

En dag med samtal om etik:

Information, samtycke och kommunikation i vården

Statens medicinsk-etiska råd arrangerade i december en temadag om information och samtycke i vården. Underlag för mötet var rådets nyutgivna bok – Etiska vägmarken 8 – om kommunikationens betydelse i vården. Boken diskuterar på ett brett och mångfasetterat sätt information och samtycke i klinisk vardag och den etik som hör ihop med detta.

Sjukvårdens möte med patienten har alltmer kommit att präglas av den etiska principen om självbestämmande. Det är en princip som också fått ett starkt, formellt uttryck i lagar och bestämmelser som styr sjukvårdens arbete. Men hur fungerar det i praktiken, i löpande klinisk vardag? Har patienten kraft, förmåga och möjligheter att uttrycka en autonom vilja och/eller värna sin integritet? Ger sjukvården en tillräckligt god information? Är formerna för kommunikation tillräckligt djupgående och lyhörda för att patienten skall kunna utöva ett verkligt självbestämmande? Vilka etiska aspekter kan ställas på informerat samtycke?

Frågorna kommenteras på ett värorienterat sätt i »Information och samtycke – Etiska vägmarken 8» utgiven av Statens medicinsk-etiska råd. Boken diskuterades även vid en välbesökt och engagerande temakonferens i Stockholm i december, 1996.

Förord till boken

I ett förord till »Etiska vägmarken 8» framhåller rådets ordförande Gunnar Bengtsson att det i tider då diskussionen om sjukvården mest gäller ekonomiska ramar och besparingar finns anledning att lyfta fram, och förtydliga, patienternas behov av information och rätt till egna ställningstaganden, »inte minst i situationer av utsatthet och maktlöshet».

Rådet anser att information och kommunikation ofta fungerar bra i den svenska sjukvården men »där den brister kan det få allvarliga konsekvenser» och därför måste den etiska principen om självbestämmande respekteras.

Vid konferensen kommenterade författarna till de fem essäer/artiklar som ingår i boken sina bidrag. Första talare var Barbro Beck-Friis, professor i geri-

atrik, som skrivit om information i en konfliktfylld verklighet. Hon påpekade att information kan öppna för dialog och kommunikation men också stänga alla dörrar.

Vad är en meningsfull kommunikation och vilka krav kan ställas på informatören?

Enligt Beck-Friis krävs lyhördhet, självkännedom och medvetenhet om de signaler som man själv sänder ut – både via munnen och via kroppsspråket. En bra informatör måste veta hur man bemöter andras rädsla och ångest. Även för att andras ångest kan aktivera egen ångest.

Barbro Beck-Friis menade att det i dessa avseenden finns skillnader mellan manligt och kvinnligt bemötande. Mäns information har ofta emfas på ett intellektuellt och instrumentellt bemötande. Det kvinnliga bemötandet är ofta mer känslomässigt och gemensamhetsskapande.

En viktig sak i mötet med patienten är att kunna skilja på närhet och distans. Att göra problemen hanterbara för egen del och att reda ut var man själv står: att jag är jag, och du är du.

Vårdarens »container-funktion»

För att klara en god informatörsfunktion måste den professionelle vårdaren vara medveten om sin »container-funktion». Det innebär att patienten ges en möjlighet att tala ut på djupet och får en chans att lämna över sin ångest, oro, gråt och förtvivlan.

– Det handlar bl a om en möjlighet att tala om och bearbeta också svåra, förbjudna känslor som skuld, separation och ambivalens – t ex i samband med att en svår sjukdom är diagnostiserad. I den goda kommunikationen måste det aktiva lyssnandet finnas med, baserat på ett läge där vårdgivaren tar emot. Det är container-funktionen!

– En professionell vårdare förstår mer och förklarar mindre. Mitt budskap är att i vårdens vardag måste vårdgivaren på ett bättre sätt än hittills utbildas professionellt, bl a i tekniker att kommunicera och informera, och även lära sig hantera dagens brist på konflikter och lära sig sätta gränser, summerade Barbro Beck-Friis.

