

**SJUKSKÖTERSORS REFLEKTIONER RÖRANDE ETIK KRING
HJÄRT-LUNGRÄDDNING**

**NURSES' REFLECTIONS ON ETHICS CONCERNING
CARDIOPULMONARY RESUSCITATION**

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2016-05-12
Kurs: Ht14

Författare:
Martina Birgersson

Sofie Holmström

Handledare:
Linda Gellerstedt

Examinator:
Jörgen Medin

SAMMANFATTNING

Varje år i Sverige drabbas cirka 15 000 personer av ett plötsligt hjärtstopp, 5 000 utav dessa sker på sjukhus.

Hjärt-lungräddning kan vara en livräddande åtgärd vid ett hjärtstopp. I den akuta situationen fokuseras det på snabba insatser och praktiska moment, medan reflektioner rörande etik kommer i andra hand. Ett återupplivningsförsök är komplext och överväganden gällande dels om hjärt-lungräddning ska påbörjas och dels när hjärt-lungräddning ska avslutas måste göras utifrån varje individuellt fall. Dessa beslut rörande liv och död har inga enkla svar och etiska överväganden måste ofta göras. Inom akutsjukvården ställs det höga krav på sjuksköterskors förmåga och kunskap att möta patienter i olika situationer och för att hantera dessa situationer krävs en mental beredskap.

Syftet var att beskriva sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-lungräddningssituationer.

Metoden var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med nio sjuksköterskor vilka arbetade inom akutsjukvård. Det insamlade materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet redovisas i tre kategorier: Integritet, Värdighet och Behandlingsbegränsningar och sju underkategorier: Patientens fysiska integritet, Patientens psykiska integritet, Anhörignärvaro, Människovärde, Olika patientgrupper, Samsyn och Sjuksköterskans roll och ansvar. Resultatet påvisar att sjuksköterskorna värnade om patientens fysiska integritet samt att de tänkte mer aktivt kring integritet när anhöriga var närvarande vid ett återupplivningsförsök. Frustrationer uppkom då sjuksköterskan kände sig obekvämt med hur länge återupplivningen pågick och där läkaren inte kunde fatta beslut om att avsluta, trots en dålig prognos för patienten. Framträdande var negativa känslor kring att utföra hjärt-lungräddning på äldre människor där det inte ansågs befogat att påbörja. Genomgående fanns en önskan om att diskutera beslut gällande hjärt-lungräddning för över professionerna, med förhoppningen att lättare nå konsensus.

Sjuksköterskors reflektioner rörande etik i hjärt-lungräddningssituationer innehöll känslor kring vilka åtgärder som ansågs vara för patientens bästa i den specifika situationen och även tankar kring hur anhöriga som närvarade under återupplivningsförsöket upplevde situationen.

Inom akutsjukvården är reflektioner kring etik närvarande i sjuksköterskans dagliga arbete, dock upplevs dessa som sekundära och överskuggas av prioriteringar, tidsbrist och praktiska moment. Sjuksköterskorna beskrev vikten av att föra diskussioner kring etik i arbetsgruppen och att dessa borde ha en självklar plats i det dagliga arbetet. I en vård där tidsbrist och bristande resurser präglar omhändertagandet av patienten och dennes anhöriga finns en förhoppning om att detta skulle kunna ge en mer humaniserad vård.

Nyckelord: etik, hjärt-lungräddning, integritet, värdighet, sjuksköterskor

ABSTRACT

Every year approximately 15000 people suffer from sudden cardiac arrest in Sweden. 5000 of these occur in a hospital. Cardiopulmonary resuscitation can be a lifesaving technique in cases of sudden cardiac arrest. In an emergency situation focus is on a quick response and practical actions while reflections concerning ethics become a later priority. A resuscitation is a complex situation, and in all cases of sudden cardiac arrest one needs to consider when to start, continue and when to terminate these attempts. The decision needs to be made individually, based on the patient in question. Decisions concerning life and death are difficult and often require an ethical consideration. Nurses in emergency care face high demands concerning their ability and knowledge to meet patients in different situations.

The aim of the study was to describe nurses' reflections concerning ethics in situations with cardiopulmonary resuscitation.

A qualitative interview study with an inductive approach was chosen as the method. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed using qualitative content analysis. Nine nurses working in emergency care were interviewed.

The analysis resulted in three categories: integrity, dignity and decisions regarding interventions, and seven subcategories: the bodily integrity of a patient, the physical integrity of a patient, presence of family members, human values, different patient groups, consensus and the nurses' role and responsibilities. The result shows that nurses protected a patient's bodily integrity and that the importance of this was made more apparent when family members were present in resuscitation attempts. In situations where CPR had been performed for a long period of time and where further interventions were seen as futile, frustrations arose from the nurse's side as they felt the doctor could not make the decision to terminate all efforts. Negative feelings arose concerning performing CPR on older people where it was not considered beneficial to even start. Consistently, a wish was expressed for discussions regarding CPR to be held across professions, between nurses and doctors, with hopes of reaching a consensus.

Nurses' reflections concerning ethics in situations with cardiopulmonary resuscitation included feelings on what actions would be in the best interest of the patient as well as thoughts on how the resuscitation was perceived by family members witnessing it.

In emergency care, reflections concerning ethics are present in all aspects of daily work. They are however perceived as secondary and constantly overshadowed by priorities, lack of time and practical tasks. Nurses described the importance of discussions on ethics in the workgroup and that these should have an obvious place in the daily work. In a care environment, where a lack of time and a lack of resources distinguish the care of the patient and their family members, there is a hope that an ethical awareness will improve the care situation.

Keywords: ethics, cardiopulmonary resuscitation, integrity, dignity, nurses

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Hjärtstopp	1
Hjärt- och lungräddning.....	1
Behandlingsbergränsning.....	2
Akutsjukvård.....	3
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar.....	3
Teoretisk referensram- Personcentrerad vård.....	3
Etik och moral	4
Etiska principer	4
Etik inom hälso- och sjukvård	5
Riktlinjer kring etik vid HLR	6
Problemformulering.....	6
SYFTE	7
METOD	7
Design och ansats.....	7
Urval	7
Genomförande	8
Databearbetning	9
Forskningsetiska överväganden.....	11
RESULTAT	11
Integritet.....	12
Värdighet.....	14
Behandlingsbegränsning.....	15
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Slutsats.....	23
Klinisk tillämpbarhet.....	23
REFERENSER	25

Bilaga 1- Brev till verksamhetschef

Bilaga 2- Intervjuguide

Bilaga 3- Forskningspersonsinformation och Samtyckesformulär

BAKGRUND

Hjärtstopp

När hjärtat stannar slutar blodet att cirkulera i kroppen och transporten ut till kroppens celler av syre och näringsämnen upphör (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011). Vid ett plötsligt hjärtstopp upphör hjärtats pumpförmåga, personen slutar andas och förlorar medvetandet efter endast några sekunder (Koster et al., 2010). Jacobs et al. (2004) definierar hjärtstopp som att hjärtats mekaniska aktivitet upphör och patienten blir medvetslös med en onormal andning samt avsaknad av palpabel puls.

Enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2011) föregås cirka 80 procent av hjärtstoppen av ett ventrikelflimmer. Ett ventrikelflimmer innebär ett elektriskt kaos i hjärtat med otillräcklig pumpförmåga som leder till ett hjärtstopp om inte en tidig defibrillering utförs. Tiden till defibrillering vid ett ventrikelflimmer är avgörande för patientens överlevnad (Lee & Low, 2010). Ventrikelflimmer kan bland annat uppstå av följande orsaker; myokardischemi, hypoxi, intoxication, metabola störningar, drunkning och elstöt (Creed & Spiers, 2010). Vid ett obehandlat ventrikelflimmer avtar hjärtats pumpförmåga och de elektriska impulserna upphör och det leder till att hjärtat slutar att slå, asystoli. Elektriskt kaos i hjärtat kan också visa sig som pulslös ventrikeltakykardi över 150 slag per minut eller som pulslös elektrisk aktivitet, PEA (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011). 4H4T är en minnesregel för reversibla orsaker som leder till hjärtstopp utöver akut myokardischemi som är den vanligaste orsaken. 4H4T står för; hypoxi, hypovolemi, hyper-/hypokalemi, hypotermi, trombos kardiell/pulmonell, tamponad, toxication/förgiftning, tryckpneumothorax (Bergum, Nordseth, Mjølstad, Skogvoll & Haugen, 2015).

Varje år i Sverige drabbas ca 15 000 personer av ett plötsligt hjärtstopp, 10 000 av dem sker utanför sjukhus och 5 000 på sjukhus (Andersson, 2015).

Hjärt-lungräddning

Hjärt-lungräddning är ett akut omhändertagande vid ett hjärtstopp. En tidig insats genom ventilering och utförande av bröstkompressioner anses vara livräddande vid ett hjärtstopp. Med dessa åtgärder upprätthålls cirkulationen och hjärnan får tillförsel av syresatt blod i väntan på andra åtgärder (Ericson & Ericson, 2013). Bröstkompressioner utförs genom att placera händerna mitt på bröstet, tryck ner bröstkorgen 5-6 cm, mellan kompressionerna släpps bröstkorgen upp (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011). Enligt handlingsplanen från Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2011) ska hjärt- och lungräddning utföras med 30 bröstkompressioner och därefter följas av två inblåsningar om inte patienten är intuberad, då bröstkompressionerna utförs kontinuerligt utan avbrott, takten ska vara 100-120 slag/minut.

Historik kring hjärt-lungräddning

Återupplivning vid hjärtstopp finns beskrivet lika långt tillbaka som den mänskliga historien sträcker sig, även om metoderna var annorlunda. Hjärt-lungräddning med bröstkompressioner och ventilering introducerades först under mitten av 1900-talet, trots att effekten av återupplivning med hjälp av en elektrisk stöt på hjärtat påvisades redan på 1800-talet. I slutet av 1800-talet och början på 1900-talet utvecklades elkraften och olyckor med elstötar som orsakade hjärtstopp blev vanligare. Detta föranledde utvecklingen och användningen av defibrillatorn. Under 1960-talet vidareutvecklades hjärt-lungräddning och

en rad åtgärder för att återställa blodcirkulationen inrättades genom förkortningen ABCD, vilket var förkortningen för Airways, Breathing, Chest Compression och Defibrillation (Ristagno, Tang & Weil, 2009). Metoder för att förbättra behandlingen av de patienter som har drabbats av ett hjärtstopp ökar och sträcker sig från samhällsinsatser med tidig start av hjärt-lungräddning och defibrillering till högteknologisk vård på sjukhusen. Detta ligger till grund för bildandet av Svenska Rådet för hjärt-lungräddning. Syftet med rådet är att samla specifik kompetens gällande hjärtstopp och dess behandling (Herlitz et al., 2007). Rådets övergripande mål är att genom ett optimalt omhändertagande rädda liv vid ett plötsligt hjärtstopp. Detta mål kan uppnås genom att utbilda personal i sjukvården och personer i samhället i hjärt-lungräddning. Genom arbeta utifrån riktlinjer optimeras omhändertagandet vid hjärtstopp. Rådet stödjer även forskning inom området (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

Hjärt-lungräddning

Basal hjärt-lungräddning är den grundläggande behandlingen vid hjärtstopp och omfattar att skapa fria luftvägar, ge assisterad andning samt att ge bröstkompressioner. S-HLR ingår som grundutbildning för all sjukvårdspersonal och innefattar larmrutiner, hjälpmedel för ventilation och cirkulation, halvautomatisk defibrillering och teamträning. A-HLR är avancerad hjärt-lungräddning och är en påbyggnad på S-HLR och riktar sig mot personal inom akutsjukvården och ambulanssjukvården. Vid avancerad hjärt-lungräddning intuberas patienten för att skapa fria luftvägar samt att ventrikelflimmer eller pulslös ventrikeltakykardi defibrilleras (Erisson & Ericsson, 2013). Läkemedel som rekommenderas för användning vid avancerad hjärt-lungräddning är förutom syrgas, adrenalin och amiodaron (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

Behandlingsmål vid hjärtstopp på sjukhus för förbättring av överlevnad har inrättats av HLR-rådet. Dessa mål är; inom en minut ska hjärt-lungräddning påbörjas, tidigt larm inom en minut samt defibrillering inom tre minuter (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011). När en person har drabbats av ett hjärtstopp finns det framförallt fyra livräddande länkar, dessa är; observera varningssignaler, tidigt larm, tidigt påbörjande av hjärt-lungräddning samt tidig defibrillering (Koster et al., 2010; Nolan et al., 2010). Dessa fyra livräddande länkar benämns ”kedjan som räddar liv” (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011).

