

KOMPENDIE – PU K6

Siri Holtmann och Gustav Magnusson

Om du finner detta kompendie hjälpsamt så swisha gärna det som du tycker att detta dokument är värt för dig.

Swishnummer: 0707471782

Skicka gärna en liten hälsning eller skriv kort och gott "K6 kompendium"

Hallihallå alla monsterdiggare och K6or. Preklin är över, men ännu hänger vi i med kompendier. Mycket är copy-paste från K3 med lite omskrivningar och tillägg kring behandling och diagnostik. Som alltid kan vi inte garantera att det är heltäckande eller korrekt, men för oss har det räckt.

Vi väljer att hålla det öppet för alla och heller inte krav på att pröjsa då vi hoppas att det jobbet vi la ned kan gynna andra också.

Har ni några tankar, frågor eller justeringar som ni tycks bör göras får ni hemskt gärna maila oss:

Siri.holtmann@gmail.com eller gusma171@student.liu.se

OBS! Ifall dessa kompendium når T6 en dag vill vi bara påpeka att ni går efter ett nytt curriculum och att vi därmed inte kan försäkra att innehållet stämmer överens med er kursplan.

LYCKA TILL!!!

// Siri och Gustav

Professionell utveckling

EMPOWERMENT - HELHETSPERSPEKTIV.....	4
SÅRBARHET/VULNERABILITY.....	4
FEM DIMENSIONER AV SÅRBARHET.....	4
HUR SKA MAN HANTERA SÅRBARHET?.....	4
HÅLLFASTHET/RESILIENCE.....	4
PSYKOBIOLOGISK TOLERANS.....	4
COPING.....	5
MÄNNISKANS RESURSER.....	5
ODLA RESURSER = EMPOWERMENT.....	5
GYLLENE MEDELVÄGEN.....	5
EMPOWERMENT.....	6
MEDVETENHET OM DET EGNA.....	6
TEAMS - SUNT.....	6
TEAMS - OSUNT.....	6
BETEENDE.....	7
VAD SKA VI GE PATIENTEN?.....	7
VALIDERING.....	8
FÄRDIGHETER SOM ÖKAR EMPOWERMENT.....	8
EGENVÅRD - TENTAFRÅGOR.....	8
FUNKTIONELL BETEENDEANALYS - SORKK.....	9
SORKK.....	9
VALT BETEENDES RIKTNING.....	10
VEM VILL JAG VARA I DEN HÄR SITUATIONEN?.....	10
ÄLTANDE.....	11
MOTIVATIONAL INTERVIEWING - MOTIVERANDE SAMTAL.....	11
PERSONENS EGNA MOTIVATION.....	11
DISKREPANS.....	12
MI DEFINITION.....	12
ATT SAMTALA.....	12
VARNING FÖR MEDIKALISERING.....	13
MI-ANDAN.....	13
SAMARBETE.....	13
MEDKÄNSLA.....	13
ACCEPTANS.....	13
FRAMKALLA.....	13
ATT HITTA ETT PROBLEMBETEENDE.....	14
SAMTALSFÄRDIGHETER - BÖRS.....	14
BEKRÄFTA KOMPETENS.....	14
TIPS PÅ BEKRÄFTANDE EGENSKAPER.....	15
ÖPPNA FRÅGOR.....	15
REFLEKTIONER.....	15
ENKLA REFLEKTIONER.....	16

KOMPLEXA REFLEKTIONER.....	16
DUBBELSIDIGA KOMPLEXA REFLEKTIONER.....	16
SAMMANFATTA.....	16
SAMTALSFÄLLA.....	17
MOTIVERANDE SAMTAL 2.....	17
BEHANDLARENS ABF.....	17
REFLEKTIONER EXEMPEL.....	17
DISSONANS.....	17
FÖRSTÄRKA FÖRÄNDRINGSPRAT.....	18
MOTIVATIONENS RIKTNING.....	19
DISKREPANS.....	19
MEDICINSK JURIDIK.....	19
ALLMÄN RÄTTSKUNSKAP.....	19
REGIONER.....	19
VIKTIGA LAGAR FÖR OSS ATT HÅLLA KOLL PÅ.....	20
SÄRSKILT VIKTIGA PUNKTER I LAGAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.....	21
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN.....	21
OFFENTLIGHETS- OCH SEKRETESSLAGEN.....	21
INRE SEKRETESS OCH DATAINTRÅNG.....	21
“FRIVILLIGA” SITUATIONER ATT LÄMNA UT UPPGIFTER.....	21
PATIENTDATALAGEN.....	21
PATIENTLAGEN.....	22
PATIENTSÄKERHETSLAGEN.....	22
NÄR ÄR VI SKYLDIGA ATT LÄMNA UT UPPGIFTER?.....	22
SOCIALTJÄNSTLAGEN.....	22
BARNNS SKYDD.....	22
LAG OM VÅRD AV MISSBRUKARE (LVM).....	22
LAG MED SÄRSKILDA BESTÄMMELSER OM VÅRD AV UNGA.....	23
DELEGERING.....	23
VAD HÄNDER NÄR DET GÅR “FEL”?.....	23
VÅRDSKADA.....	23
OLIKA HÄNDELSER.....	24
CASE 1.....	24
CASE 2.....	24
FRÅN INDIVIDSYN TILL SYSTEMSYN.....	25
SKYLDIGHETER ENLIGT PSL.....	25
VÅRDGIVAREN.....	25
MEDARBETAREN.....	25
GENTEMOT PATIENT OCH ANHÖRIGA.....	25
LEX MARIA.....	26
I EN ANMÄLAN.....	26
INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG (IVO).....	26
ENSKILT KLAGOMÅL.....	26
ÅTGÄRDER MOT LEGITIMERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRSPERSONAL.....	26
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVARSNÄMND (HSAN).....	26

ÖVRIGT ANSVAR.....	27
KAN JAG HAMNA I DOMSTOL... ELLER TILL OCH MED FÄNGELSE?.....	27
PATIENTNÄMNDEN.....	27
EXEMPEL.....	27
FÖRSÄKRING OCH ERSÄTTNING.....	28
LANDSTINGENS ÖMSESIDIGA FÖRSÄKRINGSBOLAG (LÖF).....	28
SVENSKA LÄKEMEDELSFÖRSÄKRINGEN AB.....	28
HUR SKILJS VÅRDSKADA FRÅN KOMPLIKATION?.....	28
PATIENTFALL UTIFRÅN ETT ETISKT, JURIDISKT OCH PRAKTISKT PERSPEKTIV.....	28
AMINA, 72 ÅR.....	28
BERTIL, 81 ÅR.....	29
BRITT-MARIE, 66 ÅR.....	30
JÄMLIK VÅRD.....	31
VAD ÄR JÄMLIK VÅRD.....	31
TVÅ DIMENSIONER AV JÄMLIK VÅRD.....	31
MOTIVERADE SKILLNADER.....	32
OMOTIVERAD SKILLNAD.....	32
GEOGRAFISKA SKILLNADER I VÅRD OCH VÅRDINSATSER.....	32
OJÄMLIK HÄLSA OCH OJÄMLIK VÅRD.....	32
OJÄMLIK HÄLSA.....	33
SOCIALA GRADIENTEN.....	33
HINDER FÖR JÄMLIK VÅRD.....	33
TENTAFRÅGOR SOM BERÖR DETTA.....	34
BRITT-MARIE, 63 ÅR.....	34
STRUKTURELLA ORSAKER TILL OJÄMLIK VÅRD.....	34
SYSTEMNIVÅ.....	35
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS FINANSIERING.....	35
VAD ÄR DET SOM PÅVERKAR HUR VI BYGGER SYSTEMET?.....	36
GRUPPNIVÅ.....	37
INDIVIDER OCH DERAS FÖRUTSÄTTNINGAR.....	37
HÄLSOLITTERACITET.....	37
ETISKA PLATTFORMEN.....	38
YRKESETISKA KODER.....	38
HUR VET VI OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN ÄR JÄMLIK?.....	38
DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS.....	39
INVÅNARNAS FÖRTROENDE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN.....	39
OJÄMLIK VÅRD.....	39
EHÄLSA OCH EMPOWERMENT.....	39
DEFINITIONER.....	39
MER OM PATIENTCENTRERING.....	40
MER OM INTERNETINFORMERAD PATIENT.....	40
INFORMATION OVERLOAD.....	41
PREVENTION OCH BEHANDLING MED MOBILEN.....	41
APPAR.....	41
EGENMÄTNINGAR.....	41

VAD KAN VI SOM LÄKARE GÖRA?.....	42
GÖRA GOTT/INTE SKADA.....	42
FYRA PRINCIPER.....	42
GODHETSPRINCIPEN.....	42
ICKE-SKADAPRINCIPEN.....	42
DEN STÄNDIGA AVVÄGNINGEN.....	42
VÅRD EFTER BEHOV.....	43

EMPOWERMENT - HELHETSPERSPEKTIV

Empowerment handlar om att stärka patientens egen förmåga att hantera sin situation, att påverka och styra sin egen vardag och stärka sina egna resurser.

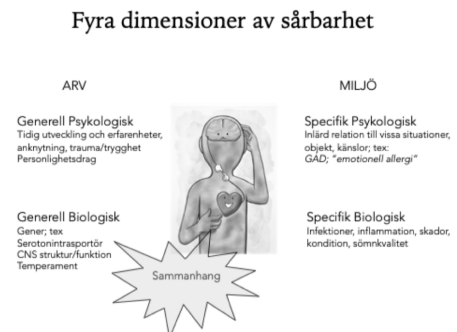
När man tittar på helhetssynen av empowerment ställer man sig tre centrala frågor:

1. Varför blir vissa sjuka av stress och svårigheter i livet? **VULNERABILITY**
2. Varför förblir vissa friska trots stress och svårigheter i livet? **RESILIENCE**
3. Hur kan vi och våra patienter tackla svårigheter och hålla oss friska? **COPING**

SÅRBARHET/VULNERABILITY

FEM DIMENSIONER AV SÅRBARHET

1. **Generell psykologisk (arv)** - bygger på tidigare erfarenheter, anknytning, trauma/trygghet och personlighetsdrag
2. **Generell biologisk (arv)** - bygger på gener, såsom serotonintransportören och CNS struktur/funktion
3. **Specifik psykologisk (miljö)** - bygger på inlärd relation till vissa situationer, objekt och känslor. Ett exempel på detta är GAD
4. **Specifik biologisk (miljö)** - bygger på infektioner, inflammation, skador, kondition och sömnkvalitet
5. **Sammanhang**



HUR SKA MAN HANTERA SÅRBARHET?

Om möjligt; förebygg och undvik stress och svårigheter, men om skadan skett → reparera, och detta genom:

- **Samtalsbehandling:** Psykoanalys, KBT, IPT
- **Avslappning**
- **Läkemedel:** Antipsykotika, SSRI

HÅLLFASTHET/RESILIENCE

PSYKOBIOLOGISK TOLERANS

Ett flertal psykiska funktioner har likheter med immunförsvaret genom att det är **omoget vid födseln**, och formas av interaktion med omvärlden. Det lär sig att skilja mellan **farligt och ofarligt**, och utvecklar med tiden en tolerans mot det som är ofarligt. Sker denna mognad på ett ogynnsamt sätt, såsom vid "över- eller

underfunktion av psyket” (tänk mani eller depression) kan ohälsa utvecklas. En fråga många forskare därför ställer sig är om ångest och nedstämdhet skulle kunna liknas med en allergi, då vi istället för att bygga tolerans mot svårigheter i vardagen utvecklar en sensitisering som orsakar en patologisk reaktion?

COPING

Färdigheter + perspektiv genererar copingmetoder, och i likhet med sårbarhet (se ovan) finns sannolikt en stor biologisk/genetisk komponent där vissa individer har bättre genetiska förutsättningar för att hantera livskriser på ett bättre sätt.

MÄNNISKANS RESURSER

Coping är en exekutiv förmåga, där beteendet hos individen antingen kan grunda sig i **flexibilitet** och **hållfasthet (resilience)** eller **rigiditet** och **skörhet**.

Medvetande & Uppmärksamhet : Informationsflöde
Öppenhet vs. Undvikande. Klarhet vs. Illusioner. Fokuserad vs. Fläckande

Känsloliv: Snabbvärdering av information; kompass eller storm?
Flexibelt (vigt) vs. Stelt (rigid) Vitalitet vs. Stumhet Välreglerat vs. Stormigt

Kognitiv bearbetning: Analys av information; kalibrerad eller förvrängd?
Korrekt vs. Felslut Tankar = mentala processer vs. Sann spegling av verkligheten

Beteendepertoar: Exekutiv förmåga och agerande (discernment)
Flexibilitet vs. Rigiditet (eller kaos) Medvetet (värdestyrt) vs. Autopilot

Utsikt & Insikt: Världsbild och självbild (mindset, outlook)
Optimistisk vs. Pessimistisk.
Realistisk vs. Önsketänkande.
Utvecklingsperspektiv vs. Determinism (Carol Dweck)
Autonomi & äkthet vs. Livslögn (Alfred Adler)
Mening & hopp vs. Nihilism & uppgivenhet? (Viktor Frankl)

ODLA RESURSER = EMPOWERMENT

Då har vi tillsist kommit till empowerment, dvs att bygga och bibehålla sin “resilience”. Detta kan göras genom att;

1. **Utmana sig själv**
 - a. Som vi nämnde tidigare kommer en exponering leda till en toleransutveckling och styrka
 - i. Frivilligt obehag såsom sport eller resor
 - ii. Studera och vidga sin horisont
 - iii. Självkännedom - meditation, reflektion, dagboksföring.
2. **Ta väl hand om sig själv**
 - a. Fylla på batterierna
 - i. Sätta gränser - säga ja och nej till rätt saker
 - ii. Vårda relationer - ökar känslan av tillhörighet och stöd
 - iii. Levnadsvanor - sömn, kost, träning
 - iv. Vila - ledighet, återhämtning

GYLLENE MEDELVÄGEN

No mud - no lotus

Välbefinnande



På bilden till höger ses det "upponervända U:t", som är en modell av stressens psykobiologi. Sannolikt behöver människor ett visst mått av kumulativa svårigheter i livet, i kombination med basal trygghet, för att uppnå hälsa. Detta predicerar lägre nivåer av stress och högre nivåer av livstillfredsställelse

Stress i samband med tentor kan vara bra, då det ökar våra resurser att prestera (ex. fokus). Vid för stora svårigheter med icke konstruktiva metoder att hantera dem, vid kraftigt ökad stress, sker det en ökning av volym av amygdala samt en nedreglering av prefrontala cortex → ökar risken för black out.

EMPOWERMENT

- Åsa Kadowaki, skriver många tentafrågor och återkommer upp i terminerna också

För att möta en patient, behöver man som läkare klara av att möta sig själv och för att göra det är det helt avgörande att bemästra **medvetenhet, acceptans, hur man riktar sitt engagemang** samt **besitta kunskap/färdigheter**.

Utifrån den etiska koden handlar läkekonst om:

- Tröst; inte att tycka synd om, utan att delta
- Lindra; inte kompensera eller konsumera vård, utan att normalisera och avdramatisera
- Bota; inte genom medikalisering utan att behandla sjukdom och empowerment
- Aldrig skada: inte orsaka skada, utan ha ett salutogenetiskt perspektiv (dvs hälsans ursprung)

MEDVETENHET OM DET EGNA

I olika situationer väcks olika Tankar, Emotioner, Associationer, Minnen och Sensationer (förkortat TEAMS) som motsvara O:et i SORKK → *återkommer nedan*. Vi kan inte bestämma över vad vi känner i vissa situationer, men det vi kan bestämma över (och träna på) är hur TEAMS påverkar oss framöver → skaffa dig kontrollen och styr själv skutan åt det gynnsamma hållet. Att må bra handlar mycket om att känna till dina egna känslor, och veta att de i sig inte är negativa.

