



**RÖDA KORSETS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Omvårdnadsvetenskap  
15 hp, avancerad nivå  
Intensivvård  
2011

**Intensivvårdssjuksköterskors förhållningsätt  
till patientöverflyttningar på grund av  
resursbrist**

**Critical care nurses approach to patient transfers  
due to lack of resources**

Författare: Madelene Flyckt, Kristiina Rosenlund

Handledare: [REDACTED]

Examinator: [REDACTED]

# SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Överflyttningar mellan intensivvårdsavdelningar kan leda till negativa konsekvenser för patienten så som minskad patientsäkerhet och försämring under själva transporten med förlängd vårdtid som följd. När resurserna på en intensivvårdsavdelning överstigs kan det bli nödvändigt att överflytta patienter mellan intensivvårdsavdelningarna trots de kända riskerna.

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka intensivvårdssjuksköterskors förhållningssätt till patientöverflyttningar på grund av resursbrist.

**Metod:** En fokusgruppsintervju på en specialistintensivvårdsenhet i Mellansverige genomfördes. En induktiv kvalitativ innehållsanalys användes vid bearbetning av textmaterialet.

**Resultat:** Intensivvårdssjuksköterskornas förhållningssätt kunde kategoriseras i tre domäner: yrkesroll, känslor samt rationell inställning. Dessa tre domäner utgjorde ett tema: Professionellt och känslomässigt förhållningssätt.

**Konklusion:** Intensivvårdssjuksköterskorna har med hjälp av sin yrkeserfarenhet funnit både ett professionellt och känslomässigt förhållningssätt som hjälper dem att hantera etiska dilemman och moralisk stress vid patientöverflyttningar på grund av resursbrist.

Intensivvårdssjuksköterskans professionella och känslomässiga förhållningssätt vid patientöverflyttningar på grund av resursbrist påverkas av deras yrkesroll, känslor och rationella inställning.

**Nyckelord:** Intensivvårdssjuksköterskor, patientöverflyttningar, resursbrist, yrkesroll, känslor, känslomässigt förhållningssätt, professionellt förhållningssätt.

## **ABSTRACT**

**Background:** Transfers between intensive care units can cause negative consequences for the patient, such as decreased patient safety and deterioration during the transport, which leads to a longer time of treatment. When the resources at an intensive care unit are exceeded it may be necessary to transfer patients between the units although the risks are known.

**Aim:** The aim of this study was to examine the approach of critical care nurses towards patient transfers due to lack of resources.

**Method:** Focus group interview at a special intensive care unit was conducted in Central Sweden. Six critical care nurses with at least two years' experience were included in the study. An inductive qualitative contents analysis was used during material editing.

**Result:** The critical care nurses approach was identified in three domains: profession, emotions and rational attitude. These three domains formed a theme: A professional and emotional approach.

**Conclusion:** Critical care nurses have found with their professional experience a professional and emotional approach that helps them to manage ethical dilemmas and moral distress of patient transfers due to lack of resources. Critical care nurses' 'professional and emotional approach of patient transfers due to lack of resources are led by their profession, emotions and rational attitude.

**Key words:** Critical care nurse's, patient transfers, lack of resources, profession, emotions, emotional approach and professional approach.

## INNEHÅLL

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	1
Etiska dilemman inom intensivvård .....	1
Värdegrund för hälso-och sjukvården .....	2
Omvårdnad av intensivvårdspatienter .....	3
Moral och moralisk stress hos intensivvårdssjuksköterskor .....	4
Intensivvårdssjuksköterskans professionella förhållningssätt .....	5
Vårdtid på intensivvårdsavdelning .....	6
Överflyttning mellan intensivvårdsavdelningar på grund av resursbrist....	6
PROBLEMFORMULERING .....	7
SYFTE .....	7
METOD .....	7
Design .....	7
Urval .....	7
Datainsamlingsmetod.....	8
Dataanalys .....	8
ETISKA ASPEKTER .....	10
RESULTAT .....	10
Yrkesroll .....	11
Känslor.....	11
Rationell inställning .....	14
DISKUSSION .....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats .....	20
Klinisk betydelse .....	20
Förslag på vidare forskning/utveckling .....	21
REFERENSER .....	22

## **INLEDNING**

En kvinna född på 40-talet vårdades på en intensivvårdsavdelning (IVA 1) på ett sjukhus i Mellan- Sverige under hösten 2011 i några veckors tid. Hon förbättrades och överflyttades till en vårdavdelning för vidare vård. Efter några dagar på avdelningen försämrades hennes tillstånd och hon var åter i behov av intensivvård. På grund av resursbrist på IVA 1 fick kvinnan läggas in på en annan intensivvårdsavdelning (IVA 2) på samma sjukhus. Efter några dagars vård på IVA 2 behövde man frigöra platser inför helgen och kvinnan fick åka till en intensivvårdsavdelning på ett annat sjukhus (IVA 3) för att avlasta IVA 2. Väl på IVA 3 stabiliserades kvinnans tillstånd något, man började diskutera eventuell rehabilitering på IVA 3 när hon förbättrats ytterligare. Efter tre dagar kontaktade IVA 1 den intensivvårdsavdelning kvinnan nu vårdades på och meddelade att de ville få tillbaka sin patient igen, då de nu hade lediga platser. Kvinnan fick flytta och detta blev den tredje överflyttningen mellan intensivvårdsavdelningarna sedan hon blivit försämrad på vårdavdelningen.

## **BAKGRUND**

### **Etiska dilemman inom intensivvård**

De senaste årens minskade ekonomiska resurser inom intensivvården har lett till brist på intensivvårdsplatser och specialutbildad personal (Lundberg, 2005). Detta leder i sin tur till prioriteringsetiska problem då det uppstår situationer med hög belastning på intensivvården. Dessa etiska problem kan avse flertalet patienter då antalet intensivvårdskrävande patienter är större än befintliga intensivvårdsplatser på ett sjukhus (a.a.) Henriksen och Vetlesen (1998) anser att etik handlar om att vara involverad och att ha förmåga att se vad som står på spel i de situationer vi befinner oss i. Etik innebär alltså något mer än att bara lära sig en teknik eller några teorier.

Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor upplevde att de vanligaste etiska dilemman på en intensivvårdsavdelning var att de saknade inflytande över etiskt svåra vårdssituationer enligt Söderberg & Norberg (1993). De huvudsakliga problemen var inte alltid att besluta vad som var den rätta åtgärden för patienten för tillfället, snarare hur man skulle utföra rätt sak för att uppnå ett bra mål. De upplevda svårigheterna var att argumentera och övertyga andra om sina åsikter om vad som ansågs vara rätt och

bra. Vissa yrkeskategorier kämpade med att övertyga sina kollegor utan att lyckas, medan andra inte ville försöka på grund av tidigare erfarenheter. Avsaknaden av inflytande och känslor av maktlöshet hos vårdpersonalen ledde till att de etiska bedömningarna baserades på tyst vetskap i stället för verbalisering och argumentationer. Dessa känslor av maktlöshet doldes oftast från kollegorna. I situationer där man uppnådde samförstånd, ersattes känslor av maktlöshet med känslor av tillfredsställelse (a.a.).

