



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Avstå eller avbryta livsuppehållande behandling

- Intensivvårdssjuksköterskans delaktighet i  
beslutsprocessen

*Yvonne Alderman Andersson*  
*Maj 2009*

Examensarbete 15 hp Avancerad nivå

Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning intensivvård 60 hp**

**Handledare: Marja-Leena Kristofferzon, Dagny Melander**

**Examinator: Barbro Wadensten**

## **Abstract**

The purpose of this empirical study was to describe intensive care nurses' experiences of participation in decision-making in withdraw or withhold of life support measures on intensive care unit and ethical difficulties that might arise in these situations. An interview study with qualitative approach was performed. Ten intensive care nurses at a hospital in central Sweden has participated in this interview study. Data were collected through semi-structured interviews. Data were analyzed using qualitative content analysis. Six categories emerged during the analysis: 'participation', 'cooperation in the decision-making', 'different professions perspective', 'useless treatment', 'difficulty making decisions' and 'the nurse's frustration'. The result showed that the nurse did not feel involved in decision-making nor had very little impact on the decision. It also emerged that the continuity and cooperation between doctors and nurses in the decision-making should be improved in order to get the nurses to feel more involved.

**Key words:** withdrawal, life sustaining treatment, intensive care, nurses attitude, ethical.

## **Sammanfattning**

Syftet med denna empiriska studie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av delaktighet i beslutsprocessen vid avbrytande eller avstående av livsuppehållande åtgärder på en intensivvårdsavdelning och de etiska svårigheter som kan uppstå i dessa situationer. Författaren till studien har valt att göra en intervjustudie med kvalitativ ansats. Tio intensivvårdssjuksköterskor på ett medelstort sjukhus i Mellansverige har deltagit i denna intervjustudie. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Data analyserades genom att använda kvalitativ innehållsanalys. Sex kategorier framkom under analysarbetet: 'delaktighet', 'samarbete i beslutsprocessen', 'olika yrkesprofessioners perspektiv', 'meningslös behandling', 'svårigheter att ta beslut' och 'sjuksköterskans frustration'. I resultatet framkom att sjuksköterskan inte kände sig delaktig i beslutsprocessen eller hade väldigt liten påverkan på beslutet. Det framkom också att kontinuitet och samarbete mellan läkare och sjuksköterskor i beslutsprocessen borde förbättras för att på så sätt få sjuksköterskorna att känna sig mer delaktiga.

**Nyckelord:** avbrytande, livsuppehållande behandling, intensivvård, sjuksköterskor, etik.

## Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b> .....	1
Etiska riktlinjer för läkare och sjuksköterskor .....	1
Att avsluta livsuppehållande behandling .....	2
Omvårdnad och beslutsprocessen.....	2
Sjuksköterskans medverkan i beslutsprocessen .....	4
Läkarens och sjuksköterskans samverkan .....	5
Problemformulering .....	6
Syfte .....	7
<b>Metod</b> .....	7
Design .....	7
Beskrivning av avdelningen .....	7
Urval .....	7
Datainsamling .....	8
Genomförande .....	9
Dataanalys .....	9
Forskningsetiska överväganden .....	10
<b>Resultat</b> .....	11
Sjuksköterskans upplevelse av delaktighet i beslutsprocessen .....	12
Delaktighet .....	12
<i>Känner ingen delaktighet</i> .....	12
<i>Känner delaktighet</i> .....	13
Samarbete i beslutsprocessen .....	13
Olika yrkesprofessioners perspektiv .....	14
Etiska svårigheter som kunde uppstå i samband med beslut .....	15
Meningslös behandling .....	15
Svårigheter att ta beslut .....	16
<i>Att ta beslut</i> .....	16
<i>Att inte ta beslut</i> .....	16
Sjuksköterskans frustration .....	17
<b>Diskussion</b> .....	18
Huvudresultat .....	18
Resultatdiskussion .....	18
Metoddiskussion .....	21
Klinisk användbarhet .....	23
Slutsats .....	24
<b>Referenser</b> .....	25



## **Introduktion**

När en patient befinner sig i livets slutskede ska beslut tas gällande livsuppehållande behandling och vård. I Sverige finns inga lagar som reglerar dessa beslut, bara riktlinjer som är publicerade av Socialstyrelsen (SOSFS, 1992:2). Med livsuppehållande behandling menas sådan behandling som ges till patient med svåra sjukdomstillstånd eller skador så att vitala funktioner så som andning och cirkulation upprätthålls, samt närings och vätsketillförsel. Detta innebär inte bara intensivvårdsbehandling som till exempel respiratorvård och dialys utan även behandling med antibiotika, blod, cytostatika och parenteral nutrition m.m. Patientens egen önskan är ytterst viktig vid sådana beslut (SOSFS, 1992:2). Det är läkarens ansvar att det blir en diskussion och denna diskussion ska vägledas av patientens önskan. Kan inte patienten delta, ska diskussionen präglas av vad de anhöriga tror är patientens önskan (Silén, Svantesson, & Ahlström, 2008).

## **Etiska riktlinjer för läkare och sjuksköterskor**

I Svenska Läkaresällskapets Etiska riktlinjer (1991) står angivet att läkare har rätt att avstå att ge ventilatorbehandling och liknande avancerad vård om det görs en bedömning att sådan behandling verkar meningslös. Om behandlingen inte längre är kurativ (läkande) ska behandlingen övergå till att vara palliativ (lindrande). Läkaren ska då visa respekt för sjukdomens naturliga förlopp och avstå från vidare insatser.

De första etiska reglerna för sjuksköterskor godkändes i USA 1950. Dessa har utvecklats till en etisk kod som sjuksköterskor arbetar efter internationellt (ICN:s etiska koder). De första internationella etiska reglerna publicerades vid den internationella sjuksköterskeorganisationens, International Council of Nurses (ICN), möte i Brasilien 1953. Reglerna har reviderats och fastställts flera gånger därefter. I reglerna betonas sjuksköterskans självständiga ansvar för beslut som faller inom ramen för den egna yrkesfärdigheten. Det grundläggande ansvaret innebär att sjuksköterskan ska främja hälsa, förebygga ohälsa, återställa hälsa samt minska lidandet (ICN, 2007).

Vid val av behandlingsstrategi ska det valet grunda sig på etiska principer, medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är ingen etisk skillnad mellan att avstå från att inleda en behandling eller att avbryta en redan påbörjad behandling (SFAI, 2007). Det svåra

problemet i vårdandet är att definiera när meningsfull behandling har övergått till att vara meningslös (Svantesson, Sjökvist & Thorsén, 2003).

### **Att avsluta livsuppehållande behandling**

Att vårda patienter i livets slutskede är vanligt förekommande på en intensivvårdsavdelning. Personalen har en skyldighet att bevaka att patienter får dö på ett värdigt sätt och utan onödigt lidande (Sjökvist, Berggren & Cook, 1999). Eutanasi betyder dödshjälp. Med det menas att en patient med en obotlig sjukdom kan få hjälp att avsluta sitt liv (Nationalencyklopedin, 2008). Det är inte tillåtet i Sverige, att genom olika åtgärder orsaka en patients död, även om denne ber om detta. Däremot är allt tillåtet som syftar till att ge patienten ökat välbefinnande och rätt att dö med värdighet (SOSFS, 1992:2).

Kritiskt sjuka patienter är oftast oförmögna att delta i diskussionen om behandlingen ska avbrytas eller om återupplivning ska ske. Läkaren har det lagliga ansvaret för ett sådant beslut, något som inte ingår i sjuksköterskans profession. Däremot har den vårdande intensivvårdssjuksköterskan en känsla för när vården är meningslös vilket berättigar sjuksköterskans medverkan vid diskussioner i livets slutskede (Morgan, 2008). Oftast har läkare och sjuksköterskor liknande åsikter om när vården anses meningslös (Sibbald, Downar & Hawryluck, 2007; Svantesson, Sjökvist, Thorsén & Ahlström, 2006).

