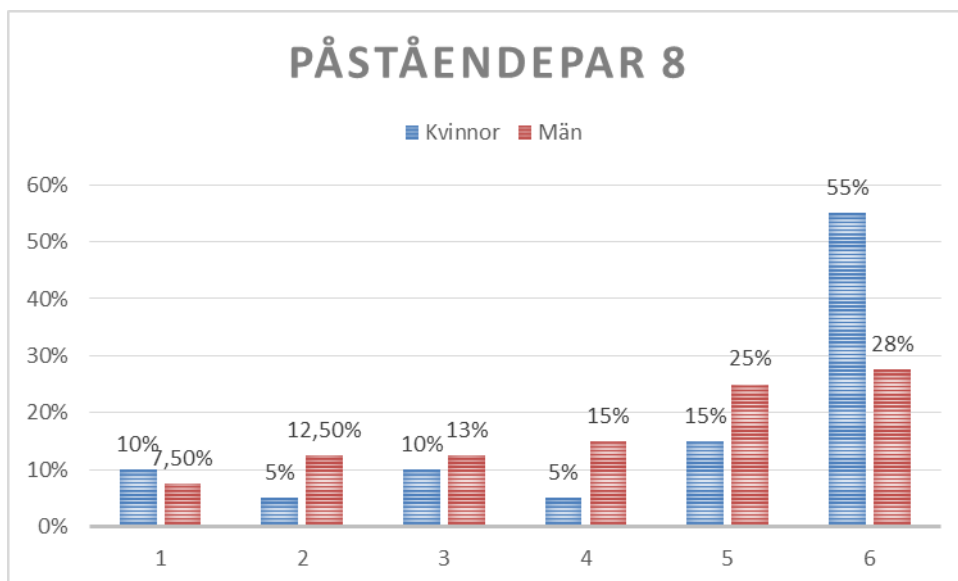


## 10.21 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ

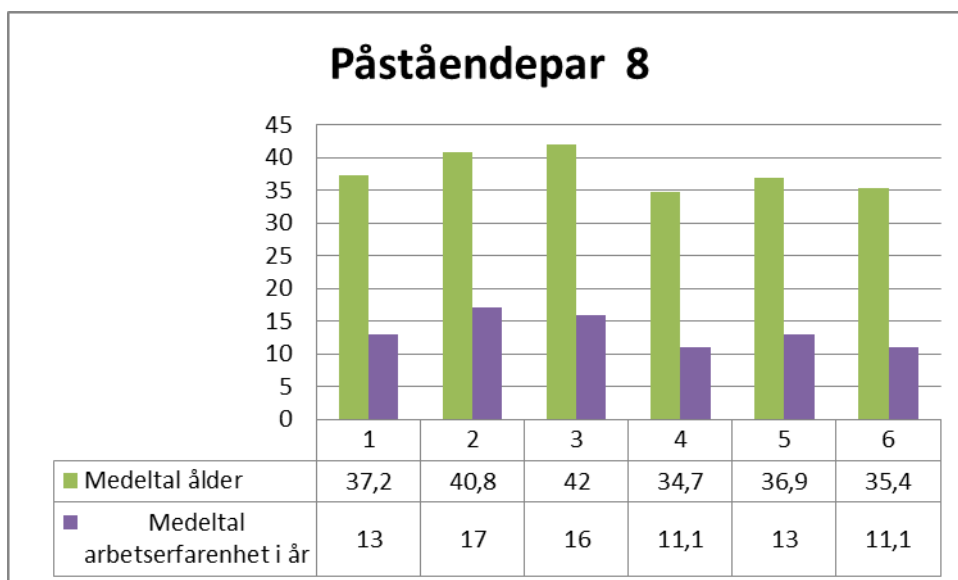




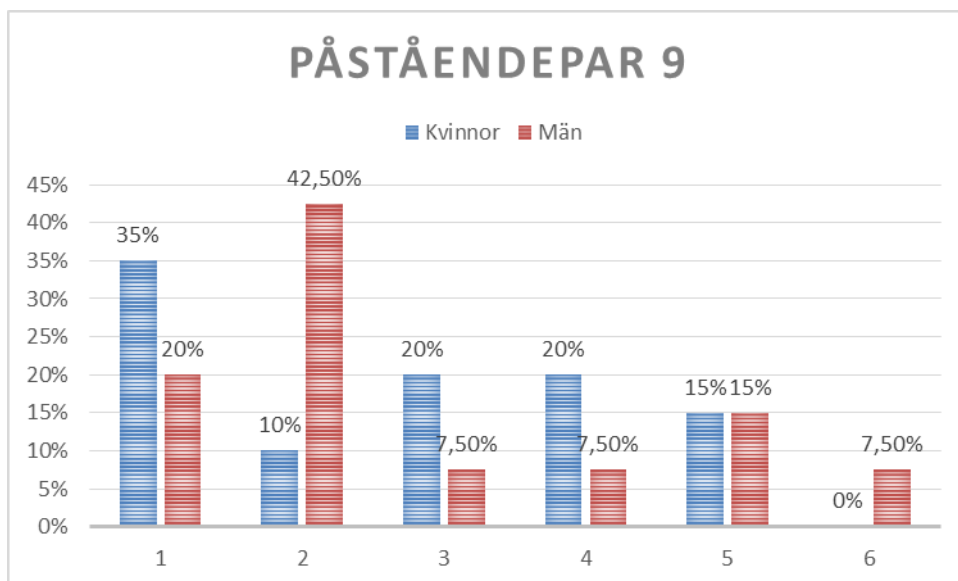
