



Examensarbete, 10 poäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

UPPLEVELSER AV ETISKA DILEMMAN KRING LIVSUPPEHÅLLANDE VÅRD

Författare Evelina Svensson
Honey Calebrant

Justerat och godkänt

Datum 2007-05-29

Handledare Anna-Greta Löwenadler

Examinator Mats Persson Lintrup
Mats Persson Lintrup

Ej avsedd för publikation

Blekinge Tekniska Högskola

Sektionen för hälsa, HAL

Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng.

Kurs: VOC 002, Examensarbete, 10 poäng.

UPPLEVELSER AV ETISKA DILEMMAN KRING LIVSUPPEHÅLLANDE VÅRD

Författare: Evelina Svensson
Honey Calebrant

Handledare: Anna-Greta Löwenadler

Examinator: Mats Persson Lintrup

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Enligt etiska principer bör sjuksköterskan respektera patientens självbestämmanderätt och alltid sträva efter att göra nytta. Vid vård i livets slutskede kan etiskt svåra situationer uppstå när livsuppehållande vård ska begränsas eller avstås ifrån. Många parter är inblandade i beslutsprocessen, vilket kan försvåra situationen ytterligare.

Syfte: Att belysa IVA-sjuksköterskans upplevelser av etiska dilemman kring livsuppehållande vård vid livets slutskede.

Metod: Metoden som användes till denna studie var innehållsanalys av kvalitativa studier enligt Graneheim och Lundman (2004). Sammanlagt analyserades sex artiklar, från fyra olika länder, där IVA-sjuksköterskors upplevelser av etiska dilemman belystes genom intervjuer.

Resultat: Tre olika kategorier framkom av analysen. Dessa är: (1) Moraliskt tvång, (2) Moralisk stress och (3) Brist på inflytande. Det framkom att i många situationer vid vård i livets slutskede tar sig sjuksköterskan an rollen som patientföreträdare trots att sjuksköterskan kanske inte delar patientens åsikter, vilket kan leda till att sjuksköterskan upplever moralisk stress. IVA-sjuksköterskorna upplevde även, trots erfarenhet och kunskap, en brist på inflytande och deltagande i beslutsprocessen angående begränsning av livsuppehållande vård.

Slutsats: Etiskt svåra situationer kring livsuppehållande vård ger upphov till blandade känslor och upplevelser som frustration, ilska och sorg hos IVA-sjuksköterskan.

Nyckelord: Intensivvårdssjuksköterska, livsuppehållande vård, livets slutskede, etiskt dilemma, upplevelser

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	sid.
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
ETIK OCH MORAL	1
Autonomiprincipen	1
Godhetsprincipen – Beneficance	2
Principen att inte skada – Nonmaleficence	2
Rättvisseprincipen	2
Etik i vården	2
Etik i livets slutskede	2
Etiska problem	3
PALLIATIV VÅRD	3
Livskvalitet – det som är viktigt och värdefullt i livet	4
INTENSIVVÅRD	4
LIVSUPPEHÅLLANDE VÅRD OCH BESLUTSPROCESS	5
FILOSOFISK REFERENSRAM	6
TEORETISK REFERANSRAM	6
SYFTE	7
METOD	7
Urval av artiklar	7
Analysmetod	9
Tabell 1 : Metodförfarande	9
RESULTAT	11
MORALISKT TVÅNG	11
MORALISK STRESS	13
BRIST PÅ INFLYTANDE	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
Urval av artiklar	15
Artikelgranskning	16
Analysmetod	17
Tillvägagångssätt	17
RESULTATDISKUSSION	17
KONKLUSION	19
REFERENSER	21
BILAGA 1.	24
Tabell 2 : Presentation av resultatartiklar	24
BILAGA 2.	26
Tabell 3 : Sökresultat i databasen CINAHL	26
Tabell 4 : Sökresultat i databasen Academic Search Elite	26
Tabell 5 : Sökresultat i databasen Medline	27
Tabell 6 : Sökresultat i sökmotorn Google Scholar	27

INTRODUKTION

På vårdavdelningar uppkommer det etiskt svåra situationer som inblandar många parter, däribland patient, sjuksköterska och anhöriga. Frågor om livsuppehållande vård skapar konflikter på intensivvårdsavdelningar.

Vi valde att göra en litteraturstudie om IVA-sjuksköterskans roll inom livsuppehållande vård i livets slutskede. Denna studie belyser IVA-sjuksköterskans upplevelser av etiska dilemman. Vi hoppas att resultatet i vår studie bidrar till ökad förståelse bland sjukvårdspersonal.

BAKGRUND

ETIK OCH MORAL

Ordet etik kommer från det grekiska ordet ”ethos” och ordet moral från latinets ”mos” och ”mores”. Orden betyder vana, seder och tradition. Etik och moral handlar om handlingar och verksamhet, om handlingarnas art samt hur dessa handlingar utförs. Etiska och moraliska värden handlar om vad som är gott eller ont, vad som är rätt eller fel (Kalkas & Sarvimäki, 2002). Enligt Arlebrink (2006) står moral för de uppfattningar, som oftast, dock inte alltid, resulterar i en konkret handling. Etik däremot är ett uttryck för den process som äger rum när människor reflekterar över moralfrågor. Därför kallas etik för *moralens teori*. Etik är reflektion över hur personer bör handla. Varje handling föregås av ett ställningstagande som är resultatet av en etisk reflektion.

“Ethics is not definable, is not implementable, because it is not conscious; it involves not only our thinking, but also our feeling.”
(Valdemar W. Setzer)

Socialstyrelsen (1992) har utarbetat ett förslag till allmänna råd, på initiativ av dess rådgivande nämnd, vars syfte är att vägleda vårdpersonal i frågor som rör livets slutskede. I detta förslag beskrivs fyra etiska principer vilka är grundläggande för att handla etiskt korrekt: *autonomiprincipen, godhetsprincipen, (Beneficance), principen att inte skada (Nonmaleficance), samt rättvisepincipen.*

Autonomiprincipen

Autonomi som begrepp har att göra med vad autonomi innebär och autonomiprincipen beskriver en individs rättighet (Hansson, 2006).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982) ska god vård bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen ska, så långt det är möjligt, utföras och genomföras i samråd med patienten. Samtidigt menar Socialstyrelsen (1992) att för att kunna fatta självständiga beslut måste personen i fråga vara beslutskompetent, d.v.s. förstå vad frågan gäller. För att kunna bruka sin rätt att själv bestämma måste patienten få korrekt information. I vissa situationer däremot gäller inte självbestämmandepincipen. En huvudsaklig regel inom svensk sjukvård är att ingrepp eller åtgärder, vars syfte är att orsaka en patients död, aldrig får användas. Även om det skulle vara patientens eget önskemål, kan inte självbestämmanderätten gälla i sådana fall.

Godhetsprincipen – Beneficence

Kalkas och Sarvimäki (2002) beskriver att denna princip är *välgörande* och har som mål att öka det goda i förhållande till det onda. Socialstyrelsen (1992) säger att alla människor har en moralisk skyldighet att vara till hjälp och nytta för andra. Sjukvårdspersonal har en skyldighet, som är grundad på anställningen, att vårda och hjälpa sjuka.

Principen att inte skada – Nonmaleficence

Alla människor har en skyldighet att inte skada varandra. Dock inom sjukvården har denna princip länge varit en grundregel i all behandling. Däremot räknas inte risker med en viss behandling som *att skada* patienten. Exempelvis så accepteras biverkningar av smärtstillande vid vård i livets slutskede. Fördelarna med att patienten blir smärtfri måste vägas mot de negativa effekterna läkemedel ibland kan ge (a.a.).

Rättvisepincipen

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors värde och för den enskildas värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde. (Hälso- och sjukvårdslag, 1982). Fry och Johnstone (2002) menar att sjuksköterskor behöver tänka på hur de ska fördela sjukvårdsresurser och omvårdnad bland alla behövande patienter. Lika ska behandlas lika. De patienter som är i lika stort behov av vård ska få lika mycket vård. Med andra ord ska sjukvårdsresurser fördelas rättvist.

Etik i vården

Omvårdnadsetiken och vårdetiken är tillämpningsområden för den allmänna etiken. Omvårdnadsetiken uttrycker vad som är gott eller ont, rätt eller fel. Relationen mellan människor utgör en stor del av vården. Därmed är omvårdnadsetiken beroende av människorelationernas etik. Människorelationernas etik handlar om värden, principer och förhållningssätt i konkreta situationer inom vården. Samtidigt är omvårdnaden påverkad indirekt av samhällsetiken, som uttrycker sig i strukturella faktorer och resursfördelning. Sjuksköterskeyrket bygger på att åstadkomma någonting gott för en annan individ och därför är altruismen, som betyder oegennyttan och osjälviskhet en viktig och central utgångspunkt för omvårdnadsetiken. Sjuksköterskan skall även sträva efter att respektera patienten som person, en medveten varelse som är unik och har ett egenvärde. Denna princip om respekt och principen om altruism utgör två huvudprinciper inom vården. Dessa två principer kan dock komma i konflikt med varandra. Den altruistiska principen säger att vi ska utföra handlingar som främjar nytta, hälsa, välbefinnande och trygghet och samtidigt motverka ohälsa, illabefinnande och lidande. Detta kan leda till att personen i fråga nästan blir överbeskyddad och begränsar en annan individs frihet för att det anses vara för individens bästa, vilket i sin tur krockar med principen för respekt då individens rätt att vara en person kränks. I praktiken kan det göras försök till att förena dessa principer i en kompromiss, men någon logisk kompromiss finns inte (Kalkas & Sarvimäki, 2002).