En norsk studie (Bunch, 2001) fann att intensivvårdssjuksköterskor upplevde etiska dilemman när kritiskt svårt sjuka patienter skickades till en central eller lokal enhet så fort deras tillstånd stabiliserats och man har bedömt att de kan överleva. Studien visade att sjuksköterskorna inte trodde att de andra sjukhusen hade samma höga standard eller utrustning som deras intensivvårdsavdelning och de befarade att personalen inte var lika välutbildad. De ansåg att den för tidiga överflyttningen av patienterna var en temporär lösning på de begränsade resurserna och de befarade att patienterna riskerade att få komplikationer som de troligtvis inte skulle fått om de hade fått vårdas på samma enhet. Den tidiga överflyttningen blev också en utmaning för sjuksköterskornas yrkesstolthet, då de trodde att patienterna hade klarat sig bättre om de vårdats längre på intensivvårdsenheten (a.a.).

### **Värdegrund för hälso- och sjukvården**

Värdegrunden för omvårdnad utgörs av en etisk plattform och ska vara utgångspunkt för prioriteringar inom hälso- och sjukvården enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010). Riksdagen har angivit att prioriteringar ska utgå från tre principer:

*Människovärdesprincipen* innebär att människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. *Behovs- och solidaritetsprincipen* innefattar att resurserna bör fördelas efter behov.

*Kostnadseffektivitetsprincipen* bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt vid val av vårdåtgärder eller verksamheter, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet. De tre principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen ska prioriteras först och kostnadseffektivitetsprincipen sist (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Hälso- och sjukvårdens värdegrund ska prägla all hälso- och sjukvård som landstinget beställer. För att en värdegrund ska fungera styrande och kunna tillämpas i praktiken krävs att medarbetare på alla nivåer, både de medicinska och de administrativa, inte bara accepterar värdegrunden, utan är beredda att i vardagsarbetet aktivt tillämpa den inom ramen för den hälso- och sjukvårdsetiska plattformen (Landstinget, 2002).

### **Omvårdnad av intensivvårdspatienter**

På ett sjukhus vårdas de allra mest akut svårt skadade eller sjuka patienterna på en intensivvårdsavdelning. Det är intensivvårdssjuksköterskans ansvar att bedöma, analysera, planera, genomföra och utvärdera avancerad omvårdnad till akut svårt skadade eller sjuka patienter (Stubberud, 2009a). Omvårdnadsansvaret omfattar allt från patientens personliga skötsel och hygien till att ge avancerad omvårdnad och medicinsk behandling. Då patienterna är svårt sjuka är de närstående ofta närvarande och därför har intensivvårdssjuksköterskan också ansvar för att ta hand om dem som ofta befinner sig i en krissituation (Stubberud, 2009b).

Corrigan, Samuelson, Fridlund & Thomé (2007) fann i sin studie att patienter som vårdats på intensivvårdsavdelningar upplevde intensivvården som extremt plågsam med allt från andningssvårigheter till smärtsamma omvårdnadshandlingar, vilket innebar traumatiska prövningar. Traumatiska händelser med kritiska sjukdomstillstånd och vård på intensivvårdsavdelning kan leda till efterföljande posttraumatiskt stresstillstånd (a.a.). Det är viktigt att patienten inte ska behöva upprepa sina problem och behov för flera olika personer och att förutsägbarheten kring vården för patienten är så stor som möjligt med en stabil behandlingssituation. För att upprätthålla kontinuitet i vården kring intensivvårdspatienten samt undvika att patienten upplever känslor av otrygghet bör så få intensivvårdssjuksköterskor som möjligt vara involverade i vården (Gulbrandsen & Stubberud, 2009) .

För att få en klarare bild av omvårdnadsbehovet hos en patient på en intensivvårdsavdelning används vårdtyngdsberäkningar för att bland annat kvantifiera arbetsbelastningen för sjuksköterskorna (Lundin, 2005). VTS (Vårdtyngd Sverige) är ett sätt att mäta vårdtyngd och kan användas för alla vårdtyper, men är särskilt utformad för intensivvårdsavdelningar. VTS registreras tre gånger per dygn av ansvarig sjuksköterska och avser mäta antal personer och tidsandel av arbetspass som behövs för

att vårda patienten och tillgodose dennes omvårdnadsbehov (Svenska intensivvårdsregistret (SIR), 2012a). Kiekkas et al (2008) anser dock att det är av större betydelse att se till patientens individuella omvårdnadsbehov framför att räkna ut hur många intensivvårdssjuksköterskor som behövs per patient under ett pass. Även Benner, Hooper -Kyriakidis och Stannard (1999) anser att omvårdnadsbehovet hos en patient utgörs av individuella faktorer. Teamet av olika personalkategorier runt patienten arbetar utifrån de specifika förändringarna som sker i patientens tillstånd och anpassar vården och omvårdnaden efter de nya kliniska kunskaperna. Kommunikation mellan teammedlemmarna angående de senaste förändringarna hos patienten och dennes tillstånd har stor betydelse i vidare handläggning av patienten. Viktiga funderingar och spekulationer angående patientens tillstånd skrivs inte alltid in i patientjournaler, utan uttrycks verbalt och informellt mellan vårdpersonalen. Benner, et al, (1999) anser att teamets samlade uppfattning om den specifika patienten riskerar att försvinna när patienten flyttas mellan olika intensivvårdsenheter.

### **Moral och moralisk stress hos intensivvårdssjuksköterskor**

Moral kan ses som uppföranderegler som betecknar en speciell aspekt av hur vi lever och uppför oss mot varandra (Brytting, 2005). Stress hos intensivvårdssjuksköterskor kan innehålla en moralisk komponent och kan uppkomma när det inte är möjligt att följa den egna moraliska lyhördheten på grund av externa begränsningar (Lützén, Cronqvist, Magnusson & Andersson, 2003). Bidragande faktorer som påverkar sjuksköterskornas tillfredsställelse i arbetet är balansen mellan tillgänglig personal, kompetensvariation, vårdorganisation och vårdavdelningens arbetsbörda. (Adams & Bond, 2000). Förutsättningar för uppkomst av moralisk stress är att sjuksköterskorna är moraliskt lyhörda för patientens utsatthet, samt att sjuksköterskorna upplever att de externa faktorer som resursbrist hindrar dem från att göra det de anser vara bäst för patienten (Lützén, Cronqvist, Magnusson & Andersson, 2003). Moralisk stress för intensivvårdssjuksköterskor kan uppkomma när de på grund av bristande auktoritet inte kan handla i olika situationer. De erfarna sjuksköterskorna uppfattar ibland att de har en högre reell kompetens än de beslutsfattande läkarna och kan hamna i trångmål när deras uppfattningar inte överensstämmer med läkarnas (Cronqvist, Theorell, Burns, & Lützén, 2001).