I de fall hjärt-lungräddning påbörjas tidigt kan andning och cirkulation under en begränsad tid upprätthållas i väntan på defibrillator. Under hela hjärtstoppet med undantag för andra åtgärder exempelvis intubering ska bröstkompressioner utföras med syfte att förse hjärna och kranskärl med blod. När hjärt-lungräddning utförs med minimala avbrott förbättras hemodynamiken (Pearson, 2015).

Behandlingsbegränsning

Ett beslut om att hjärt-lungräddning inte ska utföras (EJ HLR) kan endast ansvarig läkare med rätt medicinsk kompetens fatta, beslutet gäller endast återupplivningsförsök vid ett hjärtstopp och innefattar inte beslut om eventuella andra begränsningar gällande olika behandlingar. Om beslut om EJ HLR inte finns dokumenterat måste vårdpersonal alltid påbörja hjärt-lungräddning (Svenska Läkaresällskapet, 2013). Beslutet ska finnas dokumenterat i patientens journal och vid varje vårdtillfälle ska beslutets giltighet omvärderas (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011). Beslut om EJ HLR initierades som metod så att patienter själva kunde vara delaktiga gällande åtgärder och behandlingar (Lachman, 2010). I den akuta hjärtstoppsituationen där det saknas ett dokumenterat ställningstagande är utgångspunkten att patienten önskar hjärt-lungräddning (Svenska Läkaresällskapet, 2013). När en återupplivning inte är till patientens fördel och beslut om

EJ HLR utfärdas är det viktigt att behandla patienten med värdighet (Nolan et al., 2010). Enligt riktlinjerna rörande hjärt-lungräddning kan anhöriga tillfrågas om de har vetskap om patientens önskemål gällande hjärt-lungräddning, vårdpersonal är dock inte skyldiga att påbörja hjärt-lungräddning för att uppfylla anhörigas eller patients önskemål om behandlingen ser utsiktslös ut (Svenska Läkaresällskapet, 2013).

Akutsjukvård

Begreppet akutsjukvård innefattar all den vård som gör att patienten måste söka sjukvård orsakat av ett medicinskt akut tillstånd (Socialstyrelsen, 2014). I verksamhetsområdet akutsjukvård ska vård ges till patienten inom ett dygn på en akutmottagning eller akutsjukvårdsavdelning (Riksföreningen för Akutsjuksköterskor, 2008). Akutsjukvården utgör en betydelsefull del av sjukvården (Socialstyrelsen, 2014).

Socialstyrelsens definition på akutsjukvård:

”Med akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn” (Socialstyrelsen, 2014).

Personal inom akutsjukvård fokuserar på att identifiera och åtgärda akuta tillstånd hos patienter. Inom akutsjukvården arbetar samtliga professioner i team och måste vara fokuserade på just sina arbetsuppgifter. Hög belastning gör att prioriteringar är centrala och akutsjuksköterskan måste ha kontroll över sina patienter för att kunna identifiera försämringar och snabbt åtgärda dem (Wikström, 2006).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

Sjuksköterskor är verksamma inom ett stort antal specialiteter, inom några av dessa vårdas patienter med akuta sjukdomar och akuta tillstånd. I händelse av en livshotande situation, såsom ett hjärtstopp förlitar patienter och anhöriga sig på vårdpersonalens kompetens och färdigheter. Sjuksköterskor som arbetar nära patienten och utgår ifrån dennes behov, behöver vara professionellt skickliga och besitta optimala kunskaper och färdigheter för att kunna omhänderta patienten på bästa sätt (Hemming, Hudson, Durham & Richuso, 2003). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall vården ges med omtanke och respekt för individen och även med hänsyn för varje enskild individs värdighet.

Teoretisk referensram - Personcentrerad vård

En av de sex kärnkompetenser som sjuksköterskan skall ha är personcentrerad vård, den kännetecknas av att patienten ska bli sedd som en unik individ (Carlsson, 2015). Personcentrerad vård har sitt ursprung ur ett humanistiskt perspektiv, ömsesidig respekt och förståelse lägger grunden för denna vårdform (McCance & McCormack, 2006). Ekman et al. (2011) belyser vikten av att se personen bakom patienten som människa med egna känslor och behov. I den personcentrerade vården ska patienten vara delaktig i sin egen vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Genom att involvera anhöriga i den personcentrerade vården kan det bidra till en ökad kunskap och förståelse om patienten (Slater, 2006). Omvårdnaden kring individen ska sträva efter att bevara personens integritet och värdighet och detta kan uppnås genom att låta patienten bli delaktig, delges information och att eftersträva ett samarbete (St. Onge & Parnell, 2015). I värdegrund för omvårdnad är de centrala ämnena; respekt för det sårbara, respekt för värdighet, respekt för integritet och respekt för självbestämmande/autonomi (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Etik och moral

Ordet etik härstammar från det grekiska ordet ethos. Ethos betyder de morala idéer och attityder som tillhör en specifik grupp eller ett samhälle (Hornby, 2010). I dagens samhälle definieras ordet etik som en systematisk reflektion över mänskliga värderingar och handlingar, kort sagt varför individen handlar på ett visst sätt (Sandman & Kjellström, 2013).

Moral definieras som ett faktiskt handlande utifrån normer och värden, etik representerar istället reflektionen över dessa. En reflektion kring etik ämnar förklara varför en specifik handling görs på ett specifikt sätt (Statens Medicinsk-Etiska Råd, 2008). En etisk reflektion innebär således en systematisk reflektion över de värderingar och handlingar människan gör samt motiven för dessa. Individen försöker ge skäl till varför den handlar på ett visst sätt alternativt valt de värderingar som den valt (Sandman & Kjellström, 2013).

Människovärdesprincipen är en grundläggande etisk princip. En enskild människas tänkande och kännande är knutet till dess existens och är något som inte är påverkligt. Alla människor har lika värde, oavsett våra olika egenskaper, och har samma fundamentala rättigheter. Det är dock vanligt förekommande att dessa fundamentala rättigheter kränks. Alla människor har i grunden lika rätt till liv, behandling och vård, något som inte efterföljs i dagens samhälle (Statens Medicinsk-Etiska Råd, 2008).

Begreppet integritet är nära besläktat med begreppet människovärde. Begreppet berör en människas egenvärde, i form av värderingar, önskningar och åsikter, något som sjukvården ska respektera då vård bedrivs, oavsett om personen själv har förmåga att yttra eller försvara denna rätt (Statens Medicinsk-Etiska Råd, 2008). Vidare nämns fysisk och psykisk integritet. Den fysiska integriteten berör människans kropp och den psykiska integriteten berör människans värderingar, åsikter och önskningar. Människans fysiska integritet får inte kränkas, exempelvis genom en kroppsundersökning utan samtycke och den psykiska integriteten genom en kränkning av människans åsikter och värderingar (Statens Medicinsk-Etiska Råd, 2016). En omvårdnad som utgår från individen själv, med respekt för dennes önskningar, värderingar och åsikter är således en vård som utgår från individens integritet. Förhoppningsvis kan patienten, genom att sjukvården respekterar individens integritet, uppleva tillit, hopp och mening vilket i sin tur kan innebära ett lindrat lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Att lindra lidande är ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden, tillsammans med främja hälsa, förebygga sjukdom samt återställa hälsa (International Council of Nurses, 2012).

Etiska principer

Vid hjärt-lungräddning; vid ett oväntat hjärtstopp samt vid avslutande av påbörjad hjärt-lungräddning, framträder ett antal etiska normer vilka sjukvårdspersonal behöver ta i beaktning. Vården grundas på fyra etiska principer: göra gott, inte skada, autonomi och rättvisa, men den kanske mest framträdande av dessa principer är autonomiprincipen. Återupplivande vård ska ges utifrån vetenskapligt beprövad erfarenhet samtidigt som patientens autonomi bibehålls (American Heart Association, 2000).

Autonomiprincipen berör en individs rätt till självbestämmande och kräver att patienten är förmögen att kommunicera och ge sitt godkännande alternativt avböjande kring en specifik intervention, här inkluderat hjärt-lungräddning. Ett informerat samtycke innebär att patienten är införstådd i sin diagnos och prognos, behandlingar och alternativ samt risker och fördelar. Patienten måste kunna fatta ett medvetet beslut och välja bland de alternativ

som erbjuds samt kunna relatera det beslutet utifrån personliga värderingar (American Heart Association, 2000).

Göra gott-principen innebär i grunden en önskan att göra gott, och beskriver en moralisk skyldighet att som människa främja det goda, förebygga samt minska skada. Inom sjukvården innebär detta att tillgodose patientens medicinska och medmänskliga behov: förebygga skada, lindra lidande och arbeta för att stärka hälsa och välbefinnande (Beauchamp & Childress, 2009).

Icke-skada-principen är principen att inte skada eller utsätta patienten för onödig risk, något som är grundläggande inom medicinsk- och omvårdnadsetik. Denna princip beskriver, likt göra gott-principen, en moralisk skyldighet att inte skada andra, något som alla människor bör efterfölja. Inom sjukvården ska våra handlingar inte skada patienten, genom fysisk eller psykisk smärta eller genom att kränka dennes integritet (Beauchamp & Childress, 2009).

Rättvisprincipen berör att behandla patienter med lika behov lika. Sjukvården ska sträva efter en jämn och rättvis fördelning av tillgängliga resurser som ej baseras på faktorer som social- eller kulturell härkomst eller kön. Ses denna princip på mänskligheten i stort finns en moralisk skyldighet att handla rättvist. Grundläggande är att alla människor är lika värda och således ska alla resurser fördelas lika mellan dem. Nackdelen med rättvisprincipen är avsaknaden av hur resurser ska fördelas människor emellan, och är därför en princip som måste användas tillsammans med andra rättvisprinciper, exempelvis materiella sådana (Beauchamp & Childress, 2009).

Etik inom hälso- och sjukvård

En sjuksköterska verksam inom akutsjukvård, ställs inför ett antal situationer som kan anses vara etiskt svåra, relaterat till sårbarhet, ansvar, och prioriteringar. Sjuksköterskor ställs inför situationer där patienter svävar mellan liv och död och reflektioner kring etik anses tillhöra det dagliga arbetet. Etiska utmaningar kan upplevas från olika perspektiv, exempelvis från patienter, anhöriga, kollegor och läkare (Langeland & Sorlie, 2011). Vidare beskrivs ett dilemma när en behandling upplevs skada patienten mer än att den gör gott, samt en svårighet i att bevara och skydda en patients integritet i situationer då denne är svårt sjuk eller skadad (Haugen Bunch, 2002). Att värna om patientens rättigheter ses som en av sjuksköterskeprofessionens grundstenar men är även något som sjuksköterskor upplever som problematiskt utifrån en etisk synvinkel. Sjuksköterskan ska göra gott, agera med patientens bästa i åtanke samt upprätthålla dennes rättigheter, i enlighet med etiska koder (Ulrich et al., 2010).