Etik i livets slutskede

Etiska frågor kring liv och död har alltid varit centrala inom den medicinska etiken. Kalkas och Sarvimäki (2002) refererar till den svenske filosofen Hedenius som förklarar att alla människor har samma värde och samma mänskliga rättigheter oavsett hur samhället värderar människor. Han anser att dödsstraff och krig går emot mänskliga rättigheter, men att självmord och dödshjälp inte nödvändigtvis är ett brott mot mänskliga rättigheter. Bara för att samhället kan garantera rätten till liv betyder inte detta att en människa har *skyldighet* att leva. Rätten att leva bör kompletteras med rätten att dö. Kalkas och Sarvimäki (2002) menar att en

person som vill dö på grund av lidande kanske ångrar sig senare. Denna persons plågor skulle kanske till och med kunna lindras med hjälp av medicinska framsteg. Det är svårt att veta om en persons vilja att dö är ett resultat av samlade känslor som ångest och desperation eller ett medvetet och principfast beslut.

Genom att medicinsk kunskap och teknologi utvecklas kan allt svårare sjukdomar få framgångsrika behandlingar. Samtidigt har det blivit möjligt att förlänga livet för patienter som fått obotliga diagnoser, vilket kan innebära att dessa människor får uppleva ett utdraget och onödigt lidande. För att en döende patient ska kunna spendera den sista tiden i livet så smärtfritt och symptomfritt som möjligt, måste det råda ett gott samarbete mellan personalen, patienten och anhöriga (a.a.)

Etiska problem

Enligt Malmsten (2007) kan etiska problem delas in i tre olika svårighetsgrader, som är följande: *Etiska svårigheter*, *etiska konflikter* och *etiska dilemman*.

Etiska svårigheter tillhör den första graden. Då har vårdaren hamnat i en etisk situation. För att lösa detta problem måste vårdaren samla in fakta om de etiska värden, som t.ex. integritet och autonomi, som rör just denna situation och de människor som är inblandade, vilket kan leda till ny förståelse. Därmed kan en utväg ur det etiska problemet skapas.

Etiska konflikter är en grad svårare och är mer komplicerade att lösa, vilket kräver mer engagemang av de inblandade parterna. Konflikterna handlar om olika värdeprioriteringar och intressen. Makt spelar en stor roll i sådana konflikter och bestämmer slutligen vem som ges beslutsföreträde. Många gånger är konflikterna av lojalitetskaraktär, där vårdaren vill uppfylla patientens, de anhörigas och personalens önskan. I sådana fall är det viktigt att kommunicera (a.a.). Malmsten (2007) refererar till Gunilla Silfverberg som betonar att dialogen är etikens viktigaste metod. Genom att människor samtalar med varandra ökar respekten och förståelsen för varandra, vilket därmed kan leda till en konfliktlösning. Vidare beskriver Malmsten (2007) att forskningsresultat visar att lojalitetskonflikter förekommer när professionella vårdgivare inom olika områden är oeniga om vad som är bäst för vårdtagaren. Två andra situationer är när vårdaren och vårdtagarens anhöriga är oeniga om vad som är bäst för vårdtagaren, samt då vårdtagaren och vårdaren är oeniga om vad som är bäst för vårdtagaren.

I den tredje svårighetsnivån befinner sig det *etiska dilemman*. Vårdaren/deltagaren kommer till insikt om att det finns två eller flera jämbördiga alternativ att välja mellan i den rådande situationen. Det ena alternativet leder kanske till att vårdtagarens integritet kränks, men hänsyn tas till omgivningens vilja och det andra alternativet tillgodoser vårdtagarens vilja och intresse, men leder till omgivningens lidande. Det ena alternativet är inte bättre än det andra och oavsett val av alternativ så finns det förluster och vinster. Det handlar om att avgöra om det alternativ vårdaren väljer är värt förlusten av det som väljs bort (a.a.).

PALLIATIV VÅRD

Enligt Världshälsoorganisationen, WHO (2007), definieras palliativ vård som ett angreppssätt som förbättrar livskvaliteten hos patienter, vilka tillsammans med sina anhöriga, ställs inför en livshotande sjukdom. Lidande förhindras och lindras genom att behandla smärta och andra problem, såsom andliga, fysiska och psykologiska (a.a.).

Med palliativ vård anses allt som inte är i kurativt syfte, d.v.s. inte enbart vård i livets slutskede. Oftast kan detta uppfattas av patienten som att det inte finns något mer att göra, men egentligen betyder det att sjukdomen inte kan botas (Beck-Friis & Strang, 2005). Enligt Arlebrink (2006) kan palliativ vård uppfattas på olika sätt. Vissa anser det som en behandling som påbörjas när den kurativa behandlingen inte längre är till någon nytta. För andra innebär det att återupplivande åtgärder vid hjärtstillestånd inte ska utföras. Men enligt Beck-Friis och Strang (2005) är den övergripande uppgiften vid palliativ vård att försöka hjälpa patienten att ha ett så fullvärdigt liv så länge som möjligt trots sin sjukdom.

Livskvalitet – det som är viktigt och värdefullt i livet

I palliativt sammanhang gäller en balansgång emellan symtomminskning och biverkningar. Det är således inte tillräckligt att enbart fokusera på symtomkontroll, utan biverkningar och typer av behandling som påverkar patientens vardagstillvaro och livskvalitet, måste beaktas. Dessa risker och biverkningar som behandlingen medför måste i den palliativa situationen vägas mot vinster i form av bibehållen eller förbättrad livskvalitet. Särskilt svår är denna avvägning när behandlingen kan förväntas medföra en begränsad förlängning av överlevnaden. Bedömning av livskvalitet är därför en viktig del av kliniskt beslutsfattande i palliativ vård, och resultaten av en sådan bedömning måste vara vägledande för de åtgärder som blir aktuella. Det måste vara patientens uppfattning och värdering av sin egen livskvalitet som vårdinsatserna måste vägas mot (a.a.). Vid vård i livets slutskede är det de livskvalitetsrelaterade behoven som överväger och det gäller att stödja patienten och dennes anhöriga i att leva så bra som möjligt den tid de har kvar tillsammans (Ternestedt, 1998).

INTENSIVVÅRD

Enligt Eklund, Westermarck och Wåhlin (1991) går intensivvård ut på behandling eller övervakning av manifest eller latent svikt av vitala funktioner, under förutsättning att svikten är reversibel. Målsättningen ska vara att återföra patientens prognos till vad den var innan insufficiensens utträde.

Den medicinska och teknologiska utvecklingen inom intensivvården ger nya möjligheter att behandla mycket svåra kritiskt sjuka patienter, vilket innebär att IVA-sjuksköterskan får vara med om att medverka i beslut angående liv och död. Besluten kan handla om att påbörja, avsluta eller avstå från behandling. Detta kräver att IVA-sjuksköterskan förväntas utföra flera uppgifter samtidigt, t.ex. intensivövervakning av en patient och bemötande av känslomässiga reaktioner hos en annan patient. I kombination med bristande intensivvårdsresurser kan detta leda till så kallad moralisk stress. Därför ska arbetsbelastningen balanseras så att stressnivån inte ökar till en osund nivå (Larsson & Rubertsson, 2005).

Intensivvårdens mål är:

”att optimera förutsättningarna för patienten att återfå hälsa och kunna återgå till ett liv med en kvalitet som patienten själv kan acceptera” (Larsson & Rubertsson, 2005, s. 19)

Patienter som omhändertas för intensivvård bör ha en trolig chans för överlevnad, d.v.s. sviktande vitala funktioner ska vara behandlingsbara. Patienter som fått en obotlig och terminal diagnos bör få vård på en enhet för palliativ vård (a.a.).

Etiska konflikter kan uppstå inom intensivvården i enskilda fall där intensivvårdens negativa effekter måste vägas mot de positiva, men även antalet patienter som behöver intensivvård är

större än de tillgängliga intensivvårdsplatserna vid ett sjukhus. Etiska ställningstaganden baseras på de fyra allmänt accepterade etiska principerna *autonomi, göra gott, inte skada* och *rättvisa* (a.a.).

LIVSUPPEHÅLLANDE VÅRD OCH BESLUTSPROCESS

Genom tekniska framsteg, nya mediciner och behandlingsmetoder kan patienter få mycket bättre vård idag jämfört med för några år sedan, vilket i sin tur innebär att ett större antal äldre och kroniskt sjuka får respiratorbehandling jämfört med tidigare. Dessutom är varje patient kopplad till respiratorn längre tid än innan. Samtidigt som denna behandling kan hålla patienten levande, behöver det inte nödvändigtvis öka livskvaliteten. Inom intensivvården måste det konstant tas ställning till och avgöras om kroniskt sjuka patienter ska få behandling eller om intensivbehandlingen ska avslutas. Detta medför i sin tur etiska och moraliska konflikter, som ökar press och belastning på personalen på avdelningen (Dybwik, 1997). Även ekonomiska begränsningar på resurser kan leda till etiska dilemman. När resurser är begränsade uppstår frågan om vilka patienter som ska få intensivvård (Adam & Osborne, 2005). Dybwik (1997) skriver att det är oerhört viktigt att de etiska problemställningarna i intensivvårdsmiljön finns på dagordningen på avdelningarna.

Livsuppehållande behandling är berättigad om kroppen kan återta kontrollen av de vitala funktionerna. Däremot kan det inte försvaras, varken ur medicinsk eller ur etisk synpunkt, om behandlingen endast har en obetydlig livsförlängande effekt och förhindrar ett döende i lugn och värdighet. Ett beslut som avser att avsluta pågående behandling skall alltid grundas på medicinsk bedömning av en erfaren läkare efter samråd med patienten och dennes anhöriga (Ternestedt, 1998). Om patienten är medvetlös eller oförmögen att uttrycka sin vilja ska hänsyn tas till det patienten eventuellt uttalat sig för tidigare i livet. Däremot så är det inte säkert att den individen alltid behåller den inställningen till frågan, vilket leder till att giltigheten i uttalandet går förlorat. Detta kan även gälla skriftliga uttalanden som livstestamenten, som i ett fall som detta gör att livstestamentet inte är juridiskt bindande utan fungerar istället som en vägledning (a.a.).

