



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Förmåga eller oförmåga?

Demografiska faktorer som påverkar bedömningen av patienters förmåga att fatta egna beslut inom öppenvårdspsykiatri

Mikael Dahlqvist

Psykologexamensuppsats 2015

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Elia Psouni

Tack

Stort tack till Henrik Levinsson som handledde mig under uppsatsarbetets första hälft och stort tack till Per Johnsson som med kort notis kunde hoppa in och ta över handledningen. Jag vill även tacka de psykiatrisk öppenvårdsmottagningar och den sjukvårdspersonal som tagit sig tid att delta i studien.

Abstract

In psychiatric care it can be necessary to deprive a patient of the right to make decisions about their own care. The purpose of this study was to examine if demographic factors contributed to an arbitrariness in health professionals assessment of a patient's ability to make decisions for themselves. The factors under study were the patient's gender and the health care professional's sex, age, profession and years of work experience. To investigate this a questionnaire was constructed and then distributed in psychiatric outpatient clinics, both in physical form and in the form of a web questionnaire. The questionnaire included questions about demographic data of the health care professionals, a case description and statements about the ability of the patient described. The health care professionals where then asked to estimate the extent to which they agreed with the statements or not. The factors that appeared to have the greatest impact on the estimates were the age, profession and years of work experience of the health professionals. The study shows the value of clear guidelines that describe how and on what basis the assessment of patients' self-determination should be made.

Keywords: autonomy, decision-making-capacity, assessment, vignettes, psychiatry, health professionals.

Sammanfattning

Inom psykiatrin kan det vara nödvändigt att frånta en patient rättigheten att fatta beslut om sin egen vård. Syftet med denna studie var undersöka om demografiska faktorer bidrog till en godtycklighet i sjukvårdspersonals bedömning av en patients förmåga att fatta egna beslut. De faktorer som undersöktes var bedömarens kön, ålder, yrkesgrupp och antal yrkesverksamma år samt patientens kön. För att undersöka detta konstruerades en enkät som distribuerades på psykiatriska öppenvårdsmottagningar, både i fysiska form och i form av en webenkät. Enkäten innehöll frågor om demografiska uppgifter hos sjukvårdspersonalen, en fallbeskrivning samt påståendet om förmågan hos den patient som beskrevs i fallbeskrivningen. Sjukvårdspersonal fick sedan skatta i vilken mån de instämde med påståendena eller inte. De faktorer som hade störst inverkan på skattningarna var bedömarens ålder, yrkesgrupp och antal yrkesverksamma år. Studien visar på värdet av tydliga riktlinjer som beskriver hur och på vilka grunder bedömningar av patienters självbestämmande ska göras.

Nyckelord: autonomi, beslutskompetens, bedömningar, vinjetter, psykiatri, hälso- och sjukvårdspersonal.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
Autonomi och beslutskompetens	2
Autonomi som förmåga	2
Autonomi och yttre faktorer.....	3
Autonomi som rättighet	4
Beslutskompetens.	4
Autonomi och beslutskompetens inom hälso- och sjukvården	5
Att bedöma autonomi och beslutskompetens inom hälso- och sjukvården	6
Psykisk ohälsa	7
Psykisk ohälsa, autonomi och beslutskompetens.....	7
Psykisk ohälsa, ekonomi och socialt nätverk.....	8
Demografiska faktorer	8
Bedömarens och patientens kön.....	8
Bedömarens ålder.....	10
Bedömarens yrke.....	10
Sammanfattning	10
Syfte	11
Frågeställning	12
METOD	12
Deltagare och urval	12
Studiens design	13
Instrument	14
Demografiska uppgifter	15
Konstruktion av vinjett	15
Konstruktion av påståenden.....	17
Procedur	18
Etiska överväganden	19
Dataanalys	20
RESULTAT	21
Bortfall	21
Medelvärden och standardavvikelser	22
Patientens kön	22
Bedömarens kön	23
Bedömarens ålder	24

Bedömarens yrke	25
Yrkesverksamma år	27
Interaktionseffekter	28
DISKUSSION	28
Patientens kön	28
Bedömarens kön	28
Bedömarens ålder och antal yrkesverksamma år	29
Bedömarens yrke	30
Interaktionseffekter	31
Avslutande kommentar	31
Metoddiskussion	32
Deltagare och urval	32
Instrument	32
<i>Validitet</i>	32
<i>Reliabilitet</i>	33
Procedur	34
Dataanalys	35
Kliniska implikationer	35
Fortsatt forskning	36
Slutsats	36
REFERENSER	38
BILAGA A	A
BILAGA B	B
BILAGA C	C

Det står i hälso- och sjukvårdslagen att vård ska på bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 1982:763). Det kan vara svårt att respektera en patients självbestämmande om hen bedöms ha en nedsatt förmåga att fatta beslut, som då det föreligger demens eller vid vissa fall av psykisk sjukdom som exempelvis vid en svår depression (Viloria, Chung, Vigara & Barahona-Alvarez, 2013; Hindmarch, Hotopf, & Owen, 2013).

Seyfried, Ryan och Kims studie (2013) visar på en osäkerhet bland psykiatriker om hur bedömningar av patienters förmåga till självbestämmande ska gå till. En majoritet av de psykiatriker som deltog i deras studie saknade en standardisering i fråga om att bedöma en patients förmåga till självbestämmande. Psykiatrikerna fann ofta att en bedömning av patientens förmåga till självbestämmande var svår att göra då patienten befann sig i en gråskala mellan förmåga och oförmåga. Studien visar också på en stor skillnad i hur psykiatriker skattar förmågan till självbestämmande hos en patient i en fallbeskrivning de fått läsa om patienten befann sig inom en sådan gråskala.

En osäkerhet kring hur bedömningar av patienters förmåga till självbestämmande ska gå till kan leda till att ovidkommande faktorer omedvetet påverkar de bedömningar som görs. Hermann, Trachsel och Biller-Andorna (2015) visar i sin studie att läkares värderingar påverkar deras bedömning av patienters förmåga till självbestämmande trots att en fjärdedel av de läkare som deltog i studien var övertygade om att deras värderingar inte hade någon påverkan.

Om det finns en omedveten godtycklighet i bedömningen av patienters förmåga till självbestämmande och om demografiska faktorer hos den som bedömer eller hos den som blir bedömd påverkar bedömningen så kan det argumenteras för att det underminerar patienters säkerhet och rätt till vård på lika villkor (SFS 1982:763). Det kan argumenteras för att ett blottläggande av eventuella mönster i hur en sådan godtycklighet påverkar bedömningar av patienters förmåga till självbestämmande kan öka klinikers medvetenhet och bidra till en ökad objektivitet vid bedömningar. Syftet med denna studie är således att undersöka om ett antal faktorer bidrar till en godtycklighet vid bedömningen av patienters förmåga till självbestämmande under svenska förhållanden inom öppenvård psykiatri. De faktorer studien ämnar undersöka är bedömarens kön, ålder, yrkestillhörighet och antalet yrkesverksamma år samt patientens kön

Autonomi och beslutskompetens.

Autonomi som förmåga. Det råder ingen konsensus om hur begreppet autonomi ska definieras (Levinsson, 2008). Begreppet beskrev ursprungligen stater som inte stod under någon annans styre där invånarna bestämde sina egna lagar (Dworkin, 1988). Idag kan begreppet beskriva enskilda individer och kan exempelvis ha innebörder så som självstyre, oberoende och frihet.

Ett sätt att förstå autonomi är att se det som en förmåga eller en kapacitet som kräver vissa psykologiska och kognitiva förutsättningar. (Beauchamp, 2005; Levinsson, 2008). En teoretiker som har försökt definiera vad autonomi som förmåga innebär är Dworkin (1988). Dworkin menar att en individ har mentala tillstånd på olika nivåer och att det som är nödvändigt för att tillskrivas autonomi är förmågan att på en högre medvetandenivå kunna reflektera och förhålla sig till de impulser och preferenser som finns på en lägre medvetandenivå. Enligt Dworkin räcker det inte att enbart ha en sådan reflektionsförmåga, det krävs även att en individ kan förändra de preferenser hen har och uttrycka dessa preferenser i handling. Dworkin skiljer även på att ha ett globalt och ett lokalt perspektiv på autonomi. Ett lokalt perspektiv på autonomi fokuserar på enskilda handlingar och om de kan ses som autonoma eller inte medan ett globala perspektiv på autonomi fokuserar på om en individ kan bedömas vara autonom. Utifrån ett globalt perspektiv behöver inte enskilda handlingar alltid vara autonoma för att en individ ska tillskrivas autonomi. En individs globala autonomi kan således inte bedömas utifrån en enskild handling utan kan bara bedömas utifrån hur en individ handlar och lever sitt liv över en längre tid.

För Levinsson (2008) är två förmågor nödvändiga för att en individ ska kunna tillskrivas autonomi: procedurell reflexivitet och metarepresentation. Levinsson förklarar reflexivitet som förmågan att evaluera och revidera sina kognitiva tillstånd och att en procedurell reflexiviteten är när en sådan evaluering och revidering sker på en omedveten nivå. Enligt Levinsson är det således inte nödvändigt att reflektionen sker på en medveten nivå för att en individ ska kunna tillskrivas autonomi. Metarepresentation är enligt Levinsson förmågan att kunna förstå andra människors mentala tillstånd och bemöta dem på ett adekvat sätt. Levinsson menar att detta är viktigt för att kunna tillskrivas autonomi då en individ behöver kunna interagera med andra dels för att utveckla en självbild och dels för att fungera i och få en adekvat uppfattning om sin omvärld.

Ytterligare en teoretiker som försökt definiera vilka förmågor som krävs för att någon ska kunna tillskrivas autonomi är Oshana (2006). Enligt Oshana ska en individ ha självkänedom, vilket innebär att individen har en uppfattning om, och ett intresse av att

förstå, sig själv. Det krävs även rationalitet, det vill säga att en individ har förmågan att se vilken av flera valmöjligheter som är mest fördelaktigt i fråga om upprätthålla sitt självbestämmande. Oshana menar att individen även ska ha självrespekt, det vill säga att hen värderar och behandlar sig själv och andra väl, och värderingar och intressen för att få en förståelse för vad som är signifikant och viktigt i ens liv. Slutligen krävs det att individen har kontroll över sig själv och sina handlingar, exempelvis att hen inte är psykotisk, och har förmågan att kunna kritiskt utvärdera hur ens övertygelser och värderingar uppkommit.

Både Oshana och Levinsson diskuterar hurvida autonomi ska ses som en fråga om grader, att en individ är mer eller mindre autonom, eller dikotomt, att en individ antingen är autonom eller inte. Oshana (2006) argumenterar för att autonomi som förmåga ska ses som en fråga om grader men att det finns en lägsta nivå en individ måste uppnå för att kunna tillskrivas autonomi. Då de förmågor som är nödvändiga för att räknas som autonom kan mätas på en skala måste även autonomi kunna mätas på en skala enligt Oshana. Levinsson (2008) argumenterar för ett dikotomt synsätt och menar att förstå autonomi som en fråga om grader på en skala kan beskriva hur autonomi utvecklas men inte vad autonomi innebär och att de metakognitiva förmågor som autonomi förutsätter är något en individ har eller inte har. Att det även på en kontinuerlig skala finns en minimumnivå för att ses som autonom är för Levinsson ett argument för att förmågan till autonomi ska förstås dikotomt. Levinsson menar att ett dikotomt synsätt som har en uttalad lägsta nivå för att kunna tillskrivas autonomi möjliggör riktlinjer som kan appliceras på ett liknande sätt i olika kontexter.

Autonomi och yttre faktorer. Enligt Levinsson kan autonomi som förmåga inte bara bedömas utifrån ett metakognitivt perspektiv utan yttre faktorer och den kontext individen befinner sig i måste vägas in. Oshana (2006) menar precis som Levinsson att ha förmåga till autonomi i sig inte är tillräcklig för att kunna tillskrivas autonomi. Enligt Oshana måste autonomi också inkludera en individs sociala situation och de begränsningar den eventuellt för med sig både i fråga om hens personliga relationer och den miljö hen utvecklats i. Individen behöver även leva i ett samhälle som tillåter hen att följa sina värderingar, intressen och mål och att hen i valsituationer har tillgång till mer än en relevant valmöjlighet. Individen kan inte heller förväntas att på ett oresonabelt sätt ta ansvar för andras behov, förväntningar och misslyckanden. En individs autonomi påverkas enligt Oshana också av hens finansiella situation, sociala situation och om hen har tillgång till relevant information om sin möjligheter.

Autonomi som rättighet. Att respektera någons rätt till autonomi är enligt Beauchamp (2005) att erkänna individens kapacitet och perspektiv. Detta innebär att individen har rätt att bestämma över sina egna förehavanden och tillåts fatta beslut utifrån sina egna värderingar och föreställningar. Men Beauchamp menar att vi inte alltid måste respektera de val andra gör. För att en individs val ska respekteras enligt Beauchamp så krävs att hen har intentionalitet samt förståelse för sin situation, den information som är tillgänglig och konsekvenserna av sitt handlande. Individen behöver även vara fri från yttre påverkan. Levinsson (2008) intar en liknande ståndpunkt som Beauchamp (2005) och skiljer på att vara autonom och rättigheten att utöva sin autonomi. Han argumenterar även för att autonomi som rättighet är sekundärt till autonomi som förmåga. För att en individs autonomi ska kunna respekteras så måste individen först ha förmågan att kunna utöva sin autonomi.

Både Oshana (2006) och Dworkin (1988) skiljer dock på ansvar och autonomi och menar att andra krav behöver ställas på ansvar än de krav som ställs för att en individ ska tillskrivas autonomi och rättigheten till autonomi. Dworkin anser att då autonomin på något sätt är störd eller påverkad hos en individ så ska den som påverkat eller stört den individens autonomi hållas ansvarig. Detta innebära att ansvar är beroende av om individen bedöms vara autonom eller inte. Oshana (2006) menar att både autonomi och ansvar kräver en förmåga att kontrollera sitt beteende men att ansvar också kräver att en individ kan förhålla sig till moraliska normer och att hen följer en normativ rationalitet, det vill säga den generella uppfattningen i en grupp om vad som anses vara rationellt. En individ som saknar förmågan att anpassa sig efter moraliska normer kan enligt Oshana således tillskrivas autonomi men inte ansvar.

