

## Etiken i fokus i Umeå

Så var det dags för den fjärde och sista delen i konferensserien Etik i vården – forskning för vardagen. En övervägande del av publiken på Folkets Hus i Umeå var studerande. Somliga kom från olika omvårdnadsprogram, andra från Umeå universitet för att delta, lyssna och lära.

Annelie Nordström, vårdstrateg och moderator för dagen, konstaterade att aldrig har så många fått så mycket av svensk sjukvård som idag. Ändå känner vi oss inte riktigt nöjda.

– Glömmer vi att trösta? Att hålla varandra i hand? Var är människan bakom diagnoserna? Har vi inget eget lugn att dela med oss av? Är det detta som känns fel? Borde inte trösten vara en mycket större artikel i sjukvårdsförrådet?

Frågorna med etiska perspektiv har blivit tunga och komplexa i den svenska vården. Det är därför som forskningsprogrammet Etik i vården vill belysa dessa frågor och hitta redskap att hantera dem. Generalsekreterare Karin Hallerby hälsade alla välkomna och berättade kort om Hjärt-Lungfonden ([www.hjart-lungfonden.se](http://www.hjart-lungfonden.se)), dagens värd och en av de fyra finansiärerna bakom forskningsprogrammet.

– Medlemsorganisationen Hjärt-Lungfonden har bedrivit verksamhet i snart hundra år. Fonden bildades 1904 i kampen mot folksjukdomen tuberkulos. Under 1950-60-talet, när man såg att hjärt- kärlsjukdomarna var de dominerande sjukdomarna, tog föreningen som sin uppgift att bekämpa dessa. Vårt ändamål är att bekämpa sjukdomar inom det här området. Vi är stora finansiärer av den oberoende forskningen, men är beroende av bidrag från enskilda och företag och deltar i det internationella forskarsamhället. Under förra året beviljade fonden 85 miljoner till forskning.

Karin Hallerby berättade vidare att deras informationsarbete har intensifierats. Hon tog några aktuella exempel, bland annat satsningen på ett hälsoorienterat ledarskap, ”Pelle Pump”, en lek- och kunskapsatsning för barn om en god livsstil och Hälsans stig, ett projekt som stimulerar till vardagsmotion.

–Vi behöver få större insikt i beteendeförändringar och få en mer sammansatt bild av människan. Vårt deltagande i det här mångvetenskapliga Etikprogrammet är därför ett bra sätt för oss att bidra till att öka kunskapen kring de här frågorna.

## **Informerat samtycke i samband med rekrytering av patienter för klinisk undervisning**

**Niels Lynöe, docent i medicinsk etik vid Umeå universitet**

Ett tvärvetenskapligt undervisnings- och forskningsområde som kritiskt, historiskt, empiriskt och analytiskt granskar moraliska och etiska aspekter på sjukvården – så kan man beskriva ämnet medicinsk etik.

Docent Niels Lynöe arbetar framför allt med den empiriska delen av den medicinska etiken. Han inledde med en historisk tillbakablick på den medicinska undervisningen och tog åhörarna till antikens Grekland.

### **Historisk tillbakablick**

– Hippokrates beskriver en mycket nära relation mellan läraren/läkaren och eleven. Detta ömsesidiga förhållande kan i det närmaste beskrivas som en vetenskaplig adoption, där den äldre läkaren fanns till hands för den yngre under hela sitt yrkesliv. Han skulle fungera som en förebild för den blivande läkaren, både tekniskt-medicinskt och när det gällde bemötande. Denna tradition dominerade ända fram till 1000-1200-talet när de första universiteten i Europa etablerades och gruppundervisningen infördes.

Var fick man sina praktiska medicinska kunskaper? Läraren läste högt ur de läroböcker som fanns. Under 1500-talet satt man mest på sin kammare och försökte inhämta konkret medicinsk kunskap, på 1600-talet gick man hem till patienten och från 1700-talet samlas man vid patientens sjuksäng på lasaretten. År 1803 formulerar Percival konkreta etiska riktlinjer för hur klinikern ska bete sig och hur medicinsk forskning ska bedrivas.

### **Dagens situation**

Dagens verklighet ser helt annorlunda ut. Situationen är den att de medicine kandidaternas antal ökar och antalet patienter räcker snart inte till. Den nära relation som läraren hade till den enskilde eleven finns inte längre. Undervisningen i medicinsk etik blir därför allt viktigare för de blivande läkarna.