## 10.22 Könsfördelning för påståendepar 8



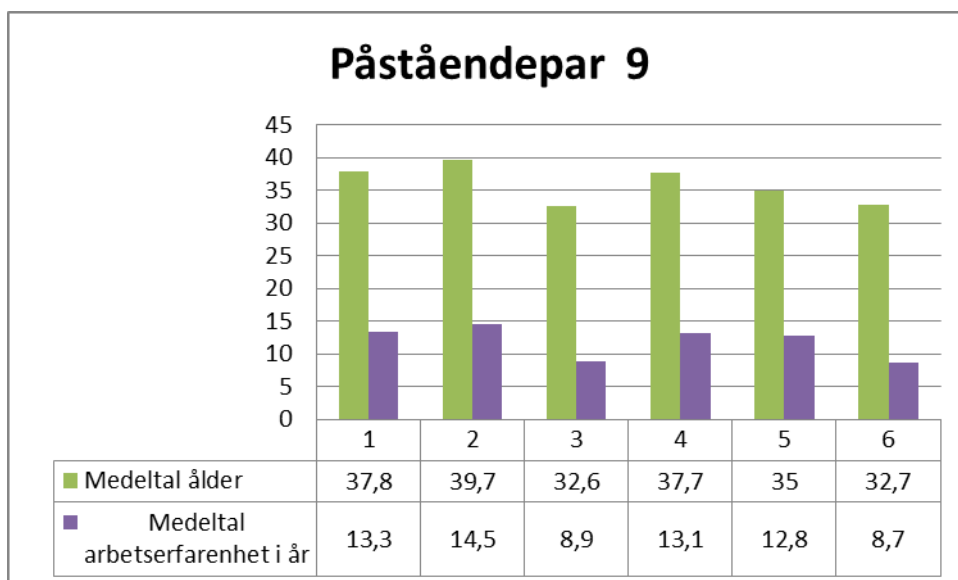
## 10.23 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



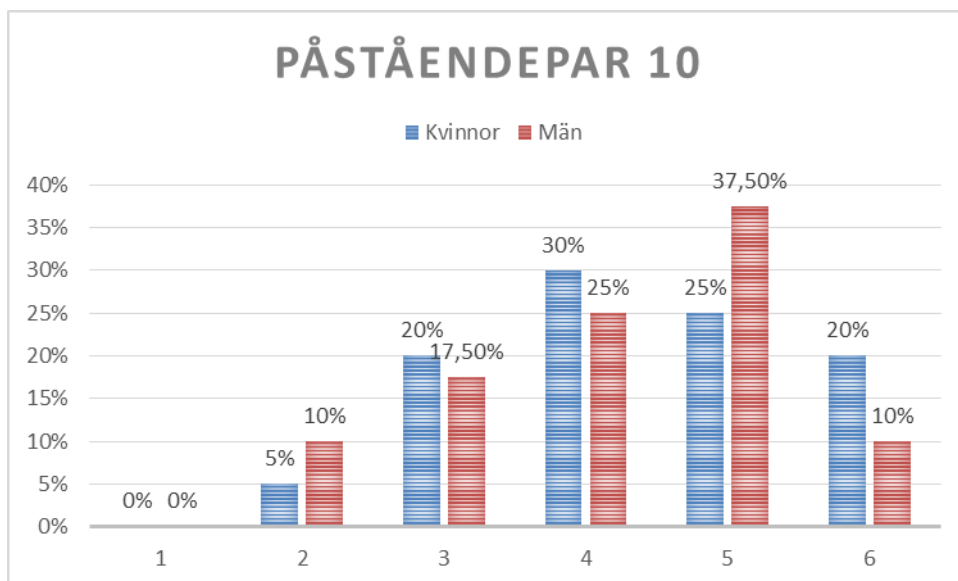
## 10.24 Könsfördelning för påståendepar 9



