

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Godkänt och examinerat: 2022-01-15

Kan moral blir en belastning?

En litteraturstudie om orsaker till moralisk stress
hos sjuksköterskor

Can morality become a burden?

A literature review on causes of moral distress in
nurses

Författare: Nordin Jakob
Martiala Kim

Handledare: Eriksson Heléne, Högskolelektor
Knaust Lidén Sofi, Högskoleadjunkt

Examinator: Björling Gunilla, docent, lektor

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Etiska dilemman uppkommer inom alla områden inom hälso- och sjukvård, i synnerhet vid patientarbete. När sjuksköterskan måste agera mot sina egna moraliska värderingar riskerar hen att drabbas av moralisk stress. Moralisk stress kan leda till psykisk ohälsa, utmattningssyndrom och karriärbyte. Medkänsla är en grundpelare inom omvårdnad och är närvarande vid etiska utmaningar och vid lindrande av patientens lidande.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka orsaker till moralisk stress hos sjuksköterskor.

Metod: En litteraturstudie med kvalitativ ansats utfördes. Studien baseras på 19 artiklar.

Resultat: I resultatet framkom ett övergripande tema samt tre huvudkategorier med tio tillhörande underkategorier. Det övergripande temat var patientens lidande.

Huvudkategorierna var: Organisatoriska orsaker, inre orsaker och relationella orsaker.

Slutsats: Moralisk stress inom sjuksköterskeyrket är ett komplext och mångfacetterat problem. För att lösa problemet måste både organisatoriska och individbaserade lösningar implementeras, för att därigenom minska utbrändhet och psykisk ohälsa bland sjuksköterskor. Framtida forskning bör fokusera på sjuksköterskan och hur denne bättre kan hantera moralisk stress.

Nyckelord: Etiska dilemman, Medkänsla, Moralisk stress, Patientens lidande, Sjuksköterska

ABSTRACT

Background: Ethical dilemmas are present in all areas of healthcare and arise particularly when working with patients. When a nurse has to act in contrast to what they consider to be morally correct they risk developing moral distress. Moral distress can lead to mental health problems, burnout or even a career change. The element of compassion is at the core of nursing and is present during ethical challenges and patient suffering.

Aim: The aim of this study was to investigate what causes moral distress in nurses.

Method: A qualitative literature-review based on 19 articles.

Results: The result consists of one overall theme with three main categories and ten subcategories. The overall theme was patient suffering. Main categories were: Organizational causes, internal causes and relational causes.

Conclusion: Moral distress in the nursing profession is a complex multi-factored problem. Both organizational and individual-focused solutions need to be implemented to reduce moral distress and thereby reduce burnout and mental health problems in nurses. Future research in this area should focus on nurses and how they can better manage and cope with moral stress.

Keywords: Compassion, Ethical dilemmas, Moral distress, Nurse, Patient suffering

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	i
ABSTRACT	ii
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	2
Etik och moral	2
Vårdetik	2
Etiska dilemman	2
Sjuksköterskans roll	3
Moralisk stress	4
BÄRANDE BEGREPP	5
Medkänsla	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	7
Design	7
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	10
Etiska aspekter	11
RESULTATREDOVISNING	12
Patientens lidande	12
Organisatoriska orsaker	13
Inre orsaker	14
Relationella orsaker	15
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
SLUTSATSER	22
Kliniska implikationer	22
Fortsatt forskning	22
REFERENSER	23

BILAGOR.....i

INTRODUKTION

Att arbeta med patienter innebär för sjuksköterskan en ständig etisk avvägning av vad som är moraliskt rätt och fel. Inte sällan uppstår en konflikt mellan vad sjuksköterskan anser vara rätt ur ett etiskt perspektiv och vad hen under omständigheterna har möjlighet att göra. Att gå emot sina egna värderingar riskerar leda till moralisk stress (moral distress) och kan uttrycka sig i känslor som ilska, skam, otillräcklighet och har visats leda till psykisk ohälsa, uppsägning från arbetet samt utmattningssyndrom. Detta är ett fenomen som författarna till denna studie både upplevt och uppmärksammat ute på sjuksköterskeutbildningens verksamhetsförlagda utbildning. Utöver moralisk stress har författarna till denna studie intresserat sig för medkänsla (compassion) och dess samband med moralisk stress. Vid granskning av befintlig litteratur om fenomenet moralisk stress upptäcktes att området är beforskat, men det saknades en litteraturstudie där kvalitativ forskning inom området sammanställts med avsikt att undersöka *orsakerna* till moralisk stress. För att få en djupare förståelse för vad som orsakar moralisk stress hos sjuksköterskor anser författarna till denna studie att det finns ett behov av att sammanställa den befintliga litteraturen inom området. Att identifiera orsakerna till moralisk stress är av vikt för att veta vart de förebyggande arbetet bör fokuseras och därigenom minska negativa konsekvenser av moralisk stress uppstår.

BAKGRUND

Etik och moral

Begreppet etik härrör från de grekiska ordet *éthos* som innebär oskriven lag, vana, sedvänja (Statens Medicin-Etiska Råd [Smer], 2018, s. 10-11). Det härstammar även från det mer individspecifika ordet *êthos* som innebär inställning eller ståndpunkt medan moral härrör från latin och innebär sedvänja, sed, bruk. Etik och moral är tätt sammanflätade begrepp men har olika betydelser. I det kliniska arbetet inom vården är användningen av moral mer passande då etik har en teoretisk grundbetydelse. Om en handling är moralisk eller omoralisk syftar till huruvida handlingen rent teoretiskt är etiskt försvarbar eller inte. Ordet moral syftar sedermera till det faktiska handlandet och etik till reflekterandet (Smer, 2018, s. 10-11). Vid användning av begreppet etik så syftar det oftast till normativ etik, det vill säga vägledande etik (Smer, 2018, s. 30-31). Denna sorts etik resonerar för eller emot etiska handlingsregler och ställningstaganden baserat på vissa generella eftersträvansvärda koncept. Dessa koncept är exempelvis att *inte göra mot andra vad du inte vill att andra ska göra mot dig* eller basala värden som att respektera Förenta Nationernas mänskliga rättigheter (Smer, 2018, s. 30-31). Normativ etik är en subspecialisering inom filosofi som ämnar att utforska möjligheterna av rätt och fel i rent teoretiska ramverk (Vogelstein & Colbert, 2019, s. 9). När normativ etik diskuteras i vårdkontext benämns det som normativ vårdetik. Denna typ av etik är basen i en sjuksköterskas etiska utbildning (Vogelstein & Colbert, 2019, s. 7-9).

Vårdetik

Ordet sjukhus i den bemärkelse det används idag tror forskare uppkom i Syrien 2000 år f.kr (Cilliers & Retief, 2002, s. 61). Senare i historien utformade hippokrates (460~365 år f.kr) den Hippokratiska eden, ett etiskt ramverk med avsikt att vägleda medicinsk praktik i en moralisk riktning (Askitopoulou & Vgontzas, 2017, s. 1482-1483). Det finns idag precis som då riktlinjer till sjukvården, lagar, regler och principer med syfte att vägleda yrkesverksamma att agera i linje med evidens för patientens bästa (Svensk Sjuksköterskeförening, 2011, s. 2). Konsensus finns idag kring en rad etiska förhållningsätt till sjukvård som utgör en etisk grund i dagens sjukvård (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU], 2010, s. 238). Denna grund består av fyra etiska principer; rättvis principen, autonomi principen, godhets principen och icke skada principen. Rättvis principen innebär att en likvärdig vård ska erbjudas till alla. Autonomi principen lyfter fram patientens rätt att bestämma över sina vårdrelaterade val och innefattar att få bli informerad och ha möjlighet att tacka nej till vård. Godhets principen syftar till att i alla situationer försöka göra det som går för att tillgodose patientens behov. Icke skada principen innebär att patienten inte skall orsakas något lidande och i oundvikliga fall minimera patientens lidande till det minsta möjliga (SBU, 2010, s. 238). Vidare är dessa etiska grundpelare inte något nytänkande, vissa av dessa tankar tänktes för tusentals år sedan (Varkey, 2020, s. 18-19).

Etiska dilemman

Ur moral och etik kan problematiska situationer uppkomma där problemen har sina rötter i en etisk frågeställning som inte går att lösa på ett bra sätt. Det kan vara situationer där lösningen

består av två alternativ där båda är moraliskt rimliga men lika problematiska (Ejder Apay, Gürol, Gür & Church, 2020, s. 1543). Det kan exempelvis finnas maktordningar som kan påverka om vårdpersonalen överhuvudtaget vågar göra det som hen anser som moraliskt rätt till följd av eventuella konsekvenser (Albert, Younas & Sana, 2020, s. 6). Vidare dilemman kan uppstå då vårdpersonalen är egna individer med egna tankar och värderingar eller har andra etiska värderingar än vad sjukhuset anser vara rätt (Ejder Apay et al., 2020, s. 1549). Mer handlingspecifika ting som att behöva utföra smärtsamma medicinska moment på en patient är också ett etiskt dilemma som ofta uppstår i vården (Haahr, Norlyk, Martinsen & Dreyer, 2019, s. 262). Etik och moral har en koppling till vården genom denna sorts etiska dilemman. Vidare framhåller Poikkeus, Numminen, Suhonen och Leino-Kilpi (2013, s. 264) att användandet av etiska koder och litteratur som berör etik hjälper sjuksköterskor att upptäcka ytterligare etiska dimensioner inom vården. Därtill menar Poikkeus et al. (2013, s. 264) att ansvaret att utveckla denna etiska kompetens ligger hos sjuksköterskan själv.

Sjuksköterskans roll

Den legitimerade sjuksköterskans huvudområde är omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 4-6). De omvårdnadsrelaterade arbetsuppgifterna är många och varierande och innefattar bedömning, diagnostik, planering, genomförande samt utvärdering. Sjuksköterskan arbetar utifrån ett helhetsperspektiv där bland annat medicinska, motoriska och psykosociala faktorer skall beaktas. Detta innebär att sjuksköterskan bör ha kunskap kring komplexa behov och problem. Att samarbeta med andra professioner samt ha patienten och dennes behov och förväntningar i fokus är även en del i sjuksköterskans arbete. Yrket kräver även ett etisk reflekterande i det dagliga arbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 4-7).

Etiska dilemman uppstår ofta i sjuksköterskans arbete (Oh & Gastmans, 2015, s. 15). International Council of Nurses [ICN] (2021, s. 1-3) har författat en etisk kod för att vägleda sjuksköterskor i de etiska dilemman som kan uppstå inte bara i arbetet med patienter utan även i förhållande till andra människor, professionen och den globala hälsan. Den etiska koden tydliggör de etiska värderingar, ansvar samt professionella plikt som den yrkesverksamma sjuksköterskan har och bör ses som ett ramverk för omvårdnadsarbetet. De etiska värderingarna har sin grund i människors lika värde och därmed bör varje människa respekteras lika oavsett exempelvis ålder, etnicitet, kultur, socioekonomiska status och religion. Sjuksköterskan bör tillämpa värderingar som bland annat rättvisa, respekt, omtänksamhet, empati och pålitlighet (ICN, 2021, s. 2-10). Detta kan tillämpas genom att sjuksköterskan exempelvis vid en bristande och osäker patientvård tar ett aktivt ställningstagande för att uppmärksamma detta, rapporterar samt förespråkar för ärlighet och öppenhet i syfte att få en mer patientsäker vård (ICN, 2021, s. 12). Den etiska koden lyfter även fram medkänsla som en viktig faktor i sjuksköterskans arbete (ICN, 2021, s.7). Hur medkänsla uttrycks av sjuksköterskan har följder för såväl omvårdnaden som kvaliteten på vården (Zhang, Zhang, Han, Li & Wang, 2018, s. 6). Karakoc Kumsar, Polat och Taskin Yilmaz (2021, s. 5) beskriver att en hög medkänsla har kopplats till en bättre kvalitet på vården. Den professionella plikten förordar att sjuksköterskan kontinuerligt bör medverka i

utbildning kring etiska frågor, etiska resonemang samt ett etiskt förhållningssätt (ICN, 2021, s. 9). Inom varje organisation existerar ett etiskt klimat som styrs av bland annat organisationens regler, styrdokument och praxis (Koskenvuori, Numminen & Suhonen, 2019, s. 327). Detta styr medarbetarnas upplevelse av vad som uppfattas som etiskt korrekt samt hur etiska problem bör bemötas (Koskenvuori et al., 2019, s. 327). Studier tyder på att bland annat en dålig arbetsmiljö, avsaknad av diskussioner kring etik samt ett negativt etiskt klimat på arbetsplatsen kan leda till negativa konsekvenser hos sjuksköterskan (Koskenvuori et al., 2019, s. 332; Lamiani et al., 2017, s. 51). Även arbetsmiljön i form av bland annat arbetstygnd och möjlighet till samarbete mellan olika professioner påverkar de etiska och moraliska värderingarna på arbetsplatsen (Lamiani, Borghi & Argentero, 2017, s. 61).

