

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2016:73

## Organdonation

Anestesisjuksköterskans uppfattningar av att delta vid organdonation från  
avlidna

Anders Aderstedt

Fredrik Gabrielsson



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Organdonation - Anestesisjuksköterskans uppfattningar av att delta vid organdonation från avlidna
Författare:	Anders Aderstedt, Fredrik Gabrielsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Fristående kurs
Handledare:	Anne Flodén
Examinator:	Anne-Louise Bergh

## **Sammanfattning**

### **Bakgrund och problemformulering**

Forskning rörande perioperativa sjuksköterskors uppfattningar av att delta i organdonationsprocessen är ganska begränsad. De flesta studier är internationella och det kan vara svårt att applicera till svenska förhållanden. Studier som gjorts särskiljer inte perioperativ personal som grupp. Därmed blir det svårt att identifiera de olika personalkategoriernas uppfattningar från varandra.

### **Syfte**

Studiens syfte är att kartlägga anestesisjuksköterskors uppfattningar av att delta i organdonationsprocessen från avlidna patienter.

### **Metod**

Författarna har valt att göra en kvalitativ studie. Författarna intervjuade sex anestesisjuksköterskor på tre olika sjukhus, på olika sjukhusnivåer. Datainsamlingen har skett med öppna intervjuer som skrivits ut ordagrant och sedan analyserats med fenomenografi utifrån Alexanderssons modell.

### **Resultat**

Resultatet presenteras i tre beskrivningskategorier. Uppfattningar i relation till professionen, uppfattningar i relation till ingående organdonationsteam och uppfattningar i relation till existentiella perspektiv.

## **Diskussion**

Resultatet visar att anestesijuksköterskan vill göra det lilla extra under operationen av respekt för donatorn men även för mottagarna av de olika organen. Anestesijuksköterskan är av uppfattningen att det gästande uttagsteamet är lätt att samarbeta med, att de gärna informerar och berättar och att en positiv utveckling i samarbetet har skett över tid. Vid avstängning av ventilatorn under en organdonation upplever de att de tappar sin roll i teamet och att de som anestesijuksköterskor inte har en tydlig funktion. Samtidigt vill de vara med hela vägen tills operationen är färdig. Stöd och support från sin egen organisation efter en organdonation uppfattas som bristfällig. De samtalar ibland sinsemellan i det team som varit engagerade i ingreppet ofta i samband med att operationssalen iordningställs efteråt. Någon organiserad debriefing inom organisationen verkar inte finnas.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Organdonationsprocessen</b>	<b>1</b>
<b>Organdonation</b>	<b>1</b>
Bestämmande av människans död	2
Olika typer av donation	3
Bristen på organ	3
Regionala skillnader	4
Perioperativa sjuksköterskan och donation	4
<b>Organdonation och anestesisjuksköterskans professionsetik</b>	<b>5</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>6</b>
<b>Bearbetning av data</b>	<b>7</b>
<b>Etiska överväganden</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
<b>Tabell 1. Kategoritabell</b>	<b>9</b>
<b>Kategori 1. Uppfattningar i relation till professionen</b>	<b>9</b>
1:1 Göra gott för nästa	9
1:2 Respekt för donatorn	10
1:3 Tappa sin roll i teamet	10
1:4 Behov av kunskapsstöd inför donationen	11
<b>Kategori 2. Uppfattningar i relation till ingående organdonationsteam</b>	<b>11</b>
2:1 Att kommunicera	11
2:2 Samarbete med stöd av gästande donationsteam	12
2:3 Organisation och ledarskap	12
<b>Kategori 3. Uppfattningar i relation till det existentiella</b>	<b>12</b>
3:1 Konflikt död/levande	13
3:2 Att avbryta ventilation	13
3:3 Den konstiga känslan	13
3:4 Dödsbegreppet	14
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>15</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>16</b>
Förhållningssätt gentemot donatorn	16
Samarbete med gästande team	16
Konklusion	17
Klinisk implikation	17
<b>REFERENSER</b>	<b>18</b>

<b><i>BILAGA</i></b> _____	<b>20</b>
<b>Bilaga 1 samtyckesblankett</b> _____	<b>20</b>

# INLEDNING

Organdonation är idag en vedertagen behandlingsform för människor med vissa svåra kroniska sjukdomar. Trots att donationsviljan i Sverige är hög så är efterfrågan på organ betydligt större än tillgången och ett flertal patienter dör årligen i väntan på nya organ. De senaste åren har det varit flera informationskampanjer angående organdonation och det finns ett stort intresse om detta område, dels i media men även bland beslutsfattare och personal inom vårdsektorn. Samtidigt har en statlig utredning (SOU 2015:84) kommit med förslag på förändringar som förhoppningsvis skall leda till en effektivare organisation och därmed fånga upp fler donatorer. Det finns förslag på lagändringar, som om de går igenom innebär att det är möjligt att starta upp processen och utreda donationsviljan före en eventuell donator avlider. Det finns ett flertal internationella studier som tar upp den perioperativa sjuksköterskans upplevelser i samband med organdonation, men det finns väldigt lite skrivet om just anestesijuksköterskans roll. Vi vill med detta arbete belysa anestesijuksköterskans uppfattningar i samband med organdonationsprocessen och förhoppningsvis få fram material som kan tillföra något för oss och våra kollegor i vår yrkesroll.

## BAKGRUND

### Organdonationsprocessen

Begreppet organdonationsprocessen används i flera publikationer men definitionen är inte entydig. I denna uppsats avser vi följande definition av begreppet. Organdonationsprocessen innehåller många moment där de mest framträdande är identifiering av potentiell donator, vården av donatorn och själva organdonationsoperationen där uttag av organen sker. En framgångsrik donationsprocess ska då leda fram till att organen förhoppningsvis framgångsrikt kan transplanteras in hos en behövande mottagare. Transplantation sker på särskilda enheter runt om i Sverige. På de sjukhus som utför donationer ansvarar verksamhetschefen för att det finns en välfungerande organisation som klarar av att identifiera möjliga donatorer och som främjar donation (SOSFS, 2009:30). Flera yrkeskategorier och professioner deltar i processen där en central funktion är den transplantationskoordinator som kontaktas när en möjlig donator finns. Den personen samordnar hela planeringen runt organdonationen. Anestesijuksköterskan deltar under donationsoperationen vilket för hens del innefattar hämtning av donator på intensivvårdsavdelning, deltagande under operationen och därefter transport av donator tillbaka till intensivvårdsavdelning. Enligt Morse (2017) har anestesin och därmed anestesijuksköterskan en essentiell del i att organen överlever och på ett framgångsrikt sätt kan tas om hand.