En undersökning i Irland (Collins, Phelan, Marsh & Sprung, 2006) visade att läkarna var initiativtagare till en diskussion om att begränsa/avsluta en livsuppehållande behandling. Denna diskussion skedde med väldigt lite inblandning av patienten själv. Däremot kunde de närstående ta initiativet till en sådan diskussion, vilket var vanligare i Irland än i övriga Europa.

### **Omvårdnad och beslutsprocessen**

För att undvika frustration i en vårdgrupp samt för att stärka samhörigheten är det viktigt att alla får komma till tals. Diskussion i teamet och närståendesamtal kan berika beslutsunderlaget. Bara för att ett beslut är taget om begränsningar i den medicinska behandlingen, innebär detta inte att avstå från att ge palliativ medicinsk behandling som till exempel smärtlindring och syrgas (Larsson & Rubertsson, 2005). Ordet palliativ kommer från latinets pallium, som betyder mantel. Med detta menas att omsluta/skydda, det vill säga att lindra patientens lidande (Beck-Fris & Strang, 2005).

I en studie av Hov, Hedelin och Athlin, (2007) framkom att god omvårdnad till en intensivvårdspatient i livets slutskede är beroende av sjuksköterskans förståelse av varje patients speciella situation. God omvårdnad beror på flera grundläggande villkor nämligen kontinuitet, kunskap, kompetens och samarbete. I studien bekräftas att intensivvårdssjuksköterskan är en nyckelperson när det gäller att upprätthålla humaniteten hos patienten i livets slutskede.

Pattison (2006) visade i sin studie att sjuksköterskor har ett ansvar som ombud för de patienter som inte själva kan medverka i den diskussion som innebär en begränsning/avslutande av patientens behandling. Hohenleitner (2002) menade att intensivvårdssjuksköterskor har en viktig roll i beslutsprocessen vid vård i livets slutskede. Sjuksköterskan tillbringar mycket tid vid patientens sida och får ofta en betydelsefull vetskap om patientens och närståendes liv. Hon/han erhåller en annan kunskap om närstående och patient än vad läkaren kan få. Hohenleitner(2002) menade dessutom att eftersom sjuksköterskan har mer kontakt med patienten och närstående, kan de närstående vara mer öppna för henne/honom och våga uttrycka sina känslor. Därför ska sjuksköterskan vara med i beslutsprocessen rörande patientens vård menade Hohenleitner (2002). Att bedriva offensiv behandling till patienter som inte förväntades bli bättre, förorsakade en inre stress hos intensivvårdssjuksköterskor. Etisk stress i arbetssituationer är en allvarsam faktor som bör få omedelbar uppmärksamhet (Elpern, Covert & Kleinpell, 2005).

I en studie av Workman, McKeever, Harvey och Singer (2003) framkom att sjuksköterskor kunde känna frustration när ett beslut drog ut på tiden och när de var tvungna att ge behandling som kändes meningslös. Denna meningslösa behandling skadade patientens värdighet och orsakade onödigt lidande ansåg sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna menade att genom att ge bra information till närstående kunde det leda till att närstående lättare förstod att behandlingen var resultatlös och att de då skulle tillåta begränsningar i den medicinska behandlingen.

I en studie av Calvin, Kite-Powell och Hickey (2007) framkom att sjuksköterskor kände ansvar för att kommunikationen mellan läkare, patient och anhöriga skulle bli bra. Sjuksköterskorna upplevde att de var en viktig länk mellan parterna och att de kände ett ansvar att framföra patientens önskan och försvara patientens rättigheter.



## **Sjuksköterskans medverkan i beslutsprocessen**

Vid en undersökning i Kanada (Hall, Rocker & Murray, 2004) framkom att intensivvårdssjuksköterskor hade en önskan om att vara mer involverade vid diskussioner med närstående angående avbrytande av livsuppehållande behandling. De efterfrågade också tydligare dokumentation när beslut tagits om att avbryta behandlingen.

Heland (2006) fann i sin studie att sjuksköterskorna upplevde att de hade en viktig roll och att de hade något att tillföra i en diskussion före ett beslut, men var också lättade över att de inte behövde ta det yttersta ansvaret för beslutet. Ho, English och Bell, (2005) menade att det fanns skillnader mellan vad läkaren beslutade och vad sjuksköterskan upplevde i en diskussion angående avslut/avstå livsuppehållande vård. Det kunde bero på att sjuksköterskan tillbringade mycket mer tid hos patienten och på så sätt såg patientens lidande mer än vad läkarna gjorde (Ho, et al. 2005). Ho, et al. (2005) menade också att läkarna på allvar borde bli bättre på att inviga sjuksköterskorna i en diskussion där läkarna kunde förklara motivet till sina beslut. Detta skulle kunna medföra att sjuksköterskan kände sig mer delaktig och att hon skulle bli respekterad för sitt kunnande.

Tidigare forskning (Hall et al., 2004; Hildén, Louhiala, Honkasalo, & Palo, 2004; Sjökvist et al., 1999) visade att sjuksköterskor önskade mer delaktighet vid diskussioner angående avbrytande eller avstående av behandling och att de kände en skyldighet att hjälpa patienten att dö på ett värdigt sätt.

I en stor studie (Benbenishty et al., 2004) som omfattar en stor del av Europa visade det sig att läkarna upplevde att sjuksköterskor var delaktiga i beslut om avsluta/avstå behandling i stor utsträckning. I denna studie (Benbenishty et al. 2004) framkom att det fanns skillnader mellan regioner i Europa. Läkarna i den norra delen av Europa upplevde att sjuksköterskorna medverkade i beslut i högre grad, än vad de i den centrala och södra delen gjorde.

I en studie i England (McMillen, 2008) där åtta intensivvårdssjuksköterskor deltog, framkom att sjuksköterskor som arbetat länge (upp till 20 år) inom intensivvård hade en större påverkan på beslutsprocessen jämfört med de sjuksköterskor som hade kort anställningstid (från 6 mån upp till 7 år). Sjuksköterskor med kortare anställningstid hade svårare att verbalisera sina åsikter vilket kunde bidra till stress.

Många sjuksköterskor upplevde att läkarna inte lyssnade på deras åsikt. Att förbättra kommunikationen inom vårdteamet och att få utbildning om processen vid avbrytande eller avstående av behandling skulle vara värdefullt för personalen. Detta skulle kunna förbättra vården av patienten (Halcomb, Daly, Jackson och Davidson, 2004). Att sjuksköterskor kände sig förbisedda och inte togs på allvar i diskussionen angående avstående/avbrytande av livsuppehållande vård framkom också i andra studier (Rocker et al., 2005; Hov, Hedelin, & Athlin, 2006; Hamric, & Blackhall, 2007).

I en studie av Sibbald, Downar och Hawryluck, (2007) framkom att läkare, intensivvårdssjuksköterskor och respirator terapeuter i Ontario, Nord Amerika, kände att meningslös vård av intensivvårdspatienter berodde på tre saker nämligen: familjens begäran på vård, avsaknad av bra kommunikation såväl som avsaknad av samstämmighet i det behandlande teamet. I studien framkom inte om det fanns någon inbördes rangordning.

### **Läkarens och sjuksköterskans samverkan**

I en högteknologisk värld som intensivvårdsavdelning representerar kan det finnas en risk för att "människan" glöms bort menade Almerud, Alapack, Fridlund och Ekeberg (2008) i sin studie.

I en statlig offentlig utredning (SOU 2001:6) framkom att intensivvårdspersonalen var utbildad i att rädda liv och insikten om att detta inte alltid var möjlig kunde ses som ett misslyckande. Anhöriga och personal kan ha olika uppfattning om när slutet närmar sig. Olika yrkesgrupper baserar sin prognos utifrån kunskaps- och utbildningsnivå. Det är därför viktigt att det bakom varje beslut att avstå från, eller sätta in behandling, finns en riktig medicinsk bedömning, samt att olika personalgrupper samtalar sinsemellan om det man iakttar och vet. Efter en gemensam bedömning kan förmodligen en säkrare prognos ges.

Mobley, Rady, Verheijde, Patel och Larsson (2007) visade i sin studie att det var viktigt att ha studiegrupper och etiska riktlinjer på en intensivvårdsavdelning, liksom att ha regelbundna möten med olika yrkeskategorier. Detta kunde underlätta utbytet av olika perspektiv av meningslöshet och etiska dilemman.

