

**ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA**  
**Institutionen för Vårdvetenskap**  
**Magisteruppsats, D-nivå, 10 p**  
**Höstterminen 2001**

## **ORGANISERAT ETIKARBETE I VÅRDEN**

- en studie med kvantitativ och kvalitativ ansats av 43 sjuksköterskor  
med ett särskilt ansvar för vårdetikarbete inom Stockholms läns landsting

**Författare:**

Marie Chenik  
Leg. sjuksköterska  
Etiksamordnare KS

**Handledare:**

Lars Andersson  
Högskolelektor

**Arbetet får ej kopieras, citeras eller återopas utan författarens tillstånd.**

Institution: Ersta Sköndal University College  
Department of Health Care Sciences  
Stockholm, Sweden

Examination: Master of Science in Nursing

Title and Subtitle	ORGANISED ETHICAL WORK IN NURSING A study of 43 nurses with special responsibility for ethics within Stockholms county council, with both qualitative and quantitative design.
Author:	Marie Chenik
Author's position and address	RN, Bachelor of Science in Nursing Utvecklingsavdelningen T5 00 Karolinska sjukhuset 171 76 Stockholm
Supervisor:	Lars Andersson Teol. Dr.
Examiner:	Kim Lutzèn Professor
Date of approval:	22 <sup>nd</sup> November 2001.
Number of pages:	64
Language – essay:	Swedish
Language – abstract:	Swedish/English

## ABSTRAKT

Syftet med denna studie var att studera upplevelser och erfarenheter av vårdetikarbetet hos sjuksköterskor med ett särskilt ansvar för vårdetikarbetet. Studien är en empirisk studie av fyrtiotre sjuksköterskor med någon grad av ansvar för etikarbetet, anställda på nio sjukhus inom Stockholms läns landsting. Sjuksköterskorna fyllde i ett frågeformulär med både fasta frågor och öppna frågor. Analysen av både kvantitativa och kvalitativa data syftade på att finna teman och kriterier för sjuksköterskornas etikarbete. Olika sätt att arbeta med vårdetik diskuterades samt olika trender. Resultatet visar att från ett sjuksköterskeperspektiv fokuserar etikarbetet idag på vardagliga etiska problem och kan ge positiva effekter på flera område: patientvården, kommunikation mellan olika yrkeskategorier och specialiteter, patienter och anhöriga samt på personalens välbefinnande.

Ändå fanns det problem och hinder: personer i ledande ställning och vissa andra i personalgruppen hade lite förståelse för vårdetikarbetets betydelse och det var endast ett fåtal sjuksköterskor som fick avsatt tid för att arbeta på ett systematiskt och metodiskt sätt med vårdetikfrågor. Trots allt hade sjuksköterskorna en stark motivation, hade redan kunnat se positiva resultat av vårdetikarbetet och tyckte att de kunde fungera som bra exempel för andra.

**Nyckelord:** Etikkommittéer, etikkonsult, etik och organisation, sjuksköterskeetik, vårdetik

## ABSTRACT

The aim of this study was to investigate experiences and reflections about institutional ethics in the hospital setting amongst nurses who had taken extra responsibilities in health care ethics. The observations in this study are reported by forty-three nurses working at nine different hospitals in the County of Stockholm and with varying degrees of responsibility in developing organisational ethics. The nurses answered a questionnaire including both close-ended and open-ended questions. Both themes and patterns of the nurses' work were analysed in the quantitative and qualitative data. Different types of institutional ethics were discussed considering the major trends and various approaches. The results show that institutional ethics today focus on matters of daily relevance and have positive effects on patient care, communication between health professionals, patients and relatives and on the sense of well being of the caregivers.

The study also found a lack of knowledge among healthcare managers and other staff and that there are few nurses given the opportunity to spend time at work for systematically and methodological approaches for the subject of ethics. Despite these conditions, the nurses demonstrated a strong motivation and good results with what was already achieved. They also believed that they could inspire others.

**Key words:** Ethicist, Ethics Committees, Health Care Ethics, Institutional Ethics, Nursing Ethics



## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

### ABSTRAKT

### FÖRORD

### INLEDNING

7

### BAKGRUND

9

#### Att arbeta med moraliska mål i en verksamhet

9

#### Framväxten av vårdetiken

10

#### *Historik*

10

##### *Definition av vårdetik*

11

##### *Medicinsk etik*

11

##### *Principetik*

12

##### *Omvårdnadsetik / sjuksköterskeetik*

12

#### Vårdetikarbete

13

#### *Betydelsen av vårdetikarbetet*

13

#### *Att arbeta med etik i vården*

14

##### *Utbildning och forskning*

14

##### *Olika former för etikarbetet*

16

#### *Definition av vårdetikarbete*

18

#### *Sammanfattning av tidigare forskning*

18

### SYFTE

21

### FRÅGESTÄLLNINGAR

21

### METOD

21

#### Urvalskriterier

22

#### Instrument för datainsamling

22

#### Datainsamling

22

#### Dataanalys

23

#### Forskningsetiska överväganden

23

#### Etiskt tillstånd

24

<b>RESULTAT</b>	<b>25</b>
<b>Kartläggning</b>	<b>25</b>
<b>Beskrivning av sjuksköterskornas villkor och etikarbete</b>	<b>25</b>
<i>Vilka är de sjuksköterskor som har ett särskilt ansvar för etikarbetet?</i>	<b>25</b>
<i>Vilka kunskaper har sjuksköterskorna?</i>	<b>26</b>
<i>Vilken plats har sjuksköterskorna och etikarbetet i organisationen?</i>	<b>26</b>
<i>Hur arbetar sjuksköterskorna?</i>	<b>27</b>
<i>Hur ser etikgrupperna ut?</i>	<b>28</b>
<i>Sammanfattning</i>	<b>29</b>
<b>Sjuksköterskornas upplevelser av etikarbetet</b>	<b>30</b>
<i>Sjuksköterskans uppfattning av sin roll som etikansvarig</i>	<b>30</b>
<i>Vad sjuksköterskorna personligen upplevde av att arbeta som etikansvariga</i>	<b>34</b>
<i>Positiva upplevelser av vårdetikarbetet på arbetsplatsen</i>	<b>35</b>
<i>Problem i vårdetikarbetet i relation till patienten och anhöriga</i>	<b>38</b>
<i>Hinder i vårdetikarbetet i relation till personalgruppen och organisationen</i>	<b>42</b>
<i>Sammanfattning</i>	<b>47</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>49</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>49</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>51</b>
<i>Sjuksköterskornas situation</i>	<b>51</b>
<i>Referenser och modeller för etikarbete</i>	<b>56</b>
<b>Slutsatser och egna reflektioner</b>	<b>58</b>
<b>Några förslag till vidare forskning</b>	<b>60</b>
<b>LITTERATUR</b>	<b>61</b>
<b>BILAGOR</b>	
<b>Bilaga 1</b> Information till respondenten	
<b>Bilaga 2</b> Information till klinikchef	
<b>Bilaga 3</b> Frågeformulär	

## FÖRORD

Utan alla underbara människor som har gått med mig en bit av den långa vägen hade arbetet aldrig blivit klart.

Jag vill tacka de 43 sjuksköterskor som deltog i studien, alla etikansvariga från alla yrkeskategorier som jag samarbetar med dagligen på Karolinska sjukhuset, sjuksköterskorna i det regionala nätverket och mina många ”etikvänner”.

Ett varmt tack till min handledare Lars Andersson och mina generösa lärare på Ersta för ständigt goda råd och hjälp.

Ett stort tack till professor Marc Bygdeman som på ett tidigt skede trodde på mina idéer om etikarbetet på Karolinska sjukhuset.

Och ett alldeles speciellt tack till doktor Eva Valverius, en mycket saknad vän, som hjälpte mig att starta studien men aldrig kommer att få läsa den färdiga uppsatsen.

*Read not to contradict and confute, nor to believe and take for granted, nor to find talk and discourse, but to weigh and consider.*  
Francis Bacon (1625) Essays, 'Of Studies'





## INLEDNING

I varje sjuksköterskas omvårdnadsarbete ingår etiken som en röd tråd. Hennes position på arbetsplatsen möjliggör att såväl de stora etikfrågorna som de mer vardagliga i det patientnära arbetet lyfts upp och diskuteras. Sjuksköterskan innehar även andra befattningar i organisationen och ställs inför en mängd olika etiska frågeställningar som berör vårdens samtliga område.

Sjuksköterskor har idag en mer given plats i etikkommittéer beroende på ett antal nya faktorer: inspirerande exempel från utlandet i vetenskaplig litteratur, fler tillfällen för sjuksköterskor att delta i nationella och internationella konferenser och nätverk, ett större intresse för etik överallt i samhället, en önskan att vårdetik inte längre skall begränsas till en liten grupp experter: teologer, filosofer eller läkare.

Jag valde att skriva om vårdetikarbetet för att ge en inblick i vad det innebär praktiskt och vilka människor det är som ligger bakom.

I många år har jag medverkat som sjuksköterskerepresentant i etikgrupper, först på lokal och sedan på central nivå, på ett av landets största universitetssjukhus, Karolinska sjukhuset. Jag har läst kvällskurser i vårdetik vid sidan av ett heltidsarbete som sjuksköterska. Att ständigt varva teori och praktik kändes nyttigt och nödvändigt. Studierna i vårdetik bidrog även till att ge mer struktur och mening åt mitt liv i en orolig tid.

Min förhoppning är att denna uppsats kommer att bidra till utvecklingen av ett organiserat vårdetikarbete, ge incitament till erfarenhetsutbyte och bildande av nätverk samt leda till en större medvetenhet om betydelsen av det kliniska organiserade vårdetikarbetet för vårdens alla aktörer.

*A monolog is not a decision.*

Clement Attlee: A Prime Minister Remembers, Ch. 7. (1961)



## BAKGRUND

Ämnet etik omfattar ca 2500 år av västerländskt tänkande: *"Etiken föddes när människor medvetet började ta ställning i frågor om hur man bör handla"* (Etiska vägmarken nr 1, 1994, s 8). Sokrates (470-399 f Kr) var den förste som hävdade det ovärdiga i att basera sitt moraliska handlande på okritiskt övertagna etiska värderingar, dvs att agera utan att ha reflekterat över vad handlandet innebär, vad det är som styr handlandet och vilka konsekvenser det kommer att föra med sig.

### Att arbeta med moraliska mål i en verksamhet

I samhället tas beslut på flera olika nivåer och etiska frågor kan aktualiseras på var och en av dessa nivåer. Pettersson (1990) forskare på Socialhögskolan ger ett exempel på hur dessa olika nivåer kan delas upp: först en överordnad nivå som representeras av lagstiftningen, följd av en mellannivå där lagen tolkas i olika instanser och man måste göra olika val och ta beslut om prioriteringar och till sist den praktiska nivån där det också sker en lagtolkning och dessutom en tillämpning av lagen för att ta beslut, för att göra val och prioriteringar inom ramen av en organisation (s 10).

Enligt Abrahamsson (2000) är organisationer planmässigt inrättade strukturer som konstruerats av någon person, grupp eller klass i det bestämda, medvetna syftet att förverkliga uppnåendet av vissa mål, mål som ligger i huvudmannens intresse och som ofta står i motsatsställning till andra. Organisationer kan vara utformade på ett sätt som inte uppmärksammar allas intresse och i stället vara anpassade efter vad de styrande vill åstadkomma, till exempel att organisationen ekonomiskt skall vara så lönsam som möjligt (s 12).

Det etiska tänkandet verkar saknas i vissa organisationer. En förklaring som anges i litteraturen är att det kan bero på okunskap och brist på medvetenhet. Lundquist (1991) har granskat litteratur om etik i offentlig förvaltning och observerat att det finns en brist på medvetenhet hos personer som styr stora organisationer: *"Intresset och kunskapen om etik är inte så god... det är allvarligt då effekterna på just deras beslut påverkar många människors liv"* (s 33). Lyttkens (1989), sociolog och framtidsforskare, har tittat på de steg en organisation tar när verksamhet planeras och beslut genomförs. Han konstaterar att *"etiken har en benägenhet att komma sist och då mest fungera som en dekoration på gjorda kalkyler"* (s 34). I det fallet är det etiska perspektivet inte genomtänkt, om etik nämns kan det vara mest för att tjäna andra syften än viljan att skapa ett etiskt klimat i organisationen.

Bennis och Nanus (1985) har studerat framgångsrika chefer, deras sätt att leda och vad det är som utmärker ett bra ledarskap. De listade ut fyra metoder där nyckelord är uppmärksamhet, meningsfullhet via kommunikation, tydlighet, ärlighet, respekt, förtroende, ansvarstagande, pålitlighet och förutsägbarhet, positiv självuppfattning och kreativt utnyttjande av sig själv. Dessa nyckelord är starkt kopplade till ett etiskt tänkande, dvs förutsätter att om ledare använder sig av dessa metoder betyder det att organisationen aktivt arbetar med värderingar och moraliska mål.

Tanken att ledningen skulle behöva lyfta fram människor som vill arbeta med etiska frågor i en organisation har uppmärksamats av Nerell och Sandberg (1994). Författarna använder begreppet *Transitional space* dvs att chefer medvetet uppmuntrar och visar sin uppskattning för de medarbetare som i sitt arbetslag ägnar visst utrymme åt reflektion och utvärdering.

*Transitional space* handlar om tid, tillfälle, tillåtelse och tolerans för att diskutera och behandla idéer, tankar, känslor och beteenden (s 80).

Brytting, De Geer och Silfverberg (1993) ser många fördelar i att starta arbetet kring verksamhetens etiska föreskrifter, dessa gör organisationens värderingar synliga och låta att sprida. Dessutom menar de att det faktum att verksamhetens värdemässiga grundförutsättningar diskuteras sätter i gång en självreflektion hos individen.

Trollestad (2000) är teolog och involverad i forskning som studerat hur organisationer, inom den privata sektorn såväl som den offentliga, arbetar med moraliska frågor och att skapa en värdegrund för verksamheten. Han har tillsammans med andra forskare i *The Foresight Group* arbetat fram en praktisk utvecklingsmodell där kärnan utgörs av en öppen och tydlig dialog. Han beskriver att de grundläggande principerna för dialogen är följande: att lyssna mer än att tala, att formulera tydligt sin personliga mening, att vara nyfiken och visa sin öppenhet, att vara empatisk och att vara närvarande (s 296). Han har även tittat på vad som händer i en organisation om man inte ”tar fatt” i värderingsfrågorna, hans slutsats är att den gemensamma värdegrunden tunnast ut, var och en är upptagna med sina egna uppgifter och ser inte till de andra, samarbetet uteblir. En sådan organisation karakteriseras av att nya otillräckligt grundade och oreflektade beslut fattas hela tiden (ibid, s 303).

Sjukvården är en organisation bestående av institutioner av olika storlek och karaktär och det finns en tradition av att arbeta med etiska frågor men då mest med medicinsk-etiska frågor och mindre med etiska frågor som är övergripande för organisationen.

Det finns enligt Lannerheim (1994) ”yttre faktorer” såsom administratörers (och politikerns) ingripanden i vårdorganisationen som hela tiden får effekter på arbetsinnehållet för sjuksköterskor och på patienternas sjukhusvistelser (s 169). Att påverkas kan man inte undvika men väl lyfta fram och diskutera då dessa yttre faktorer orsakar återkommande etiska problem och en känsla av frustration. Thorsén (1997) påminner om att vårdhandlingen är ingen isolerad händelse, det sker i ett organisatoriskt sammanhang, sättet att organisera arbetet, anser han, påverkar i hög grad förutsättningarna för att vårdpersonalen skall bedriva en god omvårdnad (s 3).

## **Framväxten av vårdetik**

### ***Historik***

Efter andra världskriget antogs av världens nationer flera grundläggande dokument som ett resultat av ett internationellt samarbete, många av dessa dokument präglas tydligt av ett ”etiskt tänkande”, de representerar en humanistisk människosyn, de visar på ett ideal, en vision om det goda livet. Dessa dokument skapades som ett försök att gardera sig inför framtiden. Brott mot mänskligheten som nazister och andra begick skulle aldrig mer kunna upprepas.

Genèvedeklarationen (internationella läkarregler) antogs 1948 och i december samma år kom Förenta Nationerna med sin Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Man ville också skydda svaga grupper från alldeles för ivriga forskare som satt kunskapen först och inte brydde sig om respekten av människovärdet; med facit i hand kunde man reflektera över det djupt oetiska förfarandet i ett antal forskningsprojekt genomförda till exempel på fångar och handikappade. Helsingforsdeklarationerna 1964 och 1975 (om humanforskning och informerat samtycke), Tokyodeklarationen från 1975 (Tortyr och annan

inhuman behandling av fångar) Hawaiiideklarationen från 1977 (Psykiatri) är bland de viktigaste dokument vi har. Under åren har det kommit ut ett stort antal dokument och arbetet pågår ständigt.

Inom yrkesprofessionerna har utarbetats egna etiska riktlinjer, i Sverige kom Läkareglerna 1951 (enligt Svenska Läkaresällskapets Delegation för Medicinsk Etik) och sjuksköterskornas etiska regler 1953 (enligt svensk Sjuksköterskeförening). Idag har de flesta yrkeskategorier i vården någon form av etisk kod. Svenska Läkaresällskapets Delegationen för medicinsk etik med uppgift att yttra sig i de etiska frågor som läkare möter i sitt dagliga arbete och utarbeta riktlinjer inom området bildades 1970. I Sverige har regeringen även tillsatt ett organ (1985), Statens Medicinskt-Etiska Råd, som har till uppgift att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett samhällsperspektiv och att öka den etiska medvetenheten i samhället och hos de i vården och forskningen verksamma (Statens medicinsk etiska råd, 1997. Info broschyr).

Lagstiftningen har gjort etiken viktig, inte minst hälso- och sjukvårdens lagstiftning till exempel HSL 1982:763, 2a§. Göthlin & Lantz (1993) är ändå noga med att påpeka att en lag / bestämmelse även om den anses vara bra aldrig kan utgöra en garanti för att vårdhandlingen blir god i slutändan (s 10). Eller så som Schiller (1995) uttrycker det: ”*Förnuftet har gjort sitt, när det finner och uppställer lagen, verkställa den måste den modiga viljan och den levande känslan*” (s 47). Och då är det individens etiska förhållningssätt som blir avgörande.

#### *Definition av vårdetik*

Tännsjö (1993) menar helt enkelt att vårdetik behandlar etiska problem som kommer upp i vården (s 22). Barbosa da Silva och Andersson (1993) preciserar att vårdetik rör frågor som behandlar etiska ställningstaganden i principiella etiska frågeställningar som har med vård som verksamhet att göra samt frågor som har att göra med personalens förhållningssätt till patienten, som rör olika personalkategoriernas ansvar vid beslutsfattande (ss 260-262). Enligt Lantz (2000) innefattar vårdetik även medicinsk etik och bioetik, han önskar att *vårdetik* skall accepteras som enhetligt begrepp i Sverige som det redan görs internationellt ”*Health Care Ethics*”.

#### *Medicinsk etik*

En sammanhängande läkareetik i västerlandet börjar med Hippokrates (460-377 f Kr) och hans ord gäller i många fall lika mycket idag. Beauchamp och Childress (1989) reflekterar över det faktumet att medicinsk etik under en mycket lång tid har visat, från Hippokrates till mitten av 1900-talet, en ovanlig hög grad av kontinuitet. Traditionen har förts vidare och läkaren har med gott samvete utfört ett krävande yrke, oftast kopplat till ett högt status och sällan ifrågasatt (s 3).

Läkaren Blomquist (1971) betraktas som pionjär i Sverige, hans bok ”*Medicinsk etik*” blev den första boken i medicinsk etik skriven på svenska. Han var verksam en tid på Danderyds sjukhus och stod bakom bildandet av den första etikgrupp på de psykiatriska klinikerna 1977 (Lyckman, 1992, s 30). I boken pekade han på det växande intresset för medicinsk etik under 1960-talet och det ökade behovet att diskutera vårdetiska frågeställningar med hjälp från allmänheten (Blomquist 1971, s 109). Han insåg att den etiska diskussionen inte längre kunde existera endast bland en liten grupp experter. Den norske filosofen Tranoy (1993) instämmer och menar att det är viktigt för den medicinska etiken att vara i samspel med allmänmoraliska normer: ”*varken medicinsk forskning eller medicinsk praxis kan göra anspråk på att förvalta en mera upphöjd form av moral än allmänmoralen*” (s 50). Relationen skall bygga på tillit och dialog.

Enligt Stolt (1998) består medicin av två delar som kompletterar varandra: läkekonst och läkarvetenskap. Han förklarar att det som finns bakom begreppet läkekonst är det som man brukar kalla humanvetenskap med etik, filosofi, historia och psykologi. Läkarvetenskap eller medicinsk vetenskap är av naturvetenskapligt karaktär, åtminstone sen 150 år tillbaka, och skiljer på kropp och själ. Det finns idag motsättningar mellan dessa två begrepp och en splittrad och oklar bild av läkarrollen och den medicinska etiken (ss 7-9).

### *Principetik*

Hippocrates uppgav riktlinjer för hur allmän-etiska principer skall tolkas i vården av sjuka människor (Etiska vägmarken nr 1, 1994, ss 8-9) och det är en hjälp att ha principer att kunna luta sig mot men det räcker sällan och att följa principer utan eftertanke kan leda till sämre beslutsfattande. Stolt (1998) observerar att det efterfrågas ofta regler och riktlinjer när det gäller yrkesutövning (s 10), men han varnar för att det inte alltid är till godo att följa regler, att det kan i vissa fall hindra läkekonsten. Risken att läkarna följer regler utan att egentligen förstå vad de gör lyftes fram redan av Platon, enligt Platon förstod inte vissa läkare att regler alltid är otillräckliga. Även Hansson (1992) uppmärksammar att Kant och Aristoteles insåg båda faran i ett rutinmässigt applicerande av olika regler på konkreta situationer (s 228).

Idag är det vanligt att praktiskt använda etiska principer i vården. I Beauchamp & Childress bok (1989, 1<sup>st</sup> ed.1979) har fyra etiska principer tagits fram:

- autonomiprincipen
- principen om att i första hand göra gott
- principen om att så långt som det går att undvika att skada
- rättvisepincipen, att den som har störst behov skall komma i första hand.

Jonsen och Toulmin (1988) menar att dagens mest populära modell baserad på att arbeta utifrån redan fastställda principer inte är det som bäst hjälper till att lösa vardagliga praktiska problem i vården. De föreslår i stället att man söker sin utgångspunkt i själva situationen där problemet föreligger, den aktuella situationen kopplas till tidigare fall, man tänker utifrån de erfarenheter man har av hantering och lösning av liknande etiska problem och man drar en tillfällig slutsats (beslut) med möjlighet att omvärdera. Den norske teologen Ruyter (1995) har i sin doktorsavhandling tittat närmare på Jonsens och Toulmins modell och ser många fördelar i den, särskilt för att den är teorilös, den använder sig av förebilder och har stora pedagogiska förtjänster när det gäller att lära sig att utöva sin moraliska förmåga (s 163).