TEAMS - SUNT

Följande TEAMS kan väckas inom oss i en situation som är intressant:

T: Nu ska vi se vad som egentligen är problemet - spännande

E: Intresse, nyfikenhet, glädje

A: Tänk när jag hittade det där aortaaneurysmet

M: Bilder av tidigare positiva erfarenheter

S: Sensationer

OBS! TEAMS är ett uttryck för autonom aktivitet, där sympaticus alltid aktiveras vid prestation. Oavsett om den är positiv eller negativ (Tänk NSPR K5, visst sympatikuspåslag med dopamin och noradrenalin skärper en och gör en mer skarp, tills det trillar över och blir pannkaka och kortslutning)

TEAMS - OSUNT

Följande TEAMS kan väckas inom oss i en situation som är obehaglig:

T: Ska det verkligen vara så här? Jag orkar inte mer

E: Ilska, rädsla, nedstämdhet

A: Jag skulle blivit ingenjör som min kompis, vem är jag att säga nej och bedöma patienten

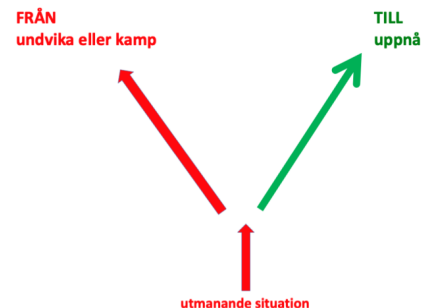
M: Tidigare situationer där man hade samma känsla

S: Hotpåslag - impuls fight/flight via sympaticus

BETEENDE

Utifrån situationen, exempelvis den som är intressant eller obehaglig (beskrivna ovan), medföljer alltid ett beteende från vårt håll, och den allmänna idén kring VARFÖR vi agerar som vi gör baseras hos många på det som skedde innan beteendet. Detta är INTE sant, då det vi gör i självaste verket är beroende av det som kommer efter beteendet. Vi kommer agera på så vis att vi EFTER vårt beteende kommer uppleva **lättnad** eller **belöning**, vilket i sin tur kommer att förstärka våra framtida beteenden (hjärnan vill använda samma beteende igen).

- **Lättnad** - detta känner vi i de lägen där vårt beteende exempelvis minskar ett krav eller obehag → leder till en negativ förstärkning. Beteendet ger lättnad i stunden, men ökar personens sårbarhet över tid.
- **Belöning** - detta känner vi i de lägen där vårt beteende exempelvis uppnår något, såsom uppmärksamhet, pengar, beröm eller något gott → leder till en positiv förstärkning



Utan medvetenhet bygger vi med tiden upp en **sårbarhet** med ett lätttriggat inre med starka känslor och oförmåga att hantera ovisshet, som ofta leder till användande av passiv coping (undvikanden/kamp) → lättnad istället för belöning, vilket lättare bildar grundantaganden att en är ett offer och passagerare i sitt liv. Detta orsakar en snabbt en rigiditet och inflexibilitet, där ens egna beteenden börjar förklaras utifrån vad andra har gjort istället för att själv ta ansvar för sina handlingar.

OBS! Genom medvetenhet kan vi **stabilisera vårt TEAMS** för att lättare styra våra beteenden - bli en aktör och chaufför i sitt eget liv.

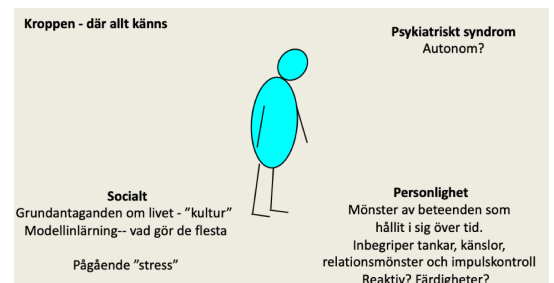
VAD SKA VI GE PATIENTEN?

Anamnes: Ung kvinna söker för att få en sjukskrivning. Hon har gjort illa sig på jobbet och är mycket ledsen. Hon har hjärtklappningar och en klump i magen. Arbetsgivaren har inte hört av sig och hon har nu varit borta från jobbet i en vecka.

BEDÖMNING - Finns sjukdom?

- Om ja → erbjud åtgärd och uppföljning
- Om nej → använd normalisering. "Det är svårt att må på något annat sätt i din situation. Det vore konstigt att inte reagera."

Bedömningen av symtom som du som läkare ska göra är grunden för att kunna ta ställning till åtgärderna. Här krävs det att man har en helhetssyn och utgår från den bio-psyko-sociala modellen.



KUNSKAP OM NORMALA RESPONSER - Lär ut om det osympatiska **sympatikuspåslaget**. Normalt att reagera med ledsamhet när man skadat sig, är ny på jobbet och inte kan arbeta som vanligt.

- Frånvarokänsla, minskad koncentration, yrsel, illamående, synpåverkan, torr i munnen, hjärtklappning osv osv osv.

EMPOWERMENT - Uppmuntra patienten till dess egen kompetens att klara sig ur detta

AKTIVA COPINGSTRATEGIER - Normalisera obehag, att det får vara jobbigt.

TRÖST - håll tyst, håll om, håll i varm dryck, håll ut.

Läkare har ett ansvar att göra medicinska bedömning och sortera mellan vad som är friskt och sjukt för att sedan se till att inte medikalisera livet, då det minskar människors egenmakt. För att göra detta måste man som läkare behärska samtalets olika komponenter som återkommer under **motiverande samtal**.

OBS! Det är viktigt för oss i vårt framtida yrke att kunna skilja på rädsla och sjukdom, där rädsla för sjukdom och död kan få personer att tappa funktion och uppmärksamheten från livet. Rädsla triggar fight/flight-beteende, men detta är INTE likställt med att vara sjuk.

VALIDERING

Bli bäst på att vara du och använd det i samspelet med andra.

Validering innebär att man bekräftar och visar att man accepterar en persons upplevelser, tankar och känslor.
TIPS:

- **Lyssna och visa närvaro** med ögonen och kroppsspråk
- **Säg det utsagda** → sätt ord på känslor, tankar och beteenden → **OBS!** Återge som reflektioner och inte sanningar → "Jag tolkar det som att du blir väldigt ledsen över detta"
- **Ta in tidigare erfarenhet** → "inte så konstigt att du reagerar på detta viset med tanke på blablabla"
- Validera utifrån här och nu: **vad är förståeligt utifrån aktuell situation.**
- Var radikalt **genuin** → var som du är, var rak och var ärlig men även vänlig
- Utmana - motsatsen till curling - sätt realistiska krav trots personens lidande → Jag tror mer på dig än vad du gör just nu, och jag är övertygad om att du klarar att gå till matbutiken trots att det är jobbigt.

OBS! Detta är en **samtalsstil** som stärker individens självstyre. Dyker ofta upp på tentor så vaska inte detta lilla avsnitt.

FÄRDIGHETER SOM ÖKAR EMPOWERMENT

1. Lägg märke till vad som gått igång
2. Sätt ord på känslor, notera tankar, aktivering i kroppen
3. Dra ned på tempot - andas långsamt igenom, förändra fotsulor, öppna handflatan
4. Acceptans - Tillåt det som gått igång - släpp kampen och undvikandet av känslorna
5. Fokusera/uppmärksamma det du kan påverka
6. GÖR det som ska göras - Hitta fokus och styr din uppmärksamhet till det (exakt samma tankesätt som vid motiverande samtal.

Detta är en självreglering som aktiverar parasympaticus som kan förhindra ett oönskvärt beteende och öka risken för framtida sårbarhet.

EGENVÅRD - TENTAFRÅGOR

Vilka **vinst**er och **risk**er ser du med egenvård vid långvariga sjukdomstillstånd, särskilt avseende digitala verktyg? Hur hör egenvård och personcentrerad vård ihop?

Egenvård kan ses som empowerment genom att patienter kan leva sina liv mer självständigt och minska beroendet av hälso- och sjukvården. Samtidigt finns det risker med detta då man inte vill överlämna hälso- och sjukvårdsåtgärder till en patient utan sjukvårdsutbildning. Därmed behöver man som sjukvårdspersonal försäkra sig om att patienten har de resurser som krävs. Det har tidigare framförts att för mycket ansvar ibland läggs på patienten i egenvårdens namn. Idag finns en snabbt ökande mängd biosensorer och egenvårdsappar mm på marknaden som kan **stödja egenvård** men ännu finns flera **brister avseende kvalitetssäkring** och evidens kring tillförlitlighet.

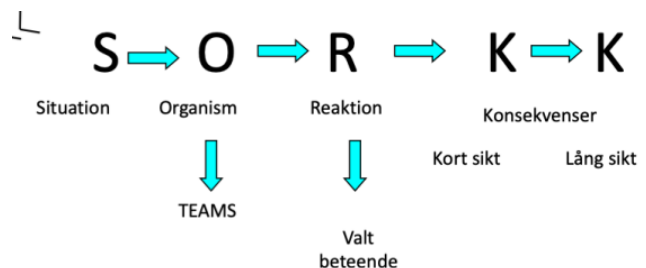
I Sverige arbetar man med personcentrerad vård (PCV) där patient samt vårdpersonal och eventuell närstående tillsammans på ett organiserat sätt inventerar vilka resurser som finns för egenvård och vilken hjälp vård och omsorg skall bistå med. Detta ger patienten mer kontroll och inflytande över sin egna hälsa och en bibehållen autonomi.

Vad är då läkarens ansvar när det kommer till egenvård? Det är läkarens ansvar att göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, enligt Socialstyrelsens Egenvårds Föreskrift (SOSFS 2009:6). Bedömningen görs i samråd med patienten och läkaren måste försäkra sig om att patienten inte riskerar skadas pga egenvården. Bedömningen måste också dokumenteras i patientjournalen.

FUNKTIONELL BETEENDEANALYS - SORKK

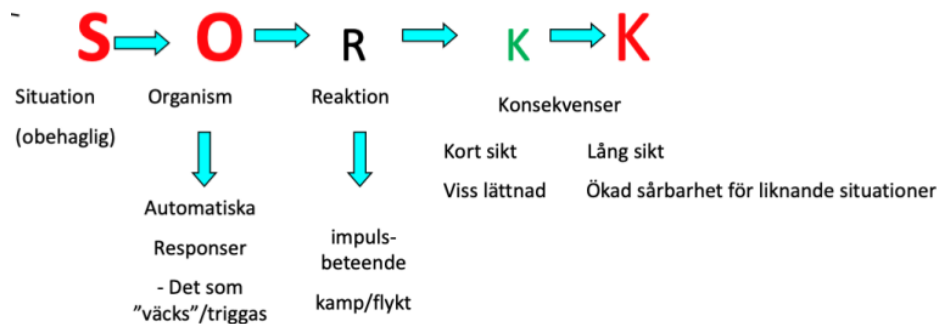
Genom livet kommer en vara med om en mängd olika situationer som en hälsr hade velat slippa. Situationerna får en att känna och tänka saker som en inte hade räknat med för "det borde inte ha skett"... men nu har det skett. Vad känner och tänker du? Vem vill du vara i den här situationen?

Det som väcks i dig är det som vi gick igenom ovan under TEAMS. För att kunna bemästra medveten närvaro måste vi bredda det ytterligare och göra en **situationsanalys**, även förkortat **SORKK** där vi besvarar frågan; **vad är det jag gör, när jag gör det jag gör?** (för Gustavs förståelse innebär detta att ta ett steg ut från sig själv och betrakta vad en faktiskt gör i vissa lägen).



SORKK

- **S** - Situation eller stimuli som triggerar en inre respons
- **O** - Inre respons: **TEAMS/TEAMS**
- **R** - Vad gör jag? Flykt/undvikande, kamp eller kontakt med nuet
- **K (kort)** - Vad händer efter beteendet; Lättnad, belöning, bestraffning? Detta är förstärkare av beteendet som vi nämnde ovan
- **K (lång)** - Agerar jag som jag kan stå för över tid? När jag mitt mål med det jag gör? Eller har jag skapat en ökad känslighet för det jag vill undvika?

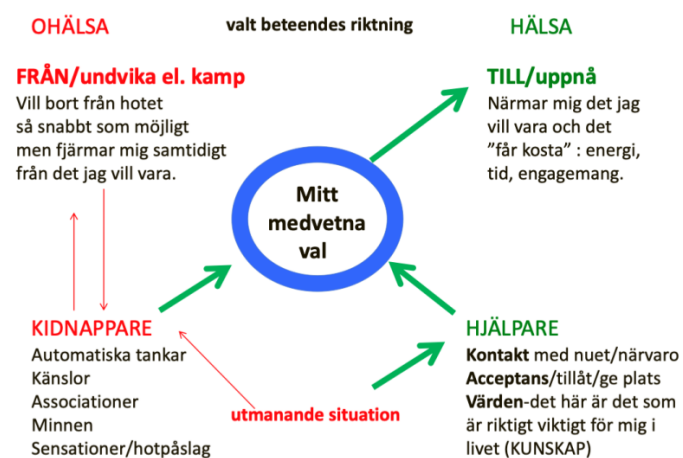


Att bli **trygg och medveten** handlar om att bli bra på att veta vad jag känner, att kunna se tankar som tankar, vara aktiverad och rikta min energi och fokus till det jag vill uppnå (engagemang).

VALT BETEENDES RIKTNING

Det vi kan påverka är hur vi riktar vårt beteende. Känslorna kommer alltid att finnas där, och då gäller det att ha kontakt med dem och acceptera dem. Därefter gäller det att hitta sitt fokus, sina värderingar och engagera sig i att göra det jag vill kunna göra.

Det viktiga här är alltså att ta kommandot över konsekvenserna på lång sikt, så man inte blir situationsstyrd och agerar på kidnapparen. Att fly/skratta eller stå på sig i en tuff situation kommer momentant ge en lättnad respektive belöning, men kommer att öka sårbarheten för framtida liknande situationer. I detta fallet måste man vara medveten nog att välja det **momentant mer jobbiga situationen med ökat obehag**, för att **framgent få belöning**.



VEM VILL JAG VARA I DEN HÄR SITUATIONEN?

Exempeluppgift, organisera enligt SORKK:

Min handledare öppnade dörren för mig och sa att jag gärna kunde gå före så att han kunde titta på min rumpa. Jag kom mig inte för att göra något annat än att gå igenom dörren medan min rumpa blev beskådad. Så himla förnedrande! Fram till denna kommentar hade jag känt mig som en del av arbetslaget, men på en gång kändes allt botten! Jag var arg och besviken i flera veckor efter händelsen. Vad är det för människor som jag kommer få som kollegor?

SITUATION: Handledaren ber studenten att gå först igenom en dörr så han kan titta på hennes rumpa

ORGANISM: Tanke: Jäkla gubbe, vilken sexism. Emotion: Ilska, skam, Sensation: Sympaticus (Tänk TEAMS)

RESPONS:

1. **Flykt:** Gå igenom dörren och känna sig obekväm
2. **Kamp:** Säger argt "är du medveten om att jag kan anmäla dig för sexuella trakasserier?"
3. **Kontakt:** Säger lugnt "Jag känner mig obekväm med att du säger så och vill inte gå först"

KONSEKVENSKORT SIKT:

1. Lättnad. Situationen går över snabbare och utan uppmärksamhet
2. Lättnad. Får ur sig sin frustration.

3. Obehag. Risk att uppfattas som torr och tråkig.

KONSEKVENSN LÅNG SIKT

1. Känner sig utsatt och sårbar. Undviker liknande situationer
2. Sensitisering och generalisering. Äldre manliga läkare beter sig illa
3. Stod upp för sig själv utan att svara på samma låga nivå. Ökad självtillit.

ÄLTANDE

Keep in mind att ältande är ett beteende. Här handlar det inte om en analys som leder till progression utan snarare en kamp då hjärnan *tror* att man hittar en lösning genom att gå igenom det som har hänt om och om igen. På detta sätt får man på kort sikt en lättnad över att man tror man hittat en lösning på hur man ska bete sig, men snarare har det skett en sensitisering för liknande situationer eller personer involverade. Ska man gå igenom en situation i efterhand ska det ske genom mallen av medveten närvaro, för att sedan GÖRA det som krävs för att komma framåt, eller släppa situationen för att undvika risken att underhålla obehaget som leder till en långsiktig sensitisering.

MOTIVATIONAL INTERVIEWING - MOTIVERANDE SAMTAL

Alla beteenden som människan har har en underliggande intention såsom att spara energi, göra som alla andra eller fylla livet med det jag vill ha. En beteendeförändring måste därmed vara så pass viktig att man är redo att investera i det med vetskapen om att de underliggande intentionerna, som i övriga fall ger en lättnad (och därmed negativ förstärkning), nu ett tag framöver kommer att utebli med förhoppningen om att en framtida större belöning kommer att ges.



För att bibehålla någon slags positivitet och nyfikenhet bland allt "gnäll" kan man försöka se det som:

Bakom alla klagomål, finns ett önskemål: vad är det patienten längtar efter för förändring och hur ska du bidra i den riktningen?

