

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2022:50

Moralisk stress hos sjuksköterskan En litteraturöversikt

Jenny Johansson
Anna Lundstedt



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Moralisk stress hos sjuksköterskan En litteraturöversikt
Författare:	Jenny Johansson Anna Lundstedt
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK19h
Handledare:	Jonas Karlsson
Examinator:	Niklas Andersson

Sammanfattning

Moralisk stress kan uppstå när sjuksköterskan omöjliggörs att handla utefter egna etiska principer och värderingar. Det ses en rådande resursbrist på sjuksköterskor i Sverige vilket påverkar arbetsmiljön och arbetsförhållanden. Den moraliska stressen kan skapa både fysiska och psykiska besvär och kan leda till att sjuksköterskor väljer att lämna yrket. Studien avser att beskriva sjuksköterskors upplevelser av moralisk stress i samband med vårdande. Studien baseras på en litteraturöversikt. Datainsamlingen genererade i tio artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Resultatet resulterade i fyra teman; arbetsmiljöns betydelser, interaktioner mellan patient och närstående, interprofessionell kommunikation och behov av att skydda sig själv. Studien visar att moralisk stress uppstår i flera olika vårdkontexter och situationer. Det är ett fenomen där fortsatt forskning skulle kunna rekommenderas då sjuksköterskans hälsa påverkas negativt av den moraliska stressen. Upplevda behov uttrycktes av sjuksköterskor för att kunna hantera den moraliska stressen vilket tyder på att ytterligare forskning kring copingstrategier kan vara indikerat.

Nyckelord: *Sjuksköterska, moralisk stress, etisk stress, upplevelse, hälsa, litteraturöversikt.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Etisk och moralisk stress	1
Sjuksköterskans roll i vårdandet	2
Det vårdvetenskapliga perspektivet	2
Den moraliska stressens påverkan - hälsa och lidande	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
Datainsamling	5
Tabell 1: Översikt PEO-modellen.	5
Dataanalys	6
Tabell 2: Exempel på analysprocessen med nyckelfynd, subteman och tema.	6
Etiska överväganden	7
RESULTAT	7
Tabell 3: Tabell över resultatets teman och subteman.	7
Arbetsmiljöns betydelse	8
Interaktioner med patient och närstående	9
Interprofessionell kommunikation	10
Behov av att skydda sig själv	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Arbetsmiljöns betydelse	13
Interprofessionell kommunikation	15
Behov av att skydda sig själv	16
Interaktioner med patient och närstående	17
SLUTSATSER	18
Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning	19
REFERENSER	20
BILAGA 1 - Tabell för databassökning / sökmatris	25
BILAGA 2 - Artiklar som inkluderades i resultatet – Artikelmatris	26

INLEDNING

I skrivande stund närmar sig författarna att snart förväntas axla rollen som blivande sjuksköterskor, vilket medför både stor glädje men samtidigt en viss oro. Medier rapporterar återkommande om besparingar inom hälso- och sjukvården, samtidigt pratar politiker om ekonomiska satsningar. Därtill belyses sjuksköterskors arbetsituation gällande resurs- och tidsbrist, låga löner och att sjuksköterskor därav väljer att lämna yrket. Under författarnas verksamhetsförlagda utbildning på sjuksköterskeutbildningen kände de själva av den stress det talas om i medier. Författarna upplevde även en krock i det vårdvetenskapliga synsättet och hur vården gavs i praktiken under stressiga arbetsförhållanden där det ofta sågs en brist på sjuksköterskor. Inledningsvis var författarnas förförståelse till begreppet moralisk stress begränsat. De kunde dock känna igen sig i de känslor den moraliska stressen kan frambringa då de själva upplevt fenomenet under tidigare arbetslivserfarenheter. Att inte tillåtas handla enligt de etiska principer och normer sjuksköterskan blivit lärd till kan skapa känslor av otillräcklighet, vilket kan leda till en etisk och moralisk stress. Följder av ovanstående skrivet kan leda till att sjuksköterskan som individ drabbas av egen ohälsa när sjuksköterskans egentliga roll är att vårda. I vården pratas mycket om stress, sällan nämns dock den moraliska stressen som kan upplevas av sjuksköterskor.

