



AKADEMIN FÖR TEKNIK OCH MILJÖ
Avdelningen för datavetenskap och samhällsbyggnad

Vad är egentligen meningen med att läggas in på sjukhus?

Beslut om fortsatt vård efter ett akutbesök utifrån ett
värdefokuserat tankesätt

2023
Katrin Hruska

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp
Besluts-, risk- och policyanalys
Magisterprogram i besluts-, risk- och policyanalys

Handledare: Ulla Ahonen-Jonnarth
Examinator: Magnus Hjelmblom

Förord

Under hela min läkarutbildning deltog jag i en studie om hur läkarstudenter utvecklar sin professionella roll. En forskare i pedagogik deltog vid flera tillfällen i mina patientmöten och jag fick förklara hur jag tänkte. Jag förstod inte varför det var intressant. Tänkte vi inte alla på samma sätt? Hon förklarade att vi inte gjorde det och att mitt synsätt var ganska ovanligt. Jag hade varit färdig läkare i 12 år när jag läste utdrag från den studien. Det var tankeväckande och lite sorgligt att inse hur den frustration jag då upplevde av att vården inte utgick ifrån patienternas komplexa behov funnits hos mig redan som läkarstudent.

De akutläkare jag har intervjuat i den här studien ger alla uttryck för samma värderingar som jag gjorde i den studie jag deltog i. När man står med en människa framför sig ser man till hennes akuta behov av medicinsk vård och omsorg som en helhet och försöker att hitta det bästa alternativet för att möta de behoven. Samtidigt värnar man om akutmottagningen och övriga sjukvårdens möjligheter att tillgodose akuta behov hos resten av befolkningen. Dessa motstridiga mål är svåra att hantera, men situationen är också en beslutsmöjlighet där det borde vara möjligt att erbjuda alternativ för fortsatt vård som utgår ifrån de mål man har för patienten och för akuten.

Jag är tacksam för att deltagarna i studien så öppenjärtigt och generöst valt att dela med sig av sina tankar och värderingar. Jag vill också tacka min handledare Ullas Ahonen-Jonnarth för hennes tålamod och alltid så konkreta och stimulerande återkoppling på mitt arbete.

Sammanfattning

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska sjukhusvård finnas tillgänglig när så krävs, men det finns inga tydliga riktlinjer för när detta gäller. Tidigare studier visar att många patienter läggs in på sjukhus trots avsaknad av medicinsk indikation. Syftet med studien var att studera vilka mål specialistläkare i akutsjukvård (akutläkare) vill uppnå med ett beslut om fortsatt vård efter en bedömning på akutmottagningen och att skapa en målstruktur för beslutet om fortsatt vård. Tretton akutläkare intervjuades individuellt. Utifrån en innehållsanalys av intervjuerna skapades en målstruktur för beslutet om fortsatt vård. Denna diskuterades och utvecklades i fyra gruppdiskussioner med samma akutläkare. Resultatet visade att akutläkarnas mål är att maximera patientens hälsa, maximera jämlikheten i vården och att maximera patientens nöjdhet med föreslaget alternativ. I patientens hälsa ingår att minimera risk för död, minimera sjuklighet och maximera välbefinnande, som i sin tur består av att maximera trygghet, trivsel och bekvämlighet respektive minimera lidande. Målet att maximera jämlikheten i vården delades upp i att maximera jämlikheten på akutmottagningen, inom slutenvården respektive inom övriga sjukvården. Målstrukturen visualiserar fundamentala och instrumentella mål och kan användas för att synliggöra målkonflikter och möjliggöra en diskussion om nödvändiga avvägningar.

Abstract

According to the Swedish Health and Medical Care Act, in-hospital care should be provided when required, but there exist no clear guidelines on when this is applicable. Previous research has shown that many patients are admitted to hospital despite no medical indication. The aim of this study was to describe what objectives of emergency physicians when making a disposition decision in the emergency department, and to create a structure of fundamental and means objectives for this decision. Thirteen emergency physicians were interviewed individually, and a content analysis was conducted. This resulted in a structure of objectives for the disposition decision. This structure was discussed and elaborated during four group discussions with the same emergency physicians. The results show that the fundamental objectives of emergency physicians are: maximizing patient health, maximizing health equity and maximizing patient satisfaction with the suggested alternative. Patient health consists of minimizing risk of death, minimizing morbidity and maximizing patient wellbeing, which in turn consisted of maximizing sense of safety/security, maximizing sense of comfort and minimizing suffering. The objective of maximizing equity in health care comprised maximizing equity in the emergency department, in in-hospital care and in the rest of the health care system. The study yielded a structure of fundamental and means objectives that can be used to visualize potential conflicts of objectives and facilitate a discussion on necessary trade-offs.

Innehållsförteckning

<u>1</u>	<u>Introduktion</u>	<u>1</u>
	<u>1.1 Beslut om fortsatt vård</u>	<u>5</u>
	<u>1.2 Akutläkare</u>	<u>5</u>
	<u>1.3 Beslut om fortsatt vård som beslutsproblem</u>	<u>6</u>
	<u>1.4 Hälsa- och sjukvårdens mål och styrning</u>	<u>7</u>
	<u>1.5 Syfte</u>	<u>8</u>
<u>2</u>	<u>Teoretiskt ramverk</u>	<u>8</u>
	<u>2.1 Beslutsanalys</u>	<u>9</u>
	<u>2.2 Värden, värderingar och values</u>	<u>9</u>
	<u>2.3 Att identifiera mål</u>	<u>10</u>
	<u>2.4 Delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården</u>	<u>10</u>
<u>3</u>	<u>Metod</u>	<u>11</u>
	<u>3.1 Urval</u>	<u>12</u>
	<u>3.2 Datainsamling</u>	<u>13</u>
	<u>3.3 Innehållsanalys</u>	<u>13</u>
	<u>3.4 Gruppdiskussioner</u>	<u>13</u>
	<u>3.5 Etiska överväganden</u>	<u>14</u>
<u>4</u>	<u>Resultat</u>	<u>16</u>
	<u>4.1 Maximera patientens hälsa</u>	<u>17</u>
	<u>4.1.1 Minimera risk för död</u>	<u>17</u>
	<u>4.1.2 Minimera sjuklighet</u>	<u>18</u>
	<u>4.1.3 Maximera patientens välbefinnande</u>	<u>18</u>
	<u>4.2 Maximera patientens nöjdhet med alternativet</u>	<u>19</u>
	<u>4.3 Maximera jämlikhet i vården</u>	<u>21</u>
	<u>4.3.1 Maximera jämlikhet för alla patienter på akuten</u>	<u>21</u>
	<u>4.3.2 Maximera jämlikhet inom slutenvård</u>	<u>21</u>
	<u>4.3.3 Maximera jämlikhet inom övrig sjukvård</u>	<u>22</u>
	<u>4.4 Instrumentella mål</u>	<u>22</u>
	<u>4.5 Beslutssituationen och -kontexten</u>	<u>23</u>
<u>5</u>	<u>Diskussion</u>	<u>24</u>
	<u>5.1 Patientens hälsa</u>	<u>25</u>
	<u>5.2 Patientens preferenser och delat beslutsfattande</u>	<u>26</u>
	<u>5.3 Jämlikhet i vården och förutsättningar på akuten</u>	<u>27</u>
	<u>5.4 Målstrukturen i förhållande till sjukvårdens mål</u>	<u>28</u>
	<u>5.5 Målstrukturen som ett medel för kommunikation och nya alternativ</u>	
	30	
	<u>5.6 Studiens styrkor och svagheter</u>	<u>30</u>
	<u>5.7 Framtida forskning</u>	<u>31</u>

<u>Referenser</u>	<u>32</u>
<u>Bilaga A: Informationsbrev inför individuella intervjuer</u>	<u>36</u>
<u>Bilaga B: Intervjumall, individuella intervjuer</u>	<u>38</u>
<u>Bilaga C: Intervjumall, gruppintervjuer</u>	<u>41</u>
<u>Bilaga D: Informationsbrev inför gruppintervjuer</u>	<u>43</u>

1 Introduktion

”4 § För hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska det finnas sjukhus.”

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Varje år sker ungefär 1,3 miljoner besök på Sveriges ca 70 akutmottagningar (Vårdanalys, 2018, sid 7). Av dessa resulterar en tredjedel i att patienten läggs in på sjukhuset (Socialstyrelsen, 2022a, sid 1). Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukhus finnas för slutenvård när så krävs, men det saknas vägledning för att bedöma vilka tillstånd eller omständigheter som kräver slutenvård och vilken roll olika intressenter har i beslutet att någon ska vårdas på sjukhus. För att svara på frågan ”när krävs intagning i vårdinrättning?” är det rimligt att först svara på frågan ”vad är målet med den fortsatta vården efter akutbesöket?”.

1.1 Beslut om fortsatt vård

Efter att patienten bedömts och behandlats på akutmottagningen kan vården avslutas, det vill säga patienten är färdigbehandlad, eller så fortsätter vården. Fortsatt vård kan innebära att patienten skrivs ut från sjukhuset, läggs in på sjukhuset eller överförs till ett annat sjukhus. Om patienten går hem kan det vara med eller utan poliklinisk uppföljning, eller så kan patienten få fortsatt vård via hemsjukvård eller på ett kommunalt boende. Om patienten läggs in för slutenvård kan detta ske på olika vårdnivå där intensivvårdsavdelningen, IVA, bedöms som den högsta vårdnivån. Beroende på sjukhus kan det finnas intermediärvårdsavdelningar och akutvårdsavdelningar som utgör en högre vårdnivå än övriga avdelningar. Det är också viktigt att patienten läggs in på den avdelning som är bäst lämpad utifrån patientens sjukdom eller skada. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) konstaterar i sin rapport att 60 000 patienter årligen vårdas på en avdelning som inte har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten och att detta uppskattas leda till 7000 fall av vårdskada som kanske inte uppstått om de vårdats på avsedd avdelning (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2022, sid 80).

1.2 Akutläkare

Allt fler akutmottagningar i Sverige bemannas av specialister i akutsjukvård, hädanefter kallade akutläkare. Akutläkarens kompetensområde definieras av att med tillgängliga resurser och under begränsad tid värdera risken mot nyttan av olika handläggningsalternativ ”ur ett medicinskt, logistiskt och etiskt perspektiv samt ur ett patientsäkerhetsperspektiv”. I detta ingår också att leda

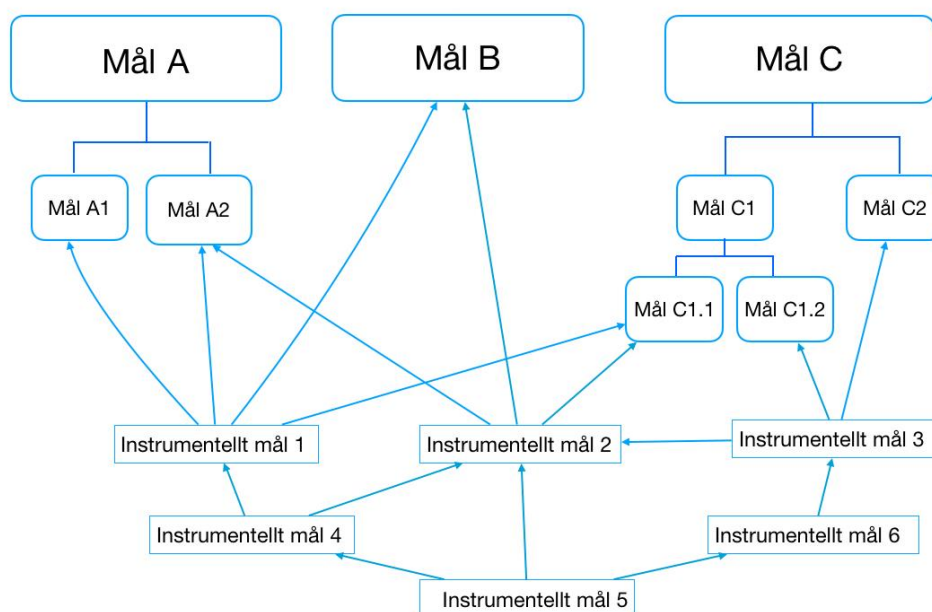
och prioritera vården för den enskilde patienten men också för akutmottagningen som helhet (Socialstyrelsen, 2015, sid 199). Akutsjukvård har varit godkänt som tilläggspecialitet för läkare sedan 2008 och som basspecialitet sedan 2015. På många akutmottagningar i Sverige arbetar även läkare från andra specialiteter. Dessa läkare bedömer endast patienter inom sitt eget specialismråde och fattar beslut om inläggning av patienter på de avdelningar som ligger under deras klinik. De har ibland alternativet att följa upp patienten på en egen mottagning. Som akutläkare har man ett bredare uppdrag på akuten och bedömer och behandlar alla typer av akuta tillstånd hos patienter i alla åldrar. Man har oftast ingen egen mottagning att följa upp patienten på, utan slutenvård är den enda snabba vägen in i specialistsjukvården. Som akutläkare kan man både delta i handläggandet av enskilda patienter och ha ett övergripande ansvar som ledningsläkare på akutmottagningen.