Beslutskompetens. Inom hälso- och sjukvård och inom juridiska sammanhang kan en individs förmåga till självbestämmande förstås utifrån Decision-Making-Capacity, som fortsättningsvis kommer att benämnas beslutskompetens (Appelbaum & Grisso, 1995). Beslutskompetens skiljer sig från autonomi då begreppet enbart beskriver en individs förmåga till beslutsfattande och inte inkluderar andra perspektiv så som autonomi gör, exempelvis hur en individs sociala situation påverkar hens möjligheter.

Appelbaum och Grisso har föreslagit fyra krav som en individ måste uppfylla för att tillskrivas beslutskompetens. Individen ska ha en grundläggande förmåga att kunna kommunicera sitt beslut till omvärlden. Individen ska kunna förstå relevant information. Utöver det behöver individen kunna applicera den information hen fått på sin egen situation och manipulera information rationellt. Det innebär att de beslut individen fattar ska bygga på

ett logiskt resonemang utifrån att individen förstått den information hen fått och kunnat applicera den på sin egen situation. Kim (2010) diskuterar utöver dessa fyra krav ytterligare två för att en individ kunna tillskrivas beslutskompetens, autencitet och affektiv kompetens. Kravet på autencitet innebär att de värderingar som en individs preferenser bygger på ska vara stabila. Saknar dessa värderingar stabilitet och ändras ofta över tid så bedöms individens beslut som mindre tillförlitliga och hen tillskrivs en lägre förmåga att fatta egna beslut. Affektiv kompetens fokuserar på affekternas roll i beslutsfattande. Exempelvis kan en individ bedömas ha de kognitiva förmågor som krävs för att tillskrivas beslutskompetens men inte bry sig om konsekvenserna av sina beslut på grund av att hen exempelvis lider av en depression. En sådan individ skulle enligt Kim sakna den affektiva kompetens som är nödvändig för att kunna tillskrivas beslutskompetens.

Kraven på en individs förmåga till beslutskompetens kan även ses som kontextberoende (2010). Om en individ exempelvis ställs inför ett val där ett alternativ är uppenbart mer fördelaktigt så bör det enligt detta synsätt ställas lägre krav på hans beslutskompetens om hen väljer det uppenbart fördelaktiga alternativet än om hen väljer något annat. Då en individ väljer något som inte är fördelaktigt så ska det ställas högre krav på individens förmåga att kunna motivera sitt val om beslutskompetens ses som kontextberoende.

Autonomi och beslutskompetens inom hälso- och sjukvård.

Enligt Levinsson (2008) så görs sällan distinktionen mellan autonomi som rättighet och autonomi som förmåga explicit inom hälso- och sjukvården och ses i första hand som en rättighet. Konsekvenserna av att se autonomi som enbart, eller i första hand, som en rättighet blir enligt Levinsson att det ökar risken för att patienter tillskrivs större förmåga än de har och får ta mer ansvar än de klarar av vilket skulle försämra både deras situation och förmåga ytterligare. Att det finns en lag som tillåter psykiatrisk tvångsvård visar dock på en medvetenhet om att det kan vara problematiskt att respektera en individs självbestämmande inom psykiatrin. För att en individ ska bli tvångsvårdad krävs det att hen lider av en allvarlig psykisk störning, är i oundgängligt behov av vård och motsätter sig denna vård (SFS: 1991:1128). Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård ses således autonomi som rättighet som sekundärt till autonomi som förmåga inom psykiatrin, precis som Levinsson förespråkar, då den person som tvångsvårdas inte tillskrivs förmågan att fatta egna beslut angående sin vård och därmed förlorar rättigheten att göra det. Då autonomi som rättighet blir sekundärt till

autonomi som förmåga ställs etiska krav på bedömningen av någons förmåga då en sådan bedömning kan få konsekvensen att personen som bedöms förlorar sin rättigheter.

Att bedöma autonomi och beslutskompetens inom hälso- och sjukvård. Seyfrieds et al. (2013) visar i sin studie att en majoritet av de psykiatriker som deltog sakade en standardisering för hur en individs förmåga till självbestämmande ska bedömas. Siegel, Barnwell och Sisti, (2014) har undersökt innehållet i riktlinjer för bedömningar av patienters förmåga att fatta beslut om sin vård och hur dessa riktlinjer skiljer sig åt mellan olika arbetsplatser inom hälso- och sjukvården. De riktlinjer Siegel et al. undersökte delades in i tre kategorier; strikta riktlinjer med tydliga kriterier som en individ behöver uppfylla för att tillskrivas beslutskompetens, riktlinjer med få kriterier som lämnade utrymme för klinikers bedömning och slutligen riktlinjer som placerade sig mellan dessa två och kombinerade tydliga kriterier med en öppenhet inför klinikers bedömning. Siegel et al. betonar vikten av sjukvårdspersonalens kliniska erfarenhet vid bedömningar av patienter beslutskompetens och påpekar att allt för strikta riktlinjer kan hindra kliniker från att ta hänsyn till varje patients unika situation. Ytterligare en aspekt Siegel et al. lyfter är värdet av kliniska bedömningen. Artikelförfattarna argumenterar för vikten av att väga in den kliniska bedömningen då test kan ge en allt för funktionell fokus vilket leder till att kliniker kan missa bakomliggande värderingar som är viktiga för att förstå de beslut patienter fattar.

I praktiken tycks kliniska bedömningar, som Siegel et al. (2014) förespråkar, tillämpas oftare än specifika test. I en studie av Hermann, Trachsel, Mitchell och Biller-Andorno (2014) bedömde en majoritet av de läkare som deltog patienters förmåga att fatta egna beslut utan att tillämpa något specifikt test. Bedömningen gjordes i de flesta fall genom en ostrukturerad intervju och om något specifikt test tillämpades så var det ofta test som designats för demensutredningar, exempelvis Mini Mental State Examination (MMSE). Lamont, Jeon och Chiarella (2013) hittade liknande resultat i en metastudie där sjukvårdspersonal i ett flertal studier inte tillämpade något specifikt test i en majoritet av de bedömningarna av patienters förmåga att fatta egna beslut om sin behandling som genomförts.

Sökningar efter instrument för att skatta en individs förmåga till autonomi och beslutskompetens har gett få träffar. Det tycks finnas ett fåtal utprovade instrument för att skatta patienters autonomi och beslutskompetens inom hälso- och sjukvården. Av sjutton test designade för att bedöma någons förmåga att fatta beslut om sin behandling som Lamont et al. (2013) undersökt i en metastudie var två test tillräckligt utprovade. Ett av de två testen riktade sig specifikt till patienter med psykiatrisk problematik, MacArthur Competence Assessment

Tool for Treatment (MacCAT-T). MacCAT-T samt nio andra av de sjutton test som undersöktes byggde på de förmågor Appelbaum och Grisso satt upp som nödvändiga för att bedömas ha beslutskompetens.

Vid sökningar efter instrument framkom både bedömningsinstrument för kliniker och självskattningsformulär för att bedöma patienters självupplevde förmåga. Utöver MacCAT-T så används MMSE ofta vid bedömningar av en patients förmåga att fatta egna beslut om sin behandling (Pachet, Astner & Brown, 2010). MMSE har dock visat sig ha brister i både specificitet och känslighet i fråga om att avgöra om någon har förmåga att fatta egna beslut om sin behandling och testpoängen predicerar bara en bristande förmåga att fatta egna beslut vid extrema värden (Fassassi, Bianchi, Stiefel & Waeber 2009; Pachet et al., 2010). Exempel på två självskattningsformulär som används för att bedöma patienters självupplevda autonomi är Maastricht Personal Autonomy Questionnaire (MPAQ), ett mätinstrument för självskattad autonomi som är tänkt att användas inom sjukvården, och Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPAQ) som är tänkt att tillämpas vid rehabilitering av kroniskt sjuka (Mars, van Eijk, Post, Mesters & Kempen, 2014; Cardol, de Haan, de Jong, van den Bos & Groot, 2001)

Psykisk ohälsa.

Då en individ kommer i kontakt med psykiatrin så kan det bero på att hen upplever sig lida av någon form av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan innebära en mängd olika psykiatriska sjukdomstillstånd som exempelvis depression, ångestsyndrom och schizofreni. Den gemensamma faktorn för dessa tillstånd är att den drabbade upplever ett lidande och en nedsatt funktionsförmåga (Ottoson 2009).

Psykisk ohälsa, autonomi och beslutskompetens. Både inom psykiatrin, tydligast uttryckt i lagen om psykiatrisk tvångsvård, och i ansatsen till den här studien finns ett antagande om att psykisk ohälsa kan påverka en individs förmåga att fatta egna beslut. Appelbaum och Grisso (1995) visar i en metastudie att de förmågor som de anser vara grundläggande för beslutskompetens ofta är påverkade hos de som lider av psykisk ohälsa. En metastudie av Okai et al. (2007) visar att mellan 30-50 % av alla patienter inom psykiatrin i USA och England inte uppfyllde de juridiska krav som ställs för att en person ska kunna sägas ha förmåga att fatta egna beslut om sin vård. Detta innebär inte nödvändigtvis att dessa individer saknar förmåga att fatta egna beslut utan att de kan befinna sig inom den gråskala mellan oförmåga och förmåga som Seyfried, et al. (2013) beskriver i sin studie.

Psykisk ohälsa, ekonomi och socialt nätverk. Enligt Levinsson (2008) och Oshana (2006) kan en individ som befinner sig i en miljö där hens handlingsmöjligheter är begränsade inte tillskrivas lika hög grad av autonomi som en individ som inte har samma miljömässiga begränsningar. Således kan det vara av vikt att undersöka yttre begränsande faktorer som i högre grad påverkar de som lider av psykisk ohälsa än en normalpopulation. I sin rapport Minuskontot undersöker Levinsson och Jiborg (2013) de ekonomiska förutsättningarna för individer som lider av psykisk ohälsa och visar på signifikanta skillnader i fråga om både ekonomi och det sociala nätverket jämfört med en normalpopulation. De som lider av psykisk ohälsa har både sämre ekonomi och ett svagare socialt nätverk än genomsnittet. Ahnquist, Wamala och Lindström (2012) hittar i sin studie ett samband mellan socioekonomiska förhållanden och psykisk hälsa. De fastslår att det finns en interaktionseffekt mellan socialt nätverk och ekonomi i fråga om hur det påverkar en individs psykiska hälsa. Har en individ både bristande socialt nätverk och bristande ekonomi så ökar risken för psykisk ohälsa signifikant mer än vad de båda variablerna predicerar var för sig.

I ovan nämnda studier mättes deltagarnas ekonomi med variablerna inkomst, bidragsberoende, besparingar och förmåga att hantera en personlig ekonomisk kris. Deltagarnas sociala nätverk mättes med variablerna levnadsförhållanden (ensamstående eller gift), socialt deltagande, tillit (både interpersonellt och till samhällseliga institutioner), umgänge med någon nära anhörig och om individen har några nära vänner.

Demografiska faktorer

Sökningar har gett få träffar på artiklar som undersökt attityder hos sjukvårdspersonal i fråga om att bedöma patienters beslutskompetens eller autonomi. Det framkom dock ett flertal studier som undersökt hur demografiska variabler hos patient och bedömare kan påverka andra typer av bedömningar inom hälso- och sjukvården.

Bedömarens och patientens kön. Det finns stöd för att patientens kön kan påverka bedömningar inom den somatiska vården då det gäller generell smärta, kardiovaskulär sjukdom, stroke, artros, bröstsmärtor, trauma, kranskärlsjukdomar och nack- och ryggsmärta (Loveman & Gale, 2000; Williams, Bennett & Feely, 2003; Alspach 2012; Hamberg, Risberg, Johansson & Westman, 2002; Stålnacke, et al., 2015). Även inom psykiatri finns studier vars resultat tyder på att patientens kön kan påverka hur de bedöms. I en studie av Olfson, Zarin, Mittman & McIntyr (2001) påverkade patientens kön vad psykiater frågade efter och

undersökte då en patient led av depression. Kvinnor blev i lägre grad utfrågade om sexuell funktion och sexuella bieffekter av medicinering. Kvinnor fick även mer sällan frågor om behandlingspreferenser. I Svensk kontext har en vinjettstudie gjorts inom rättspsykiatri där personen som bedöms kön påverkat om hen ansetts lida av en allvarlig psykisk störning eller inte (Yourstone, Lindholm, Grann & Svenson, 2008).

Ett antal studier ger även stöd åt att bedömarens kön kan påverka bedömningar av patienter inom den somatiska vården, bland annat vid bedömningar av rygg- och nacksmärta (Bernardes, Costa, & Carvalho 2013; Hamberg et al., 2002). I en studie där Ågård, Herlitz och Hermeren (2015) undersökt läkares attityder gentemot informerat samtycke i fråga om ingrepp mot hjärtinfarkt i tidigt skede gjorde manliga läkare i högre grad än kvinnliga läkare bedömningen att de inte behövde få informerat samtycke från patienten om patienten var oförmögen att förstå den information hen fått. I en tvärnationella studie gjord i Europa av Vincent (1998) accepterade manliga läkare i högre grad att en patient motsatte sig vitala kirurgiska ingrepp än vad kvinnliga läkare gjorde. Kullberg och Faldt (2008) har visat i en studie att socialarbetare tenderar att falla in i könsstereotypa mönster i både sin bedömning och sitt hjälpbeteende gentemot ensamstående föräldrar som ansökt om bidrag. Manliga socialarbetare bedömde att klienten hade ett större behov av att utveckla sin egen förmåga och bli mer självständig medan kvinnliga socialarbetare la större fokus på klientens sociala nätverk. Kvinnliga socialarbetare bedömde även klientens psykiska hälsa som sämre och behovet av stöd som större än vad manliga socialarbetare gjorde.