Professionell etik

Professionell etik består av olika värden, rättigheter och skyldigheter, och bildar en grund för omvårdnadsprofessionen. Den regleras av nationell lagstiftning och internationella överenskommelser och beskrivs i yrkesetiska regler. Professionell etik är väl etablerad inom omvårdnad, men är i ständig förändring på grund av olika faktorer som påverkar professionen (Kangasniemi, Pakkanen & Korhonen, 2015). Sjuksköterskeprofessionen, med omvårdnad som huvudområde, har ett statuerat syfte att utifrån etik skydda patienter från skada och erbjuda vård som gagnar patienten (Kopala & Burkhart, 2005).

Etiska koder

Etiska koder för sjuksköterskor finns i flertalet former världen över, från specifika koder för enskilda länder till koder vilka riktar sig mot sjuksköterskor internationellt. Gemensamt för dessa koder är att de beskriver de generella normer som finns i samhället specifikt

utifrån sjuksköterskeprofessionen, de normer som bör vara grundläggande för alla beslut som fattas inom omvårdnadsprocessen (Dobrowolska, Wronska, Fidecki & Wysokinski, 2007). En etisk kod bör ses som en vägledning, och inte ett regelverk för hur sjuksköterskan ska bete sig i en moraliskt svår situation (Dobrowolska et al., 2007; Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). En etisk kod kan inte förklara en individs individuella etiska resonemang utan beskriver snarare en etisk miljö och de generella etiska attityder som delas av hälso- och sjukvårdspersonal (Limentani, 1999).

En internationell etisk kod för sjuksköterskor utarbetades år 1953 och har sedan dess uppdaterats och reviderats regelbundet. Den senaste versionen fastställdes 2012 och består av en generell beskrivning av den etiska koden utifrån fyra etiska standarder; sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen samt sjuksköterskan och medarbetare. Vidare beskriver den etiska koden hur dessa standarder appliceras i vården (International Council of Nurses, 2012). I Sverige agerar sjuksköterskor efter en svensk översättning av ovan nämnda etiska kod, översatt 2014 av Svensk Sjuksköterskeförening. Denna etiska kod kan användas som en vägledning vid situationer som upplevs som etiskt svåra (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

International Council of Nurses' (ICN) etiska kod grundar sig på sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden; främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Grundläggande för omvårdnad är en respekt för mänskliga rättigheter. Dessa rättigheter innefattar kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val samt rätten att som patient bli bemött med värdighet och respekt (International Council of Nurses, 2012). Den etiska koden statuerar att;

”Omvårdnad ska ges respektfullt, oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning” (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Riktlinjer kring etik vid hjärt-lungräddning

Vid hjärt-lungräddningssituationer bör reflektioner kring etik och en etisk dialog vara ständigt närvarande. En sådan reflektion, eller dialog, har som syfte att tydliggöra de beslut som fattas kring patienten och den omkringliggande situationen (Svenska Läkaresällskapet, 2013). Svenska Läkaresällskapet (2013) beskriver etiska riktlinjer rörande ställningstagandet kring huruvida hjärt-lungräddning ska påbörjas eller inte vid en hjärtstoppssituation. I dagens sjukvård ska hjärt-lungräddning alltid påbörjas vid ett oväntat hjärtstopp såvida inte ett dokumenterat beslut finns att inte påbörja hjärt-lungräddning. Vidare ska hjärt-lungräddning utföras enligt de nationella behandlingsriktlinjer framtagna av Svenska rådet för hjärt-lungräddning. De etiska riktlinjer som beskrivs ovan syftar till att belysa de etiska aspekter som finns kring att eventuellt fatta ett beslut om att avstå hjärt-lungräddning. Riktlinjerna fokuserar på de bakomliggande skäl som kan motivera ett sådant beslut, till exempel bakomliggande sjukdom, prognos samt patientens egen inställning till situationen. Vid akuta situationer kan sådan information saknas varför hjärt- lungräddning i sådant fall alltid ska påbörjas. Vidare beskriver riktlinjerna vikten av att involvera patient och närstående, samt även involverad vårdpersonal i dessa beslut, och det dokumentationskrav som finns kring detta ställningstagande.

Problemformulering

Sjuksköterskor inom akutsjukvård ställs inför många utmaningar kring etik vilka kan ses från olika perspektiv. Hjärt- lungräddning är en livräddande åtgärd vid ett hjärtstopp och

kan hos sjuksköterskor komma att framkalla känslor och upplevelser av etiska dilemman. Vid utbildning och träning gällande hjärt-lungräddning fokuseras det på det akuta omhändertagandet samt de praktiska moment som måste utföras, reflektioner kring etik kommer ofta i andra hand. Sjuksköterskans skyldigheter kan hamna i konflikt med för vad som är det bästa för patienten ur ett etiskt perspektiv.

Sjukvårdens syfte är att skydda liv, i enlighet med etiska riktlinjer. Omvårdnadens värdegrund utgår från centrala områden såsom; respekt för det sårbara, respekt för värdighet, respekt för integritet och respekt för självbestämmande/autonomi (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Etiken gör sig närvarande i sjuksköterskans dagliga arbete och omvårdnaden kring individen ska sträva efter att bevara personens integritet och värdighet. Vid reflektion kring situationer som av sjuksköterskan kan upplevas som etiskt svåra, kan ICN's etiska kod vara en vägledning i arbetet. Sjuksköterskor ska enligt koden, arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt samt arbeta mot att oetiska metoder och förhållanden förekommer (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Utifrån detta är det av vikt att beskriva sjuksköterskors reflektioner rörande etik i hjärt-lungräddningssituationer.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-lungräddningssituationer inom akutsjukvård.

METOD

Design och ansats

Studiens design var en deskriptiv kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats. Denna metod valdes då kvalitativ forskning strävar efter att förstå ett fenomen i en persons livsvärld, i detta fall sjuksköterskors reflektioner i deras vardagsvärld (Kvale & Brinkman, 2014; Polit & Beck, 2012,). Datainsamlingen genomfördes genom semistrukturerade intervjuer. En semistrukturerad intervju används då forskaren vill täcka ett antal ämnen i sina intervjuer samt låta informanterna tala fritt kring sina erfarenheter och upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2012). Polit och Beck (2012) beskriver att en induktiv ansats är att föredra när slutsatser ska dras från informanternas upplevelser och erfarenheter.

Urval

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för informanter var legitimerade sjuksköterskor inom akutsjukvård, vid en akutmottagning eller en akutvårdsavdelning, vilka arbetat i minst ett år och hade erfarenhet av hjärt- och lungräddningssituationer. Exklusionskriterier var sjuksköterskor som inte upplevde sig kunna diskutera kring ämnet för studien.

Deltagande informanter

Totalt inkluderades nio sjuksköterskor i studien. Sju av informanterna var kvinnor och två var män. Fem arbetade på en akutmottagning och fyra på en akutvårdsavdelning.

Informanterna hade arbetat som sjuksköterskor inom akutsjukvård i två till tjugotvå år.

Genomförande

Studien genomfördes på ett akutsjukhus i Mellansverige under tidsperioden december 2015 till januari 2016 och informanter inkluderades från två avdelningar.

Information till verksamhetschefen

Inför studien etablerades skriftlig kontakt genom informationsbrev till verksamhetschefen på den tilltänkta kliniken (bilaga 1). I brevet presenterades en sammanfattning av studiens syfte, bakgrund och genomförande. Brevet skickades via internpost och ett returkuvert bifogades för att verksamhetschefen skulle kunna återsända sitt samtycke till att studien genomfördes på sin klinik. Verksamhetschefen gav samtycke till genomförandet och hade en önskan om att vårdenhetscheferna på respektive enhet skulle få information gällande studien, den informationen skickades via mail till berörda vårdenhetschefer, vilka ställde sig positiva till genomförandet av studien.

Rekrytering av informanter

Urvalsmetod för inklusion genomfördes genom ett snöbollsurval. Ett snöbollsurval innebär att informanter väljs ut med hjälp av rekommendationer från tidigare deltagare. Om en person rekommenderas av flera informanter kan den personen anses som speciellt viktig att ta med i studien (Polit & Beck, 2012). Initialt valdes den första informanten ut subjektivt av författarna och tillfrågades om deltagande, då den ansågs vara relevant för studien och hade av författarna känd erfarenhet utav hjärt- och lungräddningssituationer. Vidare ombads informanterna att rekommendera en eller flera personer som de bedömde lämpliga enligt uppställda inklusionskriterier.

Intervjuguide

Intervjuerna utfördes utifrån en på förhand utarbetad intervjuguide (bilaga 2). Kvale och Brinkmann (2014) beskriver att intervjuguiden används som ett manus till intervjuerna. Intervjuguiden bestod av ett antal semistrukturerade frågor som ställdes till alla informanter. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) uppmanas informanten att utveckla sina tankar genom semistrukturerade intervjuer. Informanten tilläts tala fritt kring frågorna i intervjuguiden och följdfrågor ställdes när författarna ville att informanten skulle utveckla sitt resonemang. Författarnas roll under intervjun var att främja informanterna till att fritt berätta med egna ord.

Pilotintervju

Efter godkännande från verksamhetschefen genomfördes en pilotintervju med en av författarna utvald informant. I enlighet med Kvale och Brinkman (2014) utfördes pilotintervjun för att testa att intervjuguiden svarade mot studiens syfte samt att inspelningsutrustning fungerade korrekt. Utförd pilotintervju ansågs ge svar i enlighet med uppsatt syfte och inkluderades därför i studien. Författarna bedömde att inga korrigeringar av intervjuguiden var nödvändiga. Följande informant rekommenderades således av informanten i pilotintervjun.

Genomförandet av intervjuer

Inför varje intervju erhöll informanten skriftlig och muntlig information om studien minst ett dygn innan. Vid intervjutillfället erhöll samtliga informanter åter information och skrev sedan under ett samtyckesformulär (bilaga 3). Samtliga intervjuer inleddes med att

informanten blev tillfrågad om hur länge de arbetat som sjuksköterska samt hur länge de arbetat inom akutsjukvård.

Initialt planerades tio intervjuer under en två-veckorsperiod. Av dessa tio genomfördes totalt nio intervjuer. Efter intervju nio framträdde flertalet liknande reflektioner från informanterna och författarna upplevde då att mättnad uppnåts, varför inga fler intervjuer genomfördes. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon. Vid sju av intervjuerna deltog båda författarna, två intervjuer genomfördes av en ensam författare. Det var viktigt att författarna uppmärksammade den påverkan de kunde ha på informanten samt den maktposition som kunde uppstå (Kvale & Brinkman, 2014).

Vid de intervjuer där båda författarna deltog ansvarade en författare för intervjun medan den andra intog en passiv roll. Den passiva författaren observerade och antecknade under intervjuens gång samt följde upp frågor kring områden som behövde utvecklas och förtydligas. Då placeringen av intervjuare samt informant är av vikt, relaterat till ovan nämnda maktposition, placerades den passiva intervjuaren vid sidan om. Författarna turades om att vara ansvarig intervjuare respektive passiv intervjuare under datainsamlingen. Vartefter som författarna fick informanter föreslagna av tidigare informanter skickades en förfrågan och kort information om studien ut via mail. I detta mail fanns även en föreslagen tidpunkt för intervjun, då författarna i förväg hade undersökt vilka dagar tilltänkta informanter arbetade. Informanterna bekräftade via mail om de ville medverka i studien. Inför intervjuerna avsattes 30-60 minuter och de genomförda intervjuerna varade i 20-62 minuter. Intervjuerna utfördes på informanternas arbetsplats i ett avskilt rum. Enligt Polit och Beck (2012) är det viktigt att skapa en miljö där informanterna känner sig trygga, så att de lättare kan uttrycka sina känslor.