### Organdonation

Sedan den första lyckade organdonationen genomfördes i Boston USA den 23:e december 1954 har utvecklingen gått snabbt framåt inom transplantationskirurgin. I Sverige började man att transplantera organ 1964 men det var först efter hjärndödsbegreppet 1988, det vill säga att patienten diagnostiserats med en total hjärninfarkt, som det var

möjligt att transplantera hjärtan. Begreppet hjärndöd innebär att organen har bevarad cirkulation fram tills dess organen tas ut från donatorn vilket inte var fallet då Sverige före 1988 använde sig av dödsriteriet hjärtdöd. Den medicinska forskningen har de senaste decennierna gjort stora framsteg vilket innebär att det idag är möjligt att genom transplantation bota människor med mer kritiska hälsotillstånd än tidigare (SOU 2015:84; MOD, 2017). Överlevnadsgraden hos patienter som har tagit emot organ har ökat avsevärt inte bara i Sverige utan även internationellt men behovet av organ är fortfarande större än tillgången (Regehr, Kjerulf, Popova & Baker, 2004).

Organ kan doneras från levande eller avlidna donatorer, i denna uppsats är det donation från avlidna donatorer som diskuteras. Vården skall utföras med respekt för alla människors lika värde där den med störst behov går först. Medicinska ingrepp och åtgärder får i de flesta fall inte ges utan patientens samtycke och patientens integritet och självbestämmande skall respekteras (SFS 2017:30; SFS 2014:821). Donation av organ får inte ske om patienten inte har givit sitt samtycke. Frågan om donation får inte tas upp eller undersökas före patienten är förklarad hjärndöd (SFS 1995:831). Samtycke eller motvilja att donera kan ges genom flera olika kanaler: Donationsregistret- där man anmäler sitt ställningstagande på nätet, donationskort- där man skriver ut ett kort ifyllt med sitt ställningstagande, alternativt att göra sin vilja känd för sina familjemedlemmar så de vet ens inställning om de skulle hamna i denna svåra situation (Livsviktigt, 2017). Om patienten inte gjort sin vilja känd så förväntas man vara positivt inställd till donation, här kan dock familjemedlemmar motsätta sig ingreppet (SOU 2015:84).

## **Bestämmande av människans död**

*“Enligt 1§ lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död är en människa död när samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort i hjärnans alla delar, dvs. total hjärninfarkt”*

För att fastställa att patienten är död och har avlidit i en total hjärninfarkt samtidigt som denne vårdas i respirator på en intensivvårdsavdelning så gör en specialistkompetent läkare två kliniska neurologiska undersökningar av patienten med minst 2 timmars mellanrum (SOSFS 2005:10).

Kriterier för bestämmande av människans död SOSFS 2005:10 kap 4 2§ Vid en klinisk neurologisk undersökning skall samtliga av dessa kriterier vara uppfyllda: *“Patienten skall vara medvetlös utan reaktion på tilltal, beröring inom kranialnervsinnerverat område (spinala reflexer kan finnas). Det skall vara avsaknad av spontana ögonrörelser eller rörelser i käkar, ansikte, tunga eller svalg. Pupillerna är ljusstela och oftast vida. Patienten har bortfall av korneal-, blink- och svalgreflexer samt reflektoriska ögonrörelser vid huvudvridning. Det får inte ske påverkan av hjärtrytmen vid tryck på ögonbulb eller vid massage av sinus caroticus. Patienten får inte ha någon spontanandning och detta verifieras med apnétest”*.

## Olika typer av donation

Det finns idag två olika typer av donation från avlidna donatorer. I Sverige används Donation After Brain Death (DBD), vilket innebär att donation inte är möjlig förrän patienten (donatorn) är förklarad död och har avlidit i en respirator på en intensivvårdsavdelning. En fördel med DBD är att fler organ är möjliga att donera då det inte uppstår syrebrist i till exempel hjärtat. Donation After Cardiac Death (DCD) används i flera länder i Europa och det innebär att patienten (donatorn) förklaras död efter att blodcirkulationen har upphört och det inte finns förutsättningar för fortsatt liv. Total hjärnfarkt uppstår efter hjärtdöd då det inte längre kommer syrerikt blod till hjärnan, det skulle inte förändra kriterierna om hur man förklarar en människa död i Sverige, det finns endast en död (SOU 2015:84, Livsviktigt, 2017). Vid donation efter DCD så är det främst lungor, lever och njurar som doneras då övriga organ drabbas av syrebrist. DCD och DBD används i bland annat Nederländerna där DCD används som ett komplement till DBD. En stor andel av de organ som doneras i Nederländerna kommer från just DCD. Det pågår en utredning om DCD skall få användas även i Sverige. Fördelen om detta går igenom i Sverige är att det förmodligen kommer att öka antal patienter som blir lämpliga för donation och därmed öka antalet organ som blir tillgängliga för de patienter som väntar. Det medför också att det blir lättare att respektera fler människors vilja att donera (Socialdepartementet, 2013; Vävnadsrådet, 2017). Regeringen ger under våren uppdrag till socialstyrelsen att komma med förslag på förändringar gällande omhändertagandet av potentiella organdonatorer. Tanken är att det skall förändra omhändertagandet av patienter som kan bli aktuella som donatorer. Angående kriterier för bestämmande av människans död i SOSFS 1987:269 står det *“när det fastställts att döden inträffat får medicinska insatser fortsättas, om det behövs för att bevara organ eller annat biologiskt material i avvaktan på transplantationsingrepp.”* Från maj 2018 är förslaget att det skall stå *”påbörjas eller fortsättas om det behövs för att organ eller annat biologiskt material ska kunna tillvaratas för transplantation..”* Det innebär att vård kan påbörjas med enda syfte att rädda eventuella organ för en framtida organdonation även om patienten är bortom räddning efter DCD (SOU 2015:84).

## Bristen på organ

Bristen på organ är inte ett svenskt problem utan ett världsfenomen. Den utredning som har gjorts och som väntar på ett godkännande från regeringen är ett steg mot förändring som förhoppningsvis leder till bättre tillgång på organ för transplantation (SOU 2015:84). En undersökning gjord 2015 visar att 85% av Sveriges befolkning ställer sig positiva till att donera organ efter sin död. Detta gör svenskarna till de mest positiva till organdonation i världen. Ändå så hamnar vi långt efter internationellt sett om vi jämför antal donatorer med de antal avlidna som vi har (MOD, 2017). Cirka 90 000 personer avlider i Sverige varje år, av dessa avlider ca 3300 på en intensivvårdsavdelning. Av dessa 3300 blir cirka 150 stycken organdonatorer. Den första januari 2017 fanns det i Sverige ett behov av 828 stycken organ för transplantation där en person kan ha behov av ett eller flera organ (Socialstyrelsen, 2017). Det är vårdgivarens ansvar att identifiera möjliga donatorer men det finns studier som visar på att frågan om donation inte alltid observeras. Enligt en studie av donationsrådet 2009 så observerades inte frågan om donation i 59 av 177 fall där det funnits möjlighet till donation (MOD, 2017). Det finns



internationella studier som visar på en motvilja bland sjuksköterskor och annan medicinsk personal att ta upp frågan hos anhöriga gällande organdonation (Carter-Gentry & McCurren, 2004). SOU 2015:84 är en utredning angående organdonation där människans rätt till självbestämmande tas upp. Den innebär att den människa som vill donera sina organ skall få förutsättningar för detta, det handlar om att uppfylla den avlidnes vilja.