I ett antal studier hade både patienten och bedömarens kön betydelse för hur patienter bedömds. I en vinjettstudie av Ross, Moffat, McConnachie, Gordon & Wilson (1999) framkom skillnader i hur allmänläkare bedömde depression beroende på om det var en kvinna eller en man som bedömdes och vilket kön bedömaren hade. Kvinnliga allmänläkare refererade oftare en manlig patient till psykiatrisk hjälp och allmänläkare generellt erbjöd oftare en manlig patient ett uppföljningsbesök. I Lewis, Lamdan, Wald & Curtis (2006) studie diagnostiserade kvinnliga läkarstudenter oftare äldre kvinnor än äldre män med depression vid uppvisande av samma symptom. I en vinjettstudie av Geirsson, Hensing och Spak (2009) påverkade både patientens och läkarens kön vilka rekommendationer som gavs till patienter med alkoholrelaterade problem. Män rekommenderades i högre grad att dra ned på sin alkoholkonsumtion medan kvinnor oftare rekommenderades att helt avstå från alkohol. Kvinnor rekommenderades även oftare behandling än män. Bland sjukvårdspersonalen rekommenderade kvinnor behandling oftare än vad män gjorde.

Bedömarens ålder. I fråga om bedömarens ålder har ett flertal studier framkommit där bedömarens ålder haft en påverkan på hur patienter bedöms. Tomko & Munley (2013) undersökte i sin studie läkares attityder gentemot äldre patienter. Studien visade att yngre läkare hade en mer professionell bias gentemot äldre patienter än vad äldre läkare hade. Den professionella bias som de yngre läkarna uppvisat var att de i högre grad bedömde psykiska problem hos äldre som en följd av åldrande och att de äldre därför inte kunde bli hjälpta av psykiatrisk vård. Deepmala, Franz, Aponte, Agrawal & Jiang (2013) redovisar i en reviewartikel resultat från ett flertal studier där yngre läkare i högre grad bedömde att det var nödvändigt att skriva ut smärtstillande medicin till patienter som led av smärta än vad äldre läkare gjorde. I Schachter och Kleinmans (2006) studie framkom ett samband mellan psykiatrikers ålder och deras attityd gentemot att dokumentera patienters informerade samtycke. Yngre psykiatriker såg det som viktigare och dokumenterade informerat samtycke i högre grad än vad äldre psykiatriker gjorde. I en reviewartikel av Brown (2006) så presenteras flera studier där yngre sjuksköterskor i högre grad uttryckte negativa attityder gentemot äldre överviktiga patienter än vad äldre sjuksköterskor gjorde.

Bedömarens yrke. Studier som ger stöd åt att bedömningar av patienter kan skilja sig åt mellan olika yrkesgrupper har framkommit. I en studie av Bodner et al. (2015) uppvisade de sjuksköterskor och psykiatriker som deltog i högre grad en negativ attityd gentemot patienter med en borderline personlighetsstörning (BPD) än vad psykologer och socialarbetare gjorde. De negativa attityderna korrelerade dock med den mängd patienter med BPD som sjukvårdspersonalen kommit i kontakt med där psykiatriker och sjuksköterskor kommit i kontakt med högst antal. Bleich, Bandara, Bennett, Cooper & Gudzone (2015) visade i en studie att olika yrkesgrupper inom sjukvårdens inställning till patienter som led av övervikt skiljde sig åt i fråga om både hur sjukvårdspersonalen predicerade behandlingsutfallet och vad de ansåg vara den bakomliggande orsaken. Cohen-Mansfield, Jensen, Resnick & Norris (2012) undersökte sjuksköterskor, läkares och psykologers attityder och arbetssätt gentemot patienter som led av demens och uppvisade problematiska beteenden. De såg skillnader i vilka roller de olika yrkesgrupperna tog, hur de utvärderade patientens problem och vilka interventioner som genomfördes.

Sammanfattning. Begreppet autonomi förstås i denna studie som en kognitiv förmåga som ställer krav på självkänedom, reflektionsförmåga och handlingsförmåga (Dworkin, 1988; Levinsson 2008; Oshana, 2006). För att en individ ska kunna utöva sin

autonomi ställs även krav på att den yttre kontext hen befinner sig i inte begränsar hens handlingsmöjligheter (Levinsson 2008; Oshana, 2006).

Beslutskompetens kan förstås som förmågan att ta till sig information, utifrån sin egen situation tillämpa denna information för att komma till ett beslut och sedan kommunicera det beslutet (Appelbaum & Grisso, 1995).

Bedömningen av en individs autonomi och beslutskompetens berör en individs personliga ansvar och hens rättigheter (Beauchamp, 2005; Dworkin, 1988; Levinsson 2008; Oshana, 2006). Detta gör bedömningar av en individs autonomi inom sjukvården etiskt problematiskt då det kan innebära att en patient förlorar den rätt till självbestämmande som hen har enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

Det finns få utprovade test för att bedöma patienters förmåga till autonomi och beslutskompetens inom hälso- och sjukvården och hur den bedömningen görs kan skilja sig åt mellan både kliniker och arbetsplatser (Lamont et al., 2013; Seyfried et al., 2013; Seigel et al. 2014). Det tycks också saknas en tydlighet i hur och på vilka grunder en sådan bedömning ska göras inom hälso- och sjukvården (Seyfried et al., 2013; Seigel et al. 2014).

Att lida av psykisk ohälsa kan innebära att ens förmåga till autonomi och beslutskompetens påverkas (Appelbaum & Grisso 1995; Okai et al., 2005). Det finns ett samband mellan psykisk ohälsa och både bristande ekonomi och bristande socialt nätverk (Levinsson & Jiborn, 2013; Ahnquist, Wamala & Lindströms, 2012).

Få studier har undersökt hur demografiska faktorer hos patient och bedömare påverkar bedömningen av patienters autonomi och beslutskompetens inom psykiatrin. I tidigare forskning finns stöd för att demografiska faktorer hos både patient och bedömare kan påverka bedömningar av patienter inom sjukvården inom ett flertal olika medicinska områden (Ross et al., 1999; Bernaedes et al., 2005; Brown, 2006; Bodner et al., 2015).

Syfte

Att med hjälp av en vinjett undersöka om demografiska faktorer påverkar sjukvårdspersonals skattning av patienters autonomi och beslutskompetens på psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige. De demografiska faktorer som denna studie ämnar undersöka hos sjukvårdspersonalen är ålder, kön, yrkesverksamma år samt yrkesgrupp. Den patientvariabel studien ämnar undersöka är patientens kön.

Frågeställning

1. Finns det ett samband mellan patientens kön och hur deras autonomi och beslutskompetens bedöms?
2. Finns det ett samband mellan demografiska faktorer hos sjukvårdspersonalen och deras bedömning av patienters autonomi och beslutskompetens?
3. Finns det interaktionseffekter mellan sjukvårdspersonalens demografiska uppgifter och patientens kön som påverkar bedömningen av patientens autonomi och beslutskompetens?

Metod

Deltagare och urval

Studien riktade sig till vårdpersonal inom öppenvårdspsykiatri. Enkäten som distribuerades innehöll information om att den riktade sig till vårdpersonal men inte specifik information om vilka yrkesgrupper den riktade sig till. Detta för att vara så inkluderande som möjligt. Bland deltagarna förekom sjuksköterskor, psykologer, läkare, skötare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykoterapeuter och socionomer.

Enkäten delades ut på fyra psykiatriska öppenvårdsmottagningar i södra Sverige och distribuerades till andra psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige genom en webbenkät. Sammanlagt samlades 79 svar in under perioden mars till april 2015 varav 69 svar inkluderades i studien. I de tio svar som exkluderades saknades skattning av personen i vinjetten. Statistik om deltagarna presenteras i Tabell 1 och Tabell 2.

Tabell 1. Fördelning av kön, ålder och yrkesgrupp för studiens deltagare samt fördelning av kön i vinjetten.

Karaktäristik	<i>n</i>	%
Kön		
Kvinnor	53	76,8
Män	13	18,8
Ej angett	3	4,3
Ålder		
< 30	5	7,2
30-40	14	20,3
40-50	15	21,7
50-60	24	34,8
60 >	11	15,9

Yrkesgrupp		
Psykolog	21	30,4
Sjuksköterska	17	24,6
Läkare	10	14,5
Socionom	9	13
Skötare	6	8,7
Psykoterapeut	2	2,9
Arbetsterapeut	1	1,4
Sjukgymnast	1	1,4
Ej angett	2	2,8
Kön i vinjetten		
Kvinna	41	59,4
Man	28	40,6

Tabell 2. Fördelning av yrkesverksamma år för studiens deltagare.

Karaktäristik	<i>M(SD)</i>	Min-max
Yrkesverksamma år	18,79(12,6)	0-46

Studiens design

För att svara på forskningsfrågorna i föreliggande undersökning valdes en vinjettstudie som metod. Syftet med en vinjettstudie är att undersöka individers val och bedömningar i konstruerade men verklighetstroga situationer samt bakomliggande orsaker och värderingar till dessa val och bedömningar (Jergeby, 1999). Enligt Jergeby finns en lagbundenhet i människors val där bakomliggande normativa principer ligger till grund för individers ställningstaganden som i en större urvalsgrupp visar sig i systematiska skillnader. En vinjettstudie ska således finna och beskriva dessa normativa principer. Evans et al. (2014) menar i likhet med Jergeby att syftet med vinjetter är att utforska bakomliggande processer vid beslutsfattande. Resultatet i vinjettstudier ska enligt Evans et al. inte ses som representativt för personens beteende i en verklig situation utan som en prediktor för ett visst beteende i situationer som liknar den som framställs i vinjetten.

Vinjettstudien utvecklades med syfte att utnyttja styrkor och väga upp för brister i andra traditionella metoder så som experiment inom psykologi, attitydmätningar och sociologisk surveymetodik (Jergeby, 1999). Evans et al. (2014) argumenterar för att en väl genomförd vinjettstudie både kan ha en hög extern och intern validitet. Att vinjetten på förhand konstruerats och att de faktorer som deltagarna får ta del av är kontrollerade som i ett

experiment bidrar till den interna validiteten. Metoden tillämpar självrapportering i likhet med surveymetodik och attitydmätningar och beskriver situationer som ska vara verklighetstroga. Detta kan stärka den externa validiteten om studien är väl genomförd och vinjetten representativ för den målgrupp som studien riktar sig till (Evans et al., 2014).

Ett argument mot vinjettstudiers validitet är att metoden utgår från hypotetiska situationer och att hur en individ väljer att handla i ett hypotetiskt fall inte nödvändigtvis är representativt för hur de skulle handla i en verklig situation (Evans et al, 2014). Murph, Herr, Lockhart och Maguires (1986) metastudie visar dock att skillnaden mellan hur kliniker skattar i vinjetter och observationer av faktiskt beteende är liten. Vinjettstudier har också visat sig vara ekvivalent med forskning som tillämpar standardiserade patienter (ett simulerat patientmöte) som anses vara den bäst lämpad metoden för att undersöka klinisk praktik (Shah, Edgar & Evans, 2007). Kopplingen mellan skattningar av en vinjett och klinisk praktik är dock beroende av vinjettstudiens kvalitet (Evans et al, 2014). Enligt Evans et al. så är begreppsvaliditet central för en vinjettstudies kvalitet då en orealistiska vinjett påverkar det kausala sambandet mellan de faktorer som undersöks och hur deltagarna skattar. Deltagarna svarar exempelvis inte seriöst om de inte tar vinjetten på allvar. En orealistiska vinjett är också svår att generalisera utifrån då den inte är representativ för den kliniska verkligheten den är tänkt att beskriva.

Vinjettstudier är ett alternativ till observation som är en mer traditionell metod för att samla in data om människors beteende och kan undvika några av de problem som associeras med observation som metod. En vinjettstudie ställs inte inför de etiska problem som observationer av verkliga situationer kan göra (Gould, 1996). Observationer kan även vara svårtolkade och svåra att standardisera i förhållande till vinjettstudier och ge en större observationseffekt, det vill säga att en individ beter sig på ett visst sätt därför att hen är observerad (1996). Generellt sett är vinjettstudier mindre resurs- och tidskrävande än observationsstudier (Hughes & Huby, 2002).

Instrument

De existerande instrument för att bedöma autonomi och beslutskompetens som nämndes i uppsatsens teoridel var av flera skäl inte lämpliga för att svara på forskningsfrågorna i denna studie. Då denna studie undersökt skattningar av någon annans autonomi så var det inte aktuellt att använda ett självskattningsformulär. Inte heller de instrument designade för att mäta specifika kognitiva förmågor i en testsituation, exempelvis MaCAT-T, var lämpliga då de kräver att bedömaren interagerar med patienten. Då denna

studie använde sig av en vinjett så var en sådan interaktion med den patient som bedöms inte möjlig. De test som presenterats användes istället som utgångspunkt för att konstruera ett instrument specifikt för den här studien. För att svara på studiens frågeställning konstruerades således en enkät som innehöll frågor om demografiska variabler hos bedömaren, en kort vinjett samt påståenden om patienten som beskrivs i vinjetten som deltagarna fick ta ställning till. Enkäten finns inkluderad som bilaga (se bilaga A och B).

Demografiska uppgifter. De demografiska variabler hos bedömaren som enkäten efterfrågade var följande: ålder, kön, yrkesgrupp samt yrkesverksamma år. Dessa variabler inkluderas då tidigare studier visat på samband mellan variablerna kön, ålder och yrkesgrupp hos bedömaren och olika typer av bedömningar inom hälso- och sjukvården. Ålder fick deltagarna ange utifrån på förhand konstruerade kategorier: yngre än 30 år, 30 till 40 år, 40 till 50 år, 50 till 60 år och äldre än 60 år. Antalet yrkesverksamma år angavs med siffror. Variabeln yrkesverksamma år inkluderades utifrån en tanke om att när i tiden en individ utbildat sig och hur länge hen arbetat kan påverka hur hen bedömer i större utsträckning än hens ålder.

Konstruktion av vinjett. I enlighet med Evans et al (2014) rekommendationer utgick innehållet i vinjetten från fallbeskrivningar i litteratur samt klinisk erfarenhet. Vinjetten är konstruerade så att den ska vara lätt att förstå, logisk, trovärdig och ej så komplex att den är svår att följa i enlighet med Jergebys (1999) rekommendationer. Vinjetten hölls kort i enlighet med Evans et als. (2014) och Jergebys (1999) rekommendationer om att vinjetten inte ska vara längre än nödvändigt. En längre vinjett hade även inkluderat ett större antal variabler, något som hade bidragit till en ökad risk för dolda interaktionseffekter. Det vill säga variabler som själva eller i interaktion med andra variabler påverkar den oberoende variabeln utan möjlighet att kontrollera för.