Det komplicerade sambandet mellan moralisk stress och kompetens visar att den moraliska stressen inte bör elimineras helt från intensivvården, då avsaknaden kan leda till slentrianmässig omvårdnad och okänslighet inför patienters samt anhörigas lidande. Utvecklingen av omvårdnadskompetens ser således ut att gynnas av ett visst mått av den moraliska stressen (Cronqvist & Nyström, 2007). Det sammanlagda resultatet visar, enligt Cronqvist (2004), att stress för intensivvårdssjuksköterskor kan uppkomma när den egna moraliska medvetenheten och förpliktelserna i arbetet kolliderar. De moraliska frågeställningarna verkar dock saknas helt i kommunikationen mellan sjuksköterskorna på intensivvårdsavdelningarna enligt Cronqvist (2004).

### **Intensivvårdssjuksköterskans professionella förhållningssätt**

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor definieras förhållningssätt som ”den bakomliggande inställning eller anda som ligger till grund för bemötande eller hur man agerar inför en situation eller uppgift”. Enligt beskrivningen ska sjuksköterskans samtliga kompetensområden genomsyras av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Detta innebär att sjuksköterskan i sin profession ska utgå från en värdegrund som baseras på en humanistisk människosyn. Omsorg om och respekt ska visas för patientens autonomi, integritet och värdighet, samt utifrån patientens och närståendes önskan om att föra deras talan. Hela vårdteamets kunskaper och erfarenheter ska tillvaratas och genom teamsamverkan ska sjuksköterskan kunna bidra till en helhetssyn på patienten (Socialstyrelsen, 2005).

Strömberg (1997) kunde i sin avhandling urskilja professionella förhållningssätt hos sjuksköterskor som framträdde i olika patientsituationer. Ett utmärkande element var att patienten visade sig vara det centrala objektet för sjuksköterskornas uppmärksamhet. Utöver fokusering på patienten hade sjuksköterskorna förmåga att förstå patientens rätt till integritet och egenvärde, samt att de blev ställföreträdare för patienterna genom eget inkännande i patientens situation och upplevelsevärld. Ett annat drag som kunde identifieras i sjuksköterskornas professionella tänkande var att mötet med patienten handlade främst om att se och möta människan i patienten genom att kommunicera med patienten, bemöta patienten som individ och vara nära patienten. Slutligen ansågs personalens möte med patienten vara en fråga om en integrerad helhet, där mötet skulle vara tillfredsställande för patienten samt professionellt genomfört från personalen (a.a.).

Tanner, Benner, Chesla och Gordon (1993) beskriver i en intervjustudie vad det innebär för intensivvårdssjuksköterskan att känna sin patient. Att ha känsla för patientens situation, samt genom att känna patienten som person underlättar sjuksköterskan kommunikationen med patienten och dennes anhöriga. Det blir även lättare för sjuksköterskan att göra kliniska bedömningar och upptäcka förändringar i patientens tillstånd när sjuksköterskan vet hur patienten reagerar på till exempel läkemedel och ventilatorinställningar.

### **Vårdtid på intensivvårdsavdelning**

Enligt SIR:s undersökning från år 2010 var medelvårdtiden på intensivvårdsavdelningarna i Sverige 2,71 vårddygn (SIR, 2012c). Rosenberg, Hofer, Strachan, Watts och Hayward (2003) beskriver i sin studie att patienter som förflyttats från en intensivvårdsavdelning till en annan har 1,5 gånger längre medelvårdtid än de som stannat på samma intensivvårdsavdelning. Omkring 30 % av de patienter som vårdas mer än 48 timmar får en eller flera vårdrelaterade infektioner och detta kan förlänga vårdtiden och försämra patientens prognos ytterligare (Ransjö, 2005).

### **Överflyttning mellan intensivvårdsavdelningar på grund av resursbrist**

Intensivvård är både resurs- och kostnadskrävande och behandlingen av akut svårt skadade eller sjuka patienter försvåras av bristande resurser, som brist på vårdplatser och intensivvårdssjuksköterskor (Stubberud, 2009b). Enligt SIR (2012b) är det viktigt att regionalt samordna resurserna av sjukvård för att optimera utnyttjandet av de redan begränsade intensivvårdsresurserna. När en intensivvårdsavdelnings resurser överstigs kan det vara oundvikligt att patienter måste flyttas mellan intensivvårdsavdelningar. Resursbrist på en intensivvårdsavdelning, som lett till överflyttningar av patienter kan leda till många negativa konsekvenser. Brister vid informationsöverföring mellan avdelningarna kan leda till en minskad patientsäkerhet och patienterna kan löpa en ökad risk för försämring under och efter själva transporten, med förlängd vårdtid på intensivvårdsavdelningen som konsekvenser. Målsättning enligt SIR bör vara att andelen vårdtillfällen med utskrivning på grund av resursbrist är mindre än 2 % (SIR, 2012b).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Trots de kända negativa konsekvenserna för patienter vid patientöverflyttningar mellan vårdsenheter bidrar resursbrist inom intensivvården att patienter tvingas flytta från en intensivvårdsavdelning till en annan. Studier visar att intensivvårdssjuksköterskan upplever moralisk stress i arbetet då sjuksköterskans ansvar är att ge god omvårdnad och att vara ställföreträdande för patienten, något som försvåras på grund av externa begränsningar. Intresset för att undersöka intensivvårdssjuksköterskornas uppfattningar om patientöverflyttningar på grund av bristande resurser väcktes då författarna upplevde att antalet överflyttningar för berörd patient (inledning) ansågs vara oskälig.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie var att undersöka intensivvårdssjuksköterskornas förhållningssätt till patientöverflyttningar på grund av resursbrist.

## **METOD**

### **Design**

Studien har en induktiv, kvalitativ ansats och en kvalitativ innehållsanalys tillämpades för bearbetning av intervjumaterialet från fokusgruppsintervjun.

### **Urval**

Intensivvårdssjuksköterskor på en specialistintensivvårdsavdelning i Mellansverige tillfrågades om deltagande i studien. En förfrågan om deltagande i studien skickades ut via e- post (innehållande deltagarinformation samt patientfallet från inledningen) till samtliga intensivvårdssjuksköterskor på utvald intensivvårdsavdelning 14 dagar före avsatt datum för fokusgruppsintervjun. Avsikten var att inkludera intensivvårdssjuksköterskor med minst två års erfarenhet, vilket framkom i förfrågan som skickades ut, eftersom de då anses vara kompetenta i sitt utvecklingsstadium. Detta ansågs vara av betydelse då denna grupp anses ha lyft blicken från patienten och fått möjlighet att skapa en större helhetsbild av vården runt patienten (Benner, Tanner & Chesla, 2009). För att uppnå validitet inkluderades sex informanter i fokusgruppsintervjun (Polit & Beck, 2009).

Tre sjuksköterskor anmälde sitt intresse till medverkan i studien. Ytterligare tre intensivvårdssjuksköterskor tillfrågades personligen på avdelningen fyra dagar före avsatt datum före intervjun. De tre sistnämnda var sjuksköterskor som arbetade den

planerade intervjudagen och samtliga tillfrågade tackade ja till medverkan. Deltagarna erhöll skriftlig deltagarinformation om studien och fick ta del av patientfallet i skriftlig form före intervjun. Information om möjlighet att avbryta intervjun när som helst under intervjun utan förklaring gavs även muntligt och skriftligt. Urvalet skedde enligt bekvämlighetsurval, varpå sjuksköterskor som var tillgängliga den aktuella dagen för fokusgruppsintervjun tillfrågades (Hartman, 2004).