### *Omvårdnadsetik / sjuksköterskeetik*

Florence Nightingale (1820-1910) anses ha givit ett avgörande bidrag till omvårdnadsetiken in Notes on Nursing. Etiska riktlinjer för sjuksköterskor antogs 1953 (ICN) och reviderades 1965 och 1973 (ICN Council of National Representatives in Mexico city) och blev fastställda 1989 (SSFs broschyr 1997). Den svenska översättningen är godkänd av Svensk sjuksköterskeförenings, SSFs styrelse och sjuksköterskornas etiska kommitté november 1997. Riktlinjerna omfattar sex huvudområde, sjuksköterskans ansvar ställs inte bara gentemot sin patient (individ) men också gentemot medarbetare, samhället och sociala strukturer (organisationer, institutioner).

Enligt sjuksköterskan Kuhse (1999) finns det olikheter mellan medicinsk etik (läkaretik) och vårdetik (omvårdnadsetik, sjuksköterskeetik). Hon skriver att vårdetiken har sin grund i vård

och ansvar i personliga relationer snarare än i universella etiska principer och opartiskt tänkande dvs har en annan inriktning än den traditionella läkaretiken (s 133).

Malmsten (1999), sjuksköterska och forskare i vårdetik, instämmer och är kritisk mot att sjuksköterskor fortfarande idag finns kvar i en traditionell föreställning och traditionella modeller som färgas av den medicinska etiken och "*principetiken*". Enligt henne bör dagens sjuksköterska inse att sjukskötersketiken är starkt förknippad med den konkreta, dagliga och nära patientvården (s 236).

Göhtlin och Lantz (1993) konstaterar att intresset för vårdetik tycks vara störst bland sjuksköterskor, vilket bland annat visar sig i att det nästan enbart är sjuksköterskor som söker sig till kurser och temadagar som de etiska grupperna anordnar (s 27). Samtidigt tar författarna upp en kommentar som visar på en oro hos andra personalkategorier nämligen att "*det finns en risk att sjuksköterskorna lägger beslag på etiken*".

Det som ovanstående visar är att det finns många olika sätt att beskriva vad vårdetik innebär och innefattar. Det sker en ständig utveckling som berör alla vårdens aktörer samtidigt som olika personalkategorier inom vården har bestämda åsikter om vad som skall kallas för etiska frågor, vad som är viktigt att diskutera och med vilka personer dessa frågor skall tas upp.

## Vårdetikarbete

### *Betydelsen av vårdetikarbetet*

Vårdetiska problem är komplexa och komplicerade. Ingen yrkeskategori ensam, ännu mindre en ensam individ kan förväntas hitta lösningen. Frågeställningar behöver belysas från många olika synvinklar och sjukhusen behöver hitta vägar för att handskas systematiskt och metodiskt med etiska problem (Benjamin and Curtis, 1992, ss 170-171).

Blomquist (1971) insåg att stabilitet i personalstyrkan och överföring av institutionens traditioner var av betydelse. Han menade att de "*lägre befattningsinnehavarna*", sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden, skulle representera det stabila och bestående på en institution och bli bärare av dess traditioner eftersom de som satt högre i hierarkin hade en tendens att flytta på sig för att avancera i karriären (s 121). Nya tankar måste till för att möta dagens strukturförändringar.

Randall och Downie, (1996) lyfter fram sjuksköterskans roll i utvecklingen av den etiska diskussionen och särskilt hennes ansträngningar för att förbättra team arbetet. Författarna menar att sjuksköterskan i högre grad efterfrågar ett tvärprofessionellt arbete och efterlyser etableringen av rutiner för att en etiskdiskussion i teamet alltid skall föregå viktiga beslut som rör vården av patienten (s 4). De har även studerat ledarens roll i sjukvården och menar att den håller på att genomgå en förändring, att ledaren kommer att involveras mer och mer och få en ännu större betydelse, ledarna skall inte längre ha en "*kontrollerande*" roll men i stället underlätta, skapa möjligheter och delta aktivt i teamet, inte hålla sig utanför (ibid, s 47).

Att låta bli att arbeta med moraliska frågor i vårdorganisationen bär med sig konsekvenser, till exempel för arbetsmiljön och personalens hälsa. Menckel och Österblom (2000) påpekar i boken *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen* att etik hör till allmänskligt handlande och att en diskussion om etiska aspekter bör föras redan i planeringsstadiet, dvs innan man sätter igång ett utvecklings- eller handlingsinriktat arbete på arbetsplatsen (s 128). Författarna ställer frågan: vad är god etisk praxis inom organisationen? och kommer till slutsatsen att det

avgörande är att reflektera över vilka principer och ställningstaganden man baserar sitt arbete på och att en god början kan vara att själv reflektera över vilken värdegrund man har... ”*I arbetet för och med andra är det särskilt viktigt att man är medveten om sina värderingar och hur den gemensamma värdegrunden ser ut*” (ibid, s 125).

Enligt Taylor (1989) är det avgörande att veta vem man är, känslan av att ha en identitet har att göra med att veta var man står i sitt eget moraliska tänkande, men också var man står i relation till andra i den moraliska sfären till exempel inom en organisation (s 28).

Man måste ha en klar uppfattning om vad man själv har för värderingar, vad man menar med gott och ont, vad man tror är värdefullt eller inte, vad man tycker är viktigt i livet, särskilja det som har mindre betydelse. Men inte bara det: man behöver även ha en uppfattning om vad de människor som man arbetar med har för tankar kring moraliska frågor.

Inom omvårdnad finns en teori om *Transformational leadership* (Sofarelli och Brown, 1998). Teorin tar särskilt hänsyn till de ständiga förändringar, otryggheten och osäkerheten som utmärker tiden vi lever i, utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Fortfarande idag karakteriseras organisationerna i vården av ett sätt att styra som är byråkratiskt, de sitter fast i en hierarkisk modell i stället för att utveckla mer flexibla och öppna modeller. Dessa stora byråkratiska organisationer är mycket sårbara, de saknar förutsättningar att anpassa sig till de nya behov och krav som uppkommer, i vården och från samhället (s 202). Det finns då en risk att arbetsregler och rutiner blir otydliga, oansenliga eller saknas och enligt Hermerén (1998) kan frånvaron av regler inom organisationen lätt gynna den som sitter i en starkare position till bekostnad av patientens väl. ”*Att regler och principer är tydliggjorda kan bidra till att bevara och förbättra förtroendet för vården*” (s 1314).

Omvårdnadsforskaren Björvell (1990) skriver att utan ett etiskt tänkande kan inte omvårdnadsarbetet fungera som en garant för att patientens integritet och autonomi skyddas och att vårdorganisationen i allmänhet och chefsjuksköterskan i synnerhet skall se till att skapa en miljö som sätter respekten för den andre i fokus.

### ***Att arbeta med etik i vården***

#### *Utbildning och forskning*

Vårdetik som ämne finns idag i kursplanen på de flesta vårdutbildningar. Uppdelningen och omfattningen är olika. Tranoy (1993) menar att när läkare och sjuksköterskor söker sig till utbildningar i etik och moralfilosofi är deras motivering djupare än att bara tillfredsställa egna behov eller skaffa sig akademiska meriter: ”*de är ute efter något helt annat, att utbilda sig till att bli sina medmänniskors hjälpare i några av livets svåraste situationer*” (s 61). Under läkaren Blomquist tid som läkarstudent fanns vare sig utbildning eller handledning i ämnet medicinsk etik. Läkarna hade när de fick ut sin läkarlegitimation mycket lite kunskap i etiska / moraliska frågor. Han observerade och beklagade läkarnas klumpighet i mötet med patienten. Han föreslog att utbildningen av vårdpersonalens olika yrkeskategorier till stor del skulle ske på arbetsplatsen och vara gemensam för all personal samt ständigt fortgå (Blomquist 1971, ss 122-123).

Stolt (1998), läkare och professor i humanistisk medicin lyfter fram i boken *Läkekonst* att det är ytterst viktigt att införa humaniora i läkarutbildningen för att vidga läkarens perspektiv inför människans livsvillkor och utsatthet (s 110).



Sedan 1998 finns på Karolinska institutet, KI, en Institution för medicinsk humaniora och det nya på läkarlinjen på KI är att etiken finns som en strimma och att den etiska reflektionen och diskussionen kopplas till utbildningens olika moment.

I den treåriga sjuksköterskeutbildningen får den blivande sjuksköterskan lära sig etiska teorier, etiska riktlinjer, etisk kompetens, gå igenom beskrivningar av patientfall, delta i etiska diskussioner i grupper, genomgå analys och argumentationsträning. Ett kritiskt moment blir övergången från student till nybörjare på arbetsplatsen, vad händer sen med den etiska reflektionen och den etiska diskussionen? Omvårdnadsforskaren Benner vid *School of Nursing of California*, beskriver att sjuksköterskan skaffar sig kunskap genom sin praktiska verksamhet och genomgår en process som består av fem olika stadier, från nybörjare till expert. Med tiden kan sjuksköterskan bli en pedagogisk resurs, få en handledarfunktion, en "expert" funktion: "När experter kan beskriva kliniska situationer, där deras ingripanden har medverkat till en avgörande skillnad, synliggörs en del av deras praktiska kunskaper" (Benner, 1993, s 48).

Henriksen och Vetlesen (1998) anser att det är viktigt att ta hänsyn till personens "förmåga till klokhet" (s 160). Det som gäller är att kunna hitta praktiserbara lösningar på konkreta problemsituationer, förutsättningen är att man som vårdare förmår identifiera etiska problemsituationer. Cherry and Jacob (1999) skriver att en sjuksköterska måste ha förmågan att se människan i patienten. För att vårdhandlingen skall bli bra måste sjuksköterskan söka och hitta en balans mellan användningen av kunskap och det etiska perspektivet. Detta möjliggörs genom att sjuksköterskan gör ansträngningar att veta vem patienten är och vad han som person har för värderingar, men också genom att själv öka sin egen självkännetdom (ss 286-287).

Gold, Chambers och McQuaid Dvorak (1995) har i en kvalitativ studie tittat på tolv sjuksköterskor anställda på olika vårdinrättningar och deras förmåga att identifiera och handskas med vardagliga etiska problem. Sjuksköterskorna hade i allmänhet svårt att särskilja etiska problem från andra och missade många etiska problem (ss 131-141).

Sofaer, (1995) har i en studie lyft fram att sjuksköterskor, som varit verksamma i många år och har äldre utbildningar, har svårigheter att identifiera etiska problem, att delta i etiska diskussioner och att hitta ett språk för att argumentera. En kontinuerlig stimulans genom fortbildning och andra aktiviteter behövs för att bibehålla en hög nivå av etisk känslighet (ss 31-34).

Att bedriva vårdetisk forskning är ett annat sätt att arbeta med etik. Inspirationen kommer från övriga nordiska länder, England och USA. Under 90- talet har vårdetikforskningen ökat i Sverige. Rooke (1997) gör i sin bok om omvårdnadsforskning en kartläggning av sjuksköterskors doktorsavhandlingar och visar exempel på avhandlingar där det finns ett tydligt vårdetiskt perspektiv: Brännström (1991), Jansson (1993), Lutzén (1993), Andersson, (1994). Nya avhandlingar kommer ut hela tiden: Söderberg (1999), Malmsten (1999) m. fl. Även läkarna skriver doktorsavhandlingar i etik, till exempel Sjökvist (1999) och Löfmark (2000). I hela landet finns ett antal forskningscentra, i Stockholm finns Ersta vårdetiska institutet, där flera svenska forskare med olika bakgrund och även utländska gästforskare verkar.

### *Olika former för etikarbete*

Menckel och Österblom, (2000) ställer en fråga som formulerar ett aktuellt problem: Hur skall vi långsiktigt hantera etiska frågeställningar? Kan en etikkommitté eller etiska specialister på arbetsplatsen vara en väg att gå? (s 128).

Det har gjorts under åren en del försök att utveckla och prova olika modeller och arbetsätt.

#### *- Etikkommittéer*

Göthlin och Lantz ger ut sin bok *"Rum för etik"* 1993. De konstaterar att det finns sedan några år ett nytt och starkare intresse för att diskutera vårdetiska frågor på ett systematiskt och institutionaliserat sätt. De beskriver att i USA finns en tradition av etablerad etisk granskning av vård, på 60-talet inrättades kommittéer som skulle pröva abortansökningar och när man började med dialysbehandlingar inrättades kommittéer för att fördela dialysresurser. Fallet *Karen Ann Quinlan*: en långtidsmedvetlös ung kvinna vars föräldrar begärde i domstol att den livsuppehållande behandlingen skulle avbrytas (New Jerseys högsta domstol 1976) och fallet *Baby Doe* i staten Indiana, det nyfödda barnet med Downs syndrom, där frågan om livsuppehållande behandling till nyfödda med handikapp lyftes fram, blev mycket uppmärksammade och en av anledningarna till att den etiska diskussionen startade på allvar. Domstolarna i USA gav rekommendationer att inrätta etikkommittéer vid sjukhusen som skulle ta hand om dessa komplexa frågor som krävde en speciell kunskap.

Utvecklingen under 1980-talet resulterade i att fler och fler sjukhus i USA fick etiska kommittéer, dvs organ för granskning av etiska problemfall, detta som en följd av en *President's Commission* år 1983 (Göthlin och Lantz, 1993, s 13). Sjuksköterskan nämns inte och verkar inte ha ingått i dessa kommittéer i USA, däremot läkare, socialarbetare, jurister och teologer.

I Sverige har etiska kommittéer av olika slag uppstått på ett mer spontant sätt, lokalt och centralt inom landstingen (Göthlin och Lantz 1993). Författarna konstaterar att etikgrupperna såg väldigt olika ut, att de hade svårt att hitta sin form och definiera sina arbetsuppgifter, att de i allmänhet bildades och levde vidare tack vare personer som har ett starkt intresse i etiska frågor. Etikgrupperna i Sverige hade tre huvudsakliga uppgifter: utbildning och stöd för personalen samt att verka för en helhetssyn på patienten. Det som blir problematiskt är *"hur få genomslagskraft för etiken hos dem som inte ser frågor om etik som viktiga för vården?"* (s 26). Författarnas resultat visar även att etikgrupperna hade svårt att få stöd från ledningen, grupperna bestod av *"engagerade entusiaster"*. De menar att så fick det inte vara och att verksamheten bör förankras i vårdens organisation (ibid s 61).

I den norska evaluering av etikkommittéer (Ruyter, 1998) gavs exempel på tre olika etikkommittéers mandat där bland annat fanns som uppgift att: främja samtal /reflektion, ge information, anordna utbildning, höja den etiska medvetenhet, stärka patientens- och anhörigas ställning samt ge råd till personalen vid etiska problem (s 6).

#### *- Etikonsult / etikexpert*

La Puma (1987 och 1989), med flera andra amerikanska etiker, kritiserar etiska kommittéer och föreslår att individuella etikonsulter skall anlitas i stället för att kunna erbjuda bättre anpassad hjälp vid etiska problem. I USA under 90-talet har fler och fler universitetssjukhus och andra institutioner anställt speciellt utbildad personal som fungerar som konsulter vid

etiska problem (Jonsen, 1998, s 205). I en artikel beskriver Cohen (1992) en modell som bygger på att i stället för att använda sig av en hel etikgrupp kunde en person utses för att ta hand om det etiska problemet, i de flesta fall en anställd sjukhusetiker som ingår i sjukhusets etikkommitté.

I Sverige väljer idag många organisationer av olika slag att inrätta tjänster för etikansvariga, dessa personer skall kunna fungera som konsulter dvs hjälpa till att diskutera etiska problem på ett systematiskt sätt, se till att en moralisk reflektion kommer i gång och / eller vidareutveckla verksamhetens riktlinjer (Brytting, 1994). Hermerén (1996) undrar om det finns "*etikexperter*". Han slutsats blir att det beror på vad man menar med "*etikexpert*". Han beskriver flera olika exempel av expertis som aldrig kan förenas med etik. Ingen människa kan uppnå en sådan nivå av expertis att hon kan påstå att, genom att ha bedrivit studier i ämnet etik, vet vad som är rätt och fel. Däremot ser han som värdefullt att det finns personer som har kunskaper i hur man kan titta på ett fall, en situation, ta in alla relevanta fakta, belysa problemet från många synvinklar och kritiskt analysera (ss 8-13).

Lantz (2000) ställer frågan: "*Vilken sorts etiker behöver vi?*". Han menar att det är kanske en person som kan vara en "*mentor*" och att en mentor funktion förutsätter vissa egenskaper, bl.a att vara en bra rådgivare, hon bör vara pålitlig, dvs ha moralisk erfarenhet och moraliskt integritet. Detta i sin tur ställer krav på

- att personen har erfarenhet av många svåra moraliska problem i sitt liv
- att personen har visat sig kunna ta beslut och handskas med dessa svåra situationer
- att personen har fått känna av vad det kostar att ta svåra beslut (ss 26-27).

Behovet av att ha etikansvariga bland den personal som arbetar i den nära patientvården har vuxit sig starkare. Lennholm (1996) citerar Beck-Friis som under ett seminarium anordnad av Svenska Läkaresällskapet för medicinsk etik efterlyste en utökad dialog kring en praktiskt etisk tillämpning i sjukvården och en mer aktiv vårdpersonal "*lika mycket som det finns smärtombud på en avdelning kanske det skulle behövas etikombud*" (s 806).

#### - *Modeller för etikarbetet*

Göthlin och Lantz (1993) har utifrån egna erfarenheter och erfarenheter hämtade från arbetet i svenska etikkommittéer samt en genomgång av arbetet i andra länder, utformat tre modeller för etikarbete (ss 47-51): 1. medvetandegörande, 2. rådgivande, 3. beslutande.

1. *Den medvetandegörande modellen* karakteriseras av att etikarbetet kommer att ge redskap i form av: allmän information om etik till exempel aktuella artiklar och böcker, allmän etikundervisning till exempel enstaka föreläsningar och utbildningsdagar, öppna etikdiskussioner av verkliga eller hypotetiska fall i syfte att dra personalens uppmärksamhet på det etiska perspektivet i vårdarbetet. Författarna påpekar att i etiska sammanhang kan även de mest neutrala aktiviteterna redan komma att ta en normativ inriktning till exempel genom att välja ämne för undervisning och diskussion, bestämma sig för att ett problem är av etisk karaktär eller ej. De anser som ofrånkomligt att det även i förutsättningslösa diskussioner skall finnas rimliga skäl att ta ställning till vilka beslut som är rätt eller fel och inte enbart ägna sig åt att beskriva problemet.

2. *Den rådgivande modellen* innebär att en etikgrupp eller etikansvarig kan / skall ge råd i ett specifikt fall eller mera generella råd om vad som är etiskt rätt handlande i vården. Kliniskt - etiska kommittéer med en rådgivande funktion prövades på tre sjukhus i Norge under ledning av Senter for Medicinsk Etik vid Oslo universitet. Utvärderingarna blev positiva och forskarna lämnade in en rekommendation att etiska kommittéer skulle inrättas på sjukhus i

Norge (Ruyter, 1998). Den rådgivande funktionen återfinns i Blake (1992), han skriver att den ursprungliga tanken i USA var att en etikkommitté i första hand skulle diskutera fall och fungera som konsultations organ samt utveckla policy och etiska riktlinjer (s 6). Enligt Göthlin och Lantz (1993) kan rådgivningen ha olika karaktär, en sorts neutral information när den som tar emot synpunkter gör vad den vill av det eller mer ett råd som man förväntas följa. Författarna menar att det kan finnas en fara att försiktigt hållna råd uppfattas som krav uppifrån. Denna modell förutsätter även att rådgivaren bör vara medveten om att personerna som tar del av råden kan ha olika mening om hur dessa råd skall uppfattas.

3. *Den beslutande modellen* är präglad av den amerikanska traditionen, den innefattar anmälan av fall till extern etikrevisor, framtagning av faktaunderlag, diskussion av fall, generalisering av erfarenheterna med framtagning av regler och uppföljning av efterlevnad av reglerna (Siegler 1990, van der Heide 1994, Jonsen 1998).

Denna modell innebär att någon eller några utifrån, till exempel en etikkommitté, ingriper i beslutsprocessen och "tar över" ansvaret från vårdgivaren. Göthlin och Lantz (1993) påpekar att modellen förutsätter att etikgruppen har kompetens att fatta beslut. Deras bedömning är att så inte är fallet i Sverige. Dessutom menar de att syftet med etikgrupper och en institutionaliserad vårdetik i Sverige aldrig har varit att leda till ett minskat etiskt ansvar för en enskild läkare, sjuksköterska eller representant från annan yrkesgrupp.

Boisaubin och Carter (1999) har studerat två metoder för praktiskt kliniskt etikarbete: etikronder, där personalen genomför en etisk analys av patientfall, oftast i efterhand och etik-konsultationer, där specifika råd ges under pågående behandling i etiskt svåra situationer. Enligt författarna blir det bästa en kombination av båda metoderna som då kompletterar varandra (ss 294-299).

Davis och Hudson (1999) har genomfört en kvalitativ studie för att förstå varför läkarna inte visade något intresse att utnyttja etik-konsultationer även när annan inblandad vårdpersonal skulle velat haft det. Deras slutsatser är att läkarna ville behålla sin fulla beslutsrätt, vände sig hellre till andra läkare, inte trodde att etikkommittén skulle vara till någon hjälp, tyckte inte att medicinsk etik hade en avgörande betydelse samt såg en risk i att de skulle bli bundna att följa etik-kommitténs råd (ss 116-125).

### ***Definition av vårdetikarbete***

Det finns idag ingen riktig definition på vårdetikarbete, men utifrån litteraturen kan man finna några kriterier. Vårdetikarbetet är ett arbete som handlar om etiska frågeställningar som uppkommer i en vårdkontext men inte enbart i en patient / vårdare relation. Det omfattar såväl medicin, omvårdnad, utbildning, forskning som administration. Det är ett systematiskt och metodiskt arbete, med planering, dokumentation och utvärdering, som sker i strukturerad form hos anställda inom verksamheter i vården, samt är integrerat i det dagliga arbetet och förankrat i organisationen.

### ***Sammanfattning av tidigare forskning***

Litteraturgenomgången i bakgrunden visade att tidigare forskning gjorts

- om olika sätt att arbeta med moraliska frågor inom organisationer
- om vad det är som karakteriserar en organisation som arbetar med moraliska frågor
- om vad det kan ge för konsekvenser om en organisation arbetar med etiska frågor eller ej
- om etik och utbildning
- om etik och yrkestillhörighet

- om etikkommittéer inom vården
- om modeller för etikarbete

Uppsatsens inriktning är att lyfta fram och diskutera, utifrån etikansvariga sjuksköterskors perspektiv, vilka förutsättningar som finns för att en organisation som har med vård att göra skall präglas av ett etiskt tänkande. Här kommer uppsatsen, åtminstone delvis, att fylla en lucka i forskningen.