I två studier (Svantesson, Anderzén Carlsson, Thorsén, Kallenberg, & Ahlström, 2008; Svantesson, Löfmark, Thorsén, Kallenberg, & Ahlström, 2008) står att läsa om etikronder som anordnats där främst läkare, sjuksköterskor och undersköterskor deltog. Målet med

ronderna var att öka förståelsen mellan olika yrkesgrupper och att stimulera till etisk reflektion. Resultatet i de två studierna styrkte att beslutsfattandet i livets slutskede bör tas tillsammans med all personal som medverkat vid vårdandet av patienten.

Oberle och Hughes (2001) såg i sin studie att både läkare och sjuksköterskor upplevde etiska problem i samband med beslut om att avstå eller avbrytande av livsuppehållande vård. De fann ingen skillnad på läkares och sjuksköterskors moraliska uppfattning och tankegångar, utan skillnaden låg i deras olika roller. Läkaren var ansvarig för beslutet medan sjuksköterskan var ansvarig att utföra ordinationen. Enligt McClendon och Buckner (2007) hade sjuksköterskan inte bara krav att utföra läkarordinationer utan också krav från anhöriga, samt krav att uppfylla patientens önskan. I vissa fall kunde detta innebära att sjuksköterskan måste överge sin egen uppfattning vilket i sin tur kunde leda till etisk och moralisk obalans för sjuksköterskan.

Vid en intensivvårdskonferens i Bryssel 2003 framkom en koncensus där det betonades att sjuksköterskans deltagande i beslutsprocessen vid vård i livets slut är mycket viktig. Det framkom att sjuksköterskan ofta har en närmare och mer varaktig kontakt med patienten och dess anhöriga vilket i sin tur leder till värdefull kännedom i patientens och närståendes känslor och åsikter (Carlet, et al. 2004).

## **Problemformulering**

Beslut om att avstå eller avbryta behandling inbegriper patienten, närstående, beslutande läkare och övrig personal. Att ta detta beslut är inte på något sätt lätt och framför allt inte okomplicerat. Läkaren som är den som bär ansvar för beslutet, kan ta hjälp av närstående och den vårdande personalen genom att föra en diskussion med vederbörande, men utnyttjar inte alltid denna möjlighet (Silén, et al. 2008; Hohenleitner, 2002; Ho, et al. 2005). Litet finns beskrivet om intensivvårdssjuksköterskors delaktighet i beslutsprocessen och de etiska problem som kan uppstå i situationen. Ibland kan lagar och författningar, etiska koder och medicinska riktlinjer komma i konflikt med varandra. Sjuksköterskan ska vårda patienten och utföra läkares ordination, oavsett vilken uppfattning hon/han har. Författaren till studien önskade ta reda på om intensivvårdssjuksköterskorna på undersökt avdelning upplevde delaktigheten i beslutsprocessen och vilka etiska svårigheter de ansåg kunde uppstå i samband med dessa beslut.

## **Syfte**

Syftet med denna empiriska studie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av delaktighet i beslutsprocessen vid avbrytande eller avstående av livsuppehållande åtgärder på en intensivvårdsavdelning och vilka etiska svårigheter de anser kan uppstå i dessa situationer.

## **Metod**

### **Design**

Beskrivande design med kvalitativ ansats (Polit & Beck, 2004). Författaren till studien har valt att göra en intervjustudie med en kvalitativ ansats. Vid den kvalitativa ansatsen finns en strävan att beskriva, förstå, förklara samt tolka ett fenomen. Forskaren försöker sätta sig in i respondentens situation för att se världen från hans eller hennes perspektiv (Forsberg & Wengström, 2003).

### **Beskrivning av avdelningen**

På avdelningen där undersökningen ägde rum arbetar ca 100 personer. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor arbetar i nära samarbete. Avdelningen har 45 sjuksköterskor som arbetar patientnära och det finns plats för 12 patienter, både barn och vuxna. Totalt arbetar det 50 sjuksköterskor på avdelningen. Avdelningens PM angående avstå eller avbryta behandling innehåller riktlinjer och är avsedda att vara till stöd och vägledning för läkare vid ställningstagande till behandlingsstrategier inom intensivvården och innehåller även vägledning för hur olika praktiska situationer ska hanteras.

### **Urval**

Intensivvårdssjuksköterskor på ett medel stort sjukhus i Mellansverige, med varierande anställningsår och ålder fick skriftlig och muntlig information av avdelningsföreståndare på avdelningen om de ville delta i en intervjustudie angående avstående/avslutande av livsuppehållande behandling. Tio intensivvårdssjuksköterskor som tackade ja till denna förfrågan inkluderades. När tio sjuksköterskor tackat ja, påbörjades intervjuerna. Inga ytterligare respondenter anmälde sig och det var heller ingen som önskade avbryta deltagandet. I tabell 1 framgår demografiska data för respondenterna. Medelåldern på

respondenterna var 48,3 år (min 33 – max 59) igenomsnitt hade de varit utbildade intensivvårdssjuksköterskor ca 14 år och arbetat som intensivvårdssjuksköterska ca 12 år. Sju av tio respondenter hade tagit del av avdelningens PM angående att avstå eller avbryta behandling.

**Tabell 1.** Demografiska data för respondenterna.

Ålder	Antal	Antal år som intensivvårdssjuksköterska M (min – max)
< 40	1	0,5
41 – 50	4	9 (0,5 – 12)
51 – 60	5	19 (7 – 33)

M = medelvärde

## **Datainsamling**

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer vilket innebär att ämnesområdet är bestämt och frågorna formuleras efter hand och tas upp när det anses lämpligt i samband med respondentens svar eller reaktion (Björklund & Paulsson, 2003). Vid intervjuerna användes en intervjuguide. Intervjuer är en bra metod att använda eftersom respondenten har stor möjlighet beskriva sina egna tankar och känslor (Holloway, 1997). Intervjuerna ägde rum under november och december 2008 i ett rum på avdelningen avsett för enskilda samtal, vid en för respondenten passande tid. Alla intervjuerna spelades in på band och längden för intervjuerna varierade mellan 25-50 min. Intervjuerna lyssnades igenom och transkriberades av författaren. Frågorna handlade om sjuksköterskors upplevelser av delaktighet i beslutsprocessen vid avbrytande eller avstående av livsuppehållande vård på intensivvårdsavdelningen, samt om de etiska svårigheter som kan uppstå i dessa situationer. Författaren bad respondenten berätta om någon situation på avdelningen där beslut tagits om att avstå eller avbryta behandling och om sjuksköterskan upplevde någon delaktighet i beslutet. Dessutom önskade författaren att sjuksköterskan skulle berätta om det uppstått några etiska svårigheter i samband med beslutet. Bakgrundvariabler var frågor om ålder, antal år som färdig intensivvårdssjuksköterska samt antal tjänstgörande år som intensivvårdssjuksköterska och om de tagit del av avdelningens PM.

## Genomförande

Tillåtelse att genomföra studien ansöktes hos verksamhetschefen på den berörda intensivvårdsavdelningen. I ansökan fanns en kort introduktion och ett syfte till studien beskrivet. Författaren gav muntlig och skriftlig information om undersökningen till avdelningsföreståndare på avdelningen och bad denne informera personalen på ett avdelningsmöte. Dessutom har författaren, efter att ha fått tillstånd av avdelningsföreståndaren, satt upp en lapp med samma skriftliga information om undersökningen som avdelningsföreståndaren erhållit, så att alla på avdelningen kunde ta del av informationen. Genom att lägga en lapp i författarens postfack kunde respondenten anmäla sitt intresse. Författaren tog sedan kontakt med deltagare för att avtala tid för intervju. En testintervju genomfördes, transkriberades och bedömdes av handledare. Testintervjun medförde inga ändringar i frågeguiden. En testintervju ingår i materialet.