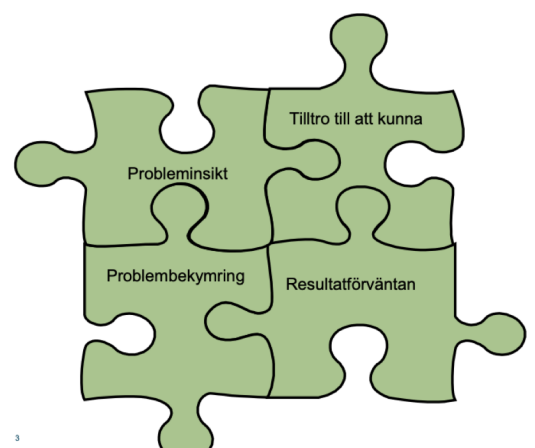
MI ÄR ETT SAMTALSVERKTYG SOM KAN ANVÄNDAS FÖR ATT ÖKA EN PATIENTS EMPOWERMENT/SJÄLVSTYRANDE

Tentafråga

PERSONENS EGNA MOTIVATION

För att lyckas med en långsiktig hållbar motivation måste patienten ha följande pusselbitar, där alla behövs för att förändring ska kunna ske. Det är alltså dessa pusselbitar som är de bakomliggande faktorerna till att MI fungerar:

- **Probleminsikt:** Patienten själv måste inse att det är den själv som har ett problem, och att det inte går att beskylla omgivningen - offerkoftan måste alltså slitas av.
- **Problembekymring:** Patienten måste även inse att det som sker nu, med detta beteende, inte kommer ta denne närmare sitt mål. Det måste alltså vara jobbigt nog för att provocera fram en förändring. Läs mer under *diskrepans*.



- **Tilltro till att kunna:** Hjärnan är inte alltid så snäll mot en själv, vilket Åsa så vackert uttryckte det som "hjärnan fiser mer än tarmen". Hjärnan är nämligen programmerad till att spara så mycket energi som möjligt och vill därför inte investera i beteendeförändringar. Det krävs alltså copingmetoder, varvid man har en tilltro till sin egen kapacitet att förändras.
 - **EMPOWERMENT:** som läkare ska du stötta personens EGNA vilja - förmåga - skäl och behov till förändring
- **Resultatförväntan:** Måste finnas en tilltro till att en belöning kommer att komma, som gör det värt att inte få den snabba lättnaden nu i form av att fortsätta sitt beteende.

DISKREPANS

Diskrepans är en av de viktigaste delarna av MI och ett annat ord för den **smärtan som orsakas av skillnaden mellan hur jag vill ha det och hur jag faktiskt har det**. Om det inte gör tillräckligt ont, så kommer en inte genomföra förändringen. Det innebär att nackdelarna med det beteendet jag har nu och vad jag skulle kunna vinna med förändring, måste överväga fördelarna med att fortsätta som hittills och ansträngningen med förändring.

MI DEFINITION

MI, eller motiverande samtal är en samarbetsgrundad, målinriktad samtalsstil med särskilt fokus på personens **egna yttranden om förändring**. MI syftar till att stärka motivation till och åtagande för att genomföra en särskild förändring. Via samtalet utforskas personens **egna skäl, anledningar till och VARFÖR förändring** i en atmosfär av acceptans och medkänsla. MI utgår alltid från **individens autonomi och självbestämmande**.

- Det är alltså inte du som läkare som skall tala om att patienten gör fel, hur lidandet beror på hur den lever samt vilka åtagande som krävs.

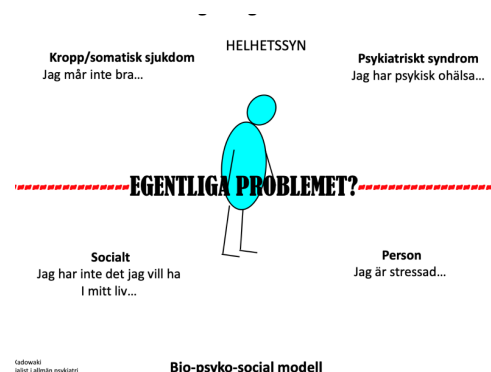
För att koppla tillbaka till empowerment föreläsningen kan man se att problembeteenden nedreglerar obehaget i SORKK, vilket vi nu vill provocera fram och få patienten själv att inse att antingen får man acceptera det jobbiga och släppa gnället ELLER vara beredd att investera och göra något åt det.

OBS! I bilden nedan ses **den biopsykosociala modellen**, som är ett filosofiskt perspektiv där teorin beskriver att en individs hälsa eller ohälsa kan bero på biologiska, psykologiska och sociala aspekter som samspelar tillsammans. Teorin är ett alternativ till den **biomedicinska modellen** som enbart lägger fokus på sjukdomars biologiska härkomst, men som saknar utrymme för den psykologiska och sociala inverkan på hälsan → rätt problem måste behandlas på rätt sätt (läs med under *Varning för medikalisering* nedan)

ATT SAMTALA

- **FOKUS:** Beteenden som kan ändras - men först VARFÖR ska de förändras
- **RIKTNING:** vad, konkret, kan bidra till förbättrad hälsa. Specificera
 - Ex. Byt ut "börja träna lite mer" till "15 minuters motion varje dag"

OBS! Åsa beskrev detta som "motsvarigheten till kirurgens kniv", då du som har kompetens om medvetenhet kring detta kan uppnå stor effekt hos patienten.

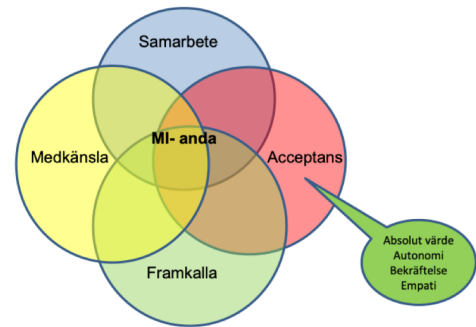


VARNING FÖR MEDIKALISERING

Sjukdom ska behandlas med sjukvårdsinsatser, men ohälsa ska däremot behandlas med beteendeförändring. Vill man må annorlunda måste man göra något annorlunda. Läkaren kan bidra med förändringsgynnande samtalsfärdigheter - även kallat beteendemedicin.

MI-ANDAN

Visa att det finns en samarbete och bilda ett förtroende med patienten. Detta är även ett bra sätt för att skydda oss själva, så en orkar med sitt arbete och lyckas bibehålla intresset. När vi ökar patientens egna möjligheter att jobba med sig själv, genom att framkalla egenskaper de redan besitter, tar vi själva inte över en persons lidande i lika hög grad → underlättar för personal välmående också.



Bilden till höger dyker ofta upp på **tentor**, i sammanhang där man ska beskriva hur man tar sig an ett samtal med en patient med ett problembeteende. Slutna frågor är inte förbjudna inom MI, men genom att använda öppna frågor ger man dem större möjlighet för eget berättande med innehåll som blir basen för reflektioner som kan gynna förändringsprat.

SAMARBETE

Samtalsledaren visar respekt för och samarbetar med personen med utgångspunkt i de tankar och idéer personen har om den aktuella situationen och eventuella förändringen. Samarbete innebär i detta fall att samtalsledaren bemödar sig om att vara en jämlik part i samtalet. Det är samtalsledarens uppgift att försöka se saker ur personens perspektiv. I de samtal som rymmer en grundläggande ojämlikhet är det extra viktigt för samtalsledaren att skapa utrymme för reflektion och att betona personens berättelse och självbestämmande.

MEDKÄNSLA

Det är grundläggande att samtalsledaren är nyfiken på personen och uttrycker ett intresse för samtalets innehåll och fokus. Medkänsla kan i detta sammanhang förstås som två steg. Steg ett är en förmåga att uttrycka empati dvs. förmåga att sätta sig in i personens känslor och tankar utifrån dennes perspektiv och steg två tar språng utifrån den empatiska förmågan och formulerar ett åtagande om att vilja vara personen behjälplig (tänk killen i baren, där läkaren framförde att han ville höra patientens bild).

ACCEPTANS

Acceptans är något samtalsledaren behöver uttrycka explicit. I motiverande samtal innebär det att samtalsledaren:

- Betonar personens inneboende värde och potential
- Respekterar personens autonomi → att be om lov är ett sätt att beakta och visa respekt för autonomi.
- Bekräftar och belyser personens styrkor
- Förmedlar empati

En av samtalsledarens uppgifter är att se personen ur ett positivt perspektiv där hopp och förmåga är grundläggande.

FRAMKALLA FÖRÄNDRINGSPRAT

Här ligger fokus på att framkalla i stället för att förmedla. Samtalsledaren behöver personens begreppsvärld för att kunna hjälpa till. MI utgår från att personen har tankar och idéer om hur den vill förändras och på vilket sätt det är möjligt (förändringsprat). Samtalsledarens uppgift är att locka fram och förstärka dessa tankar samt att tillsammans med personen utforma eventuella alternativ. Det ska vara alternativ som personen tycker är rimliga, och som den vill och kan genomföra. Samtalet struktureras aktivt på så sätt att personens tankar, önskemål och idéer om förändringen får utrymme och till största delen styr samtalet.

ATT HITTA ETT PROBLEMBETEENDE

Vanligtvis tänker vi i den medicinska modellen att det finns något som orsakar symtom som ska åtgärdas/behandlas bort. En annan syn är att **det jag gör hänger ihop med hur det blir**, och vill jag ha det annorlunda kanske jag behöver göra annorlunda → **vad ska jag göra mer/mindre av?** Utifrån detta hittar vi vårt **gemensamma FOKUS** (det beteendet som ska förändras) → **ett förändringsmål som kan påverka symtomnivån**.

SAMTALSFÄRDIGHETER - BÖRS

Tentamaterial

För att behärska ett motiverande samtal krävs kvalitativt lyssnande:

- Tar in patientens bild av situationen/problemet
- Bidrar med analys av vad som är det egentliga problemet
- Stimulera till förändringsprat

Detta kan sammanställas i förkortningen BÖRS

1. **B**ekräfta kompetens - bekräfta egenskaper som gynnar förändring
2. **Ö**ppna frågor - berätta hur jag tänker skall ersättas med frågor om hur patienten tänker
3. **R**eflektera, reflektera, reflektera
4. **S**ammanfatta - "det jag hört dig berätta är..."

BEKRÄFTA KOMPETENS

Alla har egenskaper som är hjälpsamma vid förändring - vi vill hjälpa patienterna att hitta och betona dem. Mest kraftfullt blir detta verktyg när personen själv uttalar dessa egenskaper, och vi som läkare kan förstärka dem genom reflektioner. Ett tips för att lyckas med detta är att göra det hela personligt, vilket görs genom att koppla på info du har om personen (tex dess tidigare hantering av sjukdomstillståndet) med de egenskaper du snabbat upp att denne besitter.

Bekräfta kompetens görs genom **Ö**ppna frågor som:

- Vilka sidor hos dig har hjälpt dig till framgång?
- Vilken egenskap hos dig hjälpte dig att komma hit idag, trots att det är jobbigt?
- Vilka goda sidor hos dig skulle din kompis berätta om för mig?//Hur skulle dina kompisar beskriva dig?

Detta kan sedan bekräftas genom **R**eflektioner och **S**ummeringar:

- Du kan, du vet, du har provat...
- Trots svårigheter har du lyckats med...

Tänk rent krasst på att ersätta beröm som “bra jobbat” med “vilket driv du har”, som är mer riktat mot egenskapen. Beröm är nämligen inte så hjälpsamt då det påverkar Oet i SORK → man blir beroende av den kortvariga bekräftelsen, vilket inte gynnar en långsiktig beteendeförändring.

TIPS PÅ BEKRÄFTANDE EGENSKAPER

- Du är insiktsfull
- Trots så många motgångar är du en ihärdig person som bibehåller kämparglöden
- Du har varit driven trots kämpigheter
- Det är imponerande hur du ser glaset som halvfyllt med tanke på det du varit med om
- Trots att det inte var självklart, så kom du hit idag och det visar på ansvarstagande.
- Du reflekterar och tänker till, innan du agerar.
- Du resonerar klokt kring...
- Det är starkt av dig att berätta det här, det är inte alltid så lätt att prata om dessa saker.
- Du tar ansvar för dina beslut.
- Du är en person som tänker på din egen och andras hälsa.
- Du har förmågan att se saker ur flera perspektiv.

ÖPPNA FRÅGOR

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Vad har tagit dig till det här besöket?• Vad vet du om...(diagnos)• Berätta vad du hört mig säga om behandlingen• Beskriv ytterligare...• Berätta mer...• Om jag hade varit med dig, vad hade jag sett då?• Hur är din syn på...?• Om din partner var med, vad skulle hen berätta om situationen? | <p>Varför har du inte gjort någon förändring tidigare?</p> <p>Varför stannar du kvar i det du har nu?</p> <p>Vad är det som gör att du inte anstränger dig mer?</p> <p>Vad är det som hindrar dig?</p> <p>Hur mycket tränar du?</p> <p>Vilka behandlingar har du haft tidigare?</p> | <p>Hur vill du att ditt liv skall vara annorlunda om ett år?</p> <p>Hur viktigt är det för dig att det skall bli denna skillnad?</p> <p>Vilka är de viktigaste anledningarna till att du vill ha denna ändring?</p> |
|--|---|---|
- 

Som vi frågar får vi svar kan man uttrycka det som. Genom att ställa “varför”-frågor hamnar personen lätt i försvar, och vi i en anklagande position - allians byggs ej. De röda frågorna till höger får patienten att bli **tillbakadragen** och **försvarande**, medan de gröna stärker **samspel** och **allians**.

REFLEKTIONER

När vi nu har funnit ett fokus, dvs ett varför vi behöver förändra ett beteende, så vill vi hitta en riktning → hitta ett förändringsmål. Detta stimuleras lättast genom att reflektera om den andres förhållande till sig själv och släppa sina egna tankar. Samtalsledaren vill ge tillbaka patientens tankar, funderingar, känslor och inställning.

Dessa är **de fyra processerna man vill koncentrera sig på vid ett MI-samtal**.

- **Vilja/Engagemang:** Hur önskar du att ditt liv ska se ut? Hur vill du ha det? Vad skulle du vinna på att...?
- **Skäl/Fokus:** Berätta om dina tre viktigaste skäl för att gynna din hälsa? Vilka är anledningarna till din vilja att förändra?
- **Behov/Förändringsprat:** Vad är problemet för dig med att fortsätta som hittills? Vad förlorar du på att fortsätta som hittills?
- **Förmåga/Planering:** Vad kan du göra? Vad gjorde du när du lyckades tidigare? Vilka goda sidor har du som kan vara till hjälp?

Utifrån detta gör vi, enkla, komplexa och dubbla reflektioner.

OBS! En vanlig **tentafråga** kan se ut som följande: Som samtalsledare i ett MI-samtal har man fokus på fyra "processer" under samtalet. Vilka är dessa och ge enkelt exempel på hur du gör när du använder dem!

ENKLA REFLEKTIONER

Konkret upprepning om vad som sagts:

- Så här kan jag inte ha det - "Du kan inte ha det så här!"
- Jag är för trött - "Du är trött"
- Jag hinner inte - "Du hinner inte"

Kom ihåg att ta bort alla värderande ord som "för", "bara" osv. samt att din röst ska vara så neutral som möjligt.

På uttalanden kan det istället låta som:

- Jag vet att jag borde gå ned i vikt men jag har lagat samma mat i 20 år
 - Du vet att du behöver viktnedgång och har lagat samma mat i 20 år
- Jag tar bara en kaka någon gång ibland
 - Du tar en kaka då och då
- Jag är för gammal för att ändra på något
 - Du tänker att du är gammal och att det därför är svårt att ändra på något.

KOMPLEXA REFLEKTIONER

Komplexa reflektioner innebär att man lämnar tillbaka innehållet med det man avläst mellan raderna så som känslor, antaganden och slutsatser (fortsatt med neutral samtalsröst).

- Så här kan jag inte ha det
 - Du är inte nöjd med din situation
 - Du har kommit till en gräns och är nu beredd att förändra

Rent krasst ska man använda ord som **och** eller **samtidigt** men **inte men**.

DUBBELSIDIGA KOMPLEXA REFLEKTIONER

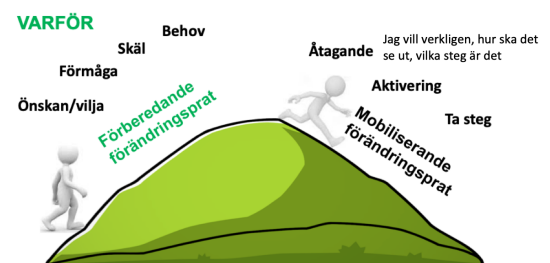
Dubbelsidiga komplexa reflektioner är en variant på komplex reflektion som passar sig som bäst att använda när patienten uttrycker "MEN". Det viktigaste här är att börja med det som INTE är fokus för samtalet.