Moralisk stress

Moralisk stress är ett fenomen som myntades år 1984 av Andrew Jameton och innebär ett dilemma som överlappar både den etiska och moraliska dimensionen i sjuksköterskans arbete (Jameton, 2017, s. 617). Sedan begreppets uppkomst har flera definitioner för moralisk stress utarbetats där den gemensamma nämnaren är att sjuksköterskan inte kan agera så som hen anser moraliskt rätt (Oh & Gastman, 2015, s. 15-16). Nathaniel (2006, s. 421) sammanställer tidigare definitioner av moralisk stress följande; Moralisk stress kan uppstå då sjuksköterskan till följd av verkliga eller upplevda begränsningar tvingas agera på ett sätt hen inte anser moraliskt rätt. Den moraliska stressen uppstår som en smärta där sinnet, kroppen eller relationer blir påverkade (Nathaniel, 2006, s. 421). Dessa situationer uppstår inom all hälso- och sjukvård men drabbar framförallt sjuksköterskan då hen skall föra patientens talan men samtidigt ha lojalitet till annan vårdpersonal och närstående samt beakta arbetsplatsens rutiner och ramverk (Oh & Gastman, 2015, s.15-16). Forskning visar att antalet situationer som orsakar moralisk stress inte uppkommer särskilt ofta, däremot skattades intensiteten av moralisk stress som hög (Oh & Gastmans, 2015, s. 27). Trots att det framkommer att antalet situationer inte sker så ofta påverkar det sjuksköterskan negativt då intensiteten är hög samt att stressen kvarstår även när situationen är över (Oh & Gastmans, 2015, s. 27).

Vid moraliskt stressande situationer uppkommer känslomässiga reaktioner där de vanligaste känslorna är ilska, frustration, skam, nedslagenhet men även en känsla av opålitlighet kan förekomma (Henrich et al., 2017, s. 50-52). Konsekvenserna av moralisk stress påverkar vården negativt exempelvis genom att sjuksköterskan behöver spendera tid på diskussioner med annan vårdpersonal om vad hen anser vara rätt för patienten, i stället för att fokusera på patienten. Att känna moralisk stress kan även orsaka att sjuksköterskan blir ofokuserad eller distraherad (Henrich et al., 2017, s. 52-53). Vidare kan känslan av att inte kunna göra det man anser är rätt leda till en etisk konflikt och att sjuksköterskan bland annat känner sig missnöjd på arbetet eller drabbas av utmattningssyndrom (Henrich et al., 2017, s. 53; Lamiani et al., 2017, s. 63). Forskning har även visat på ett samband mellan sjuksköterskans moraliska stress och hens vilja att säga upp sig från arbetet (Henrich et al., 2017, s. 53). Moralisk stress har i vissa fall även visats leda till positiva effekter. Detta har uttryckts i form av en ökad vaksamhet och därmed en minskning av fel samt en ökad kvalitet på vården (Henrich et al., 2017, s. 53). Medkänsla har identifierats som en viktig faktor för sjuksköterskans etiska

känslighet och forskning av Karakoc Kumsar et al. (2021, s. 6) tyder på att när sjuksköterskans medkänsla ökade, ökade även känsligheten för etik.

BÄRANDE BEGREPP

Medkänsla

Begreppet medkänsla kan definieras på flera sätt men omfattas av liknande egenskaper (Durkin, Usher & Jackson, 2018, s. 1383). Egenskaperna är ofta en variant av medvetenhet, uppmärksamhet eller att känna av lidande hos andra. Vissa tolkar medkänsla som ett deltagande i lidande, andra som empatisering eller lidande med andra. Medkänsla kan även tolkas med ett fokus på att känna ett behov av att lindra lidande hos andra eller att agera med syfte att lätta en annans lidande genom kroppslig respons (Durkin, Usher & Jackson, 2018, s. 1383). Medkänsla är en viktig del i hälso- sjukvården och är en essentiell del av yrkesverksammas kliniska praxis. Vidare uppkommer medkänsla delvis från en känsla av att av vilja ge en så bra vård som möjligt till patienten (Durkin et al., 2018, s. 1381-1384). Även ICN (2021, s. 7) benämner medkänsla i sin etiska kod för användning till etisk vägledning. Användandet av medkänsla som verktyg inom omvårdnad är inte särskilt enkelt. Den kliniska realiteten på sjukhus idag är att sjuksköterskor har en stor arbetsbörda där stort fokus ligger på att utföra omvårdnad genom förutbestämda scheman. Denna form av arbetspraxis kväver sjuksköterskans möjlighet att arbeta personcentrerat med medkänsla i fokus (Babaei & Taleghani, 2019, s. 216). Utebliven medkänsla i vårdmötet resulterar i negativa känslor hos sjuksköterskan (Devik, Enmarker & Hellzen, 2019, s. 201). Sjuksköterskor uttrycker att känslor av kraftlöshet, misslyckande, skuld och frustration föds ifrån att inte kunna ge uttryck för sin medkänsla (Nijboer & van der Cingel, 2019 s. 86-87). Forskning visar på att medkänsla är ett drag hos människan som bottnar i evolution och naturligt urval (Oveis, Horberg & Keltner, 2010 s. 626). Att hjälpa andra i sin flock kan mycket väl ha vuxit fram generation till generation och bidrar till vad medkänsla är idag (Oveis et al., 2010 s. 626). Sammanfattningsvis beskrivs medkänsla som en viktig faktor till hälso- och sjukvård som har både positiva och negativa följder i vårdkontext (Babaei & Taleghani, 2019, s. 216; Devik et al., 2019, s. 201; Durkin et al., 2018, s. 1381-1384). Författarna till denna studie anser att det är viktigt att belysa hur medkänslan påverkar moralisk stress utifrån ett sjuksköterskeperspektiv och vill avslutningsvis i resultatdiskussionen diskutera kopplingen mellan medkänsla och orsaker till moralisk stress.

PROBLEMFORMULERING

Medkänsla är ett viktigt element i god omvårdnad. Det innefattar en ökad medvetenhet för patienten och dennes lidande samt möjliggör en högre känslighet för etiska dilemman som uppstår i vårdsammanhang. Etik och moral genomsyrar vården och därmed även sjuksköterskans arbete och handlingar. För att få vägledning inom dessa områden finns den etiska koden för sjuksköterskor, där etiska värderingar, ansvar samt den professionella plikten beskrivs. Komplexa etiska dilemman uppstår ofta i vården och är genom sin natur svårlösta och där utfallet kan påverka sjuksköterskan på ett negativt sätt. Sjuksköterskan riskerar bland annat att drabbas av moralisk stress av dessa dilemman. Moralisk stress uppstår då

sjuusköterskan hindras agera på ett sätt som överensstämmer med den egna etiska kompassen och kan leda till frustration, psykisk ohälsa, utmattningssyndrom samt karriärbyte. För patienterna är utfallet att få vård av en betyngd och ofokuserad sjuusköterska. Vid granskning av befintlig litteratur upptäckte författarna att det saknades en litteraturstudie med kvalitativ ansats i syfte att undersöka orsaker till moralisk stress hos sjuusköterskor. Denna litteraturstudie avser att fylla denna kunskapslucka då de finns ett behov i att få en ökad förståelse för vad som orsakar moralisk stress. Genom att identifiera dessa orsaker kan förebyggande åtgärder utarbetas och diskuteras. Detta för att minska utmattningssyndrom, psykisk ohälsa och karriärbyte i en bransch där varje sjuusköterska behövs.

SYFTE

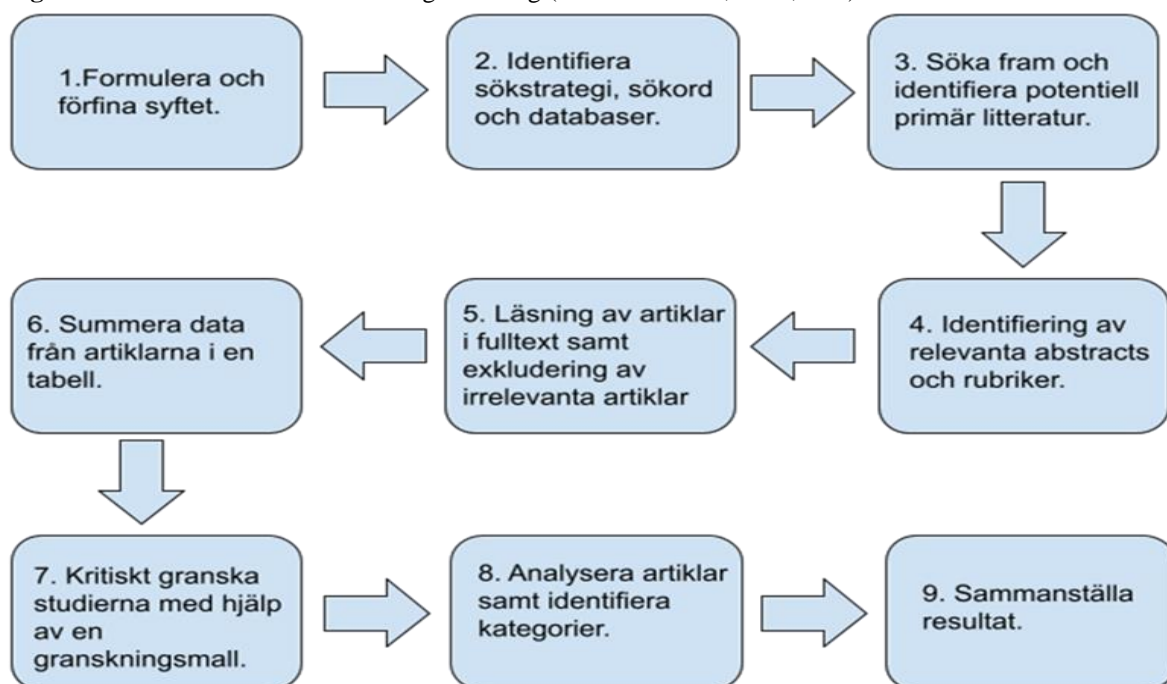
Syftet med studien var att undersöka orsaker till moralisk stress hos sjuusköterskor.