## Dataanalys

Den kvalitativa innehållsanalysmetod som författaren till studien valt är influerad av den Graneheim och Lundman (2004) beskriver. Med kvalitativ innehållsanalys är tolkningen av texten i fokus. Metoden är passande inom omvårdnadsforskning då det är texten som granskas för att lyfta upp det underliggande och dolda. Den transkriberade texten lästes om och om igen för att ta ut de meningsbärande enheterna. Den meningsbärande delen av texten kunde utgöras av meningar, ord eller stycken som hörde samman. Texten kondenserades och förkortades sedan för att göra den mer lätthanterlig. Kondenserad text har sedan bildat koder och koderna har bildat kategorier som svara på syftet i studien. I tabell 2 ges exempel på dataanalysen.

**Tabell 2.** Exempel på meningsenheter, koder och kategorier.

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad text</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>
...alla på avd tyckte att det var oetiskt att fortsätta behandlingen...behandlingen skulle ha avbrutits mycket tidigare...man mår	Man mår dåligt och det är oetiskt att vårda en pat som redan	Att vårda en pat utan framtidsutsikter är frustrerande och	Meningslös behandling

dåligt när man drar ut på det...försöker uppehålla livet på en pat som är dömd för flera månader sedan...man tyckte att det var så fel...glömmer aldrig...	är utdömd.	oetiskt.	
..borde avbryta mycket tidigare anser jag och många med mig...låtit patienten dö...det var inte värdigt för fem öre...låg säkert ett halvår innan man avbröt...säkert tre fyra mån för länge..	Man borde avbrutit behandlingen tidigare och låtit pat dö. Det var inte värdigt.	Behandlingen borde ha avbrutits då det inte ansågs värdigt av vårdpersonalen	Meningslös behandling
..alla som vårdade honom tyckte att han blev sämre och sämre..att det var helt meningslös behandling..man tyckte att patienten led..detta pågick under väldigt lång tid..patienten hade ingen chans att bli bättre.. tyckte att det var väldigt jobbigt..	Behandlingen kändes helt meningslös och man tyckte att patienten led	Meningslös behandling där man tyckte att patienten led.	Meningslös behandling

## Forskningsetiska överväganden

Författaren har följt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Författaren informerade respondenten om studiens syfte och vilka villkor som gällde för deltagandet. Dessutom fick respondenten, före intervjun, läsa igenom syftet till studien. Respondenten informerades om att deltagandet var frivilligt och att den som deltar i undersökningen har rätt att när som helst avbryta sin medverkan utan vidare motivering. Full konfidentialitet råder vilket innebär att endast författaren har tillgång till det inspelade materialet och att alla uppgifter om deltagare förvaras på ett sådant sätt att enskilda personer inte kan identifieras av utomstående (Vetenskapsrådet, 2004). Intervjuerna numrerades. Allt inspelat material kommer att förstöras när arbetet är färdigställt.

## Resultat

Resultatet av studien presenteras i två delar utifrån syftet och de kategorier som framkom vid analysen av intervjuerna. I den första delen redovisas intensivvårdssjuksköterskans upplevelser av delaktighet vid avbrytande/avstående av livsuppehållande åtgärder. Efter analys av intervjuerna framkom kategorier som: 'Delaktighet', med subkategorierna känner ingen delaktighet och känner delaktighet, 'Samarbete i beslutsprocessen' och 'Olika yrkesprofessioners perspektiv'. Se tabell 3. Den andra delen beskriver de etiska svårigheterna som kunde uppstå i dessa situationer. Där framkom, efter analys, kategorierna 'Meningslös behandling', 'Svårigheter att ta beslut' med subkategorierna att ta beslut och att inte ta beslut och 'Sjuksköterskans frustration'. Se tabell 4.

**Tabell 3.** Översikt över kategorier och subkategorier som beskriver sjuksköterskans delaktighet i beslutsprocessen.

Kategorier	Delaktighet		Samarbete i beslutsprocessen	Olika yrkesprofessioners perspektiv
Subkategorier	Känner ingen delaktighet	Känner delaktighet		

**Tabell 4.** Översikt över kategorier och subkategorier som beskriver de etiska svårigheter som kunde uppstå.

Kategorier	Meningslös behandling	Svårigheter att ta beslut		Sjuksköterskans frustration
Subkategorier		Att ta beslut	Att inte ta beslut	



## Sjuksköterskans upplevelse av delaktighet i beslutsprocessen

Kategori 'delaktighet' som framkom vid analysarbetet beskriver huruvida sjuksköterskorna kände någon delaktighet i beslutsprocessen eller inte. Kategori 'delaktighet' delades upp i två delar, känner ingen delaktighet och känner delaktighet. Kategori 'Samarbete i beslutsprocessen' beskriver hur ett samarbete mellan olika personalgrupper kunde påverka beslut. Kategori 'olika yrkesprofessioners perspektiv' beskriver hur olika perspektiv påverkar beslutsprocessen.

### Delaktighet

#### *Känner ingen delaktighet*

I resultatet framkom att sjuksköterskorna inte kände sig delaktiga i beslutsprocessen eller hade väldigt lite påverkan på beslutet. I några fall som sjuksköterskorna beskrev hade beslutet redan tagits av andra läkare (inte narkosläkare). Diskussionerna hade då förts på annat håll och det hade inte funnits någon möjlighet att påverka beslutet, eller det hade inte varit någon diskussion över huvud taget.

*"...ofta sådana situationer när diskussionen förs på annat håll med andra läkare... eller det finns ingen diskussion..." (1)*

*"det första beslutet var gjort av...-läkarna, och våra läkare var på den linjen" (3)*

Det framkom att sjuksköterskor emellanåt upplevde att den information de hade om patienten och dess närstående inte hade något värde. Då och då kunde de bli tillfrågade om vad de tyckte och kände, men de upplevde inte att de deltog i något beslut och att beslutet var svårt att påverka.

*"...Det frågas ibland vad man tycker och vad man känner, fast jag kan nog tycka att det inte tas så stor hänsyn till det..."(6)*

*"...Jag tycker att det pratas om det i förbifarten under rond och sådant...men sedan ändå beslutas utifrån andra kriterier...ja, det beslutas på annan nivå...vi är inte delaktiga i beslutet...(6)*

*"...upplevde ingen delaktighet i det slutgiltiga beslutet...nej..." (4)*

## *Känner delaktighet*

Som omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) och i de fall då en dialog fördes med läkaren, kunde man känna delaktighet i processen menade sjuksköterskorna. Dialogen mellan sjuksköterskan och läkaren kunde underlätta vården av en patient där det fanns oenighet om gällande beslut, ansåg sjuksköterskorna. Oftast var det inga svårigheter att prata med den ansvarige narkosläkaren upplevde sjuksköterskorna, utan det var när beslut togs, eller inte togs, av patientens avdelningsläkare som det kunde uppstå en etisk konflikt. Att framföra sina åsikter på ronder kunde ibland leda till bra diskussioner och vid de vårdtillfällen där läkaren hade fört en diskussion med sjuksköterskan kunde det finnas en känsla av delaktighet menade sjuksköterskorna. Eftersom beslut ligger på läkarnivå är sjuksköterskan endast delvis delaktig.

*”...jag var ju patientansvarig för den här patienten...så jag var delaktig...med våran läkare kände jag mig delaktig” (3)*

*”...det kändes som om den läkare som tog beslutet...befäste det han kommit fram till...då kände man sig delaktig...” (8)*

## **Samarbete i beslutsprocessen**

Synpunkter framkom vid intervjuerna som skulle kunna påverka beslutsprocessen. Att ha kontinuitet i vårdandet, att utveckla team arbetet och att diskussion och information fördes hela tiden mellan personal, läkare och anhöriga skulle kunna innebära en förbättring av samarbetet i beslutsprocessen menade sjuksköterskorna. En återkommande uppfattning var att om samma läkare och sjuksköterska, i så stor utsträckning som möjligt, hade ansvar för samma patient skulle detta troligen innebära ett tidigare beslut. Det framkom också att dålig kontinuitet i vården av patienten kunde leda till att sjuksköterskorna kände sig mindre engagerade av patientens situation.