- Jag gillar verkligen att festa med mina kompisar men hänger inte med i studierna som jag borde
 - Du tycker om att vara med dina kompisar och är samtidigt orolig att festandet påverkar din **studieförmåga (fokus)**.
- Jag har kämpat med alla övningar men de har inte hjälpt ett dugg
 - Du har fortsatta symtom (*minst fokus*) och känner besvikelse över att det inte har hjälpt (*inlästa känslor*) trots att du ansträngt dig så för att förbättra din hälsa (*fokus, beteende som gynnar hälsa*)

SAMMANFATTA

Nu gäller det att knyta ihop säcken där vi påminner patienten om vårt FOKUS - vårt VARFÖR till förbättrad hälsa, och konkretisera vår RIKTNING - vårt VAD som ska göras. Det här är förmodligen det som patienten kommer ihåg från besöket.

- Du har kommit hit för undersökning och den medicinska bedömningen har utmynnat i att du har påverkan på blodtryck, blodsocker och blodfetter (*Symtom/Resultat - inte vårt fokus*)
- Din hälsa kan förbättras med en livsstilsförändring, vilket ofta är utmanande (*Önskan och validering*)



- Du vill finnas för din familj och uppskattar ditt arbete (*Skäl - vårt VARFÖR*)
- Du har insett att du glömt bort att ta tid för din egen hälsa (*behov*)
- Du är beredd att lägga till frukt som mellanmål och ta tid för egen träning åtminstone 15 minuter per dag. (*Riktning/Förmåga*)

SAMTALSFÄLLA

Det är vanligt att vi som samtalsledare hoppar för snabbt till HUR vi ska förändra, istället för att stanna kvar i VARFÖR vi ska förändra. Om personen inte har kontakt med sitt personliga värde i förändringen, kommer förändringen inte att genomföras eller hålla över tid.

MI ORDBOK

MI-ANDA: acceptans, medkänsla, samarbete, framkalla förändringsprat

MI-PROCESSER: vilja, skäl/fokus, behov/förändring, planering

MI-SAMTALSSTÖD: BÖRS

ba lär dig detta utantill

MOTIVERANDE SAMTAL 2

Behandlarens tolerans mot den andre, genom empati, har gynnsam effekt på beteendeförändring. Att kunna lyssna tålmodigt med fortsatt fokus på att frigöra den andres egna skäl till förändring. Ett förändringsmål är ett beteende som ska förändras genom att börja, att minska, sluta eller att öka.

OBS! Den tredje processen i MI är att samtalsledaren har ansvar för att framkalla **förändringsprat**.

BEHANDLARENS ABF

ABF står för ambitioner för patientens beteendeförändring. Detta kan stimulera bibehållandeprat och öka patientens motståndet till egen förändring. Samtalsledaren måste vara medveten om sina egna reaktioner och bibehålla neutralitet för att kunna hålla fokus och väcka förändringsprat. Det är en svår balans, men målet är att hitta the sweet spot mellan acceptans/behov av förändring.

Men vad innebär bibehållandeprat? Detta är inte en personlig egenskap utan sker i interaktion med samtalsledare. Exempel på detta kan vara

- Jag kan inte
- Det är ingen ide, jag har provat allt
- Jag ser inte hur det skulle bli bättre för mig
- Jag trivs bra som det är

Denna typ av prat vill vi dämpa genom att betona och framhäva autonomi eller bekräfta patientens kompetens. Man kan även visa på valmöjligheter, fråga om lov samt visa validering och bjud in till nya perspektiv. Primärt vill man omformulera det patienten säger och hitta ÖNSKAN bakom bibehållandepratet.

Ett sätt att reflektera nedtonat/dämpat kan vara genom att uttrycka sig som:

- En del av dig...

- Just nu...
- Kan det vara så att...
- Inte helt, till och från osv

Kom ihåg att använda BÖRS (repetera från MI 1)

REFLEKTIONER EXEMPEL

*Du är osäker på hur du ska göra och ser inte någon möjlig framgång samtidigt som du ser ett behov
Du ser ingen vinst i nuläget och har verkligen kämpat för att det är viktigt för dig
Du är tveksam till att förändring är möjlig och det finns fortfarande något som du önskar uppnå
du blir tveksam och har inga garantier för utfallet som du önskar nå*

DISSONANS

Kognitiv dissonans innebär en känsla av obehag som uppstår när det finns bristande överensstämmelse mellan olika värderingar, attityder, tankar och uppfattningar som kan finnas hos någon samt mellan dessa och tanken på vad han eller hon vill göra och faktiskt gör. Detta kan uppstå mellan samtalsledaren och patienten vid bristande samklang. Det kan uppstå när samtalsledaren faller in i rättningsreflexen i ett behov av att ge råd, övertyga, berätta hur det egentligen är eller rätta det som uppfattas felaktigt och komma med lösningsförslag.

Detta kan märkas av genom att patienten uttalar motstånd till det den behöver göra **(saken)** till **situationen** (hemma, vården, jobbet) eller till **personen**.

- Saken och situationen
 - Betona autonomi - ditt liv, ditt val
 - Använd komplexa reflektioner
 - Å ena sidan, å andra sidan
 - Du berättar, och samtidigt hör jag
 - Jag lägger märke till... och även...
- Person
 - Samtalsledaren talar för förändring och tvingar därmed patienten att ta ställning för icke-förändring. Samarbetet riskerar att bytas (dissonans) då samtalsledaren inte längre ser på frågan ur patientens perspektiv. Kan observeras via uttryck för oenighet/bristande samklang → samtalsledaren är i *hur* och patienten i *varför*
 - Tystnad, korta svar
 - Betonar vad som sagts tidigare
 - Uttrycker att samtalsledaren inte förstått
 - Låg tillit/bristande kontakt/nedvärderar

För att undvika dissonans försöker man fokusera på att förmedla empati genom att **reflektera**, betona **autonomi**, **backa och be om ursäkt**.

- *Det är viktigt att beslutet är ditt. Det ska vara på ett sätt som du känner dig nöjd med. Du vet bäst vad som fungerar för dig (autonomi)*
- *Jag ber om ursäkt. Jag har inte riktigt förstått hur du menar. Berätta gärna mer (backa/be om ursäkt)*
- *Du har rätt. Jag kan inte till fullo förstå hur det är för dig. Berätta gärna. (reflektion, ursäkt, autonomi)*
- *Det här är viktigt för dig och du behöver utrymme att fundera vidare på det (autonomireflektion)*
- *Du är osäker på om jag är rätt person att prata om de här sakerna med (reflektion dissonans)*

FÖRSTÄRKA FÖRÄNDRINGSPRAT

Förändringsprat i presens, framtid och detaljrikt. Du önskar att... det är viktigt för dig...

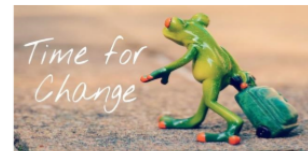
- *Hur kan du göra för att komma ett steg närmare*
- *Hur kommer du märka skillnad om du...?*
- *Vad blir ditt första steg?*
- *Vilket tidpunkt ska du börja?*
- *Hur kommer du att göra?*

MOTIVATIONENS RIKTNING

Det kan kännas naturligt att påtala dåliga konsekvenser av ett beteende och få till en förändring via skam/skuld → pushmotivation. Förändring som ska hålla över tid gynnas mer av att personen själv vill **uppnå** något dvs → pullmotivation. Samtalsledaren kan bidra till det senare via **diskrepans**.

DISKREPANS

Stärka positiva förväntningar på förändring → genom att öka patientens motivation genom att väcka positiva känslor om förändringen samt om en positiv framtid.



Rädsla är svårt att behandla bort, utan det vi istället kan stärka är modet. Förändringsmålet blir: **att våga**.

Genom att finna personens **värden** kan man lättare väcka positiva känslor kring det man vill uppnå och framtiden. Detta kan vara frågor som

- *Vad är viktigt i ditt liv?*
- *Vad är det som gör att du tycker att det är viktigt att förändra detta?*
- *På vilket sätt är det betydelsefullt för dig?*
- *På vilket sätt skulle ditt liv förbättras om du genomförde detta?*
- *Vad är det som gör att du skulle vilja prioritera detta nu?*

Dessutom kan man eftersöka patientens **EGENSKAPER** som personliga styrkor, resurser och autonomi:

- *Om du bestämde dig, hur skulle du göra för att lyckas?*
- *Vilka erfarenheter kan du ha nytta av i detta läge?*
- *Vilka av dina egenskaper kan vara dig till hjälp i detta?*

MEDICINSK JURIDIK

ALLMÄN RÄTTSKUNSKAP

I Sverige samlas alla lagar och förordningar i **Svensk författningssamling (SFS)**, där en författning är en föreskrift (t.ex. lag eller förordning) som är utfärdad av en behörig myndighet. Till de behöriga myndigheterna hör:

- **Sveriges riksdag** → utfärdar lagar (ex. patientdatalagen)
- **Regeringen** → utfärdar förordningar
- **Förvaltningsmyndighet** (expertmyndighet, såsom socialstyrelsen) → utfärdar föreskrifter

OBS! Alla **föreskrifter** (härleds ofta till en lag) är lika juridiskt bindande som en **lag**. Med andra ord innebär det att en föreskrift måste följa lika noga som en "faktisk" lag. Allmänna råd är inte bindande, men starkt vägledande. Hit räknas insatser såsom vid förtidigt födda barn eller livets slutskede.

REGIONER

Regionerna (det som förut kallades landsting) är i Sverige den politiska organisation som tillhör varje län, med undantag för Gotland där det är en enda kommun som utgör regionen. Regionerna har kommunal beskattningsrätt och ansvarar för vissa samhällsuppgifter, och då i första hand hälso- och sjukvården. Ekonomin inom hälso- och sjukvården sköts således av regionerna själva utifrån de skatter de samlar in → de ekonomiska problemen inom hälso- och sjukvården är således INTE regeringen och riksdagens "problem".

VIKTIGA LAGAR FÖR OSS ATT HÅLLA KOLL PÅ

LAG	SAMMANFATTNING
Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (Mer nedan)	Innehåller grundläggande regler för all hälso- och sjukvård. Lagen är utformad som en ramlag som anger mål för hälso- och sjukvården och krav på god vård. HSL innehåller bestämmelser om vårdens kvalitet och att verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Belyser även att vården ska bygga på respekt för patientes självbestämmande och integritet.
Patientsäkerhetslagen (Mer nedan)	Syftar till att främja patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården. Lagen reglerar bland annat vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.
Socialtjänstlagen (SoL) (Mer nedan)	Handlar om vilken hjälp du kan få från din kommun i form av ekonomiskt bistånd eller annan vård och omsorg. Du som har svårt att få dina behov tillgodosedda i dagliga livet och inte kan få dem tillgodosedda på något annat sätt har rätt till stöd av samhället.
Patientdatalagen (Mer nedan)	Innehåller regler om att patienten har rätt att få information om registreringen, rätt att slippa bli registrerad i ett kvalitetsregister och rätt att i efterhand stryka sig från registret.
Patientlagen (Mer nedan)	Syftet med patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.
Offentlighets- och sekretesslagen (Mer nedan)	Innehåller bestämmelser om myndigheters och vissa andra organs handläggning vid registrering, utlämnande och övrig hantering av allmänna handlingar. Lagen innehåller vidare bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och om förbud att lämna ut allmänna handlingar.
FLER RELEVANTA LAGAR	
Arbetsmiljölagen (AML)	Syftet med arbetsmiljölagen, AML, är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och att skapa en god arbetsmiljö. Där står det till exempel att

	arbetsgivaren är ytterst ansvarig för arbetsmiljön och ska leda arbetet mot en bättre arbetsmiljö.
Socialförsäkringsbalken	Socialförsäkringen handlar om att ge ekonomisk trygghet vid sjukdom, och även vid ålderdom och när barnen är små.

OBS! En balk innebär en sammanfattad lagstiftning inom ett område, som samlats på ett och samma ställe.

SÄRSKILT VIKTIGA PUNKTER I LAGAR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN

- Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det **största behovet** av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (enligt behovs- och solidaritetsprincipen).
- Patienten ska ges individuellt anpassa information om:
 - Sitt hälsotillstånd
 - De metoder för undersökning, vård och behandling som finns
 - Sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården
 - Vårdgarantin (hur länge du som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården)

Ytterligare en viktig punkt, värd att belysa, är den som berör patientens självbestämmande och integritet:

- En patient har **rätt att avstå** från en behandling (ex. blodtransfusion för en medlem i Jehovas Vittne)
- En patient har **INTE rätt att kräva** en viss utredning eller behandling → motivera varför du som läkare resonerar som du gör, för att förhoppningsvis få med patienten på banan (**tentafråga**).

OFFENTLIGHETS- OCH SEKRETESSLAGEN

Sekretess innebär ett förbud att röja (avslöja) en uppgift, vare sig det sker muntligt eller på något annat sätt. Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne **lider men**.

INRE SEKRETESS OCH DATAINTRÅNG

Inre sekretess innebär att uppgifter om en patient inte bör spridas vidare mer än till de personer som på ett eller annat sätt deltar i vården av patienten. **Dataintrång** syftar i denna bemärkelse på att obehörigt ta del av någons elektroniska journalhandling → är en brottslig handling som är straffrättsligt reglerat.

“FRIVILLIGA” SITUATIONER ATT LÄMNA UT UPPGIFTER

- Ett begånget brott där lägsta straff är fängelse i minst ett år (grov misshandel, olaga frihetsberövande, mord, dråp, våldtäkt, mordbrand, rån).
- Förhindra förestående eller pågående rattfylleri, exempelvis om en uppenbart berusad lämnar mottagningen och går mot sin bil → ring polisen och förvarna.
- Särskilda omständigheter där det finns risk för att den enskilde mot en närstående kommer begå brott (likt de nämnda ovan) där lindrigaste straff är fängelse i ett år.

PATIENTDATALAGEN

Enligt patientdatalagen har en patient rätt att "spärra sin journal", vilket innebär att informationen ska ha begränsad tillgänglighet.

PATIENTLAGEN

Lagen belyser, utöver ovanstående, även den informationsplikt vi har gentemot patienten, där patienten ska få information som bland annat rör sitt hälsotillstånd samt de metoder som finns för undersökning, vård och behandling. Vi ska även informera om patientens möjlighet till att få en ny medicinsk bedömning samt möjligheten att lista sig på vilken vårdcentral som helst.

PATIENTSÄKERHETSLAGEN

Den som **tillhör eller har tillhört** hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården får inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Tystnadsplikt som gäller för en uppgift om en patients hälsotillstånd gäller **även i förhållande till patienten själv, om det med hänsyn till ändamålet med hälso- och sjukvården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till patienten.**

NÄR ÄR VI SKYLDIGA ATT LÄMNA UT UPPGIFTER?

- I särskilda fall då uppgifter begärs av polismyndigheten
- Vid rättsmedicinsk undersökning
- Vid förfrågan av socialstyrelsen eller IVO
- Transportstyrelsen behöver för provning av någons lämplighet att ha körkort

SOCIALTJÄNSTLAGEN

De stöd- och hjälpinsatser som regleras i socialtjänstlagen kallas **bistånd**, och hit räknas bland annat försörjningsstöd, flytt till särskilt boende och hemtjänst. Viktigt för oss inom vården att vara medvetna om att detta är kommunala angelägenheter. Om en patient klarar sig sämre och sämre, vilket medför att denne behöver flytta till ett särskilt boende är det kommunens biståndshandläggare som har det yttersta ansvaret.

Enligt SoL har kommunen ett särskilt ansvar för vissa grupper i samhället:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| • Barn och ungdomar | • Människor med funktionshinder |
| • Människor med missbruksproblematik | • Anhörigvårdare |
| • Äldre människor | • Brottsoffer |

Utöver möjligheten att söka ekonomiskt bistånd är den svenska hälso- och sjukvården utformad för att minska risken att människor inte ska ha råd att få den vård de behöver. Två exempel på detta är att den svensk hälso- och sjukvården huvudsakligen är **skattefinansierad** och där patientavgifter endast utgör en mindre del av sjukvårdens finansiering. **Högekostnadsskydd** finns för hälso- och sjukvårdskontakter och läkemedel.