Sjuksköterskan är oftast den som står patienten och de anhöriga närmast, vilket ger henne möjligheten att framföra och diskutera patientens önskemål angående den pågående behandlingen. Därmed är det naturligt att sjuksköterskan aktivt deltar i diskussionen och i beslutsprocessen om den fortsatta behandlingen. Trots att det är läkaren som bestämmer i slutändan om en behandling ska avstås ifrån eller avslutas, kan sjuksköterskan bidra med viktig information om patientens och de anhörigas ställning till situationen (Dybwik, 1997). Enligt Adam och Osborne (2005) ska sjuksköterskan i sådana situationer, angående beslut om livsuppehållande vård, agera som företrädare åt patienten. Denna färdighet kan vara avgörande vid begränsning av onödig och ineffektiv behandling. Dybwik (1997) skriver dock att studier visat att sjuksköterskors deltagande vid etiska beslutsprocesser är väldigt lågt. Dybwik (1997) beskriver en enkätundersökning gjord på 20 IVA-sjuksköterskor i Norge, som visade att överbehandling av patienter med dålig prognos ledde till frustration, skuld känslor och konflikter bland personalen. Regelbundna möten med behandlingsteamet på avdelningen skulle bidra till att lösa etiska problem i samband med intensivbehandling av patienter, men även hjälpa till att hålla motivation och enighet kvar i gruppen.

FILOSOFISK REFERENSRAM

David Hume var en skotsk filosof och historiker och levde mellan åren 1711 och 1776 (Grøn et al., 1995). Humes moralfilosofi skiljer sig mycket från tidigare moralfilosofi, som säger att det är förnuftet som slår fast normerna för det ideala beteendet och det är genom förnuftet som normerna praktiseras i verkligheten. Hume säger att detta betyder att det är oföränderliga mål för ”vad som är rätt eller fel”. Hume menar istället att samtidigt som förnuftet spelar roll så är det känslorna som är grundläggande för allt moraliskt beteende och tänkande. Känslor är individuella och kan därmed inte specificera värderingar som ska följas av alla. Humes moralfilosofi betraktas som deskriptiv, den säger inte vad som är rätt eller fel utan ger endast en beskrivning av olika perspektiv av moraliskt tänkande och beteende (Fløistad, 1994).

Hume accepterar att egoism är en del av den mänskliga naturen, men menar samtidigt att egoism är för enkelriktad och därför kan inte alla mänskliga handlingar motiveras av egoism. Hume hävdar att moraliska känslor har en universiell dimension. När individer är opartiska och befinner sig under samma omständigheter kommer dessa individer att ha samma moraliska känslor och nå samma moraliska bedömningar. Om moraliska synvinklar inte överrensstämmer beror det antingen på att de inblandade fått olika information, att det råder brist på opartiskhet eller på speciella traditioner och metoder inom olika områden (Hume, 1998).

Enligt Hume beror all moral på att vi alla har en av naturen given sympati för medmänniskan (Grøn et al., 1995). Känslor är något som uppstår när vi påverkas av andra människor. I dessa känslor finns motiven för handling menar Hume. Det är känslor som bidrar till att motiv och handlingar blir moraliskt goda eller dåliga. Utifrån våra känslor verkar världen ful eller vacker. Hume beskriver detta som att det är känslorna som ger tillvaron ”färg” (Fløistad, 1994). Känslor styr målen i livet, men det är förnuftet som visar hur dessa ska uppnås (Hume, 1998). Hume menar vidare att våra motiv och handlingar och upplevelser av yttervärlden alltid är riktade mot konkreta objekt. Kunskapen om dessa objekt grundas på förnuftet och därmed avgör förnuftet om kunskapen är sann eller falsk. Detta avgör om ett motiv omsätts i handling eller inte. Det moraliskt goda i en handling kan förändras när vi upptäcker handlingens konsekvenser. Hume förknippar det moraliskt goda med det som är nyttigt. Antingen är det till ens egen nytta eller till andras. En handlingens konsekvenser avgör vad en handling har för moraliskt värde (Fløistad, 1994). Ibland kan dock ens personliga vilja strida mot moraliska värderingar. Förnuft kan omdirigera våra önskemål och inställningar (Hume, 1998).

TEORETISK REFERENSRAM

Enligt Katie Eriksson (2002) består vårdandets substans av ansa, leka och lära och är i grunden ett uttryck för ömsesidighet. Eriksson skriver vidare att vårdande förutsätter en hög grad av ömsesidighet mellan patient och vårdare.

Eriksson (1995) beskriver i sin bok *Mot en caritativ vårdetik* skillnaden mellan vårdetik och vårdandets etik. Vårdetik är en allmän betydelse och begrepp för olika etiska perspektiv som finns inom vården, bland annat den medicinska etiken och sjukskötarens etik. Med vårdandets etik, som även kallas för *caring*, menar Eriksson (1995) den etik som berör vårdandet i djupaste mening, det vill säga det personliga mötet mellan patient och vårdare i vårdrelationen.

Caring etiken är en form av caritativ etik, som har sin grund i kärlek och barmhärtighet. Där ingår även ansvarsetik. Ansvar är riktat mot patienten som vårdaren är ansvarig för. Denna etik aktualiseras varje gång en vårdare möter en patient. Vårdaren väljer medvetet eller omedvetet det etiska förhållningssättet då vårdaren är beredd att ta ansvar för patienten. Genom en *etisk blick* ser vårdaren på patienten, uppfattar dennes värdjan och försöker se den patientens möjligheter i varje situation. *Caring etiken* är ett inre ansvar som är ett djupt personligt ställningstagande. Den här formen av inre etik kräver enligt Eriksson (1995) att vårdaren offerar någonting av sig själv. *Nursing etiken* däremot styrs av regler, direktiv eller någon etisk kod. Denna nursing etik innebär ett ansvar som inte inkluderar ett större personligt engagemang. Eriksson (1995) skriver vidare att en vård som inte grundar sig på ett spontant ansvarstagande för patienten är inte god vård. Etikens uppgift är att hjälpa människan att klargöra sina egna tankar. Etiken börjar med att personen i fråga har en realistisk verklighetsbild, där individen ser både det goda och det onda. I vårdandet är det viktigt att se verkligheten ur patientens perspektiv. Eriksson (1995) beskriver att etik är relation och är bunden till en individs ansvar för den andra. Skuld och ansvar hör samman och därför handlar etik också om skuld gentemot medmänniskan. Då en människa tar ett personligt ansvar och inte enbart handlar utifrån order, kan det leda till att personen upplever skuld över det som är gjort eller lämnat ogjort.

Enligt Eriksson (1995) är de etiska grundvärden en person har bundna till kultur och samhälle. Alla människor erhåller någon form av grundvärden genom sin uppfostran, men alla individer behöver stöd för att utveckla dessa grundvärden som hör samman med den kultur som råder där människan befinner sig.

SYFTE

Syftet med denna studie var att belysa IVA-sjuksköterskans upplevelser av etiska dilemman kring livsuppehållande vård i livets slutskede.

METOD

Vårt ämnesområde har undersökts genom en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie utgår från en tydligt formulerad fråga som besvaras systematiskt genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning. Studien bör fokusera på aktuell forskning inom det valda ämnesområdet. Litteraturen är informationskällan och redovisade data bygger på vetenskapliga artiklar. En fördel är att studier som redan gjorts i ämnet kan jämföras med varandra och kan betraktas från olika perspektiv. I och med detta kan nya konklusioner åskådliggöras. En annan fördel kan vara att artiklarna granskas kritiskt med avseende på kvalitet, vilket sällan görs i en allmän litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2003).

Urval av artiklar

Länderna som fått delta i studien är: Canada, USA, Australien och Norge. Majoriteten av studier som gjorts i ämnet är gjorda i USA och därför bestod de valda artiklarna till största delen av amerikanska artiklar. Endast engelskspråkiga artiklar har valts till denna studie.

Kravet på artiklarna var att deras titel och abstrakt kunde knytas till vårt syfte. Abstrakten och nyckelorden i varje artikel granskades och sattes i samband med syftet.

Artiklar som valts till denna studie belyser IVA-sjuksköterskans upplevelser av etiska problem kring livsuppehållande vård i livets slutskede. Studierna var gjorda genom intervjuer

med IVA-sjuksköterskor på intensivvårdavdelningar i fyra olika länder och handlar om: IVA-sjuksköterskors uppfattningar av etiska problem i yrkeslivet, IVA-sjuksköterskors upplevelser vid vård av patienter med livsuppehållande åtgärder i livets slutskede, IVA-sjuksköterskors upplevelser och roll vid olika händelser angående patienter med livsuppehållande vård. Artiklar som valts till resultatdelen i denna studie presenteras i tabell 2 i bilaga 1.

Databaser som har använts är Academic Search Elite, CINAHL och Medline, samt sökmotorn Google Scholar.

Academic Search Elite täcker de flesta områden inom humaniora, samhällsvetenskap, teknik och naturvetenskap och passar därför de flesta utbildningar. Databasen innehåller ca 3500 tidskrifter varav 1500 är vetenskapligt granskade (peer-reviewed) (Gustavsson, 2007). I Academic Search Elite valdes kriterierna fulltext, peer-reviewed, språken engelska, norska och svenska, och publikationsårtalen 2000-2007 vid alla sökningar.

Medline innehåller referenser inom områden som medicin, omvårdnad, odontologi, veterinärmedicin samt hälso- och sjukvårdsadministration. Denna databas innehåller 15 miljoner artiklar från 32 000 tidskrifter och varje vecka tillkommer fler än 6000 artiklar. Medline uppdateras dagligen (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). I denna databas begränsades språken till engelska, svenska och norska och publikationsårtalen till 2000-2007.