*”...jobbar både dag och natt...blir inte den där regelbundenheten... mindre engagerad...” (7)*

*”...viktigt att man har flera samtal med både närstående och alla inblandade läkare och med sköterskor och personal och att man försöker ha någon kontinuitet i det hela...” (1)*

*”...beslutet skulle vara både lättare att ta och kunna göras på ett bättre sätt...”(1)*

*”...om det varit samma läkare hela tiden så hade man kunnat ta ett tidigare beslut...”(3)*

*”...jag tror att det har att göra med att man har dålig kontinuitet i sin tjänstgöring...svårt att ha någon omvårdnadsansvarig...” (10)*

Läkarna borde involvera sjuksköterskor och undersköterskor mer än vad de gör idag, ansåg sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna menade att läkare, sjuksköterskor och vårdpersonal måste ha förståelsen för att de är i ett team som ska samarbeta. Sjuksköterskorna ansåg att alla som vårdade patienten behövde vara med i diskussionen för att ytterligare förbättra vården och komplettera bilden av patienten och patientens behov. Personalen behöver få reda på hur läkarna resonerar och läkarna bör bli medvetna om att den informationen och kunskapen de besitter är betydelsefull för vårdandet. Genom att förstå ett beslut och genom att känna samhörighet i gruppen kan det bli något bra av situationen trots att det strider emot ens egen uppfattning, menade sjuksköterskorna. Samarbetet ansågs vara mycket viktigt för att sjuksköterskan skulle känna delaktighet menade sjuksköterskorna.

*”...man måste öka förståelsen för att vi är ett team som jobbar...”(8)*

*”.....skulle behöva sitta ner alla i personal gruppen....få ett väl underbyggt beslut...”(8)*

*”...viktigt att man får veta saker...viktigt att läkarna blir medvetna om det också...det är viktigt att dom pratar med oss riktigt...”(3)*

*”...läkarna ska klargöra vad dom grundar sina beslut på....ibland är det ganska oklart i sjuksköterske- och undersköterskegruppen...” (10)*

*”...läkarna många gånger förutsätter att vi förstår behandlingen...det kanske vi inte alltid gör...mer insatta i varför...öka vården förståelse för och kunskap om vad man gör med patienten...”(9)*

## **Olika yrkesprofessioners perspektiv**

Olika personalgrupper är inblandade vid vården av en svårt sjuk patient på en intensivvårdsavdelning och detta innebär att det kan finnas olika perspektiv av situationen. Sjuksköterskorna menade att genom att sjuksköterskor/undersköterskor är inne på vård rummet mycket mer än vad en läkare har möjlighet till, kunde de få ta del av patientens och anhörigas känslor och tankar. Sjuksköterskan kunde på det sättet få en känsla för hur patienten och anhöriga upplevde situationen. Att vårda en mycket svårt sjuk patient innebar att sjuksköterskan tillbringade mycket tid hos patienten. I denna situation byggs en nära relation upp och där kan sjuksköterskan få ta del av patientens och de närståendes innersta tankar och

funderingar. Denna information kändes mycket värdefull för de allra flesta. Läkarna som inte hade tillgång till den nära vården av patienten fick gå på sjuksköterskans beskrivning av tillståndet och kunde därför inte få en helt rättvis bild av läget under de korta ögonblick de träffade patienten, menade sjuksköterskorna.

*"...jag tror att det är svårare för läkarna att få en rättvis bild av läget helt enkelt...de ser det här korta ögonblicken när det är rond...vi får lite olika bild av hur läget är..."(1)*

*"...de hör våran beskrivning...de ser inte...dom upplever det inte på samma sätt..."(1)*

*"...dela mycket mera känslor med både patient och anhöriga än vad dom (läkarna) får på sina fem till tio minuter...kan tänka mig att mer sanning kommer fram till oss som vårdar nära..."(6)*

*"...när man vårdar en svårt sjuk patient...väldigt nära hela tiden...hinner prata om väldigt mycket...jag tycker att det är väldigt värdefull information..."(6)*

## **Etiska svårigheter som kunde uppstå i samband med beslut**

Vid analysarbetet framkom kategori 'Meningslös behandling'. Sjuksköterskorna beskriver här hur de upplevt att behandling pågått för länge utan att den kommit patienten till gagn. Kategori 'Svårigheter att ta beslut' beskrivs med subkategorierna, att ta beslut och att inte ta beslut. Kategorin 'Sjuksköterskans frustration' beskriver den frustration som sjuksköterskan kunde uppleva genom att vårda en svårt sjuk patient.

### **Meningslös behandling**

Sjuksköterskorna berättade om vårdsituationer där behandlingen kändes meningslös. Att påbörja en respiratorbehandling på en gammal och i grunden mycket sjuk patient kunde kännas oetiskt och meningslöst. Behandlingen borde i en del situationer ha avbrutits menade sjuksköterskorna, då den ansågs ovärdig. Det kändes frustrerande och oetiskt att vårda en patient utan framtidsutsikter och där vården dessutom uppfattades som plågsam för patienten, menade sjuksköterskorna. Dessutom tyckte sjuksköterskorna att det inte fanns någon mening med att vårda i absurditet för enorma kostnader när det inte kom någon till gagn. Att ha en avvikande åsikt om vården och behandlingen kunde ibland kännas mycket slitsamt, ansåg sjuksköterskorna.

*"...att det var helt meningslös behandling och man tyckte att patienten led..." (1)*

*"...borde han avbrutit mycket tidigare....det var inte värdigt..." (4)*

*"...man mår dåligt när man drar ut på det..."(5)*

*"...bedrev väldigt mycket intensivvårdsåtgärder under lång tid som kändes meningslösa...kändes också plågsamt för patienten..." (6)*

*"...känns inte meningsfullt för mig personligen att fortsätta och det är oerhört slitsamt att ha en annan åsikt än vad de som bestämmer har..."(6)*

## **Svårigheter att ta beslut**

### *Att ta beslut*

Sjuksköterskor beskrev att det var stora svårigheter för läkarna att fatta ett beslut. Framför allt uppfattade sjuksköterskorna att läkarna hade det svårt att ta ett beslut då det fanns oenighet mellan närstående, ansvarig läkare och narkosläkare. Sjuksköterskan som vårdat patienten en längre tid och stått patienten och de närstående nära, önskade oftast att behandlingen skulle avbrytas före läkaren tog beslutet berättade sjuksköterskorna. När så beslutet var taget upplevdes det som ett bra beslut och avslutet blev bra. Sjuksköterskorna önskade att läkarna skulle våga ta snabbare beslut när det såg hopplöst ut.

*"...det var en av de ansvarige läkare som sa att nu lägger vi av..."(4)*

*"...kanske våga ta sådana beslut när man ser att det här kommer inte att gå..."(4)*

*"...moderklinikens läkare ska ju också vara med och fatta beslut...i samråd med våran avdelningsläkare...det ska inte dröja flera månader innan man gör slag i saken..."(5)*

### *Att inte ta beslut*

Om de närstående uppfattades som mycket starka kunde det innebära att läkaren inte vågade ta något beslut utan drog ut på det i det längsta. Sjuksköterskorna ansåg att det i flera fall dröjde för länge innan något beslutades. En av orsakerna till detta kunde enligt sjuksköterskorna bero på att det var lättare att avstå beslut när man inte såg patientens lidande.

*"...ingen ville ta ett beslut...kirurgerna som var patientansvariga tyckte att det var bra...dom såg ju inte patienten..."(3)*

*"...enklare att inte ta ett beslut när man inte har så nära kontakt som vi har. Vi såg hur han led..."(4)*

## Sjuksköterskans frustration

Sjuksköterskorna kunde känna att det var påfrestande i vissa vårdsituationer. De kunde påverkas negativt av patientens lidande och uppfatta det som om det var plågsamt för patienten. Sjuksköterskor berättade om situationer där det kändes som om de anhöriga och ansvarig läkare bestämde vården medans narkosläkare och vårdpersonal inte delade deras åsikt. Det kunde kännas både ambivalent och frustrerande.