BARNES SKYDD

Följande myndigheter och yrkesverksamma är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden (orosanmälan) om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Detta gäller:

- Myndigheter vars verksamhet berör barn och unga,
- Andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, samt annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten, kriminalvården, polismyndigheten och säkerhetspolisen.

LAG OM VÅRD AV MISSBRUKARE (LVM)

Detta är en lag som kompletterar Socialtjänstlagen, och som menar att myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt denna lag. Detta skall dock **INTE gälla myndigheter inom hälso- och sjukvården**, då vården ska vara en "säker" plats dit dessa utsatta människor kan vända sig utan att det anmäls → med undantag för läkare som **ska anmäla detta**.

LAG MED SÄRSKILDA BESTÄMMELSER OM VÅRD AV UNGA

Den lag som reglerar tvångsomhändertagande av människor under 18 år. Den som är under 18 år skall beredas vård enligt denna lag, om någon av de situationer som anges i 2 eller 3 § föreligger och det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden av honom eller henne.

- **2 §** Vård skall beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas.
- **3 §** Vård skall också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

DELEGERING

Med delegering avses att någon som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, och som är **formellt kompetent** för en medicinsk arbetsuppgift, överlåter denna till en **annan person som saknar formell kompetens** för uppgiften. **Uppgiftsmottagaren skall vara reellt kompetent** för den aktuella uppgiften, och ska genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning ha visat sig ha blivit reellt kompetent för den uppgift som avses att delegeras. Viktiga punkter, vad gäller delegering, är att den ska vara:

- Personlig
- Skriftlig
- Tidsbegränsad (max ett år → måste därefter förnyas)

Det är även viktigt att uppgiften är klart definierad, att kompetensen hos uppgiftsmottagaren säkerställts, att varje delegeringsbeslut dokumenteras samt att verksamhetschefen underrättas.

VAD HÄNDER NÄR DET GÅR "FEL"?

Errare humanum est - att fela är mänskligt

Alla gör vi fel, och när det blir fel är det viktigt för dem som granskar händelsen att se det utifrån den kontext som förelåg tidigare. Detta då det med facit i hand ofta är lätt att uttala sig om annat.

Patientsäkerhetslagen (PSL) finns till för att skydda patienten mot vårdskada, och berör bland annat punkter såsom:

- **Vårdgivarens skyldigheter** - jobba förebyggande och utreda
- **Anmälningsskyldighet (Lex Maria)** - du som arbetar inom hälso- och sjukvården är skyldig att rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Rapporteringen ska göras till vårdgivaren.
- **Anmälan av riskindivid** - medarbetare som "utgör en fara för patientsäkerheten", exempelvis till följd av sjukdom, missbruk, dåligt omdöme eller annan brottslighet ska anmälas till IVO. IVO utreder, och lämnar sedan vidare ärendet till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

- **Patientanmälan** - en patient anmäler en händelse till IVO.

VÅRDSKADA

- **Vårdskada** - lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat **undvikas** om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.
- **Allvarlig vårdskada** - vårdskada som är bestående och inte ringa, eller lätt till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

OLIKA HÄNDELSER

- Vi gör "fel" och det blir fel → vårdskada
- Vi gör "fel", men det blir ändå rätt → risk
- Vi gör rätt, men ändå blir det fel → icke undvikbar skada/komplikation

CASE 1

En man på 65 år, utan tidigare sjukdomshistoria, söker VC för svarta prickar som rör sig i synfältet. Har de senaste dagarna haft låggradig feber, samt uppvisar rodnad i bägge handflator. Telefonkontakt med ögonjour verifierar misstanke på glaskroppsgrumlingar → remiss utfärdas för bedömning ett par dagar senare. Dagen efter besöket på VC förs patienten till akutmottagningen, medvetslös och i chock med septiska blodparametrar samt med ett hörbart blåsljud → dör i multiorgansvikt trots intensivvård.

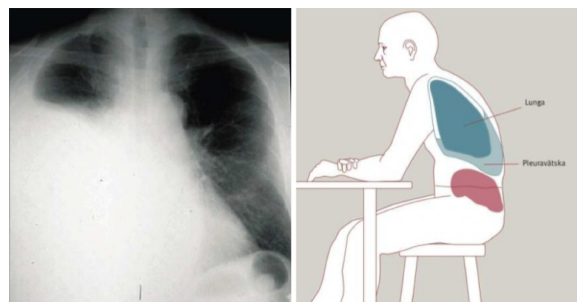
Reflektion: Denna man hade drabbats av en bakteriell endokardit, där bakterier fått fäste på hjärtklaffarna. Detta ökar risken för embolier, som i detta fall transporteras till ögat och där orsakar de ögonsymtom som patienten upplevde. Fallet ovan bedömdes som en **allvarlig vårdskada**, då det hade gått att undvikas genom att göra en snabb hjärtstatus (och noterat blåsljudet) eller tagit blodprover (och noterat infektionsvärden). Ögonsymtom hos äldre tenderar ofta att vara ett uttryck för allmänsjukdom, och denne mannen hade även sedan några dagar tillbaka varit subfebril.

CASE 2

Dag 1 - En 34-årig kvinna söker VC för tilltagande andningsbesvär sedan någon vecka och anger att det piper i luftrören. Auskultationen dokumenteras dock ua. Patienten har dock sedan tidigare en pollenallergi, varpå obstruktivitet misstänks och luftrörsvidgande skrivs ut.

Dag 2 - Patienten söker dagen därpå återigen på grund av ingen förbättring, men även denna gång auskulteras patienten ua. Remitteras dock till spirometri några dagar senare.

Dag 3 - Ytterligare en dag senare återvänder patienten till VC, och denna gången påtagligt sämre. Perkussionstonen är totalt dämpad på höger sida, och lungröntgen visar **pleuravätska**. Med vidare undersökning visar det sig att kvinnan drabbats av metastaserad bröstcancer i lungan, varpå vätskan uppkommit.



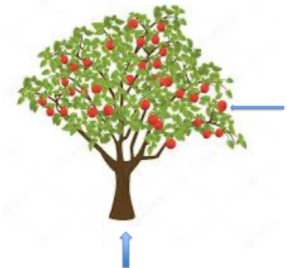
Reflektion: Pleuravätska är lätt att missa, och av den anledningen ska en lungauskultation ALLTID inledas med att lyssna efter andningsljud → väldigt lätt att bara börja lyssna efter eventuella biljud som krepitationer eller

ronki. Detta fall bedömdes som en **vårdskada**, då patienten själv tyckte det var psykiskt ansträngande att hon behövt stå på sig så mycket som hon gjort och gått hem med "värdelös" behandling. Fallet klassas dock inte som en allvarlig vårdskada, då skadan (att det inte upptäcktes två dagar tidigare) inte ledde till förlängt eller ökat vårdbehov.

FRÅN INDIVIDSYN TILL SYSTEMSYN

Att ett förlorande fotbollslag skyller allt på målvakten är ett tydligt exempel på individsyn, vilket är ett synsätt utredningen av vården jobbar för att frångå och istället ersätta med systemsyn och ett lärande för vården. En annan liknelse med de olika synsätten kan vara "det dåliga äpplet i trädet"...

- Med individsyn är ett dåligt äpple (läkare), det ENDA dåliga äpplet bland andra bra äpplen
- Med systemsyn kan ett dåligt äpple (läkare) ha begränsade förutsättningar att lyckas, om trädet (systemet) inte är optimalt. I systemsyn är det viktigt att beakta **samspelet** mellan människan, tekniken och organisationen.



Risken med individsyn är att det ger ett slutet system där ingen vågar påtala brister i patientsäkerheten, varvid den gradvis försämrar. Ingen vill sätta dit sin kollega, då individsyn bygger på att "vi hittar den som gör fel och straffar vederbörande". Med systemsyn, där inte en specifik individ blir utpekad, kan vi istället hjälpas åt att hitta risker i vardagen → större möjligheter att åtgärda dessa. Just detta skifte bidrar till en god **patientsäkerhetskultur**, där de olika stegen visas i bilden till höger.



SKYLDIGHETER ENLIGT PSL

VÅRDGIVAREN

Vårdgivaren har skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, där vårdgivaren själv ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvården respektive tandvården upprätthålls.

MEDARBETAREN

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt. Hälso- och sjukvårdspersonalen är även skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

GENTEMOT PATIENT OCH ANHÖRIGA

Personal inom hälso- och sjukvården har skyldighet att informera patient/anhörig om inträffade vårdskador:

1. Att det inträffat en händelse som medfört en vårdskada, och om vårdskadan är allvarlig sker en Lex Maria-anmälan.
2. Vilka åtgärder som vårdgivaren avser vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

3. Möjligheten att anmäla klagomål till IVO.
4. Möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen eller från läkemedelsförsäkringen.
5. Patientnämndens verksamhet

LEX MARIA

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, och **Lex Maria** är det vardagliga namnet på anmälningsskyldigheten. Vårdgivarna är också skyldiga att genomföra en utredning av den aktuella händelsen. Exempel på sådana händelser är:

- Förväxling eller feldosering av läkemedel
- Fördröjd diagnos, vård eller behandling (absolut vanligaste)
- Felaktig vård eller behandling
- Fallskador
- Brister i rutiner, organisation eller samverkan

I EN ANMÄLAN

- En kortfattad beskrivning av händelsen eller händelseförloppet
- En kortfattad beskrivning av konsekvenserna eller möjliga konsekvenser för patienten/patienterna.
- En intern utredning, som bland annat ska innehålla:
 - Vårdgivarens analys och bedömning av bidragande och bakomliggande orsaker till händelsen
 - Vilka åtgärder som är beslutade och har vidtagits eller ska vidtas för att förhindra att en liknande händelse inträffar igen eller för att begränsa effekterna av en händelse som inte helt går att förhindra.

INSPEKTIONEN FÖR VÅRD OCH OMSORG (IVO)

IVO är en **tillsynsmyndighet** som kontrollerar hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, vilket gör IVO till den myndighet som handlägger Lex Maria → bedömer då om vården utrett händelsen enligt lagen. IVO ansvarar för återkopplingen till vården, och vården för återkopplingen till patient och anhörig.



ENSKILT KLAGOMÅL

När en patient eller anhörig anmäler en händelse till IVO går det till på ett annat vis än Lex Maria. IVO tar in information från både anmälaren och vården, och tar därefter ställning till klagomålet. Beslutet fastställs sedan skriftligt, med innehållande motivering och går **INTE** att överklaga.

OBS! IVO utreder inga händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden.

ÅTGÄRDER MOT LEGITIMERAD HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

Om IVO anser att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning av förskrivningsrätt ska styrelsen anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVARSNÄMND (HSAN)

HSAN handlägger ENBART behörighetsfrågor, och gör det enbart från IVO eller Justitieombudsmannen → tar inte emot anmälningar från allmänheten. Läkare som själv vill begränsa sin förskrivningsrätt, vilket kan vara lägligt vid hot om att skriva ut narkotika, kan själv vända sig till HSAN. Exempel på behörighetsfrågor är:

- **Prövotid** - yrkesutövaren behålla sin legitimation men står under särskild tillsyn av IVO. Detta kan vara lämpligt då en personal äventyrat patientsäkerheten, begått brott (utanför yrket) eller befaras vara olämplig att utöva yrket.
- **Återkallelse av legitimation och annan behörighet** - samma som ovan, fast grövre. Återkallelse ska även ske vid sjukdom, såsom vid demens.
- **Begränsning av förskrivningsrätt**
- **Ansökningar om ny legitimation** - om en person, av särskilt skäl, blivit av med sin legitimation med där skälet kan visas inte finnas kvar → ex. missbruk som upphört sedan flera år tillbaka.

ÖVRIGT ANSVAR

Utreda ärenden där:

- Patienten fått en skada eller sjukdom som är bestående och inte ringa, det lett till väsentligt ökat vårdbehov eller patienten har avlidit.
- Klagomål från patienter som varit föremål för vissa former av tvångsvård, enligt exempelvis LPT eller smittskyddslagen.
- Utreda ärenden där händelse som på ett allvarligt eller negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande integritet eller rättsliga ställning.
- Bedriva riskbaserad tillsyn → vara ute i vården, för att stötta vården.

KAN JAG HAMNA I DOMSTOL... ELLER TILL OCH MED FÄNGELSE?

Inom vården är det **ytterst sällsynt** med civilrättsliga mål, och brott mot exempelvis hälso- och sjukvårdslagen eller patientsäkerhetslagen medför **inte** straffpåföljd. Detta betyder självfallet inte att du som sjukvårdspersonal kan gå helt bananas, för om du "genom allvarligt fel eller försummelse orsakat skada" (enligt Brottsbalken) kan straff efterfölja. Detta händer dock ytterst sällan. På sin höjd något fall varje årtionde, om ens det.



PATIENTNÄMNDEN

Patientnämnden är en del av Region Östergötland, men en från vården **fristående** och **opartisk** instans som patienter och deras närstående kan vända sig till om kontakten med vården inte fungerat tillfredsställande. Patientnämnden skall utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i sjukvården, främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet.

OBS! Patientnämnden tar inte ställning till hur vården har agerat i enskilda fall (gjort rätt eller fel, då detta anmäls till IVO) och gör heller inga medicinska bedömningar.

EXEMPEL

En familj tycker sig inte får information om kurativ behandling för deras mamma Amina från den behandlande läkaren. Vad gör du i första hand som läkare som tagit vid i ett palliativ läge (alternativt inte ansvarig för att kommunicera de olika behandlingsalternativen tidigare) när man bemöts av detta klagomål? Till en början skall

man erbjuda sig att talas vid med kollegan som varit ansvarig för att förmedla behandlingsalternativen för att fråga om läkaren i fråga kan bemöta klagomålet.

Om denne läkare INTE är villig att mötas med anhöriga kan man rekommendera anhöriga att kontakta **patientnämnden** som då verkar en en länk mellan behandlare och patient.

FÖRSÄKRING OCH ERSÄTTNING

LANDSTINGENS ÖMSESIDIGA FÖRSÄKRINGSBOLAG (LÖF)

Är ett försäkringsbolag som patienter kan söka ersättning ifrån vid inträffande av vårdskador, samt i vissa fall komplikationer. LÖF ersätter även skador uppkomna till följd av felmedicinering. Ca. 40% av anmälda ärenden får ersättning, där vanligaste orsaken till utebliven ersättning är att skadan **inte är undvikbar**. Ett exempel på detta är operation av ett ljumskbräck, som resulterar i känselbortfall. Detta är en följd som i de flesta fallen inte går att undvika, men där vården SJÄLVFALLET måste ha informerat om denna risk innan operationen.



SVENSKA LÄKEMEDELSFÖRSÄKRINGEN AB

Ersätter biverkningar av läkemedel, under vissa förutsättningar:

- Skada orsakad av läkemedelsbiverkning som inte kunnat förutses
- Skada måste vara allvarligare än grundsjukdomen

Läkemedelsförsäkringen
LFF Service AB

OBS! En cancerpatient får inte ersättning för tappat hår under behandling med cytostatika, medan en person som fått svår klåda av en hudsalva har möjlighet att få ersättning.

HUR SKILJS VÅRDSKADA FRÅN KOMPLIKATION?

En patient får antibiotika och reagerar med andningsbesvär och urtikaria:

- **Scenario 1** - CAVE fanns noterad i läkemedelsmodul, men uppmärksammades inte → ersätts av **LÖF**, då det klassas som en **vårdskada**.
- **Scenario 2** - Ingen känd läkemedelsallergi → ersätts av **läkemedelsförsäkringen**, då det klassas som en **komplikation**.

OBS! CAVE på latin betyder "varning", och ses ofta i samband med medicinska ordinationer och i journaler då det rör viktig information som den som läser journalen kan behöva veta

PATIENTFALL UTIFRÅN ETT ETISKT, JURIDISKT OCH PRAKTISKT PERSPEKTIV

Nedan följer några fall som dykt upp på **tidigare tentor**. Fallen belyser etiska problem som kan uppstå i vården, och vi som studenter ombeds därefter att analysera detta utifrån etiska, juridiska och praktiska perspektiv.

AMINA, 72 ÅR

BAKGRUND

Du arbetar som AT-läkare på en vårdcentral i Norrland. Det är 20 mil till närmsta sjukhus. Din första patient idag är Amina 72 år som ursprungligen kommer från Irak. Hon kom till Sverige för 10 år sedan, men har endast lyckats lära sig enstaka svenska ord. Vid dagens besök är hennes dotter med och tolkar. Du träffar Amina för

första gången. I journalen har du läst att hon har varit inlagd på sjukhuset eftersom hon har en avancerad gynekologisk cancer. Hennes dotter berättar vid besöket att det tog lång tid innan hon sökte vård och när hon kom till sjukhuset så var hennes cancer redan spridd.