### **Datainsamlingsmetod**

En fokusgruppsintervju valdes som datainsamlingsmetod då den lyfter fram aspekter från flera personer bestående av olika uppfattningar och synpunkter. Målet var inte att komma fram till ett gemensamt svar utan syftet var snarare att gruppen önskades utveckla flera dialoger genom den sociala interaktionen (Kvale & Brinkmann, 2009). En pilotintervju genomfördes innan fokusgruppsintervjun för att undersöka om frågorna var relevanta och svarade mot studiens syfte. En sjuksköterska med 20 års yrkeserfarenhet inom akutvård deltog i pilotintervjun. Efter provintervjun omformulerades frågorna i frågeguiden till mer konkreta och avgränsande då viss oklarhet med frågornas syfte upptäcktes.

Deltagarna fick ta del av patientfallet innan samt under intervjun då denna situation låg till grund för diskussionen. Fokusgruppsintervjun ägde rum i januari 2012 på en specialistintensivvårdsavdelning i Mellansverige. En lokal nära avdelningen hade bokats för intervjun. Intervjun spelades in med två olika ljudupptagare för att säkerställa en lyckad inspelning. Fokusgruppsintervjun var semistrukturerad, moderatorn använde sig av en intervjuguide som i form av stödfrågor fungerade som påminnelse om de problemformuleringar som skulle belysas (Malterud, 1998). Medobservatören gjorde anteckningar och såg till att alla frågor besvarades. Intervjun pågick i 50 minuter och gav rikt och relevant material i förhållande till studiens syfte.

### **Dataanalys**

En induktiv kvalitativ innehållsanalys användes vid bearbetning av materialet. Detta innebär undvikande av teoretisering när data samlas in. Syftet bakom metoden är att inte påverka personerna som intervjuas eller observeras. Intervjutexten (analysenheten) transkriberades ordagrant och lästes igenom i flera omgångar av båda forskarna för att få en helhetsbild (Graneheim & Lundman, 2004).

All data som hade relevans för syftet urskildes från materialet och därefter påbörjades själva innehållsanalysen (Hartman, 2004). Utifrån studiens syfte analyserades materialet, enligt Graneheims och Lundmans (2004) metod av kvalitativ innehållsanalys (Tabell 1). Meningsbärande delar av analysenheten identifierades och formulerades till meningsenheter. Dessa meningsenheter kondenserades och abstraherades. Detta innebär att man gör en sammanfattning av materialet för att få texten mer lätthanterlig och att innehållet lyfts till en högre logisk nivå. De kondenserade meningsenheterna abstraherades därefter ytterligare och kodades. Koderna beskriver meningsenheternas innehåll och koder med liknande innehåll delades in i kategorier. Domäner kunde urskiljas ur texten som sammanfattade olika specifika områden och utgjorde en grov struktur av texten och kategorierna delades in i tre stycken domäner. Dessa domäner bildade i sin tur ett tema.

*Tabell 1: Matris av analys processen*

<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>	<b>Domän</b>	<b>Tema</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det är utanför vårt bestämmande</li> <li>• Faktum som vi inte kan påverka</li> <li>• Vi ska försvara beslutet inför anhöriga, men har ingen makt att påverka beslutet... En maktlös försvarsposition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi kan inte påverka beslutet</li> <li>• Utanför vårt bestämmande</li> <li>• En maktlös försvarsposition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maktlöshet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Känslor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionellt och känslomässigt förhållningsätt</li> </ul>

Analysen var manifest, dvs. beskrev endast det som uttalades. Under analysprocessens gång utkristalliserades teman, som utgjorde en tråd av mening genom kategorier på en tolkande nivå. Detta benämns som latent innehållsanalys, där det outtalade och underliggande i texten kan lyftas fram (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna uppnådde dock inte den latent analysfasen, då tidsramen för studien inte tillät vidare fördjupning i materialet.

## ETISKA ASPEKTER

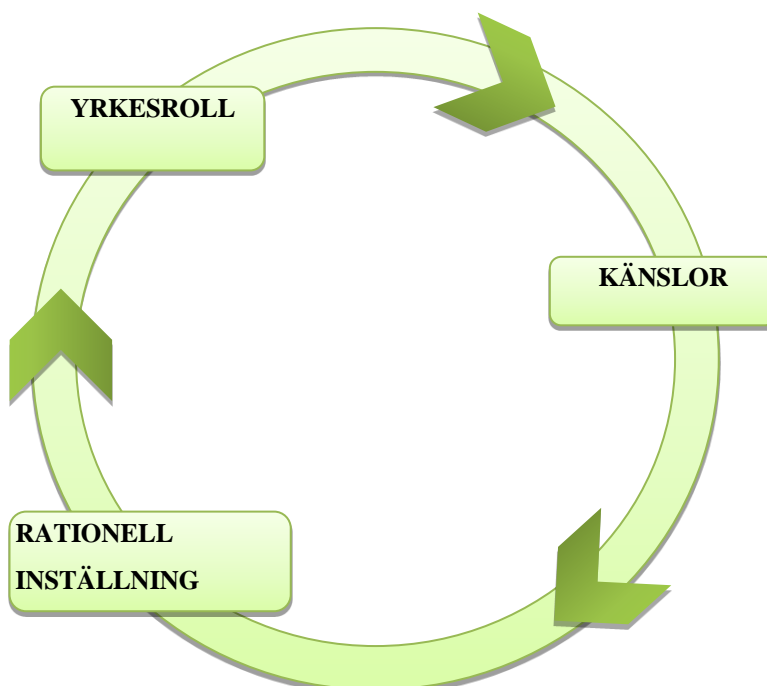
Deltagarna fick skriftlig information om studiens syfte samt hur intervjun skulle gå till. Deltagandet var frivilligt och deltagarna gavs möjlighet att avbryta studien i vilket skede av intervjun som helst om de så önskade. Uppgifterna redovisades konfidentiellt. Innehållet från intervjumaterialet lyssnades av och nedtecknades ordagrant endast av författarna. Materialet från ljudinspelningen samt text kommer att raderas och förstöras efter att studien blivit godkänd av examinator. Godkännande från verksamhetschefen samt Röda Korsets Högskola inhämtades.

## RESULTAT

Tre domäner kunde urskiljas i samtalet med intensivvårdssjuksköterskorna: Yrkesroll, känslor samt rationell inställning. Yrkesroll innebar fokus kring *patientsäkerhet*, den egna *ansvarsrollen* och *erfarenhet*. Känslor definierades av *känslomässig distans*, *motstridiga känslor*, *frustration*, *maktlöshet* och *acceptans*. Deras rationella inställning innefattade *inflytande*, *logiska argument*, *resurser* samt *kommunikation*.

Intensivvårdssjuksköterskans upplevelse av patientöverflyttningar på grund av resursbrist påverkas utav deras yrkesroll, känslor och rationella inställning. Samtalet roterade mellan dessa tre domäner genom hela diskussionen (figur 1). Trots att intensivvårdssjuksköterskorna slutligen fokuserade mest kring deras rationella inställning, återkom reflektionerna till den egna yrkesrollen och de känslor som uppkom vid patientöverflyttningar på grund av resursbrist.