## **SYFTE**

Syftet med detta arbete är att genom en kartläggning identifiera sjuksköterskor som har ett särskilt ansvar för vårdetikarbete inom Stockholms läns landsting, att beskriva deras vårdetikarbete, deras roll och betydelse inom organisationen samt att undersöka deras upplevelser av ett organiserat vårdetikarbete.

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

1. Var finns sjuksköterskor med speciellt ansvar för vårdetikarbetet på sjukhus inom Stockholms läns landsting, vilka och hur många är de?
2. Vilken plats har dessa sjuksköterskor i organisationen och på vilket sätt arbetar de?
3. Vad har de för erfarenheter och upplevelser av vårdetikarbetet och vilken syn har de på sin och etikarbetets roll och betydelse?
4. Kan analysen av svaren från dessa sjuksköterskor identifiera förutsättningar och / eller en modell för praktiskt vårdetikarbete på lokal och / eller central nivå i organisationen?

## **METOD**

En viktig princip inom forskningsarbetet är att det som skall undersökas skall ligga till grund för vilken forskningsmetod forskaren väljer (Orlenius. 1999, s 115). Starrin & Svensson (1994) skriver att målsättningen för användningen av den kvalitativa metoden är att möjliggöra en identifiering av ännu icke kända företeelser och egenskaper, dessa skall dessutom sättas och studeras i relation till variationer, strukturer och processer (s 6). Backman (1998) lyfter fram vikten av att ha klart för sig att en kvantitativ metod inte utesluter ett kvalitativt synsätt, inte behöver innebära en åtskillnad i de perspektiv, paradigmen eller förhållningssätt som används (s 31).

I studien finns två steg: en kartläggning och en enkät. En kombination av kvantitativ och kvalitativ metod valdes i studien, ett sätt som Holme & Solvang (1997) beskriver som fördelaktigt. Författarna menar att kvantitativa metoder ger en uppfattning om graden av överensstämmelser och graden av avvikelser mellan olika gruppers svarsmönster, kvalitativa metoder ger tillfälle till en djupare beskrivning av och förståelse för unika erfarenheter och synpunkter (s 85). Den kvantitativa delen, i form av fasta frågor, tillförde den klarhet, den tydlighet och lätt tillgänglighet som diagram och figurer, dvs som grafiska representationer kan ge. Den kvantitativa delen ökade också förståelsen för resultatet i den kvalitativa delen och satte sjuksköterskornas berättelser i ett sammanhang. Studien byggde på att beskriva samt förstå betydelsen av sjuksköterskornas upplevda situationer inom nya arbetsuppgifter. Den kvalitativa metoden var att föredra för att kunna gå i djupet av sjuksköterskornas berättelser, skapa en grund för en mer fullständig uppfattning om det fenomenet som skulle studeras och låta ny kunskap komma fram.

## Urvalskriterier

För kartläggningen var önskemålet att hitta så många sjuksköterskor som möjligt med vårdetikarbete som specialitet inom Stockholms läns landsting.

Följande kriterier bestämdes för att delta i studien: att vara leg. sjuksköterska, verksam inom Stockholms läns landsting, med ett ansvar för vårdetikarbete inom ramen för den ordinära anställningen eller genom att inneha en speciell tjänst för att arbeta med vårdetikfrågor.

## Instrument för datainsamling

Ett frågeformulär som bestod av två delar (bilaga nr 3) konstruerades speciellt för studien. Strukturen inspirerades av Polit och Hungler (1999 ss 334-335).

Den innehöll sammanlagt trettio frågor: 25 strukturerade frågor med fasta svarsalternativ, där den kvantitativa metoden användes för att möjliggöra en statistisk behandling. Fyra var öppna frågor med kvalitativ ansats där respondenten fick skriva fritt. De öppna frågorna kom till för att ersätta de intervjuer som var tänkta från början men ansågs orimliga att genomföra inom ramen för uppsatsen.

Fråga 30 hade karaktär av en slutfråga som kunde besvaras med *ja* eller *nej* men gav även utrymme till att skriva ner generella egna kommentarer om enkätens utformning och innehåll.

Valet av vilka frågor som skulle ställas utgick ifrån egen erfarenhet av etikarbete, synpunkter som hade kommit fram genom diskussioner med sjuksköterskor och andra personalkategorier, diskussioner med andra forskare samt litteraturgenomgång. Övretveit (2001) menar att det är av betydelse för validiteten hur frågorna är formulerade och i vilken ordning de kommer, och att det är viktigt att tänka redan från början hur analysen av resultatet skall gå till (s 137).

Meningen var att frågorna skulle ha en logisk följd och vara relevanta.

Frågeformuläret utvecklades i samarbete med handledaren, en lärare i statistik och en läkare och cancerforskare från KI. Därefter ”*provsvvarade*” fem sjuksköterskor med olika bakgrund.

## Datainsamling

Som första steg gjordes en kartläggning av etikansvariga sjuksköterskor med hjälp av en namnlista från Svensk sjuksköterskeförening (SSF:s nationell kartläggning sommaren 2000, genom sekreteraren). Listan innehöll ett fåtal namn inom Stockholms läns landsting, SLL. För att hitta fler sjuksköterskor togs kontakt per telefon med sjukhus i länet som inte var representerade i SSF:s namnlista. På Karolinska Sjukhuset användes en lista över sjukhusets etikombud (källa: Utvecklingsavdelningen och Etikrådet). Övriga sjukhus kontaktades per telefon (utvecklingsavdelningen eller liknande) med frågan om befintligt regelbundet vårdetikarbete på respektive sjukhus, om sjuksköterskors representation i etikkommittéer, var de fanns i organisationen och hur de kunde nås. Vid varje kontakt med enskilda sjuksköterskor gjordes ett försök att få fler namn för vidare kontakt med andra.

Under första kontakten informerade författaren om pågående kartläggning samt om studiens syfte. Några av de tillfrågade förklarade att de för närvarande ansåg att de inte passade in i målgruppen. Angivna skäl var ändrade arbetsuppgifter, att de alldeles nyligen hade börjat arbeta med etikfrågorna och ansåg att de visste för lite ännu för att kunna svara, att de skulle byta arbetsplats, att de skulle vara lediga för studier, barnlediga m.m.

Efter informerat samtycke (bilaga 1) skickades enkäten, v. 50–51 2000, till aktuella sjuksköterskor samt ett informationsbrev till klinikchefer / liknande där sjuksköterskorna arbetade (bilaga 2). Enkäten kodades med tre siffror. Genom att titta på en av siffrorna kunde



författaren snabbt känna igen vilket sjukhus enkäten kom ifrån. Sista svaret kom in den 21 februari 2001. Vid bearbetning av materialet upptäcktes i två fall att respondenter hade glömt bort att svara på en hel sida. Efter personlig kontakt kompletterades dessa två frågeformuläret i efterhand (skriftligt).

## Dataanalys

Excell dataprogram användes för att ge resultatet en grafisk framställning. Ejlertsson (1992) och Backman (1998) gav idéer för att presentera materialet i diagram och tabeller. I bearbetningen av kvantitativ data gjordes ett antal delanalyser varefter två grupper kunde urskiljas: gruppen med ”*patientnära arbete*” och gruppen med ”*ej patientnära arbete*”. I slutarbetet kom även kvantitativa data att betraktas mer som skriven text och betydelsen av siffrorna tonades ner, i uppsatsen använde jag endast några få tabeller och inga diagram, skrev i stället löpande text. Heyman (1995, s 38) beskriver att hon vid behandlingen av svar från frågeformulär ibland bearbetar svaren kvalitativt genom att skriva ner en sammanfattning av tolkningen som hon gjort.

En modell för textanalys som hämtades från Heyman (ibid, s 37) användes vid analysen av kvalitativa data. Analysmetoden innehåller fyra nivåer:

### 1. Registrerings eller identifikationsnivån

Den skrivna texten som utgjordes av svaren på de öppna frågorna skrevs ner ordagrant fråga efter fråga. Respondenterna uttryckte sig på många olika sätt: i kortare eller längre texter, ibland uppställdes svaret i punktform, ibland som om de hade ställt frågor till sig själva. Jag läste texterna efter varje fråga och de samlade svaren blev som en texthelhet.

Första steget i analysen präglades av att jag stod inför en mängd osorterad information som jag registrerade, samtidigt som det fanns ett behov av att, i denna massa, identifiera vissa mönster för att kunna ge materialet en mening.

### 2. Sammanfattningsnivån

När jag börjat identifiera olika mönster i sjuksköterskornas beskrivningar kunde jag förstå att de hade saker gemensamt men även skilda uppfattningar, samt att några hade mer avvikande beskrivningar eller reflektioner.

### 3. Klassifikationsnivån

Jag klassificerade i olika kategorier och subkategorier som jag komprimerade allt eftersom tiden gick. Jag kunde ibland se en koppling till studiens kvantitativa del. Under denna tid läste jag parallellt en mängd artiklar och vetenskapliga arbete och genom detta försökte hitta hjälp och inspiration.

### 4. Syntes- och presentationsnivån

Jag ansträngde mig hela tiden att tänka på textens relevans utifrån uppsatsens frågeställningar och utifrån den tidigare forskningen. Jag försökte ge en tolkning av vad respondenterna ville säga och av deras motiv och sätta detta i ett sammanhang. I den sammanfattande analysen gjordes ett försök att presentera punkter och kriterier som gjorde resultatet mer tydlig och användbar.

## Forskningsetiska överväganden

Sjuksköterskorna som blev aktuella för enkäten kontaktades per brev med information om studien. Deltagande skedde efter samtycke med sjuksköterskorna.

Information gavs att enkätsvaren kommer att få anonyma koder med hjälp av vilka vidare bearbetning och redovisning av resultat kommer att ske. Kodnyckeln kommer att förvaras på säker arkivplats separat från enkätsvaren och otillgänglig för obehöriga. Sjuksköterskorna

informerades om att materialet sparas efter att uppsatsen är färdig och reviderad och att de när som helst kan avsäga sig sitt deltagande i studien under tiden studien pågår.

De intervjuade garanterades konfidentialitet. Genom kodningen blev det fortfarande möjligt för författaren att kunna kontakta enskilda individer vid behov, men omöjligt för någon annan än författaren att kunna identifiera materialet, dvs omöjligt att sätta namn på personerna (MFR - rapport 2000, nr 2 s 40). Citat har redovisats ordagrant utom när citatet innehöll sådant som skulle kunna peka ut en person eller en arbetsplats.

### **Etiskt tillstånd**

En förfrågan gjordes till den regionala forskningsetikkommittén vid KI som lämnade följande svar ” Kommittén ser detta som ett intressant vårdutvecklingsprojekt där bedömning av forskningsetikkommitté ej är nödvändig” (2000-11-24).

## RESULTAT

### Kartläggning

Kartläggningen resulterade i 64 namngivna sjuksköterskor. Från 64 tillfrågade sjuksköterskor erhöles 43 svar från nio sjukhus av varierande storlek och karaktär. Två försök, genom att skicka påminnelsebrev, gjordes för att få in fler svar och om ej svar för att få tillbaka enkätformuläret även ej ifyllt. Det kom inga fler svar trots påminnelsen. Ett större antal sjuksköterskor var verksamma på ett och samma universitetssjukhus där det fanns ett beslut från sjukhusledningen (1999-06-01) att det skulle vara etikombud på varje klinik.

### Beskrivning av sjuksköterskornas villkor och etikarbete

#### *Vilka är de sjuksköterskor som har ett särskilt ansvar för etikarbetet?*

Av 43 sjuksköterskor var 42 kvinnor och en var man. Den manlige sjuksköterskan hade sin befattning i patientnära arbete. Resultatet var inte oväntat då manliga sjuksköterskor hittills varit lågt representerade i yrket.

Sjuksköterskornas *åldersfördelning* presenteras i tabell 1. De flesta respondenter var över 40 år, särskilt tydligt var detta i gruppen som ej hade patientnära arbete.

Tabell 1 Åldersfördelning bland sjuksköterskor med särskilt ansvar för vårdetikarbete inom SLL

Ålder	20-29	30-39	40-49	50-59	60-
Samtliga	8	5	16	13	1
Patientnära arbete	8	4	10	6	0
Ej patientnära arbete	0	1	6	7	1

Sjuksköterskornas *yrkeserfarenhet* visade en spridning mellan mindre än ett år och över 40 års yrkeserfarenhet. Sjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet, mellan 0-5 år, hade oftare ett speciellt ansvar för etikarbetet än sjuksköterskor som hade arbetat mellan 6-10 år. Bland de längst yrkeserfarenhet fanns intresset för etikarbetet kvar efter många tjänsteår. Den största gruppen hade mellan 11-29 års yrkeserfarenhet och utgjorde drygt hälften av alla respondenter. Bland sjuksköterskor som inte hade patientnära arbete hade alla utom en mer än 10 års yrkeserfarenhet.

Sjuksköterskorna hade sina befattningar inom många olika *specialist områden*, de flesta inom medicin följd av anesthesi- och intensivvård och barn. Kirurgi var den specialitet som hade lägst representation. Alternativ som angavs under ”*annat*” var administration, kvinnosjukvård,

operation, öron och onkologi. Några sjuksköterskor hade utbildning som huvuduppgift och lika många hade en chefsposition. En sjuksköterska forskade. Drygt hälften av sjuksköterskorna hade patientnära arbete.

### ***Vilka kunskaper har sjuksköterskorna?***

Det konstaterades en högre *utbildningsnivå* hos sjuksköterskor som ej hade patientnära arbete. Fyra respondenter med äldre utbildningar ansåg att de helt saknade utbildning i etik. Antalet svar blev högre än 43 (n = 43), några respondenter valde mer än ett svar. Under ”annat” angavs egna studier genom att läsa litteratur i ämnet och etikutbildning genom internkurser. Svarsfördelningen finns återgiven i tabell 2.

Tabell 2 Utbildningsnivån i vårdetik bland sjuksköterskor med särskilt ansvar för vårdetikarbete

Utbildning	Samtliga	patientnära	ej patientnära
Ingen	4	2	2
Grundutbildning	22	19	3
Specialist utb.	14	6	8
Magisterkomp	2	0	2
Forskar utb.	0	0	0
Annat	5	0	0

Respondenterna tillfrågades om de hade *möjlighet att delta i etikutbildningar / konferenser* på betald arbetstid och svarsalternativen var a) Nej, aldrig, b) Ja, ibland, c) Ja alltid. En sjuksköterska i patientnära arbete svarade att hon aldrig fått den möjligheten. Tre fjärdedelar kunde gå ibland. En fjärdedel hade alltid möjlighet att gå. Ingen tydlig skillnad kunde ses mellan gruppen som hade patientnära arbete och gruppen som inte hade patientnära arbete.

Det vanliga var att sjuksköterskorna hade haft *ansvaret för etikarbetet* en kort tid. Två tredjedelar hade mindre än 2 års erfarenhet av etikarbetet, en tredjedel hade mellan 2 och 5 års erfarenhet, en hade mer än 6 års erfarenhet. Bland gruppen som inte hade patientnära arbete var fördelningen annorlunda, ingen sjuksköterska hade mindre än två års erfarenhet.

### ***Vilken plats har sjuksköterskorna och etikarbetet i organisationen?***

Sjuksköterskorna arbetade med vårdetik på olika nivåer inom organisationen: knappt hälften hade ansvar på avdelningsnivå, en tredjedel på kliniknivå, några få på divisionsnivå och en femtedel på central nivå (sjukhusövergripande). I gruppen med patientnära arbete hade majoriteten ansvar på avdelningsnivå, några på kliniknivå, någon enstaka på centralnivå. I gruppen med ej patientnära arbete hade sjuksköterskorna oftare ansvar på divisionsnivå eller centralt på sjukhuset, några få på avdelningsnivå.

Nästa fråga belyste på vilket sätt sjuksköterskorna hade *fått ansvaret för etikarbetet*. Hälften svarade att de själva hade anmält sitt intresse för att arbeta med etik, en tredje del tillfrågades av sin chef på avdelningsnivå, några få hade blivit tillfrågade av klinik- eller sjukhusledningen. I gruppen som hade patientnära arbete hade ett större antal blivit tillfrågade av sin chef på avdelningsnivå. I gruppen som inte hade patientnära arbete hade fler sjuksköterskor anmält själva sitt intresse för att arbeta med etikfrågor

Resultatet visade att enligt sjuksköterskorna fanns ingen tydlig *arbetsbeskrivning* bakom etikarbetet. En respondent kunde säga att hennes arbetsbeskrivning för etikarbetet var ”absolut tydlig”, några svarade ”i hög grad”, hälften var tveksamma och svarade ”i viss mån”, en tredjedel svarade att etikarbetet helt saknade en tydlig arbetsbeskrivning.

*Ansvaret för etikarbetet* delades med olika personalkategorier. Ett antal sjuksköterskor stod ensamma men de flesta hade stöd av en eller flera andra i personalgruppen, oftast blandade personalkategorier. Det mest förekommande var att sjuksköterskorna delade ansvaret med en läkare eller en sjuksköterska följd av en undersköterska. Under ”annan personalkategori” fanns divisionschef, etikgrupp, sjukhusledning, sjukhuspräst.

Följande fråga syftade på tidsfaktorn, dvs sjuksköterskornas *avsatt tid för etikarbetet*. Svarsalternativet var ”ja” eller ”nej”. Det fanns skillnader mellan grupperna, en tredjedel av sjuksköterskorna i patientnära arbete hade avsatt tid medan i gruppen som inte hade patientnära arbete hade två tredjedelar avsatt tid. Totalt sett hade hälften av respondenterna avsatt tid, hälften inte.

Samtliga tyckte att deras *etikarbete hade betydelse* för verksamheten. Största delen, drygt hälften svarade att deras etikarbete hade ”i hög grad” betydelse för verksamheten. Resten var tveksamma och svarade ”i viss mån”, frågan gav inte möjlighet till att uttrycka variationerna.

Sjuksköterskorna tillfrågades om de ansåg att *etikarbetet prioriterades* på deras arbetsplats. Två tyckte att etikaktiviteter ”klart” prioriterades inom deras ansvarsområde. 36 var tveksamma och befann sig i en grå zon där enkätens konstruktion gjorde det svårt att uppfatta variationerna. Fem sjuksköterskor svarade att etikarbetet inte alls prioriterades, dessa var alla i patientnära arbete.

### ***Hur arbetar sjuksköterskorna?***

*Etikarbetet dokumenterades* enligt följande: 38 procent ”alltid”, 41 procent ”ibland” och 21 procent ”aldrig”. Enkäten gav ingen möjlighet att veta vad som uttrycktes under det alternativa svaret ”ibland” och även för sjuksköterskorna som hade svarat att de alltid dokumenterar skulle det behövs en närmare granskning för att få en uppfattning om vem dokumenterade, vad det var som dokumenterades, i vilken omfattning och i vilket syfte.

Vid frågan om de hade en *plan för utvärdering* svarade 93 procent att det inte fanns någon plan. Svarsalternativet var ja eller nej. Några respondenter undrade om de hade förstått frågan rätt: vad menar man med en utvärderingsplan för etikarbetet?

Resultatet visade att de ”fyra etiska principerna”, autonomi / integritet, göra gott, icke skada samt rättvisa, var den *referens* som sjuksköterskorna återkom gärna till. De ”yrkesetiska riktlinjerna” visade ingen generell förankring hos sjuksköterskorna. Lika många stödde sig på ”sjukhusets etiska riktlinjer”. En sjuksköterska angav att hon endast utgick från sjukhusets

riktlinjer, i det fallet koncernens riktlinjer. ”Egen livsåskådning / tro” kunde lika många tänka sig referera till. Under svarsalternativet ”annat” angavs litteratur, sunt förnuft, allmänna deklamationer / etiska riktlinjer och etiska teorier. Allmänt angavs olika möjliga kombinationer och i vissa fall kryssades för alla svarsalternativen med kommentar att det som användes var ”det som behövdes för tillfället”.

I fråga om vilken *modell för etikarbetet* sjuksköterskorna föredrog eller använde (tabell 3) fanns fyra olika svarsalternativ. Respondenterna valde nästan aldrig endast ett alternativ, de angav genomgående flera svar, oftast i en kombination mellan alternativ a), b) och ibland c).

Modellerna är en omarbetad version av Göhtlin och Lantz (1993) modeller.

Tabell 3 Val av modell för etikarbete bland sjuksköterskor med speciellt ansvar för vårdetikarbetet inom SLL

a) att upprätthålla en hög medvetenhet och kunskap om etiska frågor	40 %
b) att inventera aktuella etiska problemsituationer och ta fram förslag till normer, regler och riktlinjer för att förbättra rutiner för etikdiskussion och beslut	42 %
c) att ta fram faktaunderlag samt att diskutera patientfall inför beslut i personalgruppen tillsammans med en etikkonsult med stödjande funktion	15 %
d) att anmäla patientfall till extern etikrevisor för granskning och bedömning	3 %
e) annat	0 %

### ***Hur ser etikgrupperna ut?***

#### *Förekomst*

74 procent tillhörde en etikgrupp, i vissa fall flera etikgrupper på olika nivåer. Etikgruppernas placering i organisationen var jämnt fördelad mellan avdelning, klinik / division och sjukhusövergripande. Två respondenter saknade kännedom om vilken nivå det handlade om. Flera respondenter uppgav mer än ett svar, det kan tyda på att det var för många sjuksköterskor oklart om de tillhörde en etikgrupp och i så fall vilken, om det existerade etikgrupper på flera nivåer.

#### *Existenstid*

Etikgrupperna var överlag nybildade, i flera fall hade etikgruppen precis startat, dvs en existens på några månader eller något år, 47 procent mellan 0 – 2 år. I 25 procent av fallen kunde respondenterna inte ge ett svar, de saknade information om etikgruppens historik.

#### *Uppdrag*

Det fanns delade meningar bland sjuksköterskorna om graden av tydlighet i etikgruppens uppdrag. Det var svårt att tolka vad som gömde sig bakom svaret ”i viss mån”, ett tydligt uppdrag kunde finnas men respondenten kände inte till det. Ändå tyckte 42 procent av respondenterna att uppdraget var ”absolut tydligt” eller i ”hög grad tydligt”, 15 procent tyckte tvärtom att uppdraget var ”absolut inte tydligt”.

*Finansiering*

Etikgrupperna hade i 47 procent av fallen någon form av finansiering. Det säger inte i vilken grad, inom vilka ramar, i vilken form, om gruppen kunde bestämma själv över resursernas användning eller inte. Flest fick pengar centralt från sjukhuset, några från klinik / division, en från fonder men ingen från en avdelning. Tre respondenter hade ingen aning om gruppen hade några tillgångar. Ingen svarade att etikgruppen tog emot pengar från privata företag.