## **Regionala skillnader**

I Sverige finns sex olika donationsregioner med tre transplantationsenheter där möjliga donatorer utreds. Det skiljer dock stort mellan dessa regioner i de antal donatorer som identifieras (MOD, 2017). Det är svårt att peka ut någon enskild orsak men klart är att det är vårdgivarens ansvar att undersöka möjliga donatorer och att se till att eventuella donatorer får sin önskan uppfylld (Socialstyrelsen, 2017; MOD, 2017). Som det ser ut i Sverige idag så är Uppsala-Örebro (OFO) den region som ligger högst medan sydöstra Sverige ligger lägst i att få fram donatorer (Socialstyrelsen, 2017). Utredningen SOU 2015:84 vill med sina förslag förändra de organisatoriska förutsättningarna för att få till en så bra och jämlik vård nationellt som möjligt. Det finns idag stora skillnader i donationsfrekvensen i olika delar av landet sett till en lika stor befolkningsmängd.

Det är vårdgivarens ansvar att det finns tillgång till en donationsansvarig läkare och en donationsansvarig sjuksköterska i donationsverksamheten (SOSFS 2009:3; SOSFS 2012:14). Enligt Socialstyrelsen (2014) så skall det på enheter som tar till vara biologiskt material från en människa som avlidit alltid finnas en donationsansvarig läkare och en donationsansvarig sjuksköterska. De skall ha ett övergripande ansvar för donationsverksamheten på sjukhuset och jobba för att potentiella organdonatorer identifieras och se till att samarbetet fungerar mellan olika vårdgivare. På detta sätt skall de hjälpa till att främja organdonation (SOSFS 2009:30; SOSFS 2012:14)

För att öka antalet donatorer så har Socialstyrelsen tagit fram rekommendationer för vårdgivarna i Sverige. De delas upp i tre huvudsakliga områden.

- Att vårdgivarna skapar en organisation som främjar organdonation
- Att stöd ges till närstående
- Att utbildning ges till hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen 2015)

## **Perioperativa sjuksköterskan och donation**

Under de år det utförts organdonationer i Sverige så har olika kategorier av vårdpersonal varit inblandade på olika sätt under organdonationsprocessen. Det är perioperativa sjuksköterskor (IVA-, operation- och anestesijuksköterskor), undersköterskor och läkare. Internationella studier visar på att perioperativa sjuksköterskor som är med under en organdonation upplever dem som mycket stressande, att de upplever en motvilja mot organdonation samt att det är ansträngda relationer gentemot de operationsteam som kommer in och utför donationsingreppen (Smith, Leslie & Wynaden, 2015; Perrin, Jones & Winkelmann, 2013; Carter-Gentry et al, 2004). Det har också framkommit att det finns tvivel hos de perioperativa sjuksköterskorna om donatorn faktiskt är död då dona-

torn är varm, bröstkorgen höjer sig och i många fall ser relativt oskadd ut (Perrin et al, 2013). Samtidigt så känner sjuksköterskan med donatorns familj när det kommer till sorg och förlust av en familjemedlem (Regehr, et al, 2004; Carter-Gentry et al, 2004).

## **Organdonation och anestesijuksköterskans professionsetik**

Enligt Lindwall-VonPost (2012, s. 26) styrs den perioperativa sjuksköterskans yrkesfunktion av lagar, kompetensbeskrivning och etik. Riktlinjer för anestesijuksköterskans arbete och förhållningssätt ur ett etiskt perspektiv styrs av de etiska koder som International Council of Nurses tagit fram. Bland annat skall patienten behandlas som en unik individ med individuella behov. Sjuksköterskan skall också respektera och tillvarata patientens rätt till självbestämmande samt dennes rätt till information, hen ska visa omsorg och respekt för patientens integritet och värdighet.

Lindwall-Von Post (2012, s. 59) talar om den perioperativa vårdens ethos, det vill säga kultur. Den kan beskrivas i två delar. Den första delen är en materiell kultur där högteknologi, operationsrummets utrustning och produktivitet värderas högre av sjuksköterskan än patientens välbefinnande och värdighet. Mycket av det perioperativa vårdarbetets ethos i dag ligger med fokus på produktivitet. Den andra delen är andlig enligt Von Post. En andlighet som skall vidröra vårdandets kärna för att patienten ska känna det gott att finnas till. Den andliga kulturens ethos är värdighet vilket visar sig i sjuksköterskans sätt att uppträda och ställa frågor. Lindwall-Von Post (2012, s. 59) menar vidare att dessa två kulturer inte utgör något motsatsförhållande utan de samexisterar sida vid sida. Den andliga kulturen får dock inte endast ses som ett komplement. Det kan vara svårt att förhålla sig till patienten som en unik individ med individuella behov och dessutom respektera och tillvarata patientens rätt när denne är avliden. Det kan ge upphov till etiska dilemman. Bland annat kan det vara svårt att acceptera dödsbegreppet såsom det är utformat från lagen om dödsbegreppet som trädde i kraft 1 januari 1988 vilket innebär att människan är död när hjärnans funktioner oåterkalleligt fallit bort (SFS 1987:269). Det fastställs genom en rad undersökningar men med hjälp av läkemedel och respirator kan dock kroppen alltjämt hållas fungerande.

Flodén (2011) har studerat huruvida sjuksköterskor har förmågan att stå upp för patienter som är potentiella organdonatorer, hon definierar det som ODA - "Organ donor advocacy" Flodén beskriver advocacy som att sjuksköterskan säkerställer att någon står upp för- och representerar patienten men om hen tvivlar på att patienten är död kan hen inte stödja en organdonation. Med "Organ donor advocacy" menas att sjuksköterskan står upp för och säkerställer den döde potentielle donatorns önskningar och vilja men även de anhörigas. Det är dock nödvändigt att hen helt litar på hjärndödsbegreppet menar Flodén. Anestesijuksköterskan lär sällan känna en potentiell donator eller dess anhöriga innan donationstillfället. Hen är utlämnad till sig själv och situationen med organdonation från avlidna kan väcka existentiella frågor kring liv och död. Etiska dilemman tar mycket kraft och energi enligt Lindwall-VonPost, (2012, s. 119), det skapar känslor av skuld för den perioperativa sjuksköterskan. Enligt Christoffersen (2017, s. 88) utmärker sig professionsetiken i mötet mellan människor. Mötet kräver aktiva val och en handlingsorienterad etik. Genom dessa handlingar och omdömesförmåga konkretiseras professionsetiken. Professionsetiken formas också av den lagstiftning som

skapas i offentliga dokument och som har en juridisk innebörd (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016). Anestesisjuksköterskan får aldrig det mellanmännsliga mötet mellan sig och donatorn.