CINAHL innehåller indexerade artiklar i form av referenser från alla engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter (nursing journals). Antalet tidskrifter beräknas till ca 600. CINAHL fokuserar mer på omvårdnadsvetenskapliga referenser än vad Medline gör. Artiklarna finns inom områden som omvårdnad, tandvård, nutrition och sjukgymnastik (Willman et al., 2006). Även i denna databas begränsades språken till engelska, svenska och norska, peer-reviewed och publikationsårtalen till 2000-2007.

Även sökmotorn Google användes till att söka artiklar från tidskriften *American Journal of Critical Care*. Sökningen gjordes som en *advanced search*. Publikationsårtalen begränsades till 2000-2007.

Följande sökord/MeSH-termer har använts (olika sökord/MeSH-termer har använts i olika databaser):

Critical Care, Critical Care Nursing, End of Life Care, Ethics, Ethics Nursing, Intensive Care, Intensive Care Nursing, Life Support Care, Nurses, Nursing, Nursing Care, Obstacles, Terminal Care.

Dessa sökord valdes efter att ha läst en del litteratur om ämnet. Därmed fanns en del ord och begrepp i åtanke vilka därefter omvandlades till MeSH-termer i de olika databaserna. Olika kombinationer av MeSH-termerna gav olika träffar som kan skådas i tabell 3-6 i bilaga 2. I denna bilaga presenteras alla artiklar som ingår i arbetet.

Inklusionskriterier var artiklar på engelska, svenska och norska, vetenskapligt granskade artiklar, artiklar publicerade mellan 2000-2007, artiklar med fokus på vård av patienter på intensivvårdsavdelning, artiklar från olika länder. Artiklarna skulle handla om patienter där livsuppehållande vård är aktuellt i något avseende, t.ex. att fortsätta eller avsluta livsuppehållande vård eller att livsuppehållande vård övervägs som behandling. Följande behandlingar ansågs som livsuppehållande åtgärder: Respirator, sondmatning, hjärt- och lungräddning.

Exklusionskriterier var artiklar som publicerats innan år 2000, artiklar om barn (individer under 18 års ålder), artiklar som är medicinskt inriktade, artiklar med fokus på vård i livets slutskede på sjukhem, hospice eller andra kliniker som inte berör intensivvård.

Analysmetod

Analysmetoden vi använde är innehållsanalys av kvalitativa artiklar. Metoden går ut på att systematiskt och stegvist analysera data för att kunna identifiera och beskriva olika teman och fenomen. Inom dessa fenomen och teman finns det även olika mönster som kan framställas (Forsberg & Wengström, 2003).

Dataanalysmetoden som valts till denna litteraturstudie är en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Denna analysmetod är mest tillämpad för analys av kvantitativa studier, men på senare tid har det även gjorts kvalitativa ansatser. Valda analysenheter var intervjuer, av IVA-sjuksköterskor.

Analysen av de valda studierna gjordes i olika steg:

1. Först lästes artiklarna igenom en gång för att få en bild av innehållet och eventuell koppling till det valda syftet. Textområden som ansågs vara av betydelse markerades.
2. Andra steget var att läsa artiklarna igen och fördjupa sig i resultatet och de markerade textområdena.
3. Därefter gjordes en abstraktion av texten och meningsbärande enheter valdes ut.
4. I det fjärde steget kondenserades de meningsenheter som valdes i förra steget. I och med detta beskrevs kortfattat vad meningarna betyder.
5. Dessa meningsenheter placerades i olika subkategorier som i sin tur ingår i huvudkategorier. Huvudkategorierna representerar olika delar av resultatet.

Tabell 1 : Metodförfarande

Meningsbärande enheter	Översättning	Kondensering	Subkategori	Huvudkategori
“The most clearly articulated complaint was that whilst the doctors excluded nurses from the decision making and formulation of the management plan, once a decision is made to forego medical treatment the nurse is left to manage the dying process.”	Det tydligaste klagomålet var att medan läkarna utesluter sjuksköterskor från beslutsprocessen och utformning av vårdplanen, så är sjuksköterskan lämnad till att ta hand om döendeprocessen så fort beslutet är fattat.	Sjuksköterskor blir utelämnade till att utföra handlingar de inte varit delaktiga i att ha beslutat om.	Ensamhet	Brist på inflytande

<p>“The social hierarchy within the health care team constrains the nurse and subsequently the degree to which they are allowed to participate in decision-making. The experience of the nurse is therefore, one of conflict and tension resulting from constantly shifting roles and expectations.”</p>	<p>Den sociala hierarkin inom hälsovårdsteamet hindrar sjuksköterskan och följaktligen den utsträckning i vilket de är tillåtna att delta i beslutsprocessen. Sjuksköterskor upplever konflikt och spändhet på grund av skiftande roller och förväntningar.</p>	<p>Sjuksköterskor känner sig hämmade och hindrade från att delta i beslutsprocessen.</p>	<p>Känsla av hinder från deltagande</p>	<p>Brist på inflytande</p>
<p>“[We’re] very frustrated. I think we hurt a lot for the patients. It doesn’t matter what we tell most of the physicians, about the pain or suffering, ... about how miserable they are with all the treatments they’re getting, etc. It’s almost like it’s falling on deaf ears.”</p>	<p>Vi är mycket frustrerade. Jag tror att vi lider mycket med patienterna. Det spelar ingen roll vad vi säger till de flesta läkare, om smärtan och lidande, ... om hur eländiga de känner sig med all den behandling de får, etc. Det är som att tala för döva öron.</p>	<p>Sjuksköterskan blir frustrerad för att läkarna inte lyssnar.</p>	<p>Dålig kommunikation</p>	<p>Moralisk stress</p>
<p>“...because you’re nursing the patient...and you feel you’re torturing them...and there’s one patient I know...when you did his mouth care he was just grimacing and you felt like you were torturing him...”</p>	<p>...eftersom man vårdar patienten...och man känner att man torterar dem...och det finns en patient som jag känner...när man gjorde munvård på honom grimaserade han och man känner att man torterade honom...</p>	<p>Sjuksköterskan känner att hon förorsakar patienten lidande vid omvårdnad.</p>	<p>Att gå emot sina värderingar</p>	<p>Moralisk stress</p>
<p>“Critical care nurses suffer when they think they are performing procedures that are harmful or of low efficacy and when their advocacy is ineffective.”</p>	<p>IVA-sjuksköterskor lider när de anser att de utför handlingar som är skadliga för patienten eller handlingar som har liten verkan, men även när deras försvar av patienten är ineffektiv.</p>	<p>Sjuksköterskor lider när de inte kan företräda patienten effektivt och när de anser att de utför skadliga handlingar.</p>	<p>Frustration</p>	<p>Moralisk stress</p>

“The lack of regular meetings between physicians and nurses, or lack of conclusions in discussions about withholding or withdrawing curative treatment, also made the nurses feel alone in bearing responsibility”	Bristen på regelbundna träffar mellan sjuksköterskor och läkare, eller brist på resultat av diskussioner angående ändringar av kurativ behandling, bidrog också till att sjuksköterskorna bar ensamt på ansvaret.	Sjuksköterskor har stort ansvar som de inte är delaktiga i.	Tungt ansvar	Brist på inflytande
“And then I finally spoke up right there because I have to live with myself, and he practices his medicine, and my role as a nurse is patient advocate. . . .”	Slutligen sjöng jag ut för att jag måste leva med mig själv, och han utövar medicin, och min roll som sjuksköterska är patientförmyndare.	Sjuksköterskan känner en förpliktelse till att försvara patientens önskan.	Agera som patientförmyndare	Moraliskt tvång
“And so I think I am very protective of my patients as if they were my own children. Because sometimes we are the only thing as nurses that stand between something that can be good for them or something that can be bad for them.”	Och därför tror jag att jag är väldigt beskyddande mot mina patienter som om de vore mina egna barn. För ibland är vi det enda som står mellan någonting som kan vara bra för dem eller någonting som kan vara dåligt för dem.	Sjuksköterskor känner att de måste skydda patienter.	Sjuksköterskor som patientbeskyddare	Moraliskt tvång

RESULTAT

I denna del kommer tre kategorier att presenteras: (1) Moraliskt tvång, (2) Moralisk stress och (3) Brist på inflytande. Dessa kategorier hör samman, men presenteras separat. Subkategorier under huvudkategorierna presenteras i löpande text, men är inte utskrivna som rubriker. Resultatet beskrivs utifrån IVA-sjuksköterskans perspektiv. Citaten som presenteras nedan har valts från artiklarna och har som syfte att förtydliga IVA-sjuksköterskans upplevelser.

MORALISKT TVÅNG

I rollen som företrädare av patienten, fick IVA-sjuksköterskan fungera som guide och då visa vägen för patienterna och deras anhöriga. Deras uppgift var inte att ta några beslut, utan istället se till att patienten erhåller rätt information och vägleda patienten för att själva kunna ta ett beslut. IVA-sjuksköterskan skulle se till att patienten får möjlighet att följa sin vilja och sina värderingar (McSteen & Peden-McAlpine, 2006) .

Ibland uppstod situationer där IVA-sjuksköterskans roll som förmedlare är avgörande för utgången. McSteen och Peden-McAlpine (2006) beskrev att en IVA-sjuksköterska fick kämpa för att en patient, som drabbats av vätskebrist, skulle få vätskaersättning, i ett försök att tillgodose patientens önskan att dö hemma bland sina nära och kära.

*“She just needed fluid; she had no circulating blood volume...
Even looking back on it, I realize that I just felt out of control;
I want it now! I want everyone in here now, we have to get her
through this, we cannot let her die!”*

(McSteen & Peden-McAlpine, 2006, s. 265)

McSteen och Peden-McAlpine (2006) menade att utan IVA-sjuksköterskans ihärdiga och bestämda ansträngningar så hade patienten dött på sjukhuset istället och dennes önskemål hade inte beviljats.

McBride Robichaux och Clark (2006) beskrev i sin studie om en situation då en IVA-sjuksköterska uppfattade att läkaren försökte övertala patienten att ”hålla med honom”. IVA-sjuksköterskan ansåg att patientens autonomi kränktes och kände sig därför tvungen att tala å patientens vägnar.