BAKGRUND

Etisk och moralisk stress

När begreppen moral- och etik definieras likställs de ofta som synonymier till varandra, även om det inte alltid kanske anses vara helt korrekt. I ett försök att skilja begreppen åt kan det förklaras att moral är det fundamentala synsätt någon har om vad som är rätt, fel, ont eller gott. Etiken däremot beskrivs som den teoretiska utgångspunkt vi behöver för att ge uttryck för vår moral. Den upplevda moraliska- och etiska stressen uppstår när vi sätts i situationer där vi har en perception av vad som är rätt, men tvingas agera annorlunda (Bengtzell, Thoursie & Åstrand Friedlits 2021, ss. 21–23).

Jametons (2017) definition av moralisk stress är välanvänd i vårdande sammanhang och definierades år 1984. Jameton menar att moralisk stress uppstår i situationer där det finns en känsla och upplevelse om vad som är rätt att göra, men situationen och organisationen antingen helt eller delvis omöjliggör dig från att göra det. Förklaringen stämmer även överens med den ovan beskrivna definitionen. I litteraturstudien kommer begreppen att likställas med varandra då det oftast inte görs någon skillnad i hur begreppen används. Författarna har valt att använda begreppet moralisk stress genomgående i arbetet för att skapa en tydlighet och undvika eventuell felaktig tolkning.

Det finns olika etiska och moraliska dilemman en person kan ställas inför, varav ett är motivationsproblem. Vi slutar helt enkelt engagera oss och agerar inte utefter de principer vi har eller vad som förväntas av oss, vilket resulterar i en etisk konflikt. När ett problem skapas kan det bero på organisatoriska, beteendemässiga eller psykologiska orsaker. Moralisk stress kan delvis uppstå när sjuksköterskan inte kan leva upp till de värden och normer vi själva önskar eller vad som förväntas av oss att göra (Sandman & Kjellström 2018, ss. 54–55). Vid moralisk stress är det inte alltid stressen som är orsaken utan

krocken mellan den motivation sjuksköterskan har till att göra gott och det moraliskt rätta, och de hinder som uppstår däremellan. När sjuksköterskan inte kan påverka det moraliska dilemma som uppstår på grund av hinder på exempelvis arbetsplatsen, kallas det för ett strukturproblem (Sandman & Kjellström 2018, ss. 54–55). Varcoe, Pauly, Storsh, Newton och Makaroff (2012) styrker detta genom att de skriver att moralisk stress kan uppstå på grund av organisatoriska begränsningar.

Sjuksköterskans roll i vårdandet

Sandman och Kjellström (2018, ss. 52–54) skriver att etiken är en stor och viktig roll i sjuksköterskans arbete, vilket ej kan kringgås. Sjuksköterskan ställs ständigt inför olika etiska dilemman och reflektion angående etikens roll i vårdandet är viktigt. International Council of Nurses (ICN) har sammanställt en etisk kod som gäller för alla sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening 2017a). Den innehar fyra olika områden där varje områdes innehåll kan ses som riktlinjer i hur sjuksköterskan ska handla etiskt. Det handlar om olika värderingar och normer vilka är centrala för sjuksköterskans förmåga att kunna handla etiskt korrekt. Den etiska koden kompletteras med Svensk sjuksköterskeförenings (2017b) kompetensbeskrivning på hur just sjuksköterskor ska utföra deras specifika vårdande. Kompetensbeskrivningen agerar som en ledande värdegrund där bland annat vikten läggs på att värna om patientens unika behov, dess rättigheter och skapa delaktighet för patienten att kunna delta i vården. I Sverige regleras även vården av Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Lagen innefattar bland annat att vården ska ges på lika villkor och att vården ska erhålla god kvalitet, inge trygghet och säkerhet. Vid ett interprofessionellt samarbete har sjuksköterskan en ledande funktion vars uppgift dels är att utveckla och upprätthålla en etisk medvetenhet i vårdandet samt företräda patientens röst (Lindberg 2015, ss. 268–269).