METOD

Design

Genomförandet av studien har gjorts med en litteraturstudie design med en kvalitativ inriktning. Detta då kvalitativ forskning möjliggör att kunna få ett nyanserat svar på syftet (Polit & Beck, 2017, s. 70). En litteraturstudie innebär att på ett systematiskt sätt söka igenom befintlig vetenskaplig litteratur på ett ämne och sammanställa den (Kristensson, 2014, s. 151). Författarna till denna studie valde att göra en litteraturstudie för att sammanfatta den befintliga litteraturen och därigenom få en förståelse för orsaker till moralisk stress. Litteraturstudien avslutas med en innehållsanalys för att hitta likheter och mönster i resultatet (Kristensson, 2014, s. 142). Genom studiens gång har författarna tagit hjälp av Polit och Becks (2017, s. 89) flödesschema för att genomföra en litteraturstudie. Flödesschemat innehåller nio steg med möjlighet att gå tillbaka till tidigare steg vid behov av mer information för att på ett systematiskt sätt genomföra studien (Polit & Beck, 2017, s. 89). Flödesschemat sammanfattas i figur 1. Graneheim och Lundmans (2003, s. 107) metod för innehållsanalys användes vid analysprocessen.

Figur 1. Flödesschema för en litteraturgranskning (Polit och Becks, 2017, s.89)



Steg 1, studien startade med att precisera ett noggrant avvägt syfte baserat på avsaknaden av en litteraturstudie med kvalitativ ansats som sammanfattar kunskapsläget av orsakerna till moralisk stress. Syftet växte fram successivt medan författarna läste in sig på ämnet. Författarna diskuterade flera olika möjligheter och syftet justerades flertalet gånger för att det skulle gå i linje med vad författarna hade för avsikt att undersöka. Det slutgiltiga syftet blev: Syftet med studien var att undersöka orsaker till moralisk stress hos sjuksköterskor.

Urval

Studiens inklusionskriterier var: originalartiklar på engelska med en kvalitativ ansats som berör orsaker till moralisk stress hos sjuksköterskor som arbetar med patienter inom alla vårdssammanhang. Artiklar med mixad metod inkluderades, från dessa användes endast data från den kvalitativa delen. De inkluderade studierna skulle vara utförda i länder med liknande socioekonomisk status som Sverige. De inkluderade länderna var från följande världsdelar: Europa, Nordamerika och Oceanien. Exklusionskriterierna för denna studie var: sjuksköterskestudenter, sjuksköterskor som arbetade som lärare samt artiklar där Covid-19 pandemin var i fokus. Moralisk stress under Covid-19 pandemin exkluderades då detta inte speglar den normala vardagen i vården. Artiklar som handlade om moralisk stress hos sjuksköterskan men var specificerade till en specifik situation, exempelvis återupplivning av extremt för tidigt födda spädbarn exkluderades.

Datinsamling

Steg 2, de första sökningarna gjordes i databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] och PubMed med fritext sökorden: ethical, stress, moral distress, moral stress, stress of conscience samt i kombination med nurs* i syfte att få en överblick av kunskapsläget samt identifiera de mest lämpliga sökorden. En asterisk användes i sökordet nurse för att få med alla relevanta artiklar (Polit & Beck, 2017, s. 91-92). Det framkom tidigt att "moral distress" var det mest använda begreppet på engelska i den befintliga litteraturen om moralisk stress och det begreppet som skulle generera mest relevant data. I CINAHL och PubMed kan även specifika ämnesords-sökningar, Major Headings eller MeSH-termer, användas för att hitta relevanta artiklar inom området (Polit & Beck, 2017, s. 95). Ämnesord-sökningarna gav dock ett resultat som inte var tillräckligt specifikt för syftet och beslutet togs för att bara använda fritext sökord. Sökorden som valdes till de slutgiltiga sökningarna på både CINAHL och PubMed var ("Moral distress" OR "Moral stress" OR "Ethical stress" OR "Ethical distress") AND nurs* AND qualitative. Boolean operatören AND användes för att begränsa sökningen samt OR för att utvidga sökningen (Polit & Beck, 2017, s. 91). Avgränsningarna som gjordes vid litteratursökningarna var: publikationsår 2011-2021 samt peer reviewed. **Steg 3**, sökningen i CINAHL genererade 161 träffar och i PubMed 210 träffar, sökningarna redovisas i Tabell 1 och 2.

I **steg 4** granskades titlar och abstracts som uppkom vid sökningarna. I CINAHL lästes 161 titlar samt 123 av abstracts och i PubMed lästes 210 titlar samt 159 av abstracts, de som inte uppfyllde inklusionskriterierna eller passade syftet exkluderades inklusive sju dubletter. Artiklarna laddades ner som fulltext via SöderScholar och Google Scholar. Artiklarna som var bakom betalväggar valde författarna till studien att ladda ner gratis i fulltext genom databasen Sci-hub. I **steg 5** läste den ena författaren 53 artiklar från CINAHL i fulltext och den andra författaren läste 45 artiklar från Pubmed i fulltext. Sammantaget lästes 98 artiklar i fulltext varav 74 artiklar exkluderades på grund av att de ej besvarade syftet eller uppfyllde inklusionskriterierna. I **steg 6** sammanställdes alla inkluderade artiklar i en artikelöversikt där bland annat artiklarnas titel, år, syfte, design samt resultat beskrivs (bilaga 1). I **steg 7**, när 24

artiklar som svarade på syftet identifierats, kvalitetsgranskade den ena författaren alla artiklar från CINAHL medan den andra författaren kvalitetsgranskade artiklarna från PubMed. Författarna granskade artiklarnas metod enligt SBU:s granskningsmall: Bedömning av studier med kvalitativ metodik (SBU, 2020a). För att granska artiklarna systematiskt och för att bevara objektiviteten användes SBU:s Vägledning till granskning av studier med kvalitativ metodik (2020b). Även SBU:s Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser (SBU, 2012) användes som vägledning samt för att gradera studiens kvalitet i helhet. Artiklarnas metoddel graderades utifrån metod-delens brister; stora brister, måttliga brister alternativt obetydliga brister, varav endast artiklarna med måttliga och obetydliga brister inkluderades i studien (SBU, 2020a). Artiklarnas kvalitet i helhet graderades utifrån låg kvalitet, måttlig kvalitet och hög kvalitet, endast de med måttlig och hög kvalitet inkluderades (SBU, 2012). Sammanlagt exkluderades fem artiklar med låg kvalitet och 19 artiklar inkluderades i denna studie, varav 13 hade måttlig kvalitet och sex stycken hade hög kvalitet.

Tabell 1. Sökningar gjorda via databasen CINAHL 2021-11-17

Sökning	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar/ abstracts	Lästa i full text	Kvalitets- granskade	Inkluderas i studien
#S1	"moral distress"	946				
#S2	"moral stress"	23				
#S3	"Ethical distress"	12				
#S4	"Ethical stress"	5				
#S5	Nurs*	301 652				
#S6	Qualitative	131 782				
#S7	#S1 OR #S2 OR #S3 OR #S4	973				
#S8	#S5 AND #S7	704				
#S9	#S5 AND #S7 AND #S6	161	161/123	53	11	8

Tabell 2. Sökningar gjorda via databasen PubMed 2021-11-17

Sökning	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar/ abstracts	Lästa i full text	Kvalitetsgranskade	Inkluderas i studien
#S1	"moral distress"	1140				
#S2	"moral stress"	53				
#S3	"Ethical distress"	11				
#S4	"Ethical stress"	5				
#S5	Nurs*	397 669				
#S6	Qualitative	215 197				
#S7	#S1 OR #S2 OR #S3 OR #S4	1188				
#S8	#S5 AND #S7	786				
#S9	#S5 AND #S7 AND #S6	210	210/159	45	13	11

Dataanalys

Steg 8, analysprocessen baserades på Graneheim och Lundmans (2003, s. 106) innehållsanalys. Författarna läste på nytt igenom alla artiklar var för sig med studiens syfte i åtanke. Därefter markerades meningsbärande enheter, dessa utgjordes av stycken, citat eller meningar från artiklarnas resultatdel som svarade på syftet (se bilaga 2). Vid en innehållsanalys uppkommer alltid en viss grad av tolkning beroende på om fokus ligger på det manifesta eller latent innehåll (Graneheim & Lundman, 2003, s. 106). Kategorierna, underkategorierna, kondenserade meningsbärande enheterna samt meningsbärande enheterna i denna studie baseras på det manifesta innehållet, det vill säga det som bokstavligen uttrycks i texten och inte en tolkning av en underliggande mening (Graneheim & Lundman, 2003, s. 106). Artiklarna delades upp mellan författarna utifrån om de hämtats från CINAHL eller PubMed. Författarna läste var för sig de inkluderade artiklarna men var i samma rum vid analysprocessen för att möjliggöra diskussion kring eventuella frågor för att minimera subjektiva tolkningar. De meningsbärande enheter kopierades över i ett dokument. Efter detta moment kondenserades och översattes de meningsbärande enheterna, detta innebär att de utvalda meningsbärande enheterna förkortas utan att kärnan i enheten försvinner (Graneheim & Lundman, 2003, s. 106). Nästa steg var kategorisering av innehållet, en process där alla kondenserade meningsbärande enheter placeras i kategorier och underkategorier utifrån innebörden i innehållet. Att placera insamlad data i kategorier och underkategorier är kärnan i en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003, s. 107). Författarna gick igenom innehållet tillsammans mening för mening och diskuterade kring val av eventuell kategori samt underkategori. När alla kondenserade meningsbärande enheter hade placerats i kategorier, gjordes en slutlig granskning av kategoriseringen för att säkerställa att allting var placerat i rätt kategori. Under denna process flyttades kondenserade meningsbärande enheter mellan de olika kategorierna samt att flera underkategorier slogs samman då innehållet var

lika. När författarna började skriva resultatredovisningen framkom ett tydligt övergripande tema, patientens lidande. Ett tema beskriver det latenta innehållet i resultatet (Graneheim & Lundman, 2003, s. 107). Ingenting exkluderades på grund av att innehållet inte passade en kategori eller underkategori. Detta resulterade i tre huvudkategorier: Organisatoriska orsaker, inre orsaker och relationella orsaker. Exempel på analysprocessen kan ses i bilaga 2. I **Steg 9** sammanställdes resultatet, under resultatredovisningen i denna studie beskrivs tydligare och mer utförligt vad som framkom som orsak till moralisk stress. Där får det övergripande temat, huvudkategorierna och underkategorierna en mer ingående förklaring och där läsaren får en tydligare bild av svaret på syftet.

Etiska aspekter

Enligt Helsingfors deklARATIONEN skall alla studier som involverar människan ha omsorg för individen som första prioritet samt att i vissa fall ha ett godkännande från en etisk kommitté (World Medical Association [WMA], 2018). Deltagarna skall få information om att deltagandet i studien är frivilligt samt att de kan avbryta sin medverkan om de vill. Även all information om studien skall ges till deltagarna samt att dessa skall ge ett skriftligt eller muntligt samtycke. Ett forskningsprotokoll skall skrivas där information om sponsorer och finansiering framkommer samt att potentiella intressekonflikter angivs (WMA, 2018). Alla vetenskapliga artiklar inkluderade i denna studie har fått ett etiskt godkännande samt att deltagarna gett sitt samtycke till att vara med. Kvalitetsgranskningen av artiklarna gjordes med SBU:s granskningsmall (2020a) vilket medförde att alla artiklar även granskades utifrån om dess författare haft eventuella intressekonflikter eller om de blivit finansierade eller sponsrade. Vid kvalitetsgranskningen framkom att alla författare till de inkluderade artiklarna har angett om de fört ett etiskt resonemang (SBU, 2012). Alla referenser i denna studie är tydligt skrivna för att läsare skall ha möjlighet att granska original materialet. Författarna till studien har varit noga vid tolkning av texterna samt refereringen för att undvika eventuell förvrängning av text, förfalskning, fusk eller plagiat (Polit & Beck, 2017, s. 153-154). En svaghet med studien är att författarna delat upp artiklarna och läst dem i full text var för sig under arbetets gång vilket har påverkat studiens tillförlitlighet då subjektiva tolkningar kan ha förekommit. All information från källor är tydligt refererat enligt American Psychological Association [APA] för studenter på Röda Korsets Högskola för att undvika plagiat (Södertörns Högskola, 2020). Författarna har på flera sätt arbetat för att uppnå trovärdighet och objektivitet utifrån bland annat transparens genom att ange en detaljerad redovisning av datainsamling och dataanalys, triangulering och systematisk kvalitetsgranskning av artiklar (Polit & Beck, 2017, s. 563-570; SBU, 2020a).