Vilka etiska problem kan dyka upp i det här sammanhanget?

– Läraren har tre olika funktioner, han/hon ska både undervisa, forska och bedriva någon form av sjukvård. Vad man ska prioritera kan bli ett dilemma – studenten vill förstås ha god undervisning, klara sin examen och bli en bra läkare, patienten önskar god vård och vill bemötas på ett adekvat och respektfullt sätt och inte bara bli använd som ett medel för den framtida sjukvården. Det informerade samtycket är därför helt centralt. Patienten måste få information om syftet med undervisningen och vad det innebär för honom eller henne att delta. Man ska också ha rätt att tacka nej.

### **Informera eller ej**

I undersökningen Niels Lynöe presenterade vände man sig till både studenter, lärare och patienter. När det gäller frågan ”Har patienterna en moralisk skyldighet att ställa upp i klinisk undervisning?” svarar 23 % av lärarna/läkarna och 53 % av studenterna ja. Av läkarna påstår 75 % att de alltid informerar patienterna innan en klinisk undervisning, medan resten säger att den informationen är underförstådd.

– Det intressanta är att i hälften av fallen talar inte studenterna om att det är första gången de genomför en viss procedur, exempelvis en gynekologisk undersökning.

Hur ser då patienterna själva på detta? I Niels Lynöes undersökning på ett slumpvis urval av hundra personer som sökt sig till sjukvården visade sig 85 % av dessa positiva till att medverka i klinisk undervisning. Cirka en tredjedel hade tidigare varit med om att detta utan att ha fått information eller blivit tillfrågade. 80 % anger att de skulle känna sig kränkta om de inte blev informerade i förväg medan cirka 30 % inte ens förväntar sig att bli informerade.

### **Förhandsinformation skrämmer inte**

När resultaten från undersökningen presenterades för läkarna/lärarna fick man två reaktioner. Den ena gruppen tyckte att det var självklart att patienten alltid skulle få information. De ansåg att det var en förutsättning för att kunna bedriva klinisk undervisning i framtiden. Den andra gruppen var emot information eftersom man trodde att man riskerade att skrämma bort patienter.

– Skrämmer vi bort patienter när vi informerar dem, eller inte? Den frågan ville vi få svar på, så vi gick vidare med studien. Vi gav en grupp patienter skriven förhandsinformation om universitetssjukhuset och att man här bedriver klinisk undervisning. De fick också veta att det kan förekomma medicine kandidater vid läkarbesöken. Om de ville vara ensamma med sin läkare skulle de meddela det i förväg. Den andra gruppen fick ingen förhandsinformation. Studien, som ibland visade sig bli rena Sherlock Holmes-arbetet, pekade ändå på att de flesta patienterna var positiva till att delta i kandidatundervisning. Huvudbudskapet var också att ingen verkade skrämmas bort av förhandsinformation.

### **Etiskt dilemma**

Niels Lynöe poängterade att det finns en hel del fallgropar i studier som denna. Det finns problem i det slumpvisa förfarandet. En annan aspekt handlar om något mycket mer subtilt. Hur kan man genomföra en undersökning om informerat samtycke utan att kränka patienterna?

– Det är naturligtvis etiskt känsligt. Vi kunde ju inte informera patienterna i förväg om att de deltog i en studie. Då hade vi inte fått fram några resultat. Vi fick inhämta deras samtycke i efterhand. Om någon hade reagerat kraftigt på att ha medverkat utan sitt samtycke hade vi avbrutit studien direkt. Det var ett villkor från första början. Nu behövde vi inte göra det, vi har i stället genomgående mött stor förståelse för vårt arbete. Folk känner att de medverkar till något som är positivt inför framtiden.

## **Etiska principer i hälsoekonomisk analys**

**Docent Lars Lindholm, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet**

Den solidaritet, som vi förutsätter finns bland befolkningen när det gäller vårdinsatser och fördelningen av resurser mellan olika behovsgrupper, finns den i verkligheten? Är det alltid kostnadseffektivt att vara billig?  
(Annelie Nordström)

Vad är mainstream praxis i hälsoekonomisk analys bland svenska och internationella ekonomer? Hur brukar man tänka? Hur resonerar svenska politiker i förhållande till denna praxis? Är det möjligt att anpassa ekonomisk analys så att de etiska komponenterna bättre anpassas till vad svenskar i allmänhet tycker är vist och klokt?