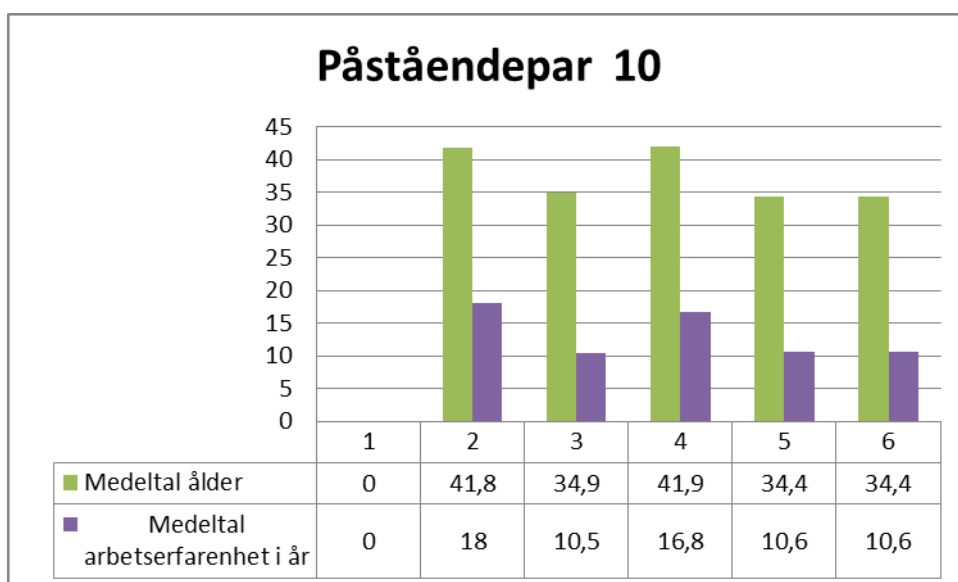
## 10.25 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



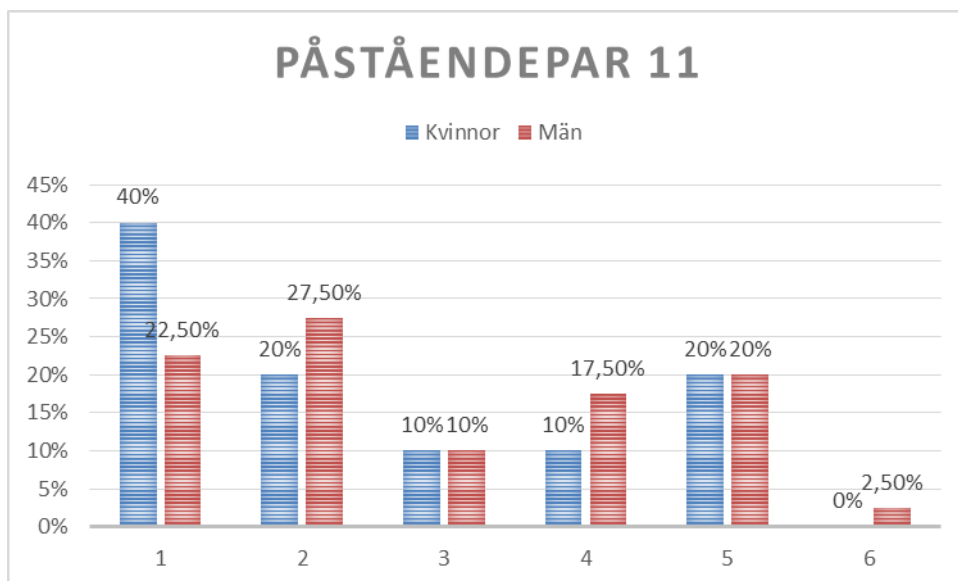
## 10.26 Könsfördelning för påståendepar 10



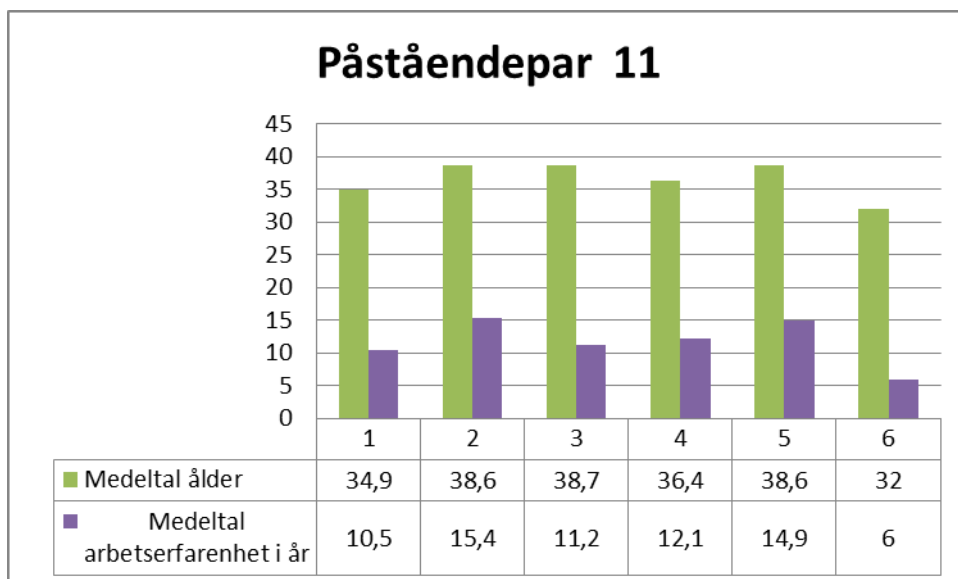
## 10.27 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



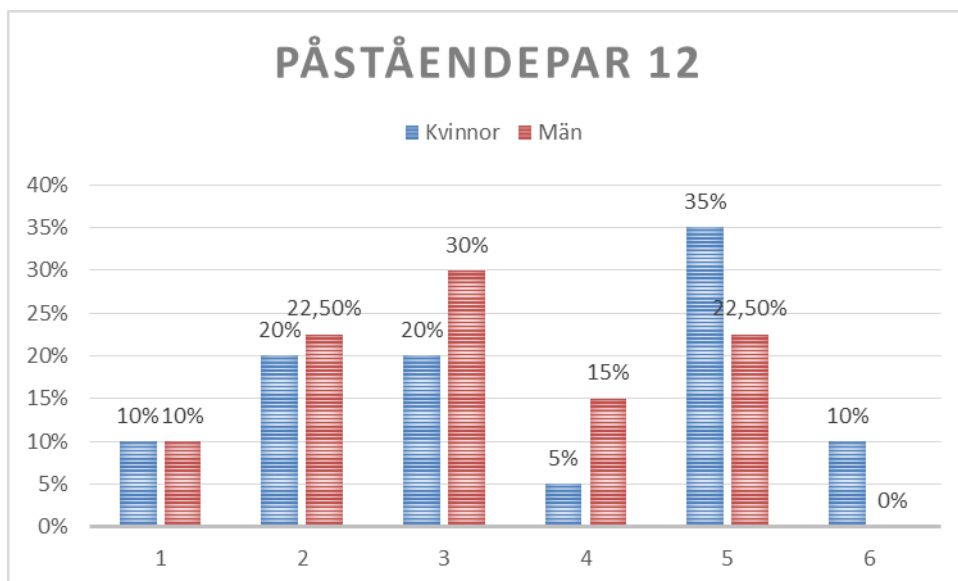
## 10.28 Könsfördelning för påståendepar 11