RESULTATREDOVISNING

Syftet med studien var att undersöka orsaker till moralisk stress hos sjuksköterskor. I studiens resultat ingick 19 kvalitetsgranskade artiklar, se bilaga 1. I resultatet framkom ett tema samt tre huvudkategorier med tio tillhörande underkategorier. Det övergripande temat är patientens lidande. Huvudkategori 1) *organisatoriska orsaker* med underkategorierna *hög arbetsbörda*, *organisatoriska prioriteringar och rutiner* samt *bristande ledningsförmåga*. Huvudkategori 2) *inre orsaker* med underkategorierna *att orsaka lidande* samt *att inte kunna lindra lidande*. Huvudkategori 3) *relationella orsaker* med underkategorierna *patientspecifika situationer*, *brister hos kollegor*, *anhöriga*, *hierarkier* och *bristande kommunikation med kollegor*. Ett sammanfattat resultat kan ses i tabell 3.

Tabell 3. Sammanfattning av resultat.

Tema	PATIENTENS LIDANDE		
Kategorier	Organisatoriska orsaker	Inre orsaker	Relationella orsaker
Underkategorier	Orimlig arbetsbörda	Att orsaka lidande	Patientspecifika situationer
	Organisationens prioriteringar och rutiner		Brister hos kollegor
	En bristande ledningsförmåga	Att inte kunna lindra lidande	Anhöriga
			Hierarkier
			Bristande kommunikation med kollegor

Patientens lidande

Det underliggande men övergripande temat som framkom i denna studie som orsak till moralisk stress hos sjuksköterskan var patientens lidande. Detta tema syns då patienter på olika sätt drabbades negativt, blev lidande eller riskerade ett lidande. Patienterna orsakades ett lidande till följd av organisatoriska orsaker då de skrevs ut för tidigt eller inte fick den vård eller omvårdnad de var i behov av. Sjuksköterskors tidsbrist ledde till att patienterna exempelvis inte fick den information de var berättigade till. En komprometterad patientsäkerhet på grund av bland annat fel prioriteringar och ett bristande ledarskap riskerade att patienterna orsakades vårdskador samt riskerade lidande och död. I kategorin inre orsaker framkommer patientens lidande på två sätt; ett lidande som sjuksköterskan är tvungen att orsaka samt ett lidande som inte kan lindras. Lidandet som sjuksköterskan inte kunde lindra var framför allt fysiskt smärta samt ett psykiskt lidande där ångest och oro dominerade. Patienter blev även lidande till följd av bristande samspel mellan sjuksköterskor, anhöriga och kollegor. Dessa situationer orsakades av bland annat inkompetent personal, hierarkier och bristande kunskap hos anhöriga, exempelvis upplevde sjuksköterskan moralisk stress då denne ansåg patienten fick vård förgäves och därmed led i onödan.

Organisatoriska orsaker

De *organisatoriska orsakerna* som orsak till moralisk stress framkom i ett tidigt skede som de mest förekommande orsakerna. Denna huvudkategori beskriver situationer relaterade till sjuksköterskans arbetsmiljö och arbetsvillkor. En *orimlig arbetsbörda* för sjuksköterskan ökade risken för att utveckla moralisk stress. Andra orsaker till moralisk stress som framkom var *organisatoriska prioriteringar och rutiner* samt en *bristande ledningsförmåga*. Dessa orsaker är inte sällan systemiska och grundas i bland annat felprioriteringar där patienten reduceras till att endast ses som en vårdplats och där sjuksköterskans röst inte blir hörd. Likväl framkommer en bild där de organisatoriska orsakerna påverkar patientsäkerheten och patienternas möjlighet att få adekvat vård negativt. Sjuksköterskan tvingas även prioritera mellan arbetsuppgifter som egentligen inte är förhandlingsbara.

Orimlig arbetsbörda

Den mest framträdande orsaken till moralisk stress var en orimlig arbetsbörda. Den orimliga arbetsbördan präglades av att sjuksköterskan tvingades ansvara för fler patienter än vad denne kände var patientsäkert samt en ständigt närvarande tidsbrist (Burton, Caswell, Porter, Mott & DeGrazia, 2020, s. 105; Henrich et al., 2016, s. 60; Humphries & Woods, 2016, s. 268-271; Storaker, Nåden & Sæteren, 2017, s. 559; Varcoe, Pauly, Storch, Newton & Makaroff, 2012, s. 491; Vincent, Jones & Engebretson, 2020, s. 1457). Detta orsakade bland annat att patienterna riskerade att skrivas ut för tidigt och att en sjuksköterska inte hade tid att ge en patient viktig information om livet efter en hjärtinfarkt till följd av att sjuksköterskan behövde prioritera annat (Storaker et al., 2017, s. 560; Varcoe et al., 2012, s. 491). Att patienterna skrevs ut eller flyttades till en annan avdelning för tidigt resulterade även i att patientens anhöriga inte informerades om beslut samt att dokumentationen blev lidande (Humphries & Woods, 2016, s. 271). Sjuksköterskorna uttryckte att den ständiga tidsbristen orsakade att de ibland tog "den lättare vägen" för att spara tid, exempelvis krossade läkemedel och gömde i glass när en patient med demens vägrade ta sin medicin (Spenceley, Witcher, Hagen, Hall & Kardolus-Wilson, 2015, s. 827).

Organisationens prioriteringar och rutiner

Sjuksköterskorna upplevde att organisationerna prioriterade siffror eller en budget före patienten och säkerheten samt att patienten ofta reducerades ner till att endast ses som en vårdplats (Humphries & Woods, 2016, s. 270-271; Wolf et al., 2016, s. 40). Att arbetsplatsen inte prioriterade saker som sjuksköterskorna ansåg viktiga, exempelvis diskussion kring etiska dilemman, orsakade moralisk stress som uttrycktes genom en känsla av hjälplöshet (McAndrew & Hardin, 2020, s. 1637). Även bristande rutiner på arbetsplatsen medförde moralisk stress då patienterna riskerade att drabbas av allvarliga skador exempelvis då berusade patienter placerades i stängda rum och patienter inom psykiatrin tvingades ligga bältade längre än nödvändigt (Jansen, Hem, Dambolt & Hanssen, 2020, s. 1320; Storaker et al., 2017, s. 561; Wolf et al., 2016, s. 41). "...there was a general perception that the budget took priority over safety – which reflects a conflict between organisational and nurses' values" (Humphries & Woods, 2016, s. 271). Det framkom även konflikter mellan

sjuusköterskornas och arbetsplatsens värderingar, exempelvis kring värdighet för liv och patienten (Storaker et al., 2017, s. 561). Individuella övertygelser om vad som är rätt och fel samt en påverkan av kulturella, religiösa samt sociala faktorer komplicerade också beslutsfattandet då det skilde sig från organisationens värderingar (Prentice, Gillam & Davis, 2018, s. 443). ”Nursing staff experience moral distress when forced to treat a patient in a manner contrary to their own professional and personal values.” (De Brasi, et al., 2020, s. 618).

En bristande ledningsförmåga

En bristande ledningsförmåga som orsak till moralisk stress framkom genom två olika perspektiv. Det första perspektivet omfattade cheferna och karakteriserades av en avsaknad av ledarskap och kunskap, en oförmåga att förstå sjuusköterskans perspektiv samt bristande medkänsla (Varcoe et al., 2012, s. 492; Wolf et al., 2016, s. 41). Sjuusköterskorna uttryckte att chefernas bristande kunskap om sjuusköterskans arbete resulterade i att viktiga saker inte uppmärksammas samt att de inte fick stödet de behövde (Varcoe et al., 2012, s. 492; Vincent et al., 2020, s. 1457). Sjuusköterskan kunde även flyttats till en okänd avdelning eller patienter ur en annan patientgrupp kunde flyttats till en avdelning där de egentligen inte skulle vara. Detta resulterade i att sjuusköterskan inte kände sig ha rätt kompetens för att patienten skulle få bästa möjliga vård (Humphries & Woods, 2016, s. 270-271; Varcoe et al., 2012, s. 492; Vincent et al., 2020, s.1457; Wolf et al., 2016, s. 40). Det andra perspektivet lyfter fram sjuusköterskans och dennes känsla av att vara oförmögen att påverka sin situation på arbetet. Att känna sig oförmögen att påverka sin arbetsplats och sitt arbete uppkom framförallt då patientsäkerheten var hotad och där sjuusköterskan upplevde att hen provat allt i sin makt för att förbättra situationen utan att lyckas (Storaker et al., 2017, s. 559; Wolf et al., 2016, s. 42). Den moraliska stressen uttrycktes som frustration och en känsla av hjälplöshet men även en förtvivlan över att ingen brydde sig om att någon riskerade att dö (Wolf et al., 2016, s. 41).

Inre orsaker

Denna kategori omfattar orsaker till moralisk stress som uppstår från inre orsaker hos sjuusköterskan. Dessa orsaker var *att orsaka lidande* samt *att inte kunna lindra lidande*. Essensen av huvudkategorin är moralisk stress som uppstår med sjuusköterskans inre liv, värderingar och känslor som grund. Anledningar till moralisk stress under denna kategori är till synes existentiella och personliga samt springer ur ett visst anklagande av sig själv.

Att orsaka lidande

Den moraliska stressen som uppstod då sjuusköterskan behövde orsaka lidande hos patienten framträdde i situationer där hen exempelvis behövde medverka vid smärtsamma behandlingar eller tvångsmedicinering inom den psykiatriska vården (Jansen et al., 2020, s. 1319-1320; McAndrew & Hardin, 2020, s. 1636). Tvångsmedicinering av patienter i sig var en orsak till moralisk stress, men försvårades inte sällan till följd av komplexa etiska dilemman. Dessa dilemman inkluderade tvångsmedicinering med ett läkemedel sjuusköterskorna visste att

patienten skulle få biverkningar av samt tvångsmedicinering där flera ur personalgruppen behövde närvara för att hålla i patienten (Jansen et al., 2020, s. 1319-1320).

Att inte kunna lindra lidande

Att inte kunna lindra lidande hos patienter orsakade moralisk stress. Dessa situationer uppstod vid olika typer av lidande där det mest framträdande var lidande vid fysisk smärta eller psykisk oro och ångest (De Brasi et al., 2020, s. 619; Henrich et al., 2016, s. 59; Oelhafen, Monteverde & Cignacco, 2018, s. 1381; Varcoe et al., 2012, s. 493). Sjuksköterskor beskrev att då de inte kunde smärtlindra patienter kändes det som att de torterade patienter på grund av det förlängda lidandet (Varcoe et al., 2012, s. 492). "When someone screams for six hours and wants to die because the pain is so . . . there—that's pretty tough to bear." (Oelhafen et al., 2018, s. 9). Situationer där sjuksköterskan inte kunde lindra det psykiska lidandet uppstod framförallt vid vård vid livet slutskede och försvårades ofta till följd av att anhöriga till patienter slutade komma och hälsa på. Detta resulterade i en känsla av ensamhet hos patienterna som inte gick att lindra (De Brasi et al., 2020, s. 619).