Figur 1: Samtalsflödet mellan de tre domänerna



## **Yrkesroll**

**Patientsäkerhet** var det som sjuksköterskorna fokuserade på i första hand vid patientöverflyttningar. De ansåg att patientsäkerheten hotas då det finns risk för att information om patienten förloras och missas vid överflyttning till en annan vårdenhet, samtidigt som överflyttningen i sig innebär en risk för patienten.

*” ... det är ju patientosäkert att göra sådana överflyttningar då det är en otrolig informationsöverföring som ska följa de här patienterna...”*

*”... varje flytt är en viss risk i sig, själva överflyttningen och allt som kommer därefter... att all information inte kommer med.”*

**Ansvarsroll** var en framträdande komponent i professionen som sjuksköterskorna fokuserade på i denna situation, framförallt genom att vara ställföreträdande för patienten och att ”vara dennes advokat i alla lägen”, samt att hantera förväntningar från anhöriga. Deras viktigaste roll i denna situation ansåg de vara att göra det så bra som möjligt för patient och anhöriga trots omständigheterna.

**Erfarenhet** upplevdes som en bidragande faktor till hur intensivvårdssjuksköterskorna ser på situationen utifrån ett professionellt perspektiv. Informanterna resonerade att deras sätt att hantera situationen kommer med erfarenhet och de trodde även att tidigare arbetslivserfarenhet påverkar deras sätt att hantera situationen.

## **Känslor**

**Känslomässig distans** ansåg informanterna att de har till patientöverflyttningarna på grund av resursbrist. De uttryckte att de fokuserar mer på patienten och anhöriga och framförallt på att finna lösningar på situationen än att bli känslomässigt påverkade.

*”Jag tror att jag fokuserar på anhörig och patient och inte så mycket på mina känslor för när man är mitt i det så försöker man hitta en lösning... jag tror inte att jag går och blir känslomässigt frustrerad”*

*”jag engagerar mig mer i att försöka få de närstående att förstå orsakerna till överflyttningen...”*

**Motstridiga känslor** väcktes enligt informanterna då de upplevde ett dilemma i att skapa förtroende gentemot närstående, då vården skickar runt patienten utan medicinska orsaker. De ekonomiska bakomliggande faktorerna till bristen av vårdplatser leder även till konflikter i att bibehålla ett etiskt förhållningssätt gentemot patienten. Situationen upplevdes som särskilt känslomässigt svår vid de tillfällen då anhöriga är upprörda och missnöjda. Motstridiga känslor sades också kunna väckas i samband med att informanterna känner empati för inneliggande patienter. Samtidigt uttrycktes vikten av att en akut svårt skadad eller sjuk patient får specialistintensivvård för att överleva.

**Frustration** och orättvisa över att patienten blir lidande och drabbad av resursbrist uttrycktes i diskussionen kring patientfallet. Känslor av frustration uppstår då de tvingas skicka patienten för tidigt trots att patienten eventuellt inte är färdigbehandlad och graden av frustration beror på till vilken enhet patienten skickas till. En av sjuksköterskorna uttryckte att det är *”fruktansvärt när en patient tvingas flytta flera gånger mellan olika intensivvårdsavdelningar på grund av resursbrist, både för patient och anhöriga”*.

Samtidigt enades sjuksköterskorna om vikten av att reagera känslomässigt och att känna ilska och frustration över att patienten blir drabbad för att kunna arbeta inom vården.

*” ... om överflyttningen sker bara på grund av ekonomiska aspekter då känns det ju väldigt olustigt faktiskt.”*

En situation som framkom i diskussionen kring frustrationen över patientöverflyttningar på grund av resursbrist var vid vård av döende patienter då det händer att resursbristen leder till att den döende måste flyttas till en annan avdelning. En sjuksköterska upplevde det som inhumant både för patient och för de anhöriga samt uttryckte att det finns en önskan om att få ett värdigt avslut på vården . Känslor av frustration och otillfredsställelse kommer från att dessa patienter tvingas flytta på grund av resursbrist.



*”... det är inte nåt man är stolt över och det väcker känslor av otillfredsställelse... det är inte en sådan sjukvård som man vill bedriva.”*

Det uttrycktes tydligt en önskan i att bedriva god vård och att organisationen kring sjukvården vore bättre, från intensivvårdssjuksköterskorna.

**Maktlöshet** handlade om informanternas känsla av att inte kunna påverka beslutet men ändå vara ställföreträdande för sjukvården inför patient och närstående.

*”... en svår position att vara ställföreträdande för den vård som är utanför vårt bestämmande, vi kan ju inte bestämma någonting som vårdpersonal utan det är en ekonomisk fråga... men vi ska vara representanter för sjukvården som har detta ekonomiska system... det är en maktlös försvarsposition.”*

**Acceptans** kunde ändå uppnås till viss del i situationer som dessa. Informanterna menade att det är viktigt att acceptera att det ingår en moralisk stress i arbetet och att det är viktigt att hitta ett förhållningssätt till sina känslor för att orka arbeta inom denna specialistintensivvård.

De menade att ekonomiska faktorer leder till en viss ökad acceptans, då det är så verkligheten ser ut och något de inte kan påverka. Erfarenheten trodde de har en stor betydelse för hur sjuksköterskorna hanterar och accepterar besluten angående patientöverflyttningar, då de tror att en sjuksköterska med kort erfarenhet har svårare att motsätta och argumentera mot besluten än vad en erfaren sjuksköterska gör i liknande situationer.

*”... om man inte jobbat så länge så ifrågasätter man inte överflyttningen som är beslutat av läkaren... om man jobbat längre diskuterar man om det verkligen är nödvändigt att patienten måste flytta just nu eller finns det någon annan som kan flytta först...”*

*”... Om man inte jobbat så länge så har man lättare att acceptera och man diskuterar inte eller ifrågasätter.”*

Samtidigt så framkom det i diskussionen att intensivvårdssjuksköterskor med längre erfarenhet kanske har en alldeles för hög acceptans gällande patientöverflyttningar på grund av resursbrist.

## **Rationell inställning**

**Inflytande** utifrån den egna positionen upplevde sjuksköterskorna att de använde vid de tillfällen där det är möjligt. Funderingar om hur överflyttningen av patienterna kan förhindras uppkommer vid dessa situationer och informanterna upplevde att de försöker minimera antalet överflyttningar i den mån de kan och påverka med de medel som de har. Eventuellt tar de en diskussion med läkaren och förhandlingar görs utifrån de egna värderingarna.

*”... man försöker att påverka med de medel man har... kan vi kanske vänta med överflyttningen några timmar eller kan vi göra på något annat sätt? ...”*

Samtidigt uttalades en uppfattning om att det nog är svårare för oerfarna sjuksköterskor att ifrågasätta beslutet om överflyttning i jämförelse med hur det är för sjuksköterskor med längre erfarenhet.