## **PROBLEMFORMULERING**

Det finns begränsad forskning om perioperativa sjuksköterskor och deras erfarenheter i samband med organdonation och därmed en brist på kunskap gällande denna personalkategori (Perrin et al, 2013; Smith et al, 2015). De flesta studier är internationella och det kan vara svårt att applicera till svenska förhållanden. De flesta artiklar är riktade mot gruppen perioperativa sjuksköterskor och det finns väldigt lite skrivet specifikt rörande anestesisjuksköterskor och deras uppfattningar av organdonationsprocessen.

## **SYFTE**

Studiens syfte är att kartlägga anestesisjuksköterskors uppfattningar av att delta i organdonationsprocessen från avlidna patienter.

## **METOD**

Metoden som valts är kvalitativ utifrån en fenomenografisk ansats. Enligt Chekol (2014, s. 97) är begreppet uppfattning grundbulten i fenomenografisk forskning då en uppfattning är innebörden av något i en individs omvärld. Enligt Alexandersson (1994, s. 117) utvecklar människan kunskap om världen bitvis och stegvis. Fenomenografin undersöker hur avgränsade delar av denna värld uppfattas. Resultatet av fenomenografisk forskning ger olika innehållskategorier som beskriver människors olika erfarenheter och uppfattningar i sin värld. Den fenomenografiska ansatsen kan bidra, särskilt i omvårdnads-situationer, till att förstå hur patienter, studenter och sjuksköterskor upplever fenomen på olika sätt.

## **Datainsamling**

Datainsamling har skett genom att intervjua sex stycken anestesisjuksköterskor fördelat på tre stycken olika sjukhus. De deltagande anestesisjuksköterskorna har gemensamt att de alla någon gång varit delaktiga i organdonationsprocessen. Sjuksköterskorna är i åldern 34 till 63 år med 1,5 år till 30 års erfarenhet som anestesisjuksköterskor. Tillstånd att intervjua har givits av verksamhetscheferna på respektive klinik efter att de fick information via mail och läst igenom samtyckesblanketten (se bilaga 1). Informanterna i studien tillfrågades först om deltagande via sin vårdenhetschef och efter deras godkännande vidarebefordrade enhetschefen kontaktuppgifter till författarna som därefter tog kontakt via mail. Där bifogades även ytterligare information om studien via en samtyckesblankett som beskrev att intervjun var helt konfidentiell och att deltagandet var frivilligt samt att det när som helst gick bra att avbryta. Enligt SFS 2003:460 16§ skall deltagare i en studie informeras om förutsättningarna inför deltagande. Informanterna fick välja datum och plats för intervjuerna som genomfördes på deras respektive arbetsplats under arbetstid. Innan intervjun startade fick de åter läsa igenom och skriva under samtyckesblanketten. Författarna av uppsatsen har haft som ambition att intervjua

varannan informant med en medförfattare som suttit i bakgrunden och lyssnat. Denne har vid intervjuens slut fått möjlighet att ställa kompletterande frågor. Vid ett intervjutillfälle gick inte detta att ordna då var endast en författare närvarande. Tiden för intervjuerna var mellan 30 och 37 minuter.

Intervjuerna är öppna till karaktären där författarna inleder varje intervju med frågan: *Vad tänker du på när jag säger ordet organdonation.* Därifrån så försöker författarna att leda informanten in på olika teman med målet att inte ställa strukturerade frågor. Syftet med det är att som Alexanderson skriver: *“I den öppna intervjun får undersökningsspersonerna utifrån den egna förståelsen och förförståelsen möjlighet att själva avgränsa, behandla och definiera innehållet.”* (Alexandersson, sid 123, 1994).

## **Bearbetning av data**

Analys och bearbetning av datan har gjorts utifrån fyra faser som bland annat beskrivs av Alexandersson (1994).

Fas 1, *Bekanta sig med data och etablera ett helhetsintryck.* Vi läste igenom materialet flera gånger och blev förtrogna med intervjuerna. Det skapade en grund där vi hittade både likheter och olikheter i materialet. Alexandersson (1994, s.126) menar att det är först när man upplever en viss förtrogenhet i materialet som mönster i form av likheter och olikheter framträder.

Fas 2, *Att uppmärksamma likheter och skillnader i intervjuerna.* I denna fas uppmärksammades konkreta skillnader och likheter i materialet dvs hitta och definiera delarna i materialet. Det gjorde vi med hjälp av understrykningspennor i olika färger, genom detta framkom de olika huvudkategorierna efter flertal analyser av materialet. Alexandersson (1994, s. 126) påpekar att främst väljs exempel som pekar mot helhetens olika delar och hur de är relaterade till varandra.

Fas 3, *Att kategorisera uppfattningar i beskrivningskategorier.* Utifrån arbetet i fas 2 framträdde tre olika huvudkategorier eller beskrivningskategorier. Beskrivningskategorierna ska tydligt och kvalitativt sett skilja sig från varandra. De ska inte heller överlappa varandra enligt Alexandersson (1994, s. 127). När beskrivningskategorierna redovisas inleds dessa med en kort sammanfattning där karaktären hos de olika uppfattningarna framgår. I denna fas utformades även resultattabellen med beskrivningskategorier och subkategorier.

Fas 4, *Att studera den underliggande strukturen i kategorisystemet.* Huvudresultatet i en fenomenografisk undersökning utgörs av utfallsrummet, där en systematisk analys av hur uppfattningar förhåller sig till varandra. Resultatet för varje subkategori redovisas som tolkningar i text och för att tydliggöra tolkningarna har vi valt att redovisa citat ur intervjuerna. Citaten som valdes ut bedömdes vara de som tydligast beskrev de olika subkategorierna.

## **Etiska överväganden**

Vi bedömer att informanterna i studien inte utsattes för någon skada vare sig fysiskt eller psykiskt. Det är rimligt att anta att det varken etiskt eller känslomässigt borde vara någon ytterligare belastning att delta i en intervju som rör frågor om en arbetssituation som varje anestesijuksköterska i sitt dagliga arbete kan hamna i. Informanterna informerades också om att vårdenhetschefen ombetts följa upp deltagarna att de mådde bra efter intervjuerna då känslosamma tankar och funderingar eventuellt kunde uppkomma efter intervjuerna. Forskning inom ramen för avancerade studier på universitet och högskola behöver inte etikprövas enligt etikprövningslagen. (<http://www.codex.vr.se/forskninghumsam.shtml>).

## RESULTAT

Tre olika beskrivningskategorier har identifierats se tabell 1. Varje citat som presenteras avslutas med en parentes. Till exempel, [I:1] där bokstaven I står för intervju och siffran 1 avser numret på citerad informant.