Relationella orsaker

Den tredje kategorin som framkom som orsak till moralisk stress hos sjuksköterskor var *relationella orsaker*. Relationella orsaker involverar hur samspel med andra människor kan skapa moralisk stress. Situationer där orsakerna till moralisk stress har sitt ursprung i andra människor i sjuksköterskans närhet, exempelvis vid kontakt med *anhöriga*, *hierarkier* bland kollegorna, *brister hos kollegor*, *bristande kommunikation med kollegor* eller vid *patientspecifika situationer*.

Anhöriga

Det framkom att sjuksköterskan kunde uppleva moralisk stress när anhöriga inte förstod allvaret i patientens tillstånd, exempelvis då anhöriga inte var medvetna om att patienten svävade mellan liv och död (Bleicher et al., 2021, s. 296; McAndrew & Hardin, 2020, s. 1636). Det uppenbarade sig även hur anhöriga inte blev informerade om riskerna med att ge en viss behandling. Viss behandling kan resultera i mer skada och framförallt lidande hos patienten, men detta informerades inte anhöriga om och blev en katalysator för moralisk stress för sjuksköterskan (McAndrew & Hardin, 2020, s. 1636). Vidare synliggjordes även hur moralisk stress kunde framträda genom att anhöriga blandades in i vårdrelaterade val på ett sätt som inte var i linje med god omvårdnad enligt sjuksköterskan (Henrich et al., 2016, s. 60). Detta kunde synas vid val av behandling i livets slut där anhöriga kunde bli ombudda att göra val åt patienten där valet var uppenbart för sjuksköterskan som ansåg att detta inte borde framföras som ett val (Henrich et al., 2016, s. 60). Vidare kunde anhöriga spela en mer aktiv roll i att skapa moralisk stress hos sjuksköterskan. Detta skedde i sammanhang där patienten inte kunde föra sin egen talan och anhöriga behövde ta besluten kring patientens vård (Spenceley et al., 2015, s. 821). Dessa beslut kunde gå emot sjuksköterskans moraliska värderingar eller motarbeta sjuksköterskan att göra sitt jobb på ett sätt som förväntas av

denne. Vidare upplevde sjuksköterskor att dessa situationer kunde leda till ett dåligt förtroende mellan vårdare och anhörig (Spenceley et al, 2015, s. 820).

Hierarkier

Sjuksköterskor vittnade om hur moralisk stress kunde uppkomma genom att deras profession värderades lågt på sjukhuset (Wolf et al., 2016, s. 41). Sjuksköterskorna kunde ej påverka vårdbeslut trots att de hade mer kunskap om patienten än läkaren (Jiménez-Herrera et al., 2020, s. 7; McAndrew & Hardin, 2020, s. 1637; Morley, Bradbury-Jones & Ives, 2019, s. 1306). Vidare urskiljdes även att ifrågasättande av vårdbeslut i sig var en grund till moralisk stress (Prentice et al., 2018, s. 443). Det uppenbarades även att sjuksköterskorna fick moralisk stress då läkarna var respektlösa gentemot dem, till den grad där sjuksköterskor övervägde att säga upp sig (Varcoe et al., 2012, s. 496; Vincent et al., 2020, s. 1456). En annan dimension av hur hierarkier skapade moralisk stress var när sjuksköterskan var tvungen att ge vård förgäves till patienter som befann sig i livets slutskede. Sjuksköterskorna ansåg att patienter fick behandling som borde ha avslutats då det orsakade patienten ett onödigt lidande. Sjuksköterskan identifierade ofta dessa situationer men beskrev att det var läkaren som beslutade kring behandlingarna och sjuksköterskorna kände sig tvingade att utföra dessa (Bleicher et al., 2021, s. 296; De Brasi et al., 2020, s. 620; Hancock et al., 2020, s.1544; Henrich et al., 2016, s. 59; Jiménez-Herrera et al., 2020, s. 6; McAndrew & Hardin, 2020, s. 1636; Morley et al., 2019, s. 1305; Storaker et al., 2017, s. 561; Vincent et al., 2020, s. 1455-1456).

Brister hos kollegor

Moralisk stress uppkom när sjuksköterskor bevittnade när deras kollegor inte agerade på rätt sätt, exempelvis när de misslyckades att ge adekvat vård eller helt enkelt behandlade patienter olika på grund av lägre samhällsstatus eller hudfärg (Henrich et al., 2016, s. 58; Storaker et al., 2017, s. 561; Varcoe et al., 2012, s. 492). Den moraliska stressen framträdde från flera riktningar av kollegors agerande, delvis av hur läkaren inte stod upp för vad hen och sjuksköterskan ansåg som etiskt rätt. Detta framkom i en situation då en anhörig gjorde ett problematiskt behandlingsval åt en patient som skulle generera onödigt lidande men trots detta vågar eller orkar inte läkaren säga ifrån (Morley et al., 2019, s. 1306). I den psykiatriska vården vittnades om hur kollegors personlighet inte fungerade i situationer där tvångsvård behövde användas och blev en trigger för moralisk stress (Jansen et al., 2020, s. 1320). Slutligen kunde även upplevelser av att inte få stöd och empati från sina kollegor vara en drivande orsak till moralisk stress. Detta för att arbetsklimatet var individbaserat och normen var att man skulle ignorera ångest över sådant man inte hade kontroll över (Helmers, Palmer & Greenberg, 2020, s. 1151).

Bristande kommunikation med kollegor

Bristande kommunikation med kollegor skapade moralisk stress hos sjuksköterskor när det påverkade vården negativt (Bruce, Miller & Zimmerman, 2015, s. 826; De Brasi et al., 2020, s. 620; Vincent et al., 2020, s. 1456). En sjuksköterska berättade hur det ständigt kom nya

direktiv kring behandlingsplaner beroende på vilken läkare som jobbade den dagen, sjuksköterskan kunde ena dagen behöva ge aggressiv behandling till en patient för att nästa vecka avsluta behandlingen på grund av att läkarna inte kommunicerade med varandra (Henrich et al., 2016, s. 60). Fortsättningsvis kunde oro uppkomma till följd av kommunikationsbrist då läkare inte var på plats på sjukhuset eller inte svarade i telefon. Vid sådana tillfällen fann sig sjuksköterskor i ett etiskt dilemma där man inte kunde ge smärtlindring på grund av brister i kommunikationen med läkaren (Varcoe et al., 2012, s. 492).

Patientspecifika situationer

Patientens beteende skapade även moralisk stress hos sjuksköterskan. Dessa situationer uppstod bland annat då patienter sökte akut vård endast för att göra ett graviditetstest (Wolf et al., 2016, s. 42). Det uppstod även situationer där sjuksköterskan tvingades spendera tid på att ge vård till patienter som skulle kunna vårdats på en lägre vårdinstans istället för att ge vård till patienter som sjuksköterskan upplevde sig mer än ämnade att vårda (Wolf et al., 2016, s. 42). Även patienter med beroendeproblematik identifierades som resurskrävande patienter som orsakade moralisk stress hos sjuksköterskan, en del av denna moraliska stress hade sin grund i att patienter med beroendeproblematik kunde utsätta andra patienter för risk (Varcoe et al., 2012, s. 492). Sjuksköterskor hade dock även förståelse för patienter med beroendeproblematik och kunde känna med dem och förstod att de sökte vård endast för att få narkotikaklassade läkemedel. Sjuksköterskorna önskade att det fanns bättre vårdalternativ för den här patientgruppen (Wolf et al., 2016, s. 42).

DISKUSSION

Syftet med studien var att undersöka orsaker till moralisk stress hos sjuksköterskan. Resultatet mynnade ut i ett övergripande tema, patientens lidande samt tre huvudkategorier med 10 tillhörande underkategorier. De tre huvudkategorierna som orsaker till moralisk stress var organisatoriska orsaker, inre orsaker samt relationella orsaker.

Metoddiskussion

Kvaliteten i en artikel med kvalitativ ansats diskuteras oftast utifrån dess trovärdighet. För att uppnå trovärdighet finns fyra kriterier: tillförlitlighet, giltighet, överförbarhet samt verifierbarhet (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 160-162). Tillförlitlighet är ett av de viktigare kriterierna för att uppnå trovärdighet och innefattar bland annat syftet, hur väl datainsamlingen relaterar till syftet samt hur tillförlitligt resultatet och tolkningarna är (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 160-162 & 559). För att uppnå tillförlitlighet vid datainsamlingen inkluderade författarna till denna studie begreppen moral stress, ethical distress och ethical stress i sökorden då de är synonymer till begreppet moral distress. Detta för att alla relevanta artiklar skulle upptäckas. Vidare användes fritext-sökordet qualitative trots risken att exkludera artiklar av relevans, detta för att få ett resultat som var möjligt att genomföra under den begränsade tid som fanns. Detta kan ha påverkat resultatet genom att artiklar som svarade på syftet exkluderades och därmed

påverkas denna studies tillförlitlighet (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 160-162). En svaghet med studien var att kvantitativa studier exkluderades, då potentiellt relevant information inte inkluderades. Alla sjuksköterskor som arbetade med patienter inkluderades i studien, oavsett om de var grundutbildade eller hade en specialistutbildning. Detta innebär att resultatet kan överföras i ett bredare kontext. Överförbarhet syftar till resultatets överförbarhet till andra situationer eller grupper (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2017, s.160-164). Artiklar specificerade till en specifik situation exkluderades då författarna ville att insamlad data skulle vara så förutsättningslös som möjligt samt få ett brett perspektiv på orsakerna till moralisk stress. Detta kan ha orsakat att eventuell information relevant för studien missats, men ger ett resultat som lättare kan överföras till en annan vårdkontext. Valet att exkludera länder med en lägre socioekonomisk status än den svenska, begränsar överförbarheten av resultatet till endast länder med liknande socioekonomisk status. Metodtriangulering som innebär användning av flera databaser för att undvika bias implementerades i denna studie, då två olika databaser användes (Polit & Beck, 2017, s. 563-564). Då det finns fler databaser än de två använda kan potentiellt viktiga artiklar ha missats. Begränsningen att endast inkludera två databaser baserades på att författarna till denna studie endast hade en begränsad tid för detta arbete och de två använda databaserna genererade 19 vetenskapliga artiklar som efter en kvalitetsgranskning med SBU:s granskningsmall (2012) ansågs ha måttlig eller hög kvalitet. En svaghet med studien är valet att dela upp artiklarna utifrån databaserna vid läsning av artiklarna. Detta gjordes på grund av den begränsade tidsramen. För att minimera subjektiva tolkningar vid innehållsanalysen satt författarna tillsammans för att möjliggöra diskussion kring oklarheter.

Verifierbarhet syftar till att resultatet skall vara objektivt (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 559-560). Datainsamlingsmetoden till denna studie diskuterades fram tillsammans med ett fokus på att försöka få ett så heltäckande och djupt resultat som möjligt. Författarna till denna studie diskuterade sin förförståelse för fenomenet samt använde noga framarbetade sökord för att behålla objektiviteten vid litteratursökningen och därmed undvika förvrängning av resultatet genom systematiskt bias (Polit & Beck, 2017, s. 161-162). Kvaliteten på de inkluderade artiklarna kvalitetsgranskades med SBU:s Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser (2012). Studier med hög kvalitet anses ha en evidens som väger tyngre än studier med lägre kvalitet, därför exkluderades artiklar med låg kvalitet (Polit & Beck, 2017, s. 652). De med måttlig kvalitet inkluderades på basis av att de med hög kvalitet endast var ett fåtal och de med måttlig kvalitet ansågs ha en bra och utförligt beskriven metod.