*”... om man inte jobbat så jättelänge ifrågasätter man inte läkarbeslutet... om man jobbat länge frågar man om det verkligen är nödvändigt att precis den här patienten flyttar just nu, eller finns det någon annan patient som kan flytta före...”*

En mer erfaren sjuksköterska ansåg sig känna mindre frustration då sjuksköterskan upplevde sig ha en stor möjlighet att påverka beslutet.

*”... jag har möjlighet att påverka, rätt så stor ibland faktiskt... det är inte alltid det går men ibland går det...”*

**Logiska argument** lyftes fram under samtalets gång. Informanterna trodde att en del frustration och otillfredsställelse vid patientöverflyttningar hade att göra med deras egen osäkerhet och okunskap, då det inte fanns något som sa att någon annan avdelning inte tar bättre eller lika bra hand om patienten som de gör. De insåg också att de som specialistinriktade sjuksköterskor kunde vara för intensivvårdsinriktade och överbeskyddande mot patienterna ibland.

*”... det finns kanske patienter som rent av skulle må bättre av att flytta eller som är redo att flytta även om man inte själv tycker att de är det... att patienten får komma till ett ställe där patienten tar nästa steg åt rätt håll...”*

En reflektion var att själva överflyttningen var negativ men åsikten var ändå att vården kunde vara bra på mottagande avdelning. Förtroende uttrycktes också gentemot läkarna och att de hade gjort rätt prioritering och bedömning av vilken patient som skulle flytta och att det förmodligen innebär att det inte var den mest specialistvårds krävande intensivvårdspatienten som flyttades.

Rättfärdigande av beslutet om överflyttning blev lättare när en annan patient behövde platsen. Den naturliga konsekvensen av platsbristen blev i dessa lägen att någon av de inneliggande patienterna tvingades att flytta.

*”... man vet ju att för att någon annan ska kunna komma in för vård måste en annan flytta, då kan jag etiskt försäkra mig om att det är okej, det här måste ske nu, vi får göra det bästa vi kan av det här. Då följer jag en grundläggande ram, både etiskt för mig själv och för patienten och även utifrån den ekonomiska aspekten kan jag tycka.”*

Om en ny patient var på väg in upplevde informanterna att det blev lättare att känslomässigt hantera situationen.

**Resurser** var ett viktigt inslag i överflyttningsfrågan. Det ansågs vara viktigt att de patienter som är i störst behov av specialistvård får komma. Insikten om att överflyttning måste ske trots upplevelsen om att det var fel mot den drabbade patienten framkom under diskussionen.

*”... jag kan ändå känna att detta är vår verklighet... det är en politisk fråga att vi inte har resurser för fler vårdplatser...”*

Resonemanget var att resursbrist är den verklighet som informanterna befinner sig i och att de är tvungna att försöka göra så gott de kunde med de resurser de har.

*”... det är den verklighet vi har att rätta oss efter...”*

**Kommunikation** benämndes som en viktig del i hanteringen av situationen. För att hantera sina känslor pratar sjuksköterskorna med varandra när det uppstår känslor och upplevelser av att situationen är etiskt eller moraliskt fel.

*”Ja, vi ”kräks” lite på varandra och säger att man tycker det är orättvist och att man tycker det borde gå att lösa på ett annat sätt... man diskuterar med den ansvarige*

*läkaren som kommer med beslutet om det inte finns en annan lösning... annars så pratar man med varandras och berättar att man inte tycker det känns bra.”*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Fokusgruppintervju valdes som datainsamlingsmetod för att denna lämpar sig väl när man har för avsikt studera erfarenheter, attityder eller synpunkter i en miljö där många människor samarbetar (Malterud, 1998).

Syftet med gruppintervjun var att få fram olika dialoger kring ämnet och förhoppningen låg i att deltagarnas spontana synpunkter skulle leda till en innehållsrik diskussion. En begränsande faktor med en gruppintervju är att alla informanter i en grupp inte gör sina röster hörda, eller att någon tar för stor plats. Moderatören tog hänsyn till denna obalans i gruppdynamiken och försäkrade sig om att alla hade uttryckt sina åsikter innan nästa fråga togs upp (Malterud, 1998).

Bekvämlighetsurval användes på grund av tidsbrist, men också för att den var användbar i denna typ av pilotstudie, där syftet är att studera en grupps attityder och synpunkter. Nackdelen med bekvämlighetsurval är att urvalet inte blir representativt. Medvetenheten om ett icke-representativt resultat fanns dock med från studiens början, då intervjun skedde endast på en specialistintensivvårdsavdelning med en fokusgrupp.

Författarnas erfarenheter gjorde att de hade en viss förförståelse för ämnet. Intresset för att genomföra studien väcktes efter författarnas delaktighet i det specifika patientfallet. Förförståelsen är en viktig del i forskarens motivation för att forska kring ett speciellt tema och kan i bästa fall ge styrka till projektet. Nackdelen kan vara att erfarenheten leder till att fokus ligger på det vi bär med oss och inte på det vi upplever på vägen (Malterud, 1998). Även forskarens tolkningar är influerade av de egna personliga erfarenheterna, menar Graneheim och Lundman (2004). Det kan vara svårt för forskaren att inte ha ett speciellt perspektiv kring ett fenomen under studien. Samtidigt ska man låta materialet tala och forskaren ska inte lägga in egna tolkningar i texten. Den metodologiska ansatsen som därför ansågs lämplig och användes i studien var induktiv, vilket innebär att materialet bearbetades förutsättningslöst och baserades endast på deltagarnas berättelser och synpunkter.

Det finns dock inga garantier för att författarnas förförståelse helt lämnats utanför studien. Moderatoren blev oundvikligen delaktig i intervjun genom sitt samspel med informanterna, vilket innebär att resultatet inte kan ses som oberoende av författaren. Förutsättningen för att tolkning av materialet utförs på ett optimalt sätt kräver viss kunskap om det sammanhang där studien är genomförd, enligt Graneheim och Lundman (2004), vilket indikerar att fördelar kan ses i författarnas förförståelse.

Innehållsanalysen var manifest. Viss grad av tolkning och abstraktion vid kvalitativ innehållsanalys är nödvändig för att resultatet ska bli meningsfullt. Om analysen hålls nära den ursprungliga texten ser man enbart det konkreta innehållet. Detta kan vara en fördel, då ingen information går förlorad. Nackdelen med låg abstraktions- och tolkningsnivå är att helheten kan skymmas av ett alltför detaljerat material. Svårigheten med hög grad av tolkning kan vara att bibehålla logiken i kategorier och teman. Nackdelarna med båda ytterligheterna uppmärksammades och jämvikt mellan dessa företeelser eftersträvades. För att minska risken för bortfall av relevant data, samt för att underlätta utveckling av hållbara kategorier och teman genomfördes analysprocessens varje steg gemensamt av båda författarna.

En begränsande faktor var att endast en fokusgruppsintervju genomfördes, vilket minskar giltigheten i resultatet. Kvalitativ innehållsanalys syftar huvudsakligen till att beskriva variationer genom att urskilja skillnader och likheter i materialet. Flera intervjuer hade gett ökad variation i textinnehållet och därmed ett mer omfattande resultat. Ett flertal intervjuer hade dock varit orimligt inom tidsramen för studien.