**Tabell 1. Kategoritabell**

Kategori	Subkategori
1. Uppfattningar i relation till professionen	1:1 Göra gott för nästa 1:2 Respekt för donatorn 1:3 Tappa sin roll i teamet 1:4 Behov av kunskapsstöd inför donationen
2. Uppfattningar i relation till ingående organdonationsteam	2:1 Att kommunicera 2:2 Samarbete med och stöd av gästade donationsteam 2:3 Organisation och ledarskap
3. Uppfattningar i relation till existentiella perspektiv	3:1 Konflikt död/levande 3:2 Att avbryta ventilation 3:3 Den konstiga känslan 3:4 Dödsbegreppet

### **Kategori 1. Uppfattningar i relation till professionen**

De flesta av anestesijuksköterskorna i studien hade en gedigen bakgrund som sjuksköterskor men det varierade något hur länge de jobbat som anestesijuksköterskor. De var alla noga med att förbereda sig väl inför organdonationen, under intervjuerna vacklade de aldrig i uppfattningen av vad som krävdes av dem. De var alla noga att läsa in sig på donatorn och donationsförfarandet. De uttryckte fokus inför uppgiften.

#### **1:1 Göra gott för nästa**

Anestesisjuksköterskorna beskriver att de inte enbart vårdat donatorn för donatorns egen skull utan de vårdar på sätt och vis även mottagarna av de olika organen. De ger uttryck för vad de anser är syftet med hela organdonationsprocessen. De vill samtidigt göra gott för mottagaren av organen vilket sätter fingret på själva fenomenet organdonation.

De beskriver att arbetet de gör tillsammans med operationsteamet är fantastiskt och som något ljust då det ligger andra människor och väntar på dessa organ och där perso-

nalen vet att de gör detta för någon annan. De uttrycker en medvetenhet om att det de gör riskerar att påverka mottagaren där alla negativa förändringar kan ge sämre förutsättningar för en lyckad transplantation.

*“Man vet ju att det här är, man gör ju det här för någon annan, så enkelt är det, det känns rätt bra tycker jag...” [I:2]*

*“Det är väl det som känns i hjärtat att det här det här ger liv till någon annan...”[I:2]*

### **1:2 Respekt för donatorn**

Anestesisjuksköterskorna i studien uttrycker frekvent sin syn på donatorn och vikten att vårda donatorn som om donatorn levde, att behandla donatorn med värdighet och respekt. Vikten av att donatorn till exempel ligger bra på operationsbordet, att skyla donatorn vid överflyttningar, de gör ingen skillnad i omvårdnaden mot en levande patient även om donatorn är död när hen kommer till operationsavdelningen.

De uttrycker även vikten av att göra klart efter avslutad operation. Att tvätta rent donatorn, ta bort infarter och slangar, att lägga donatorn i en säng. Detta är inget som stressas igenom utan det görs ordentligt även om det är mitt i natten.

*“för mig är det viktigt att se till att patienten är varm och har bra cirkulation att dom ligger bra med armar och axlar och att allting ligger bra så så jag tror inte jag gör ingen skillnad oavsett vad det är...organdonation eller inte..” [I:1]*

*“Ser till så att allting är borta att de är rena, gör det fint att de har kudde under...ha du vet, ja så att man inte hystar över att det är gjort utan det gör vi färdigt. Även om det är mitt i natten så gör vi det.”[I:1]*

### **1:3 Tappa sin roll i teamet**

Flera av anestesisjuksköterskorna beskriver att de upplever att deras funktion försvinner då de stänger av ventilatorn. Det har beskrivits att de blivit ombedda att gå ut och jobba på avdelningen som vanligt när deras del är avklarad. Detta upplevs som ovärdigt gentemot donatorn och samtidigt så får de inte helheten genom hela processen. Anestesisjuksköterskan ger uttryck för att dennes roll i teamet är viktig fram tills att de stänger av ventilatorn, det är mycket att hålla ordning på för att hålla donatorn cirkulatoriskt stabil och optimalt ventilerad. Efter avstängning av ventilatorn har anestesisjuksköterskan ingen given roll men gemensamt är att de alla vill vara med till slutet av operationen.

*“..då blir min roll väldigt konstig för på nåt sätt är det ju jag som håller anestesin och sövningen så och helt plötsligt behövs inte jag...helt plötsligt bara vi stänger av detta och....vad ska jag göra....mer än att jag kan koppla bort alla mina grejer” [I:1]*

*“...före är jag ju en jätteviktig spelare... men sen när man stänger av då är har man ju inte alls någon särskild roll i liksom operationsteam inom uttagsteamet om jag ska säga...” [I:4]*

### **1:4 Behov av kunskapsstöd inför donationen**

Anestesisjuksköterskorna uttrycker att organdonation är en ovan situation som de inte råkar ut för vid många tillfällen under sin yrkeskarriär. De uttrycker ett behov av att förbereda sig och inhämta kunskap om donatorn på samma sätt som de alltid gör. Det är också centralt för dem att skaffa kunskap om de riktlinjer och den formella gången för organdonation som finns på operationsavdelningen. De sjukhus där anestesisjuksköterskorna arbetar har alla en organdonationspärm där de kan läsa på om dessa rutiner. Organdonationspärmen beskrivs av alla anestesisjuksköterskor i studien som en central källa till information och stöd. Den är i regel placerad lättåtkomlig så att personalen kan titta i den även då de inte har en pågående donation. Ett flertal av anestesisjuksköterskorna beskriver att de går in på intensivvårdsavdelningen och hämtar donatorn. Där kan de också få ytterligare information i en lugnare miljö än den inne på en operationssal, en strävan att få göra det “lilla extra” i en mycket speciell situation.

*“...ja ehh...först börjar man ju att ta reda på och läsa på om patienten för det är ju den normala gången plocka fram pärmen ehh.. och följer ordningarna det och förbereder salen” [I:6]*

*“så har vi ju liksom checklistor för hur jag.....jag läser på hur jag ska ta hand om det här jag vill ju inte råka va den som råkar göra nåt så att organen blir försämrade.” [I:4]*

## **Kategori 2. Uppfattningar i relation till ingående organdonationsteam**

De äldre anestesisjuksköterskorna uttrycker utveckling inom de gästade organdonationsteamerna, de uppskattar ett öppet samarbetsklimat med det gästade donationsteamet som trots att de jobbar under tidspress visar sig lyhörda och villiga att svara på de frågor och funderingar som uppstår. Tidigare var graden av hierarki större och personal på de mindre sjukhusen blev inte alltid så väl bemötta.

### **2:1 Att kommunicera**

Samarbetet med gästade donationsteam uppfattas vara mycket bra, det tycks ofta råda en stämning där alla kan prata med varandra. Operatörerna svarade gärna på frågor om sådana uppstod. En samstämmig uppfattning i intervjumaterialet är att det gästade donationsteamet är lätta att kommunicera med. Enligt några anestesisjuksköterskor är de dessutom bra på att visa sin uppskattning gentemot personalen på operationssalen.