*"...vi tyckte ju inte att vi kom framåt...kirurgerna tyckte att det gick jättebra...sonen var på att vi skulle behandla honom...det kändes som om anhöriga styrde vården...kirurgen gav aldrig upp.."(3)*

*"...ja, det var ju starka anhöriga det här...tror att det är anledningen till att beslutet dröjde så länge...ingen läkare vågade ta beslutet...man drog på det i det längsta.."(5)*

Det kunde också vara mycket frustrerande då anhöriga inte ville se lidandet och där personalen inte kunde förlika sig med de anhörigas uppfattning av situationen. Att inte ha samma uppfattning om att avbryta behandlingen och att förlänga behandling som upplevdes som meningslös kunde kännas mycket frustrerande berättade sjuksköterskorna.

*"...patienten såg ångestladdad ut varje dag...kändes som en lång resa och plåga för patienten..."(3)*

*"...hon hade det jobbigt av och till...läkaren pratade med mig och de andra inne på salen...alla tyckte att det var en jobbig situation...det var synd om patienten..."(2)*

*"...det kändes som ett oerhört stort lidande för patienten...där vi (sjuksköterskor och undersköterskor) tyckte att det var väldigt svårt att sköta patienten för att det kändes alldeles fel..."(10)*

En sjuksköterska berättar om ett fall där ett beslut om att avbryta behandlingen var taget men där saker och ting förändrades och beslutet togs tillbaka. Att i denna situation byta strategi kändes svårt och förvirrande.

*"...man hade satt ut allt...pat skulle komma hit och i princip dö...det var bara och vänta ut det...man hade satt ut behandlingen och jag höll inte med..."(3)*

*"...pat tedde sig inte som om han skulle dö..blev bättre hela tiden...man satte in behandlingen igen... det var svårt...(3)*

## **Diskussion**

Det övergripande syftet med studien var att undersöka vilka upplevelser sjuksköterskan har av delaktighet i beslutsprocessen vid avbrytande eller avstående av livsuppehållande åtgärder på en intensivvårdsavdelning samt de etiska svårigheter som kunde uppstå i dessa situationer.

## **Huvudresultat**

Resultatet i denna studie visade att intensivvårdssjuksköterskan inte kände delaktighet i beslutsprocessen vid avstående/avbrytande av livsuppehållande behandling. Det framkom också att kontinuitet och samarbete mellan läkare och sjuksköterskor i beslutsprocessen borde förbättras för att på så sätt få sjuksköterskorna att känna sig mer delaktiga. Sjuksköterska och läkaren har olika perspektiv vilket gör att uppfattningen av situationen blir olika. I studien framkom också att de etiska svårigheter som kunde uppstå handlade om hur sjuksköterskan upplevde att behandlingen kunde kännas meningslös. Vidare framkom att på grund av att läkaren inte fattade några beslut, eller fattade beslut, om att avbryta behandlingen kunde sjuksköterskan uppleva en etisk konflikt, och att de upplevde frustration då uppfattningen av rådande situation inte överensstämde med läkaren och/eller de anhörigas uppfattning.

## **Resultatdiskussion**

### **Delaktighet**

Författarens tolkning i föreliggande studie är att sjuksköterskorna önskade mer delaktighet vid besluten eftersom det vid intervjuerna framkom idéer och tankar om hur det skulle kunna bli bättre. Sjuksköterskorna som intervjuades berättade om svåra situationer på avdelningen då läkarna gärna diskuterade med personalen för att lättare komma fram till ett beslut. Det framkom vid intervjuerna att sjuksköterskorna kände sig delaktiga just vid de tillfällena då läkaren hade fört en diskussion med dem. Detta överensstämmer med Hildén et al.(2004) Sjökvist et al.(1999) och Hall et al. (2004) som i sina studier visade att många sjuksköterskor kände att de hade information att ge och gärna ville var mer aktiva i besluten.

Sjuksköterskorna som intervjuades upplevde att de inte kunde påverka ett beslut i särskilt stor utsträckning. De nämnde också att den information och kunskap som de hade om patienten och dess närstående inte tycktes särskilt intressant. I vissa fall kunde de bli tillfrågade om deras åsikt och upplevelser av situationen men de upplevde inte att de deltog i något beslut

eller kunde påverka något beslut. Om det fördes en dialog mellan sjuksköterska och läkare kunde vården av en patient underlätas, framför allt i de fall då det fanns oenighet om gällande beslut. Sjuksköterskorna kunde då känna delaktighet. Det var lättare att prata med den ansvarige narkosläkaren upplevde sjuksköterskorna. Resultatet i föreliggande studie överensstämmer med resultat i andra studier (Morgan, 2008; Hoenleitner, 2002, Rucker et al. 2005; Hov et al. 2006 & Hamric et al. 2007). Morgan (2008) menade att intensivvårdssjuksköterskan hade en känsla för när behandlingen var meningslös vilket berättigade till medverkan i diskussionen och Hohenleitner (2002) menade att sjuksköterskan tillbringar mycket tid hos patienten och därför har en viktig roll i beslutsprocessen.

I en stor studie (Benbenishty et al., 2004) gjord i Europa framkommer att trots att sjuksköterskorna säger att de inte känner sig delaktiga upplever läkarna att sjuksköterskorna är delaktiga. Författaren frågar sig då om det kan vara så att läkarna trots allt tar vara på den information som sjuksköterskorna delger utan att sjuksköterskorna uppfattar det. Här måste en annan studie göras för att ta reda på hur det förhåller sig med det.

#### Samarbete i beslutsprocessen

Sjuksköterskorna i föreliggande studie menade att kontinuitet i vården, ett bättre utvecklat teamarbete och kontinuerlig diskussion och information mellan läkare, sjuksköterska och närstående skulle kunna innebära en förbättring av samarbetet i beslutsprocessen.

Sjuksköterskorna hade en önskan om att läkarna även engagerade dem i diskussionen. Ett större samarbete ansågs vara mycket viktigt. Kontinuitet i vården skulle kunna innebära tidigare beslut som dessutom skulle vara lättare att fatta. Liknande resultat framkom i studier av Ho et al. (2005) samt Halcomb et al. (2004).

#### Olika yrkesprofessioners perspektiv

I föreliggande studie framkom att läkarna förväntades att ta beslut och sjuksköterskorna förväntades att utföra ordination. Sjuksköterskorna menade att läkarnas perspektiv av situationen var en helt annan än den som sjuksköterskan hade. Läkarna uppfattade inte smärta och otillfredsställelse hos patienten lika tydligt som sjuksköterskorna. För sjuksköterskorna kunde det kännas mycket frustrerande att vårda en patient när sjuksköterskan inte delade läkarens uppfattning. Detta resultat överensstämmer med resultatet i tidigare studier. Oberle och Hughes (2001) såg i sin studie att både läkare och sjuksköterskor upplevde etiska problem i samband med beslut om att avstå eller avbrytande av livsuppehållande vård. I studien



beskrivs etisk stress över ett beslut som någon annan tagit och som inte gick att påverka. Oberle och Hughes (2001) beskrev också hur sjuksköterskan kunde känna olust när ett visst beslut eller ordination borde tas men där de tyckte att läkaren drog ut på tiden. Patientens lidande blev då värre på grund av detta vilket kunde leda till missförstånd och konflikter mellan sjuksköterskor och läkare. Det framkommer i två studier av Svantesson et al.(2008a) och Svantesson et al. (2008b) att för att öka förståelsen mellan olika yrkesgrupper skulle etikronder där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor medverkade, kunna öka förståelsen mellan yrkesgrupperna. Den reflektionen framkommer som en förbättrings åtgärd i föreliggande studie. Mobley et al. (2007) visade i sin studie att det var viktigt att ha regelbundna möten med olika yrkeskategorier. Detta efterlyser sjuksköterskorna som blivit intervjuade i föreliggande studie.

Etiska svårigheter som kunde uppstå i samband med beslut om att avstå/avsluta livsuppehållande behandling framkommer i analysarbetet som tre kategorier, 'meningslös behandling', 'svårigheter att ta beslut' och 'sjuksköterskans frustration'.