1.3 Beslut om fortsatt vård som beslutsproblem

Om patienten efter bedömning och eventuell behandling på akutmottagningen behöver fortsatt vård, måste ett beslut fattas. Vad beslutsfattaren vill uppnå med beslutet uttrycks i fundamentala mål som baseras på beslutsfattarens värderingar och som definierar vilka konsekvenser av beslutet man behöver ta hänsyn till. Beslutet sker också i en kontext och det är beslutskontexten som definierar vilka alternativ som skulle kunna vara aktuella för en specifik beslutssituation. Beslutskontexten måste vara tillräckligt vid för att inkludera nya alternativ och lösningar, men samtidigt tillräckligt snäv för att vara hanterbar. (Keeney, 2009, 2.1, Framing a Decision Situation; Clemen & Reilly, 2014, sid 49-55). Att se beslutsproblemen som ett beslut om patienten ska läggas in eller inte, är snävare än att se beslutsproblemet som ett beslut om vilket typ av fortsatt vård som bäst gynnar patienten. Beslutskontexten på akutmottagningen varierar med varje enskilt fall, beroende på till exempel patientens sjukdomstillstånd eller skada, deras funktionsnivå och deras sociala nätverk och andra resurser för att kunna tillmötesgå de egna behoven. Kontexten varierar också beroende på belastningen på akutmottagningen och möjligheten till uppföljning (Capan et al., 2018, sid 452-453).

När man fastslagit målen för sitt beslut och i vilket kontext beslutet ska gälla, skiljer man fundamentala mål från instrumentella. Målhierarkin och de instrumentella målen bildar tillsammans en målstruktur (se Figur 1.) De instrumentella målen är viktiga för att de leder till att man kan uppfylla fundamentala mål. Det är inte alltid uppenbart att ett mål egentligen är instrumentellt, men genom att ställa sig frågan ”varför är det här viktigt” kan man testa om det finns ett annat mål som är det fundamentala. På motsvarande sätt kan man utifrån de fundamentala målen ställa sig frågan ”hur uppnår man detta”

för att identifiera instrumentella mål. Genom att göra tydlig skillnad på fundamentala och instrumentella mål, blir det lättare att skilja fakta från värdeomdömen i analysen (Keeney, 2009, 3.7, Analyzing decisions). Fundamentala mål sammanställs i en hierarki, där de högre nivåerna visar de generella målen och nivåerna under beskriver de olika delar som målet består av. De lägre nivåerna av ett mål ska vara heltäckande för den högre nivån och får samtidigt inte vara överlappande. De instrumentella målen organiseras i nätverk utifrån hur de påverkar varandra och de fundamentala målen. (Clemen & Reilly, 2014, sid 49-55, Keeney, 2009, 3.4, Relationships among Objectives).



Figur 1. Exempel på målstruktur. De fundamentala målen bildar en hierarki där mål på en högre nivå utgörs av alla mål på nivån under utan att dessa är överlappande. De instrumentella målen leder till de fundamentala målen, antingen direkt eller genom påverkan på andra instrumentella mål, och bildar tillsammans ett nätverk.

1.4 Delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården

”Shared decision making”, på svenska ”delat beslutsfattande”, har utvecklats som en modell där läkare och patient delar evidensbaserad information och patienten får stöd i att fatta beslut baserat på medicinsk evidens kombinerat med patientens värderingar, mål och preferenser. Elwyn et al. (2012, 1363-64) delar upp processen i tre delar: ”choice talk”, där man klargör att patienten är medveten om att det finns olika valmöjligheter; ”option talk”, där läkaren informerar om de olika alternativen och ”decision talk”, där läkares bistår

patienten i värderingen av de olika alternativen. Det är alltså läkaren som specificerar de tillgängliga alternativen och även om patientens preferenser utforskas under detta steg är det först under decision talk som patienten uppmanas att fokusera på sina preferenser genom frågor som "what matters most to you?".

Modellen med delat beslutsfattande är inte etablerad inom läkarprofessionen. Läkare upplever visserligen att delat beslutsfattande är en möjlighet att undvika onödiga tester och överutredning av tillstånd med låg risk för allvarliga utfall, men många befarar att det tar tid och menar att patienterna inte är intresserade av att vara delaktiga i beslut (Kanzaria et al. 2015, sid 401).

1.5 Hälsa- och sjukvårdens mål och styrning

Hälsa- och sjukvården i Sverige regleras av lagar, främst Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och Patientlagen (PL 2014:821). Där fastslås att: Målet med hälsa- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (PL, 1 kap 6§) . Vården ska särskilt "tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet" (HSL, 5 kap 1§). Vidare ska vården "ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälsa- och sjukvård ska ges företräde till vården" (HSL, 3 kap 1§). "Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras" (PL 4 kap 1 §). "Offentligt finansierad hälsa- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet" (HSL 4 kap 1 §).

Lagstiftningen som reglerar hälsa- och sjukvården är en skyldighetslagstiftning, vilket innebär att regioner och kommuner är skyldiga att tillhandahålla vård för medborgarna, men patienten har inte några individuella rättigheter (Bernfort, 2003, sid 7; Hallin & Siverbo, 2002, sid 48).

Hallin och Siverbo (2002, sid 50-54) delar in den svenska hälsa- och sjukvårdsorganisationen i tre domäner: Den politiska, den administrativa och den medicinska professionens domän. Den administrativa ledningen har ansvaret för att vården som utförs är kostnadseffektiv, det vill säga att resurserna utnyttjas så effektivt som möjligt. Politikerna har ansvar för att representera medborgarna genom att tolka deras behov och formulera åtgärder för att möta dessa. Genom "lagar, mål och riktlinjer, prioriteringar, resursfördelning och strukturella förändringar" styr politikerna sjukvården, men de har svårt att få genomslag för sina politiska beslut om dessa inte är förankrade i den medicinska professionen. Läkarna känner lojalitet mot sina patienter och sin profession, snarare än mot den egna organisationen och dess ledning.

För att göra prioriteringar inom vården måste behoven, enligt Bernfort (2003, sid 16) vara mätbara, så att man kan jämföra värdet av alternativa resursanvändningar. Vidare måste begrepp som hälsa och livskvalitet vara tydligt definierade. Hälsa kan både tolkas som frånvaro av sjukdom och ha en vidare betydelse av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, där den sistnämnda betydelsen blivit alltmer vedertagen. Livskvalitet saknar också entydig definition, men det kan antas spegla välbefinnandet (Bernfort, 2003 sid II och 33). Målen om en "god hälsa" förutsätter också att man preciserar vid vilken nivå dessa anses var uppnådda, och inom vilken tidsram det ska ske.

1.6 Syfte

Syftet var att skapa en målstruktur för beslutet om fortsatt vård efter bedömning på akutmottagning utifrån akutläkares perspektiv för att senare kunna identifiera och analysera målkonflikter såväl inom målstrukturen som i jämförelse med de mål för sjukvården som fastslås i gällande lagar.

2 Teoretiskt ramverk

”I think of decision analysis as a formalization of common sense for decision problems which are too complex for informal use of common sense.” (Keeney, 1982)

För att analysera beslutsproblemet kring fortsatt vård efter ett besök på akutmottagningen användes Keeneys teori om värdefokuserat tänkande för att skapa en målstruktur. För analysen av läkarens respektive patientens roll i beslutet utgicks ifrån delat beslutsfattande (shared decision making).

2.1 Beslutsanalys

Det första steget i beslutsanalysprocessen är att identifiera beslutssituationen och klargöra vilka mål man vill uppnå. Ibland är problemet ett annat än det uppenbara som man först utgick ifrån, så det kräver ett visst mått av reflektion. Det andra steget är att identifiera och utforma alternativa lösningar på problemet. Genom en noggrann analys av målen kan man komma fram till nya alternativ. Det tredje steget är att bryta ned problemet i mindre delar för att kunna beräkna osäkerheten och bedöma värdet för varje aspekt av problemet. Detta för att man i nästa steg ska kunna göra en sammanvägning. Denna nedmontering för att sedan sammanfoga brukar kallas ”divide and conquer”. Värderingen av vilket alternativ som är bäst följs av en känslighetsanalys där man testar hur känslig modellen är för förändringar av olika värden. Processen slutar dock inte där, utan är iterativ, det vill säga stegen upprepas och utvecklas. Detta kan leda till att modellen ändras, till och med så pass att mål tillkommer eller tas bort. Strukturen hjälper alltså beslutsfattaren att förstå och utveckla sin egen syn på problemet bättre. (Clemen & Reilly, 2014, s. 9-11).

Keeney (2009, Kap 1.) argumenterar för att värderingar tydligare borde vara utgångspunkten och den drivande kraften i vårt beslutsfattande. Genom att i vidga perspektivet och se ett problem som en ”beslutsmöjlighet” (decision opportunity) där man utgår ifrån vad man vill uppnå, öppnar man för ett friare tänkesätt än när man låter sig begränsas av de på förhand definierade alternativen.

2.2 Värden, värderingar och values

”Values are what we care about.” Så inleder Keeney sin bok ”Value-focused thinking. (Keeney, 2009, Kap 1.). Value-focused verkar översättas till ”värdefokuserat”, även om detta inte är en vanlig term i det svenska språket utan bara ger 336 träffar på Google.com (2023-01-23). Det engelska ordet “value”

har enligt Oxford English Dictionary/OED (Oxford University Press, 2022) betydelsen "Worth or quality as measured by a standard of equivalence". I plural kan ordet få en annan betydelse: "Values: Originally U.S. In plural (frequently collectively). "The principles or moral standards held by a person or social group; the generally accepted or personally held judgement of what is valuable and important in life". På svenska översätts "value" till "värde" och "values" till "normer, värdegrund, värderingar" (NE ordböcker, u.å.). Keeneys kallar sin teori value-focused, men ger intryck av att argumentera för att den även är "values-focused", det vill säga "värderingsfokuserad", eftersom beslutsfattarens värderingar är centrala för att identifiera de fundamentala mål som är utgångspunkten för hans modell.

2.3 Att identifiera mål

Ett mål (objective) är en utsaga om någonting man vill uppnå och har enligt Keeney (2009, 2.2, What are Objectives?) tre karaktäristika: En beslutskontext, en aspekt (av Keeney kallat "object") och en önskad riktning. Det skulle för en patient med bröstsmärta kunna tolkas som att målet att minska risken för död har beslutskontexten handläggning av akut bröstsmärta på akutmottagningen, aspekten dödlighet och den önskade riktningen att lägre dödlighet är bättre. Att riktningen för en aspekt är att minimera eller maximera, säger inget om hur långt man ska gå i sin strävan att uppnå de målet. Keeney (2009, 1.2, Reducing automobile fatalities) ger exemplet med att sänka den tillåtna hastigheten på vägarna för att minska trafikdödligheten. Ju mer man sänker, desto färre dödsoffer och om man helt förbjuder trafik blir antalet döda noll. Mål sätts upp för att visa olika aspekter som är betydelsefulla och för att identifiera olika alternativ som lösningar på beslutsmöjligheten. Värderingen av de olika alternativen, kommer senare i processen.

Det kan vara svårt för beslutsfattare att identifiera och definiera fundamentala mål. Keeney (2009, 3.1. The process.) beskriver framtagandet av dessa som en kreativ och iterativ process som med fördel leds av en facilitator som inte själv deltar i framtagandet av målen. Han menar att det lättaste sättet är att föra en diskussion om beslutssituationen utifrån vad man vill uppnå, och sedan utveckla det utifrån målen man har med tillgängliga alternativ och dessas konsekvenser. Man kan också identifiera mål baserat på etiska principer och ur andra intressenters perspektiv. När flera personer ska bidra till målformuleringen bör samtliga först göra en lista av sina mål, för att undvika ankrings-effekt, där den som talar först påverkar de som kommer efter.

3 Metod

Ansatsen för studien var kvalitativ med semi-strukturerade intervjuer. För att skapa en målstruktur som var allmängiltig inkluderades läkare från såväl stora som små sjukhus från olika delar av landet. För att underlätta detta gjordes alla intervjuer digitalt. Endast specialistläkare togs med i grupperna, eftersom de kan förmodas utgöra en standard för beslutsfattande om fortsatt vård på akutmottagningen. Initialt planerades fokusgrupper, men Keeney (Keeney, 2009, 3.1, The Process) rekommenderar att man inför en gruppdiskussion låter alla deltagare formulera sina egna mål först. Därför valdes att först göra individuella intervjuer. Det sammanlagda resultatet av dessa intervjuer fick deltagarna sedan diskutera i grupp. Processen blev på det sättet både kreativ och iterativ då deltagarna först fick utforska sina egna mål i de individuella intervjuerna med mig som facilitator för att sedan diskutera dem med andra deltagare i gruppintervjuerna, där jag också hade en faciliterande roll, samtidigt som jag förklarade hur målstrukturen var uppbyggd.