*“dom är ju väldigt proffsiga ..ehh.det fanns inte någonting utan dom ställer upp på alla våra frågor dom vill gärna berätta..” [I:6]*



...”alla kunde snacka med varandra och...jag tycker det är väldigt trivsamt..och dom va väldigt....gav mig positiv feedback och allt sånt där, man kände det som man var viktig spelare och det va ju kul”. [I:4]

## **2:2 Samarbete med stöd av gästande donationsteam**

Uppfattningen är att det är lätt att samarbeta med det gästande donationsteamet. Teamet är välorganiserat och det underlättar för övrig personal. Det ges uttryck för att stödet och samarbetet har utvecklats under åren som donationsverksamheten pågått.

“Men de är ju så tacksamma att vi gör detta så att dom hjälper till på alla sätt och vis så man hjälps ju åt så att detta verkligen skall gå att genomföra...” [I:3]

“vi blev inte behandlade som luft men det var ju bara så här att ...man ...det var inte värdigt kan man säga riktigt...det har ju hänt väldigt mycket på den här fronten” [I:6]

## **2:3 Organisation och ledarskap**

Inför och under organdonationsprocessen uttrycker anestesijuksköterskorna uppfattningar som visar på en mycket god organisation för att få allt att fungera men när det kommer till att samla ihop känslor och tankar efter en donation tycks inte operationsavdelningarna ha utvecklat eller arbetat fram några rutiner. Efter en donation är några av anestesijuksköterskorna i studien helt slut mentalt men det finns från operationsavdelningarnas sida en önskan/krav om att direkt hasta vidare till nästa operation. Vill man sätta sig ner och pusta ut och prata av sig får sjuksköterskorna ordna det själva. Ibland blir det lite tid över när operationssalen efter utförd donation ska städas och iordningställas, där och då hinner de utbyta några ord med sina kollegor. Uppskattande ord kommer bortsett från uttagsteamet främst från varandra det vill säga de som deltog i donationen, arbetsgivaren på operationsavdelningen har inte visat något större intresse efter utförd donation.

“ man är ju helt slut mentalt och man orkar ju egentligen inte gå in och ta en annan patient....man behöver kanske sätta sig och prata lite ja vad som är bra och dåligt eller....” [I:5]

“alltså vi pratar ju vi som var där och sådär men inte alltid..det kan bli bättre.....” [I:5]

## **Kategori 3. Uppfattningar i relation till det existentiella**

Anestesisjuksköterskorna i studien uttrycker inga tvivel om att donatorn är avliden. Tvivel uppstår möjligen när donatorn uppvisar spinala reflexer. De beskriver däremot en känsla, som de har svårt att sätta ord på, det sker när de stänger av ventilatorn. De uttrycker att det känns konstigt.

### 3:1 Konflikt död/levande

De anestesijuksköterskor som var med i studien uttryckte känslor i samband med organdonation som riktas mot donatorn men även mot de anhöriga. Anestesisjuksköterskorna uttrycker känslor av sorg för de anhöriga som förlorat en närstående. Åldern på donatorn spelar också roll, de blir mer berörda om donatorn är ung. Samtidigt så förmedlar de uppfattningen av att ur tragedin följer något positivt och glädjefyllt för mottagaren av organen.

*“Det är klivna känslor, man känner för dom anhöriga från donatorns sida men man känner samtidigt en glädje för, för dom som skall ta emot organen. [I:2]*

Anestesisjuksköterskorna har en tydlig uppfattning när det kommer till frågan om donatorn är död. De är trygga med att donatorn är ordentligt undersökt och att alla tester har gjorts när beslutet tas gällande donation. Några uttrycker tvivel i vissa moment, till exempel när donatorn uppvisar reflexer om så bara för en kort stund. Även avsaknad av hypnotika och analgetika uppfattas som ovant när de bara använder muskelrelaxantia.

*“I huvudet på något sätt blir det ju det känns ju konstigt ja jag vill ju ge något annat, jag vet ju att patienten är död men ändå känner jag...ja jag ger lite muskelrelax och bara det ja konstigt alltså.” [I:5]*

*“Ibland är det ett dilemma man tänker att under operationen så kan de ha reflexer det kan...fast jag vet ju att patienten är ju en person som är död.” [I:5]*

### 3:2 Att avbryta ventilation

Att stänga av ventilatorn tycks vara något tveegat bland anestesijuksköterskorna. Några tycker att det är svårt känslomässigt medan andra inte tycker det är något speciellt. De tvivlar inte på att donatorn är död men att stänga av ventilatorn under pågående operation är emot allt som de i normala fall arbetar för. En känsla som är svår att beskriva och sätta ord på.

*“vi jobbar ju alltid för att om att någon är dålig jobbar man till det yttersta för att man ska se till att bibehålla liv och nu plötsligt bara så stänger vi av allt det där som ska...ventilatorn och det är en väldigt märklig känsla” [I:4]*

*“För mig kändes det inte konstigt, för utan den hade han ju inte levt, eller levt, hade han ju inte varit där han va” [I:2]*

### 3:3 Den konstiga känslan

Att vårda donatorn verkar medföra att en hel del känslor uppkommer under ingreppet. Känslor som är svåra att definiera och sätta ord på för anestesijuksköterskorna. De är väl medvetna om att de har hand om en avliden människa men det de ser ger ändå en del tankar då donatorerna har cirkulation och fin färg.

*“det är känslor hela tiden under en sån process tycker jag det är en lite surrealistisk upplevelse väldigt konstigt är det. Det är en död människa men ändå skall vi ta hand om den som om den levde.” [I:5]*

*“jag fattar ju att den är död men det känns konstigt ändå den är rosig och den är fin” [I:4]*

### **3:4 Dödsbegreppet**

Vad gäller begreppet total hjärninfarkt ses genomgående i analysen av intervjuerna att anestesijuksköterskorna har en tydlig uppfattning när det kommer till frågan om donatorn är död eller inte. De är alla trygga med att donatorn är dödförklarad på rätt sätt och att alla tester har gjorts när det gått så långt som till donation.

*..”uppfylls kriterierna så är det ju oåterkalleligt det ska ju, finns ju ingen annan väg. Det är bara en väg”. [I:6]*

*“hjärnan är ju död då man är död helt enkelt även om man är varm och fungerar kanske... det är ju en död människa.” [I:5]*

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Vi valde att genomföra en studie med en fenomenografisk ansats. Fenomenografin främsta styrka är att den tar sats från människors olika uppfattningar av företeelser eller objekt i världen. Alexandersson (1994) påpekar att människor har olika uppfattningar av omvärlden vilket kan förklaras av att de gör olika erfarenheter och har olika relationer och gör olika analyser och därmed också erhåller olika kunskap om företeelser och objekt. Därför överensstämde metoden väl mot syftet för studien dvs beskriva anestesijuksköterskornas olika uppfattningar av att delta i organdonationsprocessen.