*Sammanfattning*

Tabell 4: Utmärkande drag i sjuksköterskornas beskrivningar

<b>Kön</b>	Nästan uteslutande kvinnliga respondenter.
<b>Ålder</b>	De flesta respondenter var över 40 år, särskilt tydligt var detta i gruppen som ej hade patientnära arbete.
<b>Yrkeserfarenhet</b>	Den största gruppen hade mellan 11-29 års yrkeserfarenhet och utgjorde drygt hälften av alla respondenter
<b>Specialitet</b>	Flest arbetade inom medicin, nio specialiteter var representerade
<b>Arbetsområde</b>	50 % fanns i patientnära arbete
<b>Utbildning</b>	Alla utom fyra hade minst en grundutbildning i etik. Högre utbildning i gruppen med ej patientnära arbete
<b>Fortbildning</b>	En fjärdedel hade alltid möjlighet att delta i etikaktiviteter, tre fjärdedelar kunde ibland.
<b>Erfarenhet i etikarbetet</b>	Drygt 60 % hade kort eller mycket kort erfarenhet (mindre än två år)
<b>Plats i organisationen</b>	De flesta fanns på avdelnings- och klinisknivå. Bland de äldre var det vanligt att ha ett ansvar högre upp i organisationen
<b>Beslut om uppdrag</b>	50 % sökte sig själva till uppdraget
<b>Arbetsbeskrivning</b>	Stor osäkerhet om vad arbetsuppgifterna var
<b>Delat ansvar</b>	Var vanligt förekommande, främst tillsammans med läkare, annan sjuksköterska och undersköterska.
<b>Tid för etikarbete</b>	Bland sjuksköterskorna i patientnära arbete hade 37 procent avsatt tid medan i gruppen som inte hade patientnära arbete hade 67 procent avsatt tid.
<b>Etikarbetets betydelse</b>	Stor betydelse. Ingen svarade att deras etikarbete saknade betydelse för verksamheten.
<b>Etikarbetets prioritering</b>	Etikarbetet gavs nästan aldrig första plats. Kunde även saknas helt.
<b>Dokumentation</b>	Få visste om etikarbetet dokumenterades
<b>Utvärdering</b>	Saknades nästan överallt

<b>Använda referenser</b>	De fyra etiska principerna var första hands val för många, oftast i kombination med annat
<b>Modeller för arbetet</b>	Få valde en modell med inblandning av personer utanför vården
<b>Etikgrupper</b>	I stor omfattning nybildade. Sjuksköterskorna var osäkra om de verkligen tillhörde en etikgrupp

---

## Sjuksköterskornas upplevelser av etikarbetet

### *Sjuksköterskans uppfattning av sin roll som etikansvarig*

#### *Förmedla kunskap*

De etikansvariga var övertygade om etikens roll i vården och upplevde även etik som avgörande för sin yrkesroll: *"För mig är det viktigt med etik för att jag i min yrkesroll skall kunna göra ett bra arbete"*.

Enligt respondenterna hade de som etikansvariga en viktig funktion på lokalnivå, de behövdes på arbetsplatsen eftersom de på ett naturligt sätt kunde förmedla information om etik, höja kunskapsnivån och följa upp genom att planera etikaktiviteter som personalen var i behov av för att förbättra vården.

En sjuksköterska var beredd att ta initiativ för utbildning, seminarier, handledning, etc samt genomföra och följa upp.

Följande exempel illustrerar vad som kunde praktiskt hända när en etikansvarig sjuksköterska drog igång etikarbetet:

*Vi på kliniken... gjorde en inventering av etiska problem på arbetsplatsen med hjälp av en enkät till all personal... Vi har diskuterat vad vi kan göra och vad vi vill göra.*

Ett mindre antal sjuksköterskor, till exempel vårdlärare och utbildningssjuksköterskor som redan var engagerade i utbildningar av olika slag, ansåg att deras roll var att själva undervisa och handleda. En sjuksköterska skrev : *"Jag vill använda mina kunskaper och inte minst erfarenheter i undervisning och handledning"*.

Sjuksköterskorna lyfte fram informations- och kunskapsförmedling som en stor del av deras roll. De uttryckte viljan och nödvändigheten att berätta för arbetskamraterna om den information de hade fått av etikkommittén vid träffar för etikansvariga, att få möjlighet att dela med sig av nyförvärvade kunskaper. De önskade regelbundet kunna dela ut material till personalen i form av till exempel vetenskapliga artiklar, nya etiska riktlinjer och föreskrifter, litteratur och andra tips.

#### *Höja den etiska medvetenheten*

Sjuksköterskorna upplevde att personalen i allmänhet inte alltid verkade kunna identifiera laddade och riskabla situationer och att de inte alltid reagerade när de ställdes inför ett etiskt problem. I egenskap av etikansvariga ville respondenterna förändra detta genom att till exempel skapa intresse samt öppna dialog med sina medarbetare vad gällde vårdetiska frågor.



Enligt många sjuksköterskor hade etikarbetet en mycket stor betydelse för vården och de upplevde att de hade stor del i uppgiften att lyfta fram etiken

*Det är ett mycket viktigt område, jag vill att fler människor engagerar sig... Inte bara att vi som är i gruppen är engagerade. Det är lätt att man själv inte tar ställning i dessa svåra frågor.*

I rollen ingick ansvar för att se till att personalen hade en etisk medvetenhet och att alla i arbetsgruppen skulle kunna vara kapabla att starta etiska diskussioner vid behov. Ett återkommande inslag blev att den etikansvariga sjuksköterskan var den i personalgruppen som skulle kunna identifiera och uppmärksamma etiska problem för att sen ta upp dessa till ytan.

Den allmänna uppfattningen var att etikansvariga skulle hjälpa andra i arbetsgruppen att tänka i etiska banor samt öka den etiska medvetenheten hos personalen i det dagliga arbetet. Det påpekades att hela personalgruppen inte fick glömma att var och en hade ett ansvar, att ingen individ skulle kunna låta bli att engagera sig för att det på arbetsplatsen fanns etikansvarig personal

*Jag anser att etikarbetet måste vara allas ansvar, var och en har ansvar för sina egna handlingar.*

Några respondenter tyckte att sjuksköterskans speciella plats i organisationen gjorde det lättare för henne att bevaka de etiska frågorna än för de övriga yrkeskategorierna.

*Sjuksköterskan som part i ett vårdetiskt arbete är mycket viktig då de oftast förekommande etiska frågeställningarna berör omvårdnadsarbete. Sjuksköterskan som den sammanhållande person på en vårdavdelning är den som lättast bör reagera på de vårdetiska dilemman som uppkommer. En sjuksköterska bör sitta med i alla vårdetiska konstellationer i hela organisationen lokalt som central, men att även undersköterskor och läkare är med är viktigt.*

En sjuksköterska inom barnsjukvården kunde tänka sig att hennes roll innebar att vara den som ”ser” när det kom upp etiska problem och hon i egenskap av etikansvarig kunde ta ansvar för att samordna klinikkonferenser då behovet fanns angående barn som vårdas på avdelningen.

*...genom att i många sammanhang ta upp etiska frågor hoppas jag att det ska få igång mina arbetskolllegors etiska medvetenhet...*

#### *Driva den etiska diskussionen*

Det fanns en onödig tystnad kring de moraliska frågorna på de flesta arbetsplatser. De etikansvariga på olika nivåer ville råda bot på detta genom att aktivt och kraftfullt se till att den etiska diskussionen kom igång och den nödvändiga dialogen startades. De insåg att de var viktiga personer som genom deras egna engagemang i etikfrågorna kunde smitta av sig, dra med sig andra. Några såg sig som en ”motor till den etiska diskussionen”. Respondenterna ville se till att ta upp med den berörda personalen de etiska aspekter i vård situationerna så ofta som möjligt.

De etikansvariga hade olika ansvarsområde beroende på vilken nivå i organisationen de befann sig men det visade sig inte vara någon skillnad i hur de tyckte att de skulle agera. En sjuksköterska som satt centralt med ett allmänt ansvar för kvalitets- och utvecklingsfrågor på ett mindre akutsjukhus skrev på ett liknande sätt som den som arbetade på avdelningsnivå att:

*Min roll är att alltid lyfta fram etikfrågorna i snart sagt alla sammanhang, dvs samtal med sjukhusledningen, enskilda klinikchefer, chefssjuksköterskorna, i personalgrupper, med sjuksköterskestuderande, med handledare.*

En levande etiskdiskussion på arbetsplatsen ansågs som nödvändig ur många olika synvinklar, främst för att reflektionen var en garant för att det fanns en hög etisk kompetens och en hög etisk medvetenhet i personalgruppen. En levande etiskdiskussion hade enligt sjuksköterskorna en stödjande och hälsosam effekt och var en förutsättning för att kommunikationen mellan olika aktörer blev en verklighet.

En sjuksköterska med ledningsansvar för omvårdnad och personalfrågor på ett stort universitetssjukhus sammanfattade rollen som etikansvarig så här:

*- I etikgruppen: bibehålla samt höja (den etiska) kompetensen, se till att utrymme finns för reflektion, kontinuerlig kommunikation med ledningsgrupp.*  
*- I arbetsgruppen: ”skapa” diskussion i gruppen som leder till reflektion, uppmuntra till öppet förhållningssätt, stödja kollegor vid ifrågasättande, uppmuntra / skapa utrymme till dialog mellan olika yrkeskategorier.*

#### *Främja dialogen, stödja personalen*

I rollen som etikansvarig skapades en bild av en person som hade som människa, förutsättningar för att skapa ett forum på arbetsplatsen som hade en viss stil, karakteriserad av öppenhet, medmänsklighet och förståelse för att andra kunde tänka olika. En sjuksköterska tyckte till exempel att hon och hennes etikansvarige läkarkollega hade ett ansvar att visa sig öppna så att personalen skulle kunna förstå att alla personalkategorier var välkomna med idéer och förslag. Andra pekade på vikten av att skapa ett ”forum för etik”, att alla i arbetsgruppen skulle känna sig trygga att ta upp allmänna frågor om ”vad vi gör på kliniken i mötet med patienter och anhöriga samt varandra”. Allt som togs upp behövde inte leda till en djupare etiskdiskussion men det öppna klimatet kunde hindra att viktiga frågor passerade obemärkt. En respondent beskrev sin roll som att ”legalisera” att man har olika åsikter och att det är inte så enkelt som rätt och fel.

Dessa sjuksköterskor med ett speciellt ansvar för etikarbetet ville inte framstå som experter / specialister på arbetsplatsen dvs ta över etikarbetet, var och en i hela personalgruppen hade sitt eget ansvar. I följande citat refererade respondenten till sig själv och hennes läkarkollega: ”Vi är absolut inga specialister utan etiska diskussioner pågår hela tiden i patientvården”.

I rollen ingick även att se till att ingen person eller personalkategori fick ställa sig / lämnas åt sidan, detta för patientens och personalens skull. De etikansvariga såg till att ge stöd till andra eller att ”ge styrka till andra” som ytterliggare viktiga inslag i deras roll ”stärka personalen i etiska konflikter med andra personalkategorier, anhöriga och patienten”. Det kanske var ännu mer motiverat att ställa upp för nyanställda eller nyutexaminerade. Ett exempel från en sjuksköterska med ansvar för utbildning och träning av nyutexaminerade sjuksköterskor.

*Min roll är att stimulera (ny utbildade) sjuksköterskor till att tänka etiskt... att de skall förstå och få handlingsberedskap att ta itu med etiska dilemman de kommer att stöta på i yrket.*

Sjuksköterskan som etikansvarig ville vara till för alla personalkategorier. En skrev till exempel att hon önskade fungera som ett bollplank för alla arbetskamrater. Att det råkade vara en sjuksköterska som hade fått ett särskilt ansvar för etikarbetet relaterade de inte ofta till sitt eget yrke. Ibland som i det exempel som följer kunde de påminnas om att när de satt centralt i en etikkommitté hade sjuksköterskan rollen som representant för sin egen yrkeskår, men alltid med en eftertanke om att andra yrkeskategorier också räknas med

*Man skulle också kunna kalla mig för etikombud för sjuksköterskor . Jag ser mig som en kontaktperson för sjuksköterskor och också för annan personal här på sjukhuset.*

### *Stärka patientens ställning*

De etikansvariga sjuksköterskor beskrev inte i detalj den mer individuella relationen mellan patient och vårdare. Syftet med etikarbetet var ändå självklart för alla, att det i slutändan skulle ge en bättre kvalitet på vårdhandlingen och allmänt minska riskerna för att det skulle finnas dåliga vårdhandlingar orsakade av okunskap i etik och brist på etisk medvetenhet ”vi måste prioritera etiska frågor och behandla våra medmänniskor med respekt och värdighet...Jag tror att vi har en viktig funktion att fylla”. Att etiken var mycket viktig i sjukvården framkom hela tiden i berättelser med kommentarer om att etiken var nödvändig för att arbetet skulle bli bra, för att göra ett gott arbete.

*Jag ser etik som ett av de allra viktigaste ämnena i vården. Etik kan integreras i nästan alla situationer.*

Ibland nämndes patienten särskilt och det påpekades att med uppdraget som etikombud eller etikansvarig följde ett tydligt ansvar gentemot patienten ”...jag ser mig som patientens advokat, som etikombud och sjuksköterska är det min uppgift att värna om patientens integritet”. I rollen som etikansvarig tycktes det vara viktigt att lyssna på patientens synpunkter och att diskutera vidare i personalgruppen de etiska problem som uppenbarats sig, aktualisera och föra fram saker som blev belysta ur patientens synvinkel. Den etikansvarige skulle hålla ett öga på att vården bedrevs utifrån patienten, att vårdarbetet hade patienten som utgångspunkt.

Sjuksköterskorna ansåg även att de hade en skyldighet att skydda patienten mot vissa personalkategoriernas syn på vad patientens bästa eller önskemål kunde vara:

*Det händer många gånger att vi står på olika nivåer och att vi som avdelningspersonal har en mer öppen syn på att det kanske inte är för barnets bästa att fortsätta ”in absurdum”.*

Ibland insåg sjuksköterskorna att rutiner för kvalitetssäkring, dokumentation m.m på deras arbetsplats inte resulterade i att patienten fick en bättre vård. Då sökte de en annan väg, etikens väg:

*Jag ser att (modellen med) omvårdnadsansvarig sjuksköterska inte fungerar som det skall, ej heller dokumentationen, etikarbetet är ett sätt att närma sig patienten.*

### ***Vad sjuksköterskorna personligen upplevde av att arbeta som etikansvariga***

Många sjuksköterskor uttryckte att etikarbetet hade betydelse för dem själva och gjorde att de förändrades och utvecklades.

#### *Ökad benägenhet att reflektera*

Respondenterna märkte att de funderade mer över sitt handlande när de hade börjat ta mer ansvar för etikarbetet och att de växte med uppgiften:

*Jag upplever mer och mer att allt mitt handlande och mina tankar handlar ytterst om min inställning till etik och moral. Detta ger min vardag och min arbetsituation en större betydelse.*

Att vårdetikarbetet utvecklade sjuksköterskan som person hade i förlängningen betydelse för vården genom att hon delade med sig av sina reflektioner till andra i personalgruppen. En etikansvarig tyckte att hon reflekterade mycket mer nu om "hur de gjorde" på arbetsplatsen och "hur de borde göra". Hon drog slutsatsen att denna större benägenhet till självreflektion berodde på att hon hade fått detta speciella ansvar för etikarbetet. Hon tillhörde en etikgrupp och hade för vana att ta de egna reflektionerna med sig till etikgruppen.

#### *Ökad känsla av tillfredsställelse*

En del respondenter kände stort ansvar för uppgiften och en slags stolthet genom bekräftelse från chefer och medarbetare. Etikarbetet lyfte fram och tydliggjorde sidor hos dem själva som de inte vetat om innan och som blev uppskattade av andra. Sjuksköterskornas uppfattning av egen betydelse visade på olika grader i en skala man kunde tänka sig från ingen alls till stor. En sjuksköterska konstaterade att trots att hon inte hade nått så långt ännu hade hon positiva förväntningar för *framtiden* "Idag har jag ingen stor betydelse men jobbar för att förändra det".

En annan berättade att etikarbetet hade öppnat en ny spännande värld för henne, hon påpekade att hon som etikansvarig upplevde en sann glädje i etikarbetet: " *själv tycker jag att det är mycket spännande. Även om man tar upp och diskuterar små frågor*".

#### *Ökade kunskaper*

Några respondenter insåg att det särskilda ansvaret för vårdetikarbetet hade betydelse för deras egen utveckling till exempel att få tillfälle att lära sig att argumentera bättre, att träna sig i att se etiska problem från ett vidare perspektiv, att fördjupa sig i etik som ämne. Andra såg en möjlighet att genom etikarbetet kunna hålla sig a jour inom aktuell forskning inom etik / omvårdnad.

En sjuksköterska som hade haft ett speciellt ansvar för etiken i många år insåg att det inte alltid var självklart att man kunde klara av allting. Det är ett svårt och känsligt område och att ha ett ansvar för etikarbete innebar också att personen hittade sina egna gränser och kunde fortsätta inom de ramarna som blev rimliga för en själv.

*Jag har från början varit mera en organisatör och samordnare då vi hela tiden haft handledare utifrån som hjälp oss med patientfall. Med tiden har givetvis mina kunskaper i etisk teori fördjupats men jag tycker fortfarande att det är svårt att själv vara handledare.*

### **Positiva upplevelser av vårdetikarbetet på arbetsplatsen**

#### *Ökat samarbete över gränserna*

Sjuksköterskorna visade i sina svar att de var mycket inriktade på ett aktivt deltagande av alla yrkeskategorier. Ett förekommande inslag var att samarbetet var mycket viktigt och att etikarbetet främjade det.

*Etikarbetet och diskussion är en självklarhet på min arbetsplats. Vi har en öppen diskussion i ämnet bland alla personalkategorier.*

De etikansvariga var eniga om att gemensamma utbildningar och tillfälle för diskussion gav resultat, det var bra med etikutbildning där alla personalkategorier var representerade.

Etikarbetet i etikgrupperna var ett annat exempel där ett gemensamt intresse för etiken gjorde att ett naturligt samtal kunde föras med representanter från flera olika yrkeskategorier.

*Det är bra att olika yrkeskategorier sitter med i etikutskottet då vi alla har olika synvinklar på saker... de olika yrkeskategorierna är också spridda från olika områden på sjukhuset.*

En etikansvarig tillhörde en nybildad etikgrupp och hade fått mycket god erfarenhet av diskussionerna i gruppen, hon önskade att alla, överallt erbjöds samma möjlighet: ”*Vi har inte haft etikgruppen så länge, men det är nödvändigt att det finns på varje klinik*”

Genom etikarbetet tyckte sjuksköterskorna att det fanns en rimlig chans att diskutera grundläggande frågor med hela teamet och genom detta en chans att upprätthålla ett etiskt förhållningssätt i det dagliga vårdarbetet.

#### *Tillåtande attityd*

Genom att arbeta mer systematiskt med etikfrågorna såg sjuksköterskorna en attitydförändring växa gentemot etik på arbetsplatsen. Det blev lättare, mindre laddat att ta upp etikfrågorna som ett naturligt inslag i vården och personalen vågade oftare komma fram till etikansvarig personal med sina funderingar. En sjuksköterska beskrev att det numera fanns en ständigt levande diskussion i personalgruppen. Etikarbetet gav personalen på arbetsplatsen en möjlighet att bättre identifiera etiska problem och en bekräftelse att de etiska frågorna var ”*en del i patientens tillfrisknande*” samt att det blev ”*legalt att tala om det etiska i händelseförloppet*”. Etikarbetet stod bakom en begynnande öppenhet och början till att skaffa sig ett beredskap för att ”*se behovet och ta tag i det*”.

En etikansvarig märkte att nu fanns det en acceptans att diskutera utifrån ett etiskt synsätt, en annan att det fanns bland personalen en medvetenhet om etikarbetets betydelse för patienten och inte minst för personalen.

För att etikarbetet skulle lyckas spelade avdelningens stämning en viktig roll: sjuksköterskorna upplevde att många bland alla personalkategorier öppnade sig och

diskuterade etiska frågeställningar, det gav en bra atmosfär inom personalgruppen och de flesta ville och vågade ifrågasätta handlingssätt och attityder mot patienterna. Genom denna öppenhet och känsla av tillit kunde personalen också finna stöd hos varandra ”*det är tillåtet att tycka och ha åsikter och det finns också ett stort stöd att hämta hos varandra*”.

Ett antal respondenter hade upplevt en förändring i personalens attityd efter en tid med etiska diskussioner och etikaktiviteter:

*På min arbetsplats upplever jag att flertalet av mina kollegor reflekterar mer än tidigare vilket jag upplever som mycket positivt.*

En sjuksköterska från en klinik med flera etikansvariga och regelbundna etikaktiviteter kommenterade

*Jag kan se en utveckling både hos sjuksköterskor och läkare mot en ökad medvetenhet om etiska problem...förståelsen har ökat och även medvetenheten.*

#### *Upplevelsen av ledningens intresse och stöd*

Att få chefens stöd upplevdes av sjuksköterskorna som det bästa de kunde få för att lyckas med sitt uppdrag. Svaren genomsyras av en outtalad stolthet att ha nått fram till den som är chef. Sjuksköterskorna på sjukhus där det fanns ett aktivt och strukturerat etikarbete kände att ett första, avgörande steg hade tagits. De var nöjda med sjukhusets satsning på etikarbetet, det var avgörande tyckte de för att hålla den etiska diskussionen vid liv och gav stöd och näring till etikombuden och den övriga personalen, ett lyft för alla i en svår vardag.

*Det känns som sjukhuset satsar på vårdetik. På de träffar som anordnas i samband med föreläsningar känns stödet från Etikrådet bra.*

En sjuksköterskerepresentant i en etikkommitté beskrev att hon blev mycket nöjd med beslutet i etikkommittén att anordna små etikcirklar på enhetsnivå i stället för att endast ägna sig åt ett rent administrativt arbete ”...*det är mycket betydelsefullt att komma ner till nivån där etikens alla regler används praktiskt (avdelningsarbete)*”.

Genom att etikkommittén anordnade träffar med etikansvariga från olika personalkategorier och olika specialiteter kunde det upptäckas hur stort behov det fanns ute på arbetsplatserna att få kunna prata om etiska problem.

Dessa möten gav också tillfälle för alla parter att inse att det existerade olika problem och olika sätt att lösa dessa, att det fanns mycket att hämta hos varandra. Respondenterna ville gärna ha ett stöd och ett samarbete ”*Bra att tillsammans med etksamordnaren på sjukhuset ordna föreläsningar och diskussioner i etik*”.

Att det fanns etikråd, etikombud lokalt och en ansvarig person på central nivå upplevde sjuksköterskorna som

*...oerhört värdefullt, det kommer säkert att ta tid men arbetet kommer att bära frukt i ett längre tidsperspektiv.*

De önskade att etikombud skulle finnas på varje klinik, det upplevdes som viktigt att det fanns någon att vända sig till, att det var någon som ”*höll ihop allt och såg till att utbildning och diskussion fortsätter*”.