#### Meningslös behandling

Två aspekter framkom i intervjuerna som påverkade upplevelsen av att behandlingen kunde kännas meningslös. Dessa aspekter var när behandlingen pågick under för lång tid utan att patienten förbättrades och i de fall då behandling påbörjades på en i grunden sjuk och gammal person. I vissa situationer, berättade sjuksköterskorna, fanns önskemål om att behandlingen borde avbrytas då den inte ansågs värdig. Sjuksköterskor menade att vård av en patient utan framtidsutsikter upplevdes oetiskt. Liknande resultat finner vi i Morgan(2008)'s studie där det framkommer att intensivvårdssjuksköterskan har en känsla för när vården är meningslös och Workman et al.(2003) menade att sjuksköterskan kunde känna frustration när ett beslut drog ut på tiden och när de var tvungna att ge en behandling som kändes meningslös. Detta strider mot sjuksköterskornas, ICN:s etiska koder vilka är: främja hälsa, förebygga ohälsa, återställa hälsa samt minska lidandet.

#### Svårigheter att ta beslut

Sjuksköterskan har ingen befogenhet att fatta några beslut om att avsluta/avstå behandling. Däremot påverkade denna process hennes/hans arbetssituation. När läkaren tog ett beslut, eller inte tog ett beslut, blev hon/han direkt påverkad av beslutet. Sjuksköterskorna upplevde att vissa läkare gärna förde en dialog med kollegor och sjuksköterskor för att på sått komma

fram till beslut. Om närstående till patienten uppfattades dominanta och starka kunde det innebära svårigheter för läkaren att fatta beslut upplevde sjuksköterskorna. Det framkom också att det var lättare för läkaren att avstå ett beslut i de fall där läkaren inte såg lidandet hos patienten. Sjuksköterskorna hade en önskan om att läkarna skulle våga fatta tidigare beslut när det såg utsiktslöst ut. Sjuksköterskorna berättade att när ett beslut väl var fattat var det mycket sällan som det var någon oenighet om beslutet, tvärtom, ofta hade personalen redan tidigare ansett att vården borde avslutas och när beslutet kom kändes det helt rätt. Det kändes då, enligt sjuksköterskorna, att det var viktigt att avslutet blev så bra som möjligt för patienten och dess närstående. Liknande resultat framkommer i tidigare studier. Ho et al.(2005) beskriver i sin studie att det fanns skillnader mellan vad läkaren beslutar och vad sjuksköterskan upplevde i en diskussion angående avslut/avstå livsuppehållande. I en studie av Calvin et al. (2007) framkom att sjuksköterskan kände ett stort ansvar att kommunikationen mellan läkare, patient och närstående skulle bli bra.

### Sjuksköterskans frustration

Sjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev situationer då vården kändes frustrerande. Det kunde vara tillfällen där de uppfattade det som om det var plågsamt för patienten och där patienten led. Sjuksköterskorna beskrev också hur det ibland kunde finnas olika uppfattning om patientens situation. Det upplevdes mycket frustrerande när anhöriga inte ville se lidandet. Sjuksköterskorna upplevde frustration när de inte hade samma uppfattning som läkaren om att behandlingen borde avbrytas på grund av den uppfattades som meningslös. Liknande resultat beskriver Elpern et al. (2005) i sin studie där offensiv behandling till patienter som inte förväntades bli bättre orsakade frustration och stress hos sjuksköterskor.

## **Metoddiskussion**

Författaren har valt en beskrivande design med kvalitativ ansats. Polit & Beck (2004) menar att för att en studie ska vara tillförlitlig ska forskaren ha ställt sig frågan: kan studien upprepas med liknande deltagare i en liknande situation och få ett liknande resultat?

Om samma frågor skulle ställas till tio andra sjuksköterskor eller om studien skulle utföras på annan intensivvårdavdelning kan det inte per automatik förväntas att resultatet skulle bli liknande. Författaren har under analysarbetet delat med sig av materialet till handledaren som läst och lämnat synpunkter under analysens gång. Materialet har inte diskuterats med någon utomstående för andra eventuella tolkningsmöjligheter.

Som datainsamlingsmetod valde författaren en empirisk studie med intervjuer för att söka sjuksköterskors erfarenheter. Detta kunde anses vara en lämplig metod då det fanns stora möjligheter för sjuksköterskorna att beskriva sina egna tankar och känslor. Vid intervjuerna som kom att bestå av kollegor till författaren, var det viktigt att vara så objektiv som möjligt både under intervjun och vid analysen av materialet. Eftersom författaren kände respondenterna behövdes ingen ingående presentation. Detta kan ha bidragit till att respondenten kunde prata fritt och delgav mig sina egna erfarenheter. Intervju med kollegor kan också innebära en återhållsamhet av information. Respondenten vill kanske inte blotta sig. Intervjuarens attityd kan, utan att denne är medveten om detta, avslöjas med gester och ansiktsmimik. Ett annat fenomen som kan uppstå är att på grund av intervjuarens förförståelse i de speciella fallen tror intervjuare och respondent att man talar samma språk och fördjupar sig inte i respondentens svar (Lundman & Graneheim, 2008). Ovanstående förfarande i intervjudelen kan ha bidragit till att giltigheten påverkats. Ett annat alternativ hade varit en enkätundersökning där respondenten möjligen hade känt sig mer anonyma. Författaren tror dock inte att denna undersökningsmetod hade fångat nyanser och djup i personliga upplevelser på samma sätt som vid en intervju.

Hälften av respondenterna i föreliggande studie är 51 – 60 år och har arbetat i medeltal 19 år. En orsak till att just dessa sjuksköterskor svarat kan vara att de är särskilt positivt inställda till frågorna. De sjuksköterskor som inte är med kanske inte tycker att de har någon särskild information att bidra med, att de har för kort anställningstid och inte tycker sig kunna uttala sig i frågan eller de skulle kanske uppleva en intervju som stressande och obehaglig. Detta kan ha påverkat resultatets trovärdighet. Ett mer omfattande material, med fler intervjuer, hade kunnat bidra med ett resultat där även yngre respondenter och med färre anställningsår ingått. Resultatet kan inte överföras till andra grupper eller situationer. Överförbarhet handlar om i vilken omfattning resultat kan överföras till andra situationer eller andra grupper (Polit & Beck, 2006).

Intervjuerna skedde i ett samtalsrum i nära anslutning till avdelningen. Inga yttre störande ljud påverkade intervjuerna. Respondenten kunde själv påverka tiden för intervjuerna och de flesta valde att förlägga intervjuerna i anslutning till ett arbetspass. Författaren använde sig av en bandspelare vid intervjun. Detta kunde av en del respondenter uppfattas som obekvämt, vilket i sin tur eventuellt har påverkat själva intervjun. När bandspelaren stängdes av slappnade man av. Vid ett par intervjuer inträffade det att när bandspelaren var avstängd kunde respondenten

börja prata fritt. Författaren antar att respondenten i dessa fall tyckte att det kändes obehagligt med bandspelare eller så hade intervjun ”triggat” igång tankar och åsikter i det aktuella området som kändes viktiga att delge. Intervjuguiden som användes hjälpte författaren att genomföra intervjuerna på ett strukturerat sätt men efter hand som intervjuerna genomfördes insåg författaren att frågorna skulle ha varit tydligare för att undvika missförstånd och för att erhålla ett större material. Frågan om sjuksköterskan upplevde någon delaktighet skulle ha utvecklats med följdfrågor för att få mer innehåll i svaren. Delaktighet är ett begrepp som författaren borde ha utrett mer ingående hos varje respondent för att få en uppfattning om vad de, var och en, ansåg vara delaktighet.

Författaren upplevde att den kvalitativa innehållsanalysmetod som Graneheim och Lundman (2004) beskriver fungerade bra. Vid transkriptionerna fanns en risk att redan här börja analysera materialet, vilket författaren var medveten om. Författaren fick påminna sig själv om vikten av att sätta sin förförståelse åt sidan och vara neutral i enlighet med Polit & Beck (2004).