*“And then finally I just spoke up right there because I have to live
with myself, and he practices his medicine, and my role as a nurse
is patient advocate...”* (McBride Robichaux & Clark, 2006, s. 483)

Enligt författarna McBride Robichaux och Clark (2006) hade denna patient letat efter stöd hos IVA-sjuksköterskan, som hade tagit ett ansvar för patienten och hjälpt denna patient att fatta beslut enligt dennes värderingar och därmed förhöjt värdigheten hos denna individ. IVA-sjuksköterskan hade därefter förklarat motivationen bakom sin handling som att vara ”beskyddande” av patienten och att hjälpa patienten att uppnå det ”goda”.

I samma studie (McBride Robichaux & Clark, 2006) skrev författarna om en annan situation då en IVA-sjuksköterska hade fått veta, vid inskrivningen, att patienten inte ville bli kopplad till respiratorn. Detta hade IVA-sjuksköterskan framfört till den ansvarige läkaren, som hade gått in till patienten och förklarat att dennes tillstånd inte alls var så allvarligt som troddes av patienten själv och att allt skulle gå väl. Men patienten skakade på huvudet. Kort därefter kom patientens dotter in och vädjade till vårdteamet att rädda hennes mammas liv. Då gick patienten med på att kopplas till respiratorn. IVA-sjuksköterskan försökte att säga till alla att patienten egentligen inte vill ha någon livsuppehållande vård, men ingen uppmärksammade henne. Vid ett annat tillfälle hade IVA-sjuksköterskan pratat med dottern och försökt förklara vad mamman egentligen gick igenom.

McBride Robichaux och Clark (2006) menade att IVA-sjuksköterskorna kände sig tvingade till att klargöra för de anhöriga vad den ”tysta” patienten upplever. IVA-sjuksköterskor ansträngde sig för att presentera en realistisk bild av patienten som ”person” för de anhöriga. IVA-sjuksköterskorna i den ovannämnda studien bekymrade sig för att de anhöriga inte förstod innebörden av medicinska val och behandlingar som var aktuella för patienten. Följaktligen kände sig IVA-sjuksköterskorna i studien ett moraliskt tvång att klargöra för familjen vad den ”tysta” patienten upplevde som följd av IVA-sjuksköterskornas dagliga ingripanden.

“I didn’t ask her to leave when I was doing various things. I didn’t want to scare her [the daughter], but she needed to see what was happening – the suctioning, turning...”
(McBride Robichaux & Clark, 2006, s. 486)

Även i en studie av McSteen och Peden-McAlpine (2006) lyftes det fram att IVA-sjuksköterskan ansåg sig själv som förmedlare och viktig länk mellan anhöriga och vårdteam med uppgiften att se till att alla berörda parter var införstådda med mål och vårdplan för patienten.

MORALISK STRESS

IVA-sjuksköterskor upplevde komplexa situationer som inblandar flera moraliska konflikter, där två eller flera moraliska värderingar krockar. Gutierrez (2005) skriver om en IVA-sjuksköterska uttryckte sig angående en patient, som hon ansåg fick överdriven medicinsk aggressiv behandling (Gutierrez, 2005):

“The rhythm, finally, that (the patient) had was agonal... It didn’t make sense to keep having the ventilator keep pumping up and down when his respiratory rate was about what his heart rate was.” (Gutierrez, 2005, s. 232)

IVA-sjuksköterskor kände sig besvärade när de ansåg att det spenderades för mycket pengar och gick åt för mycket av sjukhusets resurser på patienter som inte hjälptes av det. Vid andra tillfällen respekterades inte patientens önskemål angående livsuppehållande åtgärder av läkaren, ansåg IVA-sjuksköterskan. Patienternas vilja respekterades inte och de fick inte korrekt information angående risker och fördelar med behandlingen de fick (a.a.).

Moraliska bedömningar baseras på moraliska värden eller principer som har företräde framför andra värderingar och principer i en moralisk konflikt, enligt Gutierrez (2005). Majoriteten av IVA-sjuksköterskorna i denna studie ansåg att återupplivning inte borde vidtas vid hjärtstillestånd och andningsstillestånd. IVA-sjuksköterskorna identifierade olikartade behandlingsmål för patienten som det främst återkommande hindret för att lösa moraliska konflikter. Patienten, anhöriga, läkare och IVA-sjuksköterska kunde inte komma överrens om vad som var bäst för patienten (a.a.).

“... and our job isn’t necessarily to keep them alive, our job is to help them to die with some dignity. And the physician’s goals are strictly to keep them alive.” (Gutierrez, 2005, s. 234)

McBride Robichaux och Clark (2006) visade i sin studie att deltagare uttryckte ilska, skuld och förtvivlan när de kände moralisk skyldighet och ansvar, men kunde inte ändra det som hände. Även i denna studie uttryckte deltagarna frustration över utnyttjandet av resurser som inte gjorde nytta.

“I felt so tired for her, and I would never have my loved one like that. But our hands were tied.”
(McBride Robichaux & Clark, 2006, s. 486)

En känsla av pessimism upplevdes när IVA-sjuksköterskorna utförde omvårdnadshandlingar som kränkte patienters värdighet och orsakade dem meningslöst lidande. Att vara nära lidande patienter ledde till att även IVA-sjuksköterskorna led. De ansvariga IVA-sjuksköterskorna kände sig stressade och sårade när andra IVA-sjuksköterskor konfronterade dem med skepticism angående den omvårdnad de gav till patienterna (Hov, Hedelin & Athlin, 2006).

I en studie gjord på IVA-sjuksköterskor och läkare i Canada (Oberle & Hughes, 2001) visade det sig att IVA-sjuksköterskorna upplevde moralisk stress i osäkra situationer där de trodde att fel metod utövades och att de bidrog till patientens lidande. IVA-sjuksköterskorna hade en tendens att döma läkarnas beslut och kände stress när patientens lidande ökade bara för att läkaren inte kunde ”skriva rätt åtgärd”. Dålig kommunikation visade sig vara en stor källa till stress. IVA-sjuksköterskorna oroade sig för att anhöriga och patienter inte fick rätt och tillräckligt med information av läkarna. Både läkare och IVA-sjuksköterskor uttryckte att bättre och ömsesidig kommunikation skulle lösa många problem.

I en australiensisk studie (Halcomb, Daly, Jackson & Davidson, 2004) gjord på tio IVA-sjuksköterskor kom författarna fram till att deltagarna var oroliga för att de orsakade onödigt lidande hos både patienter och anhöriga då aggressiv medicinsk behandling tillämpades. IVA-sjuksköterskorna ville reducera lidandet som orsakades av falska förhoppningar och de ekonomiska kostnader som innebar att ha en sjuk familjemedlem.

“you’ve got to try and help them and pick them up when you sort of are almost feeling as bad yourself and are a little bit upset”.
(Halcomb et al., 2004, s. 219)

IVA-sjuksköterskan kan skadas på grund av en psykologisk smärta när de tror att de förorsakar patienten, och deras anhöriga, lidande. Detta kan leda till att IVA-sjuksköterskor börjar tvivla på sin yrkeseffektivitet. Denna smärta kan i sin tur leda till stress och utbrändhet bland IVA-sjuksköterskorna (a.a.).

BRIST PÅ INFLYTANDE

Utöver känslan av moraliskt tvång upplevdes även en brist på inflytande i beslutsprocessen angående livsuppehållande vård. Oberle och Hughes (2001) visade i sin kanadensiska studie, som inblandar både läkare och IVA-sjuksköterskor, att båda parter var mycket bekymrade över beslutsprocessen angående livsuppehållande vård. Däremot, eftersom det inte var IVA-sjuksköterskornas ansvar att fatta beslutet, bekymrade de sig främst för hur och varför dessa beslut fattades överhuvudtaget. IVA-sjuksköterskorna i denna studie upplevde att de etiska problem som uppstod i samband med beslut kring livsuppehållande vård, berodde på deras ”lägre” position i sjukhushierarkin. Upplevelserna var bland andra att inte bli hörd av läkarna, att förväntas hålla tyst när det ansågs att fel beslut hade fattats och att inte kunna påverka beslut trots professionell bedömning. På grund av detta kunde inte IVA-sjuksköterskorna agera moralenligt (a.a.).

Enligt Hov et al. (2006) spenderade IVA-sjuksköterskor mycket tid med patienterna och upptäcker och lägger märke till mycket som läkarna inte har möjlighet till att göra. IVA-sjuksköterskorna upplevde dock att läkarna lyssnade på dem endast någon gång då och då, trots att de kunde, med sin erfarenhet och kunskap, bidra till beslutsprocessen angående patientens behandling.

“It is the surgeons and the internists who are responsible for the treatment. They often show little understanding for what we see. What we nurses try to discuss is brushed aside in a way.”
(Hov et al., 2006, s. 208)

Vidare kom Hov et al. (2006) fram till att för IVA-sjuksköterskorna var det oerhört viktigt att förmedla till läkaren vad symptom och behandling betydde för patienten och anhöriga. Men enligt IVA-sjuksköterskorna ville inte läkarna alltid ta del av denna information eftersom IVA-sjuksköterskor och läkare ”tänker olika”. Trots detta delade IVA-sjuksköterskorna i denna studie med sig av information angående patienten till läkarna oavsett om de bad om den eller inte. Det fanns inga formella möten mellan IVA-sjuksköterskor och läkare angående patienternas behandling och därför närvarade IVA-sjuksköterskorna på möten mellan läkarna istället och gav synpunkter. Ibland kände de sig välkomna och ibland blev de sårade och missförstådda. Dock kände de sig oerhört stolta över att ha kämpat för vad de ansåg var för patientens bästa (a.a.).