En sjuksköterska från ett mindre sjukhus förklarade

*... det är viktigt med etiska ombud på alla enheter då etiska aspekter ständigt kan diskuteras och nya etiska problem alltid uppstår. Någon som har intresset och "leder" diskussionerna framåt.*

Enligt respondenterna var det avgörande att ledningen gav tydliga signaler och visade genom handling att den ansåg att etikarbetet var viktigt. Det kunde också vara värdefullt ur ekonomisk synpunkt att få ett erkännande då det blev lättare att få tilldelade ekonomiska resurser om det var ledningen som stod bakom grundandet av etikkommittén. Många sjuksköterskor önskade att etikaktiviteter skulle anordnas från centralt håll, det gav en helt annan legitimitet och status åt etikarbetet:

*På sjukhuset är det viktigt att detta ämne lyfts på central, högnivå för att visa att ämnet har hög prioritet, men också att i ledningen visa på vilka etiska problem som faktiskt finns. Detta upplever jag har hänt på mitt sjukhus = jättebra!*

*Upplevelsen av positiva förändringar i vardagen*

Några exempel om hur respondenterna uppfattade att etikarbetet fungerade praktiskt: "Vi har högt i tak, vi vågar prata och vi ser patienten detta leder till att vi kan göra etikarbetet till något mycket bra". Etikarbetet gjorde att alla i teamet visste och förstod att det var avgörande med reflektion innan beslut fattades. En sjuksköterska skrev att man kunde

*...klargöra de etiska riktlinjerna och att alla i teamet lär sig att förstå det avgörande i etiken när något beslutas som man inte förstår eller har kunskap om.*

Etikarbetet hjälpte personalen att förstå vikten av att ha en dialog, att bryta tystnaden. Respondenterna rapporterade till exempel att

*De etiska dilemman som uppstod ventilerades vid rapportering, ronder, direkt i vårdarbetet...yrkesprofessionerna tvingades att prata med varandra i de beslut som fattades, om de alternativa åtgärder och konsekvenserna av detta.*

Att organisera etikarbetet genom att bilda etikgrupper upplevdes av många som ett bra sätt att ta upp och diskutera fall. Det gällde att träna och reflektera för att kunna ta bättre beslut:

*Bra att man i det dagliga arbetet tränar sig och blir tvungen att tänka efter varför man gör vissa saker, varför man reagerar som man gör i olika situationer... viktigt att hela tiden reflektera över sitt handlande. Bra att det ingår olika yrkeskategorier i gruppen för att förstå våra olika roller.*

Det kunde kännas lite osäkert när respondenterna startade med etikarbetet men lösningar söktes i verksamheten, hos arbetskamraterna

*Vi är fortfarande litet "vilsna" i etikgruppen men har förhoppning om att inför 2001 arbeta fram en verksamhet, där vi till att börja med får mera preciserade önskemål från våra arbetskamrater, hur vi tillsammans vill arbeta med etikarbete.*

En sjuksköterska kunde stolt beskriva att arbetsplatsen nu präglades av ett etiskt förhållningssätt, något som ökade patientens trygghet och vårdens kvalitet.

*Vi har kommit långt med vårdetikarbetet på min arbetsplats men mycket finns ännu att göra. Vi arbetar med patienten, alltid utifrån en etiskgrund.*

Flera respondenter önskade få kontinuerlig utbildning. Återkommande internutbildning upplevdes som en förutsättning för att uppnå resultat, personalen, efter att de gått etikutbildningar, tog lättare upp etiska frågor till exempel vid rapportering av en patient. En sjuksköterska beskrev: *”Eftersom vi har regelbundet återkommande internutbildning kring etiska frågor tar personalen lättare upp svåra frågor vid till exempel rapporter”*.

Slutsatsen från en annan sjuksköterska blev att en regelbunden etikutbildning hade gett ett förbättrat samarbete, att det hade blivit lättare att skilja vad var ett etiskt problem från annat. Bättre kunskap förvärvat vid gemensamma utbildningar gav en gemensam grund och ett gemensamt språk som underlättade kommunikationen och minskade frustrationen:

*Etisk grundkunskap om de olika begreppen och inriktningarna gör att de flesta kan idag diskutera patient- och vårdssituationer på ett nyanserat sätt... Då man diskuterat många fall genom årens lopp har samtliga anställda fått möjlighet att öka sina kunskaper i de andra yrkeskategoriernas tankar och problem, (detta) leder till mindre frustration och ett bättre samarbete / förståelse.*

Att etikarbetet gav resultat som personalen var medveten om och som hade konsekvenser för vården sågs som glädjande men med den reservationen att det tog tid och att man aldrig skulle låta sig luras att tro att etikarbetet nu kunde vila ett tag. En sjuksköterska skrev:

*Det innebär självklart inte att allt är frid och fröjd vad gäller förståelse och kommunikation men det är bättre och har lett till ett närmande.*

### ***Problem i vårdetikarbetet i relation till patienten och anhöriga***

#### *Personalens förhållningssätt gentemot patienten / anhöriga*

Personalens attityder och känslor hade betydelse för vårdhandlingen. I det vardagliga arbetet kunde det hända att personalen i sin helhet eller några vårdare agerade på ett sätt som kunde utsätta patienten för större risker för bristande bekräftelse, dåligt bemötande och kränkningar. Respondenterna ansåg att vårdarna hade en skyldighet att ständigt reflektera över och påminnas om att deras uppgift och skyldighet var att hjälpa patienten och anhöriga. Sjuksköterskorna pekade på existerande missförhållande, omöjliga att försvara ur etisk synpunkt men som ändå pågick dagligen. Ett exempel var att ha patientsamtal, ge besked, diskutera behandling utan att ta hänsyn till patientens rätt till att få sin integritet skyddad.

En av sjuksköterskorna skrev att: *”Det skulle vara förbjudet med patientsamtal på en flersal!”*



Vårdarna hade olika grader av etisk känslighet och var olika välrustade för att identifiera problematiska situationer. Det kunde respondenterna starkt reagera på och ställa frågan om alla som väljer vårddyrket verkligen var lämpade för det?

*Ibland kan jag irritera mig på hur ovärdigt – omänskligt någon kollega bär sig åt – sällsynt men ändå. Det kan vara svårt och känsligt att säga till och det händer att personalen inte förstår vad man menar. Det är oerhört viktigt att redan under utbildningen stoppa dessa ”oempatiska” typer eller lära dem – om det går?*

Behovet av att ständigt reflektera över sina värderingar och sitt eget handlande sågs som en nödvändig utgångspunkt för att kunna agera utifrån ett etiskt förhållningssätt. Detta var ett arbete som man måste lära sig att göra för sig själv och tillsammans med arbetsgruppen.

*Kontinuerlig diskussion behöver föras om personalens syn på patienten och anhöriga. Ej stämpla besvärlig patient / anhörig utan alltid söka efter förklaringar varför det som sker, sker.*

Några ställde frågan om det inte var så att det uppstod fler etiska problem och att det krävdes mer uppmärksamhet / större medvetenhet på ett universitetssjukhus där så mycket undervisning och forskning pågick. Det kanske fanns där fler tillfällen då risken för kränkning av patientens integritet ökade.

*Kan patienter i sovande tillstånd undersökas av vem som helst? Till exempel göra gynekologiska undersökningar utan att patienten vet om det? Vissa studerande blir upprörda över att det förekommer! Kan jag lita på min doktor? Vilken policy har sjukhuset?*

De svåra etiska frågor vid vård i livets slut bekymrade en del respondenter som upplevde som svårt att hävda patientens rätt till självbestämmande och att skydda patientens integritet. De flesta sjuksköterskor i studien kom från akutsjukvården där personalen sällan hade tillräcklig hög kunskap om palliativ vård och vård av döende. Dessutom hamnade ofta sjuksköterskorna i kläm mellan läkarnas, anhörigas och patientens vilja. Sjuksköterskorna befann sig i svåra, mycket komplicerade situationer och beskrev att det idag saknades rutiner, verktyg och gemensamma riktlinjer, särskilt för specialiteter där dödens problematiken hörde till vardagen.

En sjuksköterska berättade:

*Eftersom jag arbetar med svårt sjuka människor och där en del beslut är livsavgörande är det viktigt för oss med att ha ett etiskt arbetssätt och verktyg för att utföra detta. Det är dessa verktyg vi försöker att hitta och kunna utveckla för att passa vårt arbetssätt. När vi fått mer kunskap och bra verktyg kan det egentliga arbetet börja.*

### *Brist på delaktighet / kontinuitet*

Respondenterna noterade att det fanns svårigheter att informera patienter och anhöriga, att personalen saknade kunskap om hur man gör sjuka människor och deras familjer delaktiga i vården. Det kunde vara så att bristen för information till anhöriga hindrade de att våga gå in och fortsätta att aktivt ta hand om sina sjuka: ”jag har upplevt att anhöriga måste få bättre information om hur de ska ta hand om sina anhöriga, inte vara så rädda att delta i vården”.

Sjuksköterskorna upplevde att för lite plats gavs åt patienten. De önskade att patienterna skulle ha större medverkan och utrymme i teamet och att anhöriga oftare skulle tas tillvara och ses som en resurs och inte ett hinder. En sjuksköterska från barnsjukvården ville att man skulle försöka skapa speciella forum för föräldrar vars barn vårdas / vårdats på avdelningen, dvs där vårdetiska aspekter kan diskuteras och på så sätt engagera anhöriga i etikarbetet. Respondenterna hade en uppfattning om att patient och anhöriga lämnades utan stöd och att detta inte var riktigt. De ville att det skulle finnas möjlighet för patienten och anhöriga att på ett strukturerat sätt få stöd och handledning vid traumatiska upplevelser.

Sjuksköterskan saknade allmänt ett närmare och mer kontinuerligt samarbete med anhöriga, dels för att få veta vilka etiska problem som kunde särskiljas, dels för att dessa vidare skulle lyftas upp till diskussion i personalgruppen och leda till större medvetenhet i framtiden.

*Jag skulle önska en uppföljning med anhöriga till våra patienter för att få feedback och för att kunna förbättra oss när det gäller etik men även när det gäller annat i patientvården och bemötandet med anhöriga.*

Det fanns önskemål att utöka arbetet med stödgrupper för patienter och anhöriga, en anledning var att det blev ett bra sätt att få patientens / anhörigas syn på vården och att få en chans att förbättra vården, idag var det stor okunskap om hur vårdinsatserna upplevdes.

*Att vi har mer anhörig- och patientgrupper som sträcker sig längre än tio veckor...om vi kan ta tillvara våra patienters och deras anhörigas funderingar kring etiska problem kan vi också få respons på det vi gör / bör göra / inte gör.*

En sjuksköterska ansåg att ett pågående vårdetiskt arbete på sjukhuset måste presenteras för patient / anhörig. Det fick inte ske i tysthet då denna kunskap kunde ge respons från patient / anhörig och vara ett mycket värdefullt tillskott:

*En organisation för vårdetiskt arbete måste synliggöras...patienter och anhöriga bör stimuleras till ett deltagande i vårdetiskt arbete. Kanske kan detta ske via patientorganisationer.*

Det upplevdes även brister i informationstekniken som ledde till missförstånd. Det var enligt sjuksköterskorna ofta svårt för patienter och anhöriga att ta in mycket information samtidigt:

*Patienten skall ju få så mycket information som möjligt vid besök hos läkaren, men dels är ju patienten nervös inför besöket och dels är det svårt att ta in mycket information på en gång.*

Enligt en sjuksköterska var det vanligt att patienterna var helt ovetande att de på ett universitetssjukhus skulle ha att göra med studerande och att visa handlingar förekom av ren undervisningssyfte. Det tyckte sjuksköterskan var svårt att acceptera ur etisk synpunkt.

Uppmärksamheten riktades på en del svagheter i patient / vårdare relation: personalen kunde låtit bli att följa lagar, föreskrifter och rekommendationer främst genom bristande information. Det kunde vara särskilt tydligt när det gällde för patienten att bestämma utifrån olika valmöjligheter. Patienterna var ofta ovetande att det kunde finnas fler valmöjligheter. Det fanns en uppmaning att som sjuksköterska bli mer medveten om problemet och att det krävdes insatser för att lyfta fram patientens rättigheter i vården och för att stärka patientens / anhörigas ställning.

#### *Bristande kommunikation och samordning*

Enligt sjuksköterskorna fungerade inte kommunikation vårdare / patient eller vårdare / vårdare särskilt bra. Respondenterna visade en stark känsla för att teamet kring patient och anhöriga måste hålla ihop bättre och fungera väl för att upprätthålla en god etik i vårdhandlingen. Skälen var att med en ökad team känsla och en bättre kommunikation mellan yrkesprofessionerna följde en ökad kvalitet på vården.

Sjuksköterskorna tyckte att alla personalkategorier borde inse att de har en skyldighet att själva delta i diskussionen: läkarna till exempel skulle behöva ingå mer i personalgruppen

*...tyvärr så "kör de sitt race" och inte alltför sällan så känns det som om vi står på olika plan.*

Det fanns ett behov att sitta tillsammans och ta gemensamma beslut och utveckla gemensamma riktlinjer. Sjuksköterskorna upplevde att olika vårdare i ett vårdlag hade ofta helt olika uppfattningar och eftersom riktlinjerna saknades blev patient, anhöriga och personalen lidande.

*Vi får som vårdpersonal en väldigt nära relation till familjen medan läkaren inte alltid ser helheten och skulle därför för – bådass skull - mer ofta i återkommande "sittningar" där vi "pratar ihop oss". Vi behöver riktlinjer och handlingssätt. Vi måste alla sträva mot samma mål och inte beroende på vem som är den ansvarige överläkaren för tillfället.*

Det var inte tillfredsställande att en yrkeskategori endast diskuterade inom den egna yrkeskåren, respondenterna önskade att man skulle kunna kräva att alla andra vårdare kring patienten bjöds in, det var enligt sjuksköterskorna enda sättet att kunna bemöta patienten och familjen väl. "Jobbiga situationer i familjen behöver en enad grupp för att undvika att vi som personal spelas ut mot varandra".

Att alla på en klinik var med att utarbeta gemensamma riktlinjer ansågs som mycket viktigt, det måste finnas en vilja att svara mot behovet att kunna följa gemensamma, välförankrade etiska riktlinjer och handlingssätt. Klinikledningarna skulle finnas med i diskussionen och man gemensamt skulle sätta upp riktlinjer som var förankrade hela vägen. En annan sida som kom fram var att gemensamma etiska riktlinjer behövdes i rättvisans namn: "kliniken skall hantera likvärdiga problem / ärenden på ett likartat sätt, det bör sättas upp en grundpolicy för hela kliniken". Sjuksköterskorna beskrev att det behövdes riktlinjer inte bara för hur etikarbetet skulle bedrivas men även för att skapa ett beredskap, bygga upp rutiner för att stödja vårdarna vid hanteringen av komplicerade situationer. Det fanns en insikt att detta arbete skulle komma att ta tid och att det var bråttom att börja med det.

### *Oförståelse för personalens känslor och behov*

Ett problem var att vårdarna inte alltid upplevde ett tydligt stöd från ledningen och respondenterna beskrev att de genom detta saknade motivering att engagera sig djupare i patientens situation, att ta större ansvar i det dagliga vårdarbetet. Sjuksköterskorna tyckte kunna se att ledningens attityd påverkade den anställdes förhållningssätt:

*Att etiken tydliggörs från sjukhusledningen och mer i organisationen inte bara genom ord men också genom handling. Såsom sjukhusledningen agerar mot personalen agerar personalen mot patienten och anhöriga.*

Flera sjuksköterskor lyfte fram vikten av att personalens känslor / behov inte glömdes bort. Respondenterna ville ha någon som lyssnar när det är svårt, de hade ett behov att få utrymme för att gå igenom traumatiska händelser och konflikter, ett behov att prata ut innan de lämnade arbetsplatsen:

*Då svåra saker händer finns det någon att diskutera med just då, mentor för nya och yngre kollegor?...det är viktigt för alla att få gå genom en omskakande händelse (varje gång det händer).*

Ett problem var att så många vårdare förblev tysta. Respondenterna påpekade att det kunde vara nyttigt att förstå hur arbetskamraterna hade det, att också bry sig om varandra, att hjälpas åt att inte bli likgiltig och distanserad, att man kunde använda sig mer av det goda exemplet den goda attityden:

*En dag då man är på sämre humör kanske man inte orkar vara så där bra som man borde, men hör / ser man en kollega som är ödmjuk, bekräftande m.m mot en patient / anhörig så smittar det positiva av sig. På samma sätt smittar tyvärr negativa attityder av sig – vi måste påminna varann så att vi skärper oss.*

Ett bekymmer var att det fanns en stor del okunskap. Sjuksköterskorna ansåg att en bra kunskapsnivå var avgörande för etikarbetet och vårdens kvalitet. De menade att det var ledningens ansvar att se till att all personal höll en god kunskapsnivå och att graden av etisk medvetenhet hos personalen fick direkta konsekvenser för vården.

*Det är ett kontinuerligt arbete i vardagen som så lätt tappar fotfäste om man inte ger akt på det. Det är ingenting som "lever av sig själv" utan behöver ständigt uppmuntran och näring för att överleva. Kunskap leder till att vi vågar ha tydligare förhållningssätt oavsett grupp.*

### ***Hinder i vårdetikarbetet i relation till personalgruppen och organisationen***

#### *Arbetsgruppens brist på engagemang*

Att arbeta med etikfrågor på arbetsplatsen kunde ibland vara svårt. Sjuksköterskan kunde uppleva att hennes insatser inte hade någon betydelse och att hon dessutom förbigicks när etiska frågor togs upp. Det kändes för den etikansvarige som om hon inte hade någon funktion och att ingen brydde sig om att identifiera etiska problem

*Att vara etikombud på en avdelning ser jag som mycket svårt...Jag finns här om det skulle vara något men många väljer att ta upp det på tu man hand. Det är sällan etiska problem dyker upp på vår avdelning.*

När sjuksköterskan fanns på en avdelning där responsen från övriga i arbetsgruppen var dålig upplevde hon det som ett nederlag. Ibland var det kanske inte så illa att den etikansvarige sjuksköterska kände sig ignorerad men saknaden på medarbetarnas stöd var ett hinder att komma vidare

*Intresset för etik kunde vara större men jag kan inte tvinga fram det. Det är svårt att få medarbetare intresserade av etik.*

Ett problem var personalens känsla för ansvar, att det skilde sig avsevärt från en person till en annan. De flesta respondenter tyckte att det fanns ett individuellt ansvar som ingen kunde komma ifrån och att detta ansvar många gånger var avgörande för vårdhandlingen. Det som kunde hjälpa var att arbeta med sig själv, att växa som människa, man ansåg att detta krävde tid. Självreflektion, kunskap om sig själv, trygghet i sin roll, mod att ge och ta emot samt ständig träning var nyckelorden:

*Att öva dygder som att lyssna, vara närvarande, se helheten osv. Moraliskt mod behöver vi alla träna, lyssna till vårt samvete och våga stå för vad vi säger...Dialogen som metod är viktig.*

Det var svårt som etikansvarig att inte få veta på ett tydligt sätt vad personalen önskade sig, svårt att inte lyckas motivera fler, som att arbeta i motvind: "Det är svårt ibland att komma med förslag till ämne och frågor, då responsen från arbetskamrater kan vara dålig då man går ut med förfrågan till ämne till seminarier".

Det nämndes också att de i personalen som skulle ha behövt som mest delta i den etiska diskussionen var de som aldrig ansåg sig ha tid med etikarbetet.

*Sen är det ju så när det gäller den övriga personalen att de som verkligen behöver upplysas deltar inte medan de som är intresserade och medvetna de kommer.*

Att ha den känslan att etiken inte riktigt togs på allvar, att man talade mer kring ämnet utan att våga ta tag i det, att tiden gick utan att det blev bättre var en situation som upplevdes som upprörande och frustrerande men svår att förändra. Detta var mest påtagligt när det gällde prioriteringar och resursfördelning.

En av respondenterna hade en övertygelse om att alla måste ta sitt ansvar och ta etikfrågorna mer på allvar:

*Jag tror att vi alla måste ta dessa frågor på allvar och till exempel skriva incident rapporter i fler fall för att dessa frågor skall uppmärksammas på högre nivå där man har ansvar för resursfördelning.*

#### *Läkarnas frånvaro i den etiska diskussionen*

Många reflekterade en hel del över läkarna, flera respondenter berättade att de uppfattade att läkarnas icke deltagande i etiska diskussioner var ett stort hinder för att etikarbetet skulle

kunna fungera. En sjuksköterska satte upp som mål att på alla sätt dra in doktorerna i den etiska diskussionen, hon upplevde att

*...det känns som doktorerna är så ensamma i sina beslut.*

Sjuksköterskorna kunde konstatera att läkarna hade en mer utsatt arbetssituation och att deras frånvaro från den gemensamma etiska diskussionen var ett stort hinder. Detta var dåligt för alla parter och det måste ske en förändring. Ibland var det bestämt på en arbetsplats att en läkare och en sjuksköterska skulle dela på ansvaret för etikarbetet men erfarenheten var att det gick sällan att få läkare att hinna med sitt etikarbete. Allmänt ansågs läkarna svåra att nå men alldeles nödvändiga som deltagare i den etiska diskussionen. Sjuksköterskorna önskade innerligt att de kunde prata mer med varandra, förstå varandra bättre.

*Vilka som har svårt att hinna med är läkarna, vilka det är nog så viktigt att få med i etikdiskussioner. Så det viktigaste som vi behöver förbättra är att vi skall få med läkarna!*

### *Tidsbristen*

Tidsbrist kändes som en faktor som påverkade etikarbetet negativt. Det drabbade alla yrkeskategorier. Det upplevdes som mycket frustrerande att som etikansvarig ha fått ett uppdrag men ingen tid avsatt för att fullfölja det, ett stort hinder i etikarbetet. Det fanns ingen tid för den etikansvarige att dela med sig av den information som förmedlas genom etikkommittén och genom föreläsningar och utbildningar de har varit med. Att alltid kämpa för att få tid för etikarbetet kändes mycket tungt. En självklarhet var att alla bör förstå att ”*det måste avsättas tid för etikarbete. Etiska diskussioner skulle behöva plats, komma in naturligt i arbetet*”. En del respondenter tyckte att personalen ibland använde bristen på tid som en dålig ursäkt, flera etikansvariga tyckte att tid fanns om man hade velat.