Etik och juridik

Rättsliga ramar för kommunikation och beslut i vården kommenterades i ett

REFERAT

BO LENNHOLM

anförande av Elisabeth Rynning, docent i offentlig rätt:

– Vi talar idag mycket om patientens utsatthet och behov av en starkare ställning. Vi är eniga om att det är patienten som är den svagare parten i vården, den som är utlämnad och beroende, den vars liv och hälsa står på spel – och den vars självbestämmande och integritet behöver värnas. Klara riktlinjer och normer för kommunikationen i vården är ett viktigt led i strävandena att stärka patienten.

– För att kunna känna kontroll över sin tillvaro och utöva inflytande över den egna vården behöver patienten information. Frivilligheten är en grundprincip i vården. Även om patientens medbestämmande inte kan sträcka sig så långt som att hon själv bestämmer vilket innehåll och vilken omfattning vården skall ha så har hon i princip rätt att tacka nej till den vård som erbjuds.

– När patienten inte själv har förmåga att utöva sin självbestämmanderätt blir det någon annan som får tillvarata hennes rätt. I det läget är det inte bara patienterna som har behov av klara riktlinjer. Också personalen kan befinna sig i en utsatt situation – ibland t ex med krav på snabba och effektiva åtgärder, samtidigt som ett felaktigt beslut kan leda till allvarlig kritik, kanske utkrävande av ett rättsligt ansvar.

Vilka risker måste man informera om? Vem skall man fråga när patienten är medvetlös, och vad får man egentligen göra i en nödsituation?

Rynning sade att det aldrig går att förse vårdpersonalen med färdiga lösningar på alla de problem som kan uppstå i vårdens vardag, men i den utsträckning som det är möjligt att ange normer för det korrekta handlandet måste vi göra det. Oklarheter om vad som gäller drabbar både patienter och personal

Två normsystem: etiken och juridiken

Etiken och juridiken erbjuder var sitt system av normer för det korrekta handlande som vi vill se i samhället. Inom hälso- och sjukvården är sambandet

mellan de här två normsystemen särskilt tydligt:

– De medicinsk-etiska grundprinciperna avseende självbestämmande, rättvisa – att göra gott och inte skada, kommer alla till uttryck i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Direkt eller indirekt! Man kan säga att lagstiftningen utgör en slags samhällets formella bekräftelse på de etiska normer som anses gälla. Oetiska lagar vill ingen ha. Respekten för sådana lagar brukar heller inte vara särskilt stor.

Men om etiken är det viktiga och grundläggande: Behövs lagar som reglerar vårdens inre arbete?

– Ja, självfallet, svarade Elisabeth Rynning, därför att i ett demokratiskt rättssamhälle så har medborgarna inflytande över lagstiftningen på ett tydligare sätt än vad som är möjligt när det gäller de etiska normerna.

– Lagen skall ge uttryck för viktiga principer som vi tillsammans har kommit överens om, och därigenom skapa förutsättningar för förutsebarhet och trygghet. När lagstiftningen kommer in i bilden blir det också möjligt att använda rättsliga faktorer för att säkerställa efterlevnad av de principer som vi har enats om. Lagen skall förebygga konflikter genom att ange ramarna för godtagbart handlande och klargöra vad som gäller.

– Men lagen skall förstås också erbjuda rättvisa och lämpliga sätt att lösa de konflikter som kan uppkomma. För att både vårdgivare, patienter och personal skall känna till sina rättigheter och skyldigheter är det viktigt att lagstiftningen är lättillgänglig och tydlig.

– Samtidigt är det uppenbart att man inte kan reglera allting i detalj. Etik ommer alltid att behövas, inte bara som bas för lagstiftningen utan också som komplement eller utfyllnad inom de ramar som lagen drar upp.

– Vi får inte vika undan för de svåra frågor som kommunikationen i vården är förknippad med. Utan vi måste försöka klargöra de bärande principerna, skyldigheterna och rättigheterna så tydligt som det låter sig göras.