Databearbetning

Transkribering av intervjuer

Det inspelade intervjumaterialet överfördes till text genom transkribering. Transkribering innebär att muntligt tal ändrar form till en skriven text (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna transkriberades ord för ord nära i anslutning till att varje enskild intervju hade ägt rum, för att hållas färskt i minnet på författarna. Efter varje transkriberad intervju lyssnade författarna på det inspelade materialet samtidigt som texten lästes, detta för att i enlighet med Kvale och Brinkmann (2014) försäkra sig om att intervjuerna inte misstolkats. Vid transkriberingen avidentifierades deltagarna och varje intervju tilldelades en siffra.

Kvalitativ innehållsanalys

Det insamlade materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. En innehållsanalys är enligt Krippendorff (2004) användbar för studier med en explorativ eller deskriptiv design, det vill säga en studie som tydligt ämnar beskriva kunskap och kontexter rörande ett fenomen. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) fokuserar en kvalitativ innehållsanalys på att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i en text. I varje text finns ett manifest innehåll och ett latent budskap.

Meningskondensering och kategorisering

De transkriberade intervjuerna lästes igenom utav båda författarna flera gånger för att få en kännedom och skapa sig en helhetsbild (Sandelowski, 1995). Meningsbärande enheter markerades i texten. Det kunde vara ord, meningar och stycken som hörde ihop genom sitt innehåll och besvarade för studien uppsatt syfte. Vidare kondenserades och abstraherades meningsenheterna genom att korta ner dem utan att förlora viktigt innehåll. Varje kondenserad meningsenhet tilldelades sedan en kod som kortfattat beskrev innehållet. Om fler koder liknade varandra fördes de samman och bildade en kategori. Kategorier är kärnan i en innehållsanalys och det innehåll som svarar på syftet ska ingå i en kategori (Graneheim & Lundman, 2004). För att tydliggöra variationerna i de olika kategorierna skapades underkategorier (Elo & Kyngäs, 2008).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
... en del har ju svårt att bara avsluta och säga det här är inte etiskt rätt att fortsätta HLR på den här patienten, man skulle inte ha startat det överhuvudtaget.	Det är inte etiskt rätt att fortsätta med HLR, man skulle inte ha startat överhuvudtaget.	HLR eller inte.	Beslut	Behandlingsbegrensning
Det måste vara jobbigt att se på som anhörig men för många är det viktigt att vara med... det man gör annorlunda är väl att man tänker ett steg längre när det gäller att inte blotta patienten helt utan kanske lägga för en handduk som skyddar en del kroppsdelar... men jag försöker tänka på integriteten fast inte anhöriga är där också, det kostar så lite att lägga på en extra handduk som skyddar litegrann.	När anhörig är med tänker man kanske ett steg längre gällande integriteten, fast vi borde göra det när de inte är med också.	Anhörignärvaro.	Anhöriga	Integritet.
Det är ju ett liv som vi har att göra med, att avsluta ett liv eller inte... det kan ju vara jättesvårt att acceptera att det inte går längre speciellt om det är någon som inte är så gammal. Ibland känns det som att... det är tufft.	Det handlar om att avsluta ett liv, det kan vara svårt att acceptera att det inte går längre, speciellt på en yngre person.	Svåra beslut.	Beslut.	Behandlingsbegrensning
Det är ovärdigt att skicka in en sjuk gammal patient, skulle ha fått dött hemma, så går ju diskussionen jämt om dom äldre som kommer in.	En sjuk, gammal patient ska få dö hemma istället för att skickas in.	Ovärdig död.	Människovärde.	Värdighet.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Sen hade jag ett hjärtstopp, vi gjorde HLR på honom och revbenen bara kraschade... Det var jättehemskt men vi var tvungna att börja.. då kan man känna att för vem gör vi det här...?	Vi gjorde HLR och revbenen bara kraschade, vi var tvungna att börja.. då kan man känna, för vem gör vi det här?	Plikt.	Sjuksköterskans roll och ansvar.	Behandlingsbegrensning.

Forskningsetiska överväganden

Verksamhetschef samt informanter fick information enligt de forskningsetiska principerna som innehåller fyra huvudkrav för att skydda individen: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Berörd verksamhetschef på den tilltänkta kliniken fick ett informationsbrev (bilaga 1) om studien syfte och dess innehåll för att sedan godkänna att studien genomfördes på dennes klinik. Vidare informerades vårdenhetschefer på respektive enhet.

Information om studiens syfte och en kort beskrivning om dess genomförande gavs till samtliga informanter (bilaga 3), här inkluderades även information kring det eventuella obehag som intervjun skulle kunna ge upphov till. Det fanns en risk att informanterna kunde bli berörda då känsliga ämnen togs upp, exempelvis om någon av dem har varit med om en påfrestande situation i samband med hjärt-lungräddning som de blev påmind om under intervjun (Kvale & Brinkmann, 2014). Därför avsattes tid för reflektion efter varje intervju.

Informationen gavs muntligt och skriftligt (bilaga 3) till informanterna. De informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst under studiens gång. Därefter efterfrågades informantens samtycke till deltagande.

För bevarandet av informanternas integritet gavs information gällande deras konfidentialitet ut. Deras konfidentialitet skyddades genom att informanterna oidentifierades och deras identitet var bara känd av författarna. Intervjumaterialet användes enbart i denna studie och har sparats på lösenordsskyddade datorer tills examinationen är godkänd, då de kommer att raderas. Informanterna erbjöds att ta del av det slutgiltiga resultatet och läsa uppsatsen i sin helhet

RESULTAT

I studien inkluderades totalt nio informanter, två män och sju kvinnor med en arbetslivserfarenhet inom akutsjukvård som sjuksköterska i två till tjugotvå år. Resultatet presenteras i tre huvudkategorier med sju underkategorier.

Tabell 2. Sjuksköterskors reflektioner rörande etik.

Kategori	Underkategori
Integritet	Patientens fysiska integritet Patientens psykiska integritet Anhörignärvaro
Värdighet	Människovärde
Behandlingsbegränsning	Olika patientgrupper Samsyn Sjuksköterskans roll och ansvar

Integritet

Patientens integritet var ett av de ämnen som berördes i intervjuerna. Sjuksköterskorna reflekterade kring och uppgav vikten av att respektera patientens integritet och vidare att integriteten inte upphör att vara relevant i en hjärt-lungräddningssituation då patienten själv inte förmår att hävda den. Vid en hjärt-lungräddningssituation är patientens integritet snarare av ännu större vikt. Sjuksköterskorna upplevde det viktigt, och såg det som sitt personliga ansvar, att föra patientens talan då denne inte var vid medvetande.

Patientens integritet

I intervjuerna framkom att sjuksköterskorna arbetar för att främja patientens integritet och alltid försöker sätta patienten i fokus då de har till uppgift att skydda patienten när denne befinner sig i ett utsatt läge. Sjuksköterskorna menade att patientens integritet i största möjliga mån skulle bevaras, exempelvis genom att undvika att exponera patienten. Att inte blotta patienten fysiskt var något som flertalet sjuksköterskor lade stor vikt vid. Sjuksköterskorna fokuserade på att skylla patienten i den mån de medicinska insatserna tillät samt att inte blotta patienten i onödan. Omtanken kring patienten och dess integritet nämndes som det främsta skälet till att patienten skyldes.

”...jag försöker alltid slita fram ett drag liksom och lägga över för jag tycker det är så ovärdigt på nåt sätt, och man tänker, ska man ligga där själv, eller hur. Nej, det.. det är sånt här typexempel på liksom att det blir oetiskt, att man ligger där blottad ..”

(Intervju 2)

”Även om vi håller på och försöker rädda ett liv och personen ligger helt naken även om den inte är i liv just då men det är ju fortfarande en person, den har fortfarande nån typ av integritet, som jag tycker ska skyddas och då börjar man tänka lite, man försöker ställa för något eller lägga en filt på, allt behöver inte vara blottat bara för att människan inte är vid liv för tillfället..”

(Intervju 8)

Två av sjuksköterskorna beskrev dock att patientens integritet kan tillåtas att komma i andra hand, detta då det akuta omhändertagandet upplevdes vara av större prioritet.

...det är klart att man har respekt för patienten, det har man ju oavsett, det är ju ett människoliv men det jag tror många lägger in som viktigt att man skyler patienten och man inte exponerar dom för publika stråk eller för mig är det skit samma liksom, gör jobbet och gör det rätt så dom har en chans annars är det ju inte av vikt överhuvudtaget att försöka skylla en patient om man inte koncentrerar sig på det som är viktigt alltså, livsuppehållande åtgärder.

(Intervju 1)

Patientens psykiska integritet

Sjuksköterskorna ansåg sig själva stå patienterna nära och kände att de kunde föra patientens talan i situationer då de inte kunde göra det själva eller att de inte hade några anhöriga närvarande som stod upp för dem.

Anhörignärvaro

Ett återkommande fynd i flertalet intervjuer var närvaro av anhöriga i en hjärt-lungräddningssituation. Sjuksköterskorna reflekterade kring hur närvaro av anhöriga bidrog till att hjärt-lungräddningssituationen blev mer human samt att vikten av patientens integritet synliggjordes tydligare. Flertalet sjuksköterskor uppgav att de aktivt värnade om att bevara patientens integritet då anhöriga var närvarande på rummet.

De måste vara jobbigt att se på som anhörig men för många är det viktigt att få vara med men det måste vara en som tar hand om dem och förklarar....det man gör annorlunda är väl att tänker ett steg längre när det gäller att inte blotta patienten helt utan kanske lägga för en handduk som skyddar en del kroppsdelar.

(Intervju 4)

Många av sjuksköterskorna upplevde närvaron av anhöriga i en hjärt-lungräddningssituation som positiv. Patienten sågs mer som en individ istället för en kropp. Sjuksköterskorna reflekterade, likt beskrivits ovan, mer på att inte exponera patienten, delvis relaterat till patientens integritet men även relaterat till anhöriga där sjuksköterskorna var av uppfattningen att många anhöriga kan uppleva HLR som våldsamt och makabert.

Det kändes så ovärdigt. Så även att jag som var den som var ansvarig för läkemedel gick jag ifrån och faktiskt gick iväg med honom, satte honom ned och gav han en filt och sa att jag kommer tillbaka om en stund och försökte bara få lite klarhet i vad som hänt och så. Men det kändes lite sådär, jag hade inte velat att det var min partner som låg sådär.....blottad.. utlämnad på nåt sätt. Och sen står alla där, man kan ju själv tänka sig att jag som anhörig står där och inte vet vad som händer och jag ser min döde partner framför mig.. ligga där blå och naken, frusen och kall. Ja, alltså efter kontakt med anhörig kändes det på nåt sätt lite mer att det var verkligen en människa man hade framför sig.

(Intervju 8)

Värdighet

Värdighet var ett centralt begrepp när sjuksköterskorna reflekterade kring etik. Sjuksköterskorna arbetade utifrån ett personcentrerat synsätt där patientens integritet och värdighet var av största vikt. Enligt sjuksköterskorna eftersträvades en vårdssituation där patientens värdighet stod i fokus.

Människovärde

Respekt för människan nämndes som en viktig faktor och ett grundläggande begrepp i relation till hur en patient behandlas. Sjuksköterskorna upplevde i vissa fall att läkaren hade svårt att fatta beslut kring att avbryta pågående hjärt-lungräddning. Detta trots att patientens utsikter bedömdes som dåliga. Resultatet av detta innebar att hjärt-lungräddningen pågick under en längre tid och ibland så pass lång tid att det inte längre sågs som medicinskt- eller etiskt försvarbart. Patienten tillåts inte dö och sjuksköterskorna beskrev att ett värdigt avslut för patienten kanske hade inneburit att inte påbörja hjärt-lungräddning överhuvudtaget. Sjuksköterskorna uppgav att reflektioner kring patientens värdighet ofta uppkom vid just långvarig hjärt-lungräddning, där de praktiska medicinska åtgärderna som först prioriterats sjunker undan i förmån för etiska reflektioner. Reflektionerna rörde främst patientens värdighet och flertalet sjuksköterskor upplevde detta framför allt i situationer med äldre patienter.