I nästa inslag fanns en kraftfull synpunkt: bristen på tid kunde aldrig försvara ett dåligt förhållningssätt, så upplevdes situationen för denna sjuksköterska med många års erfarenhet

*Det går att ta tag i saker och ting snabb!*

### *Personalbristen*

I den frågan upplevde sjuksköterskorna otrygghet och maktlöshet, ett stort hot att inte längre ens hinna tänka på vad de gjorde ”*vi är så underbemannade att många inte hinner göra vardags reflektioner*”. De etikansvariga kunde på några arbetsplatser aldrig planera i förväg att vara med på en etikutbildning, ett etikmöte

*Jag kan aldrig vara säker på att få gå på ombudsmöten eftersom det hela tiden saknas personal, trots att min avdelningschef verkligen försöker att jag skall få gå.*

### *Resursbristen*

En sjuksköterska berättade om hennes planer som inte fick gehör hos klinikchefen och hur hon nu använde mycket fritid för att skriva ansökan och ringa till olika fonder i ett försök att skaffa ekonomiska resurser till etikarbetet:

*Klinikens strama ekonomi tillåter ej att vi har det etikarbetet vi vill / behöver ha...därför har vi från eget bevåg sökt stipendium för att kunna utföra vårt etikarbete.*

Från flera respondenter kom det funderingar om vad ledningen egentligen menade när den inte brydde sig om att lyfta fram de etiska frågorna och prioritera etikarbetet, någon undrade ”är det lyx med etikarbete / utbildning?”. Respondenterna hade svårt att förstå att det kunde vara så omständigt att planera för etikarbetet:

*Det borde vara naturligt att upprätta mål och tidsplaner med kostnadskalkyler för våredetikarbete som för...tekniska investeringar.*

### *Bristande stöd och intresse från cheferna*

Sjuksköterskorna ansåg att det skulle vara en självklarhet att klinikchefen delade ansvaret för etikarbetet och gav stöd, det var ändå klinikchefen som hade gett dem uppdraget. I verksamheten fanns det till exempel inget tydligt ”etiskt tänkande” som personalen kunde relatera till, önskemålet var att etiken blev synlig i verksamhetsplanering och verksamhetsuppföljning men det gjorde det inte idag.

En sjuksköterska redogjorde för hennes och etikgruppens upprepade misslyckade försök under ett och ett halvt års tid: etikgruppen på kliniken hade ännu inte kunna få till något möte med verksamhetschefen, inte fått några riktlinjer för hur de skulle bedriva etikarbetet och inte fått veta vad som förväntades av de etikansvariga på kliniken. På en annan klinik hade etikarbetet kommit helt i skymundan till etikombudets stora besvikelse. Hon kunde aldrig planera någonting på grund av brist på stöd och erkännande från cheferna.

*På den klinik där jag arbetar har inte etikarbetet prioriterats speciellt mycket, till exempel har detta ämne aldrig ingått vid planeringsdagar. Detta gör att jag ibland känner mig ensam, vet ej riktigt hur jag skall gå vidare.*

Det fanns mistankar om att cheferna var ovetande att de saknade kunskap i ämnet. Detta accepterades förstås inte som ursäkt, cheferna måste bli mer medvetna, skaffa sig mer kunskap

*Chefer behöver veta mer för att kunna stödja!*

Enligt sjuksköterskorna var chefernas roll att ansvara för att skapa förutsättningar för etikarbetet, för att se till att etiken genomsyrade hela organisationen och att detta blev tydligt för hela personalstyrkan.

*Förankringen uppåt i organisationen måste kännas för personalen på golvet. Det blir tyvärr ofta olika läger och olika språk.*

Ledarens attityd och brist på intresse på alla nivåer påverkade etikarbetet genom att göra det svårare att förankra idéer och förslag. Detta faktum visade på hur viktigt det är att ledningen på högsta nivå prioriterade etikfrågorna ”om inte cheferna tycker att etik är viktigt blir det ingenting av det”. Det fanns ett behov av att i större omfattning än idag visa på vikten av att etikfrågorna lyftes fram både uppåt och nedåt i organisationen.

### *Avsaknad av centrala etiska riktlinjer*

Det ansågs som mycket besvärande att sjukhusledningarna i de allra flesta fall saknade etiska riktlinjer. Sjuksköterskorna tyckte att det behövdes ”tydliggöras vilka principer som ligger till grund”. Ibland var det svårt att tyda dokument beträffande vision, kvalitetsmål m.m.

Dessa dokument hade sällan fått acceptans och förankring hos personalen. När ledningen på ett sjukhus satsade på vårdetikarbetet gav det personalen trygghet. Att det fanns etikaktiviteter som anordnades från central håll tycktes upplevas som en garanti på rättvisa eftersom klinikledningarna hade så olika uppfattningar om hur mycket eller lite plats etiken kunde få ta i verksamheten.

Personalen kunde uttrycka en känsla av att ledningen och politikerna svek medvetet och lämnade över svåra frågor och svåra val till vårdpersonalen, som att lägga ytterligare en sten på vårdpersonalens redan stora börda:

*Prioriteringsdiskussioner bör lyftas fram. Politiker och sjukhusledning bör ta ett större ansvar i sådana frågor där det är för svårt att lägga ner så mycket ansvar på den kliniska vardagen... detta leder till en slutligen utarbetad personal som inte kan stå för det man gör.*

Respondenterna kunde inte förstå varför de inte fick gehör hos ledningen. Det kom många konkreta förslag om hur ledningen skulle gå tillväga och ta nödvändiga beslut för att underlätta etikarbetet lokalt. En sjuksköterska med en mångårig erfarenhet av etikarbete på egen klinik beskrev hur situationen hittills hade varit, dvs att allt etikarbete som gjorts berodde på att det fanns eldsjälur som gav en del av sin egen fritid utan stöd från sjukhusledningen. Detta hade för konsekvenser att etikarbetet endast fanns på ett fåtal kliniker.

*Den typ av kontinuerlig utbildning som vi har borde vara en självklarhet på hela sjukhuset. Det är egentligen konstigt att detta nödvändiga och ytterst viktiga arbete skall finnas bara om det finns några intresserade personer på kliniken som initierar och drar igång det.*

En sjuksköterska formulerade en ”vision” för en bättre framtid:

*Att etikansvariga finns i alla led i en organisation. – Att alla beslut som fattas måste föregås av en etisk diskussion – konsekvenserna av ett tänkt beslut. - Att alla yrkesprofessionerna engageras i ett vårdetiskt arbete.*



## Sammanfattning

Tabell 5: Den etikansvarige sjuksköterskans roll och upplevelser av etikarbetet

<p><b><i>Sjuksköterskans uppfattning av sin roll som etikansvarig</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förmedla kunskap</li> <li>▪ Höja den etiska medvetenheten</li> <li>▪ Driva den etiska diskussionen</li> <li>▪ Främja dialogen, stödja personalen</li> <li>▪ Stärka patientens ställning</li> </ul>
<p><b><i>Vad sjuksköterskorna personligen upplevde av att arbeta som etikansvarig</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ökad benägenhet att reflektera</li> <li>▪ Ökad känsla av tillfredställelse</li> <li>▪ Ökade kunskaper</li> </ul>
<p><b><i>Positiva upplevelser av vårdetikarbetet på arbetsplatsen</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ökat samarbete över gränserna</li> <li>▪ Tillåtande attityd</li> <li>▪ Upplevelse av ledningens stöd</li> <li>▪ Upplevelse av positiva förändringar i vardagen</li> </ul>
<p><b><i>Problem i vårdetikarbetet i relation till patienten och anhöriga</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personalens förhållningssätt</li> <li>▪ Brist på delaktighet / kontinuitet</li> <li>▪ Bristande kommunikation och samordning</li> <li>▪ Oförståelse för personalens känslor och behov</li> </ul>
<p><b><i>Hinder i vårdetikarbetet i relation till personalgruppen och organisationen</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbetsgruppen brist på engagemang</li> <li>▪ Läkarnas frånvaro i den etiska diskussionen</li> <li>▪ Tidsbristen</li> <li>▪ Personalbristen</li> <li>▪ Resursbristen</li> <li>▪ Bristande stöd och intresse från cheferna</li> <li>▪ Avsaknad av centrala etiska riktlinjer</li> </ul>



## DISKUSSION

Under denna rubrik kommer att fokuseras först på metoddelen, sedan på resultatdelen. Diskussionen avslutas men egna reflektioner och några förslag till vidare forskning.

### Metod diskussion

Att använda både kvantitativ och kvalitativ metod har varit fruktbart men i sig en övning i att växla från ett angreppssätt till ett annat. Ändå håller jag med Holme och Solvang (1997, ss 85-86) att metoderna kompletterar varandra och att skillnader och likartade fenomen som hittas i resultatet både i den kvantitativa och i den kvalitativa delen visar att resultatet inte beror på själva redskapet.

### *Kartläggning*

Kartläggningen måste börja någonstans och pga den ökade personalomsättningen visade sig många namnlistor och personhänvisningar ha blivit inaktuella. Ett annat problem blev tidsaspekten. Det tog lång tid med alla telefon samtal. Jag uppfattade att det kunde vara ett störningsmoment för personalen jag rådfrågade för att få information om namn på etikansvariga sjuksköterskor och eventuella etikkommittéer. Många personer som tillfrågades i växeln och inom sjukhusens administration var osäkra om det fanns etikkommittéer och etikansvariga sjuksköterskor. Då fick jag ännu större motivation att skriva uppsatsen när det gång på gång kom bekräftelse om att vårdetikarbete var ett okänt fenomen för så många människor inom vården. Alla som jag fick kontakt med var vänliga och hjälpsamma.

### *Urval*

Övretveit (2001, s 138) pekar på en risk som jag diskuterade med andra och som jag är medveten om, nämligen att de svar som jag får kommer från de personer som är starkt engagerade och att detta kan påverka de slutsatser jag kommer att dra.

Det var svårt att komma fram till sjuksköterskor med ett särskilt ansvar för etikarbetet. I det stadiet fick jag en uppfattning av vad som kunde gälla i praktiken för etikarbetet, okänt av de flesta och inte integrerat i organisationen.

Kartläggningen visade att ett större antal sjuksköterskor med särskilt ansvar för etikarbetet hade sin tjänst på ett av universitetssjukhusen. Frågan diskuterades med handledare, kursansvarige och övriga kursdeltagare. Slutsatsen blev att dessa sjuksköterskor var lika berättigade att delta i undersökningen då de uppfyllde urvalskriterierna. Resultatet kom med all sannolikhet att färgas av sjuksköterskorna från detta sjukhus. För att förstå omfattningen av detta skilde jag, i ett förarbete, svaren från detta sjukhus från de övriga och kunde inte se att dessa sjuksköterskor skilde sig markant från andra.

Respondenterna arbetade på en rad olika sjukhus med olika organisationer: helt landstings styrda, bolag eller privat. I det begränsade material jag studerade kunde jag inte hitta att respondenternas svar påverkades av detta faktum.

En eftertanke var att om jag skulle planera studien idag skulle jag lägga ner mer kraft och intresse åt andra delar av vården och försöka att också inkludera representanter från öppenvården.

### *Instrument för datainsamling*

En metod för att ta reda på fakta om vad människor tycker är att ställa frågor. I denna studie bestämdes från början att intervjumetoden skulle uteslutas och att den kvalitativa delen skulle begränsas till att ställa öppna frågor inom ramen för enkäten. En första evaluering tydde på att det kunde finnas ett alldeles för stort antal personer för att praktiskt kunna genomföra intervjuer. Genom en enkät kunde jag få svar från många fler. Några respondenter skrev om svårigheten att förstå de öppna frågorna och föreslog att intervjuer hade blivit ett bättre alternativ.

Några få lät helt bli i att svara på de öppna frågorna. Det verkade vara så att en del respondenter inte läste alla öppna frågor i enkäten innan de började svara och upptäckte i efterhand att de hade kommit händelserna i förväg. Kommentarer som kunde förväntas hamna under en viss fråga hittades under en annan fråga och detta komplicerade analysen en aning. Från början insåg jag inte att det skulle krävas så mycket kunskap och erfarenhet för att konstruera en enkät. Mycket snabbt blev jag medveten om svårigheterna.

Att studera på en institution där de flesta lärare har en mycket stor erfarenhet av att arbeta med den kvalitativa forskningsmetoden gjorde att jag kände behovet att söka hjälp på annat håll för den kvantitativa delen. I efterhand kan jag tycka att jag kunde bestämt från början att ta mer avstånd från siffror och procenttal och sett hela resultatet som en text. Jag håller med Backman (1998, s 31) om att "en kvantitativ metod inte utesluter ett kvalitativt synsätt". Att använda en enkät hade fördelen att respondenterna fick mer tid att tänka, mindre press på att prestera ett svar inom kort tid och hade stor möjlighet att göra ändringar under tiden. Jag hade tänkt att två veckor kunde vara en rimlig tid men eftersom enkäten delades ut v 50 (2000) förstod jag att det skulle vara omöjligt. Svarsfrekvensen hade då blivit under 50%. Tiden förlängdes med ca två månader.

Frågeformuläret innehöll tydlig information om mina önskemål när respondenterna skulle svara på frågorna men på några frågor gavs till exempel fler svar när jag endast ville ha ett svar. Respondenterna kunde också hitta på en alldeles egen kategori (som jag själv säkert skulle ha behövt komma på vid konstruktionen av frågan).

### *Dataanalys*

Studien baserades på ett litet material inom ett begränsat geografiskt område och gör inte några anspråk på generalisering. I resultatet finns ändå viktiga synpunkter och vissa mönster som kan vara värdefulla att ta tillvara i många sammanhang.

Den statistiska behandlingen blev lärorik. Det var en upplevelse att genom grafisk representation se och kunna jämföra snabbt. Det gav en inblick i hur den studerades profil såg ut. Analysen berikades av den kvalitativa delen som i flera fall kunde förtydliga de svar som erhöles i den kvantitativa delen.

## Resultatdiskussion

Syftet med uppsatsen var att erhålla en djupare kunskap om en, för många sjuksköterskor, ny situation, att vara sjuksköterska med ett särskilt ansvar för vårdetikarbetet samt att uppnå denna kunskap genom sjuksköterskornas egna beskrivningar och berättelser.

Sjuksköterskorna var eniga om att deras arbetsuppgifter och roll inom vårdetikarbetet inte begränsades till relationen patient / vårdare men också måste sättas i relation till en vårdmiljö / vårdkultur och en vårdorganisation samt en mångfald olika värderingar och synsätt.

### *Sjuksköterskornas situation*

När Göhtlin och Lantz gjorde kartläggningen i Sverige 1993 var det etikkommittéer de undersökte enskilda etikansvariga med egen tid för etikarbete i den nära patientvården hade ännu ingen plats i den svenska sjukvården och etikkommittéernas stora bekymmer var hur de skulle kunna nå fram till den övriga personalen i det nära patientarbete.

Sjuksköterskorna i studien hade liten erfarenhet av vårdetikarbetet även flera år efter att man börjat med organiserat etikarbete i Sverige. Institutionaliserat vårdetikarbete är fortfarande en ny företeelse. Etikansvariga sjuksköterskor idag fanns ändå i stor omfattning i den nära patientvården, på avdelningsnivå ”där allt händer” som en av respondenterna uttrycker, skiljde det sig från tidigare undersökningar. Personer involverade i etikarbetet hade dock för det mesta haft högre befattningar och höga akademiska meriter och ofta verkade på en hög, centralnivå, ibland långt ifrån den vardagliga, nära patientvården. På flera sjukhus hade det sen länge funnits olika etiska råd eller kommittéer, centralt eller på klinisknivå som bestod mest av läkare och nu öppnades för andra personalkategorier. Man kan undra varför etikgrupperna började öppna sig nu. Skulle det kunna vara så att påtryckningar från sjuksköterskorna att aktivt få delta i den etiska diskussionen blivit en avgörande faktor? Respondenterna insåg med glädje att möjligheten att vara delaktig i organisationens vårdetikarbete höll på att förflytta sig, höll åtminstone på att uppnå en mer balanserad maktfördelning. Detta motsvarar väl Randall och Downie (1996), Malmsten (1999) och Kuhses (1999) idéer för framtiden.

Som sjuksköterskor och etikansvariga fanns det en drivande roll att spela i denna förändringsprocess, och genom att sjuksköterskorna gjorde sina röster hörda öppnades möjligheter även för andra personalkategorier.

Hermerén (1996) och Lantz (2000), konstaterar att vårdetikarbete kräver en stark motivation och särskilda personliga egenskaper, det stämmer väl med den bild av sjuksköterskorna som kommer fram i studien. Utmärkande för dessa sjuksköterskor var att de flesta själva anmält sitt intresse för att arbeta med etik. Beslutet att agera själv hade förmodligen mognat en längre tid och behovet av att ”göra något” hade blivit allt större för varje dag. Många sjuksköterskor har varit särskilt drivande i processen att få ett erkännande om att, som en av respondenterna påpekar, ”det är tillåtet att prata om etiska frågor”, att bryta tystnaden på arbetsplatsen. Det var synnerligen modigt att våga ta steget och jag håller med Randall och Downie (1996) som säger att det kräver *moral courage* för att stå för sina egna personliga värderingar och kanske också för de värderingar som hör till professionen och att denna egenskap är av mycket stort värde särskilt inom vården.

Det är allmänt känt att chefer och kollegor inte så sällan har svårt att ta emot, acceptera att någon i gruppen engagerar sig starkt i frågor som kan lyfta fram besvärliga sidor på en arbetsplats, kanske ännu mer när det handlar om ett känsligt område som etik.

Ifrån respondenternas berättelser växer det fram en bild och kriterier på vad som främjar ett etikarbete och vad det har för betydelse och dessa reflektioner kan sättas i relation till flera författares tankar. Ett exempel är Norell och Strandberg (1994) som använder begreppet *Transitional space* och med detta menar att det är av värde när en chef uppmuntrar och visar sin uppfattning för medarbetare som har ett intresse att agera för att skapa utrymme åt reflektion i arbetslaget, så önskade sjuksköterskorna i studien att det skulle vara. Man kan undra varför så många sjuksköterskor själva hade behövt ta initiativet för att ett etikarbete skulle starta på arbetsplatsen. Det borde varit i sjukhusets intresse att fråga efter medarbetare som ville engagera sig i etiska frågor.

Trollestad (2000) beskriver vikten av att så många som möjligt i en organisation deltar i skapandet av dokument som rör moraliska frågor. Respondenterna beskriver att så sker inte idag. Hur kan man då lyckas att ta fram gemensamma etiska riktlinjer om inte alla yrkeskategorier och specialiteter engagerar sig i etikarbetet?

Även Menckels och Österbloms (2000) konstaterande stämmer väl med sjuksköterskornas upplevelser av vad som händer när man sätter igång med etikarbetet: att börja diskutera etiska frågor, stanna upp och reflektera kanske bara mycket allmänt på arbetsplatsen sätter igång djupare diskussioner, startar en process. Etikdiskussionerna kommer att ge de bästa resultat i patientvården tycker sjuksköterskorna och samma tankar finns hos Randall och Downie (1996).

Gold, Chambers och McQuaid, 1995 och Sofaer, 1995 beskriver att sjuksköterskor med äldre utbildningar behöver uppdatera sina kunskaper för att bättre kunna identifiera etiska problem. Det kunde upplevas som ytterst förvånande att få som svar från några enstaka etikansvariga sjuksköterskor att de inte hade någon formell utbildning alls. Svaren kan vara riktiga när det gäller äldre sjuksköterskor men som det påpekas i litteraturen, består den etiska kompetensen inte enbart av teoretisk kunskap i etik som ämne (Göhtlin och Lantz 1993, Hermerén 1996). Sjuksköterskorna i studien upplevde att de hade de kunskaper som kunde hjälpa i problem-situationer av etisk karaktär, de hade med tiden utvecklat en etisk känslighet som gjorde dem välrustade. Det är troligt att det fanns en insikt hos dessa sjuksköterskor om att den teoretiska delen fattades eftersom studien visar att många etikansvariga sjuksköterskor önskade kontinuerlig utbildning i etik och även grundläggande internutbildning i etik. Därför är det viktigt för alla sjuksköterskor (och andra yrkeskategorier) som inte har behörighet till högskolestudier / tid att studera, att arbetsgivaren erbjuder en regelbunden internutbildning. Fortbildning måste ges prioritet då studien visar att tre fjärdedelar av alla respondenter hade möjlighet att gå på etikföreläsning och internutbildning endast om arbetet tillåter vilket betyder att de oftast inte kunde eller åtminstone aldrig veta i förväg om de skulle kunna gå.

I litteraturen beskrivs behovet av stöd från stabila personer i personalgruppen och det förekommer ord som *mentor* (Lantz 2000) och *förebild*, och att personal med lång erfarenhet är en garant för trygghet och för att arbetsplatsens / ”institutionens tradition förs vidare” (Blomquist 1971). Problemet idag är att det finns en mycket omfattande personalomsättning och att äldre sjuksköterskor mer och mer lämnar vårdavdelningarna. Respondenterna har uppmärksammat behovet av stöd hos personalen och flera har beskrivit att det ingick i deras roll som etikansvariga att försöka skapa förutsättningar för att detta stöd skall finnas.

Att resultatet visar att yngre sjuksköterskor hittills är underrepresenterade behöver inte vara ett bevis på bristande intresse. Deras relativt frånvaro skulle kunna bero på att det inte alltid är så lätt att ta på sig ett särskilt ansvar för vårdetikarbetet på en arbetsplats. Det är troligt att många nyutexaminerade sjuksköterskor fokuserar på de nya arbetsuppgifterna och att detta lämnar lite tid till annat (Benner 1993). Men man kan tänka att de unga sjuksköterskorna har ett särskilt uttalat behov av att delta i etikdiskussioner / reflektioner för att, med stöd av mer erfarna personer, orka arbeta vidare. Därför är det mycket viktigt att det finns ett strukturerat etikarbete och möjligheter för etiskt samtal och reflektion på alla arbetsplatser och att detta planeras inom arbetstidens ramar.

Att merparten av sjuksköterskorna kom från medicin avdelningar är inte förvånande, mer oväntat var att onkologi och kvinnosjukvård hade mycket liten representation. Man skulle kunna anta att så var fallet för att dessa specialiteter inte uppgavs som svarsalternativ i enkäten, möjligheten att specificera fanns dock genom att svara under rubriken "annat". För onkologin kan det bero på att den psykosociala sidan inom cancervården ofta är mer utvecklad än inom andra specialiteter och att sjuksköterskorna är nöjda med detta och inte upplever behovet av ett etikarbete. Det är också möjligt att den etiska diskussionen och etikarbetet sker på andra villkor, har en annan tradition. Det skulle även kunna vara ett medvetet val att hålla sig till egna etiska problem inom eget område.

Det är av stor betydelse att etikarbetet sker över klinikgränserna och detta gäller för alla specialiteter. Sjuksköterskorna inom specialiteter där etikarbetet är väl etablerat, som har mycket erfarenhet och mycket att bidra med i etikdiskussionerna över klinikgränserna men håller sig inom sin egen specialitet skulle i sig kunna innebära en förlust. Att hålla sig utanför den gemensamma diskussionen, trots att det är mycket vanligt att patienterna vårdas på många olika avdelningar där kunskaper om etiska frågeställningar inom till exempel palliativvård och vård i livets slutskede saknas skulle kunna tolkas som ett missat tillfälle att samarbeta för patientens bästa. Patienterna, oavsett vad de har för diagnos rör sig ofta över hela sjukhuset och vårdas av en mängd olika människor med olika yrken och olika specialismråden. Respondenterna var eniga om att lyfta fram vikten av att kommunicera med varandra tvärprofessionellt och över gränserna för olika specialiteter och att arbeta utifrån gemensamma etiska riktlinjer.