Vinjetten innehåller en experimentella aspekt, det vill säga den variabel som manipulerats mellan olika vinjetter, och den innehåller kontrollerade aspekter, det vill säga de variabler som hålls konstanta mellan olika vinjetter. Detta i enlighet med Evans et al. (2014) rekommendationer.

Den variabeln som manipulerats är patientens kön. Denna variabel har valts då tidigare studier visat på samband mellan patientens kön och olika typer av bedömningar inom hälso- och sjukvården. Två versioner av vinjetten konstruerades där skillnaden mellan de båda vinjetterna var könet på den person som beskrivs i vinjetten. Att bara en variabel i vinjetten

manipulerats var för att säkerställa att studien skulle få in tillräckligt många svar för varje versionerna av vinjetten då det var svårt att på förhand uppskatta hur många svar studien skulle få in. Detta för att stärka de statistiska analyserna.

I vinjetten hölls tre aspekter konstanta, den ekonomiska situationen, den sociala situationen samt de diagnostiska markörerna som innehöll diagnostiska kriterier för både depression och ångesttillstånd enligt diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013). Att vinjetten innehöll information om den sociala och ekonomiska situationen fyllde två funktioner. Det bidrog till falllets autencitet genom att beskriva omständigheter som är vanligt förekommande hos den kliniska populationen (Henriksson & Jiborns, 2013; Ahnquists et al., 2012). Det gjorde det även möjligt att undersöka hur dessa både faktorer förhöll sig till bedömningar av personen i vinjettens autonomi och beslutskompetens. De diagnostiska markörerna för depression och ångesttillstånd inkluderades för att de diagnoserna är vanligt förekommande inom öppenvårdspsykiatri som enkäten riktade sig till (Socialstyrelsen, 2012).

Figur 1.

Färdig vinjett. Båda versionerna av vinjetten är här sammanställda till en vinjett.

Karin/Anders är 43 år och har två barn i tonåren. Hon/Han har sedan ett år tillbaka varit arbetslös och har allt svårare att få vardagen att gå ihop ekonomiskt. Detta har lett till att hon/han skuldsatt sig och nu inte klarar av att betala tillbaka sina lån. Hon/Han sover dåligt och blir ofta sängliggande långt in på förmiddagarna. För det mesta upplever hon/han en inre tomhet och att livet känns meningslöst. Hon/Han kan dock överväldigas av panik då hon tänker på allt som hon/han undviker att göra. Exempelvis har hon/han svårt att engagera sig i barnen. Hon/Han vet inte hur hon ska hantera dem och blir ofta arg på dem utan anledning.

Karin/Anders lever idag ensam med barnen och ingen av dem har någon kontakt med barnens pappa/mamma eller barnens farföräldrar. Karins/Anders egen pappa dog för några år sedan och Karins/Anders mamma har efter en stroke fått större behov av omvårdnad. Mamman har i samband med det börjat ställa allt högre krav på att Karin/Anders ska ställa upp och hjälpa till. Karin/Anders har i och med arbetslösheten även känt sig isolerad från omvärlden då hon/han har få vänner utanför arbetet.

Konstruktion av påståenden. Påståenden konstruerats utefter hur begreppen autonomi och beslutskompetens som förmåga beskrivs i litteraturen samt de krav som ställs på en individ för att denna ska kunna tillskrivas autonomi och beslutskompetens som presenterats i uppsatsens teoridel. De test som designats för att bedöma autonomi och beslutskompetens inom hälso- och sjukvården som presenterats i uppsatsens teoridel användes som utgångspunkt vid konstruktionen av påståendena. Att utgå från faktiska test som tillämpas inom hälso- och sjukvården var ett försök att uppnå både begreppsvaliditet och innehållsvaliditet eller face validity. För att uppnå face validity ska innehållet i påståendena framstå som relevant för den kontext där enkäten distribueras (Holden, 2010). Vid konstruktionen av påståendena togs det i beaktande att de skulle vara möjligt att ta ställning till utifrån den begränsade information som vinjetten innehöll.

I påståendena benämns begreppen autonomi eller beslutskompetens som förmåga att fatta egna beslut. Detta var ett försök att omformulera begreppen autonomi och beslutskompetens till ett mer vardagligt språkbruk med en tydlig innebörd. Autonomi är ett begrepp som kan definieras och tolkas på flera olika sätt, det är således inte självklart hur det ska förstås. Förmåga att fatta egna beslut uppfattades förhoppningsvis inte lika mångtydigt.

I uppsatsens introduktion redogjordes för hur autonomi som förmåga kan förstås som antingen dikotom eller grader på en skala. För att deltagarna skulle kunna göra en så nyanserad bedömning som möjligt valdes en graderad skala för att skatta autonomi och beslutskompetens i denna studie. De påståenden som ingick i enkäten är uppdelade i följande kategorier: Interna faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut.

De interna faktorerna utgår från de förmågor för att kunna tillskrivas autonomi och beslutskompetens som lyfts fram i uppsatsens teoridel och delades in i två kategorier: tankeförmåga och handlingsförmåga. Det som tankeförmågan var tänkt att mäta var förmågan till självreflektion, självmedvetenhet, autencitet, samt förmåga att ta till sig och kunna applicera information på sin egen situation. Exempelvis ombads deltagarna att skatta påståendet ”Karin/Anders har förmåga att bedöma konsekvenserna av sina handlingar”. Handlingsförmåga syftade till att mäta huruvida personen i vinjetten kan praktisera ovan nämnda färdigheter i sitt beslutsfattande och handlande och om personens handlingar korresponderade med inre värderingar och mål som hen har. Exempelvis så ombads deltagarna skatta påståendet ”Karin/Anders har förmåga att arbeta mot sina mål”.

Tankeförmåga mättes med fyra påståenden med en maxpoäng på 28 och handlingsförmåga mättes med två påståenden med en maxpoäng på 14.

Påståendena om externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut syftade till att mäta hur skillnader i hur stor påverkan bedömaren ansåg att personen i vinjettens ekonomiska och sociala situation hade på hans förmåga att fatta egna beslut. Exempelvis ”Karin/Anders förmåga att fatta egna beslut påverkas av hennes/hans ekonomiska situation”

Påståendena om rättigheter syftade till att mäta skillnader i hur personen i vinjettens rättighet att fatta egna beslut bedömdes, dels i fråga om sina livsval och dels i fråga om sin behandling. Deltagarna ombads exempelvis skatta påståendet ”Karin/Anders bör i sitt nuvarande tillstånd få fatta egna beslut om frågor som kommer att ha stor inverkan på hennes/hans liv”.

Påståendena om ansvar syftade till att mäta om det fanns några skillnader i hur bedömaren tillskriver personen som beskrivs i vinjetten eget ansvar i sitt beslutsfattande, både i fråga om att ha hamnat i den situation hen är i nu och i fråga om att ta sig ur den situationen. Exempelvis ”Karin/Anders har eget ansvar för att ha hamnat i den situation hon/han är i nu”.

Påståendena om personen i vinjettens förmåga att uppnå autonomi var ett försök att operationalisera idén om autonomi som en global förmåga. Påståendena berör om personen som bedöms är någon som globalt sett saknar autonomi eller är någon som har förmågan till autonomi men har hamnat i en situation där hen inte längre kan utöva denna förmåga. Deltagarna fick skatta om personen i vinjettens förmåga kan stärkas av sig själv eller om det krävs vård för att stärka den. Exempelvis ”Karin/Anders förmåga att fatta egna beslut kan stärkas på egen hand”.

Procedur

Att enkäten var möjlig att besvara och påstående som inkluderats relevanta samt att vinjetten gav en realistisk patientbeskrivning prövades på en grupp psykologstudenter. Förutom en kommentar om att påståendena var något svåra att ta ställning till utifrån fallbeskrivningen så inkom inga kommentarer om förändringar av enkäten eller förslag på förbättringar.

Psykiatriska öppenvårdsmottagningar i södra Sverige kontaktades via mail och telefon. I övriga Sverige kontaktades öppenvårdsmottagningar via mail. I mailet ingick en beskrivning av uppsatsen syfte och metod samt kontaktuppgifter (se bilaga C). Då det fanns möjlighet att distribuera enkäten på plats bestämdes datum för detta vid tillfällena då en stor del av personalgruppen var samlade, exempelvis vid personalmöten. Information om

uppsatsen gavs där muntligt samt skriftligt i instruktionerna till enkäten. För de som gjorde webbenkäten gavs instruktioner och information om uppsatsen i webbenkäten samt det mail som skickades till enhetscheferna på de psykiatriska öppenvårdsmottagningar som kontaktades. I vissa fall vidarebefordrade enhetschefen detta mail till hela personalgruppen.

På två av de öppenvårdsmottagningar där enkäten distribuerades på plats fyllde inte deltagarna i enkäten i samband med att den distribuerades utan vid ett senare tillfälle och de ifyllda svaren skickades sedan via post. På en av de övriga två öppenvårdsmottagningar där svaren fylldes i på plats fylldes även svar i efteråt, dessa svar skickades sedan via post.

I de fall enkäten delades ut på plats fick alla på en arbetsplats samma version av enkäten. Patientvariabeln varierades istället mellan olika arbetsplatser. Detta för att minska risken att någon skulle förstå att en variabel manipulerats då personalgruppen fyllde i enkäten samlade med möjlighet att se varandras enkäter. I webbenkäten var det möjligt att randomisera patientvariabeln mellan deltagarna oavsett arbetsplats. Att de båda patientvariablerna randomiserades inom samma arbetsplats bedömdes inte vara problematiskt då webbenkäten distribuerades. Det förväntades vara för få på varje arbetsplats som skulle fylla i webbenkäten för att det skulle vara någon större risk att någon skulle förstå att den variabeln manipulerats. De deltagarna som deltog via webbenkäten förväntades inte fylla i enkäten samlade med möjligheten att se varandras enkäter.

Etiska överväganden

Studiens syfte var att undersöka hur sjukvårdspersonal bedömer patienter inom öppenvård psykiatri. Då enkäten riktade sig till vårdpersonalen och inte patienter och utgick från ett konstruerat fiktivt fall så fanns det inget i uppsatsdesignen som hotade patientsäkerhet eller konfidentialitet. Enkäterna fylldes i anonymt och det redogörs inte för vilka psykiatriska öppenvårdsmottagningar i södra Sverige som deltagit i studien. I uppsatsens resultatdel presenteras informationen anonymt och genom sammanställd data. Det innebär sammantaget att inga enskilda svar kan kopplas till en specifik individ.

Medverkande ombads skatta personen som beskrivs i vinjetten utifrån hur de upplevde denna och inte utifrån att de skulle göra en så korrekt bedömning som möjligt. De ombads att göra en sådan skattning med begränsad information tillgänglig. Detta kan ha upplevts som stötande och att det inte reflekterade den kliniska verkligheten. Att be någon göra en skattning som går emot de värderingar som den personen har och vad som kan anses vara god och säker vård är viktigt att beakta. Om någon medverkande upplevt att de inte kunnat göra en sådan skattning så fanns dock möjligheten att inte fylla i enkäten.

Vid konstruktion av enkäten beaktades tidsåtgång för att fylla i den så att vårdpersonalen ej behövde lägga allt för mycket av sin tid på att delta i studien. Ingen känslig information efterfrågades i enkäten och risken för psykisk påverkan bedömdes vara låg.

Dataanalys

Statistiska beräkningar utfördes med hjälp av Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.

Bedömarens åldersgrupp korrigerades från att ha inkluderat åldersgrupperna yngre än 30 år, 30-40 år, 40-50 år, 50-60 år och äldre än 60 år till att inkludera yngre än 40 år, 40-50 år, 50-60 år och äldre än 60 år. Gruppen yngre än 30 bedömdes vara för liten för att kunna göra reliabla statistiska analyser och endast två av yrkeskategorierna, psykologer och sjuksköterskor, bedömdes vara tillräckligt stora för att kunna göra reliabla statistiska analyser.

Variablerna interna faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut kontrollerades för normalfördelning samt för lika varianser vid jämförelser mellan grupper och för linjäritet och homoskedasticitet vid korrelationstest. Bara två av variablerna uppfyllde de statistiska förutsättningarna för parametriska test, handlingsförmåga och tankeförmåga. Bortfall, medelvärden och standardavvikelse beräknades sedan för de olika variablerna.

För de statistiska analyserna av hur bedömarens kön, bedömarens yrkesgrupp och kön i vinjetten påverkade skattningen av påståendena om autonomi- och beslutskompetens gjordes ett oberoende t -test då de statistiska förutsättningarna var uppnådda och ett Mann-Whitney U test då de inte var det. Vid ett oberoende t -test kontrollerades för lika varianser med Levenes's test for equality of variances.

För att undersöka om bedömarens ålder påverkade skattningen av påståendena om autonomi- och beslutskompetens gjordes en envägs ANOVA då de statistiska förutsättningarna var uppnådda och Kruskal-Wallis test då de inte var det. Vid envägs ANOVA gjordes post hoc-test med Tukey. Vid Kruskal-Wallis gjordes separata Mann-Whitney U test istället för post hoc-test och signifikansnivån justerades med hjälp av Bonferronis riktlinjer för att minska risken för typ 1 fel.

För att undersöka om antal yrkesverksamma år påverkade skattningen av påståenden om autonomi- och beslutskompetens gjordes en korrelationsanalys. Då de statistiska förutsättningarna var uppnådda tillämpades Pearson's Correlation (r) och när de inte var det så tillämpades Spearman's Rank Order Correlation (r_s).

Interaktionseffekter mellan variablerna patientens kön och bedömarens yrkesgrupp testades med en tvåvägs ANOVA. Resultatet ska tolkas med försiktighet då grupperna var små med mellan 8-11 personer i varje grupp.