Halcomb et al. (2004) beskrev att IVA-sjuksköterskor ansåg att missförstånd och konflikter uppstod på grund av deras roll i beslutsprocessen angående begränsning av livsuppehållande vård. Läkarna uteslöt IVA-sjuksköterskorna från beslutsprocessen och utformningen av vårdplanen och när beslutet fattades att livsuppehållande vård skulle avslutas, fick IVA-sjuksköterskorna istället ta hand om döendeprocessen.

“The mind your business and I’ll make the decision, then they make their decision or have the family make the decision... and then leave you to deal with it... they do it all the time...”
(Halcomb et al., 2004, s. 218)

Den sociala hierarkin inom vårdteamet hindrade därmed IVA-sjuksköterskan från att delta i beslutsprocessen (a.a.).

Halcomb et al. (2004) skrev vidare att ansvaret som IVA-sjuksköterskorna har upplevdes som en börda. Läkarna kunde nås via telefon när som helst, men IVA-sjuksköterskorna var motvilliga för att ringa dem mitt i natten. Och när de väl ringde var det svårt att förmedla situationen via telefon. När IVA-sjuksköterskorna var ensamma var de oroliga för att missa något viktigt tecken hos patienten, vilket kunde leda till dödliga konsekvenser. Därför kände IVA-sjuksköterskorna sig förpliktigade till att utföra sådana uppgifter som låg utanför deras ansvarsområde, vilket upplevdes som ”för mycket ansvar” på ensam hand. Trots detta ansvar uteslöts IVA-sjuksköterskor från diskussioner angående beslut om fortsatt behandling.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Urval av artiklar

Databaserna CINAHL, Academic Search Elite, Medline och sökmotorn Google Scholar används för att hämta vetenskapliga artiklar. Endast CINAHL är vårdvetenskapligt inriktad. Om fler vårdvetenskapliga databaser används, kan möjligtvis fler och bättre lämpade artiklar hittas. Författarna till denna studie väljer att fokusera på varsin databas, vilket kan ha påverka urvalet av artiklar.

Artiklarna är publicerade under senare tid (2000-2007), vilket gör att den nyaste forskningen blir analyserad och presenterad. Artiklarna som väljs är enbart på engelska vilket kan leda till att vissa feltolkningar och fel vid översättning kan göras. Endast kvalitativa artiklar anses vara passande för det valda syftet eftersom upplevelser hos IVA-sjuksköterskor belyses. Antalet artiklar som används till resultatet blir sex, vilket upplevs som lämpligt antal med avseende på den tidsram som finns till vårt förfogande. Om antalet artiklar vore större, skulle eventuellt vårt resultat bli annorlunda. Artiklar om intensivvård av individer under 18 års ålder utesluts ur studien för att det anses vara mer komplicerat eftersom ett barn inte har rätten till självbestämmande. Därmed skulle etiska dilemman, som uppstår i samband med livsuppehållande vård, eventuellt vara av annorlunda karaktär.

Denna studie väljs att göras utifrån IVA-sjuksköterskans perspektiv. Det finns flera områden där sjuksköterskor vårdar döende patienter; hospice, sjukhem och på intensivvårdsavdelningar på sjukhus. Mitchell, Sakraida, Dysart-Gale och Gadmer (2006) refererar till Plante och Bourchard som i sin studie kommer fram till att hospice- och palliativsjuksköterskor, vilka har mer träning och stöd i att hantera döende patienter än vad sjuksköterskor som jobbar inom slutenvård har, upplever mindre stress och utbrändhet i yrkeslivet och får en större tillfredsställelse av arbetet. Därför valde vi att fokusera oss på sjuksköterskor inom slutenvård. Vi vill samtidigt utforska detta ämne utifrån ett etiskt perspektiv. Larsson och Rubertsson (2005) skriver att etiska konflikter kan uppstå inom intensivvården i enskilda fall där intensivvårdens negativa effekter måste vägas mot de positiva. Därför valde vi att fokusera på IVA-sjuksköterskans upplevelser av etiska dilemman.

Tyvärr har det inte varit möjligt att fokusera på IVA-sjuksköterskor i Sverige eftersom vi inte lyckats få fram tillräckligt med material i detta ämne. Istället fokuserar vi på olika IVA-sjuksköterskors upplevelser från fyra olika länder i tre olika världsdelar. Genom att välja artiklar från olika länder och inte enbart från ett land, får vi fram ett bredare men samtidigt ytligare perspektiv på IVA-sjuksköterskors upplevelser. Om ett land väljs finns det större möjlighet att fördjupa sig i det valda ämnet och eventuellt göra andra upptäckter som är specifikt för det landet och dess kultur. Men i sådana fall är det samtidigt väldigt svårt att diskutera kring överförbarheten av resultatet till Sverige, eftersom det då är komplicerat att generalisera IVA-sjuksköterskors upplevelser på grund av skillnader i lagstiftning, hierarkisk kultur på sjukhus med mera.

Artikelgranskning

I artiklarna används intervjuer för att få fram IVA-sjuksköterskors upplevelser. I vissa av artiklarna används semi-strukturerade intervjuer och i andra ostrukturerade intervjuer med öppna frågor, både i grupp och individuellt. Samtidigt använder sig författarna till studierna av olika analysmetoder. Trots detta kommer författarna fram till likvärdiga upplevelser hos deltagarna. Detta bidrar till en hög reliabilitet hos artiklarna som väljs till denna studie.

Tyvärr var deltagarantalet i varje studie lågt, mellan sju och fjorton, och bestod enbart av kvinnor med undantag av en artikel. Om studierna hade bestått av en jämn fördelning hos deltagare av båda könen hade möjligtvis resultatet blivit annorlunda. Kvinnor var överrepresenterade i alla valda artiklar. Antalet länder, där studierna är utförda, kan vara en begränsning av möjligheten att generalisera IVA-sjuksköterskans upplevelser i allmänhet. Samtidigt uppnås en god validitet eftersom mer än ett land ingick i studien, vilket breddar perspektivet med avseende på tidigare nämnda faktorer.

Arbetslivserfarenheten hos deltagarna i studien varierar kraftigt, 2-28 år inom sjuksköterskeyrket, vilket bidrar till att en större variation av upplevelser framkommer.

Analysmetod

Studien genomförs som en systematisk litteraturstudie, vilket innebär att utgå från en tydligt formulerad fråga som besvaras systematiskt genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2003). Analysmetod, inspirerad av Graneheim och Lundman (2004), visar sig vara användbar för att nå syftet med studien. Denna metod består av flera enkla steg som beskriver hur resultatet ska analyseras, vilket gör det lätt att arbeta med metoden. I början är det svårt att förstå vad kategorier, meningsenheter och teman är överhuvudtaget och ännu svårare är det att komma igång. Men när syftet för studien klarnar, blir det enklare att ta ut meningsenheter och skapa kategorier utifrån dem, eftersom det blir tydligt vad som ska letas efter och fokuseras på.

Tillvägagångssätt

De vetenskapliga artiklarna granskas och analyseras, både individuellt och gemensamt, vilket gör att riskerna, för en subjektiv bedömning och att viktig fakta ska gå förlorad, minimeras. Båda författarna till denna studie läser och tar ut meningsbärande enheter, oberoende av varandra, och därefter jämför dessa och kommer fram till likartade resultat. Att studien utförs av två författare kan vara till en fördel då artiklarna kan tolkas på två sätt och från olika synvinklar. En nackdel kan vara att författarna till denna studie är i samma ålder och oerfarna gällande sjukvård. Samtidigt så väljs det att fokuseras på upplevelser hos IVA-sjuksköterskor, trots att författarna inte erhåller någon större kunskap inom detta område. Det kan därför vara svårt att förstå IVA-sjuksköterskornas upplevelser av etiska dilemman på grund av en brist på erfarenhet. Detta kan bidra till att de valda artiklarna analyseras otillräckligt. Å andra sidan kan oerfarenheten bidra till en objektiv synvinkel utan några förutfattade meningar angående ämnet.

RESULTATDISKUSSION

Som det framkommer i vårt resultat visar det sig att IVA-sjuksköterskan upplever ett ansvar att fungera som patientens företrädare och vägleda dem för att de själva ska kunna fatta svåra beslut. I vissa situationer behöver patienten IVA-sjuksköterskans stöd för att uppnå det de vill i livets slutskede (McSteen & Peden-McAlpine, 2006). Eriksson (1995) betonar att i vårdandet är det viktigt att se verkligheten ur patientens perspektiv. Vårdaren ser på patienten med en *etisk blick* och förstår vad denne önskar. Det är vad IVA-sjuksköterskorna gör enligt vår studie. Genom att företräda patienten, tar IVA-sjuksköterskan reda på patientens önskemål och dennes möjligheter för att uppfylla dem.

I en annan studie (Scherer, Jezewski, Graves, Wu & Bu, 2006), som belyser IVA-sjuksköterskors upplevelser och förhållningssätt gentemot beslut i livets slutskede, kommer författarna fram till att deltagarna anser sig vara patientens företrädare. Eriksson (1995) menar att detta förhållningssätt uppkommer medvetet eller omedvetet då IVA-sjuksköterskan tar ett ansvar för patienten, d.v.s. när IVA-sjuksköterskorna tar sig an rollen som företrädare.

Georges och Grypdonck (2002) refererar i sin översiktsartikel till Maeve som beskriver att IVA-sjuksköterskor strävar efter att göra det rätta för patienten genom en moralisk medvetenhet som gör att IVA-sjuksköterskor kan inta rollen som patientföreträdare till fullo. Majoriteten av IVA-sjuksköterskorna som deltog i studien är överrens om att IVA-sjuksköterskan bör respektera patientens önskemål, även om dessa inte är i enlighet med IVA-sjuksköterskans egna åsikter. Även Jezuit (2000) skriver att IVA-sjuksköterskor känner ett enhetligt ansvar för att upprätthålla patientens moraliska värderingar. Trots att varje individ

bär med sig egna värderingar och erfarenheter var IVA-sjuksköterskorna mer än villiga att lägga sin egen moraliska ståndpunkt vid sidan om för att istället tillgodose patientens.