Giltighet syftar till reliabiliteten i studien, detta innebär att samma resultat skall kunna uppnås om studien görs om med samma material eller i en liknande kontext (Lincoln & Guba, 1985, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 559-560). Giltighet har uppnåtts genom att författarna till denna studie beskrivit utförligt vilka inklusions- samt exklusionskriterier som använts och vilka fritext-sökord som använts samt hur och var datainsamlingarna utfördes. Författarna har beskrivit analysprocessen i detalj samt att analysprocessen (bilaga 2) har bifogats för att tydliggöra hur processen med kategoriseringen vuxit fram. Även citat från artiklar

inkluderades för att styrka trovärdigheten i resultatet. Citering från artiklarna bevarades på originalspråket då översättning riskerar att beskrivande begrepp och ord tappar mening. När en stor del av den data som samlats in kategoriserats i analysprocessen upptäckte författarna att data började bli repetitiv, detta skulle kunna tyda på att data mättnad uppnåtts vilket ytterligare styrker trovärdigheten (Polit & Beck, 2017, s. 60). Att detaljerat beskriva metod förfaranden är viktigt för transparensen och för att en studie skall anses vara av bra kvalitet (Polit & Beck, 2017, s. 569-570). I arbetet med metoden i den föreliggande studien har författarna arbetat på detta sätt.

Kvaliteten i en studie kan även grundas i validitet (Whittemore and colleagues, 2001, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 560). Kriterierna för att uppnå validitet överlappar Lincoln and Gubas fyra kriterier samt inkluderar bland annat kritiskhet samt integritet. Detta innebär att författarna skall vara kritiska till alla beslut som tas under arbetsprocessen samt att en löpande självreflektion och-granskning bör ske för att säkerställa att tolkningarna som görs är baserade på data som samlats in (Whittemore and colleagues, 2001, refererad i Polit & Beck, 2017, s. 560). Författarna till denna studie har arbetat enligt förfarandet ovan genom kontinuerlig reflektion kring arbetet, de olika stegen samt diskuterat beslut som tagits. Författarna har även arbetat i Google drive, detta har möjliggjort att ge kontinuerligt feedback till varandra samt ställa frågor kring oklarheter. Att även inkludera vissa artiklar som var över 10 år i denna studie gjordes då dessa ansågs tillföra studien nödvändig information.

Resultatdiskussion

Det övergripande tema som förenande alla kategorier var *patientens lidande*. Den tydligaste manifestationen av detta var *inre orsaker* där vi ser orsaker till etiska dilemman och moralisk stress mer relaterat till sjuksköterskans inre liv och dennes känslor. Andra orsaker till uppkomsten av moralisk stress var bland annat *organisatoriska orsaker, orimlig arbetsbörda, relationella orsaker, hierarkier, anhöriga och brister hos kollegor*.

Inre orsaker manifesteras genom moralisk stress som kommer från att sjuksköterskan av olika anledningar inte hade möjlighet att lindra lidande hos patienten, riskerade utsätta patienten för lidande eller tvingades att utföra medicinska åtgärder som enligt sjuksköterskan skulle försätta patienten i onödigt lidande. Detta bekräftades av Bernhofer och Sorell (2015, s. 407) samt Nasrabadi, Wibisono, Allen, Yaghoobzadeh och Bit-Lian (2021, s. 6) som beskriver hur sjuksköterskor kan känna moralisk stress när vård ges till patienter som lider av smärta som inte går att lindra. Vidare går dessa orsaker till moralisk stress i linje med definitionen av moralisk stress (Oh & Gastman, 2015, s. 15-16). Studien av Nasrabadi et al. (2021) är gjord i Iran vars socioekonomiska status skiljer sig från länder inkluderade i den föreliggande studien. Detta talar för att denna orsak till moralisk stress finns globalt. Vidare intresse har författarna funnit i den instinktiva känslomässiga upplevelsen i hur moralisk stress framträder hos sjuksköterskorna i studiens resultat och hur sjuksköterskorna verkade ha en till synes undermedveten dragning att värna om patientens bästa. Det framkom exempelvis att sjuksköterskor enbart genom att visuellt se patienten lida kunde uppleva moralisk stress, detta även i situationer fränkopplade från personligt ansvar för lidandet. Att sjuksköterskan känner

ett behov av att lindra lidande hos andra och lider med andra överensstämmer med definitionen av medkänsla enligt Durkin et al. (2018, s. 1383). Detta tyder på ett samband mellan moralisk stress och medkänsla. Detta kan speglas mot Nathaniels (2006, s. 421) definition av moralisk stress där moralisk stress ses som en smärta som påverkar sinnet, kroppen eller relationer. Denna smärta uppstår vid vårdssituationer där sjuksköterskan vet vad som är moraliskt rätt och känner ett obehag då hen inte kan agera utifrån sin övertygelse, *oavsett om begränsningarna är verkliga eller upplevda*. Detta binder vidare medkänsla och moralisk stress till varandra genom att moralisk stress inte skulle uppkomma utan medkänsla (Nathaniel, 2006, s. 421).

Organisatoriska orsaker utgjorde den största orsaken till moralisk stress och lyfter fram arbetsplatsen och ledningen som orsaker till att de etiska dilemman uppkommit. Författarna till denna studie menar att med annorlunda prioriteringar av resurser och en ledning som prioriterade vårdpersonalen och patienterna kunde uppkomsten av moralisk stress minskas. Organisatoriska orsaker som orsak till moralisk stress överensstämmer även med annan forskning på ämnet. Woods (2020, s. 70) tar upp system- och ledningsproblem som orsaker till moralisk stress då bland annat personalen pressades att ta emot mer patienter utan ökning av resurserna. Denna orsak till moralisk stress framkommer även i forskning gjord i länder där den socioekonomiska statusen skiljer sig från den socioekonomiska statusen i de länder som inkluderades i den föreliggande studien. Vilket tyder på att problemet är globalt. I en Iransk studie av Nasrabadi et al. (2021, s. 7) framkom att en orsak till moralisk stress bland sjuksköterskor uppstod då sjuksköterskorna inte hade möjlighet att utföra sitt arbete på grund av att sjukhuset bemannades med för lite personal vilket resulterade i en *orimlig arbetsbörda*. Vidare i samma studie framkom att ledningen inte brydde sig om förbättringsförslag och struntade i sjuksköterskorna åsikt (Nasrabadi et al., 2021, s. 7). Att sjuksköterskan upplevde moralisk stress då dennes värderingar inte respekterades eller då de var tvärt emot organisationens värderingar styrks även av Wolf et al. (2012, s. 9). Wolf et al. (2012, s. 9) beskriver att en konflikt mellan värderingar kan orsaka en känsla av otillräcklighet och skam som riskerar leda till att sjuksköterskor börjar undvika patienter. Sjuksköterskan riskerade även drabbas av moralisk stress till följd av motstridiga krav, rutiner samt tidsbrist (Wolf et al., 2012, s. 9). Enligt en studie utförd i Brasilien av Barth et al. (2019, s. 38) är problematiken med personalbrist och hög arbetsbörda ett problem relaterad till hur kommunen är styrd genom regeringens grundprinciper.

Relationella orsaker kan skapa etiska dilemman som alstrar moralisk stress hos sjuksköterskan och framkommer i relation till andra människor. *Hierarkier* framkom som en relationell faktor då sjuksköterskans åsikt inte alltid respekterades av läkare vilket orsakade moralisk stress hos sjuksköterskan. Detta bekräftades av Lokker et al. (2018, s. 158-159) som forskat på moralisk stress vid palliativ sedering. Sjuksköterskorna drabbades av moralisk stress då de ansåg att patienten behövde palliativ sedering men läkaren motsatte sig detta. Sjuksköterskorna kunde även drabbas av moralisk stress då de kände sig pressade att medverka vid palliativ sedering i situationer de ansåg att det inte var det bästa för patienten samt orsakade ett förlängt lidande (Lokker et al., 2018, s. 158-159). Som tidigare nämnts

återspeglar inte sjuksköterskans subjektiva åsikter nödvändigtvis verkligheten eller en objektiv sanning, samma sak kan även gälla här. Tang, Chan, Zhou och Liaw (2013, s. 294) förklarar att läkare har en större utbildning i behandling av sjukdomar än sjuksköterskor vilket har givit läkare en större självständighet i att bedöma patienter i jämförelse med sjuksköterskan. Detta argumenterar för att sjuksköterskans åsikt om vilka beslut som ska tas i patientens behandling inte är lika bra underbyggda som läkarens beslut och fastslår möjligen att i kontext som dessa är omständigheterna som de ska vara. Trots detta finns gråzoner, detta bekräftades i den föreliggande studien då en nyexaminerad läkare vägrade lyssna på en erfaren sjuksköterskas råd vid en situation där sjuksköterskan visste vad som fungerat förut. Däremot nämner Tang et al. (2013, s. 298) att läkare graderar kvaliteten på samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare som mer effektivt och tillfredsställande än vad sjuksköterskor gör.

Lokker et al. (2018, s. 160) beskriver att *anhöriga* kunde orsaka moralisk stress hos sjuksköterskan exempelvis då sjuksköterskan och anhöriga inte enades om patientens behandling. Detta bekräftas i föreliggande studie där liknande resultat framkommer. Det har även framkommit i den föreliggande studien att sjuksköterskor upplever att anhöriga inte är tillräckligt informerade angående patienten. Detta bekräftas ytterligare av Wakefield, Butow, Fleming, Daniel och Cohn (2011, s. 622) som beskriver att mödrar till barn med cancer inte får tillräckligt med information om behandling i 61% av fallen och fäder i 50% av fallen.

I en studie i av Prompahakul, Keim-Malpass, LeBaron, Yan och Epstein (2021, s. 1176) utförd i Thailand beskrivs sjuksköterskans kollegor som en bidragande orsak till moralisk stress. Moraliska stressen framkom då sjuksköterskan bevittnade hur kollegor inte lyckades ge behandling eller läkemedel i tid. Även då kollegor behandlade patienter ojämnt framkom att sjuksköterskan upplevde moralisk stress (Prompahakul et al., 2021, s. 1176). Att inte behandla patienter lika går emot definitionen av medkänsla enligt Durkin et al. (2018, s. 1383). Resultatet från Prompahakul et al. (2021, s. 1176) överensstämmer med resultatet i den föreliggande studien samt då studien är utförd i Thailand visar detta att problematiken med relationella orsaker är generellt förekommande. Den etiska koden för sjuksköterskor framhäver betydelsen av att övervaka säkerheten i patientens miljö, alla människors lika värde samt användandet av medkänsla i det kliniska arbetet (ICN, 2021, s. 2-21).

SLUTSATSER

Kliniska implikationer

I resultatet framkom orsaker till moralisk stress hos sjuksköterskan, där organisatoriska orsaker, inre orsaker samt relationella orsaker utgjorde huvudkategorierna. Det framkom även en latent orsak till moralisk stress där orsakerna grundades i patientens lidande. Detta öppnar upp för möjligheten att sjuksköterskans medkänsla utgör den djupare katalysatorn och är möjligen den riktiga grogrunden till sjuksköterskans moraliska stress. Resultatet indikerar ett behov att ta ett större steg tillbaka och betrakta den organisatoriska problematiken från en politisk nivå. För att minimera den moraliska stressen hos sjuksköterskan måste både organisatoriska och individbaserade lösningar implementeras. Detta för att därigenom minska utbrändhet och psykisk ohälsa bland sjuksköterskor.

Fortsatt forskning

Viss typ av moralisk stress är ofrånkomlig om man ser till naturen av sjuksköterskans arbete speglat mot dennes medkänsla. Därför anser författarna till denna studie att fortsatt forskning bör fokusera på hur sjuksköterskan kan hantera moralisk stress bättre. Detta genom exempelvis användning av copingstrategier, mindfulness samt stärkning av sjuksköterskans resiliens.