Författarnas begränsade erfarenhet av att skriva vetenskapligt och använda olika analysmetoder påverkar säkert resultatet då en mer erfaren forskare eventuellt skulle kunna få ut mer av materialet.Handledningen som givits har hjälpt författarna då handledaren är väl förtrogen med metoden. Vi valde att intervjua anesthesijuksköterskor som arbetar på sjukhus där transplantationer inte utförs, för att i möjligaste mån undvika att de hade erfarenhet av att ha deltagit i transplantationskirurgi. Detta för att hålla isär begreppen under intervjuerna då vi hade farhågor om att eventuella informanter skulle färgas av att ha deltagit vid en transplantation. Vi använde oss av öppna intervjuer vilket har den fördelen att man kan ställa följdfrågor och leda informanterna in på olika teman. Det ger också en bra möjlighet att kontrollera att den som svarar uppfattat frågan korrekt. Dahlberg (1997, s. 102) menar att den öppna intervjun är gynnsam om man vill få intervjupersonen att reflektera över företeelsen på ett nytt sätt.

Författarna har lång erfarenhet av arbete i vården. Vi har arbetat som sjuksköterskor mellan 15–17 år och av den tiden har ett tiotal år spenderats i den perioperativa vården som anesthesijuksköterskor vilket medför förståelse för verksamheten. Dock, vilket bör påpekas har ingen av författarna själva deltagit i någon organdonation vilket bör ses som en fördel. Intervjumaterialet kan vara lättare att analysera utan att egna värderingar påverkar vid inläsning och tolkning av materialet. Dahlberg (1997, s. 72) menar att inom till exempel hermeneutiken kan förståelse aldrig utvecklas utan förförståelse men att förförståelsen kan vara ett hinder som inte låter fenomenet “visa” sig. En del svagheter i metoden kan också identifieras. Det bör framhållas att författarna är oerfarna när det kommer till att intervjua personer. Vi upplevde att intervjuerna blev bättre ju fler intervjuer som genomfördes, men med större vana hade det troligtvis funnits förutsättningar för mer uttömmande svar. Enligt Dahlberg (1997, s. 102) förlorar den orutinerade intervjuaren lätt koncentrationen och börjar fundera över sina frågeställningar och då går öppenheten förlorad. Vår ambition var att intervjua varannan person, för att båda författarna skulle få intervjuvana. Den andre skulle sitta i bakgrunden och lyssna med möjlighet att ställa följdfrågor efter avslutad intervju. Tanken med det var möjligheten att ställa ytterligare frågor och få förtydliganden som intervjuaren kanske missade. Det fungerade inte fullt ut då en av författarna inte hade möjlighet att medverka vid en av intervjuerna. Vi valde att genomföra intervjuerna på informanternas respektive arbetsplatser under arbetstid. Vi bedömde att det troligtvis var lättare att få dom att ställa upp för en intervju då. Dock visade det sig att vid ett tillfälle fick vi ställa in med kort varsel då arbetsplatsen den aktuella dagen hade personalbrist och vi fick då boka ny tid för intervju. Därmed kan man misstänka att informanterna eventuellt skulle känna sig stres-

sade i intervjusituationen pga att verksamheten kallade. Det var något vi inte märkte av. Intervjuerna genomfördes i lugn och ro och ingen utomstående avbröt.

## **Resultatdiskussion**

### **Förhållningssätt gentemot donatorn**

Anestesisjuksköterskorna i studien uttryckte fokus på att organdonationen skulle bli riktigt bra. De ville absolut inte vara med om att organen på något vis skulle komma till skada med tanke på de människor som väntade på att få organen. De var måna om att vårda donatorn med respekt och värdighet. Donatorn vårdades som om denne var vid liv. Det fanns ett behov av att vara med och göra klart operationen. Genomgående i intervjuerna är just att visa respekt och att vara professionell i organdonationsprocessen. Ingen av anestesisjuksköterskorna uttryckte några personliga tvivel inför arbetsuppgiften. Här kan anestesisjuksköterskan luta sig mot den professionsetik som finns för sjuksköterskor och de lagar och krav som lagstiftare och samhället ställer på vårdarna (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Ingen av anestesisjuksköterskorna uttryckte några etiska tvivel kring donationsprocessen vilket har visat sig i andra studier där bland annat tidigare jobbiga upplevelser från deltagande i organdonationer samt religiös övertygelse har gjort att sjuksköterskor tvekat inför organdonation (Regher et al. 2004). Ett väl utvecklat professionsetiskt förhållningssätt kan vara en av anledningarna till att tvivel inte uppstår. Anestesisjuksköterskorna ger trots allt uttryck för ett problem. Under hela processen fram till ögonblicket efter att de stängt av ventilatorn är de av uppfattningen att de fyller en mycket viktig funktion under donationen men därefter tappar hen sin roll i teamet. Det uppstår ett vakuum där de egentligen inte har någon konkret arbetsuppgift. Här finns ett behov av att utveckla anestesisjuksköterskans roll i framtiden hen skall inte behöva försvara sin plats i teamet under den fortsatta donationsprocessen med tanke på hur viktig dennes funktion är fram till att ventilatorn stängs av.

### **Samarbete med gästade team**

Det finns beskrivna upplevelser i tidigare studier där sjuksköterskorna känt sig respektlöst behandlade av gästade team och i vissa fall fått utstå sexuella trakasserier (Regher et al 2004). Anestesisjuksköterskornas erfarenheter av de gästade donationsteamerna i denna studie är däremot positiv. De visar uppskattning under donationsprocessen, de är måna om att informera och svara på frågor som uppstår. Här kan man ana att det skett en positiv utveckling över tid då en av de äldre anestesisjuksköterskorna berättade att de tidigare inte alltid var så empatiska och inkännande och att donationsteamerna uppfattade sig som förmer än andra. Regher et al (2004) framhåller ändå att det skett en positiv utveckling över tid. Tidigare studier är internationella och det är svårt att direkt applicera på svenska förhållanden men i Sverige har vi numera en ganska platt organisation där frånvaro av strikta hierarkier kanske bidrar till att det inte finns något större utrymme för kränkande beteenden. En anestesisjuksköterska berättade att en arbetsledare kom in under donationsprocessen och ville att hen skulle lämna donationen då hen inte längre fyllde någon funktion. Anestesisjuksköterskan gjorde tydligt klart för sin arbets-

ledare att hen hade för avsikt att medverka genom hela processen. I denna studie finns tecken på att organisationen brister något när det gäller att stötta anestesijuksköterskorna både under och efter en organdonation. Bristande stöttning från organisation, kollegor och andra samverkande yrkeskategorier kan påverka välbefinnandet och inställningen till att medverka i framtida organdonationer (Smith, Gavin, Wynaden 2016). Denna studie visar att det sällan eller aldrig ordnas möjlighet till debriefing med övrig personal i operationslaget. Det uppstår i så fall som spontana samtal medan man till exempel städar efteråt. Personerna i operationslaget finner stöd i varandra men inte från organisationen. Smith et al (2016) menar att här finns utmärkta förutsättningar för arbetsgivaren att initiera ett ökat stöd för de som deltar i en organdonation i syfte att öka välbefinnandet för sjuksköterskorna.