Det vårdvetenskapliga perspektivet

Vårdvetenskapen är ej professionsbunden utan används av flera yrkeskategorier. Vårdvetenskapen har den existentiella delen av människan i fokus och handlar om hur vi som sjuksköterskor kan vårda patienter i relation till hälsa, lidande och vårdande. Patienten är hela tiden i fokus. En helhetssyn är viktig för att förstå hur den enskilde individen upplever sitt lidande eller hälsa för att vården ska anses vara god. Den vårdvetenskapliga kunskapen är nödvändig för en god vård (Ekebergh 2015, ss. 16–17). Sjuksköterskors upplevelser kopplat moralisk stress kan anses viktigt att studera ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Den upplevda hälsan hos sjuksköterskan kan komma att påverka vården av patienter och patientsäkerheten (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 122–123).

En av vårdvetenskapens två pelare är livsvärldsteorin. Den kännetecknas av ett vårdande där patienten anses vara expert på sitt eget tillstånd med hälsa, lidande och sjukdom. Patienten ska göras delaktig i sin vård, autonomi är viktig där patienten ska få möjlighet att påverka sin vård. Vården ska formars och ges utefter de ovan skrivna och patientens unika behov. Varje individ har en egen livsvärld som är unik (Ekeberg 2015, ss. 18–19). Den andra pelaren är den caritativa teorin. Teorin handlar om hur vård borde och kan vara och är starkt kopplad till etik där begrepp som värdighet, medmänsklighet och lindrat lidande är viktiga. Inom den caritativa teorin menas att vårdandet sker med en grund av

att sjuksköterskor har en stark drift att göra gott där kärlek är en viktig anledning till att vården blir god. Fokus i vårdandet ligger mycket i relationen mellan sjuksköterskan och patienten där en relation av värme och öppenhet kan bidra till att lindra lidande och främja hälsa (Arman 2015, ss. 22–23). Ett caritativt vårdande visar på ett genuint intresse för patienten. Detta intresse ses som ett naturligt kall, vilket skapar både ansvar och skyldigheter för sjuksköterskan (Arman 2015, ss. 184–185). Den moraliska stressen kan ses som ett hinder till det caritativa vårdandet. Att inte tillåtas att ge sann omsorg och lindra lidande kan skapa en upplevd ohälsa hos sjuksköterskan (Bergbom, Näden & Nyström 2021).

Den moraliska stressens påverkan - hälsa och lidande

Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv erfars och upplevs hälsa av den enskilda individen. Hälsa kan beskrivas som en känsla av att vara i balans, att må bra och att vara i stånd att utföra projekt, stora som små, vilka individen anser är betydelsefulla. Hälsa för en person behöver inte vara densamma för en annan, den är alltså relativ. Att vara sjuk, behöver inte innebära att en person upplever ohälsa, likväl att den person som är frisk inte behöver uppleva hälsa. Oavsett sjukdom, eller avsaknad av sjukdom så är upplevelsen av hälsa unik. Sjukdom innebär dock ofta att hälsan blir närvarande då det kanske är först då individen reflekterar över den. Hälsa har två aspekter, varav den ena är biologisk och den andra existentiell. Begreppet hälsa som helhet kan dock inte isolera dessa aspekter utan den existentiella och biologiska delen ska ses som odelbara (Ekebergh 2015, ss. 28–29). I vårdandet beskrivs ett ömsesidigt beroende mellan sjuksköterska och patient, där tillit och medkänsla är viktiga yttranden (Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström & Rehnsfeldt 2015). När tillit sviktar och den naturliga medkänslan hotas, hotas även upplevelsen av hälsa hos både sjuksköterska och patient.

Gallagher (2011) skriver att moralisk stress inverkar på sjuksköterskans hälsa. Ofta upplevdes följder som fysiska symtom i form av huvudvärk, ont i nacke och även problem med magen. Psykiska besvär var även vanligt där känslor av att känna sig arg, irriterad, deprimerad, och tappad motivation till sitt arbete. Frustration över att inte kunna påverka sin arbetssituation med den moraliska stressen leder till att vissa sjuksköterskor säger upp sig. Socialstyrelsen (2021) rapporterar att de flesta regioner i Sverige har ett underskott av grundutbildade sjuksköterskor. Detta stöds av Statistiska centralbyrån (2017) som i en rapport skriver att cirka hälften av sjuksköterskor vilka har valt att gå en annan yrkesväg, gjorde detta på grund av sämre arbetsförhållanden där en stressig arbetsmiljö med bland annat moralisk stress var en bidragande faktor.