Vid besöket berättar dottern att familjen kommit överens om att de inte vill att Amina ska få reda på att hon har fått cancer, eftersom de då tror att hon inte kommer att vilja leva längre. Man hade inget tolksamtal med Amina när hon låg på sjukhuset för att berätta att det inte var möjligt att ge någon bromsande behandling mot cancersjukdomen, och dottern som tolkade valde att inte översätta detta. Amina söker idag då hon blivit trött sista veckorna, orkar allt mindre och har kontinuerlig värk i buken. Hon äter sämre, mår illa och kräks ibland.

FRÅGA

Att anhöriga önskar undanhålla Amina information kring hennes sjukdomsbild utgör ett etiskt problem ur flera perspektiv. Analysera problemet utifrån ett etiskt, juridiskt och praktiskt perspektiv, och föreslå hur du ska hantera situationen.

SVAR

- **Autonomi** - Patienten bör ges möjlighet till att utöva autonomi, hennes självbestämmande respekteras och hon ska tillåtas medverka i beslut kring sin situation. Detta omöjliggörs om hon undanhålls viktig information. Enligt Patientlagen är du skyldig att ge information om diagnos, behandling osv, såvida inte patienten själv avböjer att få information. Närstående kan inte begära att information inte ges (rent juridiskt). Patienten bör därför få information för att kunna samtycka till vård, och det blir ju svårt att erbjuda olika behandlingar om resonemang baseras på/motiveras med lögn eller undanhållande av fakta.
- **Göra gott eller skada** - Familjen vill antagligen undvika att skada Amina (göra henne ledsen) med sorgliga besked, men samtidigt kan upprepade lögnen också skada och minska patientens förtroende för vården. Det finns ju också en risk att man undanhåller vårdinsatser som skulle kunna gagna henne, till följd av svårighet med samtycke, och att hon därför lider i onödan.
- **Kulturell och traditionell dimension** - i vissa kulturer vill full information av denna typ undvikas vid svar sjukdom, men även om vi känner till detta på gruppnivå vet vi inte om just denna individ har samma uppfattning. Även om familjen uppger att Amina själv inte vill ha information, kan det ju vara så att patient och närstående har olika uppfattning och olika intressen, varför det kan vara bra att ordna en oberoende tolk för att försiktigt lyssna med Amina själv vilken information hon önskar. Om hon då uttrycker att hon vill veta, måste vi berätta. Om hon uttrycker att hon inte vill veta, får vi acceptera det och hitta en väg för att planera vård utan att hennes informerade samtycke (i alla fall i detalj).

BERTIL, 81 ÅR

BAKGRUND

Bertil Svensson är 81 år och bor sedan två år tillbaka på särskilt boende. Bertil drabbades av en svår depression när hans fru dog för tre år sedan. Han blev inlagd på psykiatrisk klinik pga suicidtankar och kom efter en vistelse på korttidsboende till Solgläntan där han nu bor. Han trivs bra och umgås gärna med de andra som bor på Solgläntan. Du arbetar som ST-läkare på Strandvägens vårdcentral, som ligger nära Solgläntan. Bertil är en av dina patienter och du träffade honom för två månader sedan för läkemedelsgenomgång. Bertil har hjärtsvikt, hypertoni, kronisk ischemisk hjärtsjukdom, förmaksflimmer, spinalstenos och har ganska god funktionsnivå, men behöver lite hjälp vid ADL och använder rullator vid gång. Vid besöket fann du att Bertil mådde bra, läkemedelsbehandlingen fungerade och han berättade att han träffat en ny kärlek på boendet.

Sista tiden sprider sig Covid-19 i samhället, och har även kommit på särskilda boenden. Du vet att covid-19 är extra riskfyllt för äldre multisjuka personer och vill därför göra en plan för Bertils vård i händelse av försämring av hans hälsotillstånd, ex insjuknande i covid-19. Eftersom du träffade Bertil senast får du i uppdrag att prata med honom, göra en plan och dokumentera i journalen.

FRÅGA 1

När du som läkare ska utforma en plan för Bertils vård, i händelse av insjuknande i covid-19. Vilka aspekter är då viktiga att ta hänsyn till? Utgå från juridiska, etiska och medicinska aspekter och förklara hur de tillämpas i Bertils fall.

SVAR 1

Aspekter att ta hänsyn till är bland annat:

- Sjukvårdens skyldighet att ge Bertil en god vård med trygghet, kontinuitet och säkerhet, som sker på lika villkor för alla och där patientens självbestämmande och integritet respekteras (tas upp i ex. Hälso- och sjukvårdslagen samt Patientlagen).
- Vården syftar till att göra gott och inte skada, respektera patientens autonomi och vara rättvis. För att kunna ta ställning till god vård behövs bland annat medicinsk kunskap om hälsotillstånd, risker, prognos, utredning, behandlings effektivitet mm.
- För att kunna planera en god och trygg vård behövs även kunskap om resurser och organisation.

FRÅGA 2

Beskriv vad du vill samtala med Bertil om inför utformande av en plan för hans vård.

SVAR 2

Du vill inför planering av Bertils vård få insikt i hur Bertil ser på sin livssituation och sin framtid, samt vad han själv vill i händelse av försämrat hälsotillstånd. Det kan vara bra att börja med öppna frågor till Bertil, såsom:

- Hur han har det?
- Hur han mår?
- Hur han uppfattar sin hälsa?
- Hur han tänker om framtiden

Du bör även informera om hur du ser på hans hälsosituation. Vilka risker han står inför och vad sjukvården då kan göra. Gör en samtidig bedömning av om Bertil verkar beslutsförmögen, dvs förstår information och kan resonera om konsekvenser. Involvera Bertil (om han vill) och hans uttryckta vilja i planering av möjliga alternativ får vård vid försämring.

BRITT-MARIE, 66 ÅR

BAKGRUND

Vid besök 6 månader senare noterar du, direkt när du ser Britt Marie, en kraftig viktnedgång. Hon berättar att hon de senaste månaderna haft återkommande smärtor i buken, ändrade avföringsvanor samt en viktnedgång på 8 kg. Aptiten har sjunkit rejält och hon har upprepade kräkningar. Hon tänkte att det nog rör sig om sammanväxningar som hon haft problem med tidigare, men börjar nu tro att det rör sig om något allvarligt. I status palperar du en resistens i vänster fossa och en förstorad lever.

Du misstänker att Britt-Marie drabbats av en allvarlig sjukdom och föreslår utredning. Britt Marie berättar att hon själv misstänkt det, men att hon inte vill utredas. Hon vill inte veta om hon har cancer och dessutom har tidigare utredningar varit jobbiga.

FRÅGA

Kan Britt-Marie vägra utredning och i så fall varför/varför inte? Motivera med juridiska och etiska aspekter.

SVAR

- **Juridiska aspekter** - Enligt Patientlagen får hälso- och sjukvård inte ges utan patientens samtycke, dvs en informerad och beslutsförmögen patient har rätt att tacka nej till vård. Dock förutsätter detta att patienten har fått full information om vad utredning (och att avstå utredning) innebär, att patienten förstår konsekvenserna av att avstå utredning och att du bedömer att hon är beslutsförmögen, ex. bedöms kognitivt tillräckligt orienterad, inte lida av allvarlig psykisk störning eller vara i kris.
- **Etiska aspekter** - Respekt för patientens självbestämmande (autonomi) innebär att Britt-Marie bör respekteras i sin önskan, men samtidigt finns en potentiell konflikt om du som läkare bedömer att utredning kan göra gott om resultatet innebär att hon kan få botande eller lindrande behandling mot en ev. sjukdom som upptäcks. Dock kanske utredningen kan vara plågsam för Britt-Marie som har dåliga erfarenheter sedan tidigare (att skada), kanske genom att ge upphov till av oro, utsatthet och fysiskt lidande. För att Britt-Marie ska kunna fatta ett autonomt beslut som ska respekteras bör hon ha fått anpassad fullständig information om utredningens praktiska aspekter, hur vården kan hjälpa till att mildra obehag, och vad utredningen kan medföra i form av behandlingsmöjligheter, men även vad konsekvenserna kan bli av att avstå utredning, och vilka alternativa behandlingsformer som då finns. Möjligen kan uppföljande samtal erbjudas för att stämma av att hon inte ändrat inställning.
- **Slutsats** - Förutsatt att Britt-Marie bedöms beslutsförmögen, har fått fullständig information om sina alternativ och fortsatt vägrar utredning, bör hennes vilja respekteras.

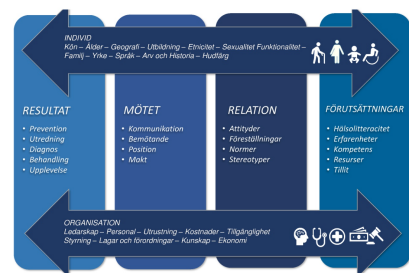
JÄMLIK VÅRD

VAD ÄR JÄMLIK VÅRD

Vård och behandling ska erbjudas på **lika villkor** och med likvärdigt bemötande till alla oavsett:

- Bostadsort
- Ålder
- Kön
- Funktionsvariation
- Utbildning
- Social ställning
- Födelseland
- Etnisk och religiös tillhörighet
- Sexuell läggning

OBS! DEIB står för **D**iversity (mångfald), **E**quity (rättvisa), **I**nclusion (inkludering) and **B**elonging (tillhörighet). Det har dykt upp som en grundpelare för affärs- och personalstrategier när företag och vården fokuserar på att bygga inkluderande arbetsplatser som driver hållbar tillväxt och innovation. I bilden till höger visas faktorer som kan påverka DEIB (jämlighet) inom hälso- och sjukvården.



TVÅ DIMENSIONER AV JÄMLIK VÅRD

- **Horisontell jämlighet** innebär att personer med lika behov av vård ska ges **likvärdig vård**. För att uppnå horisontell jämlighet ska det vara frånvaro av **omotiverade skillnader**.

Figur 2. Schematisk illustration av horisontell jämlighet mellan sjukdomsgrupper.



- **Vertikal jämlikhet** innebär att personer med **större behov ska prioriteras** framför dem med mindre behov och få en vård som anpassas efter deras behov. För att uppnå vertikal jämlikhet ska det finnas **motiverade skillnader**.

MOTIVERADE SKILLNADER

Motiverade skillnader i vård och vårdinsatser innebär att de kan förklaras genom skillnader i medicinska förutsättningar, vårdbehov eller patientens preferenser (samtycke).

OMOTIVERAD SKILLNAD

En skillnad i vård och behandling inom hälso- och sjukvården som INTE kan förklaras av något av följande:

- **Vårdbehov** - olika sjukdomar kräver olika behandlingar → motiverad skillnad
- **Medicinska förutsättningar** - olika individer svarar olika bra på ex. olika behandlingar
- **Samtycke** - vad tycker individen själv (ex. att patienten vill avstå behandling)

I mötet mellan vårdpersonal och patient kan det uppstå omotiverade skillnader mellan olika patient/befolkningsgrupper utifrån de sk. **diskrimineringsgrunderna**. Vården blir ojämlig om den inte anpassas efter, eller kompenserar för, patienternas olika förutsättningar i form av ålder, kön, funktionsvariation osv (se fler punkter ovan). Ett möjligt exempel på detta, i ett fall från en **tenta**, skulle kunna vara att Svea (74 år) automatiskt och enbart pga sin ålder blev avskriven som operationskandidat utan att hänsyn tagits till Svea som individ.

OBS! Omotiverade skillnader kan vara av olika grad, och de allvarligaste kallas **väsentliga skillnader**. Vad som klassas som en väsentlig skillnad baseras på skillnadens **storlek** (marginell eller markant) och **konsekvens** av utebliven insats → dessa skillnader blir särskilt omotiverade (utifrån evidensnivå och patienters preferenser).

GEOGRAFISKA SKILLNADER I VÅRD OCH VÅRDINSATSER

Skillnader i vård och vårdinsatser betyder inte automatiskt att vården är ojämlig. Det finns många skillnader inom vården som är önskvärda, som innebär att vi tar individuell hänsyn och som faktiskt är en förutsättning för jämlik vård. Vi måste därför **skilja på** skillnader och ojämlighet.

Geografiska skillnader beror på skillnader mellan hur olika regioner organiserar vården och i olika tillgång på medicinteknisk utrustning och specialistkompetens (tex multidisciplinära team eller kirurger som kan den nya metoden mm), vilket bland annat beror på regionernas finansiella situation. Tillgången till ny teknik bör vara jämlik över landet, men initialt saknas ofta evidensbaserade riktlinjer och utvecklingen är snabb. En viss variation mellan regioner/kliniker som vill vara "offensiva" respektive de som är mer "avvaktande" måste därför vara tillåten. Det är dock inte rimligt att enskilda aktörer intar en alltför extrem hållning, åt någondera håll.

OJÄMLIK HÄLSA OCH OJÄMLIK VÅRD

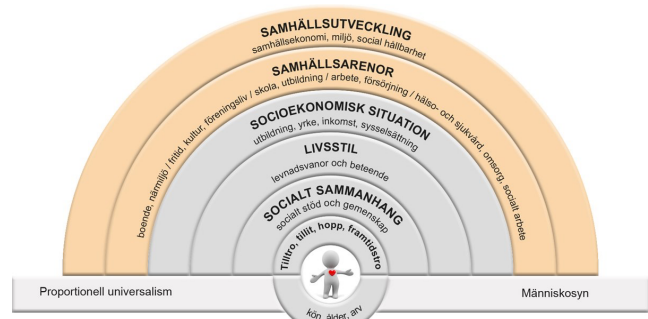
Under K3/T3 berördes begreppet **ojämlig hälsa**, som innebar systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position. Faktorer som spelar in är:

- | | |
|--------------------|----------------------|
| ● Socioekonomi | ● Funktionsvariation |
| ● Ålder | ● Utrikesfödda |
| ● Kön | ● Minoritetsgrupper |
| ● Sexuell läggning | ● Geografi |

Ojämlig vård har visat sig utgöra en del i grundproblematiken kring den ojämlika hälsa som idag kan uppmätas i vårt samhälle.

OJÄMLIK HÄLSA

Ojämlighet i hälsa uppkommer genom skillnader mellan sociala grupper i tillgången till ett antal sammankopplade och ömsesidigt förstärkande villkor och möjligheter, i ett samspel som sker över hela livet. I bilden till höger ses hälsans bestämningsdeterminanter, som presenteras i den oerhört fina solfjädermodellen (ger mig mardrömmar varje natt). Faktorer som finns placerade längre in i solfjädern ses som mer vitala för det mänskliga välmåendet.



OBS! Hälsö- och sjukvård finns inplacerad under "samhällsarenor" → är med och påverkar huruvida hälsan är jämlik eller inte.

Proportionell universalism är ett bra begrepp att känna till, vilket beskriver att samhällsinsatser behöver fördelas efter behov. Även fast en befolkningsstrategi riktar in sig till alla (universalism), så kommer behovet vara större i grupper med lägre social position → kräver mer omfattande insatser. Proportionell universalism innebär således **insats till alla, men i proportion till behovet**.

SOCIALA GRADIENTEN

Den sociala gradienten handlar om att för varje steg i hierarkin/sociala status-skalan man tar, så får man lite bättre hälsa på *grupp*nivå. Viktigt att observera är dock att grupperna är olika stora, vilket medför svårigheter i att studera statistik av denna typ. Exempelvis är antalet med enbart förgymnasial utbildning en väldigt liten andel i den svenska befolkningen idag.

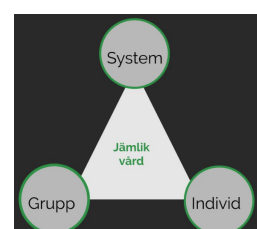


Det har i Sverige gjorts flera undersökningar kopplat till hälso- och sjukvård, där de inkluderade personerna delats in i grupper baserat på inkomst.