Mål kan identifieras top-down eller bottom-up. Det förstnämnda tillvägagångssättet innebär att man utgår ifrån strategiska och fundamentala mål och bryter ned dessa i deras beståndsdelar, där underkategorierna tillsammans speglar hela det fundamentala målet, men inte överlappar varandra. Den metoden lämpar sig väl för strategiska beslut, där beslutsfattaren har identifierat ett problem, men inte utformat tydliga alternativ. När det finns tydliga alternativ, kan man i stället utgå från dem och utforska vilka skillnader som beslutsfattare ser mellan de olika alternativen och genom det identifiera vad man uppnå, det vill säga de fundamentala målen. (Buede, 1986, sid 61). Frågan om vilka fundamentala mål man har för den fortsatta vården av en patient på akutmottagningen är inte helt lätt att ta ställning till. Akutsjukvården är komplex, med många olika typer av patienter och situationer. Ansatsen blev därför i stället bottom-up, att utgå ifrån alternativen att lägga in eller inte lägga in patienten och diskutera vad man uppnår genom att välja det ena eller det andra. Frågan "Vilka olika behov hos patienten kan man möta genom inläggning?" följdes av "Finns det andra behov som möts bättre av att patienten inte läggs in?". Det speglades i frågor om fördelar och nackdelar med att läggas in eller gå hem, men också i frågan om två olika läkare fattar olika beslut och den ena vill lägga in patienten medan den andra vill skicka hem den.

Kvalitativ forskning innebär att forskaren är involverad i deltagarnas upplevelse, vilket kräver att man reflekterar kring sina egna förutfattade meningar, värderingar och personliga bakgrund. Det kräver att man redovisar tidigare erfarenheter av forskningsfrågan och kopplingar till deltagarna och reflekterar över hur dessa påverkar tolkningen av resultaten (Creswell & Creswell, 2018,

s. 183-184). Eftersom akutsjukvård är en relativt ny specialitet i Sverige och jag har varit aktiv i den utvecklingen sedan 2009, bland annat som ordförande i akutläkarnas specialitetsförening, SWESEM, har jag i olika sammanhang mött de flesta av studiedeltagarna. Det är också möjligt att de jag inte tidigare mött har en bild av mig som en viss auktoritet inom specialiteten, vilket skulle kunna påverka hur de väljer att svara.

3.1 Urval

Urvalsgruppen avgränsades till specialister i akutsjukvård som deltagit aktivt i klinisk tjänstgöring, definierat som att ha fattat minst ett inläggningsbeslut, de senaste tre månaderna. Tolv akutläkare från olika sjukhus kontaktades individuellt med förfrågan om att delta, av dessa deltog nio och ytterligare två rekryterades via lokala studierektorer. Efter en allmän förfrågan i en Facebookgrupp för akutläkare rekryterades ytterligare två deltagare.

Sammanlagt intervjuades tretton akutläkare i åldrarna 34-56 år, med mellan några månaders och fjorton års erfarenhet som specialister. Sju var kvinnor. En del hade genomgått sin läkarutbildning utomlands, men samtliga hade gjort sin specialistutbildning i Sverige. Två hade erfarenhet av att arbeta som akutläkare i andra länder.

3.2 Datainsamling

Inför intervjuerna gjordes två pilotintervjuer med akutläkare. I båda intervjuerna tenderade respondenterna att tala om målet med akutsjukvården som helhet snarare än inläggningsbeslutet i sig. Därför justerades mallen så intervjun initialt rörde allmänna frågor kring beslutet och sedan fokuserades på tre aspekter: Målet ur ett patientperspektiv, ur akutmottagningens perspektiv och utifrån ett systemperspektiv där akutmottagningen utgör en del av sjukvårdssystemet. Beslutssituationen förtydligades också till "beslut om fortsatt vård på akuten" i stället för "inläggningsbeslut" för att undvika ett alternativbaserat fokus.

Inför intervjun fick respondenten information enligt informationsbrevet baserat på mall från Högskolan i Gävle (Bilaga A). Där framkom att deltagandet var frivilligt och närsomhelst kunde avbrytas. Deltagarna gav sitt samtycke genom att själva aktivt boka tid för intervju. I samband med intervjun gavs följande information: "Den här intervjun handlar om de patienter då du som läkare aktivt fattar ett beslut gällande inläggning. Jag är intresserad vilka mål du vill uppnå med ditt beslut och vilka värderingar du har som ligger till grund för de målen." Intervjun följde strukturen i intervjumallen (Bilaga B) men framför allt för de senare intervjuerna fokuserades mer på vissa delar för

att se om ytterligare mål skulle tillkomma. Intervjuerna genomfördes individuellt via zoom och tog 52-90 minuter. De spelades in och transkriberades verbatim.

3.3 Innehållsanalys

De individuella intervjuerna analyserades löpande. För de första tre intervjuerna strukturerades individuella målstrukturer för att skapa en överblick av olika mål och inför kommande intervjuer. Efter att alla intervjuer genomförts gjordes en innehållsanalys där meningsbärande enheter identifierades och noterades i en tabell. Dessa kodades och kategoriserades i fundamentala och instrumentella mål så att alla meningsbärande enheter motsvarades av ett mål. Därefter lästes intervjuerna igen igen för att säkerställa att de identifierade målen var heltäckande och speglade materialet. Utifrån analysen skapades en målstruktur som låg till grund för gruppdiskussionerna.

3.4 Gruppdiskussioner

En pilotintervju genomfördes med de två deltagare som deltog i de individuella pilotintervjuerna. Där testades att använda målstrukturen för att visa hur olika patientfall skulle kunna bedömas utifrån vilka fundamentala mål som var aktuella för den patienten och hur olika alternativ skulle kunna värderas. Detta visade sig vara alldeles för komplext och i stället fokuserades gruppdiskussionerna i huvudsak på de fundamentala målen och diskussioner kring om underkategorierna var heltäckande och ömsesidigt uteslutande. Eftersom tiden var begränsad hann inte alla frågor i intervjumallen (Bilaga C) diskuteras.

Fyra gruppdiskussioner genomfördes, med två till fyra personer i varje grupp, och varade 64-84 minuter. Diskussionerna spelades in och skrevs ut i redigerat format. Deltagarna diskuterade sinsemellan och författarens roll var som facilitator, genom att ställa öppna frågor och förklara hur målen kunde härledas till de individuella intervjuerna. I gruppdiskussionerna presenterades målstrukturen för grupperna. Det förtydligades att målstrukturen var en struktur över mål som inte var relevanta för alla patienter och att det inte fanns någon värdering av vilka mål som viktigare än andra. När det var oklart om ett mål verkligen var fundamentalt och relevant ställdes frågan om en högre eller lägre nivå avseende detta mål skulle påverka valet mellan två olika alternativ, allt annat lika.

Inför varje gruppdiskussion fick deltagarna ut målstrukturen och ett kort informationsbrev (se Bilaga D). Efter varje diskussion uppdaterades målstrukturen och brevet så att nästa grupp kunde fortsätta där den föregående slutat.

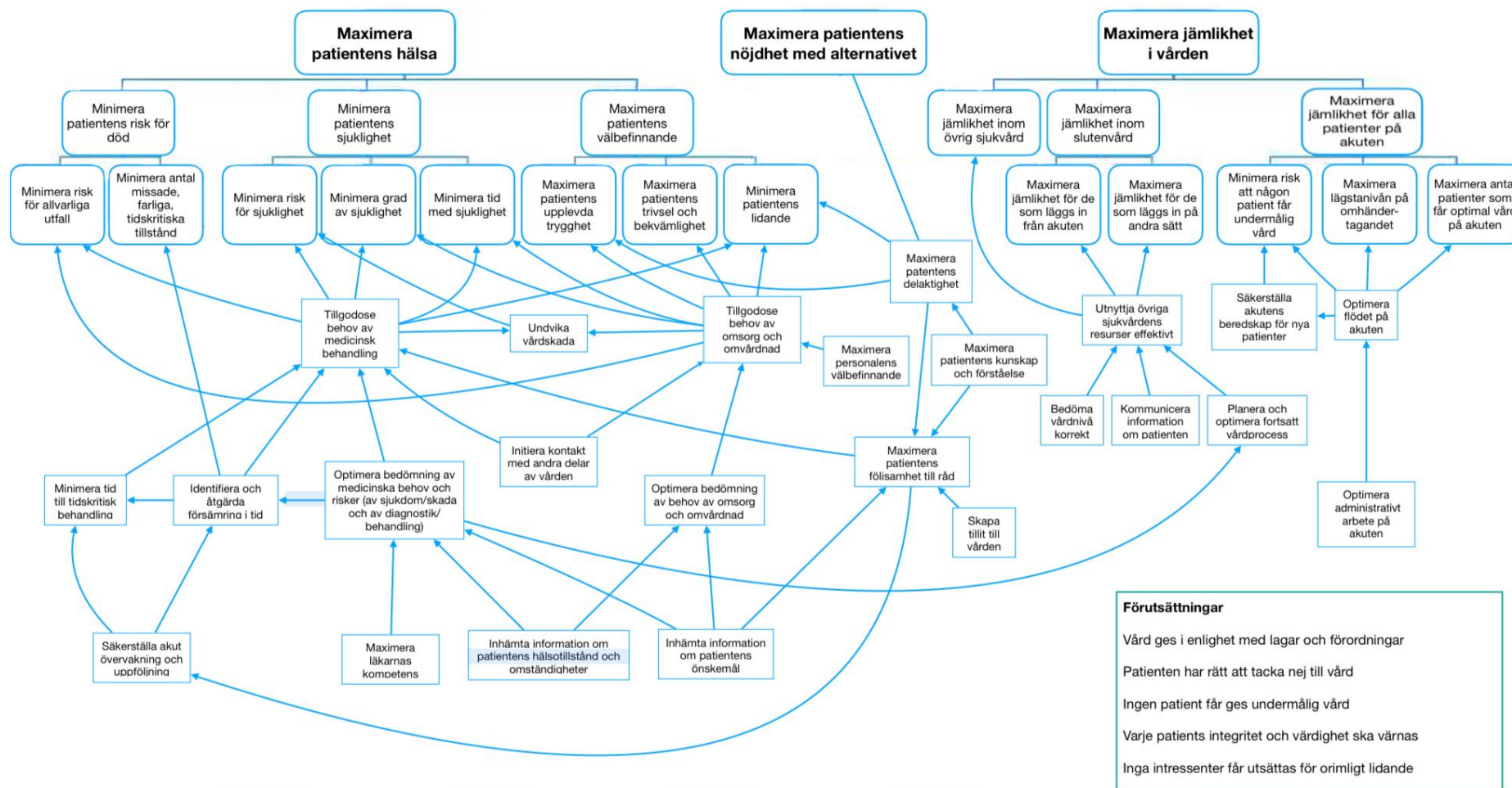
Efter sista diskussionen skickades den slutgiltiga målstrukturen ut till alla deltagare tillsammans med en tabell över de fundamentala målen. De uppmuntrades till att använda tabellen i ett tankeexperiment där de vägde mellan två alternativ, för att testa om målen kunde vara relevanta i olika situationer. Deltagarna uppmuntrades till att återkoppla eventuella synpunkter på strukturen.

Gruppdiskussionerna hade således både funktionen att stimulera till en kreativ och iterativ process och att validera de mål som identifierats i de individuella intervjuerna. Kvalitativ validitet innebär att forskaren säkerställer att resultaten är tillförlitliga ur forskarens och deltagarnas synpunkt, såväl som för andra som tar del av resultaten (Creswell & Creswell, 2018, s. 199.)

3.5 Etiska överväganden

Forskning genom intervjuer väcker en del moraliska frågor som är viktiga att överväga. Den person som intervjuas ska få information om studien syfte och vilken kunskap som den avser att generera. Det är viktigt att intervjupersonen förstår fördelar och risker med att delta för att kunna lämna informerat samtycke. Frågorna som ställs ska vara djupgående och utforskande, samtidigt som intervjupersonens integritet ska respekteras (Kvale & Brinkmann, 2014, sid 97-110).

Eftersom inga patienter deltog i studien och inga känsliga personuppgifter behandlades, krävdes ingen etikprövning. Deltagarna informerades inför de individuella intervjuerna att deras svar inte skulle kunna härledas till dem i det slutliga arbetet utan att deras konfidentialitet skulle bevaras. Intervjuerna genomfördes på tider som intervjupersonen själv föreslagit och i en miljö de själva valt, vilket förhoppningsvis bidrog till en tryggare intervjusituation. Att diskutera prioriteringar och etiska ställningstagande kan vara känsligt och det skulle kunna skapa stress under intervjun och till och med påverka intervjupersonens självbild. Detta var en potentiell risk under gruppintervjuerna, då akutläkare med olika erfarenhet och ställning skulle diskutera med varandra. Genom att dessa genomfördes i små grupper fick alla möjlighet att komma till tals och gruppdiskussionerna präglades av samförstånd och god stämning.



Figur 2. Den slutgiltiga målstrukturen med tre nivåer av fundamentala mål och ett nätverk av instrumentella mål.