”De etiska aspekterna som jag tänker allra mest, det är ju att man kör hlr alldeles för länge och på en gammal person kanske man inte ens ska påbörja, det är ju mera såna grejer, tänker jag ofta på att det här blir oetiskt. Att man måste få dö en värdig död nån gång, när man är gammal och har fått ett hjärtstopp så, så kanske man inte ska ens påbörja.”

(Intervju 2)

En sjuksköterska beskrev ett drunkningstillbud med en äldre patient där långvarig hjärt-lungräddning utförts av medicinska skäl. Trots dessa legitima skäl upplevdes återupplivningen som ovärdig.

”Jag hade en drunkningsolycka som var tvungen att värmas upp innan man kan konstatera ett dödsfall och man håller på väldigt länge med en person innan man kommer upp i gradantal så att man kan konstatera dödsfallet... göra kompressioner i över en timme och ja man kan inte ta ett beslut innan det....det förstår jag med att man inte kan, men det känns väldigt oetiskt att ge sig på och göra HLR så länge på en äldre människa.”

(Intervju 4)

Hos en patient där ett beslut om EJ HLR saknas, men där indikationer finns på att ett sådant är relevant, upplevde sjuksköterskor hjärt-lungräddningen som ett övergrepp på patienten. Flera av sjuksköterskorna beskrev tidigare erfarenheter där hjärt-lungräddning påbörjats och resulterat i att patientens hjärta börjat slå igen, där denne avlider några timmar senare eller får men i form av svåra hjärnskador. Detta upplevdes av sjuksköterskorna som ett ovärdigt avslut på patientens liv.

”Medicindoktorn och narkosen hade inte riktigt samma åsikt om när vi skulle lägga ner... men vi är ju tvungna att jobba på och det kändes inte värdigt för tanten....hon fick ju aldrig tillbaks medvetandet utan återfick egen

andning...för att sedan dö på avdelningen några timmar senare. Man kan säga att hon dog två gånger.”

(Intervju 7)

Behandlingsbegränsning

Olika patientgrupper

Den äldre människan var en patientgrupp vilken berördes i alla inkluderade intervjuer. Sjuksköterskorna reflekterade kring att människor i dagens samhälle blir äldre och att sjukvården har en tendens att övervårda patienter. De upplevde att läkare är dåliga på att sätta behandlingsbegränsningar och fatta beslut som EJ HLR, utifrån patientens individuella situation. Avsaknaden av dessa beslut leder till att sjuksköterskorna tvingades påbörja hjärt-lungräddning på äldre, multisjuka patienter, där utsikten av en sådan insats bedömdes som futill. Sjuksköterskorna beskrev en frustration kring detta och upplevde att patientens värdighet åsidosätts för medicinska insatser där patienten istället borde tillåtas dö på ett värdigt sätt.

”Det är ovärdigt att skicka in en sjuk gammal patient, skulle ha fått dött hemma, så går ju diskussionen jämt om de äldre som kommer in. Rätt eller fel, det vet man ju inte.”

(Intervju 1)

Sjuksköterskorna betonade vikten av att låta livet ha sin naturliga gång och att istället fokusera på att främja ett värdigt avslut. Genom att påbörja hjärt-lungräddning skapades en frustration och sjuksköterskorna menade att fokus istället borde vara att ge en god vård i livets slut samt att tillåta patienten att dö.

Ovanstående reflektioner rör den äldre människan som patientgrupp. Sjuksköterskorna beskrev vidare hur tankarna skiljer sig vid omhändertagandet av andra patientgrupper, exempelvis barn och yngre individer. I en sådan situation reflekterades inte kring vad som är rätt eller fel gällande hjärt-lungräddning utan all tillgänglig behandling ska erbjudas patienten. Sjuksköterskorna beskrev denna uppfattning som genomgående för hela teamet som arbetade kring patienten och något som inte behövde deklarerats muntligt.

”Jag har ju varit med om yngre personer som har fått hjärtstopp också där man försöker in i det längsta och det tror jag att alla vill och det blir mycket mer känslomässigt... alla kämpar som bara den när det är en yngre person... det blir ju så, det är mer naturligt att dö när man blir äldre och sjuk än om en frisk ung person går bort... det känns inte naturligt.”

(Intervju 4)

Vidare lyftes patienter vilka gjort suicidförsök som en annan patientgrupp. Sjuksköterskorna uppgav delade åsikter kring denna grupp. Dels beskrevs en upplevelse av att det kändes fel att försöka återuppliva en patient som gjort ett medvetet suicidförsök. Dels beskrevs att patientens föregående handling inte utgjorde någon grund för vårdpersonalen att fatta beslut utifrån. Patientens sinnesstämning vid tillfället eller eventuella substanspåverkan borde inte påverka sjukvårdspersonalens mål att använda alla resurser för att återuppliva patienten och därigenom ge patienten en möjlighet till en andra chans.

Samsyn gällande beslut

Flera sjuksköterskor beskrev en avsaknad av samsyn mellan olika yrkesgrupper, framförallt gällande behandlingsbegränsningar och EJ HLR. Läkare upplevdes av vissa sjuksköterskor ha en biologisk och rent medicinsk syn på patienten medan de själva upplevde sig ha en mer humanistisk syn. Sjuksköterskorna uttryckte en önskan om att diskussioner rörande behandlingsbegränsningar och EJ HLR förs mellan professionerna. Då detta sker bildas en gemensam uppfattning och involverade aktörer är delaktiga i de beslut som rör patienten.

”Då är det ju oftast en bra situation där man överens allihopa tycker jag... det känns rätt, man håller inte på för länge på en gammal person då för det är ovärdigt”

(Intervju 4)

”Men det beror helt på, det är så personbundet så det finns inte, det säger ju en hel del om samsyn, om utbildning, träning, beslutsfattande, det existerar liksom inte i läkarkåren och inte inom någon annan yrkesgrupp här heller, vi sköterskor är också väldigt olika. Men läkarna är ju extremt dåligt synkade med varandra. En kan inte ta beslut, det går inte, de dra på det till förbannelse, till någon annan i princip lyfter bort dem från patienten. Någon annan ställer sig där på inresan, och dom kommer in i ambulanshallen och har redan bestämt sig... Så ingen samsyn överhuvudtaget, ingen synkronisering nej.”

(Intervju 1)

De sjuksköterskor vilka arbetade på akutvårdsavdelningen uttryckte en önskan om att diskussioner och efterföljande beslut kring behandlingsbegränsningar för relevanta patienten bör fattas i ett tidigare skede än vad som vanligtvis sker. Sjuksköterskorna upplevde en frustration då dessa beslut, enligt deras uppfattning, ibland fattas för sent. Ovanstående resonemang beskrevs som viktigt då sjuksköterskorna har en önskan om att ge patienten en god vård och ett värdigt avslut.

Sjuksköterskans roll och ansvar

I situationer där sjuksköterskorna upplevde att hjärt-lungräddning pågått under för lång tid krävdes styrka och mod att säga detta högt inför delaktig personal. Trots att detta beskrevs som något utmanande var det också vanligt förekommande att sjuksköterskorna gjorde det. Sjuksköterskorna menade att denna handling upplevdes som enklare i takt med att den personliga tryggheten i professionen utvecklades, något som ofta skedde i takt med att arbetslivserfarenheten ökade.

”Jag känner att nu när man har jobbat i så många år så kanske man för upp det till diskussion men det är ju inte mitt beslut att ta... en del läkare kan ju bli stötta så man får sköta det lite snyggt och inte vara för osmidig i diskussionen...fast man är ju en i teamet så man har ju all rätt i världen att lyfta frågan.”

(Intervju 7)

Flera av sjuksköterskorna beskrev en känsla av tvång relaterat till att i vissa situationer påbörja hjärt-lungräddning trots en personlig medvetenhet om att detta endast medför ett

förlängt lidande för patienten. Detta då de enligt lagen är skyldiga att påbörja hjärt-lungräddning på en patient med ett oväntat hjärtstopp där beslut om EJ HLR saknas.

”Sen hade jag ett hjärtstopp uppe på avdelningen....det var en gubbe som var i 90 års åldern...vi gjorde HLR på honom och revbenen bara kraschade.... Det var jättehemskt men vi var tvungna att börja, eftersom vi inte hade någon doktor tillgänglig”

(Intervju 5)

En sjuksköterska beskrev känslan av att vara en bödel då denna lyfte frågan gällande behandlingsbegränsningar, detta trots att frågan grundade sig i en vilja om patientens bästa.

Sjuksköterskorna gav även exempel på situationer som upplevdes som positiva, där diskussion gällande behandlingsbegränsningar hade tagits upp i god tid. Att beslut fattades i god tid gav sjuksköterskorna möjligheten att fokusera på en god omvårdnad och ledde till att arbetet kring patienten kändes lättare.

Sjuksköterskorna ansåg sig i många fall anta rollen som patientens advokat och såg det som sitt ansvar att föra patientens talan då denne inte var vid medvetande eller hade anhöriga närvarande. Sjuksköterskorna vilka arbetade på akutvårdsavdelningen beskrev en känsla av att stå patienten nära och vara insatt i sjukhistorien som anledningar till detta. De sjuksköterskor vilka arbetade på akutmottagningen upplevde sig se till patientens bästa utifrån situationen och därför efterfråga ett beslut.

”Vi gör det nog för att vi står patienterna närmre och det är inte etiskt försvarbart att hålla på med en patient för länge heller....ibland när det inte finns något att rädda de till.....vill man ha ett beslut och det är därför man efterfrågar det då”

(Intervju 4)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet var att undersöka sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-lungräddningssituationer. En kvalitativ intervjustudie valdes för att kunna beskriva sjuksköterskornas reflektioner på bästa sätt. Genom att genomföra en kvalitativ studie uppnås ett annat djup än vid en kvantitativ metod, det skapas ett sammanhang av en bild och en förståelse av sjuksköterskans upplevelse av ett fenomen (Polit & Beck, 2012). Författarna till föreliggande studie kunde exempelvis genomföra datainsamlingen genom att skicka ut enkäter och då kunnat få data från en större grupp, dock med mindre djup i ämnet och på så vis inte kunnat besvara studiens syfte. Enligt Trost (2010) är studiens syfte avgörande för valet av metod. Författarna anser att en kvalitativ ansats gav deltagarna en större möjlighet att dela med sig av sina upplevelser på ett djupare plan, än om en kvantitativ metod hade använts.

Urval

I denna studie valdes informanterna ut genom ett snöbollsurval. Enligt Polit & Beck (2012) nämns framför allt två fördelar med ett snöbollsurval; att mindre tid går åt till att hitta

informanter vilka är lämpliga för studien samt att forskarna lättare kan specificera de egenskaper som tilltänkta informanter bör ha. Urvalet gällande kön och erfarenhet bedömdes vara tillräckligt för att kunna tillföra studien en varierad mängd kunskap. Den genomsnittliga arbetslivserfarenheten av akutsjukvård som sjuksköterskorna hade var åtta år. Skillnader gällande arbetslivserfarenhet hos informanterna innebar att det insamlade materialet ansågs var tillräckligt fyllt av relevanta reflektioner. Det var sju kvinnor och två män som intervjuades, resultatet bör inte ha påverkats av att det är en högre andel kvinnor än män då alla informanter var sjuksköterskor med likvärdiga arbetsuppgifter samt att inget genusperspektiv undersöktes i studien.