Brister i lagstiftningen

Rynning sade att den lagstiftning som vi har inte riktigt lever upp till den standarden och att det medför svårigheter för både personal och patienter att veta vad som gäller.

– På några punkter saknar hälso- och sjukvårdslagstiftningen fasta lösningar, det gäller t ex ifråga om ställföreträdande beslutsfattare för patienter som inte har kompetens att bestämma själva. Det dilemma kan leda till att man ibland i vården konstruerar egna lösningar som inte är förenliga med gällande rätt,

ibland kanske rent av strider mot grundlagen.

Etik och informerat samtycke

Erwin Bischofberger, jesuitpater, resonerade om etiska synpunkter på patientens informerade samtycke. Han sade att en central uppgift för människans moraliska ansträngning är att slå vakt om varje människas värde som person; hennes människovärde och autonomi. Inom sjukvårdens sfär kommer hennes autonomi till uttryck i hennes informerade samtycke till eller i hennes informerade vägran att bli undersökt, behandlad och vårdad. Bischofberger sade att sjukvårdens information och patientens samtycke inte kan fungera i ett socialt tomrum. Utbytet av information och samtycke kan fungera endast i en miljö av förtroende och tillit.

– Förtroendet kommer att fungera som en jordmån i vilken den givna informationen förvandlas till personlig kunskap, till självkänedom och sjukdomsinsikt. Rädslan ger vika för tillit. Underläge förvandlas till trygghet och frimodig samverkan. Detta tyder också på att information och samtycke inte är den renodlat rationella process som man kanske tänker sig den. Det är heller inte att undra på eftersom det är existentiella värden som står på spel, såsom liv, hälsa och välbefinnande.

Bischofberger sade att man i generell mening bör sträva efter en värdegemenskap i samhället där sjukvården och patienten delar åtminstone grundläggande värderingar.

– Till dessa värderingar hör patientens oförytterliga värde och värdighet, samt hennes autonomi som hjälper henne att tacka ja eller nej till en undersökning eller behandling. De patienter som är försvagade, som inte kan utöva sin autonomi, måste ha personer vid sin sida som kan tillvarata deras intressen och värna deras bristande eller icke befintliga autonomi. Dessa personer bör alltid säkerställa den sjukes och svages integritet.

Samtycke och svaga grupper

Gunnel Elander, docent i pediatrik vårdforskning, och Göran Hermerén, professor i medicinsk etik, har gemensamt skrivit ett kapitel om informerat samtycke och svaga grupper. Texten kommenterades av Göran Hermerén:

– De etiska riktlinjer som finns är vägvisande och pekar i en viss riktning; tänk på att informera, tänk på att den som du informerar förstår informationen, tänk på att inhämta samtycke. Problemet är att ibland får personer information som de inte vill ha, och ibland får de inte den information de vill ha. Ibland förstår de inte heller den information de får, och ibland samtycker pa-

tienter på grund av beroendeförhållande eller av andra skäl.

– Begreppet svaghet är kopplat till begreppet kompetens. Saknar man kompetens av det ena eller det andra slaget så är man svag. Men det är viktigt att inte enbart diskutera vad svaghet betyder och hur kompetens skall tolkas och graderas. Man måste också beakta att individer kan ha olika möjligheter i olika lägen. Exempelvis finns en tidsdimension som måste beaktas. Somliga »inkompetenta» patienter har varit kompetenta tidigare, andra är det inte just nu. Somliga av dem som inte är kompetenta nu kommer att bli kompetenta, medan andra inte kommer att bli det. Vi kan tänka oss en diabetiker som går in i en tillfällig svacka, men när vederbörande får medicin så blir han/hon snart kompetent igen.

Den poäng som vi utvecklar i uppsatsen är att olika kategorier av kompetensbrist måste behandlas på olika sätt. Man måste informera på olika vis, på individualiserad bas.

Bör självbestämmandets gränser förändras eller justeras på grund av svaghet och på grund av den ena eller andra sortens hinder?