I denna studie har två författare läst igenom materialet i flera omgångar, olika alternativ för tolkning och abstraktion av text har diskuterats noggrant för att öka tillförlitligheten i studien. För att ge läsaren möjlighet att avgöra om resultatet är överförbart till andra kontext, har en detaljerad beskrivning av urval, deltagare, datainsamling samt analys redovisats i texten.

## **Resultatdiskussion**

Inledningsvis fokuserade sjuksköterskorna på sin *yrkesroll*, där *ansvarsrollen* ansågs vara det som är viktigast. Den rationella inställningen diskuterades med tyngd på

*inflytande* med en *känslomässig distans*, där beslutet av patientöverflyttningen rättfärdigades med *rationella argument* och insikt i *resursernas* påverkan och betydelse. Under samtalets utveckling visade det sig dock mycket tydligt att sjuksköterskorna uttryckte och bekräftade att de upplever många starka och konfliktfyllda känslor kring patientöverflyttningar så som maktlöshet och frustration. Vikten av ett känslomässigt engagemang påtalades då risken annars sågs som stor att patientens behov inte tillgodoses på ett optimalt sätt. Denna form av utvecklingsprocessen i samtalet kan tolkas som en dialektisk process, det vill säga då dialogen innehåller vissa motsägelsefulla uppfattningar men som så småningom resonerar fram till gemensamma åsikter (Ekman, 1990).

I likhet med Söderberg & Norberg (1993) bekräftade intensivvårdssjuksköterskorna att de upplever känslor av maktlöshet då de saknar inflytande över etiskt svåra vårdssituationer. Att vara patientens advokat ansågs vara en del av yrkesansvaret. Mc Andrew, Leske och Garcia (2011) studerade effekter av moralisk stress i intensivvårdssjuksköterskors arbete och fann att den moraliska stressen ökade hos sjuksköterskorna, när deras kunskap och kompetens inte nådde fram till läkarna i etiskt svåra valsituationer. I dessa situationer ökade sjuksköterskornas känsla av maktlöshet, som ibland kunde leda till upplevelsen av att inte ha haft tillräcklig möjlighet att försvara sin patient och bevaka dennes intressen.

Informanterna i denna studie hade flera patienter att ta hänsyn till, vilket försvårade rollen av att vara ställföreträdande enbart för den egna patienten.

Samtidigt var det just utifrån det professionella förhållningssättet med möjlighet att påverka och upplevelsen av ett visst *inflytande* som informanterna ansåg sig besitta, som underlättade den känslomässiga hanteringen av situationen enligt informanterna. Detta till viss del motsägelsefulla resultatet kan ha påverkats av att flertalet av informanterna jobbat i mer än 15 års tid samt att en av informanterna är sektionsledare.

En annan aspekt som kan ha påverkat hur informanterna relaterade till situationen var huruvida de problematiserade kring patientfallet utifrån ett politiskt och ekonomiskt perspektiv, eller om beslutet var fattat på läkarnivå. Pavlish, Brown-Saltzman, Hersh, Shirk & Nudelman (2011) fann i sin studie att intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av att hamna mellan olika perspektiv i makthierarkin vid etiskt svåra valsituationer kunde vara tidigt tecken på etiska dilemman som ökade den moraliska stressen hos

dessa sjuksköterskor. Informanterna i denna studie var medvetna om den politiska och ekonomiska inverkan som styrde sjukhusets resurser. Trots de känslor som väcktes hos informanterna vid patientöverflyttningar, hade man hittat en acceptans i att verkligheten såg ut som den gjorde och att de befintliga resurserna som ansågs vara begränsade ändå skulle försöka användas på bästa sätt. Resultatet i denna studie tyder på att patientöverflyttningar på grund av resursbrist kunde rättfärdigas av externa faktorer snarare än att den egna moraliska stressen ökade.

Fokusgruppsintervjun gjordes på en specialistintensivvårdsenhet, vilket kan ha påverkat resultatet. Martin, Singer & Bernstein (2003) studerade kriterierna om vilka patienter som skulle tas in på en neurokirurgisk intensivvårdsenhet. Studien lyfter fram principen om att rätt patient behöver rätt vård, då intagningen baserades endast på patientens medicinska behov oavsett om det fanns en intagningspolitik på enheten eller inte (Martin, Singer, & Bernstein, 2003).

Vikten av att den patient som var i störst behov av att komma in präglade diskussionen i denna studie, vilket tyder på en medvetenhet om den egna specialistkompetensen.

Westcott & Dunn (1998) beskriver i sin studie att patientsäkerheten ökade när erfarna och specialistutbildade sjuksköterskor tog hand om patienter på en neurokirurgisk enhet. Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie visade dock ödmjukhet och tillförsikt till andra vårdenheter då de uttryckte åsikter om att mottagande enhet mycket väl kan vårda patienten minst lika bra som deras intensivvårdsavdelning. Trots en viss oro över att inte veta vilka förhållanden patienten skickades till, framhöll de att inget talar för att vården är sämre på annan avdelning. Detta visar på en förbättring både i förhållningssätt till andra intensivvårdsavdelningar samt möjlig kompetensförbättring hos mottagande intensivvårdsenheter. Bunch (2001) studie bekräftade att sjuksköterskor upplevde en bristande tilltro till andra enheter vad gäller medicinsk apparatur samt kompetens, vilket även kan identifieras som en möjlig tidigare inställning om man ser till negationen i informanternas påstående.

Generellt visade resultatet i denna studie på att informanternas professionella förhållningssätt överensstämde i stor utsträckning med socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, då alla kompetensområden ska präglas av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2005). Det etiska

förhållningssättet blev tydligt hos intensivvårdssjuksköterskorna, då både den inneliggande och inkommande patienten samt anhöriga involverades i den etiska diskussionen. Informanterna uttryckte även omsorg om och respekt uttalades för patientens autonomi, integritet och värdighet vilket talar för att informanterna har ett relevant professionellt förhållningssätt.

Patientöverflyttningar beroende på resursbrist väcker motstridiga känslor hos sjuksköterskorna, vilket leder till att de kommunicerar med varandra och ventilerar om situationer som anses vara moraliskt i konflikt med de egna åsikterna och synpunkterna. Detta resultat visar på motsatsen till Cronqvist (2004) slutsats av att moraliska frågeställningar saknades i kommunikationen mellan sjuksköterskorna.

### **Slutsats**

Resultatet visar att intensivvårdssjuksköterskorna med längre erfarenhet har funnit både ett professionellt och känslomässigt förhållningssätt som hjälper dem att hantera etiska dilemman och moralisk stress vid patientöverflyttningar på grund av resursbrist.

Genom att lägga fokus på sin profession om hur de kan stötta och stödja patienten och anhöriga i en icke optimal vårdssituation och att försöka göra så gott de kan utifrån sin position och se till deras möjlighet till inflytande, har de hittat ett känslomässigt och professionellt förhållningssätt som hjälper dem att hantera situationen.

### **Klinisk betydelse**

I sin yrkesroll inriktar sig intensivvårdssjuksköterskorna på patientsäkerhet, ansvarsroll och erfarenhet vilket har betydelse för hur de hanterar situationen.