## **Konklusion**

Samtliga anestesijuksköterskor i studien gav en positiv bild av att delta i donationsprocessen. När det var bestämt att de skulle delta i en organdonation blev de mycket fokuserade. De uttryckte att de var med om något som gjorde gott för andra. De gav uttryck för gott samarbete med det gästande donationssteamet där de upplevde att även de var måna om gott samarbete och att stor öppenhet för att besvara frågor fanns. När ventilatorn stängts av uppstår en situation där anestesijuksköterskan upplever att hen inte längre fyller någon funktion vilket är synd när det finns en vilja att vara med under hela operationen.

## **Klinisk implikation**

Anestesijuksköterskans funktion efter att ventilatorn stängts av behöver konkretiseras. Anestesijuksköterskorna gör olika saker efter att ventilatorn stängts av. Någon har tagit på sig att vara något av "allt i allo", någon har blivit sittande utan att göra något speciellt, en eller annan har fått försvara sitt deltagande i organdonationen efter att ventilatorn stängts av. Verksamheten har uttryckt önskan att flytta hen till en annan operation innan donationen var klar. Det finns ett behov av att delta fram till hela operationen är avslutad och den avlidne är avlämnad på intensivvårdsavdelningen då man uppfattar att det är något viktigt man deltar i.

## REFERENSER

Alexandersson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I Starrin, B. & P-G, Svensson. (red.) (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur. ss. 113-133.

Carter-Gentry, D. & McCurren, C. (2004). *Organ procurement from the perspective of perioperative nurses*. AORN journal, 80:3, 417-431.

Christoffersen S-A. (2007). *Professionsetik*. Malmö: Gleerups.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Flodén, A. (2011). *Attitudes toward organ donor advocacy among Swedish intensive and critical care nurses*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet.

Lindvall, L. VonPost, I. (2012). *Perioperativ vård - Att förena teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

*Livsviktigt-om organ- och vävnadsdonation*. Socialstyrelsen. <http://www.livsviktigt.se> [Hämtad 2018-05-29]

MOD (2017). *Situationen I Sverige*. <http://merorgandonation.se/om-organdonation/organdonation-sverige/>. [Hämtad 2017-12-13]

Morse, C, Y. (2017). *An overview of antesthetic managment for the brain-dead donor and organ recovery*. AANA Journal 85(5), ss. 385-392.

Perrin, K. Jones, B. & Winkelman, C. (2013). *The co-existence of life and death for the perioperative nurse*. *Death studies*, 37:9,789-802, DOI:10.1080/07481187.2012.692460.

Regher, C. Kjerulf, M. Popova, SR. & Baker, AJ. (2004). *Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors*. *Journal of clinical nursing*, 13, 430-437.

Smith, Z. Leslie, G. & Wynanden, D. (2015). *Australian perioperative nurses' experiences of assisting in multi-organ procurement surgery: a multi grounded theory study*. *International journal of nursing studies*, 52:3, 705-715, doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.004. [Hämtad 2017-12-13]

Smith, Z. Leslie, G. Wynaden, D. (2016). *Coping and caring: supportintegral to perioperative nurses during process of organ procurement surgery*. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3305-3317.

Socialdepartementet. (2013). Dir. 2013:25. *Utredning om donations- och transplantationsfrågor*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2014). *Donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska- En vägledning för vårdgivare och verksamhetschefer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Främjande av organdonation- En vägledning för vårdgivare och verksamhetschefer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2017). *Organ- och vävnadsdonatorer i Sverige 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SFS 1987:269. *Lag om kriterier för bestämmande av människans död*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1995:831. *Lag om transplantation m.m.*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOSFS 2005:10. *Kriterier för bestämmande av människans död*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2009:30. *Donation och tillvaratagande av organ, vävnader och celler*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOSFS 2012:14. *Hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2015:84. *Organdonation- En livsviktig verksamhet*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Svensk Sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf) [Hämtad 2017-12-13]

Vetenskapsrådet (2018). *Humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/forskninghumsam.shtml> [Hämtad 2018-02-23]

Vävnadsrådet(2017). *DCD-projektet*. <http://vavnad.se/dcd-projektet/> [Hämtad 2017-12-13]



# BILAGA

## Bilaga 1 samtyckesblankett

### Samtyckesblankett

#### **Fråga om att delta i en intervjustudie gällande anestesijuksköterskors erfarenheter av att ha deltagit i organdonationsprocessen.**

Vi heter Anders Aderstedt och Fredrik Gabrielsson och vi arbetar som anestesijuksköterskor på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS). Vi kommer under hösten att skriva vår magisteruppsats vid Högskolan i Borås och den kommer att handla om anestesijuksköterskors erfarenheter av att ha deltagit i organdonationsprocessen.

I studien kommer vi att intervjua sju anestesijuksköterskor från flera olika sjukhus med erfarenhet av organdonation för att få bredd i vår studie. Vi hoppas att vi genom vår studie skall kunna peka på områden som redan är bra och identifiera områden som faktiskt behöver förbättras.

Då det idag finns väldigt lite beskrivet om just vår professions erfarenheter av denna process så hoppas vi att du vill vara med och sprida lite ljus över detta område och på så vis bidra med professionsutveckling för anestesijuksköterskor.

Intervjun är helt konfidentiell och ingen utom vi och vår handledare dr Anne Flodén kommer att veta vem som svarat på våra frågor. Intervjun kommer att ta ca 30–60 minuter och sker under arbetstid.

All data kommer att sparas i minst 10 år och resultatet kommer att publiceras tillsammans med intervjuer från en annan studie i en vetenskaplig tidskrift.

Det är naturligtvis helt frivilligt att delta och du kan när som helst ändra dig och avbryta ditt deltagande.

Med Vänliga Hälsningar

Anders Aderstedt och Fredrik Gabrielsson

Mail: [anders.aderstedt@vgregion.se](mailto:anders.aderstedt@vgregion.se) [fredrik.gabrielsson@vgregion.se](mailto:fredrik.gabrielsson@vgregion.se)

Anne Flodén Fil.Dr. Leg Sjuksköterska, Universitetslektor Högskolan i Borås/Klinisk Forskare SÄS

Mail: [anne.floden@vgregion.se](mailto:anne.floden@vgregion.se)

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i studien.

Ort och Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande