

# **Beslutsfattandet som en del av patientsäkerheten**

Tina Stenroos

Examensarbete  
Akutvård  
2011

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård
Identifikationsnummer:	6886
Författare:	Tina Stenroos
Arbetets namn:	Beslutsfattandet som en del av patientsäkerheten
Handledare (Arcada):	Wallinvirta Eivor och Nyström Patrik
Uppdragsgivare:	APSLC- Arcada Patient Safety and Learning Center
<p>Sammandrag:</p> <p>Att fatta beslut är en befintlig del av det dagliga vårdarbetet. För att kunna fatta kvalitativa beslut krävs det att vårdaren har tillräckliga kunskaper och erfarenheter inom beslutsfattandet. Svaga kunskaper i beslutsfattandet leder till svaga beslut som i sin tur leder till slarv i patientsäkerheten. Genom att förbättra vårdarnas kunskaper i beslutsfattandet kan vårdfel förhindras och patientsäkerheten i vården höjas. För att kunna förbättra patientsäkerheten genom beslutsfattandet är det nödvändigt att veta hur processen för ett gott beslutsfattande fungerar. (Jensen 2009)</p> <p>Med stöd av Lauris (1992) beslutsfattandemodell och Lauris och Salanteräs (2002) beslutsfattandeteori samt 11 artiklar och forskningar rörande beslutsfattandet i vården kartläggs i denna studie processen för ett gott beslutsfattande. Ytterligare söks det genom studien svar på vilka kvaliteter som behövs vid beslutsfattandet samt hur man på basen av studiens resultat kunde förbättra patientsäkerheten prehospitalt. Som metod i studien används systematisk litteraturstudie och innehållsanalys. Artiklarna och forskningarna till studien fann skribenten genom sökning i databaserna Medic, Pub Med och Ovid Medline med sökorden ”decision making and patient safety” och ”laadukas päätöksenteko”.</p> <p>Fyra olika beslutsfattandemodeller används vid beslutsfattandet i vården; analytisk-systematiska, analytisk-intuitiva, intuitiv-analytiska och intuitiv-tolkande. Vilken modell som används beror bland annat på problemets natur, vårdarens kunskaper och erfarenheter, tiden att lösa problemet och den tillgängliga informationen. Kvaliteter som gynnar beslutsfattandet är bland annat kommunikationsförmåga, handledningsförmåga, självsäkerhet, erfarenhet och en välutvecklad teoretisk referensram. Beslut som fattas med den analytisk-systematiska modellen ger mest kvalitativa och säkra resultat eftersom vårdaren då kan motivera beslutet grundligt. Detta beslutsförfarande kräver dock sakkunnighet och att de yttre omständigheterna är lämpliga. Genom att förbättra första-vårdarnas kunskaper i beslutsfattande genom en kombination av inlärningsmetoder i utbildningen ökar patientsäkerheten i vården.</p>	
Nyckelord:	beslutsfattande, patientsäkerhet, vårdprocess, APSLC
Sidantal:	61
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Paramedic
Identification number:	6886
Author:	Stenroos Tina
Title:	Decision making as a part of patient safety
Supervisor (Arcada):	Wallinvirta Eivor and Nyström Patrik
Commissioned by:	APSLC- Arcada Patient Safety and Learning Center
<p>Abstract:</p> <p>To make decisions is a vital part of day-to-day nursing. The nurse has to have sufficient knowledge and experience in decision making to be able to make qualitative decisions. Weak talent in decision making leads to weak decisions that lead to carelessness in patient safety. By increasing the nurse's knowledge in decision making, mistakes can be prevented and the patient safety can be increased. In order to increase patient safety by decision making it is necessary to understand how the process of good decision making works. (Jensen 2009)</p> <p>This study aims to clarify the process of good decision making in healthcare by analyzing the decision making model developed by Lauri (1992), the decision making theory developed by Lauri and Salanterä (2002) and 11 articles and research on the subject of decision making in healthcare. Furthermore it studies which qualities are necessary in decision making, and if the results of this study could be used to increase pre-hospital patient safety. As a method the study uses systematic literature study and substance analysis. The articles and research were obtained in the databases Medic, Pub Med and Ovid Medline using the search words "decision making and patient safety" and "laadukas päätöksenteko".</p> <p>Four different models of decisions making are used in healthcare decision making; analytical-systematic, analytical-intuitive, intuitive-analytical and intuitive-interpretive. Which model is used depends on the nature of the problem, the knowledge and experience of the nurse, the time available to solve the problem and the information at hand. Qualities benefiting decision making are among other things communication skills, supervisory abilities, assertiveness, experience and a well developed theoretical frame of reference. Decisions that can be made using the analytical-systematic model result in the most qualitative and certain results as the nurse is able to motivate the decision thoroughly. However, this procedure demands a high level of competency and appropriate external circumstances. By combining learning methods in the education and thereby increasing the knowledge of decision making for the paramedics the patient safety in healthcare is increased.</p>	
Keywords:	decision making, patient safety, patient care process, APSLC
Number of pages:	61
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

# INNEHÅLL

<b>1 INLEDNING.....</b>	<b>6</b>
<b>2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING.....</b>	<b>7</b>
<b>3 STUDIENS TEORETISKA REFERENS.....</b>	<b>7</b>
3.1 Erikssons teori om vårdprocessen.....	8
3.2 Beslutsfattandet i vårdprocessen enligt Lauri och Salanterä.....	9
3.2.1 <i>Vårdarens professionella referensram.....</i>	10
3.2.2 <i>Lauris beslutsfattandemodell.....</i>	13
3.2.3 <i>Lauris och Salanteräs beslutsfattandeteori.....</i>	16
3.3 Sammanfattning av den teoretiska referensramen.....	19
<b>4 MATERIAL OCH DESIGN.....</b>	<b>21</b>
4.1 Design av arbetsgången.....	22
4.2 Insamling av material, val av artiklar.....	23
<b>5 ETISKA REFLEKTIONER.....</b>	<b>26</b>
<b>6 METOD OCH STUDIENS RESULTAT.....</b>	<b>27</b>
6.1 Metod.....	27
6.2 Presentation av materialet.....	29
6.3 Analys och sammanfattning av materialet.....	42
6.3.1 <i>Utbildning.....</i>	42
6.3.2 <i>Yrkesskicklighet.....</i>	44
6.3.3 <i>Beslutsfattandet.....</i>	47
6.4 Koppling till den prehospitala akutvården.....	51
<b>7 KRITISK GRANSKNING.....</b>	<b>52</b>
<b>8 DISKUSSION.....</b>	<b>54</b>
<b>9 AVSLUTNING.....</b>	<b>57</b>
<b>KÄLLFÖRTECKNING.....</b>	<b>59</b>

## Figurer:

Figur 1. Vårdrelationen och vårdprocess.....	8
Figur 2. Utformning av professionaliteten.....	11
Figur 3. Nivåerna i den professionella referensramen.....	12
Figur 4. Beslutsmodellen i vårdarbetet.....	13
Figur 5. Vårdandets beslutsfattandeteori.....	17
Figur 6. Från delar mot helhet i beslutsfattandeprocessen.....	19
Figur 7. Utformning av den professionella referensramen.....	20
Figur 8. Skillnader mellan analytiskt och intuitivt beslutsfattande.....	21
Figur 9. Studiens design.....	22
Figur 10. Hur utbildning leder till kvalitativt beslutsfattande och kvalitativ och säker vård.....	42
Figur 11. Effektiv utbildning sker i kombination av utbildningsmetoder.....	43
Figur 12. Olika aspekter som definierar yrkesskicklighet.....	45
Figur 13. Faktorer som påverkar det kvalitativa beslutsfattandet.....	48
Figur 14. Orsaker till varför delat beslutsfattande uteblir.....	49

## Tabeller:

Tabell 1. Sammanfattning av databassökning.....	24
Tabell 2. Sammanfattning av det mest väsentliga i studiens artiklar och forskningar .....	29

## Bilagor:

Bilaga 1. Träffarna i databassökningen som resulterade i studiens forskningar och artiklar	
--	--

## 1 INLEDNING

Människor som vänder sig till hälso- och sjukvården bör kunna lita på att vården de får är kvalitativ och säker, detta är en av förutsättningarna för att hälso- och sjukvården skall kunna fungera i vårt samhälle. Patienten lägger sitt liv i vårdarens händer, och förväntar sig att den yrkeskompetenta vårdaren med professionella kunskaper och färdigheter kan avgöra vad som är bäst för patienten i vårdsituationen. Ansvar för patientens säkerhet ligger i sista hand i den vårdarens händer som är i frontlinjen av vårdarbetet. Yrkesutövarnas personliga kunskaper och egenskaper är av yttersta vikt i vårdarbetet där man arbetar i en nära interaktion med patienten. (Ödegård 2007:103) Under vårdprocessens alla skeden är beslutsfattandet av avgörande betydelse för patientsäkerheten då besluten styr den enskilda vårdarens handlingar som vidare påverkar och bidrar till vårdens resultat (Lauri & Salanterä 2002). Med denna studie vill skribenten genom analys av beslutsfattandemodeller och teorier i kombination med artiklar klarlägga hur ett kvalitativt och för patienten säkert beslut kommer till, samt vilka egenskaper och kvaliteter beslutsfattandeprocessen och genom detta patienten gynnas av. I ett separat kapitel diskuterar skribenten om studiens resultat kunde utvecklas för att förbättra beslutsfattandet inom akutvården och därigenom patientsäkerheten prehospitalt. Detta område är av speciellt intresse för skribenten.

Under min utbildning till förstavårdare erbjöd studierna teoretiskt och praktiskt omfattande kurser vilket gav en god grund då man skall övergå till arbetslivet. Det mest utmanande under min övergång till arbetslivet visade sig vara att knyta ihop den teoretiska grunden, de praktiska färdigheterna och de lagbundna skyldigheterna till en fungerande helhet som skulle prägla det egna individuella arbetssättet. Det visade sig mycket fort att det krävs arbetserfarenhet för att lättare förstå vårdprocessen som en helhet och inte som en mängd lösryckta moment. Med beundran följer man som nybörjare med de erfarna vårdarnas lugna och logiska arbetssätt trots utseendemässigt kaotiska vårdsituationer. Då man förstår helheten i vården är det avsevärt lättare att ta alla faktorer av betydelse i beaktande vid planerandet och utförandet av vårdhandlingarna. Under studietiden hade vi som studenter privilegiet att använda skolans patientsimuleringscenter där vi med handledning av sakkunniga lärare på ett effektivt sätt kunde öva problemlösning och beslutsfattande i lugn miljö utan att riskera patienters säkerhet. Patientsäkerhet är ett

ämne som ständigt är på tapeten och i eget tycke är det en självklarhet, en utgångspunkt i hela vårdprocessen. Eftersom patientsäkerhet som ämne alltid intresserat och då beslutsfattandet på grund av osäkerhet visade sig vara min akilleshäl under praktikerna och studierna, väcktes intresset att fördjupa mig i ämnena för att utveckla mig själv som vårdare och människa. Detta examensarbete är ett beställningsarbete av Arcada Patient Safety and Learning Center (APSLC).

## **2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING**

Syftet med studien är att genom systematisk litteratursökning och innehållsanalys kartlägga det effektiva beslutsfattandet i vården samt faktorer i situationen och kvaliteter hos vårdaren som påverkar beslutsfattandeprocessen. Genom att tolka existerande beslutsfattandemodell och – teori och jämföra resultaten med artiklar och forskningar rörande ämnet önskar skribenten att besvara studiens forskningsfrågor. Ett av skribentens delmål är att diskutera resultatet och om detta kan användas för vidareutveckling av patientsäkerheten i den prehospitla akutvården.

Forskningsfrågorna i arbetet är följande:

- *Hur fungerar processen vid ett gott beslutsfattande?*
- *Vilka kvaliteter behövs för beslutsfattandet?*
- *Kan studiens resultat användas för att förbättra patientsäkerheten prehospitalt?*

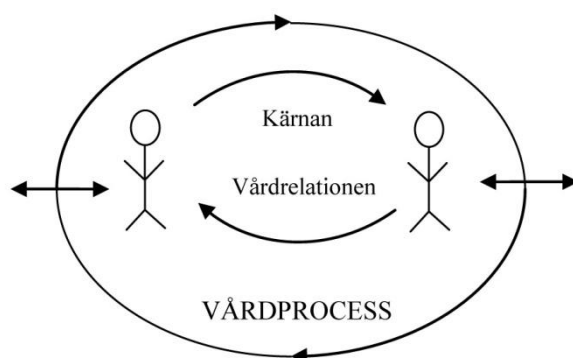
## **3 STUDIENS TEORETISKA REFERENS**

Följande kapitel fungerar som grunden för studien. Erikssons (1988) teori om vårdprocessen hjälper läsaren att förstå hur ett gott förhållande mellan vårdare och patient spelar huvudrollen i skapandet av en säker och kvalitativ vård och hur denna process utgör en grund för beslutsfattandet. Med Lauris (1992) modell om beslutsfattandet i vårdprocessen får läsaren ytterligare kunskap om patientsäkerhetens grunder i vården genom de olika faserna ett systematiskt beslutsfattande innehåller. Vidare behandlas Lauris och Salanteräs (2002) beslutsfattandeteori som bygger på tidigare beslutsfattandeteorier och som kommit till genom forskning inom beslutsfattande i vården. Referensramen är uppbyggd på ett sätt som skrider från mindre delar till en komplett helhet. I det sista delka-

pitlet sammanfattas referensramens viktigaste innehåll för att hjälpa läsaren forma helheten.

### 3.1 Vårdprocessen

Eriksson (1988:19) beskriver vårdprocessen som en vetenskaplig metod för vårdarbetet. Vårdprocessen gör det möjligt för vårdaren att systematiskt utföra vårdarbetet vars mål är att uppnå optimal hälsa genom att lindra lidande och avlägsna ohälsa. Vårdprocessen binder samman teorin med praktiken, med relationen mellan vårdare och patient som vårdandets kärna.



Figur 1. Vårdrelationen och vårdprocess (Eriksson1988: 18)

Vårdrelationen, det vill säga relationen mellan vårdare och patient, måste fungera för att vårdprocessen skall fungera. Mötet måste vara öppet och välkomnande, där patienten kan uttrycka sina begär, behov och problem. Varje vårdprocess och vårdrelation är unik då varje patient som individ är unik och värdefull (Eriksson 1988: 55,56). Eriksson anser patientens egen upplevelse av ohälsa vara en tillräcklig grund för att en vårdprocess skall inledas. (Eriksson 1988: 22-23)

Vårdaren och patienten som grundkomponenter i vårdprocessen är i interaktion med varandra och omgivningen. Syftet med processen är att här och nu lindra lidande och sträva mot patientens hälsa med hjälp av de resurser som i situationen finns tillgängliga. I mötet mellan vårdare och patient får patienten krafter att delta i sin egen strävan efter hälsa. Genom vårdprocessen löser man problem tillsammans, tillgodoser behov och be-



går och växer mot högre grad av hälsa. Oberoende av problem som skall lösas skall vårdprocessen alltid vara vårdande. (Eriksson 1988:19- 20, 25)

Vårdprocessen är ett öppet system och det sker ett ständigt utbyte av energi och information mellan vårdprocessen och omgivningen. Man antar att patienten är aktiv och deltar i sin egen vård genom egna mål och beslut. I vårdprocessen fattas beslut i samarbete med patienten, där den yrkeskunniga vårdaren fungerar som handledande expert och stöd. Genom besluten framskrider vårdskeendet. Vårdprocessens mål är delmål eftersom processen är fortgående, man kan alltid växa till större grad av hälsa och välbefinnande. (Eriksson 1988: 20-21)

För att kunna arbeta med optimal hälsa som mål i vårdprocessen måste man förstå vad begreppet hälsa innebär. Eriksson (1988: 40-43) beskriver begreppet hälsa som en helhet i ständig rörelse, och många faktorer inverkar i denna helhet. Hälsa är relativ och kan inte mätas eller jämföras människor emellan, den är individuell precis som varje patient. Då människan befinner sig väl fysiskt, psykiskt och socialt är optimal hälsa uppnådd, vilket betyder att frånvaro av sjukdom inte nödvändigtvis behövs för att uppnå hälsa.

I vårdprocessen skall man bemöta patienten, den unika människan som helheten kropp, själ och ande. I mötet och vårdsituationen beaktas alla dessa aspekter trots att den medicinska skadan eller sjukdomen är begränsad till en kroppsdel. Vården är individuell i den specifika situationen, två likadana vårdprocesser existerar inte. (Eriksson 1988:28)

### **3.2 Beslutsfattandet i vårdprocessen**

Beslut som fattas i vårdprocessen skall vara effektiva och skräddarsydda för patienten i situationen med patientens optimala hälsa som mål, utan att äventyra patientens säkerhet. Besluten fattas i samarbete mellan vårdare och patient vilket förutsätter att patienten får tillräcklig information om vilka vårdhandlingar som fungerar och har visat sig vara effektiva. Beslutsfattandet skall stöda val av vårdhandlingar som är evidensbaserade, det vill säga att omvårdnaden baserar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet för att garantera patienterna vård som visat sig vara effektivt och fungerande. Bästa möjliga ut-

gångspunkter för ett lyckat resultat garanteras då man integrerar evidens från patientens synpunkt, det vill säga patientens insikt om sig själv och om tidigare erfarenhet inom hälso- och sjukvården, med vårdarens erfarenheter från det egna yrket och forskningsbevis från kvalitativa studier som beprövats i verkligheten. (Forsberg & Wengström 2008: 24-26)

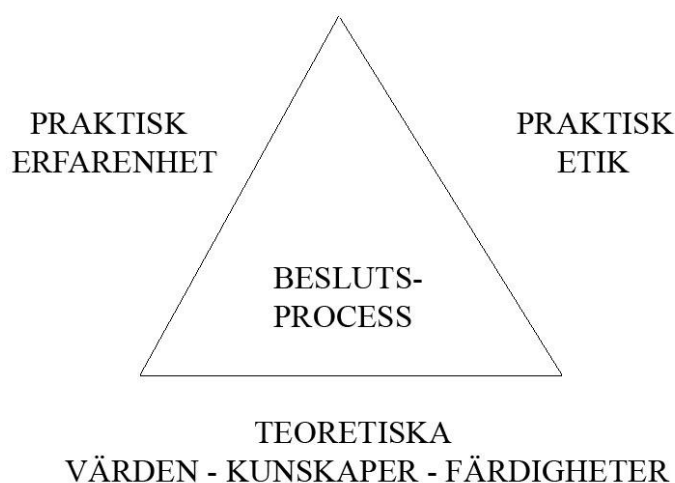
Patientens inkluderande i beslutsfattandet är även stadgat i lagen. Patienten skall enligt lag få tillräcklig och innehållsmässigt tydlig information angående den egna hälsan, de olika vård- och behandlingsalternativen samt annan information av nytta då beslut angående vården skall fattas. Vården skall ske med patientens tillåtelse och samförstånd. (Lag om patientens ställning och rättigheter 5§)

Det räcker inte med att ge informationen passivt, man skall hjälpa patienten att värdera innehållet av informationen så att den blir användbar som grund då patienten skall vara med och forma sin egen vård. Utredningar har visat att patienter mer än förväntat vill påverka sin egen vård, och man har påvisat att tillfrisknandet sker snabbare i dessa fall. (Rönneberg 2005: 92- 93)

### **3.2.1 Vårdarens professionella referensram**

Bland annat Eriksson (1988: 10-12) och Lauri (1992:17) anser att vårdaren behöver en stark teoretisk och praktisk grund eller inre referensram för att kunna fatta beslut i vården. I de aktuella vårdsituationerna tillämpar och tolkar man den nya informationen mot referensramen för att förstå vården och situationen som en helhet och för att hitta lösningar till det aktuella problemet. Referensramen hos den enskilda vårdaren formas genom kombination av utförande och iakttagelser av det praktiska vårdarbetet, analysering av tidigare vårdsituationer och studerande och analyserande av vårdlitteratur. (Lauri 1992:17)

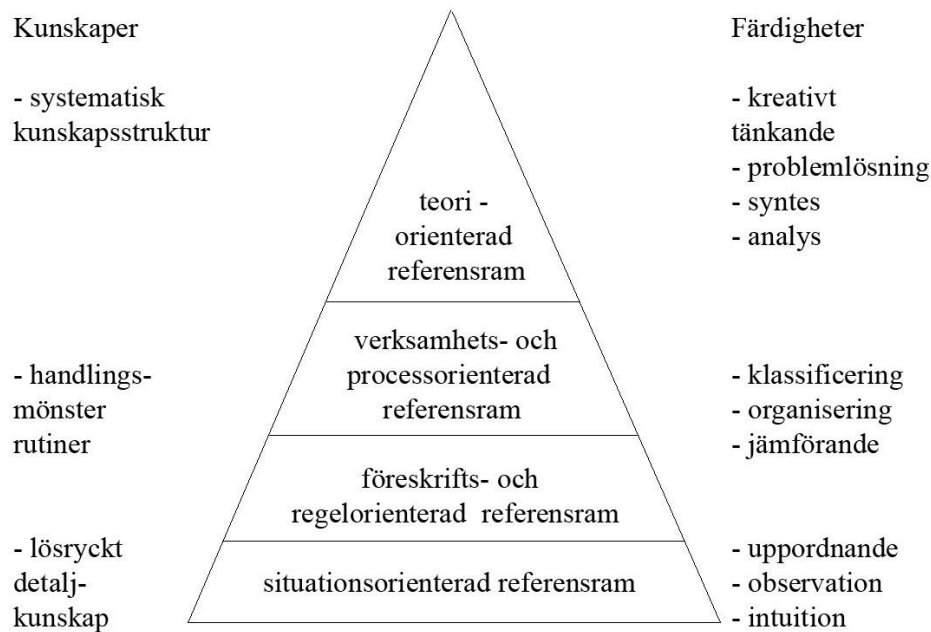
Referensramen fungerar som en handlingsmodell som innefattar vårdområdets värderingar och principer samt vårdarens kunskaper och färdigheter. Referensramen styr beslutsfattandet i vården och bör tillämpas individuellt i varje vårdprocess. (Lauri 1992:17)



*Figur 2 . Utformning av professionaliteten. (Lauri 1992: 18)*

Enligt Lauri (1992: 17-19) börjar den teoretiska referensramen utformas under studietiden och fortsätter att utvecklas då man övergår till arbetslivet där kunskapen och arbetserfarenheten fortsättningsvis ökar. Man kan lära sig beslutsfattandet på en teoretisk plan genom olika inskolningsalternativ, men beslutsfattandet i vården utvecklas endast i växelverkan mellan den teoretiska kunskapen och det praktiska görandet då vårdaren medvetet evaluerar sitt eget beslutsfattande i olika vårdsituationer, och analyserar vårdhandlingarna och resultaten (Lauri & Salanterä 2002: 165). Som utexaminerad nybörjare är det lättare att följa regler och inlärd färdiga lösningsmodeller än att prioritera sina handlingar, vårdaren vet hur hon skall handla men inte nödvändigtvis varför. Arbetserfarenhet i år ökar på förmågan att medvetet planera och handla ändamålsenligt, man kan se vårdandet som en helhet genom att förena nya observationer med tidigare kunskap och erfarenhet. I takt med att referensramen utvecklas uppstår en grund för professionellt beslutsfattande där man kan analysera patientens individuella behov utgående från den professionella referensramen. Som expert sker vårdandet efter en vårdvetenskaplig teorimodell, vårdvårderna inkluderade. (Lauri 1992: 17-19)

Vårderna inom vården baserar sig på en humanistisk människosyn där människan ses som en unik, målmedveten, fri, ansvarskännande individ. Den betonar individens rätt att delta i beslut som berör den egna vården. (Kuisma et al. 2008: 17)



Figur 3. Nivåerna i den professionella referensramen (Lauri 1992:17)

Vårdvärdena och vårdprinciperna är grunden för den professionella verksamheten, och dessa skall synas i vårdarbetet och i vårdarens attityd och beteende. Principerna är till exempel principen om helhetsvård, principen om hälsocentrering, principen om individuell vård, principen om hjälpande vård och principen om egenvård. Dessa är beskrivna närmare i Lauri (1992).

En god vårdare bemästrar kunskap i människans fysiologi, psykologi, psykosociologi, sociologi och medicin. Förutom en bred allmänkunskap inom vårdområdet krävs även specialkunskap inom det egna verksamhetsområdet. Genom arbetserfarenheten övergår så småningom kunskapen till individuell färdighet. I en god vårdprocess använder vårdaren sig själv som arbetsredskap. Lika betydelsefulla egenskaper som de teoretiska kunskaperna är praktisk begåvning, kommunikationsförmåga, handledningsförmåga och förmåga att systematiskt fatta beslut och kunna resonera besluten. Vårdetik och empati är faktorer som uttrycker trygghet i vårdrelationen, genom beröring och äkta omsorg får patienten känslan av att vara i trygga händer och att alla tillgängliga resurser används för patientens bästa. En professionell och erfaren vårdare använder alla kunskaper och färdigheter samtidigt. Utvecklingen från nybörjare till professionell yrkesutövare sker

inte automatiskt utan det krävs fortsatta studier och att man analyserar sina handlingar och beslut för att utveckla verksamheten. (Lauri 1992: 22-25)

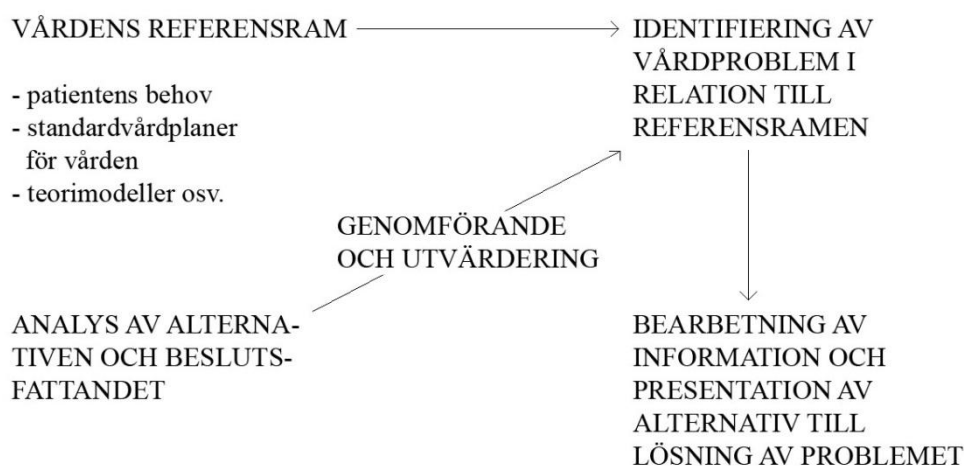
### 3.2.2 Lauris beslutsfattandemodell

Lauri definierar beslutsfattandet som ... ”en målinriktad verksamhet vars utgångspunkt är ett problem som skall lösas.” (Lauri 1992:11)

Lauri (1992:29) delar in beslutsfattandeprocessen i följande faser:

- Problemidentifiering
- Datainsamling, bearbetande av information och presentation samt analys av olika alternativ till lösning av problemen
- Beslutsfattande och målformulering
- Genomförande och utvärdering av vården

Vårdarens professionella referensram fungerar som grund för alla steg i beslutsfattandeprocessen. Hur man använder sig av referensramen beror på verksamhetsområdet, organisationens regler, målsättningar och förväntningar samt vårdarens kunskaper, färdigheter och attityder. (Lauri 1992: 29)



Figur 4. Beslutsmodellen i vårdarbetet (Lauri 1992: 29)

Med *problemidentifiering* menas kartläggning av patientens behov och vårdproblem. Med andra ord orsaken till att patienten uppsökt vård. Denna fas är viktig då hela grunden för vårdprocessen läggs här. Denna fas kräver att vårdaren får en tillräckligt bred kunskap om patienten. Lauri (1992: 30-32) ser på saken som en motsättning mellan den aktuella situationen och den eftersträlvade situationen, ”hur det är- hur det borde vara”. Eftersom människor upplever, observerar och bedömer situationer på olika sätt identifieras också problemen på olika sätt, vilket kan leda till ytterligare problem. Patienten själv utgör den primära informationskällan vid samlandet av informationen, och här kommer betydelsen av vårdprocessens fungerande kärna fram. Vårdarens observationer är sekundärkällan till information. Då man identifierar problemen skall patientens aktuella situation i sin helhet tas i beaktande. Man utgår ifrån hälsa och granskar sjukdomen eller problemen. Då vårdaren kartlägger problemen skall denna ha en klar bild av hur patienten, de anhöriga och de andra vårdarna uppfattar situationen.

När man samlat tillräckligt med information och identifierat problemen följer *bearbetandet* av informationen. Man diskuterar, behandlar och analyserar informationen med stöd av den professionella referensramen. Med referensramen som utgångspunkt kan man förutse vilka resultat olika behandlingsalternativ kan leda till. Läger man endast fram alternativ till beslut inom referensramens gränser sker en sluten problemlösningsprocess, vilket kan leda till att man inte utvecklar sina kunskaper genom att medvetet försöka finna alternativa, effektivare lösningsmodeller. Detta kan ske om problemen och vårdssituationen kan integreras i referensramen, man gör som man alltid gjort förr. Ju längre arbetserfarenhet vårdaren har desto lättare är det att bedöma situationen med referensramens hjälp. (Lauri 1992: 33)

Då vårdaren analyserat informationen läggs *olika förslag fram till hur problemen kunde lösas*. Lauri (1992: 33-35) anser att denna komplicerade fas endast kan inläras i det praktiska vårdarbetet i växelverkan mellan vårdare och patient. Man bedömer ur patientens, vårdarnas och resursernas synvinkel hur användbara problemlösningsalternativen är. Man bedömer hur riskfyllda och komplicerade alternativen är, hur kostsamma och hur lång tid utförandet tar. Alternativen till problemlösning skall överensstämja med patientens behov. I akuta situationer skall vårdarens solida yrkeskunskaper genomföra denna fas väldigt snabbt.

Med tanke på patientsäkerheten i beslutsfattandet skapar vårdarna trygghet genom att konstant evaluera faktorerna i problemlösningalternativen och de risker för olyckor och misstag som gömmer sig i utförandet av vårdbehandlingar, samt genom detta hålla kontroll på riskmomenten. Man ställer riskerna mot nyttan i varje problemlösningalternativ. (Ödegård 2005: 98)

Om vårdaren tillsammans med patienten kommer till ett samförstånd i vårdlinjen *fattas ett beslut*. Man väljer problemlösningalternativet som bäst passar in i situationen. Om vårdaren analyserat problemen och lösningalternativen noga underlättar det själva beslutsfattandet. Det är viktigt att den som fattar besluten också kan motivera sitt beslut och tar ansvar för följderna. (Lauri 2002: 35- 36)

Med hjälp av uppställda *mål* kan man *utvärdera resultatet av vårdhandlingarna*. Vårdarens inre referensram är grunden för uppställande av målen, men varje patient och situation skall evalueras individuellt. Vårdaren kan ställa kortsiktade mål även kallat delmål vid akuta situationer där situationen ändrar med jämna mellanrum, etappmål eller slutgiltiga mål under enskilda eller fortlöpande vårdperioder. Målen skall vara patientcenterade, kortfattat formulerade och kunna beskrivas med verb som uttrycker beteende. Dessutom måste man definiera det beteende man förväntar sig av patienten eller vårdaren, och beakta tiden vid uppställande av målen. (Lauri 2002: 37-40)

Det sista skedet i beslutsfattandeprocessen är att *genomföra och utvärdera vården och beslutsfattandeprocessen*. Om man ställt kända mål är det lätt att utvärdera vårdresultaten genom att jämföra det man uppnått med det man eftersträvat i vården. I kortsiktiga delmål utvärderas olika situationer skilt för sig. I utvärderingen av etappmål eller slutgiltiga mål är det av större betydelse att vårdarna i samarbete med patienten och anhöriga eller andra yrkesgrupper evaluerar vårdresultatet och målen. Det är viktigt att vårdaren inser vilka möjligheter denna har att påverka patientens beteende i vårdprocessen genom att till exempel stöda och handleda så att man kan uppnå önskade resultat. Dessa påverkningsmöjligheter beror på vårdarens färdigheter och hängivelse. Andra faktorer som ökar patientens säkerhetskänsla i vården är vårdarens tekniska färdigheter att utföra vårdhandlingarna varsamt och smärtfritt. (Lauri 2002: 37-40) Vid utvärderingen av vårdresultaten utvärderas även beslutsfattandeprocessen. Processen kan dock inte utvär-

deras enbart på basen av vårdresultaten då alltför många faktorer inverkar på resultatet. Ett gott beslut som följs åt av dåliga vårdprestationer är i alla fall ett gott beslut, det viktiga är däremot hurdana de påföljande besluten kommer att se ut för att rätta till situationen. Det viktigaste är att beslutstagaren kan motivera och ta ansvar över sina beslut, förverkligandet och följderna. (Lauri 2002)

### **3.2.3 Lauris och Salanteräs beslutsfattandeteori**

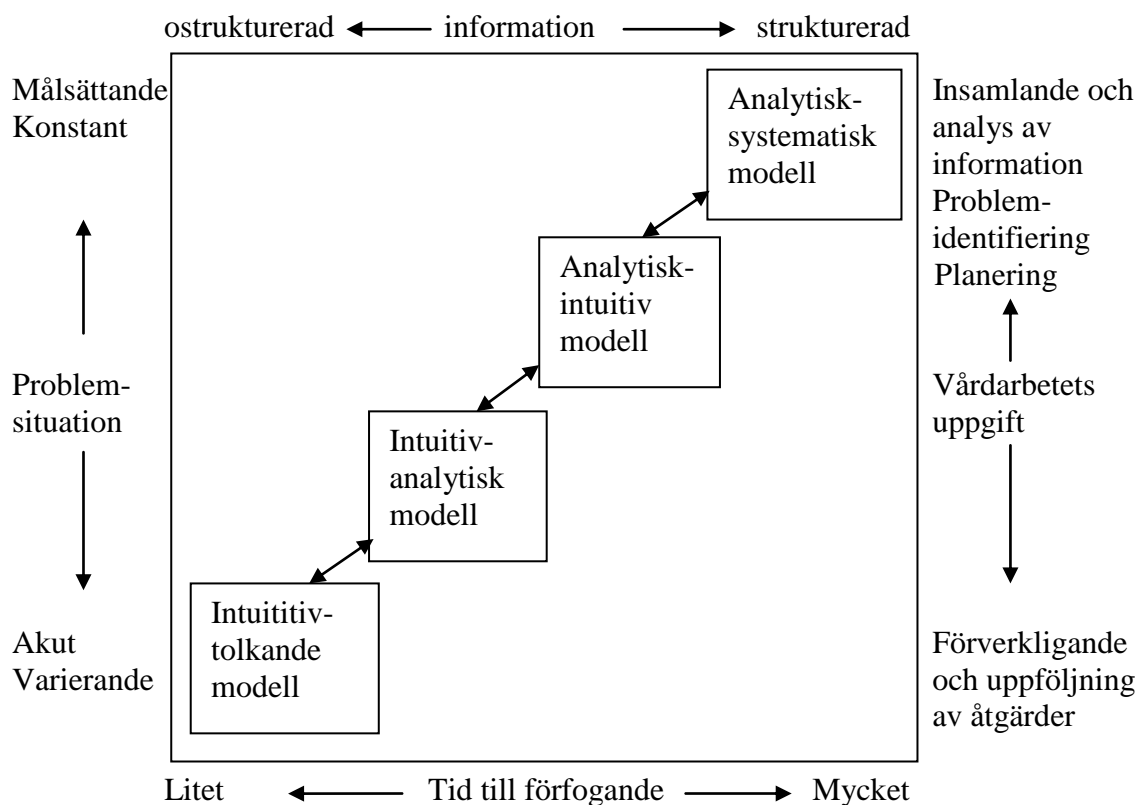
I den vetenskapliga tidsskriften *Hoitotiede* (2002 nr:4) presenterar Lauri och Salanterä resultatet av sin forskning vars syfte var att undersöka sjukskötares och hälsovårdares beslutsfattande i praktiska vårdssituationer, med målet att utveckla en beslutsfattandeteori inom vårdarbetet. Om själva forskningsmetoden kan läsas i tidsskriften. (Lauri & Salanterä 2002: 158)

Forskningsresultatet tyder på att man inom beslutsfattandet i vården använder analytiska och intuitiva tankeprocesser samt kombinationer av dessa processer. Resultatet tyder vidare på att rent analytiska eller intuitiva beslutsfattanden inte existerar utan alla beslutsfattandeprocesser inkluderar båda formerna i mindre eller större grad. (Lauri & Salanterä 2002: 162- 163) Fyra olika beslutsfattandemodeller inom vården formades efter studieresultatet:

1. analytisk- systematisk modell
2. analytisk- intuitiv modell
3. intuitiv- analytisk modell
4. intuitiv- tolkande modell

60 % av de medverkande vårdarna i forskningen använde sig av modell 2 och 3 i beslutsfattandet inom vårdarbetet, 14 % använde en analytisk- systematisk modell och 26 % den intuitiv- tolkande modellen. Beslutsfattaren i vården växlar smidigt mellan dessa fyra modeller allt efter hurdan problem som skall lösas, den tillgängliga informationen och hur den tolkas, vårdarbetets form, tiden man har på sig att lösa problemet och hur utvecklade referensram vårdaren har. (Lauri & Salanterä 2002: 163)





Figur 5. Vårdandets beslutsfattandeteori (Lauri & Salanterä 2002: 163)

Det intuitiva beslutsfattandet används vid korta vårdperioder och intensivvård då vård-situationerna snabbt ändrar form, och det handlar om att i rask takt förverkliga vårdåtgärder och följa upp patientens tillstånd. Det analytiska beslutsfattandet används i hälso-vården och långvården, där besluten först fattas efter att mångsidig information samlats och analyserats, problemen identifierats och fastställts, mål och vårdhandlingar formule-rats och evaluerats i samarbete med patienten och anhöriga. (Lauri & Salanterä 2002: 163)

Det analytiska beslutsfattandet fortskrider systematiskt enligt någon beslutsfattandemo-dell (se figur 4). Det har dock visat sig att det analytiska beslutsfattandet i sig självt inte räcker till då beslut skall fattas angående vårdandet av patienter (Lauri & Salanterä 2002: 159-164). Lauri och Salanterä lyfter i sin forskning fram Hammonds tankar om analytiskt beslutsfattande. Hammond anser att analytiskt beslutsfattande kan användas om informationen angående problemet som skall lösas är tillgänglig och strukturerad. I vårdarbetet betyder detta att vårdaren har en professionell teoretisk referensram som

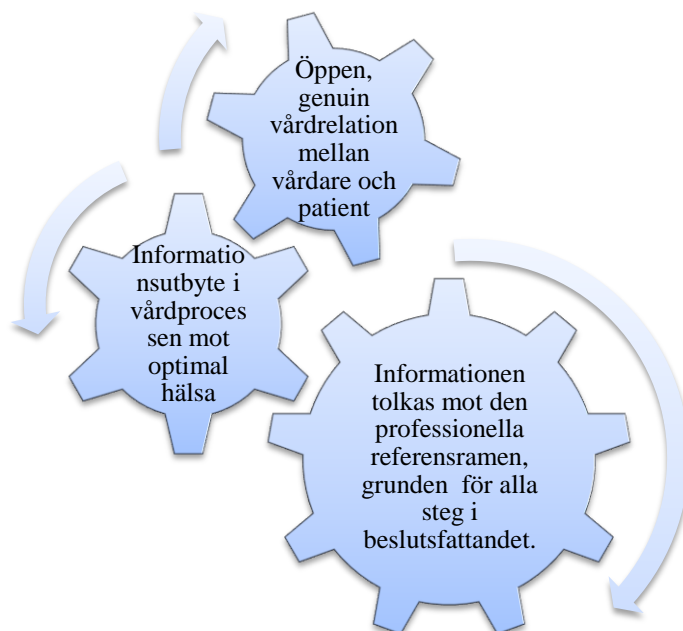
styr och tolkar inskaffandet och bearbetandet av informationen, och med vars stöd man kan definiera problemet samt planera vårdhandlingarna. Vidare anser Hammond att en sådan teoretisk referensram kan innefatta vårdmodeller utvecklade genom forskning, standardiserade handlingsmodeller inom vården och evidensbaserade rekommendationer inom vårdarbetet. Tiden är en viktig aspekt då det krävs tid att inskaffa tillräcklig information, definiera problemen och planera vårdhandlingarna.

Vid intuitiv tankeprocess formas kvickt en helhetsbild över problemet i situationen varefter beslut fattas. Genom att vårdaren känner igen och förstår likheter mellan innehållet i den nya situationen och inlärd handlingsmönster tolkar man situationen, drar snabba slutsatser och prioriterar det väsentliga. Man gestaltar problemet i förhållande till helhetsbilden. Det intuitiva beslutsfattandet används då problemets natur är oklart och svårt att tolka mot beslutsfattarens referensram, eller om till exempel referensramen inte är integrerad som en helhet i vårdarens arbetssätt. För intuitivt beslutsfattande krävs arbetserfarenhet. (Lauri & Salanterä 2002: 159- 165) Benners syn på intuition tas upp i Lauris och Salanteräs forskning. Intuition är enligt Benner tyst kunskap, en inre känsla eller föräning vilket genom vårdaren förstår patientens problem. Intuition används i alla beslutsfattandefaser i vården, men kan även vara den enda grunden beslutsfattandet baserar sig på. För att fatta beslut i vården räcker varken den teoretiska kunskapen eller intuition för sig, utan även Benner anser att den professionella referensramen vårdaren formar styr vårdarens vårdhandlingar.

I Lauris och Salanteräs (2002: 159- 160) forskning används igen Hammonds tankar: ju mera beslutsfattandeprocessen föregår en analytisk tankeprocess desto noggrannare, mera konfliktfritt och genomtänkt beslut får man till stånd. Om man i beslutsfattandet använder sig av mera intuitiva tankeprocesser är beslutet inte lika genomtänkt, det är inexact och konfliktfyllt. Strukturen på informationen, vårdarens referensram och problemets natur påverkar hurdan beslutsfattande man använder sig av i situationen.

### 3.3 Sammanfattning av teoretiska referensramen

Här sammanfattas de viktigaste punkterna till en helhet för att påminna läsaren hur de olika delarna hänger samman, och formar beslutsfattandet i vården som beskrivet ovan. Illustrationer används som stöd i sammanfattningen.



*Figur 6. Från delar mot helhet i beslutsfattandeprocessen.*

En öppen och välkomnande vårdrelation gynnar alla steg i vårdprocessen och beslutsfattandeprocessen. I vårdprocessen sker informationsutbyte, vilket är viktigt för att kunna slå fast problemet genom att bearbeta informationen. Informationen behövs vid presentation och analys av olika alternativ till problemlösning, vid beslutsfattandet och målformulering och vid genomförandet och utvärderingen av vårdhandlingarna. Informationsutbytet skall gå bägge vägar mellan vårdare och patient, då patienten måste vara upplyst om situationen för att kunna medverka i beslutsfattandet.

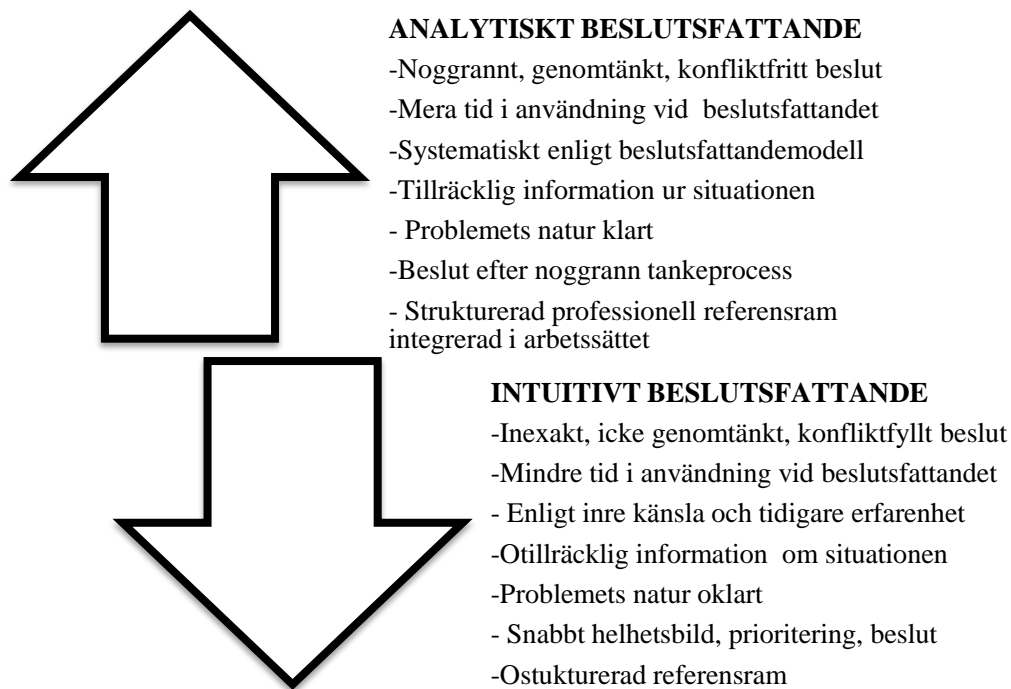


*Figur 7. Utformning av den professionella referensramen*

Det är allmänt diskuterat (bland annat Eriksson 1988; Lauri 1992; Lauri & Salanterä 2002) att en stark professionell referensram behövs för att vårdaren skall kunna fatta beslut i vårdprocessen. Figur 7 visar faktorer som påverkar utformningen av referensramen. Organisationens regler, målsättningar och förväntningar samt lagstiftning inom vården påverkar i sin tur hur vårdaren använder sig av referensramen. Referensramen börjar utvecklas under studietiden genom teoretisk kunskap men formas till en användbar modell endast genom praktisk erfarenhet och analys av denna. Referensramen fungerar som stöd och tolkningsram vid beslutsfattandemodellens (se figur 4) alla steg. Lauris beslutsfattandemodell som enligt Lauris och Salanteräs beslutsfattandeteori (se figur 5) visade sig vara en systematiskt analytisk modell innehåller följande steg: problemidentifiering, bearbetandet av information, presentation och analys av olika problemlösningalternativ, beslutsfattande och målformulering samt genomförande och utvärdering av vårdhandlingarna.

Beslutsfattaren i vården använder sig av analytiska eller intuitiva tankeprocesser eller en kombination av dessa processer. Vilken tankeprocess som används beror bland annat på problemets natur, den tillgängliga informationen och dess struktur, tidsfönstret inom vilket problemet skall lösas, resurser med vilka man kan lösa problemet och graden av vårdarens professionella referensram. Lauri och Salanterä (2002) presenterade följande

beslutsfattandemodeller inom teorin för beslutsfattandet inom vården: analytisk-systematisk-, analytisk-intuitiv-, intuitiv-analytisk-, och intuitiv- tolkandemodell. Figur 8 presenterar skillnaden mellan analytiskt och intuitivt beslutsfattande. I längre, icke-akuta vårdperioder används analytiskt beslutsfattande och inom intensivvård och akutvård används intuitivt beslutsfattande. Rent analytiska eller intuitiva beslutsfattanden existerar inte, det finns alltid en liten del av den andra modellen inblandad.

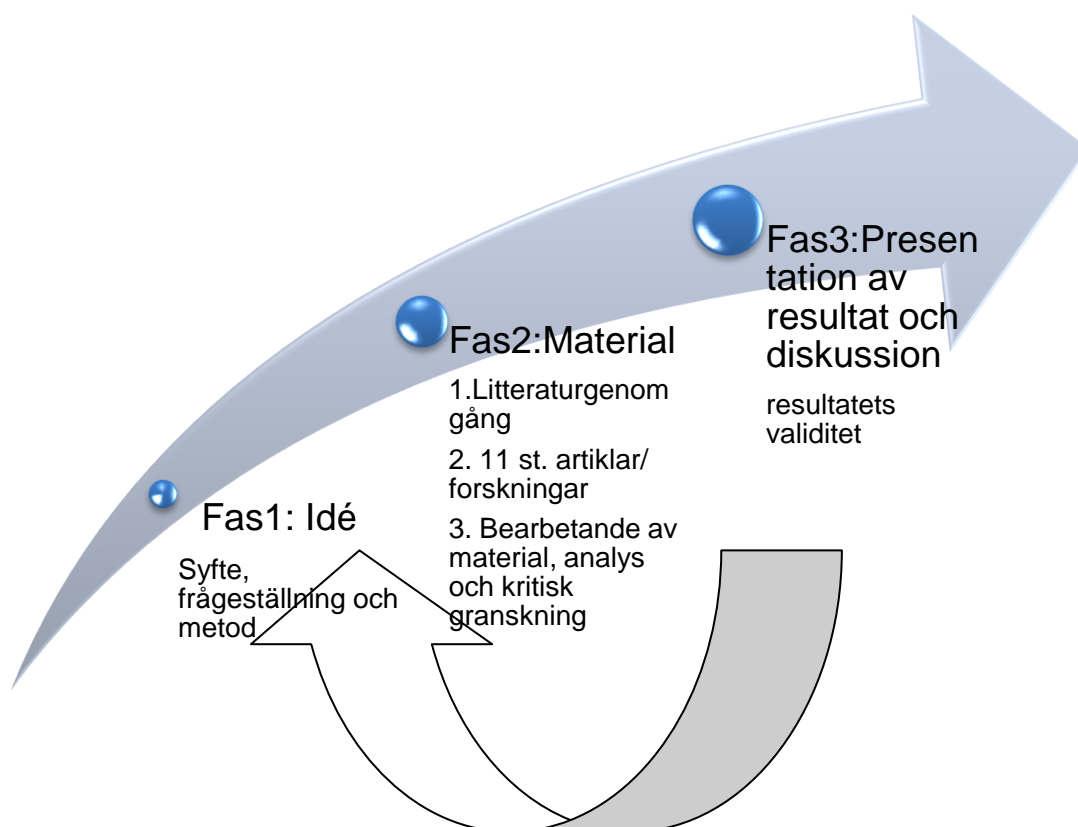


*Figur 8. Skillnader mellan analytiskt- och intuitivt beslutsfattande*

## **4 MATERIAL OCH DESIGN**

I detta kapitel presenteras forskningens arbetsgång. En design över arbetsgången visar huvudpunkterna i arbetsgången. Påföljande delkapitel beskriver hur skribenten gått till väga för att samla materialet som kommer att utgöra innehållet i denna studie.

## 4.1 Design av arbetsgången



Figur 9. Studiens design

Designen i figur 9 är studiens plattform och syftar till att visa hur studien i stora drag är upplagd. Man kan i designen se hur studien fortskrider från början till slutet genom tre faser. Forsberg och Wengström (2008: 94) anser att det är viktigt för läsaren att veta vilken design forskaren har använt för att kunna tolka och tillgodogöra sig resultatet av studien.

Efter att idén för studien var klar var det för skribenten viktigt att formulera ett tydligt syfte med klara frågeställningar. Under studiens alla skeden gick skribenten tillbaka till fas 1 för att kontrollera att materialet och studien överensstämde med syftet och frågeställningarna, detta för att hålla kvar den röda tråden genom hela studien och för att inte skriva bredvid ämnet.

Forskningsprocessen inleds med en klar problemformulering. Här förklaras betydelsen av studien, det vill säga varför studien görs. Genom problemformuleringen formas stu-

diens forskningsfrågor som skall vara korta och specifika. Forskningsfrågorna eller frågan har stor betydelse för alla aspekter i forskningsprocessen, då hela studien byggs upp efter dessa för att möjligtvis få forskningsfrågorna besvarade. (Forsberg & Wengström 2008: 54-55)

Fas 2 krävde mycket tid då material skulle samlas genom manuell sökning och databassökning. Den manuella litteratursökningen gällde främst materialet till studiens fasta grund, den teoretiska referensramen, material som skulle stöda förståelsen för studien. Efter att skribenten läst, bearbetat och tolkat materialet från litteratursökningen var det betydligt lättare att utföra databassökningen vars syfte var att hitta artiklar och forskning som skulle fördjupa förståelsen i studien och tillsammans med materialet i den teoretiska referensramen bilda svaren till studiens frågeställning. Viktiga frågor som dök upp under fas 2 var ”vad är relevant för studien?”, ”vad vet jag nu- vad vill jag ännu veta?” Skribenten granskade kritiskt det material som kom att utgöra studiens resultat, vilket är ett viktigt steg för att höja studiens trovärdighet. ( Forsberg & Wengström 2008)

I fas 3 följde presentation av resultatet varefter en diskussion följde för att vidare fördjupa förståelsen av resultatet. Även denna fas kontrollerades med fas 1 för att garantera att resultatet är ett svar på studiens syfte och frågeställningar.

## **4.2 Insamling av material, val av artiklar**

Delkapitlet beskriver insamlandet av studiens material. En tabell utnyttjas för att göra databassökningen mera överskådlig.

Tabell 1. Sammanfattning av databassökning

Databas	Sökord	Träffar	Valda	Kriterier
<b>Nelli "Hälsovård, idrott, ergo- och fysioterapi"</b>	Beslutsfattande	19	0	Avancerad snabbsökning
	Päätöksenteko	358	0	
<b>Ovid Medline</b>	Decision making and patient safety	58	2	Fulltext. 2005-2011. Avancerad sökning. 2000-2011
	Decision making and patient safety	74	0	
<b>Pub Med</b>	Decision making	14270	3	Gratis fulltext. Material publicerat inom 10 senaste åren. Avancerad sökning.
	Decision making and patient safety	251		
	Päätöksenteko	0		
	Beslutsfattande	0		
<b>Medic</b>	Laadukas päätöksenteko	209	7	Fulltext. 2000-2011. Avancerad sökning.
	Decision making	217	0	
	Beslutsfattande AND patientsäkerhet	0	0	
	Päätöksenteko AND potilasturvallisuus	0	0	
	potilasturvallisuus	33	0	
	päätöksentekoprosessi	1	0	

Litteratur som användes i studien samlades genom manuell litteratursökning och databassökning. Skribenten uppsökte hjälp av Arcadas bibliotekarie för praktiska råd inför databassökningen. Inför referensramen sökte skribenten manuellt litteratur angående beslutsfattandet och vårdprocessen i Arcadas bibliotek genom bibliotekskatalogen Arken. Först efter ett grundligt studerande och analyserande av detta material blev databassökningen aktuell.



Tabell 1 illustrerar databassökningen vars syfte var att hitta artiklar och forskningar till studien. Efter att ha bearbetat litteraturen som kom att forma den teoretiska referensramen och efter formulering av studiens syfte med avgränsat problemområde var det betydligt lättare att förstå hurudant material man ville finna genom databassökningen och lättare att formulera sökorden. Sökorden utgör grunden för databassökningen. (Forsberg & Wengström 2008: 80)

Skribenten började med en allmän sökning i Nelli med orden ”beslutsfattande” och ”päättöksenteko” för att få en bild över situationen och utbudet av artiklar. Träffarna kan ses i tabell 1. Genom den allmänna sökningen i Nelli såg skribenten att de flesta träffarna fanns i databasen Medic varefter nästa sökning utfördes i denna databas. Sökorden ”laadukas päättöksenteko” gav 209 träffar varav skribenten valde 7 artiklar och forskningar. Även ”decision making” gav ett stort antal träffar men det handlade i stort sett om samma artiklar och forskningar som den föregående sökningen gav i resultat, inget nytt material av relevans hittades. Artiklarna och forskningarna ur databasen Medic visade sig befinnas i tidsskrifter som manuellt söktes fram ur arkivet i Arcadas bibliotek.

Databaserna Pub Med och Medline är omfattande databaser innefattande huvudsakligen vetenskapliga tidsskriftsartiklar inom bland annat medicin och omvårdnad, därför valde skribenten att söka i dessa databaser som nästa steg (Forsberg & Wengström 2008: 82). I Pub Med gav sökorden ”decision making” 14270 träffar varför skribenten ansåg att en mera specifik sökning var nödvändig. ”Decision making and patient safety” gav 251 träffar varav 3 artiklar/forskningar valdes till studien.

I databasen Ovid Medline hittades med sökorden ”decision making and patient safety” 286 träffar varav 58 träffar innanför ramen av kriterierna för avgränsning (se tabell 1). Två artiklar/forskningar valdes. Med ändringen i kriterierna gällande publiceringsår från föregående 2005-2011 till 2000-2011 gav samma sökord 74 resultat varav 1 resultat togs för användning, men kasserades efter noggrann genomläsning då skribenten konstaterade att den inte var relevant för studien och av svag kvalitet. För övrigt hittades inga nya studier av betydelse för studien.

Kriterierna för databassökningen samt övriga sökord som användes i databassökningen kan ses i tabell 1. I bilaga 1 kan man steg för steg följa med hur de enskilda artiklarna och forskningarna hittades i databassökningen. Under databassökningen kom skribenten i kontakt med väldigt många artiklar och forskningar. Skribenten granskade manuellt alla resultat genom att läsa abstrakten av artiklar/forskningar som verkade relevanta för studien. Sammanlagt valdes 12 artiklar/forskningar som skribenten ansåg att närmast berörde ämnet och problematiken i studien.

Forsberg och Wengström (2008: 85-90) anser att det är formulerandet av rätt frågor i studien och avgörandet av kriterierna för avgränsningen som utgör konsten i databassökningen. Härefter följer val av databaser samt sökord. För att göra det slutliga valet av artiklar/forskningar som skulle analyseras till användning för studien valde skribenten relevanta titlar och läste sammanfattningarna. Om dessa verkade relevanta och intressanta lästes hela artikeln/forskningen för att sedan accepteras eller kasseras.

## **5 ETISKA REFLEKTIONER**

Skribenten har i denna studie så långt som möjligt tillämpat ett vetenskapligt arbetssätt. För att uppfylla detta kriterium skall andra forskare kunna förstå hur skribenten funnit sitt material och hur denna kommit till resultatet. Man måste kunna reproducera, alltså upprepa studien efter noggrannt angivna anvisningar. (Forsberg & Wengström 2008: 53) Skribenten har genom att beskriva studiens arbetsgång och insamlandet av materialet till studien (se kapitel 4) uppfyllt detta krav.

Forsberg och Wengström (2008: 77) påpekar att fusk eller ohederlighet genom till exempel plagiat eller förvrängning av forskningsprocessen inte får förekomma i forskningar eller studier. Denna studie har utförliga källhänvisningar och en komplett källförteckning genom vilka skribenten kan redovisa för allt material som använts i studien. Själva forskningsprocessen har beskrivits så noggrannt som möjligt till exempel genom att beskriva metod, genom att skissa en design över studiens gång och genom att återge litteratursökningen på ett utfyllande sätt. Skribenten har utfört denna studie från en objektiv synvinkel för att undvika att styra forskningen, till exempel har skribenten till denna studie försökt att inte enbart välja material som stöder skribentens egna åsikter.

## **6 METOD OCH STUDIENS RESULTAT**

Som metod i denna studie används systematisk litteraturstudie och metaanalys, en form av innehållsanalys. Följande kapitel beskriver hur man går till väga då man vill utföra en studie på detta sätt. Efter metodbeskrivningen presenteras och sammanfattas studiens forskningar och artiklar. Dessa analyseras för att kunna besvara studiens forskningsfrågor. I delkapitel 6.2 presenteras artiklarna och forskningarna först i ett schema efterföljt av noggrannare beskrivning av innehållet. Artiklarna och forskningarna presenteras i samma ordningsföljd i schemat som i det efterföljande utförligare formatet.

### **6.1 Metoden**

Denna studie har tillämpats efter principerna för en systematisk litteraturstudie. Dock började forskningsprocessen med en allmän litteraturstudie, med andra ord en litteraturgenomgång för att göra en beskrivande bakgrund till studiens teoretiska referensram, och för att bli beläst inom området. Allmänna litteraturstudier beskriver och analyserar studier, men sällan på ett systematiskt sätt vilket kan leda till att de är otillförlitliga. (Forsberg & Wengström 2008: 29-30)

Den systematiska litteraturstudien är en flerstegsprocess. Till processen hör att formulera studiens problem, att forma forskningsfrågor, att bestämma sökord och sökstrategi, att identifiera och välja litteratur i form av vetenskapliga artiklar eller rapporter, att bedöma kvaliteten på litteraturen, analysera och diskutera resultat och sammanställa materialet för att diskutera slutsatser. (Forsberg & Wengström 2008: 34-36)

För att man skall kunna göra en systematisk litteraturstudie måste det i studien finnas tillräckligt många kvalitetsbedömda studier som grund för analyser och slutsatser. Den systematiska litteraturstudien bör enligt Mulrow och Oxman som beskrivet av Forsberg och Wengström (2008: 30-31) utgå från en fråga som är tydligt formulerad. Denna fråga besvaras i studien genom att identifiera, välja, värdera, kritiskt granska och analysera alla relevanta forskningsstudier inom området på ett systematiskt sätt för att sedan diskutera och analysera resultatet och dra slutsatser. Svaga studier utesluts från studien, och metoden för sökning och val av artiklar skall vara tydligt beskrivna.

Syftet med systematiska litteraturstudier är att sammanställa information från tidigare genomförda, dock aktuella, empiriska studier för att svara på forskningsfrågorna. Genom detta kan ny kunskap bildas som kan leda till ny teoribildning, eller förstärka redan existerande teorier. Genom den systematiska processen strävar man till att finna underlag till att utveckla klinisk verksamhet. Litteraturen som fungerar som informationskälla i studien skall vara baserad på vetenskapliga rapporter eller tidsskriftsartiklar. Ett viktigt steg i litteraturstudien är att kvalitetsbedöma litteraturen som ingår i studien. I resultatet skall inte enbart nytta lyftas fram, utan även de eventuella negativa sidorna. Skribenten skall arbeta på ett objektivt sätt. (Forsberg & Wengström 2008: 31-35, 54)

Innehållsanalys är en vanlig metod med vilken man kan analysera materialet i kvalitativa forskningar. Det finns flera metoder för innehållsanalys, men allmänt beskrivs analysprocessen enligt Tuomi och Sarajärvi (2009: 92) som att göra ett starkt beslut vad som intresserar i materialet, att läsa igenom och märka ut ämnen som intresserar, att utesluta allt annat än det relevanta för studien, att skilja åt det man märkt som intressant, att klassificera det och skriva en sammanfattning. Forsberg och Wengström anser att analys av litteratur i kvalitativa forskningar innebär att beskriva, förstå, förklara och tolka materialet. (Forsberg & Wengström 2008: 159- 165) För att kunna analysera materialet skall alla artiklar i sin helhet läsas igenom och beskrivas noggrant, läsaren skall kunna följa med skribentens tankegång, och slutsatserna skall förfalla logiska. Varje artikel skall analyseras för sig och samtidigt skall artikelns bevisvärde noteras.

Genom metaanalys granskas innehållet av flera tidigare gjorda analyser. Genom att kombinera flere studier till en större undersökningsgrupp, och sedan analysera materialet får resultatet och studierna ett större värde än den enskilda studien skulle ha var för sig. Resultatet från en metaanalys har ett starkt bevisvärde och kan leda till godtagbara rekommendationer inom vården. Detta förutsätter att de enskilda studiernas kvalitet som utgör materialet har granskats kritiskt. (Forsberg & Wengström 2008: 32-33, 165)

## 6.2 Presentation av materialet

Tabell 2. Sammanfattning av det mest väsentliga i studiens artiklar och forskningar

Titel	År / Land/ Form/ Kvalitet	Författare	Innehåll/ Syfte	Slutsats
Opiskelun alkuvaiheessa olevien sairaanhoitaja - opiskelijoiden hoitotyön päätöksenteon oppiminen	2002/ Finland Forskning God kvalitet	Hokkanen, H; Eriksson, E; Hupli, M; Antila, M-L; Ruotsalainen, T.	Forskningens syfte var att kartlägga sjuksköterskestuderandes kunskaper och attityder om beslutsfattandet i vården innan och efter undervisning	Studerandenas kunskaper och attityder om beslutsfattandet i vården förbättrades avsevärt efter undervisningen.
Tutkimustieto, hoitosuositukset ja ammatillinen kokemus yhdistyvät päätöksenteossa	2000/ Finland Artikel Nöjaktig kvalitet	Teikari, M.	Artikeln beskriver den vetenskapliga kunskapens betydelse samt hur vetenskaplig kunskap genom vårdrekommendationer kan tas i bruk i det kliniska vårdarbetet för att förbättra vårdprocessens kvalitet och beslutsfattandet i vården	Det mest effektiva sättet att integrera ny kunskap sker i tilläggsutbildning genom interaktiva metoder där vårdaren kan utnyttja sina praktiska erfarenheter och spegla den nya informationens effekter i sina handlingar
Sairaanhoitajien kokemuksia näyttöön perustuvasta päätöksenteosta	2010/ Finland Artikel, redovisning av egen studie God kvalitet	Sarajärvi, A; Rehn, K.	Artikeln diskuterar beslutsfattandet i det kliniska vårdarbetet. I en studie har man kartlagt sjuksköterskans användning av evidensbaserad kunskap i beslutsfattande i det kliniska vårdarbetet	Att uppehålla yrkeskunskapen är viktigt för beslutsfattandet. Sjuksköterskor har en positiv inställning mot vetenskapligt kunskap men utnyttjar kunskapen föga i beslutsfattandet i det kliniska vårdarbetet
Asiantuntijuus tukee näyttöön perustuvaa päätöksentekoa	2010/ Finland Artikel God kvalitet	Korhonen, A.	Artikeln tar upp hur social- och hälsovårdsministeriets handlingsmodell med olika experter inom vården stöder beslutsfattandet i vården i	Modellen stöder insamlingen av information och anpassningen av informationen till det praktiska vårdarbetet

			en tid då publice- ring av ny kunskap med jämn takt ökar	vilket gynnar beslutsfattandet
Jaettu päätöksente- ko potilasohjauk- sessa	2006/ Finland  Artikel  God kvalitet	Poskiparta, M.	I artikeln granskas om existerande modell om delat beslutsfattande kan tillämpas pati- enthandledningen i vården	Jämlikt partner- skap mellan vårdare och patient i be- slutsfattandet ökar graden av tillfredsställelse och patientsä- kerheten i vår- den
Eettinen päätöksente- teko	2000/ Finland  Artikel  God kvalitet	Laine, M.	Författaren grans- kar hälso- och sjukvårdens vär- den och det etiska beslutsfattandet från en etisk te- origrund	Genom att ana- lysera faktorerna som påverkar situationen och genom att förtutse eventu- ella beslut un- derlättas be- slutsfattandet
Shared Decision- Making	2009/ Kanada  God kvalitet	Godolphin, W.	Artikeln behandlar ämnet delat be- slutsfattande i vår- den och poängterar hur viktigt det är att beslutsfattandet sker jämlikt mel- lan vårdare och patient	Delat besluts- fattande är en skicklighet som ökar på kvalite- ten och säker- heten i vården. Trots detta sker detta sällan
Paramedic clinical decision making during high acuity emergency calls: design and metho- dology of a Delphi study	2009/ Kanada  Artikel, plan över kommande forskning  Nöjaktig kvali- tet	Jensen, J; Croskerry, P; Travers, A.	Artikeln förklarar varför en studie över förstavårdare s kunskaper i beslutsfattande är aktuellt, och hur studien kommer att utföras	Förstavårdarens arbete är väl- digt omväxlan- de, och många faktorer påverkar beslutsfattandet och här via patientsä- kerheten
Modelling emer- gency decisions: recognition- primed decision making. The litera- ture in relation to an ophthalmic criti- cal incident	2006/ UK  Systematisk litteraturstudie  God kvalitet	Bond, S; Cooper, S.	Genom systema- tisk litteraturstudie forskades om be- slutsfattande som grundar sig på "recognition- pri- med decision" (RPD) samt vilka faktorer som på- verkar beslutsfat- tandet	RPD beskriver teoretiskt hur intuitiva beslut fattas i akutfall. Många faktorer, bland annat stress och situa- tionsmedveten- het påverkar beslutsfattandet
Simulator Pro-	2007/ USA	Ackermann, A; Ken-	Artikeln beskriver	Patientsimule-

grams for New Nurses' Orientation: A Retention Strategy	Artikel Nöjaktig kvalitet	ny, G; Walker, C.	processen av att utveckla ett simuleringsprogram för att förbättra beslutsfattandet	ring som inskolningsmetod ökar på beslutsfattandekunskaper hos nyutbildade sjuksköterskor
Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety	2010/ USA Artikel God kvalitet	Longtin, Y; Sax, H; Leape, L; Sheridan, S; Donaldson, L; Pittet, D.	Artikeln beskriver hur patienters deltagande i vården och beslutsfattandet ökar patientsäkerheten, samt vilka faktorer som minskar respektive ökar patienternas deltagande i vården	Kampanjer för att få vårdare att förstå betydelsen av patienternas deltagande i vården och beslutsfattandet behövs. Även patienter behöver inkluderas för att få förståelse över hur stor betydelse deras inverkan har i vården

Genom en överblick av kvaliteten på forskningarnas och artiklarnas källhänvisningar, litteraturval, titlar, innehåll, sökord, sammanfattning, syfte, metod och resultat har skribenten klassificerat skrivelserna.

Hokkanen med flera (2002) gjorde en forskning i hur sjuksköterskestuderande behärskade beslutsfattandet i vården innan och efter utbildning inom ämnet. Dessutom undersöktes vilken inskolningsmetod studerandena själv ansåg vara mest effektiv för inlärandet av att fatta beslut i vården. Resultatet visade att studerandena avsevärt förbättrade sina kunskaper inom beslutsfattandet genom utbildningen. Forskningen publicerades i artikeln *Opiskelun alkuvaiheessa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitotyön päätöksenteon oppiminen*.

Eftersom beslutsfattandet är en del av det praktiska vårdarbetet är det av största vikt att detta lärs ut vid utbildningen av nya vårdare. För att kunna fatta beslut måste vårdaren ha en strukturerad teoretisk referensram och tankeprocesser berörande beslutsfattande redan från studietiderna. Efter utbildningen skall vårdaren kunna göra självständiga beslut men även beslut tillsammans med patienten eller andra yrkesrepresentanter som deltar i vården som helhet. För att uppnå detta under studietiden måste man använda sig

av inskolningsmetoder var studerandena kan öva fatta beslut i en trygg och mångsidig miljö. Läraren eller handledaren skall styra eller stöda studenten genom beslutsfattande-processen. Det viktiga är att studerandena genom att reflektera och analysera det egna beslutsfattandet lär sig motivera sina beslut. (Hokkanen et al. 2002)

Genom att göra skriftliga vårdplaner för patienter och genom simulerade patientfall ansåg studerandena sig lära beslutsfattandet på effektivast sätt. Genom simulerade patientfall lär sig studerandena att skilja mellan väsentlig och oväsentlig information, att sammankoppla information med tidigare kunskaper, att identifiera och prioritera problem och att välja ändamålsenliga vårdhandlingar. Genom verklighetstrogen patientsimulering förbereder man studerandena inför det verkliga vårdarbetet. Studerandena bör behärska teoretisk och praktisk kunskap för att kunna utnyttja simuleringstillfällena på bästa sätt. Det mest effektiva sättet att lära ut beslutsfattande i vården sker i en kombination av olika inlärningsformer. (Hokkanen et al. 2002)

I en rapport från Nederländerna oroas det över vårdrekommendationers otillräckliga användning eller för långsam integrering till den kliniska vården. På basis av denna rapport tar Teikari i sin artikel *Tutkimustieto, hoitosuosituksset ja ammatillinen kokemus yhdistyvät päätöksenteossa* (2000) ställning till vilken betydelse den ökande mängden vetenskaplig kunskap och vårdrekommendationer har i det kliniska vårdarbetet och hur denna påverkar professionaliteten, vårdprocessen och beslutsfattandet. Integrerandet av den vetenskapliga kunskapen i vårdhandlingarna sker i samverkan med den erfarenhet, de teoretiska och de praktiska kunskaper man erhållit ur arbetslivet. Att kunna anpassa vetenskaplig kunskap i konkreta situationer definierar yrkesskicklighet. För att kunna fatta kliniska beslut i vården skall man ha kunskap om epidemiologi, klinisk kunskap angående patienten, vetskap om patientens egna behag och kunskap om organisationens vårdlinje och krav. Vårdrekommendationer är ett bra hjälpmedel men en yrkesman använder alltid även de egna erfarenheterna som kunskapskälla i beslutsfattandet. Teikari påpekar dock att vårdresultatet inte blir gott om inte patienten är i centrum av vårdprocessen. Patienternas förståelse och kunnande inom det medicinska området ökar ständigt vilket medför att de vill vara med och definiera vad god och säker vård innebär.



Teikari (2000) anser att målet i varje unik situation är att hitta den bästa möjliga kunskapsgrunden för det kliniska beslutsfattandet. Alla personer inom organisationen innehar kunskap som är till nytta i organisationen som helhet. Det är viktigt att inom organisationen skapa en atmosfär där kunskap på ett systematiskt vis diskuteras och man vågar ifrågasätta gamla förfaringssätt, lär sig och tar i bruk nya mera effektiva för att ytterligare påverka patientsäkerheten i positiv riktning. Integrering av ny vetenskaplig kunskap i vårdarens handlingsätt fungerar bäst genom interaktiv inskolning där vårdaren genom att utnyttja sina praktiska erfarenheter speglar den nya kunskapens effekter i sina handlingsätt. (Teikari 2000)

På basen av sin studie och forskning inom ämnet behandlar Sarajärvi och Rehn (2010) i artikeln *Sairaanhoitajien kokemuksia näyttöön perustuvasta päätöksenteosta* betydelsen av vetenskaplig kunskap och evidensbaserad kunskap i det kliniska beslutsfattandet i vårdarbetet. Principen att utveckla vårdarbetet genom evidensbaserad kunskap är allmänt accepterad men först i startgrupperna i det kliniska vårdarbetet. Evidensbaserad vård har visat sig vara av betydelse för vårdens kvalitet och effektivitet. Beslutsfattandet skall stöda användningen av denna vård som baserar sig på bästa möjliga bevis och beprövad erfarenhet för att öka patientsäkerheten och effekten i vården. Genom att tillämpa den evidensbaserade kunskapen i den unika situationen på ett sätt som passar patienten i fråga får denna vård av god kvalitet. (Sarajärvi & Rehn 2010)

Sarajärvi och Rehn kommenterar även intuitivt beslutsfattande. Beslut som fattas snabbt grundar sig oftast på intuitiv tolkning. Detta förutsätter tillräckliga teoretiska och praktiska kunskaper samt praktisk erfarenhet av vårdaren. Beslutsfattandet går ut på att använda den i situationen tillgängliga informationen för att tillsammans med patienten göra val mellan olika vårdåtgärder. Hur vårdaren fattar beslut i vården beror på hur strukturerad informationen i situationen är, hur komplex situationen är och hur lång tid man har på sig att fatta beslut. Kvalitativ tillgänglig information räcker inte till vid beslutsfattandet utan det behövs en aktör som utvärderar informationen och applicerar den till vården av patienten i den aktuella vårdmiljön. Patienten måste vara tillräckligt informerad om de olika vårdalternativen samt deras effekt för att kunna inkluderas i beslutsfattandet. Den professionella vårdaren bör även kunna känna igen situationer där patienten inte vill eller kan delta i beslutsfattandet. (Sarajärvi & Rehn 2010)

Beslutsfattandet underlättas av den vetenskapliga kunskapen sjukskötare innehar. Sjukskötare som i beslutsfattandet stöder sig på vetenskaplig kunskap reflekterar oftare över och bedömer kritiskt sina handlingar än de sköterskor som endast grundar sina beslut på klinisk erfarenhet. Arbetserfarenhet medför dock en klinisk självsäkerhet att kunna handskas med beslutsfattandet och vården som en helhet. I bekanta miljöer är självsäkerheten högre och sjukskötare vågar fatta beslut självständigare. I obekanta miljöer vill man oftare ha stöd av kollegor i beslutsfattandet. Erfarna sjukskötare gör beslut fortare medan yngre sjukskötare är osäkra och stöder sig på regler och normer vid beslutsfattandet. Skriftliga vårdplaner underlättar avsevärt beslutsfattandet i vården. Man bör stödja beslutsfattandet baserat på vetenskaplig kunskap och beprövade erfarenheter för att vårdhandlingarna i ökande grad skulle vara evidensbaserade. (Sarajärvi & Rehn 2010)

I det praktiska vårdarbetet fattas hela tiden beslut, så beslutsfattandet är en stor del av allt vårdande. Trots detta reflekteras det inte ofta över hur besluten kommer till. I vårdarbetet behövs information och kunskap av många olika slag, informationsinsamling av många olika slag och att informationen slås ihop i en form som kan användas i det praktiska vårdarbetet. Korhonen (2010) granskar i sin artikel *Asiantuntijuus tukee näyttöön perustuvaa päätöksentekoa* hur hälso- och sjukvårdsministeriets modell om expertis stöder beslutsfattandet i vården.

Flera kunskapskällor bidrar till beslutsfattandet; yrkeskunskap, kunskap ur nya forskningar, kunskap ur erfarenhet, kunskap ur omständigheterna och kunskap ur patienten genom kommunikation och iakttagelser. Genom att diskutera olika alternativ för beslutsfattandet i arbetsamfundet får man flera perspektiv och kan utveckla sina kunskaper. Olika experter inom vården har olika kunskaper och färdigheter, och genom att inkludera dessa experter i diskussionerna kan alla bidra med nyaste information för att förbättra beslutsfattandet och vårdhandlingarna. Genom dessa diskussioner får man svar på om nuvarande handlingsmodeller fungerar eller om det krävs förändring i dessa för att uppnå bättre resultat i vården. Diskussionerna är ett idealt sätt att få de erfarna vårdarnas ”tysta kunskap”, det vill säga intuitiv kunskap i rörelse för att integreras i hela arbetsamfundets kunskapsbas. Intuitiv kunskap och beslutsfattande är en nödvändighet då till exempel patienten av någon orsak inte förmår eller orkar signalera till exempel

smärta, och beslutet grundas på vårdarens yrkeskunniga sätt att uppskatta smärtan utgående från patientens beteende och fysiologiska tecken genom att jämföra dem med patientens situation och behov av vårdåtgärder. (Korhonen 2010)

Då man vid beslutsfattandet värderar informationen man besitter, jämför olika vetenskapsbaserade vårdalternativ sinsemellan och förutspår eventuella slutresultat med hjälp av tidigare erfarenheter kan vårdhandlingarna och beslutet motiveras. Detta är kärnan i evidensbaserad vård. Vetenskaplig kunskap är grunden för evidensbaserad vård, men räcker inte till i sig självt. Det som bevisats vara bra för de flesta patienter är inte alltid det bästa alternativet för den enskilda patienten i den unika situationen. (Korhonen 2010)

Med stöd av forskning diskuterar Poskiparta i sin artikel *Jaettu päätöksenteko potilasso-hjauksessa* (2006) patienters deltagande i sin egen vård. Patienter som deltar i beslutsfattandet angående den egna vården är enligt studier oftare nöjda med vården och vården lyckas oftare, vilket även höjer patientsäkerheten. Vårdare har dock inte för vana att inkludera patienterna i beslutsfattandet fast forskning tyder på att patienter aktivt vill delta i vården och beslutsfattandet med stöd av vårdaren. Kriterier för ett delat beslutsfattande är att patienten och vårdaren tillsammans deltar i beslutsfattandets alla moment jämlikt och båda har då ansvaret över att beslutsfattandeprocessen blir lyckad. Vidare kräver det att information delas i vårdprocessen, och att patienten och vårdaren tillsammans accepterar det slutliga beslutet. Om dessa kriterier inte fylls är det inte fråga om ett delat beslutsfattande.

Informationsflödet måste enligt Poskiparta (2006) ske bägge vägar. Patienten är expert på sin kropp och vårdaren expert inom vårdarbetet. Till vårdarens skyldigheter hör att förklara vårdinnehållet och oklarheter för patienten, och vårdaren bör kontrollera att patienten har förstått innebörden av informationen. Problemet är ofta att vårdaren inte förstår eller vet hurudan eller hur mycket information patienten behöver, och beslutsfattandet blir ineffektivt på grund av informationsbrist. Vårdaren skall hjälpa patienten välja mellan olika former av vård samt att bedöma nytta mot risker i vårdalternativen, och rekommendera vårdalternativ som i just den specifika situationen ger positivast utfall. Det viktiga är att patienten känner till alternativen och har tillräckligt med information

för att kunna göra ett beslut. Kommer man inte till ett gemensamt beslut skall man förhandla på ett jämlikt vis.

Om situationen blir för stressfylld och beslutsfattandet kräver för mycket ansvar av patienten kan detta leda till stress och ångest. I dessa situationer är vårdarens roll mera stödjande i beslutsfattandeprocessen. Det delade beslutsfattandet i vården lämpar sig bäst i situationer där vårdalternativen man väljer mellan är lika värda, innebär låg risk för patienten och då patienten själv bär det största ansvaret för att vården lyckas. (Poskiparta 2006)

I artikeln *Eettinen päätöksenteko* granskar Laine (2000) hälsovårdens värden och det etiska beslutsfattandet från en etisk teorigrund. Etik i vården är att välja mellan det som är rätt och det som är fel moralmässigt. Värdena kan vara vårdarens egna, samhällets, branschens eller ur religioner tillägnade. Värdena ingår i det professionella beslutsfattandet och styr vårdhandlingarnas ändamål. Till de etiska valen hör bland annat individens autonomi att göra självständiga beslut. De etiska besluten innehåller också känslor som kan styra beslutsfattandet i vården medvetet eller omedvetet. De traditionella yrkesbesluten är inte alltid etiskt korrekta. Det etiska arbetssättet innebär att balansera mellan den bästa möjliga vården och den minsta möjliga skadan. Problematiken i vården är vem som skall definiera vad god vård innebär och vem som skall bedöma om vården är god. Hur man fattar etiska beslut beror på angelägenhetsordningen; betonas följderna, skyldigheterna eller rättigheterna. Vårdarens skyldigheter är tätt ihop knutna med patienternas rättigheter. (Laine 2000)

Alla professionella beslut inkluderar etiska val där något värde eller någon princip blir aktuell. För att utveckla sin etiska kapacitet är det viktigt att förstå vilka principer eller värden som tävlar sinsemellan i valen av vårdhandlingar och hur människor grundar sina beslut eftersom människors olika värderingar leder till att man i vården fattar olika beslut i likadana situationer. Då man funderar över och diskuterar etiska problem i grupp får man fram olika synvinklar, principer och värden som den enskilda vårdaren sedan kan utnyttja i det kliniska beslutsfattandet. (Laine 2000)

Enligt Godolphin (2009) i artikeln *Shared Decision-Making* spelar delat beslutsfattande en huvudroll i förbättrad kvalitet och säkerhet i vården. Trots detta sker det sällan, det är svårt att utföra och lärs inte ut. Enligt lag och etik borde vårdaren ta patienten med i beslutsfattandet. I beslutsfattandet sker ett möte mellan två experter, patienten som expert över sitt liv, sina värden och sin situation och vårdaren som expert inom det medicinska området. Patientens självbestämmanderätt enligt lag fullföljs inte om man inte inkluderar patienten i beslutsfattandet. Man tror dessutom att det skulle ske mindre misstag i vården om patienten inkluderas.

Det delade beslutsfattandet innebär att erbjuda patienten val. Utan valmöjligheter finns inget delat beslutsfattande. Patienter förväntar sig inte ett delat beslutsfattande eftersom de inte känner till vårdprocessens gång. Det är vårdarens uppgift att informera och engagera patienten att delta i beslutsfattandet och vården. För att kunna utöva ett delat beslutsfattande bör vårdaren kunna skapa en vårdrelation med patienten, få en bild av patientens förståelse av situationen, skapa en roll för patienten i beslutsfattandet, bekräfta och svara på patientens idéer, oro och förväntningar i vården, identifiera olika valmöjligheter, presentera fakta om olika vårdhandlingar, fatta beslut i samarbete med patienten och följa den överenskomna vårdplanen. (Godolphin 2009)

För att lära sig utöva delat beslutsfattande krävs det attityd, ansträngning och tid. Det kan verka lättare att inte nämna alternativen i vården för patienten för att lättare och snabbare komma undan. För att höja patientsäkerheten och kvaliteten av vården måste vårdaren enligt Godolphin (2009) lyssna på patienten och respektera hennes syn på sin hälsa, diskutera diagnosen, prognosen och vården, dela information patienten behöver för att kunna fatta beslut, maximera patientens möjligheter för självständigt beslutsfattande och respektera patientens beslut. Det är möjligt att utöva delat beslutsfattande med tillräcklig motivation, tillräcklig tid och övning för att anskaffa skickligheten.

Jensen med flera (2009) förklarar i artikeln *Paramedic clinical decision making during high acuity emergency calls: design and methodology of a Delphi study* hur viktigt det är att kartlägga förstavårdarens kunskaper i beslutsfattandet i akutvården. Beslutsfattandet har studerats inom andra områden i vården men inom akutvården finns det brist på liknande studier. Svaga talanger i kliniskt beslutsfattande leder till svagt grundade vård-

handlingar, kliniska vårdfel och slarv i patientsäkerheten. Ofta skulle dessa vårdfel och misstag kunna förhindras genom att förbättra förstavårdarnas kunskaper i beslutsfattandet.

Det prehospitaleda vårdarbetet är mycket varierande och innehåller allt mellan enkla patientförflyttningar till akuta livshotande situationer som kräver snabba exakta beslut med påföljande vårdhandlingar av förstavårdarna. Många faktorer inverkar i beslutsfattandet, vårdhandlingarna och patientsäkerheten i akutvården, till exempel patientens belägenhet, patientens eller de anhörigas behov och begär, förstavårdarnas resurser, nivån på vården, och hur många och hur krävande vårdhandlingar som krävs i situationen på händelseplatsen och under transporten till sjukhuset. De komplicerade och varierande omständigheterna förstavårdare arbetar i är en orsak till varför omfattande studier över förstavårdares kunskaper i beslutsfattande är nödvändig.