Intensivvårdssjuksköterskorna har en känslomässig distans till situationen i mötet med patienten och anhöriga, men upplever känslor av motstridighet, frustration och maktlöshet. Frågan är hur de introducerar sin erfarenhet i professionellt och känslomässigt förhållningssätt till de mindre erfarna och nytexaminerade kollegorna som inte har denna erfarenhet. Mer utbildning och diskussioner kring professionellt och känslomässigt förhållningssätt uppmuntras på intensivvårdsenheterna för att bibehålla och förbättra intensivvårdssjuksköterskans välbefinnande samt välmående i sin yrkesroll.



### **Förslag på vidare forskning/utveckling**

Större studier inom området skulle behöva genomföras för att få ett mer överförbart resultat med högre giltighet av hur intensivvårdssjuksköterskor förhåller sig professionellt och känslomässigt till patientöverflyttningar på grund av resursbrist. Inkludering av andra yrkeskategorier som läkare eller undersköterskor skulle även bidra till ett bredare och rikare resultat. Det vore av intresse att undersöka och jämföra olikheter mellan intensivvårdssjuksköterskors förhållningssätt på allmänna intensivvårdenheter och olika specialistintensivvårdsenheter för att ge fler perspektiv inom problemområdet.

## REFERENSER

Adams, A. & Bond, S. (2000) Hospital nurse's job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 536-543.

Agvald-Öhman, C., Lund, B., Hjelmqvist, H., Hedin, G., Struwe, J. & Edlund, C. (2006). ICU stay promotes enrichment and dissemination of multiresistant coagulase-negative staphylococcal strains. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 38(6-7), 441-447.

Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking-in-action approach*. Philadelphia, Pa.: W. B. Saunders.

Benner, P.E., Tanner, C.A. & Chesla, C.A. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. (2. ed.) New York: Springer.

Brytting, T. (2005). *Företagsetik*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Malmö: Liber ekonomi.

Bunch, E. (2001). Hidden and emerging drama in a Norwegian critical care unit: ethical dilemmas in the context of ambiguity. *Nursing Ethics*, 8(1), 57-67.

Corrigan, I., Samuelson, K, A.M., Fridlund, B. & Thomé, B. (2007) The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23,

Cronqvist, A. (2004). *The moral enterprise in intensive care nursing*. Diss. (sammanfattning) Stockholm: Karol. inst., 2004. Stockholm.

Cronqvist, A. & Nyström, M. (2007). A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *Journal of Nursing Management*, 15(4), 458-465.

Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T. & Lützén, K. (2001). Dissonant imperatives in nursing: a conceptualization of stress in intensive care in Sweden. *Intensive & Critical Care Nursing*, 17(4), 228-236.

Ekman, R. (1990). *Filosofins grunder*. (5., [omarb.] uppl.) Göteborg: Akademiförl.

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D. G. (2009). Patientens psykosociala behov. I T. Gulbrandsen & D.G. Stubberud (Red.), *Intensivvård, Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund. Studentlitteratur AB.

Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. (2., [utök. och kompletterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Henriksen, J. & Vetlesen, A.J. (1998). *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur.

Kiekkas, P., Sakellaropoulos, G., Brokalaki, H., Manolis, E., Samios, A., Skartsani, C., Baltopoulos, G. (2008). Association between nursing workload and mortality of intensive care unit patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 385-390.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing*. (2nd ed.) Los Angeles: Sage Publications.

Landstinget (2002). *Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting*. Stockholm: HSNstaben, Stockholms läns landsting.

Lundberg, D. (2005) . Intensivvårdsetik. I. A. Larsson, & S. Rubertsson. (Red.), *Intensivvård*. (1. Uppl. ) Stockholm: Liber.

- Lundin, S. (2005). Registrering och uppföljning av intensivvård. I A. Larsson, & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Lützén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A. & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 312-322.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Martin, D., Singer, P., & Bernstein, M. (2003). Access to intensive care unit beds for neurosurgery patients: a qualitative case study. *Journal Of Neurology, Neurosurgery, And Psychiatry*, 74(9), 1299-1303.
- McAndrew, N. S., Leske, J. S., & Garcia, A. (2011). Influence of Moral Distress on the Professional Practice Environment During Prognostic Conflict in Critical Care. *Journal Of Trauma Nursing*, 18(4), 221-230.
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Hersh, M., Shirk, M., & Nudelman, O. (2011). Early Indicators and Risk Factors for Ethical Issues in Clinical Practice. *Journal Of Nursing Scholarship*, 43(1), 13-21.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ransjö, U. (2005). Vårdrelaterade infektioner i intensivvård. I A. Larsson & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Rosenberg, A., Hofer, T., Strachan, C., Watts, C., & Hayward, R. (2003). Accepting critically ill transfer patients: adverse effect on a referral center's outcome and benchmark measures. *Annals Of Internal Medicine*, 138(11), 882-890.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Strömberg, B. (1997). *Professionellt förhållningssätt hos läkare och sjuksköterskor: en studie av uppfattningar*. Diss. Göteborg : Univ. Göteborg.

Stubberud, D-G. (2009a). Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård; Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Stubberud, D-G. (2009b). Intensivvårdssjuksköterskans funktion och ansvarsområde. I T. Gulbrandsen & D-G. Stubberud (Red.), *Intensivvård; Avancerad omvårdnad och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Svenska Intensivvårdsregistret – SIR. (2012a). *VTS (Vårdtyngd Sverige), SIRs riktlinje för registrering*.

Hämtad 5 januari, 2010, från,

[http://www.icuregswe.org/Documents/Guidelines/VTS\\_protokoll\\_instruktion%205\\_2012.pdf](http://www.icuregswe.org/Documents/Guidelines/VTS_protokoll_instruktion%205_2012.pdf)

Svenska Intensivvårdsregistret – SIR. (2012b). *Årsrapporter 2010*.

Hämtad 10 december, 2011, från,

[http://www.icuregswe.org/Documents/Guidelines/Nat\\_Q\\_Ind\\_Malnivaer\\_2011.pdf](http://www.icuregswe.org/Documents/Guidelines/Nat_Q_Ind_Malnivaer_2011.pdf)

Svenska Intensivvårdsregistret – SIR. (2012c). *Nationella kvalitetsindikatorer för intensivvård*. Hämtad 5 januari, 2012, från,

[http://www.icuregswe.org/Documents/Guidelines/Nat\\_Q\\_Ind2012.pdf](http://www.icuregswe.org/Documents/Guidelines/Nat_Q_Ind2012.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Söderberg, A., & Norberg, A. (1993). Intensive care: situations of ethical difficulty. *Journal of Advanced Nursing*, 18(12), 2008-2014.

Tanner, C., Benner, P., Chesla, C. & Gordon, D. (1993). The Phenomenology of Knowing the Patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 273-280.

Trollestad, C. (2000). *Etik & organisationskulturer*. Stockholm: Svenska förl.

Westcott, E., & Dunn, V. (1998). An exploration of the value of specialist neurosurgical nurses... including commentary by Northcott N. *NT Research*, 3(6), 421-431.