Lars Lindholm, lektor i hälsoekonomi, har särskilt intresserat sig för den etiska komponenten i ekonomisk analys. Delar av svaren på frågorna här ovan kommer ur den studie han gjort med stöd från forskningsprojektet Etik i vården. En studie som är en av de första i sitt slag i världen.

### **Resurserna räcker inte till alla goda förslag**

Ett budgetförslag i ett landsting är utgångspunkten för en hälsoekonomisk analys. Lars Lindholm presenterade ett hypotetiskt förslag till budget där det tydligt framgick hur olika verksamheter det är som bedrivs inom samma landsting och som slåss om samma medel. – Här ser vi t. ex. att de som ansvarar för ambulanshelikoptern vill ha tio miljoner nästa år, de som sysslar med höftledsoperationer vill tio miljoner o.s.v. Sammantaget kostar alltsammans mer än vad som finns i budgeten. Detta är en mycket vanlig situation. På något sätt måste därför dessa olika poster kunna jämföras trots att de är så olika. Här kan en hälsoekonom hjälpa till att bidra med ett beslutsunderlag genom att göra en analys av kostnadseffektiviteten. Inom hälso- och sjukvården handlar det om att åstadkomma så mycket bot, lindring, förebyggande och tröst som möjligt. Kostnadseffektivitet är en relation mellan vad något kostar och hur mycket hälsoeffekter man lyckas åstadkomma för pengarna.

### **Qaly – ett allmänt effektmått**

Hur gör man en hälsoekonomisk analys? Man jämför vad något kostar i pengar med hälsoeffekter som man mäter i något annat mått, exempelvis att blodtrycket går ner i millimeter.

– Det blir kostnad per effektenhet och man strävar efter så generella effektmått som möjligt för att kunna jämföra olika verksamheter med varandra. Inom hälsoekonomin har man därför kommit att utveckla ett allmänt effektmått som vi kallar Qaly, kvalitetsjusterade levnadsår, (quality adjusted life years). På ena axeln har man tid och på den andra hälsorelaterad livskvalitet. Då kan man beskriva mycket som har med hälso- och sjukvård att göra. Man kan t.ex. räkna ut hur många Qaly man vinner genom förebyggande insatser.

Lars Lindholm presenterade flera exempel där man kan mäta och jämföra effekter och kostnader av olika typer av behandlingar.

– Qaly-måttet används i kombination med hälsomaximering, det gäller att åstadkomma så många Qalys som möjligt ur den budget som finns till förfogande. Vi ska åstadkomma största möjliga bidrag till folkhälsan och det mäter vi i Qalys. Det spelar ingen roll vem som är mottagare. Det är hälsoekonomins huvudprinciper.

### **Jämlikhet prioriteras**

Är hälsomaximering en värdepremiss som svenska folket stöder? Detta ville Lars Lindholm ta reda på genom sin studie. Man undersökte hur landstingspolitiker ser på relationen mellan jämlikhet och hälsomaximering (= att åstadkomma så mycket hälsa som möjligt men ignorerar fördelning i samhället).

– Vi konstruerade ett antal situationer med ett inbyggt dilemma och dessa fick ett antal politiker ta ställning till. I varje situation fick de välja mellan ett program som var mer effektivt och ett jämlikhetsorienterat program. Båda kostade lika mycket.

Det visade sig att 2/3 av politikerna prioriterade de jämlika programmen. De är beredda att avstå från en potentiell effekt för att åstadkomma större jämlikhet i hälsa. Men stödet för hälsomaximering ökar när uppoffringen ökar. Det visade sig också att partier på vänsterkanten men även mittenpartier har större sympatier för jämlikhet. Kvinnor har större sympatier för jämlikhet än män.

– Vår tolkning är att svenska hälso- och sjukvårdspolitiker förkastar ren hälsomaximering. Vi tror också att man vill ha en avvägning mellan jämlikhet och hälsomaximering från fall till fall.

### **Oväntade resultat**

Kan man ta lärdom av vad svenska politiker tycker och vad internationella undersökningar har kommit fram till?