Hälsa kan inte diskuteras utan att samtidigt prata om begreppet lidande. Det sägs att, för att uppleva god hälsa, måste även lidande godkännas till en viss grad. Det är inte realistiskt att leva ett liv utan lidande, därför ses lidandet vara en essentiell del av människan och människans tillväxt. Lidande som begrepp har ofta en negativ klang. Däremot förklarar begreppet hur patienter upplever sin situation och hälsa med patientens unika upplevelse i sjukdomens närvaro, vilken är av stor vikt för sjuksköterskan att kunna möta i vårdandet. Lidandet anses utveckla och föra människan framåt då det ofta leder till en utveckling på det personliga planet (Arman 2015, ss. 38–39). Arman et al. (2015) skriver att patienten är i en sårbar situation och när patienten inte blir sedd finns risk för

ett ökat lidande. Sjuksköterskor måste kunna beröras av patienten för att inte orsaka mer lidande hos denne, samt för att kunna vidta vårdande åtgärder.

Vårdlidande är ett lidande vilket riskerar att uppstå om patienten erfar att vården ej är god, antingen på grund av dess frånvaro eller i kvalitén på görandet (Arman 2015, s. 43). Kalisch, Landström och Hinshaw (2009) skriver att begreppet utebliven vård är ett relativt nytt begrepp, vilket idag används i större utsträckning än tidigare. Definition av begreppet inkluderar alla hänseenden av nödvändig vård till patienten som utelämnas, oavsett orsak. Burston och Tuckett (2012) skriver hur moralisk stress både påverkar sjuksköterskans hälsa och därmed medför ett lidande för sjuksköterskan. I studien beskrivs det hur moraliskt lidande och stress både bryter ner och försvagar sjuksköterskans personliga integritet och värderingar, både i yrkesrollen som privat. Att bli utsatt för en moralisk stress påverkade inte enbart sjuksköterskan utan följderna visade även ha en skadlig effekt på arbetsplatser samt en risk i att vårdandets kvalité äventyrades.

PROBLEMFÖRMULERING

Moralisk stress kan uppkomma när sjuksköterskans uppfattning om vad som är moraliskt rätt hindras på grund av arbetsförhållanden eller yttre omständigheter. Konsekvenserna av att sjuksköterskorna utsätts av denna form av stress drabbar inte enbart sjuksköterskorna som individer utan ger även avtryck på organisationen. Tidigare studier styrker hur moralisk stress kan leda till ohälsa hos sjuksköterskan både i sin yrkesroll, som privat, samt hur följderna av detta i sin tur kan påverka kvalitén på vården. Både tidigare studier och rapporter, från bland annat Statistiska centralbyrån (2017), visar att moralisk stress är en betydande anledning till att sjuksköterskor idag väljer att lämna sina yrken. Att beskriva sjuksköterskors upplevelse av moralisk stress är därav av stor vikt för sjuksköterskor och patienter. När sjuksköterskor väljer att byta arbetsplats eller till och med profession kan det innebära ett hot mot hälsan hos patienter, patientsäkerheten och patienters liv. Genom att sammanställa tidigare kunskap och forskning, om hur sjuksköterskor upplever den moraliska stressen, förblir nyttan med denna studie en ökad kunskap gällande stöd och hantering. Kunskapen kan bidra till ökad förståelse över fenomenet moralisk stress vilket gör att vi i framtiden kan agera förebyggande och i slutändan gynnar det även patienten i att vården får en bättre kvalité.

SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av moralisk stress i samband med vårdande.

METOD

Studien genomfördes i form av en integrativ litteraturoversikt baserad på Fribergs metod (2017, s. 142). Därav var författarnas avsikt att skapa en översikt av kunskapsläget kring att beskriva sjuksköterskors upplevelser av moralisk stress i samband med vårdande. En litteraturoversikt ger en bild av befintlig forskning inom området och anses därför enligt författarna vara en lämplig metod för att svara på studiens syfte. Författarna valde att inkludera både kvalitativ och kvantitativ forskning till studien, då författarna ansåg att

detta skulle stödja helheten inom aktuellt forskningsområde där båda ansatserna kan ge värdefull kunskap i relation till forskningsfrågan.