REFERENSER

En asterisk (*) finns framför alla referenser som är inkluderade i resultatet.

Albert, J., Younas, A. & Sana, S. (2020). Nursing students' ethical dilemmas regarding patient care: An integrative review. *Nurse Education Today*, 88(104389), 1-8. doi:10.1016/j.nedt.2020.104389

Askitopoulou, H. & Vgontzas, A. (2017). The relevance of the Hippocratic Oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. Part I: The Hippocratic Oath from antiquity to modern times. *European Spine Journal*, 27(7), 1481-1490. doi:10.1007/s00586-017-5348-4

Babaei, S. & Taleghani, F. (2019). Compassionate care challenges and barriers in clinical nurses: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(3), 213-219. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_100_18

Barth, O., Ramos, F., Barlem, E., Rennó, H., Brehmer, L. & Rocha, J. (2019). Generating situations of Moral Distress in Primary Care Nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 35-42. doi:10.1590/0034-7167-2018-0378

Bernhofer, E. & Sorrell, J. (2014). Nurses Managing Patients' Pain May Experience Moral Distress. *Clinical Nursing Research*, 24(4), 401-414. doi:10.1177/1054773814533124

*Bleicher, J., Place, A., Schoenhals, S., Luppens, C., Grudziak, J., Lambert, L. & McCrum, M. (2021). Drivers of Moral Distress in Surgical Intensive Care Providers: A Mixed Methods Study. *Journal Of Surgical Research*, 266, 292-299. doi:10.1016/j.jss.2021.04.017

*Bruce, C., Miller, S. & Zimmerman, J. (2015). A qualitative study exploring moral distress in the ICU team: the importance of unit functionality and intrateam dynamics. *Critical care medicine*, 43(4), 823-831. doi:10.1097/CCM.0000000000000822

*Burton, M., Caswell, H., Porter, C., Mott, S. & DeGrazia, M. (2020). Moral Distress: Defined and Described by Neonatal and Pediatric Critical Care Nurses in a Quaternary Care Free-Standing Pediatric Hospital. *Dimensions of critical care nursing*, 39(2), 101-109. doi:10.1097/DCC.0000000000000403

Cilliers, L. & Retief, F. (2002). The evolution of the hospital from antiquity to the end of the middle ages. *Curationis*, 25(4), 60-66. doi:10.4102/curationis.v25i4.806

*De Brasi, E., Giannetta, N., Ercolani, S., Gandini, E., Moranda, D., Villa, G. & Manara, D. (2020). Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 28(5), 614-627. doi:10.1177/0969733020964859

Devik, S., Enmarker, I. & Hellzen, O. (2019). Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. *Nursing Ethics*, 27(1), 194-205.
doi:[10.1177/0969733019839218](https://doi.org/10.1177/0969733019839218)

Durkin, J., Usher, K. & Jackson, D. (2018). Embodying compassion: A systematic review of the views of nurses and patients. *Journal Of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1380-1392.
doi:[10.1111/jocn.14722](https://doi.org/10.1111/jocn.14722)

Ejder Apay, S., Gürol, A., Gür, E. & Church, S. (2020). Midwifery students' reactions to ethical dilemmas encountered in outpatient clinics. *Nursing Ethics*, 27(7), 1542-1555.
doi:[10.1177/0969733020922875](https://doi.org/10.1177/0969733020922875)

Graneheim, U. & Lundman B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:[10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)

Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B. & Dreyer, P. (2019). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27(1), 258-272. doi: [10.1177/0969733019832941](https://doi.org/10.1177/0969733019832941)

*Hancock, J., Witter, T., Comber, S., Daley, P., Thompson, K., Candow, S., ... Follett, G. (2020). Understanding burnout and moral distress to build resilience: a qualitative study of an interprofessional intensive care unit team. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(11), 1541-1548. doi:[10.1007/s12630-020-01789-z](https://doi.org/10.1007/s12630-020-01789-z)

*Helmerts, A., Palmer, K. & Greenberg, R. (2020). Moral distress: Developing strategies from experience. *Nursing Ethics*, 27(4), 1147-1156. doi:[10.1177/0969733020906593](https://doi.org/10.1177/0969733020906593)

*Henrich, N., Dodek, P., Alden, L., Keenan, S., Reynolds, S. & Rodney, P. (2016). Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *Journal of critical care*, 35, 57–62. doi:[10.1016/j.jcrc.2016.04.033](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.04.033)

Henrich, N., Dodek, P., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S., Reynolds, S. & Rodney P. (2017). Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *American Journal of Critical Care*, 26(4), 48-57. doi:[10.4037/ajcc2017786](https://doi.org/10.4037/ajcc2017786)

*Humphries, A. & Woods, M. (2016). A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment. *Nursing Ethics*, 23(3), 265–276.
doi:[10.1177/0969733014564101](https://doi.org/10.1177/0969733014564101)

International Council of Nurses (2021). *ICN:s The ICN Code of Ethics for Nurses – revised 2021*. Hämtad från https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Jameton, A. (2017). History of Medicine: What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Healthcare. *AMA Journal of Ethics*, 19(6), 617-628.
doi:10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706

*Jansen, T., Hem, M., Dambolt, L. & Hanssen, I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*, 27(5), 1315-1326.
doi:10.1177/0969733019877526

*Jiménez-Herrera, M., Llauradó-Serra, M., Acebedo-Urdiales, S., Bazo-Hernández, L., Font-Jiménez, I. & Axelsson, C. (2020). Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: a qualitative study. *BMC Nursing*, 19(1), 1-10. doi: 10.1186/s12912-020-00438-6

Karakoc Kumsar, A., Polat, S. & Taskin Yilmaz, F. (2021). The Effect on Ethical Sensitivity of Compassion Level in Nurses. *Electronic Journal of General Medicine*, 18(5), 1-8.
doi:10.29333/ejgm/11011

Koskenvuori, J., Numminen, O. & Suhonen R. (2019). Ethical climate in nursing environment: A scoping review. *Nursing Ethics*, 26(2), 327-345.
doi:10.1177/0969733017712081

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lamiani G., Borghi L. & Argentero P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 51-67. doi:10.1177/1359105315595120

Lokker, M., Swart, S., Rietjens, J., van Zuylen, L., Perez, R. & van der Heide, A. (2018). Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses. *Applied Nursing Research*, 40, 157-161. doi:10.1016/j.apnr.2018.02.002

*McAndrew, N. & Hardin, J. (2020). Giving nurses a voice during ethical conflict in the Intensive Care Unit. *Nursing Ethics*, 27(8), 1631-1644. doi:10.1177/0969733020934148

*Morley, G., Bradbury-Jones, C. & Ives, J. (2019). What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*, 27(5), 1297-1314.
doi:10.1177/0969733019874492

Nathaniel, A. (2006). Moral Reckoning in Nursing. *Western Journal of Nursing Research*, 28(4), 419-438. doi:10.1177/0193945905284727

Nijboer, A. & van der Cingel, M. (2019). Compassion: Use it or lose it?. *Nurse Education Today*, 72, 84-89. doi:10.1016/j.nedt.2018.11.006

Nasrabadi, A., Wibisono, A., Allen, K., Yaghoobzadeh, A. & Bit-Lian, Y. (2021). Exploring the experiences of nurses' moral distress in long-term care of older adults: a phenomenological study. *BMC Nursing*, 20(1), 1-10. doi:10.1186/s12912-021-00675-3

*Oelhafen, S., Monteverde, S. & Cignacco, E. (2019). Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 26(5), 1373–1386. doi:10.1177/0969733018761174

Oh, Y. & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), 15-31. doi:10.1177/0969733013502803

Oveis, C., Horberg, E. & Keltner, D. (2010). Compassion, pride, and social intuitions of self-other similarity. *Journal of personality and social psychology*, 98(4), 618–630. doi:10.1037/a0017628

Polit, D. & Beck, C. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (Tenth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health

Poikkeus, T., Numminen, O., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2014). A mixed-method systematic review: support for ethical competence of nurses. *Journal of advanced nursing*, 70(2), 256–271. doi:10.1111/jan.12213

*Prentice, T., Gillam, L., Davis, P. & Janvier, A. (2018). Always a burden? Healthcare providers' perspectives on moral distress. *Archives Of Disease In Childhood - Fetal And Neonatal Edition*, 103(5), 441-445. doi:10.1136/archdischild-2017-313539

Prompahakul, C., Keim-Malpass, J., LeBaron, V., Yan, G. & Epstein, E. (2021). Moral distress among nurses: A mixed-methods study. *Nursing Ethics*, 28(7-8), 1165-1182. doi:10.1177/0969733021996028

*Spenceley, S., Witcher, C., Hagen, B., Hall, B. & Kardolus-Wilson, A. (2015). Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia. *Dementia*, 16(7), 815-834. doi:10.1177/1471301215618108

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (2010) *Tandförluster: En systematisk litteraturöversikt*. (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering, nr R 2010:204). Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (2012). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 15 november 2021 från <https://alfresco->

offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/50817116-71d9-4d47-9aea-6817c48e299f/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf?a=false&guest=true

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (2020a). *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. Hämtad 15 november 2021 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (2020b). *Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik*. Hämtad 14 november 2021 från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

Statens Medicin-Etiska Råd (2018). *Etik: En introduktion*. (uppl. 4). Stockholm: Norstedts Juridik. Hämtad från https://smer.se/wp-content/uploads/2018/06/Etik.-En-introduktion_WEB.pdf

*Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B. (2017). From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges. *Nursing Ethics*, 24(5), 556-568. doi:10.1177/0969733015620938

Svensk Sjuksköterskeförening (2011). *Evidensbaserad vård och omvårdnad*. Hämtad 10 november 2021 från <https://www.swenurse.se/download/18.21c1e38d175977459261527c/1605099441081/Evidensbaserad%20v%C3%A5rd%20och%20omv%C3%A5rdnad.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 12 januari 2022 från <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Tang, C., Chan, S., Zhou, W. & Liaw, S. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *International nursing review*, 60(3), 291–302. doi:10.1111/inr.12034

*Varcoe, C., Pauly, B., Storch, J., Newton, L. & Makaroff, K. (2012). Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nursing Ethics*, 19(4), 488–500. doi:10.1177/0969733011436025

Varkey, B. (2020). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles And Practice*, 30(1), 17-28. doi:10.1159/000509119

- *Vincent, H., Jones, D. & Engebretson, J. (2020). Moral distress perspectives among interprofessional intensive care unit team members. *Nursing Ethics*, 27(6), 1450-1460. doi:10.1177/0969733020916747
- Vogelstein, E. & Colbert, A. (2019). Normative nursing ethics: A literature review and tentative recommendations. *Nursing Ethics*, 27(1), 7-15. doi:10.1177/0969733019836148
- Wakefield, C., Butow, P., Fleming, C., Daniel, G. & Cohn, R. (2011). Family information needs at childhood cancer treatment completion. *Pediatric Blood & Cancer*, 58(4), 621-626. doi:10.1002/pbc.23316
- Woods, M. (2020). Moral distress revisited: the viewpoints and responses of nurses. *International Nursing Review*, 67(1), 68-75. doi:10.1111/inr.12545
- Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L. (2012). Everyday practices at the medical ward: a 16-month ethnographic field study. *BMC Health Services Research*, 12(184), 1-12. doi:10.1186/1472-6963-12-184
- *Wolf, L., Perhats, C., Delao, A., Moon, M., Clark, P. & Zavotsky, K. (2016). "It's a Burden You Carry": Describing Moral Distress in Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 37-46. doi:10.1016/j.jen.2015.08.008
- World Medical Association (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 27 November 2021 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zhang, Y., Zhang, C., Han, X., Li, W. & Wang, Y. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine*, 97(26), 1-7. doi:10.1097/MD.0000000000011086.