Pilotintervju

Pilotintervjun genomfördes med en sjuksköterska som valdes ut av författarna utefter framtagna kriterier. Pilotintervjun gav möjlighet att testa intervjuguiden. Efter att denna genomförts ansåg författarna att inga korrigeringar var nödvändiga inför efterföljande intervjuer. Pilotintervjun gav också en möjlighet att fundera kring tidsåtgången till varje intervju. Informanterna fick information om att 60 minuter var avsatt till varje intervju. Intervjuernas längd varierade mellan 20-62 minuter. Ingen av informanterna uppgav att intervjusituationen kändes stressad utan att de fick möjlighet att utveckla sina resonemang fullt ut.

Intervjuer

Intervjuerna gjordes individuellt med samtliga informanter. En nackdel med intervjuer är att det kan vara svårt att inkludera tillräckligt med informanter, en annan nackdel är enligt Polit och Beck (2012) att det är mycket tidskrävande. Alla informanter berättade om svåra upplevelser, tankar och känslor kring etik vid hjärt-lungräddning. För att minska tidsåtgången till intervjuerna skulle de kunna utföras i fokusgrupper, men resultatet hade troligtvis inte fått samma djup, då informanterna skulle kunna upplevt en känsla av att inte våga öppna upp sig på samma sätt.

Författarna planerade att göra tio intervjuer, nio intervjuer genomfördes då materialet efter den nionde intervjun upplevdes som mättat. Enligt Wibeck (2010) räknas materialet som mättat när inget nytt framkommer under intervjuerna. Författarna fick föreslaget en informant som ansågs passa för studiens syfte, denna gick dock inte att få tag på relaterat till en långledighet. Då författarna redan innan upplevt en känsla av mättnad i materialet avbröts därför datainsamlingen efter intervju nummer nio. Trost (2010) menar att antalet intervjuer helst ska begränsas vid kvalitativa studier då textmängden lätt blir ohanterlig. Författarna upplevde att en del av informanterna hade svårt att reflektera över etik i början av intervjuerna, de reflekterade mer kring det praktiska omhändertagandet i en hjärt-lungräddningssituation än specifika reflektioner rörande etik. Trots detta reflekterade alla informanter inom ämnet vartefter intervjuerna utvecklade sig. Informanterna upplevdes ha ett behov av att få dela med sig av sina upplevelser. Intervjuerna utfördes på informanternas arbetsplats och under deras arbetstid vilket gav en ökad trygghet för informanterna (Polit & Beck, 2012). Författarna upplevde att intervjuerna flöt på bra samt att ett intressant resultat framkom.

Intervjusituationen

Under intervjuerna deltog båda författarna under sju intervjuer, under de andra två intervjuerna var bara en utav författarna närvarande. Trost (2010) menar att två intervjuare kan komplettera varandra och därmed åstadkomma en större mängd insamlad data än vad en intervjuare gör. Att vara två författare under intervjun kan av informanten upplevas som

att de som intervjuar har en maktposition (Kvale & Brinkmann, 2014). Författarna hade uppmärksammat detta innan intervjuerna påbörjades genom att planera hur författarna skulle positionera sig för att inte informanten skulle känna sig trängd under intervjun. Författarna upplevde inte att någon av informanterna kände sig trängd under de intervjuer där bägge författarna närvarade. Intervjuerna spelades in på en digital diktafon vilket kan vara en fördel då inte anteckningar måste föras, utan all uppmärksamhet ligger på informanten och den information som framkommer under intervjun. Enligt Polit och Beck (2012) kan det vara en nackdel med att intervjuerna blir långa då det är väldigt tidskrävande att skriva ut innehållet.

Analys

Analysen av det insamlade materialet genomfördes när samtliga intervjuer genomförts och transkriberats. Det transkriberade materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys inspirerat av Graneheim och Lundman (2004). Enligt Krippendorff (2004) ger en kvalitativ innehållsanalys en möjlighet för forskaren att skapa sig ett eget sammanhang utifrån den analyserade texten. Författarna läste igenom den transkriberade texten flertalet gånger. Initialt för att få en helhetsbild av materialet likt det analysförfarande som Sandelowski (2000) beskriver. Vidare indelades materialet i meningsbärande enheter för att sortera ut likheter och olikheter. Studiens trovärdighet ökar genom att lämpliga meningsbärande enheter väljs ut. Dessa meningsbärande enheter kondenserades sedan genom att de skrevs ned och förkortades, efter det tilldelades de olika koder. Koderna sammanställdes i olika kategorier och underkategorier. Författarna har resonerat kring att kategorier och underkategorier stämmer överens med de meningsbärande enheterna. I analysförfarandet anser författarna att det varit till fördel att vara två författare genom att innehållet i materialet har kunnat diskuteras genomgående under analysens gång. Två människor uppfattar saker olika vilket kan leda till en ökad förståelse och insikt i innehållet.

Förförståelse

Malterud (2014) menar att förförståelse är tidigare personliga och professionella erfarenheter samt tidigare föreställningar om hur saker och ting är. Författarna arbetar själva inom akutsjukvården och har erfarenhet av hjärt-lungräddningssituationer vilket innebär att det finns egna tankar och upplevelser inom området. Detta kan göra att det är svårt att hålla sig neutral och inte börja diskutera med informanterna eller på annat sätt påverka dem. Författarna märkte också att de förstod vad informanterna pratade om utan att de behövde säga vissa saker rakt ut, troligen relaterat till förförståelsen. Resultatet bör inte ha påverkats då författarna var medvetna om detta och har försökt lägga sina tankar åt sidan och fokuserat på informanternas upplevelser och reflektioner. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att en viss förförståelse och påverkan är svår att undvika, utan att det får ses som en del i tolkningsprocessen.

Trovärdighet, överförbarhet och tillförlitlighet

Författarnas förförståelse bör inte påverkat studiens trovärdighet utan att genom förståelse för ämnet snarare stärkt denna. En viss förförståelse kan ge en djupare förståelse för ämnet och detta kan ge en möjlighet till att ny kunskap upptäcks. Studiens trovärdighet kan påverkas av att informanterna med mindre erfarenhet inte har så bred erfarenhetsgrund att göra sina reflektioner utifrån. Samtidigt styrks studiens tillförlitlighet av de informanter som har lång erfarenhet att reflektera utifrån. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att studiens trovärdighet handlar om hur överförbart eller användbart resultatet är.

Då studien genomförts på en akutmottagning och en akutvårdsavdelning anses resultatet spegla reflektioner kring etik som sker i dessa kontexter.

Datansamlingen utfördes i enlighet med etiska principer och informanterna deltog frivilligt och konfidentialitet utlovades (Vetenskapsrådet, 2002). Innan studiens början diskuterades behovet av en etisk prövning med tanke på studiens syfte, detta bedömdes dock inte som nödvändigt. Författarna såg den eventuella emotionella påverkan intervjufrågorna skulle kunna ge och avsatte därför tid för reflektion efter varje intervju. Detta var något som uppskattades av informanterna och nyttjades av nästan alla. Enligt Polit och Beck (2012) handlar överförbarhet om hur resultatet kan överföras till andra grupper och situationer. Författarna skapar förutsättningar för studiens överförbarhet, det är sedan läsaren som avgör om resultatet går att använda i andra verksamheter eller situationer. Studiens tillförlitlighet stärks genom att forskningsprocessen, med metod, design och analys, är utförligt beskriven (Polit & Beck, 2012).

Studiens styrka är att den beskriver sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-lungräddning inom akutsjukvård.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-lungräddningssituationer. Studiens resultat visade att etik alltid är närvarande i sjuksköterskans dagliga arbete, men då ämnet är komplext och mångbottnat varierar innebörden från individ till individ. En gemensam grund sågs i form av etiska principer och koder men reflektioner rörande etik baserades snarare på personliga erfarenheter och värderingar gällande vad som är rätt och fel än teoretiska principer. Diskussionen är uppdelad utefter de övergripande kategorier som presenterades i resultatet.

En persons integritet är knuten till människovärdet. Integritet delas upp i den fysiska- och den psykiska integriteten. Den fysiska integriteten avser kroppen och den respekt som ska finnas när undersökningar och åtgärder genomförs utav denna. Den psykiska integriteten är mer komplex men kan sammanfattas som att individens egna värderingar och åsikter inte får kränkas (Statens Medicinsk-Etiska Råd, 2016). Sjuksköterskorna i studien värnade om den fysiska integriteten i en hjärt-lungräddningssituation. Genomgående fanns en önskan om att inte blotta patienten mer än nödvändigt. Sjuksköterskorna uppgav sig se patienten som en person vilken befinner sig i en sårbar situation och genom att undvika att exponera patienten för personer som inte är direkt involverade i situationen respekterades dennes integritet. Walsh och Kowanko (2002) beskriver att sjuksköterskor har en viktig roll när patienten är oförmögen att tala själv, de ansåg att sjuksköterskan måste upprätthålla patientens integritet när denne är för sjuk för att själv kunna påverka situationen.

Aktuell studie tyder på en medvetenhet hos sjuksköterskorna kring hur utsatt en patient är i en hjärt-lungräddningssituation. Med denna ökade medvetenhet torde sjuksköterskorna kunna handla på ett sätt som värnar om patientens integritet på bästa sätt. Något som av författarna ses som en praktisk tolkning av hälso- och sjukvårdslagens deklarerande att vård ska bygga på en respekt för patientens autonomi och integritet. Walsh och Kowanko (2002) belyser vikten av att möta patienter med respekt och inte endast se dem som en kropp eller ett objekt. Varje patient ska bli behandlad med respekt och värdighet i alla situationer, oavsett om denne är vid medvetande eller ej.

Något omvänt reflekterade två sjuksköterskor kring tillfällen där patientens integritet åsidosätts. I akuta, livshotande situationer kan det vara svårt att upprätthålla den fysiska integriteten. Patienten är utsatt, framförallt fysiskt, då kläder klipps upp och hjärtkompressioner utförs. I en sådan situation kunde det upplevas som ett hinder att försöka skyla patienten då livräddande åtgärder måste prioriteras först. Den fysiska integriteten skyddades i sådant fall av att undvika onödig exponering. Vid ett oväntat hjärtstopp prioriterades praktiska moment, detta enligt "kedjan som räddar liv" (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2011). Sjuksköterskorna beskrev att reflektioner kring etik ofta uppkom då hjärt-lungräddning pågick under längre tid. Initialt läggs fokus på praktiska moment, efterhand beskrevs uppkomsten av ett utrymme för tankar och reflektioner. Sjuksköterskorna beskrev att dessa akuta situationer kräver prioriteringar och avvägningar för att tillse att patienten får bästa möjliga vård, ibland måste bevarandet av patientens integritet vara sekundärt till att rädda liv.

Ulrich et al. (2010) beskriver att sjuksköterskan ska skydda patientens rättigheter, utan att specificera dessa vidare, samt den stress som detta involverar. I enlighet med Värdegrund för omvårdnad ska vård bedrivas med en respekt för patientens integritet och värdighet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Knopp de Carvalho och Lerch Lunardi (2009) belyser vikten av omvårdnad. I situationer där bot inte är möjlig är omvårdnaden av patienten och respekten för patientens integritet essentiella. Detta anses relevant då omvårdnad är grundpelaren i sjuksköterskans profession. Ovanstående studier belyser framförallt den psykiska integriteten, gentemot föreliggande studie där sjuksköterskorna fokuserade på den fysiska integriteten. Författarna upplever en avsaknad av studier kring hur respekt för integritet bibehålls i situationer där patienten själv inte kan uttrycka sin vilja.

Att ha anhöriga närvarande i en hjärt-lungräddningssituation påverkade sjuksköterskornas tankar och handlingar kring att bevara patientens integritet. Exempelvis genom att snabbare täcka över känsliga kroppsdelar som blottades. Flera exempel lyftes på situationer där anhöriga varit närvarande under hjärt-lungräddning och en genomgående reflektion var att deras närvaro gjorde att patienten sågs mer som en person. Liknande beskriver McClement, Fallis och Pereira (2009) att anhörignärvaro under hjärt-lungräddning påminner personalen om att patienten framför dem är en faktisk person som tillhör någon vilket gör att återupplivningen blir mer humaniserad. Vidare beskriver McClement et al. (2009) att anhöriga, genom att vara närvarande på rummet, lättare förstår när ett beslut fattas om att avbryta återupplivningen.