I studien *Modelling emergency decisions: recognition-primed decision making. The literature in relation to an ophthalmic critical incident* av Bond & Cooper (2006) granskas en beslutsfattandeteoris användbarhet i situationer där beslut skall fattas fort. "Recognition-primed decision making" (RPD) är en modell över hur människor gör snabba och effektiva beslut i tidsbundna och mera krävande situationer. RPD beskriver allmänna kognitiva processer i beslutsfattandet och inkluderar inte faktorer som påverkar beslutsfattandet och situationen. Dessa faktorer måste tas i beaktande när man jämför tidigare vårdsituationer med den aktuella i beslutsfattandet

RPD fungerar bra i situationer där beslut skall fattas under tidspress, då det är informationsbrist och då målen i vården är svagt definierade. Beslutsfattaren bör dock ha en omfattande kunskapsram och erfarenhet för att kunna känna igen problemets speciella drag för att bilda lösningar till problemet. I RPD kombineras två olika sätt att fatta beslut. Först känner vårdaren från tidigare liknande vårdsituationer igen ett handlingsätt som bäst passar in i den gällande situationen för att sedan genom att använda fantasin förutse och uppskatta om det förväntade resultatet av denna handling förfaller förnuftigt. Denna tankeprocess är intuitiv, inte analytisk. Studier har visat att vårdare känner igen patienter i akut behov av vård genom att känna, observera, lyssna och genom den "inre känslan". Sedan förlitar de sig på tidigare situationer för att känna igen förändringar i

patientens situation. (Bond & Cooper 2006)

Risken med erfarna beslutsfattare är att de kan vara övermodiga och anse sig klara av riskfyllda situationer bättre än de i verkligheten kan. Erfarna beslutsfattare igen måste pröva sig fram genom flera alternativ och misslyckas ofta i det första försöket. Om beslutet man fattat visar sig vara dåligt är det vanligt att beslutsfattaren skyller på utomstående faktorer och inte själva beslutet. Tendenser är att man uppmärksammar feedback som stöder beslutet man fattat, med andra ord avvisar man negativ information men tar emot positiv information angående beslutsfattandet, vilket inte utvecklar professionaliteten. (Bond & Cooper 2006)

När man fattar snabba beslut nöjer man sig med och litar på "goda nog" eller tillfredsställande beslut. När den akuta situationen är över blir alternativa strategier, handlingsätt och beslut mera synliga och man kan reflektera över vad man kunde gjort på annat sätt. Viktigt är att veta att det finns en hel serie av olika beslutsfattandestrategier, vilken man använder beror på situationen och beslutsfattarens yrkeskompetens och erfarenhet. Erfarenhet är inte detsamma som expertis inom beslutsfattandet. Beslutsfattaren med erfarenhet men utan tillräcklig kompetens kan vara självsäker men klarar inte av ett beslutsfattande med kritisk analys och reflektion, och kan inte nödvändigtvis motivera sitt beslut. Det bästa resultatet kräver att beslutsfattaren är erfaren och har en välutvecklad professionell referensram. (Bond & Cooper 2006)

Situationsmedvetenhet är en kvalitativ kognitiv process som med hjälp av tidigare och pågående situationer hjälper vårdaren att integrera och förstå information från den föränderliga omgivningen. Situationsmedvetenhet beror på individens förmåga att fortsättningsvis behandla informationen från skeendena i situationen och förmågan att bemöta kraven i situationen. Genom att vara förberedd för det oväntade och mottaglig för det som sker och genom att uppmärksamma och förstå kritiska faktorer kan man förutse det kommande. Vårdare med svag förmåga i situationsmedvetenhet upplever stress i ostabila situationer. Stress, som beskrivs som ett hot mot individens psykiska och fysiska välbefinnande, påverkar beslutsfattandet i vården. Stress ökar på individens skyldighet att klara av en uppgift. Trots att studier visar att erfarna yrkesmän funktionerar bäst under en viss nivå av stress, stör stressen även den erfarna om uppgiften eller situationen är

obekant. Genom praktisk träning i föränderliga situationer kan man lära sig situationsmedvetenhet och få erfarenhet, vilket minskar på stressen i de verkliga vårdssituationerna. (Bond & Cooper 2006)

Ackermann med flera anser i sin artikel *Simulator Programs for New Nurses' Orientation: A Retention Strategy* att stress, brist på självsäkerhet och otillfredsställda förväntningar påverkar patientsäkerheten och vårdresultaten i den kliniska vården. Den första arbetstiden efter att sjukskötare utexaminerats har via studier påpekats vara den mest stressfulla tiden i sjukskötarens karriär. Utan stöd i arbetsmiljön känner sig den nyutexaminerade kraftlös och osäker. I intensiv- eller akutvård där snabba reaktioner, beslut och vårdhandlingar krävs för patientsäkerheten är det av större betydelse att sjukskötaren är väl förberedd på vad arbetet kräver. Ett ypperligt sätt att förbereda sjukskötaren är i miljön av patientsimulator, där studerandena på ett säkert sätt kan utveckla sitt kritiska tänkande, självsäkerheten och beslutsfattandet i vården. Genom simulerade patientfall kan man mäta vårdarens kompetens, teoretiska kunnande och tekniska färdigheter i en kontrollerad miljö.

Övning i simulationscenter ersätter inte den praktiska erfarenheten det verkliga vårdarbetet ger men kan erbjuda studerandena möjligheten att utveckla sitt beslutsfattande. Man lär sig prioritera det väsentliga i situationen, att förstå tidens gång och betydelse, att dokumentera, planera och utföra vårdhandlingar, samt att diskutera och analysera sina egna prestationer. Genom att aktivt delta i simulerade vårdssituationer kan de oerfarna vårdarna mera självsäkert bemöta patienter i verkliga situationer. (Ackermann et al. 2007)

Longtin med flera (2010) förklarar i artikeln *Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety* att patientdeltagandet de senaste fem åren i ökande grad igenkänns som en huvudkomponent i vårdprocessen samt som en faktor som ökar patientsäkerheten i vården. Många faktorer inverkar på hur patienter deltar i vårdprocessen. Patientrelaterade faktorer är till exempel avsaknad av medicinsk kunskap, avsaknad av tillit eller mod och komorbiditet vilka sänker patientens vilja att delta i vårdprocessen.



Faktorer relaterade till vårdaren är bland annat svag kommunikationsförmåga, viljan att behålla kontrollen i situationen, tidsbrist, sjukdomens typ och grad samt avsaknad av skolning i hur man fattar beslut tillsammans med patienten. Vårdare vill sällan överge den traditionella rollen de har som dominerande i situationen, och vill därför inte delegera sin befogenhet att fatta beslut. De flesta vårdarna utövar absolut fullmakt och kontroll över patienterna och anser dem vara oförmögna att fatta beslut. (Longtin et al. 2010)

Genom att delta i beslutsfattandet i vården utövar patienten en av sina fundamentala rättigheter nämligen självbestämmanderätten. Patienten har rätt att kräva service, alltså vård av god kvalitet. Genom att patienten vågar ta en aktivare roll i vården och kritisera vården och ge feedback utvecklas hälso- och sjukvårdssystemet. I dagens läge är patienten dock passiv i sin roll som patient. En del patienter nekar eller vägrar att delta i vårdprocessen eller beslutsfattandet av många olika orsaker, vilka av några är beskrivna tidigare. Oftast är orsaken dock att patienterna inte känner till det medicinska området, och sker här ingen förändring förblir situationen denna. (Longtin et al. 2010)

Patienter deltar i beslutsfattandet olika beroende på typen av beslut som skall fattas. Ju mera betydelsefulla beslut som skall fattas desto oftare vill patienter vara med och fatta beslutet, och tvärtom. Sjukdomen i sig självt kan göra patienten oförmögen att delta i beslutsfattandet och vårdprocessen. Äldre patienter nekar oftare samarbete än yngre patienter. Studier påvisar att patienternas beteende i vårdandet kan ändra på vårdarens vårdhandlingar eller beslutsfattande. Om patienten vet att kräva en viss sorts vård är det mera sannolikt att patienten får den vård denna kräver. En del faktorer som bromsar patienternas deltagande i vården och beslutsfattandet är varken beroende på vårdaren eller patienten. Om kulturen tilldelar patienten en passiv roll kommer största delen av patienterna troligen att "inte vill" delta i vårdprocessen. (Longtin et al. 2010)

Patientdeltagandet har påvisats förbättra beslutsfattandet i vården. För att patienterna aktivt skall delta i vårdprocessen har vårdarnas stöd och handledning en stor betydelse. Det första och viktigaste steget är att ge vårdarna ett fullt och entusiastiskt stöd genom kampanjer och tilläggsutbildning, varefter vårdarna kan stöda patienterna att delta i beslutsfattandet och vården. Långsamt men säkert kunde man förändra på de traditionella

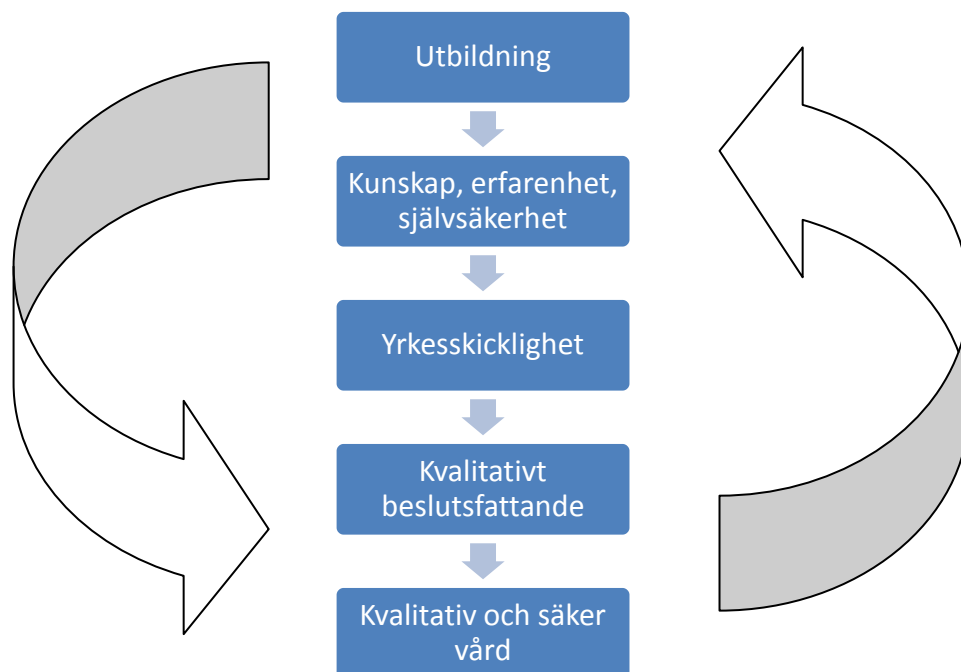
rollerna som i dagens läge existerar i vårdprocessen. Genom att eliminera faktorerna som minskade på patientens samverkan i vården, både från patientens och vårdarens sida, kan hälso- och sjukvården i framtiden vara säkrare och mera kvalitativt. (Longtin et al. 2010)

### 6.3 Analys och sammanfattning av materialet

Detta delkapitel sammanfattar de teman som i artiklarna och forskningarna lyfts fram som viktiga inom beslutsfattandet i vården. Många skrivelser behandlar samma ämnen och mycket stöder materialet i den teoretiska referensramen. Studiens resultat och forskningsfrågor diskuteras i kapitel 9.

#### 6.3.1 Utbildning

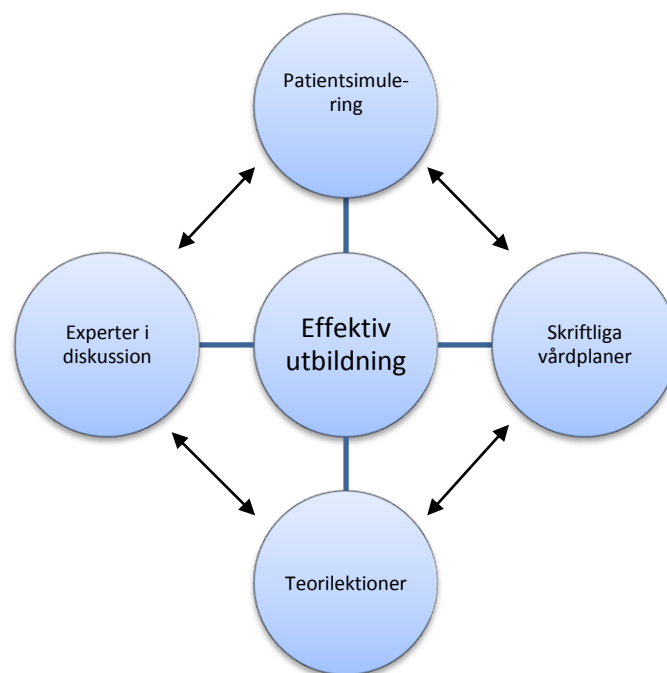
Utbildning förbättrar beslutsfattandekunskaper hos studeranden. (Hokkanen et al. 2002) Utbildningen är effektivast i en kombination av olika inlärningsmetoder. För att förbereda studeranden inför arbetslivet är det viktigt att lära ut beslutsfattandet under studietiden.



Figur 10. Hur utbildning leder till kvalitativt beslutsfattande och kvalitativ och säker vård.

Nyutexaminerade vårdare förväntas behärska beslutsfattandet trots brist på arbetserfarenhet. Förväntningarna leder till stress och osäkerhet i vårdaren vilket i sin tur leder till sänkt patientsäkerhet. För att förbereda nya vårdare inför självständigt beslutsfattande i vården bör vårdaren med adekvat handledning kunna öva beslutsfattande i en trygg och mångsidig miljö redan under studietiden. (Ackermann et al. 2007)

Patientsimulering och skriftliga vårdplaner är effektiva metoder för inläring av beslutsfattande under studietiden. Studeranden lär sig motivera sina beslut genom att kritiskt analysera och reflektera över det egna beslutsfattandet. Genom praktiska övningar i simulationscenter lär sig studeranden bland annat att skilja mellan för beslutsfattandet nödvändig och icke nödvändig information, att prioritera vårdproblem och vårdhandlingar samt att koppla ihop de teoretiska och praktiska kunskaperna med den nya erfarenheten. Utan teoretisk och praktisk kunskap kan simuleringstillfällena inte utnyttjas på ett effektivt sätt varför dessa tillfällen måste föregås av teorilektioner. (Hokkanen et al. 2002)



Figur 11. Effektiv utbildning sker i kombination av utbildningsmetoder.

Praktisk träning och erfarenhet under föränderliga situationer utvecklar studerandens situationsmedvetenhet och självsäkerhet. Dessa personliga kvaliteter förbättrar på vår-

darens förmåga att hantera stress i verkliga vårdsituationer. Simuleringstillfällena erbjuder erfarenhet från en kontrollerad miljö, alltså kan erfarenhet från simulationscenter inte ersätta erfarenhet från verkliga vårdsituationer där miljön är oförutsägbar, men den representerar ett gott alternativ för praktisk erfarenhet utanför arbetslivet. (Bond & Cooper 2006)

Olika inskolningsalternativ erbjuder bra grund för att lära sig beslutsfattandet, men denna färdighet utvecklas endast i växelverkan mellan den teoretiska kunskapen och det praktiska görandet vid evaluering av det egna beslutsfattandet, analysering av vårdhandlingarna och resultaten. Genom praktisk erfarenhet övergår teoretisk kunskap till individuell färdighet. (Lauri 1992; Lauri & Salanterä 2002) Lauris och Salanteräs åsikter stöder med andra ord kombination av teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet som inlärningsmetod.

Effektiv utbildning med sakkunniga lärare kan öka studerandenas motivation att förbättra beslutsfattandekunskaperna. Förbättrandet av dessa kunskaper kan ses som en ständigt pågående process (se figur 10), eftersom utvecklingen från nybörjare till professionell yrkesutövare sker genom fortsatta studier och fortsatt analysering av det egna arbetssättet, samt genom att utveckla verksamheten (Lauri 1992). Kunskaperna i beslutsfattandet förbättras i takt med att yrkeskunskaperna förbättras i arbetslivet. (Lauri & Salanterä 2002)

Olika experter inom vården har olika synpunkter, kunskaper och erfarenheter. Genom att inkludera experter i de olika undervisningsmetoderna under utbildningen kommer information i rörelse och erfarna vårdares tysta kunskap kommer till kännedom. Genom diskussion mellan experter ifrågasätts effekten för gamla förfaringssätt varefter nya mera effektiva kan tas i bruk. (Teikari 2000)

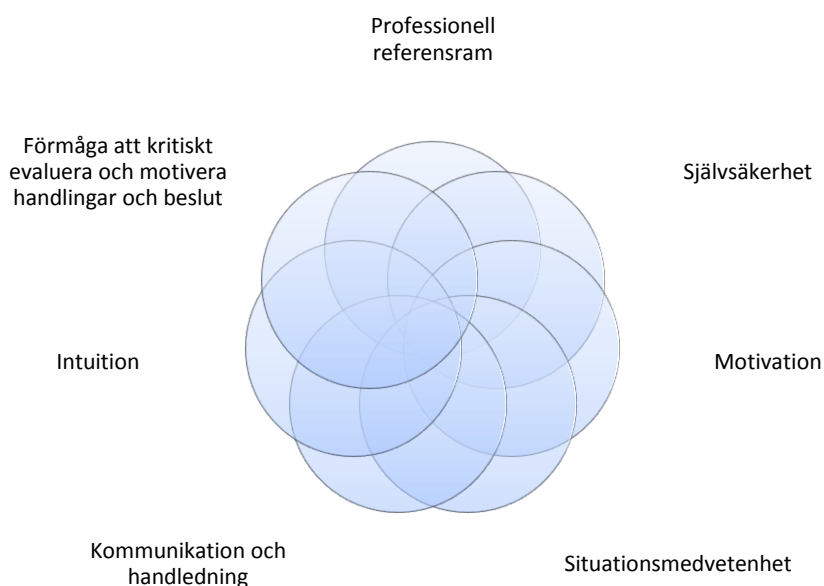
### **6.3.2 Yrkesskicklighet**

Vårdaren behöver kunskaper inom olika områden för att kunna fatta kvalitativa beslut. I vårdsituationerna skall vårdaren sedan hitta den bästa möjliga kunskapsgrunden för den unika vårdsituationen. (Teikari 2000) Kunskap som behövs är bland annat yrkeskun-

skap, kunskap ur erfarenhet, vetenskaplig kunskap och intuitiv kunskap. (Korhonen 2010) Även kunskap om organisationens vårdlinje o krav är nödvändiga. (Teikari 2000) Förutom allmänna yrkeskunskaper behöver vårdaren även specialkunskaper i det egna verksamhetsområdet. I vårdsituationerna behövs dessutom kunskap ur omständigheterna och kunskap rörande patienten som fås genom kommunikation och iakttagelser. (Lauri 1992)