Sofarelli och Brown (1998) lyfter fram sjuksköterskan som den yrkesgrupp som genom sin position och sina kvalifikationer är mest lämpad att inta en ledande roll i etikarbetet i framtiden. Liknande tankar återfanns hos sjuksköterskorna i studien men dessa menade aldrig att de skulle ha monopol på etikarbetet. Tvärtom satte sjuksköterskorna i studien, i enlighet med Randall och Downie (1996), det tvärprofessionella samarbetet som det mest betydelsefulla för etikarbetets framgång. Det upplevdes som ett stort hinder, för att lyckas med etikarbetet, om en yrkeskategori stod ensam med ansvaret och / eller om den etikansvariga sjuksköterskan hade misslyckats att samla in olika yrkeskategorier i en etikgrupp / diskussionsgrupp. Det instämmer med Benjamin och Curtis (1992) som menar att ett tvärprofessionellt arbete är nödvändigt då etiska frågeställningar behöver belysas från många olika synvinklar på grund av frågornas komplexitet.

Sjuksköterskorna delar ibland ansvaret för etikarbetet med andra personalkategorier, oftast en läkare. På det universitetssjukhus där det fanns ett beslut från sjukhusledningen att en läkare bör vara en av de etikansvariga på klinisknivå fungerade detta inte särskilt ofta i praktiken. En avgörande faktor kan vara att läkarna, till skillnad från sjuksköterskorna, oftast inte själva hade valt att ta på sig mer ansvar för etikarbetet.

Läkarnas frånvaro är ett av de största hinder för att en naturlig etikdiskussion skall ingå i det kliniska vardagliga arbetet. Tidigare har sjuksköterskorna lagt skulden på läkarens ovilja att blanda sig med annan personal, alternativt läkarens ointresse för de ”små” vardagliga etiska frågorna. De har väntat på läkarna och sällan vågat börja med etikarbetet själva. Sjuksköterskorna i studien insåg att läkarna av olika skäl: personliga, praktiska, organisatoriska, (vård-) kulturbetingade m.m kanske inte hade förutsättningarna att vara drivande i etikarbetet. Respondenternas svar visade att sjuksköterskorna oftare vågade ta initiativet för etikarbetet och sedan försökte koppla in en läkare som var intresserad av ett samarbete. Detta tillvägagångssätt har redan används med framgång av ett antal etikansvariga sjuksköterskor som deltog i studien.

Som Göthlin och Lantz (1993, s 27) påpekar, uttrycks det ibland en rädsla att ”sjuksköterskeetik / omvårdnads etik” riskerar att ta över och att detta kan äventyra läkarens rätt till beslut, tom att läkaren skulle kunna ta beslut som känns för honom / henne påtvingade av det upplevda trycket från den övriga personalen. Denna uppfattning återfinns i viss mån hos Davis och Hudson (1999). Ett sätt att kringgå dessa revirtankar är att, i den etiska diskussionen, i mindre grad utgå från yrkesprofessionerna och i stället i större omfattning utgå från tanken på patientens bästa.

Det finns idag ljusa punkter, fler läkare engagerar sig i de etiska frågor som alla personal-kategorier möter varje dag. Ett fruktbart samarbete är i gång på många ställen. Till detta kan man tilläga att det finns en insikt, hos ett stigande antal läkare, om att ett bredare synsätt behövs inom medicin samt att frågor kring läkar- patientrelation, humanistisk medicin och läkekonst måste få ta större utrymme (Stolt, 1998).

Sättet att organisera vården har mycket stor betydelse för hur resultatet blir för patient och personal (Lannerheim 1994, Thorsén 1997). Lundquist (1991) tror inte att kunskapen om etik generellt finns hos personer med ledande positioner inom organisationen. Många arbetsplatser i den privata och den offentliga sektorn säger sig idag stå på en etisk plattform eller utgå från gemensamma värdegrunder. I praktiken visar det sig ofta att de dokument som skrivs inte finner förankring, acceptans och praktisk användning. Det kanske är så att få personer vet vad som menas med ord / begrepp som *gemensam värdegrund*, *etisk plattform*, *gemensamma etiska riktlinjer*, *vårdfilosofi* m.fl. Denna okunskap skulle kunna förklara varför det verkar vara så svårt för cheferna att göra tydliga arbetsbeskrivningar för etikarbetet samt för samtliga i vården att förstå innebörden och vikten av etikarbetet. Det påminner om en varning från Nordenfeldt (1988) att etiken inte handlar om en samling handlingsregler som en konsensuskonferens kan enas om på en eftermiddag. Det är ett faktum att etikarbetet tar tid och energi och kräver kunskap.

En tydlig arbetsbeskrivning för hur etikarbetet skall bedrivas fanns inte så ofta. De allra flesta etikansvariga hade svårt att berätta vad som krävdes utav dem men de visste mycket väl hur de själva skulle vilja utforma etikarbetet. Osäkerheten och ovissheten framkom gång på gång, samtidigt med ett krav på förändring. Detta kanske reflekterar på vilket sätt etikfrågorna prioriterades i verkligheten, dvs när etikarbetet skall ges förutsättningar att fungera praktiskt. Det ger förmodligen ett mått på chefens och den övriga personalens engagemang och även på deras insikt och kunskapsnivå. Som en av respondenterna sa : ”vi har diskuterat det i personalgruppen att hos oss har vi inga etiska problem”. Man kan undra om det verkligen stämmer eller om det är som Övretveit (2001) skriver dvs att det förmodligen är dags att bekymra sig om etiken, när man på en arbetsplats inte tycker att det finns några etiska frågor att diskutera.



Det verkar ibland förväntas av cheferna och annan personal att etikarbetet till skillnad från allt annat arbete skall kunna fungera av sig själv, bara finnas där. I studien lyfter sjuksköterskorna problemet med bristen på intresse och engagemang, de ser en risk i detta och instämmer med Hermerén (1998) som pekar på att enda sättet för att bevara och förbättra förtroendet för vården är att ha ett etikarbete och att ha tydlighet i sitt etikarbete.

Dokumentationen av etikarbetet är bristfällig trots att det förefaller mycket viktigt att ha dokumenterat vad som gjorts och sagts i det fortlöpande etikarbetet. I synnerhet eftersom etik omfattar så komplexa problem och är omöjlig att, inför en sjukhusdirektör / klinikchef, sammanfatta i några meningar. Det är lättare att kunna visa en fullständig rapport med fallbeskrivningar och tillhörande reflektioner. Om inte etikarbetet dokumenteras blir det svårt att rättfärdiga behovet om någon som inte är insatt tycker att etikarbetet inte behövs, om arbetsledaren byts ut eller om den etikansvarige slutar.

Enligt Övretveit (2001) är det oetiskt att inte använda utvärderingar i dagens hälso- och sjukvård därför att utvärderingar är nödvändiga för att fatta bättre beslut. Studien visar att en utvärderingsplan för etikarbetet nästan aldrig existerade och det är inte förvånande eftersom respondenterna berättade att det inte heller fanns en verksamhetsplan med etiska mål. Studien fångade kanske etikarbetet i ett skede i processen där det var för nytt för att de etikansvariga skulle hunnit tänka på alla steg, att det var svårt att sätta igång ett arbete från noll och att de, i deras nya funktion, kanske inte fick vägledning och stöd i så stor utsträckning som det hade behövts.

Tiden är en omdebatterad fråga i vården. I resultatet togs tidsbristen upp för många etikansvariga men också relaterat till hela personalgruppen. Vi får inte glömma att sjuksköterskorna hade fått i uppdrag att arbeta med etikfrågorna av en överordnad, ofta efter ett formellt beslut om utökade arbetsuppgifter, inte så sällan utan att det samtidigt gavs tidsutrymme för detta. Sjuksköterskorna i nära patientarbete missgynnades, och fick inte tillfälle att delta fullt ut i etikarbetet, detta var ett sorgligt konstaterande. Det är dessutom rimligt att anta att just dessa sjuksköterskor var de som beskrev ett mycket stort behov av att få hjälp av andra etikansvariga att sortera och fundera över de dagliga etiska och praktiska problem som uppstod på arbetsplatsen. Det behövde inte alltid vara ett bevis på att chefen inte önskade ge den etikansvarige i patientnära arbete tid men till stor del berodde det på en allmänt rådande personalbrist. Man kan tycka att problemet kunde avhjälpas och förutses om etikarbetet blivit en del av verksamhetsplanen med planering, mål och krav på redovisning och utvärdering.

En av respondenterna berättar att när hon märkte att kvalitetssystem och organisationsförändringar inte resulterade i en bättre vård för patienten valde hon i stället etikens väg.

Enligt Socialstyrelsen skall kvalitetssystem finnas i hälso- och sjukvården för att patientens värdighet, integritet, delaktighet skall säkerställas. Det finns inom vården sen flera år olika system för dokumentation (ett exempel är VIPS modellen) och kvalitetssäkring (till exempel QUL modellen) som enligt respondenterna lämnar få möjligheter att ta hänsyn till etiska problem och etiska reflektioner. Där finns det fortfarande mycket kvar att göra.

Björvell (1990) skriver att utan ett etiskt tänkande kan inte omvårdnadsarbetet fungera som en garant för att patientens integritet och autonomi skyddas. Sjuksköterskorna i studien ser etiken som själva grunden för en god sjukvård. I frågan huruvida etikarbetet upplevs som betydelsefullt för verksamheten kan det tänkas att respondenternas svar färgades av att de själva som etikintresserade tyckte att etiken var betydelsefull. Det är svårare att avgöra om etikarbetet hade betydelse för verksamheten eftersom det saknades dokumentation och

utvärdering. Sjuksköterskorna identifierar en del områden där patienter i högre grad kunde vara utsatta för risker om etikarbetet inte fungerade. Deras exempel hade en stark koppling till patienter som är bland de svagaste och mest sårbara, till exempel patienter i livets slutskede, cancerpatienter, barn och nedsövda patienter.

De etikansvariga fick större medvetenhet om vad som borde göras och ändå inte kunde göras, en del saknade stöd från cheferna och intresse från personalgruppen. Vad kunde sjuksköterskorna som svarade att etikarbetet inte alls prioriterades på deras arbetsplatser egentligen uppleva?

Taylor (1989) säger att det är svårt att veta vem man är som person om man inte vet var man befinner sig ur moralisk synpunkt. Därför är det viktigt att från högsta nivå skapa utrymme på arbetsplatsen för samtal om det goda och det onda, om värderingar, om meningen med arbetet, om vad som är viktigt eller ej. Det framkom att arbetet med etikfrågor hade konsekvenser även för personalen. Sjuksköterskorna redovisade positiva effekter om att personalen fick en ökad insikt och lättare att känna igen etiska problem samt att detta ledde till större mening i patientarbetet. I studien lyftes också fram känslan att personalens självreflektion och självkänedom ökade i samband med att de blev etikansvariga. Detta framstår som en ytterst viktig faktor som bevisar att etikarbetet gör någonting i djupet, rör människors innersta.

### ***Referenser och modeller för etikarbetet***

Studier av sjuksköterskeforskning har visat att även sjuksköterskor ofta håller sig till principetiken. I studien blev de ”fyra etiska principerna (autonomi / integritet, göra gott, icke skada samt rättvisa)” Beauchamp & Childress (1989) den referens som sjuksköterskorna gärna återkom till. När de ställdes inför etiska problem i verkligheten framkom det en helt annan bild: sjuksköterskorna i deras berättelser var mycket mer benägna att arbeta utifrån den uppkomna situationen i dialog och samarbete med patient, personal och anhöriga än att använda principer.

Om sjuksköterskorna inte var särskilt benägna att lösa problem genom att följa fastställda principer krävde de en tydlig struktur i form av gemensamma etiska riktlinjer. De skilde på etiska riktlinjer antagna på sjukhuset och riktlinjer och principer hämtade ur dokument av en mer generell och universell natur. Gemensamma etiska riktlinjer antagna på sjukhuset ansågs nödvändiga inom organisationen för kommunikationens, samarbetets och rättvisans skull i relation till samtliga aktörer. I synnerhet för att det skulle bli samma förutsättningar för patienterna att få en god vård oberoende av vilken personal som var i tjänst och vilken avdelning de hade hamnat på.

Att de yrkesetiska riktlinjerna saknade förankring hos sjuksköterskorna blev ett faktum, kanske beroende på att gruppen som studien vände sig till i större omfattning hade en vana att söka olika vägar för att lösa etiska problem, hade ofta mer kunskap i etik och mer intresse i ämnet än andra sjuksköterskor. Sjuksköterskornas etiska regler verkar inte motsvara dagens behov, det bör påpekas att de svenska sjuksköterskorna aldrig utarbetade egna etiska riktlinjer, riktlinjerna översattes från USA.

Att lika många refererade till sjukhusets vårdfilosofi var oväntat. När frågan konstruerades fanns det en uppfattning om att de flesta sjukhus saknade etiska riktlinjer och / eller en

vårdfilosofi. Det skulle vara intressant att veta vad sjuksköterskorna relaterade till, speciellt när flera sjuksköterskor kommer från samma sjukhus och svarar olika. Har sjukhuset egna etiska riktlinjer / vårdfilosofi eller ej? Det finns en mycket stor del ovisshet kring vad som menas med sjukhusets vårdfilosofi, få kanske visste vad dessa begrepp kunde stå för. Ett ganska stort antal respondenter följer sin egen livsåskådning / tro. Kan detta möjligen visa på ett behov av att stå på egna ben, att vara kritisk mot normer, regler och rutiner, på individens inneboende styrka men också på en frustration och en reaktion på den diskrepans mellan egna värderingar och de värderingar som präglar vården och samhället idag. Det kan också visa att människor även idag kanske mer än man tror i vanliga fall reflekterar över existentiella frågor och att detta i viss utsträckning påverkar deras förhållningssätt även i beslut som de fattar i arbetet.

Sjuksköterskornas svar sattes i relation till de tre modellerna för etikarbete från Göhtlin och Lantz (1993). Det som framkommer i stort var att ingen av de renodlade modellerna passar in i hur sjuksköterskorna nästan tio år senare organiserar sitt etikarbete. Cohen (1992) såg det som en fördel att vid en del situationer använda en person från etikkommittén i stället för att engagera kommittén i sin helhet. Dessa tankar finns också hos La Puma (1987 och 1989) som kritiserat etikkommittéer och föredrar att man använder sig av etikkonsulter. Etikarbetet för att komma närmare verksamheten verkar ha minst lika mycket behov av personer på platsen än av formella etikkommittéer fungerande som reflekterande grupper. Detta stämmer med Beck-Friis (1996) som efterlyste en mer aktiv vårdpersonal på avdelningen.

*Modell 1, den medvetandegörande modellen* motsvarade de flesta respondenters beskrivna arbetsuppgifter. Modellen kunde anses vara en bra början för att starta och eftersom många i studien hade begränsad erfarenhet blev det kanske den naturligaste vägen att gå. I praktiken kunde modellen sakna kraft om personalen inte erbjöds mer struktur och mer djup i etikarbetet efter en tid. Förutsättningslösa diskussioner, allmän information om etik och enstaka föreläsningar eller utbildningstillfällen räcker inte långt. Respondenterna hade ofta stora krav på sig själva och på etikarbetet. Modellen förutsatte också att det fanns resurser för internutbildningar och avsatt tid för diskussion samt att alla personalkategorier samarbetade och samverkade utan hierarkiskt tänkande. Detta kunde vara krävande beroende på arbetsplatsens förutsättningar. Respondenterna räknade stödet till vårdens aktörer som en del av sitt etikarbete: att stödja men också stärka individen i sin yrkesroll (oavsett yrkeskategori) och bekräfta människan (patient / anhörig / personal). Att stöd ingår i rollen som etikansvarig kan komma att kräva mycket mer än det den etikansvarige hade tänkt sig från början och det är nödvändigt att denna nyckelperson själv får stöd, praktiskt och känslomässigt.

*Modell 2, den rådgivande modellen* återfanns till viss del hos sjuksköterskorna. De ägnade sig / ville ägna sig åt att inventera etiska problemsituationer och ta fram förslag till normer, regler och riktlinjer på arbetsplatsen. De önskade medverka att arbeta fram riktlinjer för att förbättra rutiner för diskussion och beslut samt att i vissa fall ta fram faktaunderlag och diskutera patientfall för beslut i personalgruppen. Det vill säga ta på sig i någon grad en rådgivande funktion. Respondenterna är positiva till att arbeta som rådgivare på sin egen arbetsplats, eftersom alla i personalgruppen inte har samma förutsättningar och intresse. Viktigt för etikarbetet är att det finns en person på plats som tillhör teamet, en som delar samma bekymmer och glädjeämnen som alla andra i gruppen, som personalen lätt kan vända sig till och att denna person håller även i de praktiska detaljerna för etikarbetet. Sjuksköterskorna ville inte agera experter gentemot sina arbetskamrater och då faller mycket av det som

karaktiserar den rådgivande modellen dvs att ge råd vid etisk problematiska situationer. Då kan det vara svårt att man tillhör personalgruppen och saknar distans.

Den rådgivande funktion kom fram på ett annat och kanske mer användbart sätt genom sjuksköterskornas önskan att arbeta med att upprätthålla riktlinjer på avdelningsnivå / klinikenivå. Detta motsvarade ett behov som de flesta i personalen insåg och upplevde samt gav tillfälle till ett samarbete med cheferna på olika nivåer. Modellen kräver tid, flexibilitet och en högre nivå av teoretisk och praktisk kunskap, man kan tycka att det är mycket begärt av en etikansvarig idag.

*Modell 3, den beslutande modellen.* Några uttalande från ett antal respondenter gränsar till denna modell. Önskemålet från sjuksköterskorna var att specifika situationer / frågor där uppenbara brister fanns pekades ut och uppmärksammas på något sätt. Det fanns ett behov av att "göra något" åt dessa problem. Ett exempel är den omöjliga situationen som personalen har i prioriteringsfrågan, när man låter passera oacceptabla händelser gång på gång för att man inte förmår göra någonting åt det och till slut blir passiviserad och avtrubbad.

Till modellen kan relateras önskan om att det måste finnas en möjlighet att påpeka fel / brister hos vissa personer / yrkeskategorier för åtgärd, att föra upp frågorna till någon högre instans innan det blir aktuellt för en anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Några exempel där detta kunde bli nödvändigt återfinns i studien: när man förmedlar information till patienten på ett dåligt sätt, låter bli att ge tillräcklig information, går bakom ryggen på patienten, nonchalerar patientens behov av integritet, har förutfattade meningar med risk för att patienten får sämre vård / behandling, saknar empati.

Respondenternas sätt att arbeta blev mer en kombination av modellernas kriterier med en del nya infallsvinklar. Sjuksköterskorna önskade modeller som var inspirerande och användbara, och skulle med ett gemensamt arbete kunna anpassas till den egna verksamheten samt att det som fick styra var den uppkomna situationen, inte modellens utformning.

### **Slutsatser och egna reflektioner**

Etikansvariga sjuksköterskor ville vara självgående men samtidigt kunna lita på att sjukhuset hade en organisation för etikarbetet som kunde ge stöd, råd och praktisk hjälp som sparar tid. Följande punkter ville sjuksköterskorna lyfta fram. Dessa bör beaktas om man vill uppnå en förändring på djupet:

#### *- Att från ledningen*

- Visa med största tydlighet i ord och handling att etikarbetet är viktigt
- Visa en vilja till förståelse och dialog när problem uppstår
- Skapa förutsättningar i organisationen för en ökad känsla av trygghet
- Våga tro på personalens egna möjligheter

#### *- Att som personal*

- Våga tro på sig själv
- Våga agera utifrån patientens tankar om sin situation, ha den grundläggande tro att patienter och anhöriga har resurser att lösa problem själva
- Våga öppna sig mot andra personalkategoriernas olika synsätt, visa sin vilja till förståelse och dialog
- Vara lyhörd för arbetskamraternas behov, våga ge stöd, våga ta emot stöd

Etikarbetet skiljer sig i många avseenden från andra arbetsuppgifter men har samma behov av tydlighet, struktur, dokumentation och utvärdering för att uppnå en kvalitetssäkring, ett erkännande och en statushöjning. Sjuksköterskorna hade en klar uppfattning om att de för närvarande hade lite makt men också stor insikt om att vårdetikarbetet var avgörande för vårdens kvalitet och personalens känsla av mening i arbetet.

Sjuksköterskorna beskrev att etikarbetet kunde påverka positivt på olika sätt och skulle kunna bidra till att lösa en del av dagens problem inom sjukvården. Detta anser jag vara av stort värde för alla som bestämmer inom vården, administratörer såväl som politiker.

<b>Problem i vården</b>	<b>Positiva effekter av vårdetikarbetet som kan bidra till en lösning</b>
- Hierarki, revirtänkande, kommunikations svårigheter	- Det tvärprofessionella samarbetet och samarbetet över gränserna ökar
- Tystnad, brist på trygghet, känsla av ensamhet	- En tillåtande attityd växer fram, dialogen främjas
- Känslan av att inte bli sedd, tagen på allvar av ledningen	- Personalen får uppleva ledningens stöd, tillfälle till samtal på lika villkor med överordnade skapas
- Oreflekterade handlingar / beslut	- Individens benägenhet att reflektera ökar, beslut som tas blir välgrundade
- Missnöjda patienter / anhöriga	- Goda resultat syns i patientvården, vårdens kvalitet höjs, personalens självmedvetenhet ökar

Slutligen är min uppfattning att det finns tendenser i samhället idag från olika område som bör uppmärksammas ur etisk synpunkt och diskuteras med vårdens alla aktörer, att tystnaden måste brytas. Dessa frågor är mycket viktiga frågor, därför bör vi så fort som möjligt förankra vårdetikarbetet i organisationen.

- Teknologin utvecklas fortare och fortare och genererar mer komplexa frågor, vem kommer att våga ställa de etiska frågorna?
- Tillgången till resurser i form av pengar och personal är mycket osäker, prioriteringsfrågorna blir en ständig plåga. Hos vilka i praktiken skall ansvaret för att ta de svåra besluten ligga?
- Behovet av att förankra svåra beslut och känna sig trygg i personalgruppen ökar. Vem skall se till att det finns tid för reflektion och beredskap för att ge stöd?
- Många patienter är idag personer som har mycket kunskap och makt, mycket väl känner till sina rättigheter och ställer höga krav. Personalens fel och osäkerhet kommer att genomskådas mycket snabbt och risken för rättsliga följder kommer att finnas. Vem kan personalen vända sig till, vad finns det för tillfälle att utbyta erfarenheter med varandra?