Effektstorleken bestämdes utifrån Cohen's (1988) riktlinjer. Vid test med envägs ANOVA och oberoende t-test användes eta squared för att bestämma effektstorleken där en effektstorlek på 0,01 bedöms som liten, 0,06 måttlig och 0,14 stor. Vid tvåvägs ANOVA användes partial eta squared för att bestämma effektstorleken där en effektstorlek på 0,01 bedöms som liten, 0,06 måttlig och 0,14 stor. För Mann-Whitney *U* test bedöms en effektstorlek på 0,1 som liten, 0,3 måttlig och 0,5 stor. I fråga om att bedöma styrkan i korrelationer användes Cohen's riktlinjer där en korrelation under 0,3 bedöms som svag, 0,3 måttlig och större än 0,5 stark. Signifikansnivån som användes för analyserna var $p < 0,05$ (two-tailed)

Resultat

Bortfall.

I Tabell 3 presenteras svarsfrekvens och bortfall för samtliga variabler. Alla tre påståendena inom variabeln rättigheter hade samma svarsfrekvens och bortfall och båda påståendena inom variabeln ansvar hade samma svarsfrekvens och bortfall.

Tabell 3. Svarsfrekvens och bortfall för variablerna interna faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut.

	<i>n</i> valida svar	Bortfall
Tankeförmåga	69	10
Handlingsförmåga	69	10
Ekonomiska situation	67	12
Social situation	66	12
Rättigheter	66	13
Ansvar	66	13
Behöver stärkas	68	11
Kan stärkas på egen hand	67	12
Kan stärkas med hjälp av vård	67	12

Medelvärden och standardavvikelser.

I Tabell 4 presenteras medelvärden, standardavvikelser och spridning för variablerna interna faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut.

Tabell 4. Medelvärden, standardavvikelser och spridning för alla deltagares skattning av variablerna interna faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut.

	<i>M(SD)</i>	Min-max
Tankeförmåga	14,45(4,9)	4-28
Handlingsförmåga	5,42(2,5)	2-14
Ekonomiska situation	4,64(1,6)	1-7
Social situation	5(1,6)	1-7
Personliga förehavanden	5,61(1,5)	2-7
Stor inverkan	5,83(1,6)	1-7
Sin behandling	5,44(1,5)	1-7
Hamnat i situationen	3,7(1,6)	1-7
Ta sig ur situationen	4,41(1,7)	1-7
Behöver stärkas	6,19(1)	3-7
Kan stärkas på egen hand	3,03(1,5)	1-7
Kan stärkas med hjälp av vård	6,09(1)	2-7

Patientens kön.

Inga signifikanta skillnader i bedömningen utifrån patientens kön framkom vid oberoende *t*-test för variablerna tankeförmåga och handlingsförmåga. Då en kvinna beskrevs i vinjetten var medelvärdet för skattningen av tankeförmåga 15,12 (*SD* = 4,68) och när en man beskrevs var medelvärdet 13,46 (*SD* = 5,13) med $t(67) = 1,39$, $p = 0,17$, och en liten effektstorlek ($\eta^2 = 0,03$). Då en kvinna beskrevs i vinjetten var medelvärdet för skattningen av handlingsförmågan 5,56 (*SD* = 2,53) och när en man beskrevs var medelvärdet 5,21 (*SD* = 2,39) med $t(67) = -0,57$, $p = 0,57$, och en liten effektstorlek ($\eta^2 = 0,004$). I Tabell 5 presenteras resultatet vid Mann Whitney *U* test för de variabler som inte var normalfördelade. Inga signifikanta resultat framkom vid Mann Whitney *U* test.

Tabell 5. Patientens kön påverkan på skattningar av variablerna externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut testat med Mann-Whitney U

	Kvinna <i>n</i>	Man <i>n</i>	Kvinna <i>Md</i>	Man <i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Ekonomisk Situation	40	27	5	5	536,00	-0,052	0,959	-0,006
Social situation	39	27	5	5	506,00	-0,273	0,785	-0,003
Personliga förehavanden	39	27	6	5	405,50	-1,640	0,101	-0,202
Stor inverkan	39	27	6	6	480,00	-0,625	0,532	-0,077
Sin behandling	39	27	6	6	450,00	-1,027	0,305	-0,126
Hamnat i situationen	39	27	4	4	453,50	-0,972	0,331	-0,12
Ta sig ur situationen	39	27	4	5	426,50	-1,323	0,186	-0,163
Behöver stärkas	40	28	6,5	7	488,50	-0,976	0,329	-0,118
Kan stärkas på egen hand	39	28	3	3	484,50	-0,803	0,422	-0,098
Kan stärkas med vård	39	28	7	6	482,00	-0,871	0,384	-0,106

Bedömarens kön.

Ett oberoende *t*-test genomfördes för att undersöka om bedömarens kön påverkade bedömningen av tankeförmåga och handlingsförmåga men inga signifikanta resultat framkom. Tankeförmåga skattade kvinnor i snitt 14,28 (*SD* = 5,31) och män 15,38 (*SD* = 3,28) med $t(64) = -0,71$, $p = 0,48$, och en liten effektstorlek ($\eta^2 = 0,007$). Handlingsförmåga skattade kvinnor i snitt 5,36 (*SD* = 2,6) och män 5,69 (*SD* = 2,14) med $t(64) = -0,43$, $p = 0,67$, och en liten effektstorlek ($\eta^2 = 0,002$)

Ett Man-Whitney U test genomfördes för övriga variabler som inte var normalfördelade. Resultaten finns presenterad nedan i Tabell 6. Testet fann en signifikant

skillnad. Män skattade lägre i sin bedömning av om personen i vinjettens förmåga att fatta egna beslut kan stärkas med hjälp av vård än vad kvinnor gjorde.

Tabell 6. Bedömarens kön påverkan på skattningar av variablerna externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut testat med Mann-Whitney U.

	Kvinna <i>n</i>	Man <i>n</i>	Kvinna <i>Md</i>	Man <i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Ekonomisk Situation	52	13	5	5	337,50	-0,008	0,99	-
Social situation	52	13	5	5	334,50	-0,059	0,95	-0,007
Personliga förehavanden	52	13	6	7	286,00	-0,887	0,38	-0,11
Stor inverkan	52	13	6	7	274,00	-1,08	0,28	-0,133
Sin behandling	52	13	6	5	323,50	-0,245	0,81	-0,03
Hamnat i situationen	52	13	4	4	331,00	-0,117	0,91	-0,014
Ta sig ur situationen	52	13	5	5	321,50	-0,275	0,784	-0,034
Behöver stärkas	53	13	7	6	292,50	-0,92	0,36	-0,114
Kan stärkas på egen hand	53	12	3	3	268,00	-0,869	0,39	-0,107
Kan stärkas med hjälp av vård	52	13	7	6	206,50	-2,325	0,02	-0,288

Bedömarens ålder.

En envägs ANOVA genomfördes för att undersöka om bedömarens ålder påverkade bedömningen av tankeförmåga och handlingsförmåga. Testet fann en signifikant skillnad med $F(3, 65) = 2,8, p = 0,047$, och en måttlig effektstorlek ($\eta^2 = 0,11$). Post hoc-test visade att de i åldersgruppen under 40 år skattar personen i vinjettens tankeförmåga signifikant högre ($M = 16,74, SD = 4,32$) än de i åldersgruppen över 60 år ($M = 11,82, SD = 4,6$). Grupperna 40-50 år

($M = 13,6$, $SD = 3,81$) och 50-60 år ($M = 14,38$, $SD = 5,49$) skilde sig inte signifikant från övriga grupper. Envägs ANOVA visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna för variabeln handlingsförmåga med $F(3, 65) = 0,9$, $p = 0,46$ med en liten effektstorlek ($\eta^2 = 0,04$)

Kruskal-Wallis test genomfördes för övriga variabler som inte var normalfördelade. Resultaten finns presenterat nedan i Tabell 7. Testet fann en signifikant skillnad. Om personen i vinjettens förmåga kan stärkas på egen hand skattades olika beroende på bedömarens ålder. De olika åldersgrupperna testades separat med Man-Whitney U för att se vilka grupper som signifikant skilde sig åt. Signifikansnivån justerades med hjälp av Bonferroni vilket krävde $p < 0,008$ för att räknas som signifikant. Åldersgruppen under 40 år skattade signifikant högre ($Md = 3$, $n = 19$) än de i åldersgruppen 50-60 år ($Md = 2$, $n = 23$), $U = 102,5$, $z = -3,03$, $p = 0,002$ med en mellanstor till stor effekstorlek; $r = 0,47$. Grupperna 40-50 år ($Md = 3$, $n = 14$) och äldre än 60 år ($Md = 2$, $n = 11$) skilde sig inte signifikant från övriga grupper.

Tabell 7. Bedömarens ålders påverkan på skattningar av variablerna externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut testat med Kruskal-Wallis.

	$\chi^2(df, n)$	p
Ekonomisk Situation	2,355(3, 67)	0,502
Social situation	1,966(3, 66)	0,58
Personliga förehavanden	1,716(3, 66)	0,633
Stor inverkan	0,906(3, 66)	0,824
Sin behandling	5,992(3, 66)	0,112
Hamnat i situationen	1,636(3, 66)	0,651
Ta sig ur situationen	3,206(3, 66)	0,361
Behöver stärkas	5,767(3, 68)	0,124
Kan stärkas på egen hand	9,766(3, 67)	0,021
Kan stärkas med vård	1,951(3, 67)	0,583

Bedömarens yrke.

Ett oberoende t -test genomfördes för att undersöka om bedömarens yrkesgrupp påverkade bedömningen av tankeförmåga och handlingsförmåga. En signifikant skillnad framkom. Psykologer skattade tankeförmågan signifikant högre ($M = 16,19$, $SD = 4,09$) än sjuksköterskor ($M = 11,76$, $SD = 4,35$) med $t(35) = -3,22$, $p = 0,003$ med en stor effektstorlek

($\eta^2 = 0,23$). Ingen signifikant skillnad mellan grupperna vid skattning av handlingsförmåga framkom. Psykologer skattade handlingsförmågan 5,86 ($SD = 2,26$) och sjuksköterskor 4,35 ($SD = 2,39$) med $t(36) = -1,98$, $p = 0,06$ och en måttlig effektstorlek ($\eta^2 = 0,1$)

För de variabler som inte var normalfördelade genomfördes ett Mann-Whitney U test. Resultaten presenteras nedan i Tabell 8. Ett flertal signifikanta resultat framkom.

Sjuksköterskor skattade signifikant lägre än psykologer vid skattning av påståendet om personen i vinjettens egna ansvar att ta sig ur den situationen hen är i nu. Vid skattningen av påståendet om att personen i vinjettens förmåga att fatta egna beslut behöver stärkas skattade sjuksköterskor signifikant högre än psykologer. I fråga om personens i vinjettens förmåga att fatta egna beslut kan stärkas på egen hand skattade sjuksköterskor signifikant lägre än psykologer. Sjuksköterskor skattade påståendet om hurvida förmågan kan stärkas med hjälp av vård eller inte högre än vad psykologer gjorde.

Tabell 8. Bedömarens yrkesgrupp påverkan på skattningar av variablerna externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut testat med Mann-Whitney U

	Psykolog <i>n</i>	SSK* <i>n</i>	Psykolog <i>Md</i>	SSK* <i>Md</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Ekonomisk Situation	20	17	5	4	145,00	-0,776	0,438	0,128
Social situation	20	17	5	5	161,50	-0,265	0,791	0,044
Personliga förehavanden	20	17	6	5	129,00	-1,287	0,198	0,212
Stor inverkan	20	17	6	6	137,00	-1,035	0,326	0,17
Sin behandling	20	17	6	5	123,50	-1,461	0,144	0,24
Hamnat i situationen	20	17	4	3	121,00	-1,526	0,127	0,25
Ta sig ur situationen	20	17	5	3	69,50	-3,107	0,002	0,51
Behöver stärkas	21	17	6	7	81,50	-3,106	0,002	0,587

Kan stärkas på egen hand	21	16	3	2	60,50	-3,383	0,001	0,556
Kan stärkas med vård	20	17	6	7	106,00	-2,100	0,036	0,345

*Sjuksköterska

Yrkesverksamma år.

Vid test för korrelationer mellan yrkesverksamma år, tankeförmåga och handlingsförmåga användes Pearson's r . Båda variablerna korrelerade signifikant med antalet yrkesverksamma år. Yrkesverksamma år hade en negativ måttlig korrelation med skattningen av tankeförmåga ($r = -0,33$, $n = 68$, $p = 0,005$) och en negativ svag korrelation med skattningen av handlingsförmåga ($r = -0,24$, $n = 68$ $p = 0,05$).

Vid test för korrelationer mellan övriga variabler och antalet yrkesverksamma år tillämpades Spearman's Rho (r_s). Resultaten presenteras i Tabell 9. Ett flertal signifikanta korrelationer framkom. Yrkesverksamma år visade en negativ svag korrelation med skattningen av personens rättighet att fatta beslut om sin egen behandling. Yrkesverksamma år hade även en positiv svag korrelation med skattningen av om personen i vinjettens förmåga behöver stärkas. Slutligen hade yrkesverksamma år en negativ måttlig korrelation med hur deltagarna skattade påståendet om att personen i vinjettens förmåga kan stärkas på egen hand.

Tabell 9. Korrelationer mellan antal yrkesverksamma år och skattningar av variablerna externa faktorer som påverkar förmågan att fatta egna beslut, rättigheter att fatta egna beslut, ansvar för sina beslut samt förutsättningar för att uppnå förmågan att fatta egna beslut testat med Spearman's Rho (r_s).

	r_s	n	p
Ekonomisk Situation	-0,201	66	0,106
Social situation	-0,108	65	0,390
Personliga förhållanden	-0,180	65	0,152
Stor inverkan	-0,142	65	0,261
Sin behandling	-0,272	65	0,029
Hamnat i situationen	-0,029	65	0,821
Ta sig ur situationen	-0,043	65	0,735
Behöver stärkas	0,275	67	0,024
Kan stärkas på egen hand	-0,337	66	0,006
Kan stärkas med vård	0,072	66	0,565

Interaktionseffekter.