– Ja, jag tror det och jag visar det med ett exempel som handlar om höftledsbyte kontra behandling av hjärntumör. I vår studie diskuterar vi kring och argumenterar vi för att det har ett större värde att ge hälsa till någon som har "lite" hälsa, i det här fallet en patient med hjärntumör. I konventionell hälsoekonomisk analys anser man att höftledsbyte är mycket mer kostnadseffektivt än behandling av hjärntumör. Men om man infogar en rättvisepincip framstår det som klokare att använda resurserna tvärtom. Det kan alltså vara värt att göra en avvägning mellan hälsomaximering och jämlikhet. Det kan få stora konsekvenser om man för in andra antaganden än hälsomaximering i den hälsoekonomiska analysen.

Det här är ett område som förtjänar betydligt fler undersökningar. Om politiker på allvar ska använda sig av hälsoekonomisk analys krävs att den etik som analysen är baserad på har stöd från användarens sida.

## **Samvetsstress i relation till moralisk känslighet, socialt stöd, inre styrka och utbrändhet hos läkare, sjuksköterskor och undersköterskor**

**Professor Astrid Norberg, institutionen för omvårdnad, Umeå universitet**

Kan dåligt samvete ha någonting med utbrändhet att göra? Det vill professor Astrid Norberg tillsammans med en grupp forskare inom omvårdnad, medicin och teologi reda på.

– Vår utgångshypotes är att den ökande utbrändheten i vården har med moralisk lyhördhet att göra. Hur känslig är man för patientens situation? Vi tror att ju känsligare man är desto större är risken att man får dåligt samvete.

### **Fokus på det dåliga samvetet**

Har då känslan av dåligt samvete blivit vanligare inom vården idag? Många studier har gjorts tidigare där man bitt sjukvårdspersonal berättat hur de upplever att vara med i svåra situationer i sitt yrke.

– Många nämner dåligt samvete men vi har aldrig fokuserat på just detta. Efter den här studien kommer vi att kunna beskriva hur folk upplever den känslan.

### **Att inte räcka till**

En hypotes är att om man är utsatt för en ansträngd vårdsituation på jobbet, har en sträng syn på sitt samvete och får dåligt samvete – då kan det vara rimligt att det sociala stödet och ens inre styrka har stor betydelse för om man riskerar att drabbas av utbrändhet eller inte.

– Projektassistent Ann-Louise Glasberg har intervjuat arbetsledare och erfarna undersköterskor för att få deras åsikt om varför utbrändhet har blivit ett så stort problem. De säger att kraven har ökat och detta för med sig en känsla av otillräcklighet. Man har en idealbild med sig från studietiden, de tekniska framstegen ökar och dessutom ställer patienter och anhöriga högre krav. Allt detta är positivt men upplevs pressande när man inte lever upp till kraven. Man har också en känsla av att man är utbytbar.

Det man beskriver är en slags uppgivenhet i organisationen. Kraven har ökat samtidigt som ens ansvarsområde har blivit otydligare. Vid sidan om detta har en otrygghet i tillvaron tillkommit, både i samhället och familjelivet.

– Sjuksköterskorna uttryckte att de var långt ifrån den idealbild man hade. Mest nöjda var undersköterskorna som kommit närmare patienterna medan läkarna beskrev främst omorganisationerna och neddragningarna som svårast.

### **Moralisk lyhördhet**

Professor Kim Lützén beskriver moralisk lyhördhet som en insikt i patientens sårbarhet och en förståelse för den moraliska innebörden av en situation där integriteten hotas.

– Det handlar mycket om att förnimma, lyssna, känna hur patienten har det. Det handlar om känslor och intuition men också om erfarenhet. Den moraliska lyhördheten visar sig genom vårdarens etiska reflexion, man uttrycker ett ansvar för patientens bästa och man använder sig av etiska argument. Kim Lützén säger också att vårdaren kan uppleva en inre konflikt när den moraliska lyhördheten inte kan förverkligas i handling. Den här känslan är således både på gott och ont.

### **Samvete**

Forskarstudenten Vera Dahlqvist har intervjuat såväl bekännande kristna som ateister och bitt dem berätta om hur de upplever samvetet. Svaren skiljer sig åt ibland men samvetet tycks ändå upplevas som en gräns mellan vad som är rätt och fel.

När man följer sitt samvete upplever man en inre frid. Om man kränker sitt samvete kränker man också sig själv. Samvetet tycks vara ett uttryck för ens djupaste värden. Samtidigt beskrivs samvetet som en sorts konflikt mellan känsla och förnuft.