Denna osjälviskhet kan kopplas till Humes påstående om att all moral baseras på en naturligt given sympati hos människan (Grøn et al., 1995). Enligt Humes teori påverkas IVA-sjuksköterskor av patienterna, vilket ger upphov till känslor som skapar motiven för deras handlingar. Dessa känslor bidrar till att deras handlingar blir moraliskt goda. Konsekvensen av att lägga sina egna moraliska värderingar vid sidan är att patientens moraliska värderingar kan upprätthållas istället, vilket gör att denna handling anses, enligt IVA-sjuksköterskorna, som moraliskt god (Fløistad, 1994). Även Eriksson (1995) tar upp ansvars känsla hos vårdaren. Enligt denna teori grundar sig denna ansvars känsla i kärlek och barmhärtighet för patienten. IVA-sjuksköterskan accepterar ett inre ansvar, som utvecklats ur en inre etik, som Eriksson menar kräver en viss uppoffring. Jezuit (2000) beskriver i sin studie att IVA-sjuksköterskorna lägger sina moraliska synpunkter vid sidan för att patientens åsikt och vilja ska respekteras. IVA-sjuksköterskorna offrar därmed sin moral för patientens skull.

Jezuit (2000) menar att denna uppoffring hos IVA-sjuksköterskan, att lägga sina egna moraliska värderingar åt sidan, kan leda till moralisk stress eftersom att de kan ha svårigheter med sin yrkesutövning som IVA-sjuksköterskor då deras egna moraliska värderingar försummas. Moralisk stress beskrivs av Georges och Grypdonck (2002) som omöjligheten att utföra en handling på grund av institutionella eller andra hinder, vilka gör det svårt att fullfölja den önskvärda metoden. Denna stress kan, enligt Jezuit (2000), leda till känslor som ilska, förbittring, skuld frustration eller sorg.

Skuld och ansvar hör samman enligt Eriksson (1995). När en människa, i detta fall IVA-sjuksköterskan, tar ett personligt ansvar kan det leda till att individen känner skuld över det som är gjort eller inte gjort. Skulden som IVA-sjuksköterskor känner, vilket är ett resultat av att inte kunna göra det som anses som moraliskt rätt, kan leda till moralisk stress. Det visar sig i vårt resultat att IVA-sjuksköterskor upplever just dessa känslor, som frustration och ilska, vid situationer som inblandar livsuppehållande vård. Exempelvis uppstår dessa känslor när sjukhusets resurser inte bidrar till patientens tillfrisknande eller när patientens önskemål inte respekteras av de andra i vårdteamet (Gutierrez, 2005). Intervjuade IVA-sjuksköterskor i en annan studie (Beckstrand, Clark Callister & Kirchhoff, 2006) uttrycker frustration över fortsatt aggressiv medicinsk behandling när det endast fanns lite hopp för patientens överlevnad. Jezuit (2000) menar att medicinens mål skiljer sig fortfarande från omvårdnadens mål vilket kan leda till IVA-sjuksköterskans "lidande".

Flera studier som presenteras i resultatet (Beckstrand et al., 2006; Gutierrez, 2005; Halcomb, Daly, Jackson & Davidson, 2004), visar att de deltagande IVA-sjuksköterskorna känner att de orsakade patienten onödigt lidande när överdriven aggressiv medicinsk behandling tillämpades. Oberle och Hughes (2001) kommer fram till att IVA-sjuksköterskorna i studien har en tendens att ifrågasätta läkarnas beslut, som de anser orsakar patientens lidande. Detta tydliggörs även enligt Beckstrand et al. (2006), där de medverkande anser att läkaren baserar beslut på sina egna behov än på patientens. Denna meningsskiljaktighet kan, enligt Humes (1998) teori, bero på att IVA-sjuksköterskor och läkare har tillgång till olika information samt att sjuksköterskeyrket och läkaryrket tillämpar olika metoder för att nå sina mål.

Tydligt framträdande i resultatet i vår studie är att IVA-sjuksköterskor känner sig utanför beslutsprocessen angående livsuppehållande vård, trots mångårig erfarenhet och bred kunskap (Hov, Hedelin & Athlin, 2006).

På grund av brist på deltagande kan inte IVA-sjuksköterskorna agera moralenligt (Oberle & Hughes, 2006). Läkarna och sjuksköterskorna har inga formella möten där de kan utbyta information angående patienten (Hov et al., 2006). När beslut om att avsluta patientens livsuppehållande vård fattats, får IVA-sjuksköterskorna istället ta hand om döendeprocessen (Halcomb et al., 2004). IVA-sjuksköterskors bristande deltagande i beslutsprocessen betonas av Georges och Grypdonck (2002), som menar att det finns många studier som visar att IVA-sjuksköterskor känner en bristande auktoritet och medverkan i beslut om behandling, vilket leder till att de måste svika sina egna värderingar inom omvårdnad. IVA-sjuksköterskorna känner inget inflytande i situationen på grund av en låg hierarkisk position på sjukhuset, vilket i sin tur kan påverka IVA-sjuksköterskans roll som patientföreträdare. Denna brist på inflytande kan leda till att IVA-sjuksköterskorna distanserar sig själva från patienten och de uppfattar därmed inte de moraliska problemen som svåra längre.

I vårt resultat belyser vi IVA-sjuksköterskors upplevelser från olika länder, där lagar, bestämmelser, sjukhuskultur med mera skiljer sig mycket. IVA-sjuksköterskans upplevelser är ganska snarlika trots ovannämnda skillnader. David Hume (1998) säger att när människor befinner sig under samma omständigheter har dessa människor samma moraliska känslor och når samma moraliska bedömningar. Alla människor har en av naturen given sympati för andra människor. Detta påstående kan eventuellt förklara varför IVA-sjuksköterskor i fyra olika länder upplever etiskt svåra situationer liknande. Sverige ingår inte i dessa fyra länder och då är frågan om detta resultat är överförbart till den svenska intensivvården. Om sjukhuskulturen i Sverige är snarlik kulturen på sjukhusen i de andra länderna är det en stor möjlighet att samma resultat kan nås i studie gjord på svensk forskning och svenska artiklar, då många av IVA-sjuksköterskornas upplevelser, i denna studie, kring etiska dilemman, visar sig vara baserade på sjukhuskultur och hierarkiska positioner. Enligt Eriksson (1995) är etiska grundvärden bundna till den kultur och samhälle där individen befinner sig. I sådana fall påverkas IVA-sjuksköterskors etiska grundvärden av sjukhuskulturen i det land de befinner sig i.

KONKLUSION

Det framkom väldigt tydligt i denna studie att IVA-sjuksköterskan anser patientföreträdandet som en grundläggande och viktig del av sitt yrke. Patientens önskemål går före IVA-sjuksköterskans egna åsikter. Samtidigt så kan det hända att IVA-sjuksköterskans och patientens åsikter inte sammanfaller, men då har IVA-sjuksköterskan samma ansvar som innan, nämligen att företräda patienten och dennes vilja och önskemål. IVA-sjuksköterskorna känner ett viktigt ansvar för att framföra patientens önskemål. Vi anser att denna inställning kan var osund i längden med avseende på IVA-sjuksköterskans psykiska hälsa. IVA-sjuksköterskans identitet och karaktär riskerar att gå förlorade om moraliska värderingar och principer hos den egna individen försummas under en längre tid. Även om IVA-sjuksköterskan inte kan uttrycka sina åsikter fritt så kan han/hon åtminstone prata om dem med sina kollegor.

Intensivvård går inte enbart ut på att vara lyhörd för patientens önskemål, utan även att rädda liv, men när detta inte längre är möjligt, ändras målet till att ge en så god och värdig död som möjligt. Denna ändring av mål bidrar i sin tur till ett behov av byte av inställning hos IVA-sjuksköterskan. Helt plötsligt måste denna person och vårdare innerst inne acceptera att patienten kommer att dö oavsett vad som görs, vilket kan leda till känslomässig stress. En persons yrkesliv ska vara uppbyggt av det individen i fråga tror på innerst inne, men går IVA-sjuksköterskan till jobbet och utför något som inte anses vara rätt och går emot sin

moral, kan vardagen bli tung och tröttsam. IVA-sjuksköterskan kan då uppleva stress, en moralisk stress. IVA-sjuksköterskan kan inte göra det anses vara rätt och bäst för patienten, vilket eventuellt kan leda till bristande kvalitet i vården. Nya tankar som genast uppkommer är vad dessa känslor kan leda till för konsekvenser. Kan detta leda till utbrändhet på jobbet? Är det så att IVA-sjuksköterskan kanske funderar på att byta till ett annat område inom omvårdnad? Eller lämna sjukvården helt och hållet?

IVA-sjuksköterskorna upplevde en känsla av utanförskap gällande beslutsprocessen. Vi anser att regelbundna möten mellan inblandade parter; läkare, IVA-sjuksköterska, anhöriga och eventuellt andra sjukvårdsspecialister som sjukgymnast, skulle kunna bidra till att underlätta IVA-sjuksköterskans arbete. Möten skulle även bidra till att IVA-sjuksköterskor får en aktiv roll i beslutsprocessen. Tyvärr framgår det av denna studie att IVA-sjuksköterskor inte har den aktiva rollen.