En tvåvägs ANOVA genomfördes för att undersöka interaktionseffekter mellan yrkesgrupp och kön i vinjetten på skattningen av handlingsförmåga samt tankeförmåga. En interaktionseffekt framkom vid skattningen av handlingsförmåga med $F(3, 34) = 4,5, p = 0,04$ och en mellanstor effektstorlek ($\eta_p^2 = 0,12$). Sjuksköterskor skattade en kvinna i vinjetten signifikant lägre ($M = 3,78, SD = 0,75$) än vad psykologer gjorde ($M = 6,67, SD = 0,65$). Då en man skattades fanns ingen signifikant skillnad mellan sjuksköterskor ($M = 5, SD = 0,79$) och psykologer ($M = 4,78, SD = 0,75$). Ingen signifikant interaktionseffekt framkom för variabeln tankeförmåga ($F(3, 34) = 0,98, p = 0,329, \eta_p^2 = 0,03$)

Diskussion

Syftet med denna studie är att undersöka om ett antal faktorer påverkar bedömningar av patienters förmåga att fatta egna beslut inom öppenvård psykiatri. Dessa faktorer tänks bidra till en godtycklighet i bedömningen av patienters förmåga. Ett svagt stöd för att demografiska faktorer hos bedömaren kan påverka bedömningar av en patients autonomi och beslutskompetens inom öppenvård psykiatri framkom. Studien visar också på ett svagt stöd för att det kan finnas interaktionseffekter mellan demografiska faktorer hos sjukvårdspersonalen och personen i vinjettens kön.

Patientens kön. Tidigare studier visar att patientens kön kan påverka hur hen bedöms, både inom psykiatri och den somatiska vården (Loveman & Gale, 2000; Williams et al., 2003; Alspach 2012; Hamberg et al., 2002; Stålnacke, Haukenes et al., 2015; Ross et al, 1999). Resultaten i den här studien tyder på att vilket kön en patient har inte direkt påverkar bedömningen av autonomi och beslutskompetens i öppenvård psykiatri i Sverige. Detta kan tolkas som att det inte finns en könsbias då patienter bedöms inom öppenvård psykiatri i Sverige. Resultat kan dock förklaras av att den design och de statistiska analyser som använts i den här uppsatsen inte varit tillräckligt känsliga för att upptäcka eventuella skillnader.

Bedömarens kön. I tidigare studier har bedömarens kön påverkat bedömningar både inom somatisk och psykiatrisk vård (Bernardes et al., 2013; Hamberg et al., 2002; Ross et al, 1999). I denna studie framkommer ett svagt stöd för att bedömarens kön kan påverka bedömningen av patienters autonomi och beslutskompetens inom öppenvård psykiatri i Sverige. En skillnad i hur deltagarna skattade påståendet om att personen i vinjettens förmåga kan förbättras med hjälp av vård upptäcktes. Män bedömer i snitt ett skalpoäng lägre än

kvinnor men både män och kvinnor ligger högt på skalan. Det kan tolkas som att det finns en reservation i mäns bedömning men fortfarande en övertygelse om att vård med hög sannolikhet kommer att hjälpa personen i vinjetten.

Bedömarens ålder och antal yrkesverksamma år. Bedömarens ålder och antalet yrkesverksamma år visar på liknande resultat. Det kan även argumenteras för att antal yrkesverksamma år till stor del också mäter bedömarens ålder. Resultaten från de statistiska analyser som gjorts på bedömarens ålder och antalet yrkesverksamma år kommer därför att diskuteras tillsammans.

Tidigare studier stödjer att bedömarens ålder kan påverka bedömningar inom hälso- och sjukvården (Tomko & Munley, 2013; Deepmala et al., 2013; Brown, 2006; Schachter & Kleinman, 2006). Ett flertal skillnader mellan yngre och äldre bedömare framkom även i den här studien. Deltagare äldre än 60 år bedömer tankeförmågan som lägre än deltagare yngre än 40 år. De i åldersgruppen 50-60 år skattar att förmågan kan stärkas på egen hand lägre än vad de yngre än 40 år gör. Således verkar yngre bedömare generellt skatta personen i vinjetten något mer optimistiskt än vad äldre bedömare gör, med större tilltro till hens egen förmåga.

I likhet med bedömarens ålder så korrelerar högre antal yrkesverksamma år med en i högre grad negativ skattning av personen i vinjettens förmåga. Ju fler yrkesverksamma år desto större behov av att stärka förmågan skattades personen i vinjetten ha och desto mindre tilltro hade bedömaren till att förmågan kan stärkas på egen hand. Yrkesverksamma år korrelerade även negativt med skattningen av rättigheten att fatta beslut om sin egen behandling. Både skattningen av hur stor förmåga och hur stora rättigheter personen i vinjetten bör ha sjunker således med antalet yrkesverksamma år.

I Deepmals et al (2013) reviewartikel presenterades ett flertal studier där resultat visar att yngre läkare och läkare med mindre yrkeserfarenhet i högre grad skriver ut smärtstillande medicin till patienter som lider av smärta än vad äldre läkare och läkare med mer yrkeserfarenhet gör. Författarna lyfter att en förklaring kan vara att yngre läkare och läkare med mindre yrkeserfarenhet är mer naiva men att det också kan förklaras av att yngre läkare i sin utbildning fått en större medvetenhet om smärtbehandling och fått lära sig nya riktlinjer. De skillnaderna som hittades i den här studien mellan äldre och yngre sjukvårdspersonal och mellan sjukvårdspersonal med färre antal yrkesverksamma år och sjukvårdspersonal med högre antal yrkesverksamma år kan eventuellt förklaras med att utbildningen för dess yrkesgrupper förändrats över tid och i med det också attityderna gentemot patienter.

Tomko och Munleys (2013) studie hade yngre läkare en större professionell bias gentemot äldre patienter. De yngre läkarna skattade i högre grad att äldre patienter som uppvisade tecken på psykisk ohälsa inte kunde bli hjälpta av psykiatrisk vård. Detta kan tyda på att yngre läkare och eventuellt annan sjukvårdspersonal i högre grad påverkas av olika typer av bias. Om även denna studie blottlägger en bias hos yngre bedömare skulle denna bias kunna beskrivas som en tilltro till patientens förmåga oavsett vilka förutsättningar patienten har. Äldre bedömare skulle således inte ha samma bias och i högre grad göra bedömningen av patientens förmåga utifrån patientens faktiska förutsättningar och eventuellt tidigare erfarenheter av liknande patienter. En sådan slutsats utgår dock från ett antagande om att de äldre sjukvårdspersonal gör en mer korrekt bedömning av patienten i vinjetten än vad yngre sjukvårdspersonal gör. Giltigheten i ett sådant antagande går inte att pröva inom ramarna för den här studien.

Bedömarens yrke. Ett flertal skillnader mellan hur psykologer och sjuksköterskor bedömer upptäcktes i denna studie. Psykologer skattar tankeförmågan generellt högre än sjuksköterskor. Psykologer skattar att personen i vinjetten har ett större eget ansvar att ta sig ur situationen än vad sjuksköterskor gör. Det kan tyckas naturligt att då psykologer skattar förmågan högre så ställer de även högre krav på individens eget ansvar att göra något åt den situation den är i nu och vice versa.

Psykologer skattar att förmågan behöver stärkas något lägre än sjuksköterskor men både psykologer och sjuksköterskor skattar högt. Psykologer skattar att förmågan kan stärkas på egen hand högre än vad sjuksköterskor gör. Dessa resultat kan kopplas till skattningen av tankeförmåga. Då psykologer skattade tankeförmågan högre så kan det ses som naturligt att de skattar behovet av att förmågan ska förbättras som lägre och visar en större tilltro till att förmågan kan förbättras på egen hand. Dock så testades aldrig detta då de statistiska förutsättningarna för en sådan analys inte är uppfyllda i denna studie. Psykologer tycks dock generellt ha en något högre tilltro till personen i vinjettens förmåga jämfört med sjuksköterskor.

Psykologer skattar slutligen att förmågan kan stärkas med hjälp av vård något lägre än sjuksköterskor även om båda yrkesgrupperna skattar högt. Psykologer tycks ha en något lägre tilltro till att behandling kan hjälpa än vad sjuksköterskor har.

Det finns flera faktorer som skulle kunna förklara dessa skillnader, exempelvis olikheter i utbildning, erfarenheter och värderingar inom yrkeskåren. Bodners et al. (2015) studie visar på skillnader mellan olika yrkesgruppers attityder gentemot patienter med BPD

och att olikheter i attityder korrelerade med hur mycket erfarenhet de olika yrkesgrupperna haft av sådana patienter. En förklaring till skillnaderna mellan yrkesgrupper i den här studien kan således vara att de har olika mycket erfarenheter av att möta den typ av patient som beskrivs i vinjetten.

I likhet med Cohen-Mansfield et al. (2012) studie stödjer detta att kommunikation och att arbeta i team vid bedömningar av patienters autonomi och beslutskompetens är av stor vikt då olika yrkesgrupper tycks göra olika bedömning av samma person.

Interaktionseffekter. Personen i vinjettens kön har i denna studie inte någon signifikant effekt på hur hen bedöms. En interaktionseffekt där personen i vinjettens kön har betydelse framkom dock. Sjuksköterskor skattar förmågan signifikant lägre än psykologer då en kvinna bedöms. När en man bedöms så framkom däremot inga signifikanta skillnader mellan sjuksköterskors och psykologers skattning. I likhet med variabeln bedömarens yrke kan Bodners et al (2015) resultat, där yrkesgruppers attityder gentemot patienter som lider av BPD korrelerade med hur mycket erfarenhet de olika yrkesgrupperna hade av sådana patienter, ge en förklaring. Skillnaderna kan vara en effekt av att olika yrkesgrupper har olika mycket erfarenhet av kvinnor med den symptombild som beskrivs i vinjetten.

Avslutande kommentar. I likhet med Seyfrieds et al. studie (2013) så framkom även i den här studien en stor spridning i hur personen i vinjettens förmåga bedömdes. Ett resultat som är i linje med den otydlighet Siegel et al. (2014) visar i sin studie, dels i fråga om hur bedömningar av en patients förmåga att fatta egna beslut ska gå till och dels på vilka grunder en sådan bedömning ska göras. Denna otydlighet kan bero på att distinktionen mellan autonomi sett som en rättighet och autonomi sett som en förmåga inte görs explicit så som Levinsson (2008) menar.

En majoritet av de tidigare studier som presenterats undersöker andra typer av bedömningar inom hälso- och sjukvård ofta gjorda inom den somatiska vården av enbart läkare. Få av studierna är genomförda i en svenska kontext. Denna studie undersöker bedömningar av autonomi inom psykiatri med en varierade personalgrupp i en svensk kontext. Detta kan förklara varför tidigare studier finner samband mellan demografiska faktorer hos både sjukvårdspersonal och patienter och bedömningar inom hälso- och sjukvården som inte framkommit i den här studien.

Metoddiskussion

Deltagare och urval. Sjukvårdspersonal inom öppenvårdspsykiatri valdes som målgrupp för denna studie med en tanke om att de i högre grad än sjukvårdspersonalen inom slutenvårdspsykiatri kommer i kontakt med patienter som befinner sig inom en gråskala mellan förmåga och oförmåga att fatta egna beslut. Slutenvårdspsykiatri förutsattes i högre grad hantera patienter med en tydlig oförmåga. Det gjordes ingen ansats att belägga detta antagande.

Att det inte tydliggjordes vilka yrkesgrupper som ingick i begreppet sjukvårdspersonal var i syfte att enkäten skulle vara så inkluderande som möjligt men det kan ha skapat en osäkerhet bland deltagarna om vem studien var riktad till. Vid ett tillfälle efterfrågades ett förtydligande om vilka studien riktade sig till vilket kan tyda på att flera kände en liknande osäkerhet kring om studien riktade sig till dem eller inte.

Könsfördelningen i den här studien reflekterar hur könsfördelningen bland sjukvårdspersonal ser ut för psykologer och sjuksköterskor generellt (Socialstyrelsen, 2014). Även om urvalet reflekterar den faktiska fördelningen innebär detta att gruppen män i studien är liten och att det utifrån resultaten är svårt att uttala sig om denna grupp. Med vetskapen om att det är färre män bland sjukvårdspersonal generellt hade större vikt kunnat läggas vid att få fler män att delta i studien för att förbättra det statistiska underlaget för att kunna göra jämförelse och uttala sig om män som grupp.

Instrument. Yrkesverksamma år inkluderades med en tanke om att när i tiden en individ utbildat sig kan påverka skattningen på ett annat sätt än vad ålder gör. Resultaten visade dock att ålder och yrkesverksamma år gav liknande signifikanta samband. I enkäten var det inte definierat att yrkesverksamma år innebar antalet yrkesverksamma i den nuvarande yrkesrollen så deltagarna kan ha missförstått vad som efterfrågades. Det finns också en risk att deltagarna minns antalet yrkesverksamma år mer godtyckligt än sin ålder. Utifrån ovannämnda argument så framstår bedömarens ålder som ett bättre mått än yrkesverksamma år och variabeln yrkesverksamma år hade kunnat strykas. Studien hade kunnat efterfråga deltagarnas exakta ålder istället för att låta dem välja mellan färdiga kategorier då exakt åldern är en mer informativ variabel och ger en större flexibilitet i fråga om att välja vilka statistiska analyser som ska användas.

Validitet. Ett flertal kommentarer inkom från deltagare som uppmärksammade skillnaden mellan att läsa en vinjett och att träffa en verklig patient. Detta tyder på att

vinjetten kan vara otillräcklig vilket kan påverka både den interna och externa validiteten. Enkäten konstruerades med ambitionen att uppnå både begreppsvaliditet och face validity för att innehållet skulle upplevas som relevant och representativt för målgruppen. Vinjetten konstruerades dock utan någon kunskap om hur bedömningar av patienters förmåga att fatta egna beslut görs inom öppenvårdspsykiatri i Sverige. Att skapa en enkät som ska upplevas som relevant och representativ utan någon kunskap om hur verkligheten ser ut för målgruppen är en brist i studien. En mer omfattande utprövning som tydligare inkluderat studiens målgrupp, sjukvårdspersonal inom öppenvårdspsykiatri, hade eventuellt kunnat åtgärda detta. Genom en bättre utprövning hade det kunnat undvikas att ett flertal kommentarer inkom från deltagare om att påståenden var svåra att skatta i relation till vinjetten. Ett flertal av deltagarna avstod från att göra en skattning av den anledningen. Detta kan bero på bristande face-validity som enligt Holden (2010) kan minska deltagarnas motivation att delta eller sänka deras engagemang om de ändå väljer att delta. Att ett flertal personer hade svårt att skatta de påståendena som följde på vinjetten kan dock vara ett problem med vinjettstudier som metod som Schoenberg och Ravdal (2000) uppmärksammat. Eftersom att situationen i vinjetten är hypotetisk och inte en verklig situation i deltagarnas liv riskerar deltagarna att uppleva att de saknar relevant kunskap för att kunna göra en korrekt bedömning. Det kan innebära att ett visst antal deltagare kommer att uppleva svårigheter att göra en skattning utifrån en vinjett oavsett hur väl konstruerad den är.