Dessa kunskaper tillsammans med iakttagelser och utförande av det praktiska vårdarbetet, analysering av tidigare vårdsituationer och av vårdlitteratur bidrar till att bilda vårdarens individuella professionella referensram. Referensramen är som grund för alla steg i beslutsfattandeprocessen. Vid ett professionellt beslutsfattande kan man analysera patientens individuella behov utgående från referensramen. (Lauri 1992)

Intuition, det vill säga ”den tysta kunskapen” eller ”inre känslan” behövs i situationer där vårdaren genom att iakttä, känna och lyssna jämför situationen med tidigare erfarenhet för att känna igen förändringar i patientens situation och för att förutspå eventuella händelser. (Korhonen 2010)



*Figur 12. Olika aspekter som definierar yrkesskicklighet*

Att kunna integrera vetenskaplig kunskap i vårdhandlingarna i konkreta situationer tillsammans med vårdarens professionella referensram definierar yrkesskicklighet. (Teikari 2000; Sarajärvi & Rehn 2010) Vårdrekommendationer fungerar som bra stöd för beslutsfattaren men den yrkesskickliga vårdaren använder alltid även de egna kunskaperna och erfarenheterna i beslutsfattandet. En professionell vårdare kan jämföra olika vetenskapsbaserade vårdalternativ vid beslutsfattandet och förutspå eventuella resultat med hjälp av tidigare erfarenheter, för att sedan motivera vårdhandlingarna och besluten. Beslut som är motiverade och noggrant kritiskt avvägda är säkrare och mera kvalitativa. (Korhonen 2010)

Situationsmedvetenhet är en viktig kvalitet hos den yrkesskickliga vårdaren. Om vårdaren är svagt situationsmedveten i den ostabila vårdmiljön leder detta till stress. Stress påverkar beslutsfattandet negativt eftersom den är ett hot mot människans fysiska och psykiska välbefinnande. Praktisk träning i föränderliga situationer ökar vårdarens erfarenhet vilket ökar på situationsmedvetenheten, skapar självtillit och minskar på stress. (Bond & Cooper 2006)

Den yrkesskickliga vårdaren använder alla sina kunskaper och erfarenheter samtidigt i beslutsfattandet, uttrycker empati och vårdetik för att skapa trygghet i vården. Vårdvärden och vårdprinciper är som grund för professionell verksamhet och dessa skall synas i vårdarens handlingssätt och i beslutsfattandet. En yrkesskicklig vårdare har vårdvärdena och principerna integrerade i den professionella referensramen och arbetssättet. Diskussion i grupp lyfter fram olika etiska synvinklar och utvecklar det etiska kunnandet (Lauri 1992; Laine 2000)

Utan kommunikationsförmåga existerar ingen kvalitativ vårdrelation mellan vårdare och patient. Genom att kommunicera med patienten och dess anhöriga får man reda på vårdproblemet och patientens behov och begär (Longtin et al. 2010). Kommunikation är nyckeln till att ett delat beslutsfattande kan ske där patienten och vårdaren genom informationsutbyte tillsammans arbetar för att uppnå hälsa. (Eriksson 1988)

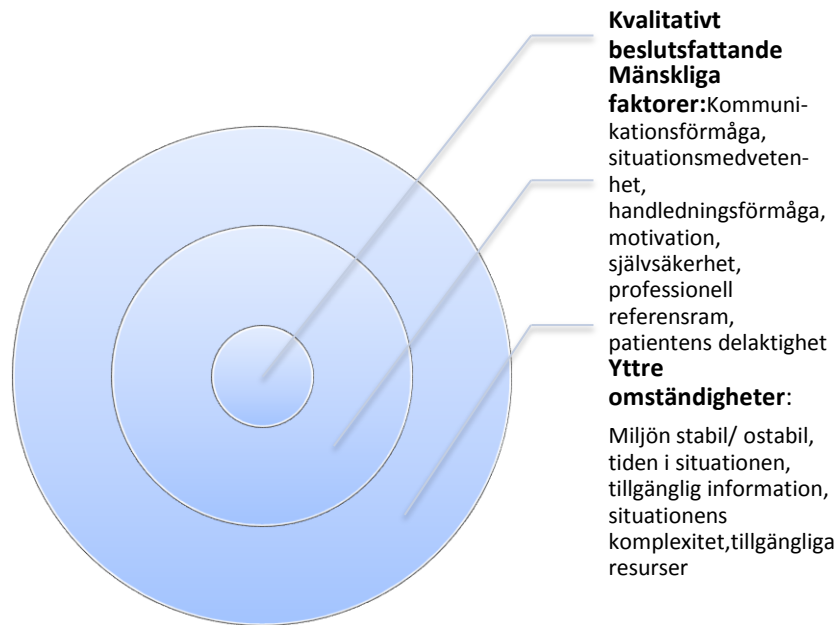
Longtin med flera (2010) anser att vårdare behöver motiveras och utbildas för att kunna uppmana och stöda patienter att delta i beslutsfattandet i vården. I nuläget är vårdare

okunniga i hur ett delat beslutsfattande fungerar, och inte motiverade nog att ändra på de traditionella rollerna där patienten är okunnig och passiv och vårdaren den medicinska experten med fullmakt i beslutsfattandet och vården. En yrkesskicklig vårdare är motiverad i sin roll som stödande och handledande expert. Handledningsförmågan är i tät förbindelse med kommunikationsförmågan.

En yrkesskicklig vårdare är säker i sig själv. Självsäkerheten förutsätter att vårdaren är både erfaren och har en välutvecklad professionell referensram. Erfarenhet ger självsäkerhet att fatta beslut självständigt, och minskar på stressen i vårdsituationen. Erfarenhet är dock inte expertis. En erfaren vårdare utan kompetens kan uttrycka självsäkerhet men är inte i stånd att reflektera, analysera och motivera sina beslut vilket visat sig vara nödvändigt för att fatta kvalitativa beslut. Erfarenhet utan tillräcklig kunskap resulterar i att vårdaren tror sig klara av riskfyllda situationer bättre än denna i verkligheten kan. Erfarenhet är bäst i kombination med en teoretisk referensram, vilket utformar den professionella referensramen. (Bond & Cooper 2006). Oerfarna vårdare är osäkra och stöder oftare sina beslut på regler och normer. Oerfarna vårdare måste oftare prova sig fram mellan olika alternativ innan de lyckas. Självsäkerheten utvecklas i takt med att erfarenheten och kunskaperna ökar. (Bond & Cooper 2006; Sarajärvi & Rehn 2010) Vårdaren uttrycker professionalitet genom att kunna motta kritik, och använda kritiken för att utveckla det egna beslutsfattandet.

### **6.3.3 Beslutsfattandet**

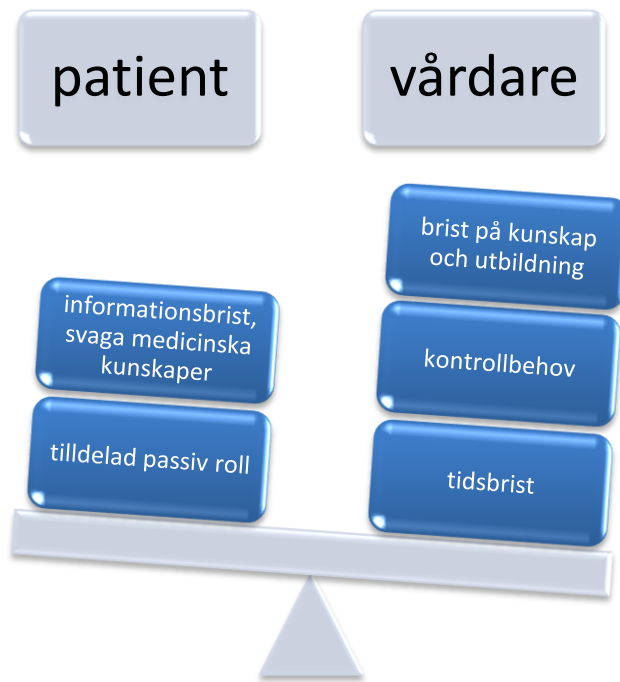
Det kvalitativa beslutsfattandet förutsätter yrkesskicklighet hos vårdaren som förklarar i föregående delkapitel. Svaga kunskaper i beslutsfattandet leder till slarv i patientsäkerheten. (Jensen et al. 2009) Vårdaren använder sig själv som redskap vid ett kvalitativt beslutsfattande. Även andra än mänskliga faktorer påverkar beslutsfattandet (se figur 12).



*Figur 13. Faktorer som påverkar det kvalitativa beslutsfattandet.*

Ett beslutsfattande delat jämnt mellan patient och vårdare förbättrar patientsäkerheten i vården genom att misstagen minskar, patienterna är nöjdare med vården och vården oftare lyckas. Kriterium för ett delat beslutsfattande är att både patient och vårdare deltar i beslutsfattandets alla skeden och accepterar beslutet tillsammans, och att information delas mellan vårdare och patient. (Poskiparta 2006; Godolphin 2009; Longtin et al. 2010) Kunskaperna i att utöva delat beslutsfattande är svåra att lära ut, och lärs inte ut i dagens läge, vilket leder till att delat beslutsfattande uteblir i vården.





*Figur 14. Orsaker till varför delat beslutsfattande uteblir*

Vårdaren skall stöda patienten att delta i beslutsfattandet. Genom samarbete mellan vårdare och patient strävar man mot högre grad av hälsa (Eriksson 1988). I dagens läge är patienten traditionellt passiv i sin roll. Patienten har inte tillräcklig medicinsk kunskap eller nödvändig information för att kunna delta i beslutsfattandet. Delat beslutsfattande förutsätter att patienten får information om vilka vårdhandlingar som visat sig fungera i liknande situationer. Vårdaren skall förklara informationens betydelse och innehåll för patienten, och genom handledning hjälpa patienten att identifiera valmöjligheter och fatta beslut. Utan valmöjligheter finns inget delat beslutsfattande. (Longtin et al. 2010; Godolphin 2009; Rönnberg 2005)

Att lära sig delat beslutsfattande kräver attityd, ansträngning, tid och utbildning, och vårdare behöver motiveras till detta. (Longtin et al.2010; Godolphin 2009) Vårdare anser att patienter är oförmögna att delta i beslutsfattandet och vill ogärna dela med sig av kontrollen i situationen, dels på grund av tidsbrist samt avsaknad av kunskap och motivation. Vårdarna bör dock känna igen situationer där patienten inte vill delta i beslutsfattandet och vården. Om vårdsituationen blir för stressfull och patienten känner att beslutsfattandet ökar ångesten är vårdarens uppgift att stöda patienten i den roll denna har krafter att handskas med. (Poskiparta 2006)

Alla professionella beslut är samtidigt etiska beslut. I beslutsfattandet är det viktigt att känna till vilka etiska val som tävlar sinsemellan. I det etiska beslutsfattandet balanserar man mellan bästa möjliga resultat och minsta möjliga skada. Det hör till yrkesskickligheten att utveckla det etiska kunnandet. (Laine 2000). Värden i vården är bland annat vårdarens egna, samhällets, religionens och branschens.

I situationer som kräver snabba beslut nöjer sig vårdaren med beslut och handlingsätt som är ”goda nog”. Först efter den hektiska situationen reflekterar vårdaren över beslutet, och då blir alternativa, möjligtvis effektivare handlingsätt synliga. Detta beslutsfattande baserar sig på intuitiva tankeprocesser och används i situationer som präglas av tidsbrist, brist på information eller då målen är svagt definierade. Trots att beslutsfattandet sker intuitivt, det vill säga genom ”den inre känslan” kombinerat med att lyssna, observera, känna och förlita sig på tidigare erfarenhet, behövs en omfattande kunskapsram och erfarenhet även i dessa situationer för att kunna känna igen situationen och hitta lösningar och fatta beslut som fungerar i situationen. Med fantasin genom mental simulering söker vårdaren från minnet tidigare förfaringsätt som denna evaluerar om kan passa i nuvarande situation. (Sarajärvi & Rehn 2010; Bond & Cooper 2006) Användning av det intuitiva beslutsfattandet resulterar i konfliktfyllda och dåligt genomtänkta beslut. Ju mera beslutet baserar sig på analytiska beslutsfattandeprocesser, desto mera stabilt och kvalitativt är beslutet. Intuition används dock även i kvalitativa beslutsfattandeprocesser som en del av yrkesskickligheten. (Lauri & Salanterä 2002)

Vårdare som baserar sina beslut på vetenskaplig kunskap reflekterar över och kan motivera sina beslut oftare än beslut baserade på erfarenhet. (Teikari 2000) Evidensbaserad vård baserar sig på bästa möjliga bevis och beprövad erfarenhet. Kvalitativa beslut skall stöda användningen av evidensbaserade vårdhandlingar för att garantera patienten effektivast möjliga vårdresultat och förbättrad patientsäkerhet. Principen om evidensbaserat beslutsfattande är accepterad men har inte utvecklats för användning i det kliniska arbetet. (Sarajärvi & Rehn 2010)

## 6.4 Koppling till den prehospitla akutvården

Den prehospitla akutvården i början av vårdkedjan utgör en viktig del av patientens säkerhet i vården. Förstavårdaren möter patienten som på grund av sjukdom eller olycksfall befinner sig i en helt ny situation, en slags kris. Ofta fattas det beslut i akutvården under omständigheter som inkluderar alla de faktorer som i studien påpekades försvåra och påverka beslutsfattandet. Dessa faktorer var bland annat stress, tidsbrist och begränsad tillgång till information. Arbetet inom den prehospitla akutvården är mycket varierande då det förekommer allt från akuta livshotande situationer till enkla patientförflyttningar, varför det av förstavårdaren kräver förmåga att fatta snabba beslut baserat på intuition men även utförliga beslut genom analytiska beslutsfattandemodeller. Som tidigare nämnt krävs det bland annat arbetserfarenhet och en professionell referensram för att man skall kunna fatta kvalitativa beslut oberoende beslutsfattandemetod. (Bond & Cooper 2006; Kuisma et al. 2008; Lauri & Salanterä 2002)

Förstavårdarens arbetsmiljö är ofta föränderlig och ostabil. Väl inne i en akut vårdssituation är det näst intill omöjligt att lära sig hur saker kunde göras effektivare. För att utveckla alternativa rutiner och modeller för användning i akuta situationer är det viktigt att förstavårdarna kan öva beslutsfattande i normala och lugna miljöer där det finns tid och rum för reflektion och analysering av det egna beslutsfattandet. (Ackermann et al. 2002; Ödegård 2007: 165, 211; Lauri & Salanterä 2002)

Relevant vård på ett korrekt sätt i rätt tid är en förutsättning för prehospital patientsäkerhet. För att uppnå detta krävs snabba kvalitativa beslut som gynnar patientens helhetsvård och hälsa. Vårdhandlingarna som utförs är följder av beslutsfattandet som i sin tur är helt beroende på förstavårdarens kunskaper och erfarenheter (se figur 10). Beslutsfattandet i den prehospitla akutvården avviker från den övriga vården i form av att förstavårdaren fattar beslut mera självständigt, vilket ökar kraven på kunskaper inom beslutsfattandet. (Kuisma et al. 2008: 16-17,19)

Speciellt förstavårdare som självständigt förväntas fatta beslut i akuta situationer redan i början av karriären har nytta av simuleringserfarenhet under utbildningen. Den osäkra första arbetstiden medför stress och låg självsäkerhet vilket bidrar till att öka risken för

vårdfel i patientarbetet. (Ackermann et al. 2007) Övning i patientsimulationscenter där-  
emot ökar förstavårdarens självsäkerhet när man genom att upprepa knepiga vårdsitua-  
tioner gör dessa bekanta för vårdaren och man lär sig färdiga modeller som man kan  
tillämpa olika vårdsituationer. Vårdarens kompetens samt det teoretiska och praktiska  
kunnandet kan mätas och kommenteras i simuleringscentret. Då förstavårdaren får en  
bild av sitt eget kunnande är förståelsen större för hur man kunde förbättra det egna be-  
slutsfattandet. Situationsmedvetenhet är en kvalitet som uppskattas i akutvården där det  
råder snabbt föränderliga omständigheter. Denna kvalitet kan i viss mån läras ut genom  
simulerade patientfall. (Bond & Cooper 2006)

Beslutsfattandet kräver förutom den professionella referensramen och erfarenhet en ak-  
tör, och med delade arbetsuppgifter under de styrda patientsimuleringarna är man  
tvungen att fungera. (Sarajärvi & Rehn 2010) Patientsimulationsprogrammet kunde  
även fungera bra som den miljö var man kan tillämpa vetenskaplig och evidensbaserad  
kunskap i konkreta situationer eftersom denna kunskap definierar yrkesskickligheten,  
vilket ökar patientsäkerheten i vården. (Teikari 2000; Sarajärvi & Rehn 2010; Korho-  
nen 2010)

Teikari (2000) och Korhonen (2010) anser att gruppdiskussioner förbättrar kunskaperna  
i beslutsfattandet genom att information sätts i rörelse. Vid gruppdiskussion efter pati-  
entsimuleringar funderar man tillsammans över vilka vårdhandlingar som fungerar och  
vilka alternativa handlingar man bör ta i beaktande. Olika experter inom vården har oli-  
ka kunskaper och synpunkter, och genom att inkludera olika representanter från olika  
vårdområden kunde man optimera inlärandet av beslutsfattandet. Genom diskussioner  
kommer erfarna vårdares ”tysta kunskap” till kännedom för andra vårdare. Laine (2000)  
poängterade etikens betydelse i vården. Eftersom alla har olika värden och principer  
vilket leder till att olika beslut fattas i vården skulle gruppdiskussioner eller etiksimula-  
tioner få fram olika synvinklar och vårdarens kunnande skulle utvecklas ytterligare.