4 Resultat

Innehållsanalysen av de individuella intervjuerna låg till grund för en målstruktur som vidareutvecklades och testades under de efterföljande gruppintervjuerna. Efter den andra gruppdiskussionen gjordes inga fler förändringar i de fundamentala målen, vilket kan ses som ett tecken på datamättnad (Creswell & Creswell, 2018, s. 186). De instrumentella målen diskuterades översiktligt i gruppdiskussionerna men de synpunkter som kom fram rörde hur de olika målen hängde ihop med varandra. Det ledde till justeringar av de sammankopplande pilarna, men inga mål ströks eller tillkom.

De förutsättningar för beslutet som framkom i de individuella intervjuerna sammanfattades och visades vid sidan av målstrukturen (Figur 2.) Dessa diskuterades sedan i varje gruppintervju, varvid de justerades något. De flesta av dessa, som att "ingen patient får ges undermålig vård" eller att "ingen patients integritet får kränkas" upplevdes som självklara och regleras egentligen av lagar och förordningar, men deltagarna menade ändå att de var värdefulla att fastslå. Utsagan att "inga intressenter får utsättas för orimligt lidande" härledades från att anhörigas situation ibland kunde vara ohållbar så att deltagarna uppfattade det som orimligt att de skulle fortsätta vårda patienten hemma även om denne själv tyckte att det fungerade bra. Detta skulle i sig kunna motivera inläggning. Även ansvarig läkare skulle kunna utsättas för orimligt lidande i form av etisk stress om denne ansåg att patienten inte skulle kunna få god vård utanför sjukhus eller löpte hög, eller framför allt svårbedömd, risk att drabbas av ett allvarligt utfall. Övriga förutsättningar omfattades av de lagar och förordningar som gäller för sjukvården, men deltagarna tyckte att de ändå var värdefulla att betona.

Målhierarkien som skapades efter den sista gruppdiskussionen hade tre fundamentala mål på den högsta nivån: Maximera patientens hälsa, maximera jämlikhet i vården och maximera patientens nöjdhet med handläggningen.

4.1 Maximera patientens hälsa

Samtliga deltagare gav på olika sätt uttryck för att målet för vården är att få patienten att bli friskare och må bättre. Detta beskrevs som en komplex uppgift som både handlar om att behandla sjukdom och maximera patientens psykiska, fysiska och sociala välbefinnande.

4.1.1 Minimera risk för död

För att minimera risken för död måste man minimera antalet missade farliga, tidskritiska tillstånd och minimera risken för allvarliga utfall. Flera av deltagarna beskrev att de varit nöjda med sitt beslut när de fattat beslut om inläggning för patienter med oklara symtom, där det sedan visade sig att patienten hade ett potentiellt livshotande tillstånd. Man betonade vikten av att kunna identifiera och bedöma risk för farliga, tidskritiska tillstånd och också att kunna hantera den risken. Detta kunde ske genom inläggning på sjukhus för övervakning, men också genom att ta hänsyn till om patienten hade någon som kunde se till dem i hemmet och påkalla hjälp och hur lätt de kunde ta sig tillbaka till sjukhuset vid försämring. *”När man skickar hem patienten då släpps patienten från omsorg och är [...] bortom sjukvårdens kontroll.”* (Delt 3). *”För om det är väldigt långt till sjukhus så är det också väldigt lång tid till att få hjälp om man blir sämre, så i vissa fall är det en minskad risk genom att ta hänsyn till avståndet”.* (Delt 10)

4.1.2 Minimera sjuklighet

Sjukligheten minimeras genom att minimera graden av sjuklighet och tiden med sjuklighet, samt genom att minimera risken för sjuklighet. Beslut om fortsatt vård upplevdes som lätt att fatta när patienten var i akut behov av sjukhusets resurser för att minska graden av sjuklighet, till exempel för att de behövde en operation eller respiratorvård. Däremot var det svårt att fatta beslut när patienten skulle kunna få bättre vård på sjukhuset än hemma, men där vård på sjukhus också innebar risk för vårdskador som förvirring, fallskador eller vårdrelaterade infektioner och smittor. Detta gällde i första hand äldre, sköra patienter, men även andra patienter som av olika anledningar mådde dåligt i sjukhusmiljön. Det var också svårt när patienten inte för tillfället hade medicinska behov som motiverade sjukhusinläggning, men där man bedömde att det fanns risk att de skulle försämrans om de gick hem, till exempel genom fall i hemmet eller att de försämrades i en infektion och kom tillbaka till akuten i ett sämre skick. *”Jag lägger ju in dem för att de inte klarar sig hemma. De får inte i sig mat och de går och trillar och de har ingen som kan se efter dem. Och risken för dem är ju att det kommer hända något och de kommer in i stället två dagar senare med en höftfraktur eller en akut njursvikt för att de inte har ätit och druckit.”* (Delt 12)

Inläggning på sjukhus beskrevs som en möjlighet att initiera kontakt med andra delar av vården och därigenom tidigare i sjukdomsförloppet få bedömning och behandling av till exempel fysioterapeut vid ryggvärk eller neurolog efter ett krampanfall. Det var också ett sätt för akutläkaren att säkerställa att patienten fick adekvat uppföljning och därmed minskad risk för sjukdom.

4.1.3 Maximera patientens välbefinnande

Att maximera patientens upplevda trygghet, maximera trivsel och bekvämlighet och att minimera lidande var de olika delarna i att maximera patientens välbefinnande som framkom i de individuella intervjuerna. Flera av deltagarna betonade vikten av att patienten kände sig trygg och att detta kunde vara en orsak för inläggning på sjukhus, under förutsättning att patienten också hade något medicinskt behov. Att minimera patientens lidande kunde ske genom att behandla smärta och oro, men också genom att avstå från undersökningar och behandlingar som man bedömde som utsiktslösa till multisjuka, äldre patienter med kort förväntad överlevnad. Att maximera trivsel och bekvämlighet menade flera deltagare var lågt prioriterat jämfört med andra fundamentala mål, men exempel kom fram i de individuella intervjuerna där patienter som bodde långt från akutmottagningen skulle kunna åka hem mitt i natten och komma tillbaka för vidare utredning på morgonen dagen efter. Då tyckte man att det var ett bättre alternativ att patienten fick sova kvar på akutmottagningen. Flera deltagare menade att patientens bekvämlighet och trivsel ofta var högre i hemmet och att vård i hemmet därför föredrogs av flertalet patienter. *”Det är ju inte kul att vara på sjukhus. Man får ligga i någon ful patientskjorta, så kommer de och stör en var fjärde timme och petar på en...”* (Delt 6) En del deltagare hade i stället bilden av att patienter som sökte på akutmottagningen helst ville bli inlagda men att det ändå kunde vara bättre för deras hälsa att vara hemma eftersom *”man blir inte van vid att bli omhändertagen, utan du måste liksom gå på toa själv. Man blir inte sjukhusbunden.”* (Delt 11)

Att maximera välbefinnande kunde under vissa omständigheter vara den enda orsaken till inläggning. Flera deltagare berättade om olika fall där de lagt in kvinnor som misshandlats för att de är oroliga att de ska skadas om de skickas hem och för att det inte upplevts som etiskt korrekt. De kunde dock vara svårt att få gehör för de bedömningarna hos de mottagande läkarna. En deltagare ville lägga in en gravid kvinna som hade misshandlats och framför allt behövde psykosocialt stöd och omsorg, men där det inte gick att ordna via socialtjänsten sent på kvällen. Gynekologjouren gjorde en medicinsk bedömning av kvinnan, men ville inte lägga in henne. Det slutade med att kvinnan fick övernatta på akutmottagningen.

En annan deltagare berättade om en patient som lagts in för att huset brunnit ned, där alternativet att hänvisa patienten till hotell inte upplevdes som rimligt.

”Att huset brinner ner är ju så otroligt stort att man nästan inte kan ta in det. Och då kan man hjälpa till i den här krisreaktionen. Men det

finns ju andra krisreaktioner med liknande kaliber och man kan lägga in för det.” (Delt 11)

Flera deltagare beskrev att patienter lades in i slutenvård för att minska deras akuta lidande. I de individuella intervjuerna kom det fram några exempel på situationer där deltagaren, som undersökande läkare på akuten, gjorde en annan bedömning än den mottagande läkaren i slutenvården. En deltagare beskrev hur det kan vara svårt att övertyga mottagande läkare om inläggning per telefon och menade att till exempel patienter med ryggsmärtor som trots smärtlindring inte kan komma upp på benen är svåra att övertyga mottagande läkare att lägga in. Det kunde leda till att deltagaren sa åt ortopedjouren att själv komma ned till akutmottagningen och bedöma patienten, något som oftast slutade med att patienten läggs in. Deltagaren tolkade det som att det var svårt att förmedla hur patienten mådde per telefon.

4.2 Maximera patientens nöjdhet med alternativet

Det fundamentala målet att maximera patientens nöjdhet med alternativet avser patientens preferens, det vill säga patientens egna, oberoende bedömning av ett alternativ som föreslås, oavsett hur det påverkar deras hälsa.

Läkarna gav uttryck för olika syn på patientens preferenser. Att patienten hade rätt att avböja vård den vård som erbjöds, verkade självklart, men att patienten var ”nöjd” med beslutet var viktigt för vissa men provocerande för andra. Det tolkades som att patienter kunde begära undersökningar som inte var motiverade, framför allt inte att utföras akut på akutmottagningen.

”Jag vänder mig lite emot den här, faktiskt i grunden, den här ”maximera patientens nöjdhet med handläggningen”, ehm... eftersom det är ganska ofta vi, ehm... går emot patientens vilja. Sedan tycker jag att målet är att patienten ska bli nöjd i alla fall, att man kan förklara för patienten varför man inte vill gå på vad den önskar. Men i många fall så kommer man hamna i ett läge där patientens nöjdhet inte är bra. Där vi inte kan uppfylla den för att då går vi liksom emot vårt mål med vården.” (Delt 8)

Olika begrepp användes för att beskriva patientens roll i beslutssituationen. Patientens autonomi innebar rätt för patienten att tacka nej till erbjuden vård, men inte rätten att bli inlagd. Patientens delaktighet innebar att de skulle vara delaktiga i beslutet men också att de skulle få förståelse och acceptans om läkaren inte kunde erbjuda dem det alternativ de föredrog. *”För mig är det viktigare att de är delaktiga än att de nödvändigtvis är nöjda med resultatet” (Delt 10)*

För en del patienter upplevde deltagarna att det inte fanns något akut sjukdomstillstånd som motiverade besöket på akuten, utan att patienten helt enkelt hade bestämt sig för att söka vård på akutmottagningen. Omständigheterna kunde göra det svårt att inte försöka tillgodose det behovet: *”Och det är inte så ovanligt att det har åkt någon, kanske 30 mil för att komma till akuten. För en ryggsmärta som de har haft i kanske 30 år, men känner att ’nu i natt är måttet och rågat och jag går inte härifrån förrän jag har fått...’ ja, ni vet, och då kan det kännas extra svårt om det har åkt 30 mil.”* (Delt 9)

Andra patienter hade tidigare tackat nej till den vård och omsorg de erbjudits, men klarade sig inte hemma utan sökte akut med jämna mellanrum och behövde då läggas in på sjukhus eftersom de inte klarade sig hemma.

Ingen deltagare gav uttryck för att de diskuterade för- och nackdelar med olika alternativ med patienten. En deltagare beskrev det som att det fanns två ytterligheter: att läkaren presenterade en risk-/nyttoanalys av olika alternativ och så fick patienten välja som på en snabbmatsrestaurang, eller det paternalistiska sättet där läkaren bara bestämde. Deltagaren förordade en lösning mittemellan där läkaren presenterade sin professionella rekommendation baserat på en sammanvägd bedömning av patientens situation och önskemål, men utifrån vad man hade rekommenderat om patienten varit en närstående till läkaren.

Deltagarna upplevde att de fattade beslut utifrån vad som var bäst för patienten och eftersträvade att beslutet skulle fattas i samförstånd. Flera betonade vikten av att ”skapa en allians” med patienten och att bevara och stärka deras förtroende för sjukvården. Det fanns en tydlig avgränsning mellan att maximera hälsan och patientens vilja. *”Självbestämmanderätten går ju faktiskt över maximera hälsan ibland.”* (Delt 1)

För äldre, multisjuka patienter beskrev deltagarna att man ger vård för att minska sjuklighet och risk för död, men att det kanske inte är i enlighet med patientens önskan. *”Vi gör väldigt mycket fast vi gör en del som patienterna inte vill.”* (Delt 1)

En situation som flera deltagare nämnde var att patienter kan välja att gå hem för att ta hand om sina djur, trots att det alternativet är sämre för deras hälsa. Ett exempel som gavs var en patient som gick hem, trots att det fanns en stark misstanke om hjärtinfarkt och risk för både hälsa och liv. Deltagaren försäkrade sig om att patienten förstod risken och ordnade så att patienten fick komma tillbaka dagen efter och då kunde gå direkt till avdelningen.