Att se patienten som en unik individ kännetecknar en personcentrerad vård. Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och således grundläggande inom vården (Carlsson, 2015). I en personcentrerad vård ska patienten göras delaktig gällande beslut och behandlingar, och för att uppnå detta behöver det finnas ett bra samarbete mellan sjukvården, patienten och dess anhöriga. Slater (2006) belyser vikten av att involvera anhöriga i den personcentrerade vården då detta kan bidra till en ökad förståelse för patienten. Närvaro av anhöriga upplevdes av sjuksköterskorna bidra till att patienten sågs som en individ och inte bara en kropp. Sjuksköterskorna var generellt positiva till att anhöriga närvarade under hjärt-lungräddning, framförallt då de upplevde det som positivt för anhöriga att se alla insatser som görs för att rädda patientens liv.

St. Onge och Parnell (2015) beskriver att sjukvården måste sträva efter en vård där patientens integritet och värdighet bevaras. Slater (2006) menar att anhöriga bör involveras

för att få mer respekt och kunskap om patienten, särskilt när denne inte kan tala för sig på grund av olika omständigheter. Haugen Bunch (2002) beskriver respekt för patientens värdighet som en etisk utmaning. I situationer med svårt sjuka patienter ska patientens integritet och värdighet bevaras, och svårigheten med att göra detta i relation till medicinska åtgärder belyses.

Den äldre människan nämndes som det största etiska dilemmat i sjuksköterskornas reflektioner. Sjuksköterskorna beskrev att det kändes oetiskt att utföra hjärt-lungräddning på en äldre människa och att det i vissa situationer inte upplevdes som berättigat att påbörja överhuvudtaget. Samtidigt uppgavs att ålder inte enbart kunde avgöra om hjärt-lungräddning var berättigat eller inte. Saevareid och Balandin (2011) menar att ålder i sig inte var en enskild faktor när EJ HLR beslut initieras, utan andra faktorer som tidigare sjukdomar, demens och organsvikt var viktiga faktorer i beslutsfattandet. I diskussionen om hjärt-lungräddning på äldre människor belyser Robinson (2002) situationen från en etisk synvinkel. Läkare och sjuksköterskor bör tillsammans bedöma om hjärt-lungräddning är en relevant åtgärd utifrån patientens tidigare status. Med utgångspunkt i begreppet mänsklig värdighet, belyses vikten av att se den unika patienten bakom varje hjärtstopp samt det ansvar vårdpersonalen har att tillse att varje situation erhåller ett adekvat etiskt synsätt.

Sjuksköterskorna beskrev att deras syn på beslut kring EJ HLR skiljde sig från läkarnas. Läkare upplevdes ha ett biologiskt synsätt gentemot sjuksköterskor som upplevdes ha ett humanistiskt synsätt. I reflektionerna framkom att sjuksköterskor upplevde sig stå patienten närmre än vad läkaren gör. Detta resultat överensstämmer väl med Saevareid och Balandins studie från 2011.

Resultatet från aktuell studie visade att sjuksköterskor vill göra det bästa för patienten och belyser vikten av att hjärt-lungräddning i avseende att återuppliva patienten inte alltid är rätt val. De uttryckte en önskan om att hjärt-lungräddning ska ske i relation till patientens integritet och värdighet, men också en frustration då det inte alltid skedde. Situationer lyftes där hjärt-lungräddning måste påbörjas, relaterat till att beslut kring behandlingsbegränsningar saknats, trots att detta upplevdes ge ett ökat lidande för patienten. Författarna upplever att detta är ett komplext problem, där sjuksköterskor tvingas acceptera beslut, eller avsaknad av beslut, gällande vårbegränsningar och samtidigt utföra åtgärder som strider mot den egna uppfattningen om vad som var rätt för patienten.

Nolan et al. (2010) menar att när hjärt-lungräddning inte är till patientens fördel ska det fattas ett beslut om EJ HLR och att patienten därefter ska behandlas med värdighet. En likartad uppfattning framkom under intervjuerna, då sjuksköterskorna gav exempel på situationer där beslut om EJ HLR var tagna i god tid. Detta gjorde att sjuksköterskorna kunde fokusera på att ge en god omvårdnad och främja ett värdigt avslut för patienten. Knopp de Carvalho och Lerch Lunardi (2009) belyser vikten av just denna grundläggande omvårdnad i situationer där bot inte är möjlig.

Udén, Norberg, Lundseth och Marhaug (1992) finner att sjuksköterskor ser patienten som en individ och inte enbart som en sjuk person. Sjuksköterskorna ser vikten av livskvalitet hos patienten men också patientens rätt att få dö med värdighet. Den etiska principen icke-skada beskriver sjukvårdens moraliska skyldighet att inte skada patienten, detta genom handlingar som kan orsaka fysiskt eller psykiskt lidande eller som kränker dennes

integritet (Beauchamp & Childress, 2009). Udén et al. (1992) beskriver också skillnader mellan sjuksköterskor och läkare i dessa situationer. Sjuksköterskorna reflekterar kring att patienten ska få ett värdigt avslut, få en värdig hjärt-lungräddning samt att tillåtas dö. De beskriver situationer där hjärt-lungräddning pågår under en längre tid och en önskan om att patienten ska tillåtas dö. Målet för vården är att göra gott och att det ibland kan betyda att låta patienten få ett värdigt avslut. Applicerbart här är även den etiska principen att göra-gott, som syftar till att sjukvården ska tillgodose patientens medicinska och medmänskliga behov i relation till varandra och den specifika situationen (Beauchamp & Childress, 2009).

Udén et al. (1992) beskriver detta problem och aktuell studie visar att det fortfarande är relevant i dagens samhälle. Sjuksköterskor beskrev att läkare endast ser en sjuk patient och behandlar oavsett behandlingens påverkan på patientens liv. De ser inte heller döden som ett alternativ. Läkarna beskrev istället att sjuksköterskor gärna ville vara med och bestämma men inte var villiga att ta det fulla ansvaret för beslut som fattas. I artikeln beskrevs två relativt skilda synvinklar och författarna ser ett behov av vidare forskning på detta ämne då vi i vår strävan att arbeta personcentrerat rimligen borde arbeta som ett enat team. Lachman (2010) beskriver att sjuksköterskor vill vara delaktiga i beslut gällande EJ HLR, även om läkaren är den som är ansvarig för beslutsfattandet. Detta relaterat till upplevelsen om att sjuksköterskorna ofta initierar dessa diskussioner. Vidare beskrivs att sjuksköterskor är redo att ta en mer aktiv roll i denna typ av diskussion.

Författarna ser ett behov av att diskussioner om etik förs över yrkesgrupperna. Detta för att underlätta dessa situationer när de uppstår och för att minska risken för frustrationer. Författarna upplever en frustration hos sjuksköterskorna där deras tankar och fokuseringar skiljer sig från läkarnas. Saevareid och Balandin (2011) menar att ett ökat samarbete mellan sjuksköterskor och läkare skulle förbättra arbetsituationen.

Oberle och Huges (2001) beskriver en önskan om att göra gott för patienten, framförallt i situationer där patienten inte kan tala för sig själv. I sådana situationer agerar vårdpersonalen utifrån olika etiska principer, exempelvis göra-gott och inte-skada, samtidigt som de försöker ha patientens autonomi i centrum och här uppkommer en problematik kring vilken princip som är viktigast. Att försöka göra vad patienten hade velat sågs som viktigt men här påpekas också svårigheten med detta när patientens önskan inte är känd.

Slutsats

Studien påvisar ett behov hos sjuksköterskor av att få reflektera kring etik vid hjärt-lungräddning men även inom andra aspekter av arbetet. Inom akutsjukvården är reflektioner kring etik närvarande i sjuksköterskans dagliga arbete, dock upplevs dessa som sekundära och överskuggas av prioriteringar, tidsbrist och praktiska moment. Sjuksköterskorna beskrev vikten av att föra diskussioner kring etik i arbetsgruppen och att dessa borde ha en självklar plats i det dagliga arbetet.

Klinisk tillämpbarhet

I en vård där tidsbrist och bristande resurser präglar omhändertagandet av patienten och dennes anhöriga finns en förhoppning om att en fokus på etik i det dagliga arbetet skulle kunna ge en mer humaniserad vård. Föreliggande studie synliggör ett behov av tillåta och möjliggöra reflektioner kring etik i en klinisk verksamhet. En fördjupad kunskap kring sjuksköterskors reflektioner kring etik vid hjärt-lungräddning kan ge ökad förståelse dels

för hur sjuksköterskan upplever dessa situationer men även kring hur det kan förbättras i framtiden.

Vidare forskning på ämnet etik inom hjärt-lungräddning inkluderar förslagsvis även intervjuer med läkare, där jämförelser kan göras mellan professionerna med förhoppningen att utifrån detta arbeta vidare kring en samsyn som underlättar omhändertagandet av dessa patienter.

REFERENSER

- American Heart Association INC. (2000). Part 2: Ethical aspects of CPR and ECC. *Resuscitation*, 46, 17-27. doi:10.1016/S0300-9572(00)00270-7
- Andersson, B. (2015). Hjärt-lungräddning: översikt. I *vårdhandboken*. Hämtad den 25 januari, 2016: <http://www.vardhandboken.se/texter/hjart-lungradning/oversikt/>
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University press.
- Bergum, D., Nordseth, T., Mjølstad, O., Skogvoll, E., & Haugen, B. (2015). Cases of inhospital cardiac arrest - Incidences and rate of recognition. *Resuscitation*, 87, 63-68. doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.11.007
- Carlsson, E. (2015). Kärnkompetenser i svensk sjuksköterskeutbildning- en kartläggning. Hämtad från: <http://www.swenurse.se/globalassets/karnkompetenser-svensk-sjukskoterskeforening/kunskapsoversikt.pdf>
- Creed, F., & Spiers, C. (2010). *Care of the acutely ill adult: An essential guide for nurses*. New York: Oxford University Press.
- Dobrowolska, B., Wronska, I., Fidecki, W., & Wysokinski, M. (2007). Moral obligations of nurses based on the ICN, UK, Irish and Polish codes of ethics for nurses. *Nursing Ethics*, 14(2), 171-180.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & ... Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Ericson, E., & Ericson, T. (2013). *Medicinska sjukdomar*. (4:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 1025-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Haugen Bunch, E. (2002). High Technology and nursing: ethical dilemmas nurses and physicians face of high-technology units in Norway. *Nursing Inquiry*, 9(3), 187-195.
- Hemming, T. R., Hudson, M. F., Durham, C., & Richuso, K. (2003). Effective resuscitation by nurses: perceived barriers and needs. *Journal For Nurses In Staff Development*, 19(5), 254-259. doi: 10.1097/00124645-200309000-00009
- Herlitz, J., Aune, S., Eldh, M., Friberg, H., Gelberg, J., & Svensson, L. (2007). Svenska rådet för HLR ska öka överlevnaden vid hjärtstopp. *Läkartidningen*, 8(104), 588-590.

Hornby, A.S. (2010). *Oxford advanced learner's dictionary of current English*. (8th ed.) Oxford: Oxford University Press.

International Council of Nurses (2012). The ICN code of ethics for nurses. Hämtad från: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Jacobs, I., Nadkarni, V., Bahr, J., Berg, R. A., Billi, J. E., Bossaert, L., & ... Zideman, D. (2004). Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. *Resuscitation*, 63(3), 233–249. doi:10.1016/j.resuscitation.2004.09.008

Kangasniemi, M., Pakkanen, P., & Korhonen, A. (2015). Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(8), 1744-1757. doi:10.1111/jan.12619

Knopp de Carvalho, K., & Lerch Lunardi, V. (2009). Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 308-313.