Även operationalisering av begreppen autonomi och beslutskompetens lider av en begränsad utprövning. Det är inte säkerställt att de påståenden som ingår i enkäten mäter förmågan till självbestämmande och om det i sin tur är kopplat till begreppen autonomi och beslutskompetens.

Ett annat problem för både den externa och interna validiteten är om deltagarna svarar utefter det som är socialt önskvärt snarare och inte efter den beslutsprocess de använder vid en bedömning av ett verkligt fall. Krosnick et al. (2005) menar dock att det finns få anledningar att tro att någon skulle avsiktlig ljuga då de fyller i en enkät. Det skulle då snarare handla om att individen omedvetet försöker upprätthålla en fördelaktig bild av sig själva. Evans et al (2014) menar att en av vinjettmetodens styrkor är att den kan komma åt värderingar som deltagarna själva inte är medvetna om och att vinjettmetoden i och med att den skapar en distans mellan deltagarna och den situation som bedöms förebygger att deltagarna svarar utefter det som är socialt önskvärt. Vinjettmetoden beskrivs således som en metod som i sig minskar effekten av social önskvärdhet. Den här studien hade trots detta kunnat använda sig av metoder för att ytterligare kontrollera för social önskvärdhet.

Reliabilitet. Syftet med vinjettstudier är att hitta skillnader mellan olika bedömare eller attitydförändringar över tid (Jergerby, 1998; Evans et al., 2014). Att sträva efter att uppnå interbedömarreliabilitet och test-retest reliabilitet för en vinjettstudie hade således varit motsägelsefullt. I fråga om intern konsistens för påståendena i det instrument som konstruerades för denna studie så gjordes bedömningen att skattningarna av de olika påståenden var beroende av den informationen som gavs i vinjetten och att test av den interna konsistensen inte skulle säga något relevant om påståendena i sig utan snarare beskriva personen i vinjetten. Påståendena syftar till att mäta olika förmågor och aspekter av autonomi och beslutskompetens som kan korrelera för en individ men inte nödvändigtvis behöver göra det för en annan.

Procedur. Hur information om uppsatsen distribuerades och vilken information som gavs till deltagarna skilde sig åt mellan olika psykiatriska öppenvårdsmottagningar vilket kan ha påverkat studien negativt. Vissa enhetschefer fick information genom mail och andra genom telefonsamtal och mail. Den informationen som skickades ut via mail hanterades olika av olika enhetschefer. Några enhetschefer vidarebefordrade det mail de fått till sin personal medan andra enhetschefer skickade ett eget mail där de frågade personalen om de ville medverka. I mailet som skickades till enhetscheferna hade det kunnat tydliggöras hur enhetscheferna skulle gå till väga för att meddela personalen för att få en större enhetlighet i urvalsprocessen.

De deltagare som fyllde i enkäten fysiskt gavs större möjlighet att ställa frågor om uppsatsen då artikelförfattaren vid tillfällena var fysiskt närvarande än de som fyllde i webbenkäten vilket gav deltagaren olika möjligheter att få information om studien. De som fyllde i den elektroniska enkäten hade inte samma möjlighet att ställa frågor då det kan argumenteras för att det kräver ett större åtagande av deltagarna att ställa en fråga till artikelförfattaren via mail jämfört med att ställa en fråga på plats då artikelförfattaren är fysiskt närvarande.

I webbenkäten randomiserades deltagarna mellan de olika vinjetterna, i de vinjetter som delades ut på plats så förekom inte en sådan randomisering. Istället delades de båda vinjetterna upp mellan olika arbetsplatser. På två arbetsplatser fick alla skatta en kvinna i vinjetten och på de två övriga fick de skatta en man i vinjetten. Det kan således vara andra faktorer än patientens kön som påverkat resultatet, exempelvis normer specifika för en viss arbetsplats.

Dataanalys. Ett flertal av de påståenden som skattades uppvisade en tak- eller golveffekt. Det påverkar studiens statistiska power negativt och underminera de bivariata analyser som gjorts för att undersöka korrelationer (Shadish, Cook & Campbell, 2002). De resultaten ska tolkas med försiktighet.

Ett stort antal av de statistiska analyserna är gjorda med ickeparametriska test. En nackdel med icke-parametriska test är att de inte är lika känsliga som parametriska test är vilket kan leda till att signifikanta skillnader inte upptäcks (Pallant, 2013). Ytterligare ett hot mot den statistiska validiteten är att flera av de statistiska analyserna är utförda på små grupper, detta ökar risken för att signifikanta samband inte upptäcks och minskar analysernas statistiska power (Shadish, Cook & Campbell, 2002). En sista aspekt att ha i beaktande är att ett stort antal analyser har gjorts vilket ökar risken för att samband som inte är statistiskt signifikanta av slumpen visar ett p -värde som ligger under den signifikansnivå som sats (Shadish et al., 2002). Vi de tillfällen då det varit aktuellt har signifikansnivån justerats med hjälp av Bonferroni för att åtgärda detta (Shadish et al., 2002; Pallant, 2013).

Kliniska implikationer

Resultaten från föreliggande studie är svåra att implementera i en klinisk verksamhet. Det kan vara svårt för enskilda individer att tolka och förstå sitt eget beteende utifrån resultat som visar skillnader på en gruppnivå. Studien har ett antal metodologiska brister vilket innebär att resultaten ska tolkas och tillämpas med försiktighet. Resultaten som framkommit i föreliggande studie kan dock ses som argument för två kliniska implikationer.

Skattningarna av personen i vinjetten varierade stort och för nästan alla variabler är både det maximala och minimala värdet representerat vilket tyder på stora skillnader mellan hur olika individer bedömer samma person. Detta visar på värdet av tydliga riktlinjer som beskriver vilka förutsättningar som bör föreligga för att en individ ska tillskrivas förmåga till självbestämmande, hur en bedömning av en individs förmåga till självbestämmande ska gå till och vilka grunder en sådan bedömning ska vila på.

I den här studien framkom även olikheter i skattningarna beroende på demografiska faktorer hos bedömaren. Detta visar på värdet av att arbeta i heterogena team vid den här typen av bedömningar där olika erfarenheter och kunskap kan komma till uttryck och diskuteras. I den mån detta saknas vid bedömningar av patienters förmåga till självbestämmande inom öppenvård psykiatri bör detta implementeras

Fortsatt forskning

Fortsatt forskning bör undersöka i vilken mån skillnader i attityder gentemot patienter kan påverka behandling och bemötande av patienter inom öppenvårdspsykiatri i praktiken. Om det finns en signifikant koppling mellan hälso- och sjukvårdspersonals bedömning av och attityder gentemot patienters förmåga till självbestämmande och exempelvis patienters mående och hur mycket vård de behöver är det viktigt att utforska.

Ytterligare en aspekt som bör utforskas är skillnader i bedömningen av olika patientgrupper som berörs av tvångsåtgärder, exempelvis suicidala patienter, patienter med missbruksproblem eller patienter som lider av anorexi, och om påverkan av demografiska faktorer hos patient och bedömare vid bedömningar kan skilja sig åt mellan dessa patientgrupper.

I Sverige är kvinnor överrepresenterade bland de som utsätts för tvångsåtgärder inom psykiatri (Socialstyrelsen, 2014). Bland unga mellan 18-24 år som tvångsvårdades så användes exempelvis fastspänningar mer än dubbelt så ofta på kvinnor jämfört med män under 2013. Om detta kan bero på att kvinnor och män bedöms och behandlas olika inom slutenvård bör utforskas.

Att fortsätta utforska hur stereotypa mönster i bedömningar av patienter kommer till uttryck hos olika yrkesgrupper kan ha ett värde för sjukvårdspersonals yrkesutbildningar. Den kunskapen kan användas för att skapa en större medvetenhet och bidra till att nuvarande utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal får verktyg för att medvetandegöra sina studenter om hur förutfattade meningar och fördomar kan ta sig uttryck i klinisk praktik

Slutsats

Hur patienter bemöts och bedöms inom hälso- och sjukvården är av stor vikt att utforska. Människor som lider av psykisk ohälsa befinner sig ofta i en utsatt situation både socialt och ekonomiskt och är som en föjd av det i hög grad utelämnade åt det bemötande de får i sin kontakt med hälso- och sjukvården och andra samhälleliga institutioner. Hur patienter bemöts och bedöms är av särskild stor vikt i fråga om tvångsåtgärder med de etiska överväganden som krävs och den kränkning en tvångsåtgärd kan innebära för den person som utsätts. Finns det en bias i hur personer som kommer i kontakt med sjukvården bemöts och bedöms så kan det innebära att vissa grupper i samhället i högre grad riskerar att utsättas för en sådan kränkning. Brister i rutiner, riktlinjer och utbildning för hur bedömningar av patienters förmåga att fatta egna beslut ska gå till och på vilka grunder en sådan bedömning ska göras bidrar till att fördomar och bias kan komma till uttryck vid bedömningar inom hälso- och

sjukvården. Hälso- och sjukvården har således ett ansvar att fortsätta att utforska detta område för att säkerställa att fördomar och bias inte influerar bemötande och bedömningar av patienter.

Referenser

- Alspach, J. G. (2012). Is There Gender Bias In Critical Care? *Critical Care Nurse*, 32(6), 8-14. doi:10.4037/ccn2012727
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. I: Mental Illness and Competence to Consent to Treatment. *Law and Human Behavior*, (2). 105.
- Bernardes, S. F., Costa, M., & Carvalho, H. (2013). Engendering pain management practices: the role of physician sex on chronic low-back pain assessment and treatment prescriptions. *The Journal Of Pain: Official Journal Of The American Pain Society*, 14(9), 931-940. doi:10.1016/j.jpain.2013.03.004
- Beauchamp, T., L. (2005). Who Deserves Autonomy, and Whose Autonomy Deserves Respect? In Taylor, James S. (red.). *Personal Autonomy: New Essays on Personal Autonomy and Its Role in Contemporary Moral Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press. P. 310-329).
- Bleich, S. N., Bandara, S., Bennett, W. L., Cooper, L. A., & Gudzone, K. A. (2015). Research Article: U.S. Health Professionals' Views on Obesity Care, Training, and Self-Efficacy. *American Journal Of Preventive Medicine*, 48411-418. doi:10.1016/j.amepre.2014.11.002
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15(1), 20-41. doi:10.1186/s12888-014-0380-y
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 53(2), 221-232. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03718.x
- Cardol, M., De Haan, R., De Jong, B., Van den Bos, G., & De Groot, I. (2001). Psychometric properties of the impact on participation and autonomy questionnaire. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 82(2), 210-216. doi:10.1053/apmr.2001.18218 doi:10.1053/apmr.2001.18218
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. uppl.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cohen-Mansfield, J., Jensen, B., Resnick, B., & Norris, M. (2012). Assessment and treatment of behavior problems in dementia in nursing home residents: a comparison of the approaches of physicians, psychologists, and nurse practitioners. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 135-145. doi:10.1002/gps.2699
- Deepmala, D., Franz, L., Aponte, C., Agrawal, M., & Jiang, W. (2013). Identification of Provider Characteristics Influencing Prescription of Analgesics: A Systematic Literature Review. *Pain Practice*, 13(6), 504-513. doi:10.1111/papr.12007
- Dworkin, G. (1988) *The theory and practise of autonomy*. Cambridge University: Cambridge.
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., & Reed, G. M. (2015). THEORETICAL ARTICLE: Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 15160-170. doi:10.1016/j.ijchp.2014.12.001
- Fassassi S, Bianchi Y, Stiefel F & Waeber G (2009) Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards. *BMC Medical Ethics* 10, 1–8
- Geirsson, M., Hensing, G., & Spak, F. (2009). Does gender matter? A vignette study of general practitioners' management skills in handling patients with alcohol-related problems. *Alcohol And Alcoholism*, 44(6), 620-625. doi:10.1093/alcalc/agg071
- Gould, D. (1996). Using vignettes to collect data for nursing research studies: how valid are the findings?. *Journal Of Clinical Nursing*, 5(4), 207-212. doi:10.1111/j.1365-2702.1996.tb00253.x
- Grisso, T., Appelbaum, P. S., Mulvey, E. P., & Fletcher, K. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. II: Measures of Abilities Related to Competence to Consent to Treatment. *Law and Human Behavior*, (2). 127.
- Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E., & Westman, G. (2002). Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *Journal Of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(7), 653-665.
- Hermann, H., Trachsel, M., Mitchell, C., & Biller-Andorno, N. (2014). Medical decision-making capacity: knowledge, attitudes, and assessment practices of physicians in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 144w14039. doi:10.4414/smw.2014.14039
- Hermann, H., Trachsel, M., & Biller-Andorno, N. (2015). Physicians' personal values in determining medical decision-making capacity: a survey study. *Journal Of Medical Ethics*, doi:10.1136/medethics-2014-102263
- Hindmarch, T., Hotopf, M., & Owen, G. S. (2013). Depression and decision-making capacity

- for treatment or research: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 1454.
doi:10.1186/1472-6939-14-54
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal Of Advanced Nursing*, 37(4), 382-386. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02100.x
- Holden, Ronald B. (2010). "Face validity". In Weiner, Irving B.; Craighead, W. Edward. *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (4th ed.). Hoboken, New Jersey: Wiley. pp. 637–638. ISBN 978-0-470-17024-3.
- Jergeby, U. (1999). *Att bedöma en social situation: tillämpning av vinjettmetoden*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS).
- Kim, S. (2010). *Evaluation of capacity to consent to treatment and research*. New York: Oxford University Press.
- Krosnick, J., Judd, C. & Wittenbrink, B. (2005). The Measurement of Attitudes. In Albarracín, D., Johnson, B. & Zanna, M. (red.). *The Handbook of Attitudes*. East Sussex: Psychology Press.
- Kullberg, C., & Faldt, J. (2008). Gender differences in social workers' assessments and help-giving strategies towards single parents. *European Journal Of Social Work*, 11(4), 445-458.
- Lamont, S., Jeon, Y., & Chiarella, M. (2013). Assessing patient capacity to consent to treatment: an integrative review of instruments and tools. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(17/18), 2387-2403. doi:10.1111/jocn.12215
- Lantz, G., Ahlzén, R., Sverne, T., Lützén, K., (1998). Nedsatt beslutsförmåga - vem bestämmer för patienten. Stockholm: Ersta vårdetiska institutet
- Levinsson, H., & Jiborn, M. (2013). *Minuskontot: ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Handisam. Hämtad 17 augusti 2015 från: <http://www.lup.lub.lu.se/record/4864876/file/4864878.pdf>
- Levinsson, H. (2008). *Autonomy and Metacognition: A Healthcare Perspective* (Akademisk avhandling). Lund: Lund University Press.
- Lewis, R., Lamdan, R. M., Wald, D., & Curtis, M. (2006). Gender Bias in the Diagnosis of a Geriatric Standardized Patient: A Potential Confounding Variable. *Academic Psychiatry*, 30(5), 392-396.
- Loveman, E., & Gale, A. (2000). Factors influencing nurses' inferences about patient pain. *British Journal Of Nursing*, 9(6), 334.
- Mars, G. J., van Eijk, J. M., Post, M. M., Proot, I. M., Mesters, I., & Kempen, G. M. (2014).