- **8 procentenheter** fler personer med hög inkomst sökte vård under 2019 i jämförelse med personer med låg inkomst → **bra** i förhållande till andra länder
- **3 procentenheter** fler med hög inkomst är vaccinerade mot influensa i jämförelse med de med låg inkomst → **dåligt** i förhållande till andra länder
- **35(!) procentenheter** fler med hög inkomst dök upp på deras screening för livmoderhalscancer i jämförelse med de med låg inkomst → **dåligt** i förhållande till andra länder

HINDER FÖR JÄMLIK VÅRD

Nedanstående punkter är exempel på hinder som påverkar arbetet mot en jämlik vård, där olika hinder kan uppstå på system-, grupp och individnivå. Texten är sammanvävd med punkter som kommer sidorna därefter, så om saker känns helt obegripliga försök igen efter några sidor till. Men det finns mycket stor risk att det fortsatt är obegripligt, men oddsden är litelitelite bättre iallafall.



Systemnivå

1. Ekonomi – Ekonomiska hinder för enskild patient

- a. Hur går vården runt ekonomiskt? Vi utgår ifrån Beverige modellen där alla har fri tillgång till vård – universal modellen. Utifrån denna delar man upp ansvaret och hur vårdenheterna tjänar pengar genom ersättningsmodeller:
 - **Fee-for-service** – promoterar mer vård av lägre kvalitet för att patienten skall återkomma.
 - **Kapitation** – lite vård med hög kvalitet. Utgör ca 80% av primärvården idag. Ersättningen beror inte på hur mycket du gör utan baseras på den grupp du förväntas att vårda. Adverse selection.
- b. Kontentan är att detta kan skilja sig mellan de olika systemen – det är regionerna själva som styr finansieringen av vården – vilket kommer att påverka innovation, jämlikhet, tillgänglighet, resursanvändning, kvalitet.
- c. När man tänker på finansieringen av vården skall man utgå från tre dimensioner: Population (hur många behöver vården), tjänster (vilken typ av vård erbjuds), direkta kostnader (vad betalar patienten för att tillgå vården)

2. Strukturella och lagliga faktorer

- a. Administrativa hinder
- b. Öppettider
- c. Geografi - tätort kontra landsbygd
- d. Utformning av lokaler och miljöer - tillgång till hiss, utformning av skyltning

GRUPPNIVÅ

1. Kultur – Diskriminerande hinder

- Kulturer är en dynamisk samhällsstruktur i form av normer och beteenden. Kultur inkluderar språk, religion, familjemönster, livscykelstadier såväl som moraliska och juridiska system.
- Hur ska vi jobba med kulturer? Kulturell medvetenhet innebär att vi utgår ifrån frågor i stället för antaganden – vi skall vara nyfikna, uppmärksamma på egna antaganden och ha hög reflexivitet.

2. Normer – diskriminerande hinder

- Normer innebär att vi har en bild av vad som är normalt i ett samhälle, och det som inte passar in i den bilden bedöms som icke-normativt. Detta utgår ifrån diskrimineringsgrunderna och genusbias.
 - Genusbias kan visa sig som: tar inte hänsyn till biologiska könsskillnader, anta biologiska skillnader där det INTE finns.
- Hur ska vi jobba med normer? Genom att ha ett medvetet förhållningssätt till normer och granska sig själv i hur man förhåller sig till dem har man tagit ett första bra kliv. Kännedomen om normativ problematik på gruppnivå kan vi på ett bättre sätt att möta varje patient på individnivå
 - Hur är man normmedveten? Synliggöra, ifrågasätta, hitta strategier för förändring

INDIVIDER OCH DERAS FÖRUTSÄTTNINGAR

1. Språk

2. Kunskap och förståelse – hälsolitteracitet

- a. Hälsolitteracitet innebär en persons förmåga att ta till sig, förstå, kommunicera och värdera och använda sig av hälsoinformation. Inte ett statiskt tillstånd utan kan förändras utifrån tillförd kunskap, geografi och kultur.

- i. I och med att det inte är statistiskt **kan tidigare erfarenheter (tillit)**, aktuella mående och sjukdom påverka patientens förmåga att få tag på, förstå, värdera, kommunicera och använda sig av hälsoinformation.
- ii. Kom ihåg att öka någons hälsolitteracitet kan ses som en empowermentstrategi
- iii. Hälsolitteracitet är av stor betydelse för vårdresultatet.
- iv. Avsluta möten med öppna frågor som: vad har du för frågor till mig i stället för har du några frågor till mig. Eller ” kan du berätta för mig vad vi har kommit fram till idag”

TENTAFRÅGOR SOM BERÖR DETTA

BRITT-MARIE, 63 ÅR

BAKGRUND

En vecka senare får du en remiss från sjukhuset eftersom Britt Marie skrivits ut till hemmet. Man har gjort en del läkemedelsjusteringar, till exempel bytt ut måltidsinsulin mot annat antidiabetikum som hon tar en gång per vecka. Man har också gjort en vårdplanering och kopplat in hemtjänsten som kommer att hjälpa henne med läkemedel och matdistribution. Du blir nu kontaktad av hemtjänsten då Britt Marie inte vill hämta ut den nya medicinen då den är dyr. Hon vill ha tillbaka insulinet som var gratis. Du berättar för Britt-Marie om möjligheten att kontakta Socialtjänsten för att få hjälp med läkemedelskostnader.

FRÅGA

Identifiera tre möjliga hinder av olika karaktär, utöver ekonomi, för att Britt-Marie ska få en god och jämlik vård. Utgå från det du vet om Britt-Maries situation och historia för att identifiera dessa hinder, resonera kring vad de består i och vad de får för konsekvenser.

SVAR

- **Administrativa hinder** – Under den tid Britt-Marie saknar bostadsadress kan detta utgöra ett hinder för att hon ska få den vård hon behöver, t ex genom att hon inte nås av brev, bokade tider etc. Att det saknas information i patientjournalen utifrån att Britt-Marie är nyinflyttad kan också utgöra ett hinder då viktig kunskap kring hennes tidigare hälsotillstånd och vård inte är tillgänglig.
- **Tillitshinder** – Britt-Maries tidigare erfarenheter och upplevelser från hälso- och sjukvården kan påverka hennes tillit till vården, vilket i sin tur kan påverka både hennes benägenhet att söka vård men också genomförande av behandling och andra insatser.
- **Diskriminerande hinder** – Diskriminerande normer och värderingar kring t ex alkoholberoende eller hemlöshet kan påverka vilken vård Britt-Marie erbjuds.

SYSTEMNIVÅ

Beroende på hur hälso- och sjukvården är utformat som system kommer jämlikheten att påverkas, och fyra punkter som påverkar ett system är:

- Lagstiftningar och regelverk
- Avtal
- Kunskapsstyrning
- Ersättningsmodeller

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS FINANSIERING

Olika länder har olika strategier (och kombinationer av strategier) för hur resurser inom vården ska fördelas, där respektive strategi har en potentiell indirekt påverkan på vårdens innehåll och fördelning. Bra begrepp att känna till är:

- **Moral hazard** - en situation där en ekonomisk aktör har ett incitament att öka sin riskexponering eftersom den inte bär hela kostnaderna för den risken. Till exempel, när en patient är försäkrad, kan denne ta en högre risk med vetskapen om att dess försäkring kommer att betala de tillhörande kostnaderna. En moral hazard (moralisk risk) kan uppstå när den risktagande partens agerande förändras till den kostnadsbärande partens nackdel efter att en finansiell transaktion har ägt rum.
- **Adverse selection** - en marknadssituation där köpare och säljare har olika information. Resultatet är att deltagare med nyckelinformation kan delta selektivt i affärer på bekostnad av andra parter som inte har samma information. Ett exempel på detta är att sjukförsäkringsbolag kommer att fiska efter så friska kunder som möjligt, så att inkomsten blir hög medan utgiften låg.

FYRA STORA VÅRDSYSTEMSMODELLER

- **Beveridgemodellen**
 - Den Sverige och flera skandinaviska länder använder
 - Staten agerar som enskild betalare och utövare, vilket eliminerar konkurrens samt håller priserna nere
 - Finansieras via skatter
- **Bismarckmodellen**
 - Används i Tyskland, Belgien och Schweiz
 - Arbetsgivare och anställda finansierar sjukförsäkringen via "sjukkassorna"
 - Utövarna är i allmänhet privata
- **The National Health Insurance Model**
 - Används i bland annat Kanada och Sydkorea
 - En blandning mellan Beveridge och Bismarck
 - En universell försäkring (utan syfte att gå med vinst)
- **The Out-of-Pocket Model**
 - Används i bland annat USA, Kina och Sydamerika
 - Är en form av marknadsdriven hälso- och sjukvård

ERSÄTTNINGSMODELLER

Ersättningsmodeller är ett av flera styrinstrument som kan användas för att uppnå övergripande mål inom vårdvalet. Två kända ersättningsmodeller är:

- **Fee-for-Service**
 - Betalning varje gång en tjänst tillhandahålls → mer pengar desto mer du gör, vilket gör att det för vården lönar sig att vårda många (men kanske lite slarvigare).
 - Hur mycket varje "service" kostar kan i sin tur delas upp i undergrupper av denna ersättningsmodell:
 - Kostnadsbaserad → patienten betalar den faktiska kostnaden för ingreppet
 - Avgiftsbaserad → patienten betalar ett förutbestämt pris för ingreppet
- **Kapitation**
 - Ersättningen beror inte på hur mycket du gör, utan baseras på den grupp du "förväntas" att vårda. Oavsett om du vårdar fler eller färre än det "förväntade" får du samma summa pengar → dessa lönas av adverse selection (att hitta en frisk grupp).

EFFEKTER AV ERSÄTTNINGSSYSTEM

Olika ersättningssystem har visat sig ha inverkan på:

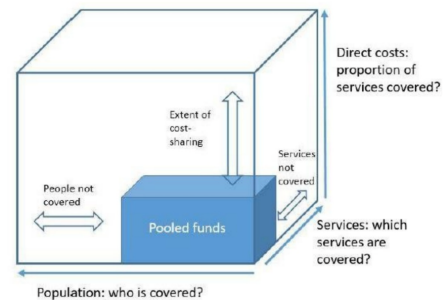
- Resursanvändning, produktion och kostnader
- Lika tillgång till vård
- Kvalitet
- Risk för manipulation
- Innovation (motivation)

OBS! Poängen är att det system och den ersättningsmodell samhället väljer att använda sig av kommer att skapa ojämlikheter. Vi bör även känna till att det finns bättre och sämre ersättningsmodeller, sett till att skapa förutsättningar för en jämlik vård.

TRE DIMENSIONER AV EKONOMISKT SJUKVÅRDSSKYDD

På de tre axlarna ses:

- **Population** - vilka täcks av försäkringen?
- **Tjänster** - vilka tjänster täcks av försäkringen? Ex. är tandvård för vuxna i Sverige inte inkluderat
- **Direkta kostnader** - hur mycket måste patienterna betala själva?



VAD ÄR DET SOM PÅVERKAR HUR VI BYGGER SYSTEMET?

KULTUR

Kultur handlar om normer och beteenden som lärs in och förs vidare över generationerna. Kultur inkluderar språk, religion och andlighet, familjemönster, livscykelstadier och vanor såväl som moraliska och juridiska system. Kulturer är öppna, dynamiska system som kontinuerligt förändras över tid; i vår samtida värld möter de flesta individer och grupper ett flertal olika kulturer som de använder för att forma sin egna identitet och göra tillvaron begriplig.

En viktig aspekt att ha i åtanke vid ett **vårdmöte** är att det även kan ses som ett **kulturmöte**. Alla människor är en del av flera kulturer som samspelar i olika sammanhang. Det som är intressant är dock inte vad kulturell tillhörighet är utan hur det påverkar människors handlingar och handlingsutrymme, och hur kulturella uttryck påverkar mötet mellan människor.

Hur kan vi då jobba med kulturer? Kulturell medvetenhet innebär att utgå från frågor istället för antaganden, vilket bygger på nyfikenhet, självkännedom och reflexivitet (iaktta sig själv i förhållande till omvärlden).

NORMER

Normer bygger på idén om normalitet och avvikelse, och därmed skapar normer hierarkier där somliga ges och tar sig rätten att benämna, betrakta och behandla andra som avvikande och möjliga att ifrågasätta. Bra begrepp att känna till, som kan skapa olika former av normer är **diskrimineringsgrunder** (syns i bilden till höger) och **genusbias**.

kategori	norm	missgynnad grupp	förtryck
kön	mansnorm	kvinnor, icke-män	sexism
etnicitet/hudfärg	vitetsnormen	icke-vita/rasifierade	rasism
funktion	funktionsnorm	funktionsperson	funkofobi
sexualitet	heteronorm	homo, bi, queer	homofobi
könsidentitet	cisnorm	transperson	transfobi, cissexism
ålder	varierar	varierar	ålderism
religion	kristen värdegrund	t.ex. muslimer	t.ex. islamofobi

Genusbias är ett begrepp för att beskriva den omedvetna felbehandling som kan orsakas av våra föreställningar om kön. Medvetenhet kring detta är viktigt för att motverka denna typ av felbehandling. Det kan handla om såväl föreställningar om



kvinnligt och manligt som om bristande kunskaper kring kvinnors och mäns biologi. Genusbias kan därmed beskrivas ge upphov till följande risker:

- Att bortse från biologiska könsskillnader där de har betydelse
- Att anta biologiska könsskillnader där de inte finns.
- Att bortse från sociala och strukturella skillnader mellan könen där de har betydelse
- Att anta sociala och strukturella skillnader mellan könen där de inte finns

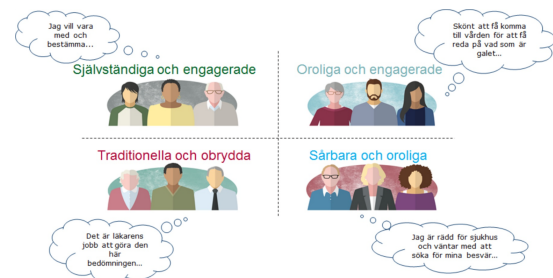
Hur kan vi jobba med normer? Normmedvetet förhållningssätt innebär en medvetenhet om problematik på gruppnivå utifrån olika normer, och kännedom om hur de kan påverka enskilda människor tillsammans med en strävan efter att möta varje patient på individnivå (**tentafråga**). Ett normmedvetet förhållningssätt inkluderar:

- Synliggöra normer
- Synliggöra privilegier
- Ifrågasätta normer
- Hitta strategier för förändring

OBS! Kärnan till normkritiken är att fundera över vad det är vi förmedlar, både medvetet och omedvetet, samt att ta hänsyn till både individ OCH grupp. Att få syn på normer kan vara oerhört svårt, och allra främst om en själv står mitt i dem → ljus till hyn, född i det land en bor i, hög utbildning samt pratar det nationella språket.

GRUPPNIVÅ

Vid undersökning av vad folk önskar att få ut i kontakt med hälso- och sjukvården kunde fyra grupper urskiljas (vilka ses i bilden till höger). Den största gruppen visade sig vara **”självständiga och engagerade”**, medan en ytterst liten andel tillhörde **”sårbara och oroliga”**. Viktigt att poängtera är dock att vi aldrig kan veta vilken av de olika grupperna en individ tillhör, och att det därför är viktigt i patientmötet att känna in och lägga tanke vid vad det är för en patient du har framför dig → tänk INTE one size fits all.



En oflekterad föreställning av en individs/grupps hälsolitteracitet (kommer nedan) kan innebära en risk i patientmötet, då detta antagande kan påverka hur mycket/lite information som ges i patientmötet. Detta medför en risk att det behov av information som finns inte möts. Ett sätt att minska denna risk är att fråga patienten vad hen känner till om det du vill informera om och vad hen önskar vet (**tentafråga**).

INDIVIDER OCH DERAS FÖRUTSÄTTNINGAR

HÄLSOLITTERACITET

Innebär förmågan att få tag på, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att bibehålla och förbättra sin hälsa. Hälften av befolkningen upplever svårigheter i att förstå det språk som används inom hälso- och sjukvården, och andelen är högre, samt svårigheterna mer uttalade, vid **låg SES** eller vid **annat modersmål** än svenska (extra viktigt med tolk i dessa lägen). En **hälsolitterat organisation** är en organisation som jobbar med att göra det enkelt för människor att navigera, förstå och använda information och tjänster för att kunna ta hand om sin hälsa.

En individs hälsolitteracitet kan variera genom livet och i olika sammanhang, vilket gör att en patients **sjukdom**, **aktuella mående** och **tidigare erfarenheter** av hälso- och sjukvården (tillit) påverkar patientens förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda sig av hälsoinformation. Ett bra sätt för att ta reda på om patienten förstått vad som sagts under mötet kan vara genom att ställa frågan **”kan inte du berätta vad vi**

kommit fram till idag?”, vilket är en bättre formulering än “har du förstått?”. En annan bra fråga att ställa kan vara “vilka frågor har du nu innan du går hem?”, vilket är en bättre formulering än “har du några frågor?”.