Göran Hermerén sade att svaret beror på vad det är för sorts hinder vi talar om, vilket i sin tur visar att analysen är viktig.

– Om hindret beror på dålig utbildning eller språksvårigheter så är svaret ja! För då finns en möjlighet till förändring. Då skall man inte förändra självbestämmandets gränser utan förändra informationen så att den blir förstådd. Men i andra situationer – om vi t ex har med senildementa att göra eller med barn – så är situationen helt annorlunda.

Kommunikationens gränser och möjligheter

Göran Collste, biträdande professor i etik, diskuterade kommunikationens gränser och möjligheter.

– Vi kan enas om att målet är den autonoma patienten, dvs en patient som deltar i sin vård och som tar ansvar för viktiga beslut som gäller hans/hennes vård. I mitt bidrag till boken har jag velat uppmärksamma att det också finns andra aspekter att ta hänsyn till, andra förutsättningar för måluppfyllelse och andra hinder för att målet skall uppnås än bristande information eller bristande beslutskompetens.

– Det är svårt att sätta ord på hindren men ibland säger man att det är något som »sitter i väggarna» ute i sjukvården. Det handlar om en sorts omedvetna relationer. Ibland anar man en analogi till den förvandling som många av oss genomgår när vi blir charterresenärer.

Plötsligt slutar vi tänka och följer re-

seledaren. En sorts ömsesidiga tysta förväntningar kan uppstå när vi hamnar i en annan situation och i en annan miljö än den som vi vanligen befinner oss i.

Hur fungerar sådana osynliga mekanismer i vården? Kan vi göra dem tydliga och förklara? Hur kan vi förändra dem så att de inte kommer att utgöra dessa hinder?

En aspekt kring detta, som ansluter till ett forskningsprojekt som Collste arbetar med, berör datoriseringens effekter inom sjukvården:

– Teknikutveckling har två sidor. De positiva sidorna är uppenbara och utgör själva drivkraften för teknifiering – inte minst inom sjukvården.

Men tekniken har också en baksida, som vi många gånger upptäcker långt i efterhand. Det kan ibland ta många år innan man blir till fullo medveten om den baksida som kan finnas med ett visst tekniskt system.

– Den amerikanske medicinhistorikern Stanley Reiser hävdar att medicinsk teknikutveckling ibland har lett till en minskad kommunikation mellan vårdgivare och patient.

– Vårdgivarens intressen har blivit alltmer inriktade på tekniken i sig, och på vissa mätbara värden. Parallellt minskar intresset för patienternas egna berättelser. Då är det viktigt att ställa frågan: Hur skall den personliga kommunikationen säkerställas i det moderna datasamhället? Kommunikation – sett som begrepp – innebär ju inte bara att man för ut eller för över information mellan två aktörer.

Collste betonade att i informationsöverföring ingår också förtroende och gemenskap.

Konflikt kring informerat samtycke

Vid temadagen kommenterades »Etiska vägmarken 8» även av – speciellt inbjudna – »gästtyckarna» Yrsa Stenius, journalist, och Ildikó Márky, överläkare i hematologi och onkologi vid barnkliniken, Östra sjukhuset, Göteborg.

Yrsa Stenius sade i ett anförande om skriftens ideal och egna upplevelser att hon anar en konflikt i själva den utmärkta idéen med informerat samtycke.

– Tanken på informerat samtycke tar fasta på en upplysningstradition som baseras på tron om den autonoma, rationellt resonerande människan. Det är ett utmärkt idéverk – som jag hyllar i allra högsta grad – men den faktiska situation som råder då den på det sättet »ideala människan» skall ta emot kunskap kan vara förenad med de djupaste existentiella kriser. En situation som är av den karaktären att människor i allmänhet, också de välutbildade och i normala fall

rationellt fungerande individer, tenderar att regrediera till en lägre psykisk nivå.

– På sätt och vis är den dialogsituation som regeln om informerat samtycke förutsätter nog en omöjlighet. Det är i praktiken oerhört svårt att åstadkomma förtroende och ett fördjupat jag–du-förhållande.

– Naturligtvis skall vi fortsätta att – med lagar, med samtal, med böcker som analyserar problemen osv – sträva mot att människor får ta ansvar så mycket som möjligt. Samtidigt får man nog tyvärr konstatera att det kanske är en omöjlighet. Premissen är nästan hopplös!

Samtycke kan vara krävande

Stenius menade att det även finns en risk att man lägger för mycket krav på patienten när det gäller valfrihet och eget ansvar.

– Den nya friheten att själv ta del i besluten är en mycket god sak men ibland också en oerhört tung sak. Samtidigt kan man undra: Hur mycket vi än skriver lagar och regler och etiska rekommendationer – föreligger någonsin egentliga förutsättningar för det goda samtalet i en situation där läkaren, som har all kunskap, skall tala med en patient som står inför det okända?

– Det kan finnas sådana förutsättningar i olika grad, beroende på vem man är, men inte generellt. Men utfallet handlar oerhört mycket om människorna i vården; om vilka som har kraft, kunskap och hjärta och psykisk kompetens. Det handlar naturligtvis i allra högsta grad om läkaren och hans/hennes förmåga att upprätthålla jämbördighet.

– Det är oerhört viktigt att vi skapar de institutionella ramarna för informerat samtycke. Men jag tror vi att har nått bara en tiodel på väg av den sträcka som vi har att vandra för att verkligen uppnå informerat samtycke i det enskilda fallet. Det är viktigt att de mål vi strävar efter finns kodifierade, men det som allting kommer att handla om till sist är vårdpersonalen. På vilket sätt rekryterar vi vårdpersonal? I kraft av vilka egenskaper?

Skriftens ideal och klinisk vardag

Ildikó Márky kommenterade boken på temat: Skriftens ideal relaterade till min klinik. Hon arbetar sedan många år med barn som har svåra blodsjukdomar eller cancer. Hur relaterar etikdebatten »Etiska vägmarken 8» till hennes egen kliniska verklighet?

– Jag skall börja med ett uttalande som kanske förvånar många: Skriftens ideal är en fungerande verklighet, på

min klinik och på många andra barnkliniker. Det beror nog på att man som barnläkare alltid får arbeta genom ombud, dvs föräldrarna, och bemöda sig om att informera dem på ett tydligt och komplett sätt. Minst 50 procent av mitt arbete går ut på att sitta och prata med föräldrar och barn.

– Men även om skriftens ideal är en fungerande verklighet idag på många barnkliniker, så menar jag inte att det är fråga om en för evigt tryggad verklighet.

– Det blir allt mindre tid över till samtal och information. Det är inte första hand teknikutvecklingen som jag upplever som ett hot, utan min oro berör mer det som enkelt kallas »förnyelsearbete», rationaliseringen och effektiviseringen. Alla dessa stenciler, som dagligen och stundligen dimper ner på mitt skrivbord och som beskriver att trots att vårdpersonalens antal har reducerats så presterar vi bättre vård. Men den slutsatsen kommer inte att bestå som sanning!

– Vidare finns ett politiskt klimat som innebär att man skickar sjukvårdens personal på en massa obligatoriska kurser. Där vi kan få höra att vi skall bedriva »en kundorienterad vård» och satsa på en sjukvård som generellt genomsyras av att »kunden är nöjd». Tyvärr måste jag säga att det tog lång tid innan jag kunde fatta att »kunden» kunde vara det samma som en 3-åring med cancer i buken.

– Där känner jag mig kränkt! För ord är betydelsebärande inte bara i ett sakligt informationssammanhang utan även för att antyda vilka värderingssystem som råder. På andra kurser kan vi få lära hur läkaren skall relatera sitt arbete till vård- och prestationsvolymen. Då kan jag känna mig direkt gråtfärdig.

– För det går inte – när man budgetäskar för en barnonkologisk klinik – att specificera de timmar, på kvällar, nätter och helger, som man tillbringar med att informera barn och deras föräldrar om sjukdomen och om behandlingen. Betydelsen av sådan kommunikation går inte att visa i nationalekonomiska termer, trots att vi vet att den insats som vi gör i informationsstunden lönar sig på sikt, även i ekonomisk mening.

Ett informationstekniskt problemområde som Márky pekade på gäller sjukvårdens rutiner för kommunikation med invandrare:

– En del invandrargrupper bär med sig andra värderingssystem än de som vi är vana vid. Föräldrar från andra kulturer kan ibland hysa en principiell uppfattning om att deras barn inte får upplysas, om en svår sjukdom drabbar barnet. Där frågar jag mig: Hur bär man sig som läkare åt i det läget, rent praktiskt, ►

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

för att ge barnet det stöd som situationen motiverar?

Debatt- och samtalsrunda

I en dialog mellan auditoriet och publiken sade Tor Sverne, pensionerad jurist, tidigare JO och mångårigt intresserad av medicinsk etik, att information måste kunna förstås och att informationen skall vara sann.

– Dessvärre är det min erfarenhet att det håller på att bli sämre och sämre med dessa saker i verkligheten. Det är väl känt att anmälningarna till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ökar mer och mer. Min personliga erfarenhet, från posten som ordförande i nämnden, är att en stor del av ökningen beror på att hälso- och sjukvårdspersonalen inte längre har tid att förklara vad det är som de gör med patienterna.

Tor Sverne undrade om det inte i själva verket är så att de nedskärningar som görs motverkar kraven på att hälso- och sjukvården skall svara för en förståelig information? En speciell oklarhet gäller dementa:

– Hälso- och sjukvårdslagstiftningen gör inga undantag. Lagen säger att inom all frivillig hälso- och sjukvård så skall man ge information och se till att patienterna begriper den, och sedan skall samtycke tillämpas. Det finns således inga som helst undantag, ej ens för dementa.

– Då undrar jag, hur bär man sig åt idag med dessa människor som inte själva begriper vad det hela handlar om? Man skulle tänka sig att någon närstående fick gå in och ge samtycke, men det får de inte. Jag tror att det, praktiskt sett, idag är så att hälso- och sjukvårdens personal bestämmer väldigt mycket som patienterna inte har en aning om.

Ändrad lagstiftning

– Borde vi inte på något sätt ändra lagstiftningen inom detta område? Exempelvis genom att ge närstående större möjligheter till delaktiga beslut, eller – när det är fråga om svåra ingrepp – skapa en särskild nämnd eller myndighet som kan gå in och ge ett svar?

Elisabeth Rynning kunde meddela att en kommitté inom Europarådet nyligen antagit en reviderad bioteknikkonvention. De stater som ansluter sig till den konventionen, vilket väl Sverige lär göra, måste erbjuda ett system med ställföreträdare för patienter som inte själva kan ta ställning till vilka åtgärder som skall få genomföras. »Det är ett direkt krav som är uppställt i konventionen.»

Ekonomi och resurser

Bo Holmberg, landshövding och ledamot i utredningen HSU 2000, kommenterade relationen ekonomi och re-

surser. Han berättade att HSU 2000 har gjort en samlad bedömning och säger klart att det idag inte är möjligt att förena målsättningen för hälso- och sjukvården med de resurser som nu finns till förfogande. Framförallt pekar utredningen tydligt ut att den överenskomelse som regeringen har med enskilda kommuner och landsting, att nå balansmål, inte håller.

– Det är ett klart växande gap mellan behov och resurser. Vi pekar dessutom ut att det idag brister när det gäller de gamla, och framförallt gäller detta på de tidigare lokala sjukhemmen. Det brister i samband med diagnostik, det brister i diarieföringen, det brister i de medicinska insatserna. Sjukhusen verkar på ett sätt vara avklippta från de gamla människor som det här gäller. Där råder klara brister. Vi säger vidare att pengar måste till!

– Men detta är inte en fråga för enskilda kommuner och landsting, utan en nationell angelägenhet. Det är därför positivt att den analys jag talar om har gjorts gemensamt och i en anda som alla politiker, från vänster till höger, är överens om, konkluderade Bo Holmberg.