- Development and psychometric properties of the Maastricht Personal Autonomy Questionnaire (MPAQ) in older adults with a chronic physical illness. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care & Rehabilitation*, 23(6), 1777-1787. doi:10.1007/s11136-013-0619-y
- Murphy, K. R., Herr, B. M., Lockhart, M. C., & Maguire, E. (1986). Evaluating the performance of paper people. *Journal Of Applied Psychology*, 71(4), 654-661. doi:10.1037/0021-9010.71.4.654
- Okai, D., Owen, G., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R., & Hotopf, M. (2007). Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 191291-297.
- Olfson, M., Zarin, D. A., Mittman, B. S., & McIntyre, J. S. (2001). Research report: Is gender a factor in psychiatrists' evaluation and treatment of patients with major depression?. *Journal Of Affective Disorders*, 63149-157. doi:10.1016/S0165-0327(00)00195-6
- Oshana, M. (2006). *Personal autonomy in society*. Hampshire, UK: Ashgate.
- Ottosson, J.O. (2009) *Psykiatri* (7. uppl.). Stockholm: Liber.
- Pallant, J. (2013) *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5. uppl.). Maidenhead: McGraw-Hill.
- Pachet, A., Astner, K., & Brown, L. (2010). Clinical utility of the Mini-Mental Status Examination when assessing decision-making capacity. *Journal Of Geriatric Psychiatry And Neurology*, 23(1), 3-8.
- Ross, S., Moffat, K., McConnachie, A., Gordon, J., & Wilson, P. (1999). Sex and attitude: a randomized vignette study of the management of depression by general practitioners. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 49(438), 17-21.
- Schachter, D., & Kleinman, I. (2006). Psychiatrists' Documentation of Informed Consent: A Representative Survey. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 51(7), 438-444.
- Seyfried, L., Ryan, K. A., & Kim, S. H. (2013). Assessment of decision-making capacity: Views and experiences of consultation psychiatrists. *Psychosomatics: Journal Of Consultation And Liaison Psychiatry*, 54(2), 115-123. doi:10.1016/j.psych.2012.08.001
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Riksdagen.
- Shah, R., Edgar, D., & Evans, B. W. (2007). Measuring clinical practice. *Ophthalmic & Physiological Optics*, 27(2), 113-125. doi:10.1111/j.1475-1313.2006.00481.x
- Schoenberg, N. E., & Ravdal, H. (2000). Using vignettes in awareness and attitudinal

- research. *International Journal Of Social Research Methodology*, 3(1), 63-74.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Siegel, A., Barnwell, A., & Sisti, D. (2014). Assessing Decision-Making Capacity: A Primer for the Development of Hospital Practice Guidelines. *HEC Forum*, 26(2), 159-168. doi:10.1007/s10730-014-9234-8
- Socialstyrelsen (2012). Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa - En rapport på patientregistret och dödsorsaksregistret vid socialstyrelsen. Hämtat den 4 september 2015 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/halso-ochsjukvardspersonal>
- Socialstyrelsen (2014). Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – Officiell statistik om antal legtimerade (2013) och arbetsmarknadsstatus (2012). Hämtat 27 augusti 2015 från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-9-8>
- Socialstyrelsen (2014). Statistik om psykiatrisk tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) år 2013. Hämtat 15 september 2015 från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/statistik-om-psykiatrisk-tvangsvard-enligt-lpt-2013.pdf>
- Stålnacke, B., Haukenes, I., Lehti, A., Wiklund, A. F., Wiklund, M., & Hammarström, A. (2015). Is there a gender bias in recommendations for further rehabilitation in primary care of patients with chronic pain after an interdisciplinary team assessment?. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, 47(4), 365-371. doi:10.2340/16501977-1936
- Tomko, J. K., & Munley, P. H. (2013). Predicting counseling psychologists attitudes and clinical judgments with respect to older adults. *Aging & Mental Health*, 17(2), 233-241. doi:10.1080/13607863.2012.715141
- Williams, D., Bennett, K., & Feely, J. (2003). Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *British Journal Of Clinical Pharmacology*, 55(6), 604-608. doi:10.1046/j.1365-2125.2003.01795.x
- Viloria Jiménez, M. A., Chung Jaén, M., Vigara García, M., & Barahona-Alvarez, H. (2013). Decision-making in older people with dementia. *Reviews In Clinical Gerontology*, 23(4), 307-316. doi:10.1017/S0959259813000178
- Vincent, J. (1998). Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire. *Intensive Care Medicine*, 24(12), 1251. doi:10.1007/s001340050758

- Yourstone, J., Lindholm, T., Grann, M., & Svenson, O. (2008). Evidence of gender bias in legal insanity evaluations: A case vignette study of clinicians, judges and students. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 62(4), 273-278. doi:10.1080/08039480801963135
- Ågård, A., Herlitz, J., & Hermerén, G. (2004). Obtaining informed consent from patients in the early phase of acute myocardial infarction: physicians' experiences and attitudes. *Heart*, 90(2), 208-210.



LUNDS UNIVERSITET

Om studien

Detta är en studie som undersöker vårdpersonals bedömning av patienters autonomi inom den psykiatriska öppenvården. Du kommer att få läsa en kort fallbeskrivning och sedan skatta i vilken mån du instämmer med påståenden om personen i fallet. Du kommer även att få uppge vissa demografiska uppgifter om dig själv så som kön och ålder. Studien är ett examensarbete som görs under psykologprogrammets sista termin på Lunds universitet.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och anonymt. Du kan när som helst avbryta utan att fylla i enkäten.

Ringa in det svar som stämmer bäst.

Kön

Kvinna Man

Åldersgrupp

<-30 30-40 40-50 50-60 60->

Ange vilken yrkesgrupp du tillhör och hur länge du varit verksam.

Yrkesgrupp

Yrkesverksamma år

Fallbeskrivning

Karin är 43 år och har två barn i tonåren. Hon har sedan ett år tillbaka varit arbetslös och har allt svårare att få vardagen att gå ihop ekonomiskt. Detta har lett till att hon skuldsatt sig och nu inte klarar av att betala tillbaka sina lån. Hon sover dåligt och blir ofta sängliggande långt in på förmiddagarna. För det mesta upplever hon en inre tomhet och att livet känns meningslöst. Hon kan dock överväldigas av panik då hon tänker på allt som hon undviker att göra. Exempelvis har hon svårt att engagera sig i barnen. Hon vet inte hur hon ska hantera dem och blir ofta arg på dem utan anledning.

Karin lever idag ensam med barnen och ingen av dem har någon kontakt med barnens pappa eller barnens farföräldrar. Karins egen pappa dog för några år sedan och Karins mamma har efter en stroke fått större behov av omvårdnad. Mamman har i samband med det börjat ställa allt högre krav på att Karin ska ställa upp och hjälpa till. Karin har i och med arbetslösheten även känt sig isolerad från omvärlden då hon har få vänner utanför arbetet.

Svara så gott du kan på om du instämmer eller inte med följande påståenden. Försök att svara utifrån hur du upplevde Karin och inte utifrån att du ska göra en korrekt bedömning av hennes faktiska förmåga.

Karin vet vad som är viktigt för henne själv

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karin har förmåga att förstå sin situation

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karin har förmåga att bedöma konsekvenserna av sina handlingar

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karin har förmåga att sätta mål för sig själv

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karin fattar beslut utifrån det som är viktigast för henne själv

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karin har förmåga att arbeta mot sina mål

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karins förmåga att fatta egna beslut påverkas av hennes

ekonomiska situation

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

sociala situation

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karin bör i sitt nuvarande tillstånd få fatta egna beslut om

sina personliga förehavanden i allmänhet

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

frågor som kommer ha stor inverkan på hennes liv

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

sin behandling

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karin har eget ansvar för att

ha hamnat i den situation hon är i nu

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

ta sig ur den situation hon är i nu

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Karins förmåga att fatta egna beslut

behöver stärkas

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

kan stärkas på egen hand

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

kan stärkas med hjälp av vård

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt



LUNDS UNIVERSITET

Om studien

Detta är en studie som undersöker vårdpersonals bedömning av patienters autonomi inom den psykiatriska öppenvården. Du kommer att få läsa en kort fallbeskrivning och sedan skatta i vilken mån du instämmer med påståenden om personen i fallet. Du kommer även att få uppge vissa demografiska uppgifter om dig själv så som kön och ålder. Studien är ett examensarbete som görs under psykologprogrammets sista termin på Lunds universitet.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och anonymt. Du kan när som helst avbryta utan att fylla i enkäten.

Ringa in det svar som stämmer bäst.

Kön

Kvinna Man

Åldersgrupp

<-30 30-40 40-50 50-60 60->

Ange vilken yrkesgrupp du tillhör och hur länge du varit verksam.

Yrkesgrupp

Yrkesverksamma år

Fallbeskrivning

Anders är 43 år och har två barn i tonåren. Han har sedan ett år tillbaka varit arbetslös och har allt svårare att få vardagen att gå ihop ekonomiskt. Detta har lett till att han skuldsatt sig och nu inte klarar av att betala tillbaka sina lån. Han sover dåligt och blir ofta sängliggande långt in på förmiddagarna. För det mesta upplever han en inre tomhet och att livet känns meningslöst. Han kan dock överväldigas av panik då han tänker på allt som han undviker att göra. Exempelvis har han svårt att engagera sig i barnen. Han vet inte hur han ska hantera dem och blir ofta arg på dem utan anledning.

Anders lever idag ensam med barnen och ingen av dem har någon kontakt med barnens mamma eller barnens morföräldrar. Anders egen pappa dog för några år sedan och Anders mamma har efter en stroke fått större behov av omvårdnad. Anders mamma har i samband med det börjat ställa allt högre krav på att Anders ska ställa upp och hjälpa till. Anders har i och med arbetslösheten även känt sig isolerad från omvärlden då han har få vänner utanför arbetet.

Svara så gott du kan på om du instämmer eller inte med följande påståenden. Försök att svara utifrån hur du upplevde Anders och inte utifrån att du ska göra en korrekt bedömning av hans faktiska förmåga.

Anders vet vad som är viktigt för honom själv

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders har förmåga att förstå sin situation

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders har förmåga att bedöma konsekvenserna av sina handlingar

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders har förmåga att sätta mål för sig själv

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders fattar beslut utifrån det som är viktigast för honom själv

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders har förmåga att arbeta mot sina mål

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders förmåga att fatta egna beslut påverkas av hans

ekonomiska situation

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

sociala situation

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders bör i sitt nuvarande tillstånd få fatta egna beslut om

sina personliga förehavanden i allmänhet

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

frågor som kommer ha stor inverkan på hans liv

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

sin behandling

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders har eget ansvar för att

ha hamnat i den situation han är i nu

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

ta sig ur den situation han är i nu

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Anders förmåga att fatta egna beslut

behöver stärkas

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

kan stärkas på egen hand

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

kan stärkas med hjälp av vård

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 6 7 Instämmer helt

Hej

Jag heter Mikael Dahlqvist och läser till psykolog i Lund. Under våren skriver jag min examensuppsats som jag nu söker deltagare till. Det är därför jag nu vänder mig till er. Det jag vill undersöka i min uppsats är kortfattat vårdpersonal bedömning av patienters autonomi inom den psykiatriska öppenvården samt vilka variabler som eventuellt påverkar en sådan bedömning. Det är en studie där deltagarna får läsa en fallbeskrivning och sedan skatta personen i fallet utifrån frågor om autonomi. Detta görs via en webbenkät och det jag undrar är om ni har möjlighet att skicka ut den till vårdpersonalen inom er psykiatriska öppenvård:

https://qtrial2015az1.az1.qualtrics.com/SE/?SID=SV_a4RSB3eh1vXKBaB

Frågor om autonomi inom psykiatrin är ett oerhört komplext område som är viktigt att utforska. Därför så är med en förhoppning om att ni vill delta i denna studie som jag skickar detta mail och med stor tacksamhet för ert visade intresse om det är så att ni har möjlighet att göra det.

Vid frågor så kan ni kontakta mig på telefon: 0735 442 475, eller via denna mail: aps10mda@student.lu.se. Om ni har frågor till min handledare Henrik Levinsson så kan ni nå honom via mail: henrik.levinsson@psy.lu.se.

Med vänliga hälsningar

Mikael Dahlqvist