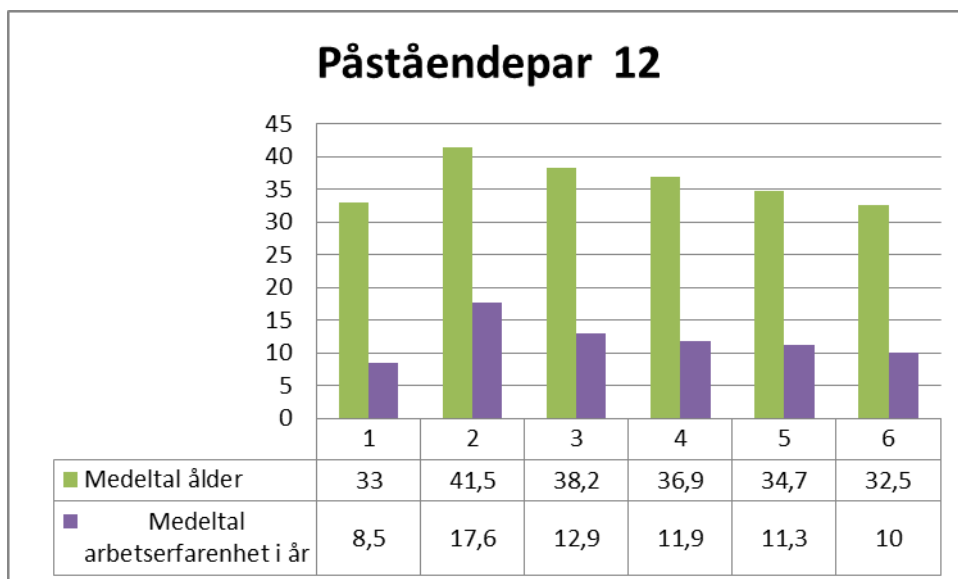
## 10.29 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



### 10.30 Könsfördelning för påståendepar 12

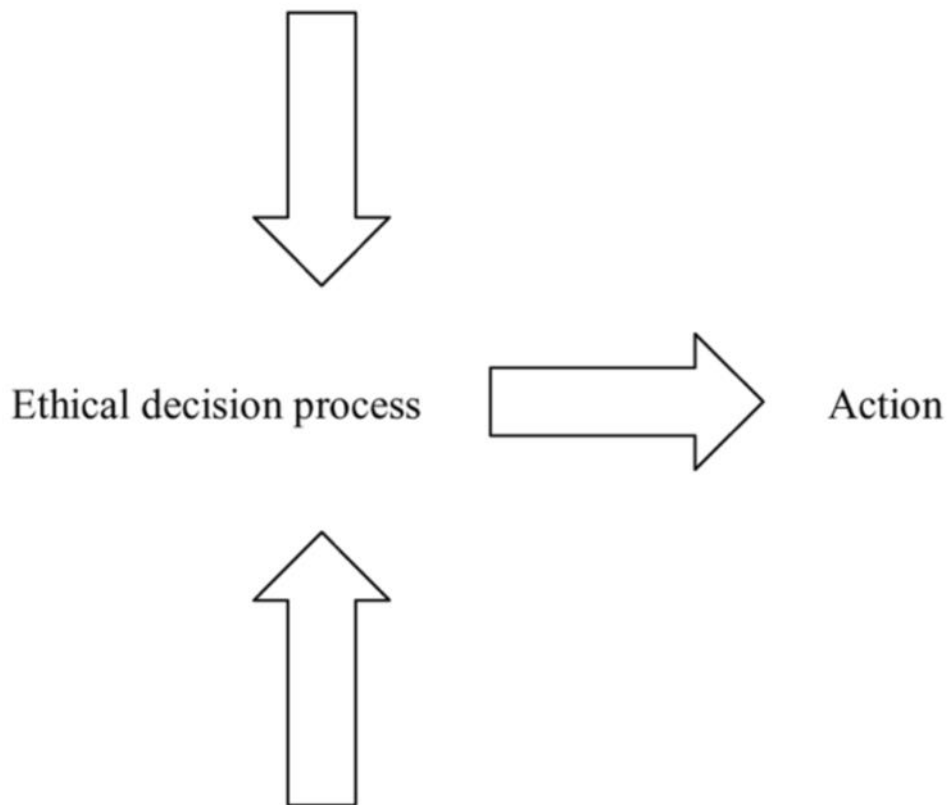


### 10.31 Medeltal av informanternas ålder och arbetserfarenhet för varje svarsalternativ



## 10.32 Norby (c) Prehospital and Disaster Medicine

Typical reasons for resuscitating: system-related guidelines, uncertainty, the irreducible value of human life



Typical reasons for not resuscitating: clinical judgment, individual caring frameworks, the patient's quality of life