– Det kan slå till när man minst anar det, det kan göra en sömnlös och det går inte att komma ifrån. Det kan ge självanklagelser och göra att man känner sig väldigt ensam.

Hur hanterar man med sitt dåliga samvete?

– Man söker tröst och försöker gottgöra. Man kan fly in i arbete, döva samvetet med alkohol och man kan flytta samvetsgränsen. Man kan dra sig undan men det dåliga samvetet kan dyka upp igen, när som helst. Det är förvånande att samvetet verkar vara så privat. Enligt etikern Lars-Olle Armgaard beror det på vårt sekulariserade samhälle. När det fattas en gemensam värdegrund blir det så.

Astrid Norberg tog några konkreta exempel, där bl.a. Elisabeth Lindahl intervjuat vårdare som arbetar med patienter med svårläkta sår. Hur är det att vårda dessa? Samvetet tar ingen hänsyn till yrkesroller, utan kräver att man tänjer ut sig och gör mer än man orkar. Hur mycket man än gör har man ändå dåligt samvete.

– Det är viktigt att notera att samvetet är absolut. Då hjälper det inte om andra säger att man är duktig och gör precis rätt, det känns inte bra i alla fall.

### **Att vara utbränd**

Universitetslektor Anna Söderberg har intervjuat personer inom vården som är sjukskrivna p.g.a. utbrändhet och försökt ta reda på hur utbrändheten uppstod. De beskriver just att de tänjer ut sig mer och mer, de känner sig ensamma, ingen har tid och de kan inte lämna patienten. Det som händer är att de blir besvikna på och anklagar andra. De upplever att de får negativa reaktioner. När man blir tillräckligt uttänjd och trött börjar man göra fel som inte man gjort tidigare. Till slut punkterar man sig själv. Man upplever sig som totalt värdelös i sina egna ögon.

– Jag talade just med en person som beskrev den här situationen. Men hennes arbetskamrater påstod att de inte alls hade fattat vad som höll på att hända. ”Det förstår jag,” sa hon, ”jag satte upp en mur utåt för ingenting visa och en mur inåt för att slippa förstå.” Frågan är hur klara signaler man skickar ut, eller hur lyhörda medarbetarna är?

Astrid Norberg avslutade med att säga att det vore intressant att hitta ”maskrosorna”, personal som inte blir utbrända, trots alla odds emot sig. Vad är det hos dem som gör att de klarar sig?

”Kraven kommer egentligen inifrån. Vi är vana vid att se medicinsk etik som ett antal principer som man följer eller avstår ifrån, men ser man etiken som mina egna krav på mig själv blir det svårare att värja sig. Jag är både subjekt och objekt.” Göran Lantz

”Hur påverkas de krav som kommer inifrån av förväntningarna utifrån.?” Annelie Nordström

”Kanske rör det sig inte om dåligt samvete utan brist på samvete? Kanske ställs sjukvårdens etik mot ens privata moral.” Niels Lynöe

”Om man utvecklade gemensamma värdegrunder inom olika arbetslag – skulle det se annorlunda ut då?” (Britt-Marie Ternestedt) ”Ja, det tror jag. Men då måste man våga starta verkligt djupa, ärliga, existentiella samtal.” (Astrid Norberg)

## **Hemmets betydelse som den sista vårdplatsen – etik i hemmets och institutionens livssfär**

**Docent Britt-Marie Ternstedt, professor Göran Lantz och doktorand Ingrid Hellström**

Att bli beroende av andra, att leva nära döden – hur påverkas man av det i vår västerländska kultur? Vilken innebörd får begrepp som valfrihet, självbestämmande, som ofta används i olika styrdokument? Hur tar de sig uttryck på mikronivå, i mötet mellan äldre/närstående/vårdpersonal? Detta är kärnan i forskningsprojektet som docent Britt-Marie Ternstedt vid Ersta Sköndal Högskola och hennes forskarkollegor bedriver.

– Inom vårt forskningsfält, vård i livets slutskede, är risken hundraprocentig. Vi kommer alla att dö. De flesta av oss kommer att bli gamla, vi kommer att dö den långsamma döden och vi kommer att bli beroende av andras omsorg. Vilka vårdformer kommer vi att ha att välja mellan?

Britt-Marie Ternstedt inledde med en kort presentation av projektet. Vad är viktiga värden under åldrandet och nära livets slut? Vad beskriver äldre som viktigt för att ha ett meningsfullt liv? Vilka värderingar har samhället när det gäller åldrande, värdighet och självbestämmande? Vad sker i samspelet mellan personer på det enskilda boendet? Vilka etiska frågeställningar rymmer vården och omsorgen om äldre?

– Vi har fokuserat på ett antal nyckelbegrepp: Självbestämmande, Värdighet, Livskvalitet, Hemmet och Meningsfull vardag. Det här är begrepp som man knappast tänker på förrän man blir av med något eller några av dem.

### **Fyra delstudier**

– Detta gör vi fyra delstudier: en filosofisk/etisk begreppsanalys och tre studier där vi följer 80 äldre över tid (1 – 1,5 år) för att förstå mer om den äldres vardag ur tre aspekter: Inom olika boendeformer (hemmet, sjukhem, serviceboende m.m.), äldre med annan kulturell/religiös bakgrund samt vård i hemmet vid nyupptäckt demenssjukdom. Vi vill fånga äldres beskrivningar av deras vardag och vad som innebär livskvalitet för dem. Detta gör vi genom intervjuer och observationer på plats. Vi försöker se det både ur de äldres och närståendes perspektiv, men vi studerar också vilka normer och ideal som styr personalens handlingar vid olika boendeformer. Så här långt kan vi se att de gamla och personalen tycks bo och verka i helt skilda världar med få möjligheter till möten. Man har så olika tidsperspektiv.

Det arkitektoniska perspektivet löper också som en röd tråd genom hela studien. Vad betyder miljön, atmosfären och stämningen för upplevelsen av värdighet eller meningsfullhet?

### **Innebörden av god vård i hemmet, särskilt vid vård av personer med demenssjukdom**

Britt-Marie Ternstedt lämnade över till Ingrid Hellström, doktorand vid Tema Äldre och åldrande vid Linköpings universitet. I sin framställning lät hon några enskilda individer som hon har pratat med komma till tals.

Dementa har ofta haft en begränsad roll i andra undersökningar. Man har inte frågat dem utan hämtat kunskap från närstående och genom observation.

– Vi har känt att det kan vara ett etiskt problem att utesluta dem så i vår studie försöker vi rikta oss direkt till den demenssjuke.

## **Borta bra men hemma bäst**

Över hälften av alla dementa vårdas hemma av någon närstående. Att kunna bo hemma är en symbol för ett självständigt liv. Vi följer 20 personer med diagnostiserad demenssjukdom som alla bodde hemma vid starten av studien och deras make/maka. Alla har frivilligt valt att gå med i studien.

Vi gör en intervju i hemmet var sjätte månad under sammanlagt arton månader. Vi är alltid två som intervjuar. En av oss talar med den anhörige, den andra med den demente. Båda vill prata enskilt och ge sin version av vardagen. Frågorna är de samma och vi pratar om vad hemmet betyder för dem, vad som är viktigt i livet, vad självbestämmande står för och vad de har fått lämna ifrån sig och om begreppet värdighet. Efteråt pratar vi tillsammans alla fyra över en kopp kaffe.

Vad är det i hemmet som är betydelsefullt? Ingrid Hellström läste upp ett typiskt svar:

*”Ja, det betyder väl allt höll jag på att säga. Att man kan bo hemma och ha sin äkta hälft här och att vi kan vara tillsammans. Det är väl det som är viktigast nu på ålderns höst. Det är man tacksam för varje dag som går.”* Relationen till den anhörige är väldigt viktig. Det handlar om livslånga äktenskap.

När intervjustudien började bodde alla hemma. Nu har vi dock följt ett par till ett särskilt boende för mannen. *”Hur var det att flytta in här?”* *”Ja, det är bara en person som fattas. Hon kommer ibland när hon har tid.”* I det här fallet fanns inte deras gemensamma hem kvar eftersom hustrun bytt bostad.

Ingrid Hellström visade också några bilder på hemmiljöer.

– Vi fotograferar delar av hemmet som kan illustrera hur de intervjuade har det. Sakerna i hemmet säger mycket om personerna. De står som symboler för den man har varit.

## **Begreppet hem**

Föredraget avslutades av professor Göran Lantz, Ersta vårdetiska institut, som höll sig till hemmet som begrepp.

– Hemmet och sjukhuset är olika arenor med olika regler och värden. Vård ges också i boendeformer som varken är hem eller institution, t.ex. sjukhem, särskilda boenden, gruppboende. Vilka värden från hemmet kan vi bära över dit?

Begreppet hem och familj är mycket mer känslomässigt laddat än bostad och hushåll. Hemmet har både en praktisk funktion och det står för social gemenskap. Varje hem är en bostad, men inte tvärtom. Vad ska uppfyllas för att något ska kallas ett hem? Dels ska den ha en praktisk funktion dels ska man kunna identifiera boendet som sitt hem. Uttrycket ”att känna sig hemma” säger precis vad man menar.

Göran Lantz gjorde här en utveckling som handlade om vår människosyn.

– Jag kan reduceras till en kropp eller till ”jag som subjekt”. Men däremellan finns också ”jag som person, den bild som andra har av mig”. Jag som person har en diffus gräns till omgivningen, d.v.s. jag kan även införliva tingen omkring mig. De här glasögonen är en del av min person. Den största utsträckningen av oss är vårt hem. Där finns det som speglar våra intressen, smak o.s.v.

Vi har egentligen tre hem: Det första är barndomshemmet som vi präglas av, det andra skapar vi själva och det tredje och sista är där vi slutar våra dagar, ofta beroende av att andra sköter om oss.

– Vilket av dessa hem är mest betydelsefullt? Vilket hem vill vi spegla i det sista hemmet?

Tre sfärer omger varje människa:

1. Intimsfären, min kropp och mina närmaste attribut.
2. Livssfären, den som jag sätter min prägel på, exempelvis hemmet.
3. Identifikationssfären kan vara hur stor som helst, t.ex. min hembygd.

Den första och den tredje har vi av oss själva, men den andra förändrar sig med oss. Hur vi äger de här sakerna har inte så stor betydelse. Men tingen i hemmet blir en del av oss och speglar oss själva.

– Därför är det ansvarsfullt att arbeta i ett hem, då går man i en annan människas livssfär. Det kräver lyhördhet, omtanke och respekt.

### **Till sist**

Ett brett spektrum präglade dagen. Åhörarna fick lyssna på allt från hälsoekonomiska resonemang och hur patienter reagerar på att användas i utveckling av kunskap till hur vårdpersonalen påverkas av sina samvetsbetänkligheter och hemmet som en vårdarbetsplats. Precis så här spännande blir det när man väljer att arbeta gränsöverskridande. Det är befriande för tankarna.

Annelie Nordström knöt ihop dagen och lämnade ordet fritt till panelen.

Karin: God forskning ger fler frågor. Är vi på väg mot ett annat sätt att ställa frågor? Kommer etikfrågorna att bli viktigare i framtiden? Eller är det andra frågor som kommer?

Astrid: Jag tror att etiken kommer att se annorlunda ut. Jag är så trött på ordet etik. Den har blivit en problemlösningssmodell långt från människan. Utvecklingen går mot grundläggande värden och relationer.

Niels: Jag har inget emot etik som begrepp. Var går gränserna för vad vi kan göra inom sjukvården? Detta tror jag kommer att diskuteras mycket. Jag tror det finns många olika dimensioner där vi kan flytta gränser. Här finns idag oerhört mycket tyckande.

Göran: Jag tror att det blir kluster av olika forskningsansatser som kommer att hantera värdefrågor på ett ansvarsfullt sätt. Mer ett intressefält för olika vetenskapsmetoder.

Lars: Ekonomerna har tagit för givet att den värdepremiss som ska användas är effektivitet och folkhälsoforskare har förutsatt att det är jämlikhet och i båda disciplinerna finns ett ökat intresse för att fundera på de här sakerna.

Britt-Marie: Jag hoppas att de etiska frågorna kommer att diskuteras mer och i dialog. Det borde vara ekonomiskt att samråda.

Astrid: Att vi har blivit ett mångkulturellt samhälle gör att vi behöver en fördjupad dialog. Jag vet inte var evidensbaserad etik kan vara?

Niels: När vi har ett ordentligt underlag för att handla på det ena eller andra sättet. En betoning av den empiriska delen av etiken.

Annelie: Vi behöver arenor att föra de här samtalen. Det är en del av det goda ledarskapet som vården behöver. Den kunskap som ni i era forskningsprojekt tar fram kan också användas föra att utveckla det goda ledarskapet.

Tack för idag! Ni ska veta att detta är den konferens av de fyra som har haft flest män i salongen. Så ni kan sträcka lite extra på er!

Agneta Barle