### **Klinisk användbarhet**

Vid intervjuerna framkom många förslag på hur beslutsprocessen skulle kunna påverkas och förbättras. Sjuksköterskorna önskade bland annat tydligare direktiv för hur omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS) skulle väljas. De önskade vidare att sjuksköterskan skulle medverka i läkarsamtal med närstående, dels för att kunna svara på frågor och för att kunna reda ut missförstånd. Sjuksköterskorna ville att läkare och sjuksköterskor skulle bilda team, där även undersköterskor skulle ingå och komma tilltals. Etikronder var ytterligare ett förslag av flera sjuksköterskor i syfte att finna ett forum för personal att diskutera etiska svårigheter i allmänhet. Dessa förslag på förbättringar kommer författaren att delge kliniken.

Ämnet känns mycket angeläget och intressant. Det vore intressant att studera hur sjuksköterskor i andra länder och på andra kliniker i Sverige upplever sin delaktighet i beslutsprocessen.

## **Slutsats**

Sammanfattningsvis kan sägas att sjuksköterskorna önskade mer samverkan mellan läkare och sjuksköterskor på avdelningen. Läkare och sjuksköterskor behöver ha tid för diskussion angående patienten för att vården ska bli bra. Idag kan det uppfattas som om viktiga beslut fattas utan sjuksköterskans medverkan. Trots att det redan 2003 framtofs en konsensus (Carlet, et al., 2004) där det betonades att sjuksköterskans deltagande i beslutsprocessen vid vård i livets slut var mycket viktig finns det idag inga riktlinjer som tydligt beskriver hur sjuksköterskan ska involveras.

## Referenser

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment.

*Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 130-136.

Beck-Fris, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. (3:e uppl.). Stockholm: Liber

Benbenishty, J., DeKeyser Ganz, F., Lippert, A., Bulow, H-H., Wennberg, E., Hendersson, B., et al., (2006). Nurse involvement in end-of-life decision making: the ETHICUS Study.

*Intensive Care Medicine* 32, 129-132.

Björklund, M., & Paulsson, U. (2003). *Seminarieboken – att skriva, presentera och opponera*. Lund: Studentlitteratur.

Carlet, J., Thijs, L.G., Antonelli, M., Cassel, J., Cox, P., Hill, N. et al. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5<sup>th</sup> International Consensus Conference in Critical Care; Brussels, Belgium. *Intensive Care Medicine*, 30, 770-784.

Calvin, A., Kite-Powell, D., & Hickey, J. (2007). The Neuroscience ICU nurse's perceptions about end-of-life care. *Journal of neuroscience nursing*, 39(3), 143-150.

Collins, N., Phelan, D., Marsh, B., & Sprung, C.L. (2006). End-of-life care in the intensive care unit: the Irish Ethicus data. *Critical Care Resuscitation*, 8(4), 315-20.

Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14, 523-530.

Etiska riktlinjer från Svenska Läkarsällskapet (1991). När får läkaren avstå behandling? *Läkartidningen*, 88, 2165. [www.svls.se/cs-media/xyz/000003352.pdf](http://www.svls.se/cs-media/xyz/000003352.pdf) Åtkomst 20081015

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

- 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.
- Hall, R.I., Rocker, G.M., & Murray, D. (2004). Simple changes can improve conduct of end-of-life care in the intensive care unit. *Canadian Journal of Anesthesia*, 51(6), 631-6.
- Hamric, A., & Blackhall, L. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in the intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicin*, 35(2), 422-429.
- Heland, M. (2006). Fruitful or futile: intensive care nurses experiences and perceptions of medical futility. *Australian critical care*, 19(1), 25-31.
- Hildén, H-M., Louhiala, P., Honkasalo, M-L., & Palo, J. (2004) Finnish nurses views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. *Nursing Ethics*, 11(2), 165-178.
- Ho, K., English, S., & Bell, J. (2005). The involvement of intensive care nurses in end-of-life decisions: a national survey. *Intensive care medicine*, 31, 668-673.
- Hohenleitner, R. (2002). Critical Care Nurses' Role in Code Status Discussion. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 21(4), 140-143.
- Holloway, I. (1997) *Basic concepts for qualitative research*. Oxford: Blackwell Science.
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. *Journal of clinical nursing*, 16, 203-211.
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2007). Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive and Critical Care Nursing* 23, 331-341.
- Larsson, A., & Rubertsson, S. (2005). *Intensivvård*. Stockholm: Liber
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Graneskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s 159-172). Lund: Studielitteratur.

- McClendon, H., & Buckner, E. (2007). Distressing situations in the intensive care unit, a descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of critical care nursing*, 26(5), 199-206.
- McMillen, R. E. (2008). End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 251-259.
- Mobley, M. J., Rady, M. Y., Verheijde, J. L., Patel, B., & Larson, J. S. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 256-263.
- Morgan, J. (2008). End-of-life care in UK critical care units – a literature review. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 152-61.
- Nationalencyklopedin. [www.ne.se](http://www.ne.se) Åtkomst 090123
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Withdrawal of medical treatment in the ICU. A cohort study of 318 cases during 1994-2000. *Acta anaesthesiologica Scandinavia*, 47, 501-507.
- Pattison, N. (2006). A critical discourse analysis of provision of end-of-life care in key UK critical care documents. *Nursing in Critical Care*, 11(4), 198-208.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. Seven edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rocker, G., Cook, D., O'Callaghan, C., Pichora, D., Dodek, P., Conrad, W., et al. (2005). Canadian nurses and respiratory therapists perspectives on withdrawal of life support in the intensive care unit. *Journal of critical care*, 20, 59-65.
- Sibbald, R., Downar, J., & Hawryluck, L. (2007). Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*, 177(10), 1201-1208.
- Silén, M., Svantesson, M., & Ahlström, G. (2008). Nurses conceptions of decision making concerning life-sustaining treatment. *Nursing Ethics*, 15(2), 160-173.
- Sjökvist, P., Berggren, L., & Cook, D. J. (1999). Attitudes of Swedish physicians and nurses towards the use of life-sustaining treatment. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(2), 167-72.



SOSFS 1992:2. Socialstyrelsen. Allmänna råd från Socialstyrelsen. *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/5A6DA0B1-06B4-40B3-9926-7D71980D5563/2089/1992702.pdf> Åtkomst 20081104

Statens offentliga utredningar (2001). Slutbetänkande av kommittén om vård i livets slutskede. Vårdig vård vid livets slut. Döden angår oss alla. (SOU 2001:6) <http://www.regeringen.se/sb/d/185/a/2867> Åtkomst 20090319

Svantesson, M., Anderzèn Carlsson, A., Thorsèn, H., Kallenberg, K., & Ahlström, G. (2008a). Interprofessional ethics rounds concerning dialysis patients; Staff ethical reflections before and after rounds. *Journal of Medical Ethics* 34, 407-413.

Svantesson, M., Löfmark, R., Thorsén, H., Kallenberg, K., & Ahlström, G. (2008b). Learning a way through ethical problems – Swedish nurses´and doctors´experiences from one model of ethics rounds. *Journal of Medical Ethics*, 34, 399- 406.

Svantesson, M., Sjökvist, P., & Thorsén, H. (2003). End-of-life decisions in Swedish ICU:s How do physicians from the admitting department reason? *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 241-251.

Svantesson, M., Sjökvist, P., Thorsèn, H., & Ahlström, G. (2006). Nurses´ and physicians´ opinions on aggressiveness of treatment for general ward patientes. *Nursing Etihics*, 13(2), 147-161.

Svensk förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI). *Avstå eller avbryta behandling inom svensk intensivvård*. [http://www.sfai.se/files/Rikt\\_Avstå-Avbryta\\_FV\\_II\\_SFAl.pdf](http://www.sfai.se/files/Rikt_Avstå-Avbryta_FV_II_SFAl.pdf). Åtkomst 20080915

Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska koder för sjuksköteskor. <http://www.vardeforbundet.se/templates/VFArticlePage4.aspx?id=13556> Åtkomst

2009-03-19

Vetenskapsrådet. (2004). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm. <http://www.codex.vr.se> Åtkomst 20081015

Workman,S., McKeever, P., Harvey, W., & Singer, P. (2003). Intensive care nurses' and physicians experiences with demands for treatment: some implications for clinical practice. *Journal of critical care*, 18(1), 17-24.