BILAGOR

Bilaga 1 Artikelöversikt.

Författare, årtal, land, titel	Syfte	Design, datainsamlingsmetod, deltagare	Resultat	Bedömd kvalitet
Bleicher et al. (2021), USA Drivers of Moral Distress in Surgical Intensive Care Providers: A Mixed Methods Study.	This study aimed to identify root causes of and potential solutions to moral distress experienced by surgical intensive care unit (SICU) providers.	Enkätstudie med 63 deltagare.	The most frequent root cause of moral distress for all providers was participating in the delivery of aggressive care perceived to be futile. Nurses also reported caring for patients with unclear goals of care as a key driver of moral distress.	Måttlig
Bruce et al. (2015), USA Qualitative Study Exploring Moral Distress in the ICU Team: The Importance of Unit Functionality and Intra-team Dynamics*	Our study objectives were to determine the key sources of moral distress in diverse critical care professionals and how they manage it in the context of team-based models.	Kvalitativ intervjustudie med 29 deltagare.	Intra-team discordance served as a key source of distress for all healthcare disciplines.	Måttlig
Burton et al. (2020), USA Moral Distress: Defined and Described by Neonatal and Pediatric Critical Care Nurses in a Quaternary Care Free-Standing Pediatric Hospital.	The aim of this study was to define moral distress based on the perceptions and experiences of neonatal and pediatric critical care nurses.	Kvalitativ deskriptiv intervjustudie med 24 deltagare.	The 2 overarching categories that emerged from the data were patient-focused factors and nurse-focused factors.	Hög
De Brasi et al. (2020), Italien Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study.	The primary outcome of this study was to explore the causes of morally distressing events, feelings experienced by nurses and coping strategies utilised by a nursing population at an Italian teaching hospital.	Hermeneutisk-fenomenologisk kvalitativ intervjustudie med 28 deltagare.	Six themes: (1) causes of moral distress; (2) feelings and emotions experienced in morally distressing events; (3) factors that worsen or influence the experience of moral distress; (4) strategies for coping with moral distress; (5) recovering from morally distressing events; and (6) end-of-life accompaniment.	Hög

Hancock et al. (2020), Canada Understanding burnout and moral distress to build resilience: a qualitative study of an interprofessional intensive care unit team.	The purpose of this study was to explore personal and organizational factors that contribute to burnout and moral distress in a Canadian academic intensive care unit (ICU) healthcare team.	Intervjustudie med 35 deltagare.	Themes were concordant between the professions and included: 1) organizational issues, 2) exposure to high-intensity situations, and 3) poor team experiences.	Måttlig
Helmers et al. (2020), Canada Moral distress: Developing strategies from experience.	We explore the experience of moral distress and the strategies and resources invoked to mitigate that distress in mid- and late-career healthcare providers practicing in paediatric intensive care, in order to identify ways in which the work environment can build a culture of moral resilience.	Exploratorisk kvalitativ intervjustudie med 17 deltagare.	We report the thematic findings within three domains of the phenomena of moral distress: factors influencing distress, the evolution of practice over time and its impact on moral distress.	Måttlig
Henrich et al. (2016), Canada Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study.	To examine the causes of moral distress in diverse members of the ICU team in both community and tertiary ICUs.	Intervjustudie med 19 deltagare.	Most commonly reported causes of moral distress were concerns about the care provided by other health care workers, the amount of care provided (especially too much care at end of life), poor communication, inconsistent care plans, and issues around end of life decision-making.	Hög
Humphries & Woods (2016), USA A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment.	The purpose of this study was to explore and describe how registered nurses working on a medical ward in a New Zealand hospital perceive their workplace ethical climate.	Deskriptiv intervjustudie med 7 deltagare.	Three main themes: "Being burdened", "Push the bed" & "Us and them".	Måttlig
Jansen et al. (2020), Norge Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands.	1. What sources of moral distress are found within psychiatric acute care settings? 2. What features of moral distress are expressed by nurses working within psychiatric acute care settings?	Kvalitativ intervjustudie med 16 deltagare.	Three main themes came to the fore: Experienced dilemmas between nurses' perceptions of capacity and patients' needs, risk of violence and dilemmas concerning coercion, and experienced physical and mental reactions to moral distress.	Måttlig

<p>Jiménez-Herrera et al. (2020), Spanien</p> <p>Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: a qualitative study.</p>	<p>To analyse how emergency nurses describe the moral emotions arising from emergency care situations.</p>	<p>Intervjustudie med 16 deltagare.</p>	<p>We found that the feelings that nurses experienced when ethical conflicts arose in emergency situations were related to caring and decisions associated with it.</p>	<p>Måttlig</p>
<p>McAndrew & Hardin (2020), USA</p> <p>Giving nurses a voice during ethical conflict in the Intensive Care Unit.</p>	<p>The aim of this qualitative, descriptive study was to explore how nurses experience ethical conflict and use organizational resources to support them as they address ethical conflict in their practice.</p>	<p>Deskriptiv enkätstudie med 50 deltagare.</p>	<p>Three interwoven themes were found in this study: nurses perceive (1). ICU culture, practices, and organizational priorities contribute to patient suffering; (2) nurses are marginalized during ethical conflict in the ICU; and (3) organizational resources have the potential to reduce nurse moral distress.</p>	<p>Måttlig</p>
<p>Morley et al. (2019), England</p> <p>What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study.</p>	<p>To explore the concept of moral distress in nursing both empirically and conceptually.</p>	<p>Intervjustudie med feministisk tolkningsmetodik, 30 deltagare.</p>	<p>The moral events identified as causing psychological distress in the participants' narratives were moral tension, moral uncertainty, moral constraint, moral conflict and moral dilemmas.</p>	<p>Hög</p>
<p>Oelhafen et al. (2019), Schweiz</p> <p>Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study.</p>	<p>The goal of this study was to gain insight into the ethical issues midwives encounter in their daily work, the key competences and resources they consider indispensable to understand and deal with them, and to assess phenomena linked to moral distress.</p>	<p>Tematisk kvalitativ intervjustudie med 10 deltagare.</p>	<p>External constraints limiting the midwife's and the patient's autonomy and resulting interpersonal conflicts were found to be the most relevant ethical issues encountered in clinical practice and were most often associated with moral distress.</p>	<p>Måttlig</p>
<p>Prentice et al. (2018), Australien</p> <p>Always a burden? Healthcare providers' perspectives on moral distress.</p>	<p>To explore clinical experiences, perspectives and perceptions of moral distress in neonatology.</p>	<p>Enkätstudie med mixad metod, 345 deltagare.</p>	<p>Open-ended responses revealed that while interventions were desired to decrease the negative impacts of moral distress, moral distress was also viewed as an essential component of the caring profession that prompts robust discussion and acts as an impetus for medical decision making.</p>	<p>Hög</p>
<p>Spenceley et al. (2015), Kanada</p> <p>Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia.</p>	<p>Our aim in this paper is to share findings that elucidate the sources of moral distress experienced by nursing care providers in the residential care of people living with dementia.</p>	<p>Intervjustudie med 18 deltagare.</p>	<p>The notion of being stuck, as described by this participant provided a compelling lens through which to conceptualize the experiences of moral distress for nursing care providers in this study.</p>	<p>Måttlig</p>

<p>Storaker et al. (2017), Norge</p> <p>From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges.</p>	<p>The purpose of this article is to obtain a deeper understanding of the ethical challenges that nurses face in daily practice. The chosen research questions are "What ethical challenges do nurses experience in their daily practice?"</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie med 9 deltagare.</p>	<p>1. the painful busyness, 2. a conflict concerning values 3. compromising with professional principles 4. emotional immunization</p>	<p>Måttlig</p>
<p>Varcoe et al. (2012), Canada</p> <p>Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations.</p>	<p>Research question: "What are nurses' perceptions of and responses to moral distress?"</p>	<p>Kvalitativ enkätstudie med 292 deltagare.</p>	<p>Systemic issues included (a) workload or working overload and (b) incompetence of self or other health-care providers leading to inadequate care. Specific patient situations included (a) witnessing unnecessary suffering, (b) moral compromise, and (c) negative judgments about patients and/or their families by staff.</p>	<p>Hög</p>
<p>Vincent et al. (2020), USA</p> <p>Moral distress perspectives among interprofessional intensive care unit team members.</p>	<p>To examine interprofessional healthcare professionals' perceptions of triggers and root causes of moral distress.</p>	<p>Enkätstudie med mixad metod, 223 deltagare.</p>	<p>Feelings of moral distress were associated with professional anguish over patient care decisions, team, and system-level factors</p>	<p>Måttlig</p>
<p>Wolf et al. (2016), USA</p> <p>"It's a Burden You Carry": Describing Moral Distress in Emergency Nursing.</p>	<p>The purpose of this study was to explore the nature of moral distress as it is experienced and described by emergency nurses.</p>	<p>Kvalitativ exploratorisk intervjustudie med 17 deltagare.</p>	<p>Three main themes: "Challenges of the Emergency Care Environment", "Being Overwhelmed and "Maladaptive/Adaptive/Coping"</p>	<p>Måttlig</p>

Bilaga 2. Exempel på analysprocessen utförd enligt Graneheim & Lundman (2003, s. 105-109).

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Underkategorier	Kategori	Tema
"They reported mismatches between patient volume and staffing ratios that contribute to work overload and jeopardize patient safety".	Otillräckligt bemanning bidrog till hög arbetsbörda samt äventyrar patientsäkerheten.	Orimlig arbetsbörda	Organisatoriska orsaker	Patientens lidande
"Pushing patients through the system rather than patient care was singled out as being the organisation's [sic] main priority by one participant".	Organisationen prioriterade korta vårdtider mer än vård.	Organisationens prioriteringar och rutiner		
"A lack of leadership was identified as a pervasive problem. Many referred to having an "absent manager," often coupled with reference to the managers' lack of knowledge about and/or support for the role of a nurse, given that managers often were not nurses."	Problemet var bristande ledarskap med frånvarande samt okunniga chefer.	En bristande ledningsförmåga		
"Coercive medical regimens when delusions are strong and patients suffer from side-effects, that is painful and stressful."	Att tvångsmedicinera är påfrestande.	Att orsaka lidande	Inre orsaker	
"It's just it's difficult to have to spend that much time with somebody who's suffering. And I don't—I guess the question is, are they suffering necessarily or unnecessarily? Well for me, it's still suffering. I still feel the same way whether it's—you know, good for them or not."	Det är svårt att tillbringa så mycket tid med någon som lider.	Att inte kunna lindra lidande		
"Some nurses identified that their moral distress was associated with having patients such as "drug users" who were disrupting or putting other patients at risk".	Patienter störde och utsatte andra patienter för risk.	Patienterspecifika situationer	Relationella orsaker	
"Nurses experienced distress as a consequence of inadequate care provided by other nurses and physicians"	Inadekvat vård från kollegor.	Brister hos kollegor		
"I've had dementia clients where [the family] wants full resuscitation and they don't want to change the level of care even to maintenance level or to comfort care. And so because of that, it involves a lot more hospital intervention and different procedures and things which may be way more aggressive than the person [would want] . . . [or is] . . . appropriate"	Familjen ville inte ändra vårdnivå vilket skapade mer interventioner än lämpligt.	Anhöriga		
"As a long time nurse to have the younger doctors not give a try to treatments that have worked well in the past in my experience and not get a good explanation of why they won't use it."	Erfaren sjuksköterska anser att läkare inte testat behandlingar som fungerat tidigare utan förklaring.	Hierarkier		
"Moral distress is often associated with poor communication or a lack of communication between nurses and physicians".	Bristande kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor.	Bristande kommunikation med kollegor		