4.3 Maximera jämlikhet i vården

Jämlik vård handlar om att ingen patient ska särbehandlas, men också om att resurserna ska fördelas utifrån behov. I de individuella intervjuerna framkom att beslutet om fortsatt vård påverkar vården för övriga patienter både på akuten och i slutenvården. I den första gruppdiskussionen framkom att även övriga sjukvården kan påverkas, som till exempel ambulanssjukvården om man väljer att skicka patienten till annat sjukhus eller primärvård och specialistmottagningar om man remitterar patienten dit. I en gruppdiskussion diskuterades hur akuten får lösa problem som uppstått i andra delar av vården, som när en gammal patient får komplikationer efter en avancerad operation och hamnar på akuten och att det då tar resurser från akutens övriga patienter.

Kostnadseffektivitet diskuterades inte i sig som en aspekt att ta hänsyn till i beslutet om fortsatt vård för den enskilde patienten. Däremot framhöll många deltagare vikten av att använda sjukvårdens samlade resurser effektivt, till exempel genom att inte utföra akuta undersökningar som skulle kunna ske polikliniskt.

4.3.1 Maximera jämlikhet för alla patienter på akuten

Deltagarna beskrev i de individuella intervjuerna hur de försöker fördela sin tid och övriga resurser mellan patienterna på akutmottagningen. Det innebär att om det är lugnt på akuten kan mer tid läggas på den enskilde patienten, medan det vid högre belastning inte finns utrymme för det. Ett beslut att lägga in patienten kan påverka möjligheten att ta hand om andra patienter då det blir mer administration för läkaren. Om det inte finns tillgängliga vårdplatser innebär ett inläggningsbeslut att patienten blir kvar i många timmar på akuten, vilket tar både undersökningsrum och personal i anspråk och påverkar patientflödet på akutmottagningen negativt. Flera av deltagarna växlar mellan arbetspass där de antingen är direkt inblandad i enskilda patienters vård eller har en ledningsläkarroll med övergripande ansvar för patientsäkerhet och att tillräcklig vårdkvalitet upprätthölls.

4.3.2 Maximera jämlikhet inom slutenvård

De flesta deltagarna betonade vikten av att hushålla med sjukhusets resurser för att säkerställa att alla patienter får den vård de behöver. De såg som sin uppgift att göra prioriteringar av vilka patienter som ska läggas in på de vårdplatser som finns tillgängliga, så att patienter med störst behov får företräde. Det finns en osäkerhet i den prioriteringen, eftersom man inte kan veta vilka behov som finns hos de patienter som kan väntas komma in till akuten de närmaste timmarna. Många deltagare menade att de inte kan ta ansvar för platsläget utan fattar sitt beslut utifrån patienten, men uppgav samtidigt att de

har ett ansvar för att göra bra bedömningar och bara lägga in de patienter som behöver sjukhusets resurser. Samtliga deltagare beskrev brist på tillgängliga vårdplatser, vilket leder till att de försöker hitta alternativa lösningar där patienten kan gå hem med olika typer av uppföljning. Samtidigt menade flera deltagare att patienter som inte har behov av slutenvård läggs in eftersom det saknas alternativ för utredning och uppföljning.

Det fanns också en medvetenhet om att inläggningar har konsekvenser för resten av slutenvården. Ett högt tryck på att lägga in nya patienter kan också medföra att någon som redan är inlagd skrivs ut tidigare, även om den personen har ett kvarstående vårdbehov som är större än behovet hos den nya patient som läggs in på platsen. En deltagare beskrev hur avdelningarna kan ha en plats reserverad för en patient som ska opereras dagen därpå och att den operationen inte kan bli av om en patient från akuten läggs in på den platsen och att det därför är viktigt att inläggningen är väl motiverad.

4.3.3 Maximera jämlikhet inom övrig sjukvård

Deltagarna försökte balansera resursanvändningen på akutmottagningen jämfört med övriga sjukvården. Det gällde både patienter som önskade akuta utredningar av sådant som deltagarna tyckte kunde skötas via primärvården, och hur man från akutmottagningen remitterade vidare till primärvården. En deltagare betonade vikten av att *”inte skriva onödiga remisser för uppföljning till vårdcentralen. Jag ber om uppföljning’ och så ber man om ingenting egentligen. Man vill bara lindra sin egen ångest. Så, så det tror jag är jätteviktigt, att man betraktar sjukvården som en helhet när man jobbar på akuten.”* (Delt 2)

4.4 Instrumentella mål

De instrumentella målen beskriver bland annat processer på akutmottagningen som skapar förutsättningar för att optimera beslutsfattandet om fortsatt vård. Dessa handlar om att identifiera och hantera medicinska behov och risker, såväl som behov av omsorg och omvårdnad. En förutsättning för detta är att hämta in information, både om patientens tillstånd och omständigheter och om deras preferenser. En delaktig patient, där man skapar en allians mellan läkare och patient, beskrevs av flera deltagare som en förutsättning för att patienten ska följa den rekommenderade behandlingen. För att uppnå detta menade man att patienten behöver ha kunskap om sitt tillstånd och känna tillit till vården.

De deltagare som tog upp personalens välbefinnande menade att detta inte var något som påverkade beslutet om patientens fortsatta vård, även om till

exempel ett beslut att lägga in patienten kunde innebära ökad belastning för dem. Personalens välbefinnande upplevdes dock som viktigt för att patienterna skulle få god omvårdnad.

Vikten av att använda sjukvårdens resurser effektivt påtalades av de flesta deltagarna. Man var mån om att arbeta effektivt på akutmottagningen för att upprätthålla patientflödet och möjligheten att ta emot nya patienter. Det var också viktigt att säkerställa att patienten hamnade på rätt vårdnivå och att den fortsatta vården optimerades så undersökningar och prover beställdes för att undvika fördröjning.

Deltagarna menade att vård på sjukhus visserligen var kostsamt, men också kunde vara bra för samhällsnyttan om patienterna därigenom blev friskare. En deltagare beskrev det som att man hade uppgiften att ge service till medborgarna och flera gav exempel på hur man löste problem som inte var medicinska, men där det inte fanns något bättre alternativ just då än att lägga in patienten på sjukhus.

Ett instrumentellt mål var att initiera kontakt med övriga delar av vården. En patient kunde läggas in för att säkerställa att utredning och uppföljning skedde och det i rimlig tid. Som exempel nämndes patienter som haft ett krampanfall för första gången, som nu mår bra men inte skulle få träffa neurolog i rimlig tid i öppenvården. Andra exempel som nämndes var utredning för bröstsmärta eller misstänkt cancer där det inte fanns alternativ för poliklinisk utredning i rimlig tid och etablerandet av kontakt med kurator eller fysioterapeut.

4.5 Beslutssituationen och -kontexten

Beslutssituationen handlar om fortsatt vård efter akutbesöket, men själva beslutet om fortsatt vård verkar tas parallellt med utredningen av patientens besvär. Flera deltagare beskrev hur de tidigt fattar beslut om patienten behöver läggas in eller kan gå hem.

”För många patienter får jag en SBAR [strukturerad rapport, förf. anm.] och sedan ser jag dem från fotändan och kan bestämma mig för att den patienten inte kommer att kunna gå hem oavsett vad jag gör eller proverna visar. Så är det för många patienter. För majoriteten av patienterna bestämmer jag direkt.” (Delt 13)

Även om det för deltagaren var uppenbart att patienten inte skulle kunna gå hem, behövs ofta vidare utredning för att bestämma vilken avdelning patienten ska ligga på. Detta blir särskilt påtagligt när det blir ont om vårdplatser, då

mottagande läkare på andra kliniker kan kräva svar på olika utredningar, innan man accepterar att patienten läggs in på deras avdelning.

Alternativet att lägga in patienten innebär ofta att patienten blir kvar på akutmottagningen i många timmar, ibland upp till flera dygn, vilket innebär sämre vård för dem och även påverkar vården för övriga patienter. Inläggning medför visserligen mer administration än om patienten går hem, men om det finns tillgängliga vårdplatser innebär inläggning ändå att patienten lämnar akuten och därmed inte påverkar verksamheten där. Vårdplatsbrist ökar belastningen på akuten, antingen genom att patienten blir kvar där för fortsatt vård eller genom att patienten går hem men att det då krävs en plan för uppföljning som kan medföra merarbete för akutläkaren.

5 Diskussion

Akutläkarnas mål med beslutet om fortsatt vård efter besöket på akuten är att maximera patientens hälsa, maximera jämlikheten i vården och att maximera patientens nöjdhet med alternativet. Detta speglar till synes sjukvårdens mål om att uppnå hälsa för befolkningen, att vården ska vara jämlik och att patientens självbestämmande ska respekteras. Målstrukturen synliggör de lägre nivåerna av dessa mål och potentiella målkonflikter i bedömningen på akutmottagningen.

5.1 Patientens hälsa

Deltagarna gav uttryck för en helhetssyn på patientens hälsa, där målet inte bara är att minska sjuklighet och risk för död, utan även att minska patientens lidande och att patienten ska känna sig trygg och trivas. Dessa mål är ofta motstridiga och vad som är viktigast varierar beroende på patienternas förutsättningar och behov, men också på deras önskemål. En utredning eller behandling som syftar till att minska sjuklighet kan i sig ha en viss risk för död, som blodproppslösande behandling vid stroke eller akut bukkirurgi (Phipps & Cronin, 2020; Havens et al., 2015). Att läggas in på sjukhus innebär möjligheter till övervakning och behandling, men också risk för vårdskada. Patienten kan känna sig tryggare i sin hemmiljö med bekanta personer omkring sig, men professionell omvårdnadspersonal på sjukhus kan innebära bättre möjligheter att minska lidande. Det kan vara svårt att utröna vad som gynnar patientens välbefinnande om denne har nedsatta kognitiva funktioner, nedsatt syn och/eller hörsel eller språksvårigheter eller, som en deltagare nämnde, på grund av tidsbrist på akuten.

Denna komplexa bedömning av patientens medicinska behov i kombination med deras behov av omvårdnad och omsorg skulle kunna förklara att en del patienter läggs in trots att de inte bedöms ha tillstånd som kräver intagning på sjukhus. Vid en journalgranskning fann Myredal et al. (2016, sid 2) att så mycket som 37% av inlagda patienter 80 år och äldre hade kunnat få sin vård tillgodosedd utanför sjukhuset. Det är i linje med resultaten av en studie av inläggningar som inte var medicinskt motiverade på ett amerikanskt sjukhus, där man fann att läkarna gjorde en holistisk bedömning av medicinska och sociala behov som inte hade tillgodosetts och utifrån dessa identifierade möjliga hälsorisker om patienten skrevs hem. Det var den förhöjda risken som motiverade inläggning (Trinh et al., 2021, sid 3-5), vilket är i överensstämmelse med hur deltagarna i den här studien la in patienter för att de var oroliga för att de skulle falla eller försämras på annat sätt och komma tillbaka till akuten i sämre skick. Inläggning var också ett sätt för deltagarna att säkerställa

att patienten fick adekvat uppföljning i specialistvården. Att patienter utan medicinska behov av slutenvård läggs in för att initiera kontakt med andra delar av vården och säkerställa uppföljning förekommer också i andra länder (Capan et al., 2018, sid 453).

Deltagarna gav starkt uttryck för att patientens välbefinnande är en viktig faktor i deras beslut om fortsatt vård. Detta kan leda till svårigheter i kommunikationen med mottagande läkare i slutenvården, som vid en akut krisreaktion där det inte finns något medicinskt vårdbehov, eller vid akut ryggsmärta, där indikationen för inläggning är att minska lidande snarare än att behandla ett sjukdomstillstånd. Frågan är när slutenvård är indicerad för att öka patientens välbefinnande. Vilka riktlinjer ska styra beslutet om fortsatt vård i detta fall och på vilken nivå i sjukvårdsorganisationen ska beslutet fattas? Vilka av de fundamentala målen som är relevanta varierar i olika situationer och för olika patientkategorier. Målstrukturen skulle kunna användas för att tydliggöra vilka mål som akutläkare bedömer som avgörande för den fortsatta vården under givna förutsättningar.

5.2 Patientens preferenser och delat beslutsfattande

Deltagarna beskrev hur de gjorde komplexa bedömningar av patienternas samlade behov och när de bedömde att inläggning var motiverat, förklarade de sin bedömning för patienten. De uttryckte att det var viktigt att patienten förstod och accepterade hur de resonerade och varför de förordade en viss plan för fortsatt vård. I den mån risk diskuterades var det utifrån hur deltagaren bedömde risken, snarare än patientens värdering. Det är i linje med erfarenheterna av delat beslutsfattande inom cancervård, där det ofta används för att förklara för- och nackdelar med olika behandlingar, med betoning på att patientens ska få information och själv ha möjligheten att välja. Däremot utgår diskussionerna sällan från patientens mål och värderingar (Gruss & McMullen, 2019, sid 2238), vilket är en grundpelare i delat beslutsfattande.

På direkt fråga svarade de flesta akutläkarna att patienternas mål med den fortsatta vården var viktigt för dem, men samtidigt uppgav de att de inte riktigt visste vilka mål patienterna hade och att det inte var något de brukade efterfråga specifikt. Många tolkade frågan om patientens mål som att de ville ha en viss utredning eller behandling.

"De kanske inte ens vet sina mål [...] I grundändan så tänker jag att de flesta patienternas mål är väl desamma som oss. Att folk vill vara friska och glada [...] Men oftast så tror jag inte.. jättesvårt att veta. Man borde kanske fråga dem mer: Vad är ditt mål? Men man frågar ju ofta "varför är ni här?" (Delt 12)

Kanske kan frågan om patients mål tydliggöras av en distinkt formulering av frågan utifrån modellen för delat beslutsfattande. Van den Ende et al. (2021, sid 5-6) ställde frågan "What matters most to you?" till patienter som lagts in akut i slutenvård i sju olika länder. De fann att de vanligaste svaren var att: förbättra sin hälsa, få komma hem och att få en diagnos. På följdfrågan om patienterna trodde att deras behandlande läkare visste vad som var viktigast för dem svarade knappt hälften (48%) av dem att de trodde det.

Kraus & Marco (2016, 1668-70) beskriver delat beslutsfattande på akutmottagningen som en etisk princip med avvägning mellan patientens autonomi, principen att göra gott och läkarens roll som ansvarig för att fördela resurserna rättvist. De menar att detta är viktigt till exempel i beslut om behandlingsbegränsningar för patienter med svåra grundsjukdomar. För patienter med bröstsmärta kan delat beslutsfattande innebära att patienten kan gå hem och då ta på sig en del av ansvaret för risken att det ändå visade sig att patienten hade hjärtinfarkt, det vill säga att delat beslutsfattande är ett sätt för läkaren att hantera medikolegal och moralisk risk. Keeney (2009, 1.3. Communicating about risk) menar att kommunikation om risker ska ses som en beslutsalternativ. Det är ett tillfälle att informera om allmänna och specifika risker och uppmuntra till beteenden som kan minska den risken. Likaledes är det en möjlighet att som beslutsfattare lära sig hur risken uppfattas och värderas, och att skapa förtroende. Det är i överensstämmelse med hur deltagarna i den här studien beskrev hur de skapade en allians och fattade beslut i samråd med patienten. Patienten med hjärtinfarkt som vill gå hem för att ta ut sina hundar värderar detta högre än risken för att dö av ett hjärtstopp. För att fatta ett informerat beslut behöver patienten få information om hur stor den risken är och även information om hur olika alternativ till fortsatt vård påverkar den risken. Akutläkares roll blir att samla in tillräcklig information för att göra den bedömningen och stötta patienten i det beslutsfattandet.

5.3 Jämlikhet i vården och förutsättningar på akuten

Deltagarna beskrev en vilja och en ansats att fördela resurserna jämlikt, utifrån patienternas behov. Detta gällde framför allt mellan de olika patienterna på akutmottagningen, men i viss mån också för slutenvården och resten av sjukvården. Samtidigt påpekade de att de inte har någon insyn i eller inflytande över slutenvårdsplatserna, utan fattar beslut om inläggning utifrån sina patienters behov.

Beslutssituationen utgår ifrån att det är läkaren som fattar beslutet, även om detta sker i samråd. Läkaren har dock två roller: att vara rådgivande till pati-

enten och att vara gatekeeper i sjukvårdssystemet, dvs ansvarig för att resurserna utnyttjas klokt. För att kunna råda patienten behöver man kunna motivera sin rekommendation medicinskt. För att vara gatekeeper behöver man kunna motivera sitt beslut för makthavare. Läkaren företräder patienten i en principal-agent-relation, där en principal (patienten) företräds av en agent (läkaren). Men läkaren kan också ses som en agent för samhällsnyttan där denna utgörs av den sammanlagda hälsovinsten för alla potentiella patienter. På akutmottagningen finns dessutom både den enskilde patienten och alla patienter som akutläkaren har ansvar för (Weinstein, 2001, sid 271). I målstrukturen syns den här målkonflikten i de potentiellt motstridiga målen att maximera den enskilde patientens hälsa och att maximera jämlikheten för alla patienter på akuten. På akuten vill man maximera antalet patienter som får optimal vård, samtidigt som lägstanivån på omhändertagandet ska maximeras, det vill säga att den som får ”sämst vård” får så bra vård som möjligt. Risken för att någon får undermålig vård ska minimeras, vilket är ett uttryck för den osäkerhet som råder kring behoven hos de patienter som ännu inte har undersökts. Det förutsätter att man gör en värdering om snabb smärtlindring för patienten med outhärdlig njurstenssmärta är viktigare än att minska en mycket liten risk för hjärtstopp hos en tillsynes välmående patient med bröstsmärta. Samtidigt måste man bedöma om den misstänkta njurstenssmärtan i stället orsakas av en aortadissektion (en skada i stora kroppspulsåderns kärlvägg), ett livshotande tillstånd som kräver omedelbar behandling. Ifall akutläkaren snabbt kan identifiera att en patient behöver sluten vård, kan den fortsatta vården ske på avdelningen, under förutsättning att det finns en ledig vårdplats. Det kan vara gynnsamt både för patientens hälsa och för möjligheten att uppfylla de olika delmålen för jämlik vård på akutmottagningen.

Svårigheter att bedöma risken kontra nyttan kunde enligt deltagarna motivera inläggning på sjukhus och de flesta tyckte att det är rimligt att mindre erfarna läkare lägger in fler patienter på sjukhus just för att de har svårare att göra den bedömningen och att det också kan vara bra för deras lärande. Om fler patienter läggs in på sjukhus, minskar dock tillgången på vårdplatser, vilken kan påverka jämlikheten både på akutmottagningen och i slutenvården negativt. När det är brist på vårdplatser innebär beslutet att lägga in att patienten blir kvar på akutmottagningen i väntan på plats och bidrar till överbelastning (crowding) vilket skulle kunna försämra vården och öka risken för död för övriga patienter (af Ugglas, 2021, sid 12). Givet att inläggningen inte påverkar patienten i positiv riktning är detta alternativ alltså sämre än att patienten skrivs hem. Beslutsramen utgår emellertid från den oerfarna läkarens perspektiv och då finns en potentiell hälsovinster för patienten med minskad risk

för allvarligt utfall eller försämrad sjukdom. De deltagare som ibland arbetade i funktionen som ledningsläkare beskrev hur de då har ansvar för hela akutmottagningens resursanvändning och handleder mindre erfarna kolleger i deras beslut.

5.4 Målstrukturen i förhållande till sjukvårdens mål

Deltagarna beskriver hur de anpassar vården efter patienten de har framför sig och försöker lösa även problem som inte är medicinska. Att planera för patienten som åkt 30 mil utan att ha några akuta medicinska behov och som inte kommer att ha någon mätbar nytta av det som akutläkaren gör. Att lägga in den äldre patienten med kognitiv svikt som avböjt hemtjänstinsatser, men som kommer in efter att ha fallit hemma eftersom det inte fungerar. Är det i linje med sjukvårdens mål om en god hälsa för befolkningen, även om dessa patienter inte ingår i akutmottagningens uppdrag att hantera och det inte skapar något värde i hälso- och sjukvårdssystemet om de läggs in på sjukhus? De mottagande läkarna på vårdavdelningarna vill inte ta emot, men när de själva träffat personen som lider, har de svårt att hitta en bättre lösning. Med en vid definition av hälsa går det att motivera inläggningar på sjukhus som inte är medicinskt motiverade.

Ett "akut vårdtillfälle" är enligt Socialstyrelsens termbank (Socialstyrelsen, u.å.) ett "vårdtillfälle när patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande" och "[m]ed akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn" (Socialstyrelsen, 2013). Flera av de patientkategorier som deltagarna beskriver har inte tillstånd som uppfyller de kriterierna och det är i överensstämmelse med den bild som ges av patientpopulationen på akutmottagningarna i Sverige (Vårdanalys, 2018, sid 151-152). Målstrukturen kan här utgöra ett underlag för att identifiera patienter som egentligen inte bedöms ha medicinska behov av slutenvård. Genom att kommunicera kring patientens bedömda behov av fortsatt vård kan man lättare diskutera *om* och i så fall *var* i sjukvården dessa ska tillgodoseas.

De metoder som används för att utvärdera vården fokuserar på nyttan som uppnås efter en behandling, ofta i form av påverkad livskvalitet och livslängd (Folkhälsomyndigheten, 2022). Det är svårt att se hur man med hjälp av dessa ska kunna värdera ett alternativ för fortsatt vård som maximerar patientens trygghet eller minimerar dennes lidande under ett akut skede, men inte

ger några bestående hälsovinster. Hur man ska mäta och värdera att hänsyn tagits till patientens preferenser finns inte beskrivet. Detta skulle kunna förklara att Patientlagen som infördes 2015 inte haft någon effekt på patienternas delaktighet och att det efter införandet är färre patienter som uppger att deras delaktighet efterfrågas och välkomnas i vården. Företrädare för patientföreningar och patientnämnder menar att sjukvården i större utsträckning behöver utgå från patienternas upplevelser och behov (Vård- och omsorgsanalys, 2021, sid 5-11). För att uppnå det behövs riktlinjer för vilka behov som ska mötas och i vilken utsträckning patientens preferenser ska påverka beslutet. Det är en prioriteringsfråga som ligger på politisk nivå. Målstrukturen kan här utgöra en struktur för att synliggöra hur akutläkare tolkar individuella patienters behov och hur de balanserar dessa gentemot akutmottagningens förmåga att erbjuda säker och högkvalitativ vård till alla patienter.

Det saknas ett tydligt uppdrag för akutsjukvården i Sverige och akutmottagningen påverkas av hur väl övriga hälso- och sjukvården kan möta patienternas behov (Vårdanalys, 2018, sid 9-14). När patienter inte får den vård och omsorg de efterfrågar söker de sig till akutmottagningen. Resultaten i den här studien visar att akutläkarna då försöker att tillgodose deras behov, även om de inte är medicinska. Det är en utveckling som ses i flera länder. I Storbritannien upplevs akutmottagningen som lätt tillgänglig av allmänheten, eftersom den alltid är öppen och inte kräver tidsbokning. The Royal College of Emergency Medicine (u.å.), som organiserar akutläkarna, driver att man i stället för att försöka styra patienter bort från akutmottagningen ska låta denna fungera som del av en samlingspunkt (hub) där olika samhällstjänster för brådskande somatiska och psykiska behov samlas och samarbetar. I USA förordar American College of Emergency Physicians (u.å.) ”case management”, där bland andra sjuksköterskor tillgodoser patienters med komplexa behov av uppföljning eller omvårdnad.

Jag känner inte till några modeller för att utvärdera i vilken grad vården på akutmottagningen är jämlik, utöver de sammanställningar som görs av olika processmått som väntetid till läkare och vistelsetid på akutmottagningen (Socialstyrelsen, 2013). Jämförelser av utfall görs mellan sjukhus för patienter med samma akuta tillstånd genom öppna jämförelser där till exempel tid till intervention eller överlevnad för hjärtinfarkt och stroke redovisas (Socialstyrelsen, 2022b). Jämlik vård på akutmottagningen borde innebära att risknivån som motiverar inläggning är densamma, oavsett patientens sökorsak, men min erfarenhet är att prioriteringen av olika tillstånd inte görs i förhållande till hur stor risken för allvarliga utfall är. Vissa tillstånd verkar uppfattas som mer riskfyllda och därför prioriteras högre i sjukvårdssystemet. Bröstmärta är ett

sådant tillstånd som uppfattas som svårbedömt och där det finns en låg tröskel för att hänvisa till bedömning på akutmottagning (Region Stockholm, 2022). Samtidigt visade en dansk studie att bröstsmärta som sökorsak hade lägst 30-dagars dödlighet av alla inkluderade sökorsaker (Sørensen et al., 2021, sid 5).

5.5 Målstrukturen som ett medel för kommunikation och nya alternativ

Målstrukturen beskriver målet med den fortsatta vården efter ett besök på akutmottagningen utifrån ett värdefokuserat tankesätt, oberoende av patientens medicinska diagnos. Det är ett, mig veterligen nytt perspektiv. Tidigare studier har fokuserat på hur akutläkare fattar beslut om inläggning, andra intressenters uppfattningar och hur beslutsprocessen ser ut för att komma fram till om patienten ska läggas in eller inte (Calder et al., 2012; Cabrera et al., 2015). En fördel med att beskriva vården i termer av vilka mål som eftersträvas, till exempel att öka trygghet eller minska risk för död, är att det blir tydligare hur akutläkaren tolkar problemet, både för patienten och för övriga som är inblandade i patientens vård. Om läkaren till exempel är orolig för att en patient med hjärtsvikt ska försämras eller ramla i hemmet och vill minska den risken genom att lägga in patienten på sjukhus, kan patienten själv ta ställning till hur den risken ska hanteras. Om inläggningsindikationen är "behandling av hjärtsvikt" blir det i stället en medicinsk fråga som är svår för patienten att bedöma, men som också kan leda till att patienten skrivs ut från sjukhuset när den medicinska behandlingen bedöms kunna skötas polikliniskt.

Värdefokuserat tänkande innebär att man utifrån värden och värderingar hanterar beslutsproblemet som en möjlighet att öppna upp för fler alternativ än de uppenbara. Tidigare forskning tyder på att beslutsfattare som exponeras för fundamentala mål kommer på fler och bättre alternativ till lösningar (Siebert & Keeney, 2015, sid 1145). Detta var också något som kom fram i gruppdiskussionerna. När dessa kom att handla om vad man ville uppnå för patienten och det öppnades upp för att hitta andra alternativ än de som fanns tillgängliga i nuläget, började deltagarna föreslå nya alternativ.

5.6 Studiens styrkor och svagheter

De första tre intervjuerna sammanställdes i målstrukturer. Ingen av dessa innehöll samtliga mål som finns i den slutgiltiga versionen av målstrukturen. Samtidigt var det ingen som ansåg att något av målen som diskuterades i

gruppdiskussionerna var irrelevanta. Det tyder på att den enskilda beslutsfattaren kan ha svårt att självständigt skapa en fullständig bild av fundamentala mål och att processen där dessa genereras tillsammans är värdefull. Det är i linje med studier av studenters mål inför framtida karriär där de spontant bara kunde ange ungefär hälften av de mål som de själva vid en samlad bedömning bedömde som viktiga och ofta själva missade att ange det mål som de senare skattade som viktigast (Siebert & Keeney, 2015, sid 1147-48). Därför var det en styrka att ha med så många akutläkare med olika bakgrund och erfarenhet i studien. Deltagarna var emellertid helt främmande för målstrukturer och att formulera mål utifrån vad man ville uppnå med vården och det var först under gruppdiskussionen, när de fick höra exempel på hur alternativ skulle kunna utformas, som de förstod hur målstrukturen var uppbyggd. Det kan ha medfört att mål inte kom fram under intervjuerna, även om det fanns möjlighet att korrigera det under gruppdiskussionerna. Ingen av deltagarna hade några särskilda synpunkter på den slutgiltiga målstrukturen, men flera av dem tyckte att den var komplex men att det nog speglade verkligheten. Några menade att det nog krävdes tid och bearbetning för att förstå den om man inte varit med under framtagandet. Tiden för gruppdiskussionerna medgav ingen djupare diskussion kring de instrumentella målen, så nätverket av dessa är inte heltäckande.

5.7 Framtida forskning

Målstrukturen är ett försök att bena upp komplexiteten och ämnar svara på frågan ”vilka fundamentala mål kan vara av värde att beakta vid ett beslut om fortsatt vård och vilka instrumentella mål kan påverka förmågan att uppnå dem”. Det är en generisk modell för olika typer av patientfall och därför är inte alla fundamentala mål relevanta för alla patienter. Fortsatta studier behövs för att se om denna modell kan användas för att öka akutläkarnas användning av delat beslutsfattande på akutmottagningen utifrån patientens mål och värderingar. Deltagarna i studien tog stor hänsyn till patientens välbefinnande i form av trygghet och undvikande av lidande, samt i viss mån trivsel och bekvämlighet. Ytterligare studier skulle behövas för att identifiera attribut som gör det möjligt att kvantifiera dessa värden.

Att beslutskontexten begränsades till just läkarens beslut är rimligt, eftersom det är läkaren som beslutar ifall patienten ska läggas in på sjukhus. Läkaren gör sig dock till uttolkare av patientens önskemål och välfärd och det vore förstås av värde att studera hur mållhierarkien ser ut från ett patientperspektiv. Deltagarna gav uttryck för att de ibland upplevde kommunikationssvårigheter med läkare i slutenvården och det skulle vara intressant att se om målstruk-

turen för läkare inom den subspecialiserade slutenvården skiljer sig från akutläkarnas. Även andra intressenters målhierarkier vore intressanta att studera, till exempel tjänstemän i sjukvårdsorganisationen och politiker. Keeney (2009. 3.8. Objectives hierarchies for groups.) betonar vikten av att involvera olika intressenter tidigt i processen för att underlätta samarbete och inte väcka känslan av att beslutet redan är fattat. Om beslutet om fortsatt vård ses som ett individuellt beslutsproblem för varje patient utgör målstrukturen bara ett stöd för att identifiera och kommunicera akutläkarens bedömning och då är detta inte ett problem. Om målstrukturen däremot ska användas som underlag för att diskutera hur de fundamentala målen ska värderas i förhållande till varandra på organisationsnivå är det viktigt att sammanställa andra intressenters målhierarkier i separata processer. Samtliga hierarkier ska sedan enligt Keeney (2009. 3.8. Combining objectives hierarchies.) sammanfogas till en gemensam struktur där samtliga mål från de enskilda målstrukturerna ingår, men där likvärdiga mål slås ihop. Detta är i sig en process som fordrar diskussioner inom och mellan olika intressenter så att den slutgiltiga modellen korrekt speglar alla intressenters mål. En målstruktur som speglar, patienters, läkares, tjänstemäns och politikers mål för beslutet om fortsatt vård skulle alltså fordra att deltagarna från den här studien fortsatte att vara delaktiga i framtagandet av den gemensamma strukturen. Målstrukturer är resultatet av en process, en beslutsmöjlighet där man genom att vrida och vända på problemet identifierar vad man egentligen vill uppnå.

Referenser

af Ugglas, B., Lindmarker, P., Ekelund, U., Djarv, T., & Holzmann, M. J. (2021). Emergency department crowding and mortality in 14 Swedish emergency departments, a cohort study leveraging the Swedish Emergency Registry (SVAR). *PloS One*, *16*(3), e0247881, 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247881>

American College of Emergency Physicians. (u.å.). *Social Work and Case Management in the Emergency Department*. Hämtad 2023-02-27 från <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/preps/social-work-and-case-management-in-the-emergency-department.pdf>

Bernfort, L. (2003). *Behov eller kostnadseffektivitet - Vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* PrioriteringsCentrum. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:874657/FULLTEXT01.pdf>

Buede, D.M., (1986). Structuring Value Attributes. *Interfaces*, *2*, 52-62. <https://doi.org/10.1287/inte.16.2.52>

Cabrera, D., Thomas, J. F., Wiswell, J. L., Walston, J. M., Anderson, J. R., Hess, E. P., & Bellolio, M. F. (2015). Accuracy of “My Gut Feeling:” Comparing System 1 to System 2 Decision-Making for Acuity Prediction, Disposition and Diagnosis in an Academic Emergency Department. *The Western Journal of Emergency Medicine*, *16*(5), 653-657. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.5.25301>

Calder, L.A., Forster, A. J., Stiell, I. G., Carr, L. K., Perry, J. J., Vaillancourt, C., and Brehaut, J. (2012). Mapping Out the Emergency Department Disposition Decision for High-Acuity Patients. *Annals of Emergency Medicine*, *60*(5), 567-576. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.04.013>

Capan, M., Pigeon, J., Marco, D., Powell, J., & Groner, K. (2018). We all make choices: A decision analysis framework for disposition decision in the ED. *The American journal of emergency medicine*, *36*(3), 450-454. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.11.018>

Clemen, R. T., & Reilly, T. (2014). *Making Hard Decisions with Decision Tools* (3:e uppl). South Western Cengage Learning.

Creswell, J.W. & Creswell, J.D. (2018). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5:e uppl). SAGE.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., &

Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine : JGIM*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

Folkhälsomyndigheten (2022). *Hälsoekonomiska utvärderingar*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/halsoekonomi/halsoekonomiska-utvarderingar/>

Gruss, I., & McMullen, C. K. (2019). Barriers to eliciting patient goals and values in shared decision-making breast cancer surgery consultations: An ethnographic and interview study. *Psycho-oncology*, 28(11), 2233–2239. <https://doi.org/10.1002/pon.5212>

Hallin, B., & Siverbo, S. (2002). *Jakten på den goda styrningen - En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*. Rapport 3, 2002. Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys. http://www.natverken.se/media/7346/Jakten%20på%20den%20goda%20styrningen_rapport.pdf

Havens, J. M. , Peetz, A. B. , Do, W. S. , Cooper, Z. , Kelly, E. , Askari, R. , Reznor, G. & Salim, A. (2015). The excess morbidity and mortality of emergency general surgery. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78 (2), 306-311. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000517>

Hälso- och sjukvårdslag (HSL, 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Kanzaria, H. K., Brook, R. H., Probst, M. A., Harris, D., Berry, S. H., & Hoffman, J. R. (2015). Emergency physician perceptions of shared decision-making. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 22(4), 399–405. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/acem.12627>

Keeney, R.L., (1982) Feature Article—Decision Analysis: An Overview. *Operations Research* 30(5), 803-838. <https://doi.org/10.1287/opre.30.5.803>

Keeney, R.L., (2009), *Value focused thinking*. (Kindle Edition från <http://www.amazon.com>). Harvard University Press.

Kraus, C. K., & Marco, C. A. (2016). Shared decision making in the ED: ethical considerations. *The American journal of emergency medicine*, 34(8), 1668–1672. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.ajem.2016.05.058>

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl.). Studentlitteratur.
- Myredal, Mauritzon, I., Blom, M., and Ivarsson, K. (2016). Många över 80 år hade kunnat få vård utanför sjukhuset. *Läkartidningen*, 113(5), 1-3.
- NE Ordböcker. (U.å.). Value, values. I *NE Natioanalencyklopedin*. Hämtad 23 januari, 2023 från <https://www-ne-se.eu1.proxy.openathens.net/ordbocker/>.
- Oxford University Press (2022). Value, values. I *Oxford English Dictionary/OED Online*. Hämtad 2023-01-23 från <https://www.oed.com>
- Patientlag* (PL 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Phipps, M. S., & Cronin, C. A. (2020). Management of acute ischemic stroke. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, l6983. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1136/bmj.l6983>
- Region Stockholm. (2022). *Hänvisningsstödet*. Hämtad 2023-02-11 från <https://hanvisning.sll.se/documents/5cc61cb10b6275d3b0279f75>
- Siebert, J., & Keeney, R. L. (2015). Creating More and Better Alternatives for Decisions Using Objectives. *Operations Research*, 63(5), 1144-1158. <http://www.jstor.org/stable/24540438>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 2023-02-27 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=214&SrcLang=sv>
- Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Hämtad 2023-02-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2013-12-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 2015*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-4-5.pdf>
- Socialstyrelsen (2022a). *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2021*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-10-8141.pdf>
- Socialstyrelsen (2022b). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård*. Hämtad 2023-02-27 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/halso-och-sjukvard/>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Fakta om vårdplatser*.
https://skr.se/download/18.4ae61f1be1817ffa40206c0f0/1656659839276/Fakta-om-vardplatser_SKR.pdf

Sørensen, S.F., Ovesen, S. H., Lisby, M., Mandau, M. H., Thomsen, I. K., and Kirkegaard, H. (2021). Predicting mortality and readmission based on chief complaint in emergency department patients: a cohort study. *Trauma Surgery & Acute Care Open* 6(1), e000604, 1-9.
<https://doi.org/10.1136/tsaco-2020-000604>

The Royal College of Emergency Medicine. (u.å.). *The A&E hub concept*. Hämtad 2023-02-26 från <https://www.cambridgeshireandpeterboroughhccg.nhs.uk/easysiteweb/getresource.axd?assetid=3742&type=0&service-type=1>

Trinh, T., Elfergani, A., & Bann, M. (2021). Qualitative analysis of disposition decision making for patients referred for admission from the emergency department without definite medical acuity. *BMJ open*, 11(7), e046598.
<https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1136/bmjopen-2020-046598>

van den Ende, E.S., Schouten, B., Kremers, M. N. T., Cooksley, T., Subbe, C. P., Weichert, I., van Galen, L. S., Haak, H. R., Kellett, J., Alsma, J., Siegrist, V., Holland, M., Christensen, E. F., Graham, C. A., LEUNG, L. Y., Laugesen, L. E., Merten, H., Mir, F., Kidney, R. M., & Nickel, C. H. (2021). Understanding what matters most to patients in acute care in seven countries, using the flash mob study design. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06580-4>

Vårdanalys. (2018). *En akut bild av Sverige. Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning* (2018:13). Hämtad från <https://www.varदानalys.se/wp-content/uploads/2018/12/Rapport-2018-13-En-akut-bild-av-Sverige.pdf>

Vård och omsorgsanalys (2021). *En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*. <https://www.varदानalys.se/rapporter/en-lag-som-kraver-omtag/>

Weinstein, M.C. Should physicians be gatekeepers of medical resources? *Journal of Medical Ethics* 2001;27:268-274.
<http://dx.doi.org/10.1136/jme.27.4.268>

Bilaga A: Informationsbrev inför individuella intervjuer



Akademin teknik och miljö

Förfrågan om att delta i en studie om akutmåläkares beslutsfattande avseende inläggning i slutenvård.

Syftet med studien är att studera vilka mål som styr akutmåläkares beslutsfattande och vad man vill uppnå med ett inläggningsbeslut. Akutmåläkare från olika sjukhus deltar.

Studien är ett examensarbete på avancerad nivå och är en del av magisterutbildningen i Besluts- risk- och policyanalys vid Högskolan i Gävle. Studien kommer att genomföras med intervjuer under sommaren 2022. Intervjuerna kommer att beröra din uppfattning av de inläggningsbeslut du fattar på akutmottagningen. En första intervju genomförs med dig individuellt och resultatet sammanställs i en målstruktur som du har möjlighet att kommentera. När samtliga individuella intervjuer genomförts, följs detta upp med en gruppintervju där 3-5 akutmåläkare deltar och diskuterar om den modell som tagits fram korrekt speglar målen. Intervjuerna beräknas ta 30-60 minuter och genomförs digitalt på en tid som passar dig. Intervjuerna kommer att spelas in och en sammanfattning kommer att skrivas ut i text.

Den information som Du lämnar kommer att behandlas säkert och förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer att få ta del av den. Redovisningen av resultatet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras. Resultatet kommer att presenteras i form av en muntlig presentation till andra studerande samt i form av ett examensarbete. Resultaten kan också komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Högskolan i Gävle. Inspelningarna och de utskrivna sammanfattningarna kommer att sparas i databasen i tio år efter att den vetenskapliga artikeln publicerats, i enlighet med gällande regler. Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet och att få en kopia av den vetenskapliga artikeln.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Jag frågar härmed om Du vill delta i denna studie. Boka i så fall tid via <https://doodle.com/meeting/participate/id/bo2LqxBa>

Om tiderna inte passar eller du inte kan boka tid, kontakta mig via epost: katrin.hruska@gmail.com eller telefon: 0708-399449 för att boka en tid för intervju.

Ansvariga för studien är Katrin Hruska och Ulla Ahonen-Jonnarth. Har Du frågor om studien är Du välkommen att höra av dig till någon av oss

Katrin Hruska
Student
katrin.Hruska@gmail.com
0708-399449

Ulla Ahonen-Jonnarth
Lektor
ulla.Ahonen-Jonnarth@hig.se
026-64 85 00

Bilaga B: Intervjumall, individuella intervjuer

Bakgrund

Ett inläggningsbeslut innebär en beslutssituation där man tar ställning till att lägga in eller inte lägga in patienten. För vissa patienter på akuten är det inte aktuellt att ta ställning till, då varken patienten, läkaren eller någon annan ser ett sådant behov. Den här intervjun handlar om de patienter då du som läkare aktivt fattar ett beslut gällande inläggning. Jag är intresserad vilka mål du vill uppnå med ditt beslut.

Hälso- och sjukvårdslagen säger att *"För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus."* Vilken hälso- och sjukvård kräver intagning i vårdinrättning?

Kan du beskriva en sådan situation som du varit med om?

Vad i situationen gjorde att inläggning krävdes?

Vad uppnådde man med inläggningen?

Vilka olika behov hos patienten kan man möta genom inläggning?

Finns det andra behov som möts bättre av att patienten inte läggs in?

Hur går din bedömning av de behoven till? Hur resonerar du?

Hur avgör du när behovet är tillräckligt starkt för att motivera inläggning?

Har du lagt in någon patient på sjukhus där inläggning inte krävdes?

Varför? Vad ville du uppnå?

Av vilka anledningar läggs patienter inte in på sjukhus?

Kan det finnas fler anledningar?

Kan det vara rätt att patienten inte läggs in, även om det finns en medicinsk indikation?

Kan du beskriva en sådan situation som du har varit med om?

Finns det andra än patienten som påverkas av eller har synpunkter på beslutet att lägga in eller inte lägga in patienten?

Vilken roll har de?

Kan de ha andra mål än du? Vilka?

Varför är deras synpunkter viktiga?

Vilken roll har patienten i inläggningsbeslutet?

Kan patienten ha andra mål än du?

Vilka skulle det vara?

Är patientens mål viktiga för dig?

Brukar du förklara för patienten varför hon/han behöver läggas in på sjukhus?

Hur ser det samtalet ut?
Vad är viktigt att uppnå med det samtalet?

Är det svårt att fatta beslutet att inte lägga in patienten?
När är det lätt?
Vad vill du uppnå då?
Varför är det viktigt?
När kan det vara svårt?
Varför är det svårt?
Vad behöver du veta för att kunna bestämma?

Är det svårt att fatta beslut att lägga in patienten?
När är det lätt?
Vad vill du uppnå då?
Varför är det viktigt?
När kan det vara svårt?
Varför är det svårt?
Vad behöver du veta för att kunna bestämma?

Hur påverkas du av ett inläggningsbeslut, av att lägga in eller inte lägga in en patient?

Kan det få positiva konsekvenser för dig?
Kan det få negativa konsekvenser för dig?

Påverkas vårdkvaliteten för övriga patienter på akuten av om du beslutar att lägga in en patient eller inte?

Hur?
Vilket ansvar har du gentemot dem?
Vad är viktigt att ta hänsyn till i ditt beslut?

Hur påverkas akutens möjligheter att verka vid en allvarlig händelse med många skadade av ditt beslut att lägga in en patient?

Kan det ha positiva effekter?
Kan det ha negativa effekter

Påverkas övriga kliniker på sjukhuset av ditt inläggningsbeslut på akuten?

Vilket ansvar har du gentemot dem?
Vad är viktigt att ta hänsyn till i ditt beslut?
Vad uppnår du genom att ta hänsyn till det?

Finns det andra som påverkas av inläggningsbeslutet?

Hur?
Vad är viktigt att ta hänsyn till i ditt beslut?

Påverkas samhällsnyttan av ditt beslut?

Hur?
Vilket ansvar har du för den?

Vilka externa faktorer och omständigheter påverkar beslutet?

Tid på dygnet?

Avstånd till sjukhuset?

Varför är de viktiga att ta hänsyn till?

Finns det sårbara grupper där du gör särskilda avvägningar gällande inläggningsbeslutet?

Varför är det viktigt?

Vad vill du uppnå genom att tänka så?

Kan du komma ihåg någon situation då du var väldigt nöjd med ett inläggningsbeslut? Antingen patienten lades in eller inte, där du efteråt tycker att det var bra.

Varför var du nöjd?

Vad uppnådde du med beslutet?

Kan det vara rätt att en läkare väljer att lägga in patienten medan en annan läkare skickar hem dem?

Kan du beskriva en sådan situation.

Vad uppnår den läkaren som lägger in patienten?

Varför är det viktigt?

För vem är det viktigt?

Vad kan hända om du inte lägger in en patient? Vad är det värsta som kan hända?

Kan det få negativa konsekvenser på andra sätt?

Vad är det värsta som kan hända om du lägger in en patient?

Kan det få negativa konsekvenser på andra sätt?

Om du skulle sammanfatta vad du vill uppnå när du väljer att lägga in eller inte lägga in en patient. Vad skulle du säga då?

Är några av dessa mål motstridiga? Vilka?

Bilaga C: Intervjumall, gruppintervjuer

Välkommen till den uppföljande gruppintervjun!

Under gruppdiskussionen ska ni diskutera vilka mål akutläkare strävar mot i beslutet om fortsatt vård för en patient som man bedömer på akutmottagningen, där inläggning i slutenvård skulle kunna vara ett alternativ. Utifrån de olika svar som kommit fram i individuella intervjuer har jag skapat en målstruktur som ni har haft möjlighet att titta på. Det här är ett underlag för diskussionen och fritt fram att ändra och justera så att det speglar vad ni tycker. Alla mål är inte relevanta för alla patienter, men det ska inte finnas andra relevanta mål för någon patient, som inte är med här. Det är totalt fyra grupper som kommer att gå igenom det här och varje ny grupp fortsätter där den förra slutade. När det sista gruppen har sagt sitt, kommer ni alla att få ut slutresultatet och kunna kommentera det. Och vi har en timme avsatt till den här diskussionen.

Finns det frågor?

Decision frame

"Beslutsituationen handlar om fortsatt vård för en patient som akutläkare bedömer på akutmottagningen, där inläggning i slutenvård skulle kunna vara ett alternativ."

Förutsättningar för beslutssituation

Ingen patient får ges undermålig vård

Ingen patients integritet får kränkas

Inga intressenter får utsättas för orimligt lidande

Patientens autonomi ska respekteras.

Är beslutssituationen och förutsättningarna tydliga och rimliga?

Målhierarkin

Först tittar vi på målhierarkin med de fundamentala målen. Sedan kommer vi att titta på de instrumentella målen som ska leda till de fundamentala. Jag kommer att ställa lite frågor, men jag hoppas att ni ska diskutera med varandra och att jag kan vara passiv.

Visa målhierarkin (utan de instrumentella målen)

Hur tänker ni kring den här strukturen?

Finns det mål som är otydliga?

-Hur tolkar ni det som står?

-Hur skulle det kunna formuleras bättre?

-Är det ett relevant mål om man formulerar det så?

Vilka etiska principer är viktiga i den här situationen och finns det mål som motsvarar dem?

Vad är viktigt för er som läkare att uppnå för era patienter?

Är något av målen högre eller lägre prioriterat?

Kan vi beskriva någon situation?

Vilka mål kan vara motstridiga?

Kan ni beskriva en situation ni har varit med om?

Vilket mål väger tyngre?

När är det värt att acceptera en högre medicinsk risk för patienten?

Om det fanns obegränsat med resurser, med vårdplatser och med uppföljningstider på olika mottagningar, vad skulle ni tänka då? Vilka behov hos patienten skulle ni tillgodose i högre utsträckning? Vilket mål skulle uppnås i större utsträckning?

Underkategorier

Om vi tittar på underkategorierna till varje mål. Bildar de tillsammans hela det fundamentala målet eller saknas det underkategorier? Kan ni beskriva en situation ni har varit med om?

Gå igenom alla fundamentala mål om inte gruppen gör det

Attribut

Kan man värdera och mäta vilken grad målen har uppnåtts för alla mål?

Hur skulle ni göra? *(Gå igenom alla underkategorier)*

För vilken typ av patient skulle det vara relevant?

Instrumentella mål

Visa hela målstrukturen

De instrumentella målen är inte viktiga i sig, utan leder fram till de fundamentala målen.

Hur tänker ni kring den här strukturen?

Finns det instrumentella mål som är otydliga?

Finns det instrumentella mål som är irrelevanta?

Finns det instrumentella mål som saknas i strukturen?

Är strukturen logisk? Är det någon pil som saknas eller är fel?

Sammanfatta vad gruppen kommit fram till.

Är det korrekt uppfattat?

Finns det ytterligare kommentarer?

Bilaga D: Informationsbrev inför gruppintervjuer

Välkommen till den uppföljande gruppintervjun! Inför intervjun behöver du läsa igenom den här informationen och fundera på frågorna. Du behöver inte dokumentera något. Titta även på målstrukturen så att du är bekant med den. Jag rekommenderar att du avsätter en kvart för detta.

Under gruppdiskussionen ska vi diskutera vilka mål akutläkare strävar mot i beslutet om fortsatt vård för en patient som man bedömer på akutmottagningen, där inläggning i slutenvård skulle kunna vara ett alternativ. Utifrån de olika svar som kommit fram i individuella intervjuer har jag skapat en målstruktur.

Den består av fyra fundamentala mål:

1. Minimera risk för död och sjuklighet
2. Maximera hälsa
3. Maximera patientens nöjdhet med handläggningen
4. Maximera jämlikhet i vården.

Fundera på dessa mål. Är det något som saknas? Något du vill formulera om?

Ett fundamentalt mål är viktigt i sig, inte för att det leder till något annat mål. Ett fundamentalt mål kan delas upp i underkategorier. Underkategorierna ska tillsammans karakterisera hela det fundamentala målet och inte vara överlappande.

Alla fundamentala mål och underkategorier är inte aktuella för alla patienter, men det ska inte finnas andra relevanta fundamentala mål för någon patient.

Underkategorierna är:

1. Minimera risk för död och sjuklighet
 - Minimera antal missade farliga, tidskritiska tillstånd
 - Minimera risk för allvarliga utfall (t ex om patienten försämras)
2. Maximera hälsa
 - Maximera överlevnad
 - Minimera sjuklighet
 - Minimera grad av sjuklighet
 - Minimera tid med sjuklighet
 - Maximera patientens funktionsnivå
 - Maximera patientens välbefinnande
 - Maximera patientens upplevda trygghet
 - Minimera patientens lidande
3. Maximera patientens nöjdhet med handläggningen
 - Maximera patientens nöjdhet med delaktighet (Hon/han är så delaktig som önskat)
 - Maximera patientens nöjdhet med kunskap och information

4. Maximera jämlikhet i vården.
 - Maximera antal patienter som får optimal vård på akuten
 - Maximera antal patienter som får optimal vård på sjukhuset

Fundera på dessa underkategorier. Är det något som saknas? Något du vill formulera om? Beskriver underkategorierna tillsammans hela det fundamentala målet?

Alla fundamentala mål har en önskvärd riktning. Under intervjuerna har det framkommit vissa förutsättningar som vi utgår ifrån måste vara uppfyllda i vår beslutssituation:

Ingen patient på akutmottagningen får ges undermålig vård
Ingen patients integritet får kränkas
Patientens autonomi ska respekteras
Inga intressenter får utsättas för orimligt lidande (t ex svår belastning hos anhöriga, svår etisk stress för läkare)

Håller du med om att dessa kriterier är förutsättningar som måste vara uppfyllda? Finns det fler?