- En annan grupp patienter är de som är svårt sjuka, gamla, har ingen kunskap, inga pengar, inget nätverk, inga anhöriga. Vem skall föra deras talan? Hur långt skall vårdarnas ansvar sträcka sig?
- Sjukhusen är stora organisationer som fortfarande i stor utsträckning bygger på hierarki och saknar en flexibilitet som är nödvändig för att möta dagens snabba förändringar. De akuta problemen i verksamheten får en långsam lösning och det blir en större diskrepans mellan ledare och medarbetare. Snabbare vägar till dialog är nödvändiga om sjukhusen skall behålla sin personal. Kan sjuksköterskorna som yrkesgrupp ha en samordnande roll att spela?

Min känsla är att svaren finns här, inom vårdens alla yrkeskategorier och till mindre del hos experterna. Vi människor har ju ”bara” varandra: resurserna finns inom oss själva och hos de andra, mer sällan i regler och koder. Därför är det avgörande om det finns personal som håller den etiska diskussionen levande på arbetsplatserna eller inte, det är dessa personer som kommer att vara de länkar som vi hittills har saknat.

Hur ett sjukhus / en organisation som har med vård att göra handskas med de etiska frågorna i framtiden kan bli direkt avgörande, inte bara för patienterna men också för personalens hälsa och sjukhusets existens.

#### **Några förslag till vidare forskning**

- Det behövs mer kunskap i hur de olika yrkeskategorierna tänker kring vårdetiken
- På samma sätt behöver vi undersöka vad etik betyder för de personer som är ledare och som ofta uppfattas som ointresserade av de etiska frågorna
- Det behövs studier om hur etikarbetet kan bedrivas utifrån ett tvärprofessionellt perspektiv
- Det behövs studier som utvärderar de försök till strukturerat etikarbete som bedrivs i Sverige och internationellt idag
- Det behöver utvecklas fler och bättre modeller för etikarbetet.

## LITTERATUR

- Abrahamson, B. (2000). *Organisationsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Andersson, M. 1994. *Integritet som begrepp och princip, en studie av ett vårdetiskt ideal*. Åbo: Akademiska Förlag, (diss.).
- Backman, J. 1998. *Rapporter och uppsatser*. Lund. Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, A. & Andersson, M. 1993. *Vetenskap och människosyn i sjukvården*. Stockholm: SHSTFs FoU-serie Rapport 40.
- Beauchamp, Tom, L., Childress James, F. 1989. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford Press University.
- Benjamin, M. & Curtis, J. 1992. *Ethics in Nursing*. 3<sup>rd</sup> edition. New York: Oxford University Press
- Benner, P. 1993. *Från novis till expert*. Svenska utgåvan. Lund: Studentlitteratur
- Bennis W & Nanus B. 1995. *Ledare och deras strategier*. Svenska Dagbladets Förlags AB, Stockholm.
- Björvell, H. 1990. Etiska grunder i omvårdnadsarbetet. *Läkartidningen*. Vol 87. Nr 10
- Blake, D C. 1992. The hospital ethics committee – health care's moral conscience or white elephant. *Hastings center rapport, jan-feb 1992, s 6-11*
- Blomqvist, C. 1971. *Medicinsk etik*. Stockholm: Natur och kultur
- Boisubin, E V. & Carter, M A. 1999. Optimizing Ethics Services and Education in a Teaching Hospital: Rounds Versus Consultation. *The Journal of Clinical Ethics*. Vol 10 nr 4 s 294-299
- Brytting, T., De Geer, H., Silfverberg, G. 1993. *Moral i verksamhet*. Natur och kultur
- Brännström, B. 1991. *Care of the acutely confused elderly hipfracture patient*. (diss) Umeå: Umeå University Medical Dissertations, New Series No 324, Department of Advanced Nursing and Geriatric Medicine
- Cherry, B. & Jacob, SR. 1999. *Contemporary nursing. Issues, trends and management*. St. Louis: Mosby, Inc.
- Cohen, C B. 1992. Avoiding the "Cloudcuckooland" in Ethics Committee Case Review: Matching Modells to Issues and Concerns. *Law, Medicin and Health care*. 20(4) 294-299
- Davis, L. & Hudson, L D. 1999. Why Don't Physicians Use Ethics Consultation? *The Journal of Clinical Ethics* Vol 10, nr 2 s 116-125

- Ejlertsson, G. 1992. Andra uppl. *Grundläggande statistik – med tillämpningar inom sjukvården*. Lund: Student litteratur.
- Etiska vägmarken nr.1 1994. *Etik – en introduktion*. SMER. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer
- Etiska vägmarken nr.2 1990. *Etiska deklARATIONER och riktlinjer*. SMER. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer
- Gold, C., Chambers, J. & McQuaid Dvorak, E. 1995. Ethical Dilemmas in the Lived Experience of Nursing Practice. *Nursing Ethics* 2 (2)
- Göthlin, K., Lantz, G. *Rum för etik, om etiska grupper i sjukvården*. Stockholm: Ersta vårdetiska institutet & Förlagshuset Gothia
- Hansson, Mats G. 1992. Vårdgivarens etiska kompetens. i *Etik, religion och samhälle: festskrift till R.Holte*. Nya Doxa
- Henrikssen, J.O., Vetlesen, A.J. 1998. *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur
- Hermerén, G. 1996. Ethics, epidemiology, and the role of ethics experts. *Nord. J. Psychiatry Suppl* 36:5-14, Oslo
- Hermerén, G. 1998. Håller Hippokrates etik? Nej den måste omprövas! *Läkartidningen* vol. 95 nr 12 s 1308-1314
- Heyman, I. 1995. *Gånge hatt till...Omvårdnadsforskningens framväxt i Sverige*. Göteborg: Daidalos AB (diss)
- Holme, I.M. & Solvang, B.K. 1991. *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur
- Jansson, L. 1993. *Ethical reasoning among experienced registered nurses in relation to communication with severely ill patients*. (diss) Umeå: Department of Advanced Nursing, New Series No. 380, Umeå universitet
- Jonsen AR, Siegler M., Winslade, W.J. 1998. *Clinical Ethics*. 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill
- Jonsen, AR., Toulmin, S. 1988. *The abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press
- Kuhse, H. 1999. *Kvinnor, sjuksköterskor och etik*. Stockholm: Thales
- Lannerheim, L. 1994. *Syster blir till*. Department of Sociology, University of Gøthenburg
- Lantz, G. 2000. Dags att ta forskning om vårdetik på allvar. *Dagens medicin*. Nr 24, s 37
- Lantz, G. 2000. Applied Ethics: What Kind of Ethics and What Kind of Ethicist? *Journal of Applied Philosophy*, Vol. 17, No. 1



- La Puma, J. 1987. Consultations in clinical ethics. Issues and questions in 27 cases. *West Journal of Medicin.*
- Lennholm, B. 1996. Seminarium om autonomi och integritet i vården. Referat. *Läkartidningen*. Vol 93 nr 9 s 803-806
- Lundquist, L. 1991. *Etik i offentlig verksamhet*. Lund: Studentlitteratur
- Lutzén, K. 1993. *Moral Sensitivity: a Study of Subjektive Aspects of the Process of Moral Decision Making in Psychiatric Nursing*. Karolinska Institutet Huddinge (diss)
- Lyckman, B. 1992. Etik i tiden. *Psyché* 1 / 92, s 30-31.
- Lyttkens, L. 1989. Ledarskap och moral. Det goda företaget: skrift från Svenska Arbetsgivareföreningen
- Löfmark, R. 2000. *Do-not-resuscitate orders. Ethical aspects on decision making and communication among physicians, nurses, patients and relatives*. (diss.) Universitetstryckeriet: Lund
- Malmsten, K. 1999. *Reflective Assent in Basic Care, a Study in Nursing Ethics*, Acta Universitatis Upsaliensis, (diss.)
- Medicinska forskningsrådet, *MFR-rapport 2 reviderad version 2001*. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning- forskningsetisk policy och organisation i Sverige
- Menckel, E & Österblom L. 2000. *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen – om ledarskap, resurser och egen kraft*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Nerell, G & Sandberg, C G. 1994. *Ledarskap och arbetsorganisation för hälsa, kvalitet och effektivitet*. Stockholm: Arbetsarkivstyrelsen.
- Nordenfelt, L. 1988. Om filosofin och dess plats i vårdutbildningar. *Vår lösen*, 7-8 / 88. ss 534-538
- Orlenius, K. 1999. *Förståelsens paradox*. (diss.)Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis
- Pettersson, U. 1990. *Etik och socialtjänst*. Stockholm: Förlagshuset Gothia
- Polit, D., Hungler, B. 1999. *Nursing Research*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Randall, F., Downie, RS. 1998. *Palliativ Care Ethics*. Oxford Medical Publications
- Rooke, L. 1997. *Omvårdnadsforskning – användning av forskningsresultat*. Lund: Studentlitteratur
- Ruyter, KW. 1995. *Kasuistikk som problembasert problemlöning*. (diss.) Universitetet i Oslo

- Ruyter, K.W. 1998. Evaluering av försök med kliniske etikkommittéer. Senter for medisinsk etik. Universitet i Oslo
- Schiller, F. 1995. *Schillers estetiska brev*. Översatta och kommenterade av Fant, G. Södertälje: Kosmos förlag
- SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslag*
- Siegler, M., Pellegrino, E D. & Singer, P A. 1990. Clinical Medical Ethics: The first decade. *Journal of Clinical Ethics* 1: 5-9
- Sjökvist, P. 1999. *The Decision to Limit Life Support, Attitudes among Care Professionals and The General Public*, (diss.), Welins Tryckeri AB, Örebro
- Sofaer, B. 1995. Enhancing Humanistic Skills: an Experimental Approach to Learning about Ethical Issues in Health Care. *Journal of Medical Ethics*. 21: s 31-34
- Sofarelli, D., Brown, D. 1998. The need for nursing leadership in uncertain times. *Journal of Nursing Management*. 6, s 201-207
- Starrin, B., Svensson PG. 1994. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Statens medicinsk-etiska råd, 1997. Grafisk produktion: Red. Bremme, K. Stockholm: B Realtryck
- Stolt C.M. 1998. *Läkekonsten*. Lund: Studentlitteratur.
- Söderberg, A. 1999. *The practical wisdom of enrolled nurses, registered nurses and physicians in situations of ethical difficulty in intensive care*. Umeå: Solfjäder Offset AB (diss.)
- Taylor, C. 1989. *Sources of The Self. The Making of the Modern Identity*. Cambridge: Cambridge University Press
- Thorsén, H. 1997. *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Stockholm: LiberAB
- Tranöy, K E. 1993. *Medicinsk etik i vår tid*. Lund: Studentlitteratur
- Trollestad, C. 2000. *Etik och organisationskulturer*. Stockholm: Svenska Förlaget
- Tännsjö, T. 1993. *Vårdetik*. Stockholm: Bokförlaget Thales
- Van der Heide, I G. 1994. Hospitals ethics committees in practice: the case review function of four HECs in Connecticut. *HEC Forum* 6(2) 73-84
- Övretveit, J. 2001. *Metoder för utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar*. Lund: Studentlitteratur

Stockholm den 2000-12-05

Till leg. sjuksköterska

Jag heter Marie Chenik, är leg.sjuksköterska med en vidare utbildning i anesthesi och erfarenheter från hematologi, brännskadevård och dialys. Jag arbetar halvtid som etiksamordnare på Karolinska sjukhuset sedan 1997.

För närvarande är jag inskriven vid Ersta / Sköndal högskola i Stockholm och avslutar magister utbildningen med en 20 poäng D-uppsats. Uppsatsen kommer att handla om sjuksköterskor som har ett speciellt ansvar för vårdetikarbetet på sjukhus inom Stockholms län.

Studiens syfte är att kartlägga sjuksköterskor med speciellt ansvar för etikarbete, att beskriva deras arbete, deras roll och betydelse inom organisationen samt att undersöka deras upplevelser av etikarbetet. Förhoppningen är även att skapa nya instrument för etikarbete och ett nätverk för bättre samarbete och stöd mellan sjuksköterskorna i Stockholms län.

För att få fram material till studien kommer jag att använda mig av en enkät. Formuläret innehåller 30 frågor om Dig själv, Ditt etikarbete och Dina upplevelser av vårdetikarbetet.

Enkätsvaren kommer att få anonyma koder med hjälp av vilka vidare bearbetning och redovisning av resultat kommer att ske. Kodnyckeln kommer att förvaras på säker arkivplats separat från enkätsvaren och otillgänglig för obehöriga. I enlighet med forskningsetiska principer är deltagandet frivilligt och sjuksköterskan kan när som helst avsäga sig sitt deltagande i studien. Regionala forskningsetiska kommittén vid KI har granskat och godkänt studiens PM (2000-11-24).

För att kunna hålla skolans tidsplan behöver jag ha enkätsvaren skickade till mig senast vecka 52 (frankerat kuvert bifogas). Tag gärna kontakt med mig om det är något Du undrar.

Med vänliga hälsningar

Marie Chenik  
Arbetargatan 28 D 6tr  
112 45 Stockholm  
073 693 09 57 (mobil)  
e.mail.marie.chenik@ks.se

Handledare: Lars Andersson, högskolelektor  
Ersta / Sköndal högskola  
tel. 08 714 61 00 (växel)  
[lars.andersson@euc.ersta.se](mailto:lars.andersson@euc.ersta.se)



Stockholm den 2000-12-05

Till klinikchef / verksamhetschef

Jag heter Marie Chenik, är leg.sjuksköterska med en vidare utbildning i anestesi och erfarenheter från hematologi, brännskadevård och dialys. Jag arbetar halvtid som etksamordnare på Karolinska sjukhuset sedan 1997.

För närvarande är jag inskriven vid Ersta / Sköndal högskola i Stockholm och avslutar magister utbildningen med en 20 poäng D-uppsats. Den kommer att handla om sjuksköterskor som har ett speciellt ansvar för vårdetikarbetet på sjukhus inom Stockholms län.

Studiens syfte är att kartlägga sjuksköterskor med speciellt ansvar för etikarbete, att beskriva deras arbete, deras roll och betydelse inom organisationen samt att undersöka deras upplevelser av etikarbetet. Förhoppningen är även att skapa nya instrument för etikarbete och ett nätverk för bättre samarbete och stöd mellan sjuksköterskorna i Stockholms län.

För att få fram material till studien kommer jag att använda mig av en enkät. Formuläret innehåller 30 frågor, fyra (4) är semistrukturerade frågor där analysen skall göras enligt en kvalitativ forskningsmetod.

Enkätsvaren kommer att få anonyma koder med hjälp av vilka vidare bearbetning och redovisning av resultat kommer att ske. Kodnyckeln kommer att förvaras på säker arkivplats separat från enkätsvaren och otillgänglig för obehöriga. I enlighet med forskningsetiska principer är deltagandet frivilligt och sjuksköterskan kan när som helst avsäga sig sitt deltagande i studien. Regionala forskningsetiska kommittén vid KI har granskat och godkänt studiens PM (2000-11-24).

För att kunna hålla skolans tidsplan behöver jag skicka enkäten till sjuksköterskorna senast vecka 50-52. Tag gärna kontakt med mig om det är något Du undrar.

Med vänliga hälsningar

Marie Chenik  
Arbetargatan 28 D 6tr 112 45 Stockholm  
073 693 09 57 (mobil)  
e.mail. [marie.chenik@ks.se](mailto:marie.chenik@ks.se)

Handledare: Lars Andersson, högskolelektor  
tel. 08 714 65 64  
[lars.andersson@euc.ersta.se](mailto:lars.andersson@euc.ersta.se)



Stockholm 2000-12-05

*ENKÄTFRÅGOR TILL SJUKSKÖTERS KOR*

*MED SPECIELLT ANSVAR*

*FÖR*

*VÅRDETIKARBETE*

VECKA 50 – 52 2000

**Några ord innan du börjar!**

**Informations brevet som följer med enkäten skall Du läsa först!**

Det finns inga rätt eller fel svar, värdet ligger i just hur Du svarar, det är Din personlig uppfattning som efterfrågas

Om inget annat anges skall Du besvara frågorna med ett svar per fråga. Välj det svars alternativ som *stämmer bäst*. Sätt en *ring* kring bokstaven framför svaret Du väljer

Det är viktigt att Du följer anvisningarna i kursiverad stil som följer med en del frågor samt att Du besvarar alla frågor

*För att besvara frågorna 26, 27,28 och 29 behöver Du ha mer utrymme, därför finns det ett A4 blad reserverat för var och en av dessa frågor.*

Tack och lycka till!

Marie Chenik  
Arbetargatan 28 D 6tr 112 45 Stockholm  
073 693 09 57 (mobil)  
e.mail. [marie.chenik@ks.se](mailto:marie.chenik@ks.se)

Handledare: Lars Andersson, högskolelektor  
tel. 08 714 65 64  
[lars.andersson@euc.ersta.se](mailto:lars.andersson@euc.ersta.se)

**Först några frågor om Dig själv**

1. **Kön**
  - a) man
  - b) kvinna
  
2. **Hur gammal är Du? \_\_\_\_\_ år?**
  
3. **Hur många år har Du arbetat som sjuksköterska? \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ månader**
  
4. **Inom vilket specialist område arbetar Du idag?**
  - a) medicin
  - b) kirurgi
  - c) anestesi-/ intensivvård
  - d) barnsjukvård
  - e) annat: -----
  
5. **Vad anser Du är Din huvudsakliga arbetsuppgift idag som sjuksköterska?**
  - a) patientarbete
  - b) arbetsledning
  - c) utbildning
  - d) forskning
  - e) annat -----

#### Några frågor om Din utbildning i etik

6. **Vad har Du för utbildning i etik?**  
*(Ange det svarsalternativet som motsvarar högsta utbildningsnivå som Du har)*
  - a) ingen
  - b) grundutbildning inom sjuksköterskeutbildningen
  - c) specialistutbildning (etikkurser på högskolenivå)
  - d) magister kompetens
  - e) forskar utbildning
  - f) annat -----
  
7. **Har Du möjlighet att delta i etikutbildningar / etikkonferenser på betald arbetstid?**
  - a) Nej, aldrig
  - b) Ja, ibland
  - c) Ja, alltid

#### Några frågor om organisation av Ditt etikarbete

8. **Hur lång erfarenhet har Du av att ha ett speciellt ansvar för etikarbete?**  
 \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ månader



**9. På vilken organisatorisk nivå ligger Ditt ansvarsområde?**

- a) avdelningsnivå
- b) kliniknivå
- c) divisionsnivå
- d) sjukhusövergripande nivå
- e) annat .....

**10. På vilket sätt fick Du uppdraget om ett speciellt ansvar för etikarbetet?**

- a) jag anmälde själv mitt intresse för etikarbetet
- b) jag blev tillfrågad av min chef på avdelningsnivå
- c) jag blev tillfrågad av klinikchefen/ verksamhetschefen
- d) jag blev tillfrågad av sjukhusledningen
- e) annat.....

**11. Tycker Du att det finns en tydlig arbetsbeskrivning för Dina uppgifter inom etikarbete?**

- a) Ja, absolut
- b) Ja, i hög grad
- c) Ja, i viss mån
- d) Nej, absolut inte

**12. Har Du delat ansvar för etikarbetet med annan / andra personer inom Ditt ansvarsområde?**

- a) nej
- b) Ja, en läkare
- c) Ja, en sjuksköterska
- d) Ja, en undersköterska
- e) Ja, en kurator
- f) Ja, en arbetsledare
- g) Ja, annan personalkategori .....

**13. Finns det tid avsatt för Ditt etikarbete på Din arbetsplats?**

JA

NEJ

**14. Anser Du att Ditt etikarbete har betydelse för verksamheten inom Ditt ansvarsområde?**

- a) Ja, i hög grad
- b) Ja, i viss mån
- c) Nej, absolut inte

**15. Anser Du att etikaktiviteter och etikutbildningar prioriteras på Din arbetsplats?**

- a) Ja, i hög grad
- b) Ja, i viss mån
- c) Nej, absolut inte

**Några frågor om hur du arbetar**

**16. Dokumenteras etikarbetet inom Ditt ansvarsområde?**

- a) Ja, ibland
- b) Ja, alltid
- c) Nej, aldrig

**17. Finns det en utvärderingsplan för etikarbetet inom Ditt ansvarsområde?**

*JA*

*NEJ*

**18. Vad använder Du för referens i Ditt etikarbete?**

- a) etiska principer (*autonomi/integritet, rättvisa, göra gott och icke skada*)
- b) etiska riktlinjer för sjuksköterskor
- c) sjukhusets lokala etiska riktlinjer / vårdfilosofi
- d) etiska regler från egen livsåskådning / tro
- e) annat.....  
.....  
.....

**19. Vad anser Du är syftet med etikarbetet inom Ditt ansvarsområde?**

- a) att upprätthålla en hög medvetenhet och kunskap om etiska frågor
- b) att inventera aktuella etiska problemsituationer och ta fram förslag till normer, regler och riktlinjer för att förbättra rutiner för etikdiskussion och beslut
- c) att ta fram faktaunderlag samt att diskutera patientfall inför beslut i personalgruppen tillsammans med en etikkonsult (med stödjande funktion)
- d) att anmäla patientfall till extern etikrevisor för granskning och bedömning
- e) annat  
.....  
.....  
...

**Några frågor om etikgrupper**

**20. Tillhör Du en etikgrupp? (Om Nej, gå till fråga 26 )**

JA

NEJ

**21. På vilken nivå?***Om Du tillhör fler än en etikgrupp inom organisationen, ange etikgruppen på högsta nivå*

- a) avdelning
- b) klinik / division
- c) central nivå (sjukhusövergripande)

**22. Hur länge har etikgruppen funnits? \_\_\_\_\_ år****23. Anser Du att etikgruppen har ett tydligt uppdrag?**

- a) Ja, absolut
- b) Ja, i hög grad
- c) Ja, i viss mån
- d) Nej, absolut inte

**24. Har etikgruppen tilldelade ekonomiska resurser?***(Om Nej, gå till fråga 26)*

JA

NEJ

**25. Om Ja, var får etikgruppen sina ekonomiska resurser ifrån?**

- a) centralt från sjukhuset
- b) från klinik/division
- c) från fonder
- d) från privata företag
- e) annat \_\_\_\_\_ .

*För att besvara frågorna 26, 27,28 och 29 behöver Du ha mer utrymme, därför finns det ett A4 blad reserverat för var och en av dessa frågor.*

<b>Din egen beskrivning och Dina egna ord</b>
---









**En sista fråga**

**30. Anser Du att Du skulle vilja bidra med något som frågorna i enkäten inte tog upp?**

JA

NEJ

Om JA vad?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ett varmt tack för att du har tagit dig tid med att besvara frågorna!**

***GOD JUL OCH GOTT NYTT ÅR!***

Marie Chenik  
 Arbetargatan 28 D 6tr 112 45 Stockholm  
 073 693 09 57 (mobil)  
 e.mail. [marie.chenik@ks.se](mailto:marie.chenik@ks.se)

Handledare: Lars Andersson, högskolelektor  
 tel. 08 714 65 64  
[lars.andersson@euc.ersta.se](mailto:lars.andersson@euc.ersta.se)