## **7 KRITISK GRANSKNING**

Vid materialinsamlingen till denna studie blev det tydligt att det inte finns så mycket  
publicerat material av värde som behandlar kvalitativt beslutsfattande i vården. Tanken

var att till denna studie välja alla inom ämnet relevanta kvalitativa skrivelser, för att få ett trovärdigt resultat. Ett medvetet val gjordes då skrivelser gällande kvalitativa beslutsfattandemetoder inom andra områden uteslöts för att garantera att studien diskuteras inom ramen för omvårdnad. För att undvika en för omfattande studie avslutades materialinsamlandet då jag ansåg att mängden var lämplig för att kunna utföra en metaanalys, samtidigt som flera relevanta skrivelser inte hittades. Jag kan dock inte bortse från möjligheten att en utförligare sökning med andra sökningsord skulle resultera i en mängd andra relevanta artiklar som kunde medföra andra synpunkter till resultatet. Detta är jag dock skeptisk till eftersom de skrivelser som valts till studien, utan försök att välja innehållsmässigt liknande skrivelser, långt behandlar samma ämnen. Ingen av skrivelserna skiljde sig märkbart ur mängden med information som skulle avvika från det övriga materialet på ett dramatiskt vis. Allt material är relevant för studien.

Det som jag inte fått tag på materialmässigt i denna studie är skrivelser som jämför det intuitiva med det analytiska beslutsfattandet, eller som diskuterar beslutsfattandeprocessen över lag. En forskning behandlade det intuitiva beslutsfattandet, de resterade närmare komponenter som gynnar respektive försvårar beslutsfattandet. Man kan genom studien besvara forskningsfrågorna, men mycket tack vare den utförliga teoretiska referensramen. Referensramen och skrivelserna kompletterar och stöder varandra på ett godtagbart sätt.

Denna studie har varit en tidskrävande process eftersom materialet måste ” mogna ” för att användas och analyseras på ett rätt sätt. Studerandet av litteraturen och materialet samt skrivandet har inte krävt så mycket ansträngning, men tankeprocessen och materialanalysen har varit tidsdryga. På grund av tidsbrist fick studien den slutliga form den har. Resultatet av studien skulle inte ändra märkbart med mera tid i användning, dock kunde man fördjupat sig ytterligare i vissa frågor eller utökat på materialet. Denna studie är en process i ständig rörelse, men punkten måste sättas någonstans.

Den systematiska litteraturstudien med innehållsanalys har varit en lämplig metod i studien. Systematisk litteraturstudie innebär att man samlar och analyserar alla inom ämnet existerande artiklar och forskningar, vilket jag inte kan påstå att jag gjort då jag medvetet begränsat mängden skrivelser för att undvika ett för omfattande arbete. För övrigt har

jag tillämpat kriterierna för en systematisk litteraturstudie. Syftet, metoden, och resultatet följer den röda linjen i studien.

Forskningar och artiklar som huvudsaklig materialkälla i denna studie har medfört vissa problem. Eftersom studien skulle utföras inom en viss tid fick jag prioritera vissa delar i studien och skära ner på andra. I denna studie har jag inte granskat materialets ursprungskällor i samtliga skrivelser. Författarna har använt sig av många källor i sina studier eller forskningar, och jag kan bara hoppas att författarna har använt sina källor på ett etiskt korrekt sätt.

Hela studien har styrts av att jag använt mig av Lauris beslutsfattandemodell och Lauris och Salanterås beslutsfattandeteori utan att undersöka andra alternativ. Databassökningen visade dock att det troligen inte finns andra liknande modeller eller teorier inom vårdområdet, som tidigare nämnt.

## 8 DISKUSSION

I detta kapitel besvaras och diskuteras studiens resultat i ljuset av bakgrundslitteraturen och utifrån studiens syfte och frågeställningar. Studiens resultat bildas genom att sammanstå förståelsen av studiens teoretiska referensram med förståelsen av de sammanfattade skrivelserna. För att läsaren skall få en helhetsbild över studien diskuteras även beslutsfattandets betydelse i patientsäkerheten på en allmän plan.

Syftet med denna studie var att kartlägga det effektiva beslutsfattandet i vården samt faktorer och kvaliteter som påverkar beslutsfattandeprocessen. Forskningsfrågorna i studien var följande:

- *Hur fungerar processen vid ett gott beslutsfattande?*
- *Vilka kvaliteter behövs för beslutsfattandet?*
- *Kan studiens resultat användas för att förbättra patientsäkerheten prehospitalt?*

Det måste klargöras att jag med den mellersta forskningsfrågan menar vårdarens individuella kvaliteter som behövs för att kunna fatta beslut.

Säker vård för patienten kan garanteras genom ett effektivt beslutsfattande påföljande av kvalitativa evidensbaserade vårdhandlingar som överensstämmer med beslutet. Vårdarens professionella kunnande spelar en central roll i det kvalitativa beslutsfattandet och den säkra vården, och vårdaren har ett ansvar över sitt eget kunnande. Förbättring av kunskaperna i beslutsfattandet genom olika inlärningsmetoder förbättrar patientsäkerheten. Trots yrkeskunskapens betydelse påverkar även de yttre omständigheterna bundna till situationen beslutsfattandet avsevärt. Ett kvalitativt beslutsfattande uppstår i samspelet mellan vårdarens yrkesskicklighet och erfarenhet tillsammans med för beslutsfattandet gynnande omständigheter samt en välfungerande vårdrelation, vilket inkluderar en samarbetsvillig patient med förmåga och vilja att aktivt delta i vårdprocessen och beslutsfattandet.

I och med att vårdprocessen inleds påbörjas även beslutsfattandeprocessen genom en välfungerande vårdrelation med patienten i centrum och optimal hälsa som mål. Besluten fattas i samförstånd med patienten. De yttre omständigheterna som vårdaren föga kan påverka är tiden i förfogande att lösa problemet, informationens tillgänglighet och struktur och hur komplex situationen är.

Vårdare använder sig beroende på vårdsituationen av fyra olika beslutsfattandemodeller i vården; analytisk-systematiska, analytisk-intuitiva, intuitiv-analytiska och intuitiv-tolkande (se figur 5). Det existerar inte rent analytiska eller intuitiva beslutsfattandeprocesser, alla modeller innehåller en del av den andra modellen i större eller mindre grad. Ju mera beslutet föregås av analytiska tankeprocesser desto säkrare beslut fattas.

*Hur fungerar processen vid ett gott beslutsfattande?* Genom att använda en analytisk-systematisk beslutsfattandemodell (se figur 4) som systematiskt skrider genom olika faser blir beslutet genomtänkt och konfliktfritt och kan motiveras. De olika faserna är: probleminentifiering, informationsinsamling samt bearbetande av informationen, presentation och analys av olika problemlösningalternativ, beslutsfattande, målformulering samt genomförande och utvärdering av vårdhandlingarna. Beslutet som fattas efter noggranna tankeprocesser är kvalitativt, noggrannt avvägt och lämpar sig bäst i den unika vårdsituationen. Förutsättningen för användningen av denna modell är att det finns tillräcklig tid och strukturerad information i förfogande och att situationen inte är

för komplex samt att det finns tillräckliga resurser för att lösa problemet. Vårdaren använder hela sin yrkesskicklighet (se figur 12) i beslutsfattandet, och den professionella referensramen är som grund för alla steg i beslutsprocessen. Beslutet stöder evidensbaserad vård för att garantera patienten den bästa möjliga vården. Eftersom vårdprocessen är fortgående är även beslutsfattandeprocessen fortgående, man kan alltid sträva mot effektivare beslut och högre grad av hälsa. (Lauri 1992; Lauri & Salanterä 2002)

*Vilka kvaliteter behövs för beslutsfattandet?* Oberoende om man fattar beslut efter analytiska eller intuitiva modeller kräver ett gott beslutsfattande yrkesskicklighet av vårdaren. Breda teoretiska och praktiska kunskaper och färdigheter inom vårdområdet och det egna verksamhetsområdet behövs samt kunskap om praktisk etik och vårdvärden. I kombination med erfarenhet bildar detta vårdarens professionella referensram som fungerar som stöd vid beslutsfattandet och vid utförandet av vårdhandlingar. Kunskap utan erfarenhet bidrar till osäkerhet i beslutsfattandet, och snabba intuitiva beslut som långt baserar sig på erfarenhet kan inte fattas. Erfarenhet utan kunskap bidrar till falsk själv-säkerhet var vårdaren felaktigt tror sig klara av riskfyllda situationer på ett bättre sätt än denna i verkligheten kan. Beslut baserade endast på erfarenhet är inte analyserade eller noggrant avvägda och kan inte motiveras. (Eriksson 1998; Bond & Cooper 2006)

Förutom den professionella referensramen gynnas beslutsfattande av att vårdaren har följande kvaliteter: kommunikations- och handledningsförmåga som underlättar inledandet och upprätthållandet av vårdrelationen, självsäkerhet som ökar på stresshanteringsförmågan och förmågan att fatta självständiga beslut, situationsmedvetenhet genom vilket man har en realistisk situationsbild i komplicerade situationer, motivation vilket hjälper till att stöda patienterna till en aktivare roll i vårdprocessen samt till att utveckla verksamheten och det egna kunnandet. Beslutsfattandet utvecklas om vårdaren har förmågan att kritiskt evaluera, analysera och motivera sina beslut, och kvaliteten på vården förbättras om vetenskapliga metoder och evidensbaserad vård kan integreras i arbetssättet. (Bond & Cooper 2006)

*Kan studiens resultat användas för att förbättra patientsäkerheten prehospitalt?* Akutvårdens speciella särdrag presenteras i kapitel 6.4 ”Koppling till den prehospitala akutvården”. Studien har visat att vårdarens yrkesskicklighet, kliniska erfarenhet och profes-



sionella referensram styr beslutsfattandet i vården. Genom att förbättra förstavårdarnas kunskaper och färdigheter inom beslutsfattandet förbättrar man även den prehospitaled patientsäkerheten. Beslutsfattandekunskaperna befrämjas av utbildning. (Hokkanen et al. 2002). Effektivare utbildning genom kombinerade inlärningsmetoder (se figur 11) resulterar i ökad yrkesskicklighet (se figur 12). Praktisk träning i patientsimulationscenter ökar på självsäkerheten i vårdsituationerna, och självsäkerhet ökar på självständigt beslutsfattande som poängteras i akutvården. Vårdarens teoretiska kunskap blir till individuell färdighet genom det praktiska görandet då man evaluerar sitt beslutsfattande och analyserar vårdhandlingarna och resultatet. (Bond & Cooper 2006; Lauri & Salanterä 2002; Lauri 1992)

Vårdandets mål är att uppnå optimal hälsa genom kvalitativ och säker vård var beslutsfattandet spelar en viktig roll. Det är därför ofattbart att beslutsfattandet inte har en större del av utbildningen av förstavårdare eller vårdare.

I denna studie är alla relevanta synpunkter och allt relevant material från skrivelserna och litteraturen inkluderat i studien för att få ett så heltäckande och verklighetstroget resultat som möjligt. Studien behandlar ämnet beslutsfattande på ett mycket allmänt plan inom hela vårdområdet, och jag kan inte med säkerhet svara på om resultatet gäller alla vårdområden. Beslut fattas dock inom hela vårdområdet och besluten skall alltid sträva mot patientens hälsa som vårdmål, med samma vårdvärden inkluderade och genom en vårdprocess med patienten i processens centrum. På dessa grunder anser jag att studiens resultat kan användas för att tillämpas i samtliga vårdområden.

## **9 AVSLUTNING**

Genom denna studie har jag fått en djupare förståelse i beslutsfattandet och hur man kan förbättra beslutsfattandet och patientsäkerheten i vården. Genom förståelsen har jag nu en grund för att utveckla mina egna beslutsfattandekunskaper. Det kunde i fortsättningen vara intressant och av betydelse att studera i hur beslutsfattandet påverkar patienterna i vården. På basen av studiens resultat och genom identifieringen av de faktorer och kvaliteter som förbättrar beslutsfattandet och patientsäkerheten i vården kunde man genom fortsatta studier fokusera på att utveckla effektiva utbildningsmetoder rörande be-

slutsfattandet. Genom dessa skulle man prioritera och fokusera på att förbättra vårdarens yrkesskicklighet och alla de kvaliteter som enligt studiens resultat bildar den stabila grunden för ett kvalitativt beslutsfattande. Resultatet av denna studie står som grund för att förbättra det kliniska vårdarbetet.

## KÄLLOR

Ackermann, A; Dodge, A; Geraldine, K; Walker, Cheryl. 2007. Simulator Programs for New Nurses' Orientation: A Retention Strategy .Hämtad 23.3.2011. *Journal for Nurses in staff development* Vol. 23 Nr. 3 s.136-139

Bond, S; Cooper, S. 2006. Modelling emergency decisions: recognition- primed decision making. The literature in relation to an ophthalmic critical incident. Hämtad 23.3.2011. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 15 Nr. 8 s. 1023-1032

Eriksson, K. 1988, *Vårdprocessen*, fjärde upplagan, Stockholm: Norstedts Förlag AB, 133 s.

Forsberg, C; Wengström, Y. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm: Natur och Kultur, 216 s. Andra utgåvan, första tryckningen.

Godolphin, W. 2009. Shared Decision- Making. *Healthcare Quarterly* Nr. 12/ 2009 s. 186- 190. Hämtad 23.3.2011. Tillgänglig: [www.longwoods.com/content/20947](http://www.longwoods.com/content/20947)

Hokkanen, H; Eriksson, E; Hupli, M; Antila, M-L; Ruotsalainen, T. 2001. Opiskelun alkuvaiheessa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitotyön päätöksenteon oppiminen. *Hoitotiede* Vol.14 Nr.2 s. 51- 62.

Jensen, J; Croskerry, P; Travers, A. 2009. Paramedic clinical decision making during high acuity emergency calls: design and methodology of a Delphi study. Hämtad 23.3.2011. *BMC Emergency Medicine* 9:17. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754426/?tool=pubmed>

Korhonen, A. 2010. Asiantuntijuus tukee näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. *Sairaanhoitaja* Vol. 83 Nr. 10 s. 50- 53.

Kuisma, M; Holmström, P; Porthan, K. 2008. *Ensihoito*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.621 s.

Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992.§5 Patientens rätt till information.  
Hämtad 1.3.2011 Tillgänglig:<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laine, M. 2000. Eettinen päätöksenteko. *Fysioterapia* Nr.7/2000 s.14- 16.

Lauri, S. 1992. *Beslutsfattandet i vårdprocessen*, Helsingfors: Universitetstryckeriet, 133 s. Originalets titel: Päätöksenteko hoitotyön prosessissa.

Lauri, S; Salanterä, S.2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. *Hoitotiede* Vol.14 Nr.4 s.158-165.

Longtin, Y; Sax, H; Leape, L; Sheridan, S; Donaldson, L; Pittet, D. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. Hämtad 23.3.2011. *Mayo Foundation for Medical Education and Research 2010*. Vol. 85 Nr.1 s. 53-62.

Poskiparta, M. 2006. Jaettu päätöksenteko potilasohjauksessa. *Sairaanhoitaja* Vol. 79 Nr. 10 s.14- 17.

Rönnerberg, L. 2005. *Hälso- och sjukvårdsrätt*, Lund: Studentlitteratur, 328 s.

Sarajarvi, A; Rehn, K. 2010. Sairaanhoitajien kokemuksia näyttöön perustavasta päätöksenteosta. *Sairaanhoitaja* Vol.83 Nr.4 s.48- 50.

Teikari, M. 2000. Tutkimustieto, hoitosuositukset ja ammatillinen kokemus yhdistyvät päätöksenteossa. *Impakti* Nr.6/2000 s. 3-4.

Ödegård, S. 2007. *I rättvisans namn*, Stockholm: Liber AB, 343 s.

## BILAGOR

### **Bilaga 1. Träffarna i databassökningen som resulterade i studiens forskningar och artiklar**

Sökningen i *Ovid Medline* med sökordet ”decision making and patient safety” gav 58 träffar innanför ramen av sökkriterierna (fulltext, 2005- 2011) varav 2 artiklar eller forskningar valdes till studien.

Träff nummer 38: *Simulator Programs for New Nurses' Orientation: A Retention Strategy.*

Träff nummer 51: *Modelling emergency decisions: recognition- primed decision making. The literature in relation to an ophthalmic critical incident.*

Sökningen i *Medic* med sökordet ”laadukas päätöksenteko” gav 209 träffar varav 7 artiklar eller forskningar valdes till studien. Sökkriterie 2000- 2011.

Träff nummer 2: *Asiantuntijuus tukee näyttöön perustuvaa päätöksentekoa.*

Träff nummer 3: *Sairaanhoitajien kokemuksia näyttöön perustuvasta päätöksenteosta.*

Träff nummer 64: *Jaettu päätöksenteko potilasohjauksessa.*

Träff nummer 159: *Hoitotyön päätöksentekoteoria.*

Träff nummer 160: *Opiskelun alkuvaiheessa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitotyön päätöksenteon oppiminen.*

Träff nummer 197: *Eettinen päätöksenteko.*

Träff nummer 200: *Tutkimustieto, hoitosuosituksset ja ammatillinen kokemus yhdistyvät päätöksenteossa.*

I *Pub Med* gav ”decision making and patient safety” 251 resultat varav 3 forskningar eller artiklar användes i studien.

Träff nummer 31: *Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety.*

Träff nummer 38: *Paramedic clinical decision making during high acuity emergency calls: design and methodology of a Delphi study.*

Träff nummer 43: *Shared Decision- Making.*