REFERENSER

- Adam, S. K., & Osborne, S. (2005). *Clinical Care Nursing – Science and Practice* (2nd ed.). New York: Oxford University Press Inc.
- Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik* (2:a rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (Red.). (2005). *Palliativ medicin* (3:e rev. uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Beckstrand, R.L., Clark Callister, L., & Kirchhoff, K.T. (2006). Providing a “Good Death”: Critical Care Nurses’ Suggestions for Improving End-of-Life Care. *American Journal of Critical Care*, 15, 38-46.
- Dybwik, K. (1997). *Respiratorbehandling*. Stockholm: Universitetsforlaget.
- Eklund, J., Westermark, L., & Wåhlin, Å. (1991). *Intensivvård* (5:e rev. uppl.). Värnamo: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, K. Red. (1995). *Mot en caritativ vårdetik*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Fløistad, G. (1994). *Filosofi och vetenskap 2*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fry, S., & Johnstone, M-J. (2002). *Ethics in Nursing Practice* (2nd ed.). Malden, MA: Blackwell Science Ltd.
- Georges, J-J., & Grypdonck, M. (2002). Moral Problems Experienced by Nurses when Caring for Terminally Ill People: a literature review. *Nursing Ethics*, 9, 155-178.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grøn, A., Husted, J., Lübcke, P., Alstrup Rasmussen, S., Sandøe, P., Stefansen, N.C., & Bengtsson, J. (1995). *Filosofilexikonet* (3:e rev. uppl.). Borås: Centraltryckeriet.
- Gustavsson, L. Malmö Högskola. http://www.mah.se/templates/Page_22092.aspx
Senast reviderad 2007-01-12 Sidan besöktes 2007-04-05
- Gutierrez, K.M (2005). Critical Care Nurses’ Perceptions of and Responses to Moral Distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24, 229-241.

Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 214-222.

Hansson, K. (Red.). (2006). *Etiska utmaningar i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2006). Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 203-211.

Hume, D. (Red. Tom L. Beauchamp). (1998). *An Enquiry concerning the Principles of Morals*. New York: Oxford University Press Inc.

Hälso- och sjukvårdslag. (1982:763). *Författningshandboken 2007*. Stockholm: Liber AB.

Jezuit, D. L. (2000). Suffering of Critical Care Nurses With End-of-Life Decisions. *MEDSURG Nursing*, 9, 145-152.

Kalkas, H., & Sarvimäki, A. (2002). *Omvårdnadsetikens grunder (3:e rev uppl.)*. Stockholm: Liber AB.

Larsson, A., & Rubertsson, S. (Red.). (2005). *Intensivvård*. Stockholm: Liber AB.

Malmsten, K. (Red.). (2007.) *Etik i basal omvårdnad (2:a rev. uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

McBride Robichaux, C., & Clark, A.P. (2006). Practice of Expert Critical Care Nurses in Situations of Prognostic Conflict at the End of Life. *American Journal of Critical Care*, 15, 480-491.

McSteen, K., & Peden-McAlpine, C. (2006). The Role of the Nurse as Advocate in Ethically Difficult Situations with Dying Patients. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 8, 259-269.

Mitchell, A.M., Sakraida, T.J., Dysart-Gale, D., & Gadmer, N. (2006). Nurses' Narratives of End-of-Life Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8, 210-221.

Oberle, K. & Hughes, D. (2001). Doctors' and Nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 707-715.

Scherer, Y., Jezewski, M. A., Graves, B., Wu, B. Y-W., & Bu, X. (2006). Advance Directives and End-of-Life Decision Making. *Critical Care Nurse*, 26, 30-40.

Setzer, V.W. [www dokument] <http://www.livet.se/ord/kategori/Etik/15>

Sidans upphovsman: Pex Tufvesson; Sidan senast uppdaterad: 2007

Sidan besöktes: 2007-04-23

Socialstyrelsen. (1992). *Allmänna råd från socialstyrelsen 1992:2. Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Ternstedt, B-M. (1998). *Livet pågår!: om vård av döende*. Stockholm: Vårdförbundet.

Världshälsoorganisationen, WHO, (2007). [www dokument]
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
Sidan besöktes: 2007-05-23

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad* (2:a rev.uppl.)
Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1.

Tabell 2 : Presentation av resultatartiklar

Författare & Publ. År / Land	Titel & Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
Gutierrez, K.M 2005, USA	Critical Care Nurses' Perceptions of and Responses to Moral Distress <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i>	Att öka förståelse för IVA-sjuksköterskors erfarenheter av moraliska konflikter som orsakar kriser.	Kvalitativ Intervju med 12 IVA-sjuksköterskor	Sjuksköterskor ansåg att det fanns flertal olika situationer som gav upphov till moraliska konflikter. Dessa var bland andra: Överdrivet aggressivt medicinsk behandling till vissa patienter, olämpligt utnyttjande av hälsoresurser, brist på respekt för patienters önskan och otillräckligt med information till anhöriga.
Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., Davidson, P. 2004, Australien	An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/ withholding of treatment in the ICU <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>	Att utforska IVA-sjuksköterskors upplevelser av vård av patienter med livsuppehållande åtgärder samt att öka uppmärksamhet och förståelse om detta hos annan sjukvårdspersonal.	Kvalitativ Intervjuer med 10 IVA-sjuksköterskor	Fem teman uppstod, vilka belyser sjuksköterskors upplevelser. Dessa var: Tröst och vård, spändhet och konflikt, inte tillfoga skada, sjuksköterska-familj-relation, osynligt sörjande och lidande.
Hov, R., Hedelin, B., Athlin, E. 2006, Norge	Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Att få en djupare förståelse för hur det är att vara en IVA-sjuksköterska i situationer relaterade till livsuppehållande åtgärder.	Kvalitativ Grupp-intervjuer med 14 IVA-sjuksköterskor	Fyra olika teman som fångar sjuksköterskans upplevelser uppstod i denna studie. Sjuksköterskorna upplevde ensamhet i ansvarstagande, växlande mellan optimism och pessimism, osäkerhet, och professionell stolthet trots begränsat stöd.

<p>McBride Robichaux, C., Clark, A.P.</p> <p>2006, USA</p>	<p>Practice of Expert Critical Care Nurses in Situations of Prognostic Conflict at the End of Life</p> <p><i>American Journal of Critical Care</i></p>	<p>Att utforska IVA-sjuksköterskors yrkesutövning vid konflikter i livets slutskede och att beskriva vidtagna åtgärder när sjuksköterskor inte anser att aggressiv medicinsk behandling är befogad.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Intervju med 21 IVA-sjuksköterskor</p>	<p>Tre återkommande teman uppstod: skydda och företräda patienten, framlägga en realistisk bild av det aktuella läget och upplevelse av frustration och känsla av undergivenhet.</p>
<p>McSteen, K., Peden-McAlpine, C.</p> <p>2006, USA</p>	<p>The Role of the Nurse as Advocate in Ethically Difficult Situations With Dying Patients</p> <p><i>Journal of Hospice and Palliative Care</i></p>	<p>Att identifiera och illustrera hur expert-sjuksköterskor agerar som försvarare för döende patienter i etiskt svåra situationer.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Intervju med 7 sjuksköterskor, varav 4 är IVA-sjuksköterskor</p>	<p>Tre teman uppstod: Agera som guide under övergång i livets slutskede, agera som förbindelse mellan hälsopersonal och anhöriga och stödja meningen med sjukdomen inför patient och familj</p>
<p>Oberle, K., Hughes, D.</p> <p>2001, Canada</p>	<p>Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>Att identifiera och jämföra läkares och sjuksköterskors uppfattningar av etiska problem.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Intervju med 7 läkare och 14 IVA-sjuksköterskor</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde det som väldigt svårt att se patienter lida. Osäkerhet över vad för slags behandling som var bäst för patienten gav upphov till moralisk kris. Konkurrerande värderingar, hierarkiska processer, otillräckliga resurser och kommunikations-svårigheter var tydliga teman.</p>

BILAGA 2.

Tabell 3 : Sökresultat i databasen CINAHL

Begränsningar : Language – english, swedish, norwegian; Year: 2000-2007; Peer-Reviewed.

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal utvalda	Titel på vald artikel
061212	Ethics, Life Support Care, Nursing Care	27	1	Practice of Expert Critical Care Nurses in Situations of Prognostic Conflict at the End-of-Life* (3)
070326	Ethics Nursing, Terminal Care, NOT Child	103	1	Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions* (80)
070403	Critical Care Nursing, Terminal Care, NOT Child	122	1	Suffering of Critical Care Nurses With End-of-Life Decisions (114)

(x) = Nummer på vald artikel i databasens sökresultat.

* = Artiklar som ingår i resultatet.

Tabell 4 : Sökresultat i databasen Academic Search Elite

Begränsningar: Year 2000-2007; Peer-Reviewed; Full text.

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal utvalda	Titel på vald artikel
070327	Ethics, Nurses, Terminal Care	25	2	The Role of the Nurse as Advocate in Ethically Difficult Care Situations With Dying Patients* (2) Moral Problems Experienced by Nurses when Caring for Terminally Ill People: a literature review (20)
070328	Nurses, Terminal Care, NOT Children	184	1	Nurses' Narratives of End-of-Life Care (34)
070329	Intensive Care Nursing, Terminal Care	13	1	Advance Directives and End-of-Life Decision Making (2)

(x) = Nummer på vald artikel i databasens sökresultat.

* = Artiklar som ingår i resultatet.

Tabell 5 : Sökresultat i databasen Medline

Begränsningar : Language - english, swedish, norwegian; Year: 2000-2007.

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal utvalda	Titel på vald artikel
070330	Critical Care, Nursing, Terminal Care	96	1	An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU* (50)
070403	Intensive Care, Nurses, Life Support Care	35	1	Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment* (3)
070403	Critical Care, Nursing, Ethics Nursing	87	1	Critical Care Nurses' Perceptions of and Responses to Moral Distress* (30)

(x) = Nummer på vald artikel i databasens sökresultat.

* = Artiklar som ingår i resultatet.

Tabell 6 : Sökresultat i sökmotorn Google Scholar

Begränsningar: Artiklar publicerade i *American Journal of Critical Care*; Årtal: 2000-2007.

Datum	Sökord	Antal träffar	Antal utvalda	Titel på vald artikel
070402	Critical Care, End of Life Care, Nurses, Obstacles	16	1	Providing a "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions for Improving End-of-Life Care (5)

(x) = Nummer på vald artikel i databasens sökresultat.