Kopala, B., & Burkhart, L. (2005). Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *International Journal och Nursing Terminology Classified*, 16(1), 3-13.

Koster, R.W., Baubin, M.A., Bossaert, L.L., Caballero, A., Cassan, P., Castren, M., & ... Sandroni, C. (2010). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*, 81(10), 1277-1292. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.009

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. (2. ed.) Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lachman, V. (2010). Do-not-resuscitate orders: nurse's role requires moral courage. *MEDSURG Nursing Journal*, 19(4), 249-251.

Langeland, K., & Sorlie, V. (2011). Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2064-2070. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03606.x

Lee, I., & Low, L. (2010). Nurses' role in the early defibrillation of cardiac patients: implications for nursing in Hong Kong. *Contemporary Nurse: A Journal for The Australian Nursing Profession*, 35(1), 88-94. doi:10.5172/conu.2010.35.1.088

Limentani, A. E. (1999). The role of ethical principles in health care and the implications for ethical codes. *Journal of Medical Ethics*, 25, 394-398.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2. Uppl.). Studentlitteratur: Lund.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- McClement, S.E., Fallis, W.M., & Pereira, A. (2009). Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 233-240. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01288.x
- McCance, T.V., & McCormack, B. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., & ... Böttiger, B. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 81(10), 1219-1276. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.08.021
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-lie decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 707-715.
- Pearson, D. A. (2015). Review of Clinical Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation. *North Carolina Medical Journal*, 76(4), 257-259. doi: 10.18043/ncm.76.4.257
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksföreningen för Akutsjuksköterskor (2008). Akutsjuksköterskans kompetensbeskrivning. Hämtad från: http://www.swenurse.se/contentassets/4bfb8375474740c79bda198a3d4f8f45/nr46_1okt_kompbeskr_akutweb.pdf
- Ristagno, G., Tang, W., & Weil, M. H. (2009). Cardiopulmonary Resuscitation: From the Beginning to the Present Day. *Critical Care Clinics*, 25(1), 133-151. doi:10.1016/j.ccc.2008.10.004
- Robinson, E. M. (2002). An ethical analysis of cardiopulmonary resuscitation for elders in acute care. *American Association of Critical-Care Nurses*, 13(1), 132-144.
- Saevareid, T. J., & Balandin, S. (2011). Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1739-1748. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05622.x
- Sandelowski, M. (1995). Qualitative Analysis: what it is and how to begin. *Research in Nursing & Health*, 18(4), 371-375.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to Qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen. Hämtad den 23 november, 2105, från: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Slater, L. (2006). Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary nurse*, 23(1), 135-144. doi: 10.5172/conu.2006.23.1.135

Socialstyrelsen. (2014). Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2014. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19585/2014-12-4.pdf>

Statens Medicinsk-Etiska Råd. (2008). Etik – en introduktion. Stockholm: Elanders. Hämtad från: <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/03/ETIK-en-introduktion.pdf>

Statens Medicinsk-Etiska Råd. (2016). Integritet. Hämtad den 21 Mars, 2016, från: <http://www.smer.se/etik/integritet/>

St. Onge, J. L., & Parnell, R. B. (2015). Patient-centered care and patient safety: A model for nurse educators. *Teaching & Learning In Nursing*, 10(1), 39-43. doi:10.1016/j.teln.2014.08.002

Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska rådet för hjärt- och lungräddning. (2013). Etiska Riktlinjer för hjärt- lungräddning (HLR). Hämtad från: <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Etiska-riktlinjer-for-HLR-maj-20131.pdf>

Svenska rådet för hjärt- och lungräddning. (2011). *A-HLR: Avancerad hjärt-lungräddning till vuxen: Kursbok med webbutbildning*. Stockholm: HLR-rådet

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). Värdegrund för omvårdnad. Hämtad från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Udén, G., Norberg, A., Lindseth, A., & Marhaug, V. (1992). Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1028-1034.

Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnel, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 143-151.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper, om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård: handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur



Till verksamhetschef
XX XX
XX, sjukhuset

Vi heter Sofie Holmström och Martina Birgersson och är sjuksköterskor. Vi studerar Specialistisjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I vårt examensarbete, omfattande 15 poäng, har vi valt att genomföra en kvalitativ intervjustudie på ämnet: Sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-lungräddningssituationer.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är vi tacksamma för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill vi gärna att Du anger detta. Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara oidentifierade.

Efter godkänd studie kommer vi gärna och presenterar vårt resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Norrköping 2015-11-16
Med vänlig hälsning

Sofie Holmström, Leg. Sjuksköterska

Martina Birgersson, Leg. Sjuksköterska

Linda Gellerstedt

Handledare Sophiahemmet Högskola

Studiens preliminära titel: Sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-
lungräddningssituationer

Syftet: Syftet är att beskriva sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-
lungräddningssituationer inom akutsjukvård.

Problem: Sjukvårdens syfte är att skydda liv i enlighet med etiska riktlinjer. Omvårdnaden
kring en individ ska sträva efter att bevara patientens integritet och värdighet. Tidigare
studier belyser sjuksköterskors etiska och moraliska dilemman kring att bibehålla
patientens integritet samt att upprätthålla en god vård.

Hjärt- lungräddning är en livräddande åtgärd vid ett hjärtstopp och kan hos sjuksköterskor
framkalla känslor och upplevelser av etiska dilemman. Utifrån detta är det av vikt att
undersöka och beskriva sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt- och
lungräddningssituationer.

Önskemål från er verksamhet: Vi önskar därför genomföra studien vid akutmottagningen
samt akutvårdsavdelningen på din enhet. Datainsamlingen kommer att ske genom
intervjuer med ca 10 sjuksköterskor där de får berätta om sina upplevelser rörande etik i
hjärt- lungräddningssituationer. Intervjuerna kommer att ta mellan 30-60 minuter och
ljudupptas. Det insamlade materialet från intervjuerna kommer därefter att skrivas ut,
sammanställas och analyseras i ett resultat. Alla personer som blir intervjuade kommer
delges skriftlig information och deltagandet är frivilligt.

Samtycke:

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid vår enhet

Datum Namn

.....

Namnförtydligande

.....

Enhet

.....

Intervjuguide

Intervjun inleds med att informera om studiens syfte och att det när som helst är tillåtet att avbryta intervjun utan att uppge någon anledning. Sedan inhämtas informerat samtycke genom underskrift av skriftlig intervjuinformation samt en fråga om tillåtelse att ljudinspela intervjun.

Introduktion

Sjuksköterskor arbetar utefter ett etiskt förhållningssätt gentemot allt de gör i sitt dagliga arbete. En situation som man inom akutsjukvården ställs inför relativt ofta är hjärt- och lungräddning. En sådan situation genererar många olika sorters känslor och vi är intresserade av att undersöka hjärt- och lungräddning utifrån en etisk synvinkel, med fokus på sjuksköterskors upplevelser av etiska reflektioner vid hjärt- och lungräddning.

Inledning

- Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat på akutmottagningen?

Frågor

- Berätta hur du upplever en HLR situation?
- Hur upplever och tänker du kring etiska aspekter vid HLR?
- Utifrån en upplevd HLR situation, berätta hur du tänkte kring etik?
- Följdfråga: något som du upplever som etiskt svårt i samband med HLR?
- Hur hanteras etiska dilemman rörande HLR vid din arbetsplats? Hur tänker du kring det?
- Berätta om en hjärt- och lungräddnings situation där du har lyft frågan om etiska perspektiv?

Uppföljningsfrågor:

- Kan du utveckla?
- Hur tänkte du då?
- Hur menar du?
- Kan du ge ett exempel?
- Kan du berätta mer?
- Hur kändes det då?

Avslutning

- Har jag uppfattat dig rätt när du sagt att...
- Är det något du vill tillägga?



Förfrågan att delta i en intervjustudie om sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-lungräddningssituationer

Studiens syfte och bakgrund

Syftet är att beskriva sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt-lungräddningssituationer inom akutsjukvård.

Sjukvårdens syfte är att skydda liv i enlighet med etiska riktlinjer. Omvårdnaden kring en individ ska sträva efter att bevara patientens integritet och värdighet. Tidigare studier belyser sjuksköterskors etiska och moraliska dilemman kring att bibehålla patientens integritet samt att upprätthålla en god vård.

Hjärt- och lungräddning är en livräddande åtgärd vid ett hjärtstopp och kan hos sjuksköterskor framkalla känslor och upplevelser av etiska dilemman. Utifrån detta är det av vikt att undersöka och beskriva sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt- och lungräddningssituationer.

Förfrågan om deltagande

Studien riktar sig till dig som är legitimerad sjuksköterska, har arbetat inom akutsjukvården, på akutmottagning alternativt akutvårdsavdelning, i minst ett år och Du har erfarenhet av situationer med hjärt- och lungräddning på din nuvarande arbetsplats. Initialt har vi subjektivt valt ut en sjuksköterska att intervjua som första person, som för oss har känd erfarenhet utav hjärt- och lungräddningssituationer. Sedan vi har blivit rekommenderade att kontakta dig gällande förfrågan om deltagande av tidigare intervjuade kollegor.

Studiens genomförande

Information kommer att samlas in med hjälp av intervjuer, vilka beräknas ta ca 30-60 minuter. Vi kommer ställa frågor om dina reflektioner rörande etik kring hjärt- och lungräddningssituationer inom akutsjukvård. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan skrivas ut i text och analyseras. Intervjuerna kommer i första hand ske på arbetstid, men kan även ske utöver arbetstiden på en tid och plats som passar dig.

Risker/ fördelar med medverkan

Fördelar med Din medverkan kan vara att hjälpa till att lyfta etiska reflektioner kring hjärt- och lungräddningssituationer. Risk kan finnas att känsliga ämnen tas upp som berör dig känslomässigt, om du önskar så finns det tid för reflektioner efter intervjun.

Hantering av data och sekretess

Dina upplevelser och den information som kommer fram under intervjun kommer att behandlas så att ingen obehörig kan ta del av dem. Du kommer att signera ett informerat samtycke där Du bekräftar att Du erhållit och förstått given information kring studien.

Dina personuppgifter och intervjuvaren kommer att behandlas konfidentiellt. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204).

Resultatet kommer sedan presenteras i form av ett självständigt arbete på avancerad nivå. Efter att studien är genomförd och godkänd kommer den att publiceras på internet, på DIVA, som är en gemensam portal för publicering för forskningsrapporter och studentarbeten. Uppgifter här kommer inte att kunna härledas till dig som person.

Ersättning

Ingen ekonomisk ersättning utgår för deltagande i studien

Frivillighet

Deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst under studiens gång avbryta din medverkan utan att behöva motivera varför. Ett eventuellt avböjande alternativt avbrytande kommer inte på något vis inverka på din framtida arbetssituation.

Om du är intresserad av att delta i studien så kontaktar du oss, så kan vi bestämma tid och plats för intervjun.

Vid frågor kontakta gärna ansvariga för studien:

Sofie Holmström, Leg. Sjuksköterska

Martina Birgersson, Leg. Sjuksköterska

Linda Gellerstedt

Handledare Sophiahemmet Högskola

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen och samtycker till att delta i studien **Sjuksköterskors reflektioner rörande etik kring hjärt- lungräddningssituationer**. Jag samtycker även till att mina personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204)

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift forskningsperson

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

.....
Underskrift forskningsansvariga

.....
Namnförtydligande

Vid frågor kontakta gärna ansvariga för studien:

Sofie Holmström, Leg. Sjuksköterska

Martina Birgersson, Leg. Sjuksköterska

Linda Gellerstedt

Handledare Sophiahemmet Högskola