En arkitekt ser på sjukhusmiljön

Arkitekt Solvej Fridell framförde ett lite annorlunda, men mycket tänkvärdt diskussionsinlägg om rummets betydelse. Hon sade att det viktigaste i vården, självklart är det som sker mellan patienten, läkaren och sköterskan. »Men varje sådant möte kommer att ske i ett rum, i en viss fysisk omgivning.»

– Den omgivningen påverkar oss på olika sätt, fysiologiskt som psykologiskt. Det sambandet har i regel inte beaktats när vi utformar de fysiska miljöer som vi erbjuder till vården och till patienterna, och som vi erbjuder till personalen som deras arbetsmiljö.

Solvej Fridell berättade om några personliga erfarenheter som illustrerar resonemanget. Hennes första barn fick, 19 dagar gammal (år 1965), en bakterieell meningit som förstörde honom för livet:

– Jag kom i långvarig, nära och intensiv kontakt med vården. Jag kunde ibland komma in akut, med ett krampande, nästan livlöst barn med andningssvårigheter. På sjukhuset hänvisades vi till ett fönsterlöst undersöknings- och behandlingsrum. På rummet fanns en brits att lägga barnet på, en rostfri, perforerad stålplatt för föräldern att sitta på och en stol av brun galon att lägga kläderna på.

– Vidare fanns ett skrivbord – där doktorn skulle sitta med sina recept – och ett skåp med rondsålar och en massa andra vårdgrejer. Över allt detta,

ett flödande lysrörsljus, som inte var reglerbart i styrka.

Små förändringar på 30 år?

– År 1994 hade jag en kurs för sjuksköterskor, läkare och arkitekter och vi gjorde under den tiden ett studiebesök på ett nybyggt sjukhus och dess barnavdelning. Där möter jag precis samma undersökningsrum!

– Den enda, väsentliga skillnaden är att man – som konstnärlig utsmyckning – målat ett fönster på väggen. Men det var samma ljus och samma möblering, om än tyg istället för galon på stolen. Och då undrar jag: Har det inte hänt någonting på tre decennier?

– Jo, det har hänt någonting, men kanske riktigt inte grundat på utbyggda kunskaper. Forskning kring frågor som rör samhället och vad som händer emellan patienter och personal och den fysiska miljön i vårdsituationen, de kunskaperna är fortsatt ganska små! Vi har utformat våra sjukhus och våra vårdlokaler efter främst naturvetenskapliga kunskaper.

– Men vi har inte särskilt brytt oss om eller fördjupat oss i det som vi upplever, det som sker människor emellan. Jag skulle därför önska att man i vårdetiska diskussioner inkorporerar också förhållanden och aspekter som rör den fysiska miljön, vädjade Solvej Fridell.

Kroppsspråkets betydelse

Monika Paulin från Neurologiskt handikappades riksförbund resonerade om kroppsspråkets försummade betydelse för kommunikation inom vården.

– En stor del av kommunikationen sker via kroppsspråket, och om någonstans borde känna till kroppsspråkets betydelse så är det inom sjukvården, men så är det inte! Jag har själv 35 års erfarenhet av sjukvården – som patient. Jag har vid ett flertal tillfällen kommit in mycket sjuk. Jag har då kunnat notera att ju sjukare man är ju högre upp hamnar personalens välmeniga klappar. När man är riktigt sjuk och svag så får man en klapp allra högst upp, nämligen på hjässan.

– Jag kände mig oerhört kränkt när jag på det sättet blev klappad på huvudet. Jag var förvisso fysiskt sjuk men har inte någon reducerad kapacitet när det gäller intellektuella funktioner. När det gäller kroppsspråk har sjukvården mycket att tänka på, framhöll Monika Paulin.

Bo Lennholm

*

»Information och samtycke – Etiska vägmarken 8», distribueras via Fritzes kundtjänst i Stockholm. Pris: 175 kr inkl moms, plus porto.

Tel: 08-690 91 90. Orderfax: 08-690 91 91.