OBS! Det är välkänt att individens hälsolitteracitet kan ha betydelse för vårdresultatet. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården gör det så enkelt som möjligt för patienten att hitta, förstå och använda relevant hälsoinformation

ETISKA PLATTFORMEN

- **Människovärdesprincipen** - alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Denna princip bygger på frånvaro av omotiverade skillnader.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen** - resurserna bör satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven. Denna princip bygger istället på motiverade skillnader, att förhållandevis mer resurser ska ges till dem som har ett större vårdbehov.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen** - vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet, eftersträvas.

YRKESETISKA KODER

- (1) Läkaren ska i sin gärning alltid ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta.
- (6) Läkaren ska aldrig frånga principen om människors lika värde och aldrig utsätta en patient för diskriminerande behandling eller bemötande.
- (17) Läkaren ska i sin gärning bidra till att medicinska resurser används på bästa sätt till gagn för patienterna. Läkaren ska aldrig medverka till otillbörlig prioritering av enskilda patienter eller patientgrupper eller till att ge dem otillbörlig ekonomisk eller annan fördel.

HUR VET VI OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN ÄR JÄMLIK?

Varför mäter vi?

Kontinuerligt genomförs mätningar av jämlik vård i syfte att bidra till forskning och utveckling. Att mäta kan även ha en indirekt påverkan, då klinikerna som ingår blir varse om det som mäts exempelvis görs eller inte → många kliniker sätter in åtgärder just för den faktorn.

Vad mäter vi?

- **Processmått** - insatser som görs, såsom antal undersökningar, blodtryckskontroller osv. Är processen pålitlig och effektiv?
- **Utfallsmått** - läge efter insatser, såsom patientnöjdhet, mortalitet, återinläggningar osv. Vad har vårdbesöket betytt för patienten, både somatiskt och psykiskt.
- **Det “icke-mätbara”** - kvalitativa metoder används för att undersöka patienternas upplevelser av vården.

Jämlik vård?

Vid analys av mätningarna kan både primärdata (information utredaren själv samlat in) och sekundärdata (information utredaren INTE själv samlat in) användas för att studera orsakssamband och korrelationer. Detta

används sedan för att studera hur exempelvis mortalitet, riskfaktorer, livskvalitet och "nöjdhet" fördelar sig mellan olika grupper av patienter och/eller befolkningen?

DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS

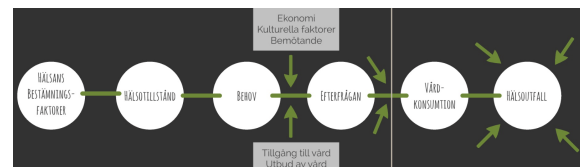
DALY står för Disability adjusted life years, och är ett kombinerat mått som illustrerar ohälsa/sjukdomsbörda hos en population genom att kombinera summan av år som förlorats pga funktionsnedsättning (years lost to disability, YLD) och för tidig död (years of life lost, YLL).

DALYs kan användas för att avgöra i vilken utsträckning patienter med en viss sjukdom på gruppnivå får en jämlik vård. Detta görs genom att DALYs är ett mått på vilken sjukdomsbörda en viss sjukdom orsakar i en befolkning. Detta ger värdefull information för att avgöra vilket vårdbehov som föreligger i befolkningen, vilket i sin tur är en grund för att avgöra i vilken utsträckning vården är jämlik.

INVÅNARNAS FÖRTROENDE FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

OJÄMLIK VÅRD

Ojämlig vård förekommer både utifrån vilka som får/tar kontakt med hälso- och sjukvården, samt vilken insats de då får ta del av. Dessa två aspekter skiljs åt genom det vita strecket i bilden.



En aspekt som påverkar den vänstra delen av bilden, alltså huruvida människor söker vård för sina behov, är **förtroende**. Individer som sedan tidigare blivit omhändertagna av vården kan ha både positiva och negativa erfarenheter av vården, precis som folk från andra kulturer kan se på hälso- och sjukvård från ett annat perspektiv mot vad vi gör här i Sverige. Genom att studera "förtroende för vården" mellan landets olika regioner observeras det snabbt att det finns stora skillnader → personer i vissa regioner löper ökad risk för exempelvis mortalitet i hjärtinfarkt, till följd av att de väljer att inte söka vård.

OBS! 40% av de transpersoner som besvarade FHM enkät 2015 hade skjutit upp att söka vård på grund av oro för dåligt bemötande.

EHÄLSA OCH EMPOWERMENT

Hälsa syftar på ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, där ehälsa innebär att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa. Till ehälsa hör därför:

- Nya sätt att inhämta och dela information
- Nya arbetssätt för att uppnå eller bibehålla hälsa
- Ökad patientdelaktighet och eget ansvar

DEFINITIONER

- **Empowerment (egenmakt)** - syftar till graden av makt över sin egen förmåga att förändra och leva sitt liv.
- **Patientcentrering** - i dagsläget är fokus inom vården att jobba patientcentrerat, vilket bygger på att först ta reda på vad patienten redan vet och vilka föreställningar patienten har → vårdpersonalen anpassar utifrån detta sina förklaringar av situationen. Patientcentrering syftar även till att patienten

ska ses som en fullvärdig partner i vården, där dennes perspektiv på vad som har mest betydelse primärt ska respekteras. Utifrån detta perspektiv planeras och genomförs sedan vården.

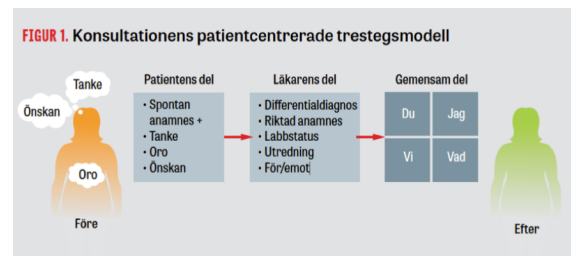
- **Internetinformerad patient** - en patient som innan eller efter besök hos vården läser på sina besvär. Ett närliggande begrepp är **ehälsolitteracitet**, som syftar på en persons förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda sig av hälsoinformation på nätet. Bilden till höger anger några sätt som ehälsolitteracitet kan mätas på.

- Jag vet vilken hälsoinformation som finns på internet
- Jag vet var på internet jag kan hitta användbar hälsoinformation
- Jag vet hur jag kan få tag på användbar hälsoinformation på internet
- Jag vet hur jag ska använda internet för att få svar på mina hälsofrågor.
- Jag vet hur jag ska använda hälsoinformationen som jag hittar på internet för att få hjälp
- Jag har tillräckliga kunskaper för att bedöma om hälsoinformationen som jag hittar på internet går att lita på
- Jag kan skilja på hög och låg kvalitet när det gäller hälsoinformation på internet
- Jag litar på min förmåga att använda hälsoinformation på internet för att ta beslut som har med hälsa att göra

MER OM PATIENTCENTRERING

Nya digitala hjälpmedel kommer med tiden att bli allt vanligare, både för personal och patienter. Dessa kommer säkerligen kunna underlätta kontakt, förbättrade patientjournaler, introduktion av kliniska beslutsstöd och AI. I och med detta kommer ehälsa successivt påverka de dagliga **arbetssätten**, men även **relationen** mellan patient och personal. Patientens egna insikt och delaktighet i vården kommer kunna öka, vilket förändrar kommunikationen i mötet.

- Ökad tillgång till journaler kommer öka patientens insikt i sin egen prognos, samtidigt som det kommer ställas högre krav på vårdens formuleringar.
- Ökad tillgång till information på nätet kommer kunna medföra att patienten är bättre förberedd inför mötet med läkare, samtidigt som det kan medföra att fler komplicerade och irrelevanta frågor ställs (tar tid).



“De professionella” inom hälso- och sjukvården är specialister på medicinska insatser, men viktigt att tänka på är att patienten är specialist på sitt eget liv. Att vara professionell innebär att kunna arbeta i partnerskap med patienten, utan att abdikera från uppdraget och ansvaret att vara medicinsk beslutsfattare. Vi ska därför:

- Stödja patientens egen kontroll över sin hälsa
- Stödja patientens delaktighet, autonomi och integritet

OBS! Målet med ehälsa är en säkrare, effektivare och mer patientcentrerad behandling.

MER OM INTERNETINFORMERAD PATIENT

Att en patient kan söka upp information både innan och efter besök hos vården medför både möjliga positiva effekter, samt risker:

- **Positiva effekter**
 - En förberedd patient kan ställa mer specifika frågor om sjukdomen och behandlingen
 - Läkaren kan väga in patientens kunskap och förståelse i sina svar till patienten
 - Ökat engagemang i sin egen hälsa och behandling?
 - Ökad följsamhet till (gemensamt) fattade beslut
- **Risker**
 - Vårdgivaren känner sig ifrågasatt (hotar auktoritet)
 - Vårdgivaren känner mindre inflytande över beslut
 - Patienten känner onödig oro
 - Patienten kräver onödig eller skadlig vård

OBS! Ehälsa kan på detta sätt utmana den traditionella maktbalansen mellan patient och profession, men där den internetinformerade patienten kan bidra till en större patientcentrering med större följsamhet till vård och behandling.

INFORMATION OVERLOAD

Patienter upplever ofta en "information overload" vid läkarkonsultationer, där de nästan går ut med fler frågetecken än de kom in. Möjligheten att själva enkelt via internet kunna läsa om sin sjukdom och behandling efter möte med sin läkare ger patienten en känsla av bättre kontroll över sin situation. Därför kan det vara av stort värde att som läkare kunna hänvisa till bra informationskällor, men det kräver då att läkaren är uppdaterad på detta.

Ett stort OBS!!! med information på nätet är dock att det finns mycket dålig och felaktig information, samt att det kan vara svårt för patienten att tolka även korrekt information.

PREVENTION OCH BEHANDLING MED MOBILEN

APPAR

Det finns idag ett flertal hälsoappar, där patienter själva bland annat kan registrera sin data (ex. fysisk träning) och på så vis både förbättra sin hälsa samt förebygga sjukdom i den mån att patienter tar ett större ansvar för egenvård och empowerment. I de lägen vården hänvisar till detta är i samband med:

- Behandling av psykiska sjukdomar
- Rehabiliteringsprogram
- Råd om egenvård
- Sjukdomsspecifik information

OBS! Det finns även ett flertal patientforum, där patienter i samma sits kan lära av varandra samt känna tillhörighet.

EGENMÄTNINGAR

Med egenmätning menas när en individ mäter personliga data (ex. hälsa, motion och sömn) med hjälp av kroppsna och bärbar utrustning. Mätningen kan ske genom smarta mobiler eller klockor, aktivitetsarmband, kläder eller andra produkter med sensorer. Det finns flera både för- och nackdelar med att samla information på detta vis, och dessa nämns i bilderna till höger. Rent översiktligt används dock egenmätning för:

- Främja ett hälsosamt beteende
- Tidigt upptäcka tecken på sjukdom
- Följa ett sjukdomsförlopp för att öka förståelsen och förbättra behandlingen

Tabell 1 Friska personer som använder egenmätningar i hälsofrämjande syfte

Möjliga fördelar	Möjliga nackdelar
Hälsosamt beteende främjas	Känsla av övervakning och psykisk belastning
Kan leda till bättre hälsa, livskvalitet och starkt självkänsla	Kan leda till ett överdrivet fokus på en "hälso-sam" invest. kropp- och beteendedeal
Ger ökad kunskap om och kontroll av den egna kroppen och det egna beteendet	Personen har ingen kontroll över "egna" data, risk för integritetskränkning och otillbörlig användning av data av extern part

Tabell 2 Personer som använder egenmätningar vid sjukdom (eller misstänkt sjukdom)

Möjliga fördelar	Möjliga nackdelar
Allmänt hälsosamt beteende främjas	Risk för negativ känsla av kontroll och övervakning
Tidig upptäckt av sjukdom och bättre förståelse för och hantering av sin sjukdom	Risk för medialisering och överdrivet fokus på mätning
Gynnsamma medicinska effekter vid långvarig sjukdom med bättre behandlingsresultat och minskad risk för komplikationer	Risk för felaktigheter och felaktigheter av registrerade värden
Självständighet och trygghet stärks	Risk för känsla av övermåttat ansvar
Självkänslan stärks, ökad kontroll över den egna kroppen och sjukdomen	Risk för orättvis tillgång till egenmätningar
Patienten får en starkt position i vården	Risk för integritetskränkning och otillbörlig användning av data av extern part
Samarbete och utbyte av kunskap på nätet mellan patienter som genomför egenmätningar	

Tabell 3 Hälso- och sjukvården och dess personal

Möjliga fördelar	Möjliga nackdelar
Nytt effektivt verktyg i det befolkningsinriktade förebyggande arbetet	Ökad belastning på vården på pga. falska larm från egenmätningar och ökat behov av att diskutera resultat av egenmätningar som inte är motiverade ur hälso- eller sjukvårdsperspektiv
Möten med mer självständiga patienter som bidrar till vårdens kvalitet	Datafimering, risk för att den verkliga patienten kommer i skuggan av den digitaliserade
Minskad belastning på vården när egenmätningar ersätter provtagningar och när patienterna får bättre förutsättningar att förstå och själva skatta sina sjukdomar	Bräckligt vetenskapligt underlag för vårdinsatser till följd av egenmätningar
Möjlighet att egenmätningar kan avlasta vården och därigenom bidra till bättre hållning med personella och ekonomiska resurser	Bräckligt underlag för effekter av egenmätningar för olika sjukdomsområden och patientgrupper och därmed svårigheter att prioritera

VAD KAN VI SOM LÄKARE GÖRA?

Vi behöver hjälpa befolkningen att vara källkritiska när det gäller information om hälsa och vår, och för att vi ska behålla patienternas förtroendet är det inte en lösning att avfärda all medicinsk information som finns på internet som skräp, utan som läkare behöver vi ha en viss (uppdaterad) koll på vad som finns därute.

GÖRA GOTT/INTE SKADA

FYRA PRINCIPER

Nedanstående två principer, tillsammans med autonomiprincipen och rättvisepincipen, utgör utgångspunkterna vid **etisk analys**, där de måste vägas mot varandra vid konflikt.

GODHETSPRINCIPEN

Detta är en positiv princip, som säger **vad som bör göras**. Exempel på detta inom vården är:

- Främja människors hälsa och livskvalitet
- Minska lidande

För vem/vilka ska vi göra gott?

- **Patienten** - i fokus
- **Närstående** - vår behandling av patienten påverkar även dessa
- **Samhället** - via behandling kan vi ex. reducera en smittspridning, vilket skyddar större grupper

OBS! Denna princip utgör grunden för vård och medicinsk forskning.

ICKE-SKADAPRINCIPEN

Detta är i motsats en negativ princip, som säger **vad som INTE bör göras**. Exempel på detta inom vården är:

- Undvika att orsaka obehag, skador, risker och död
- Minimera oundvikliga obehag, skador och risker
- Skada måste kunna rättfärdigas

DEN STÄNDIGA AVVÄGNINGEN

Det förekommer ständigt en spänning mellan att göra gott och inte skada, där nytta måste vägas mot just risk, skada och obehag (både för enskilda individer inom vård, men även för grupper inom forskning). Det måste även tas en tankeställare kring vad "göra gott" avser... syftar det på patientens hälsa, livskvalitet eller livslängd? I en tenta får vi träffa en patient som via blodprover uppvisat sig ha höga blodfetter, och du som student ombeds resonera kring för- och nackdelar med att sätta in behandling mot detta:

- **Godhetsprincipen** - minskar risken för framtida sjukdom
- **Icke-skadapprincipen** - kan leda till att hon får ta en medicin resten av livet som hon inte med säkerhet som enskild individ har någon nytta av, utan kanske bara får biverkningar av



Två begrepp som är viktiga att kunna särskilja är:

- **Fakta** - vilka är nyttorna och riskerna med en behandling?
- **Värde** - är nyttan värd risken?

VÅRD EFTER BEHOV

Det är viktigt att kunna skilja på vårdbehov och önskemål om vård, där en spänning kan uppstå mellan patientens behov och önskemål.

- **Vårdbehov** - patienten erbjuds en behandling denne behöver för att bli frisk, men har all rätt att tacka nej

- **Önskemål om vård** - patienten vill ha antibiotika, men din medicinska bedömning är att hen inte har behov av det