Datainsamling

För att finna relevanta sökord utifrån studiens syfte använde författarna akronymmodellen PEO (Forsberg & Wengström 2015, ss. 60–61), se tabell 1. Vidare användes Svenska Mesh för att hitta synonymer till de tidigare identifierade sökorden (Forsberg & Wengström 2015, s. 71). Två databaser, Cinahl och Medline, vilka innehåller forskning inom omvårdnad och vårdvetenskap användes i litteratursökningen (Forsberg och Wengström 2015, ss. 63–65). Inledningsvis gjordes breda sökningar där delvis nyckelord identifierades samt för att få en översikt på befintlig forskning inom området studien hade för avsikt att undersöka. Sökningarna redovisas i en sökmatrix för att ge en tydlig överblick och möjlighet för andra att göra samma sökning (se bilaga 1).

Tabell 1: Översikt PEO-modellen.

PEO		Cinahl	Medline
P- population	Sjuksköterskor	Nurs* or Cari*	Nurs* or Cari*
E-exposure	Upplevelser	experience* or perception* or attitude* or view* or feeling* or qualitative or perspective	experience* or perception* or attitude* or view* or feeling* or qualitative or perspective
O-Outcome	Moralisk stress	"moral distress"	"moral distress"

Kriterier utöver sökorden var att artiklarna skulle vara tillgängliga på engelska, Peer reviewed, ingå i tidsintervallet 2011-01-01–2022-12-31, samt att det skulle vara tillgängliga på biblioteket på Högskolan i Borås. Inklusionskriterier var att studierna skulle vara utförda på grundutbildade sjuksköterskor samt att de skulle vara utförda i Europa. I Cinahl valdes först filtret "Europa". Vid närmare granskning av sökningen insåg författarna att resultatet på sökningen blev missvisande då många lämpliga artiklar föll bort, tillika fanns inte samma filter tillgängligt i Medline vilket försvårade önskan om att göra identiska sökningar i båda databaserna. Författarna valde att exkludera artiklar där deltagarna arbetade med barn eller ungdomar under 18 år. Detta på grund av att det ofta är specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar med barn och ungdomar vilket studien ej avsåg att undersöka. I Cinahl lades därav ytterligare en avgränsning till "all adult", i Medline användes avgränsningen "all adult +19 years". Inledningsvis tog författarna hjälp av bibliotekarie till den kommande datainsamlingen för att få hjälp med olika sökstrategier.

I sökandet användes boolska termer, AND och OR, frassökning samt trunkeringar på vissa ord i kombinationer i vår söksträng för att få en mer precis sökning utifrån studiens syfte (Östlund 2017, ss. 71–73). Efter ett antal provsökningar, med olika

sökkombinationer valdes en slutgiltig slutsträng, "moral distress" AND Nurs* or cari* AND experience* or perception* or attitude* or view* or feeling* or qualitative or perspective* (se bilaga 1). Sökningen genomfördes först i Cinahl, följt av Medline. Vid sökningen i Medline fann författarna 8 dubletter av artiklar som även hittades vid sökningen i Cinahl. I sökmatriken exkluderas dubletterna från sökningen i Medline.

Utifrån de träffar sökningen gav granskades först artiklarnas titlar. Artiklar vars titlar ej stämde överens med våra exklusions- och inklusionskriterier samt inte ansågs relevanta enligt syftet till studien selekterades bort. Därefter lästes abstracten till de artiklar vilka ansågs kunde svara på syftet (se bilaga 1). För att få en tydlig översikt användes helikopterperspektivet, vilket enligt Friberg (2017, s. 146) skapar möjlighet till att uppbbringa en överskådlig bild över bland annat vilka grupper och deltagare forskning utförts på. De artiklar vars abstract ansågs svara på syftet lästes även i helhet och efter denna process valdes tolv artiklar ut. Av de tolv artiklarna valdes sedan tio ut till kommande resultatanalys. En artikel valdes bort då det inte tydligt framgick hur väl den egentligen svarade på syftet med studien. Den andra artikeln berörde palliativ sedering, vilket i Sverige endast utförs av specialistsjuksköterskor därav valdes den bort då studien avser att undersöka grundutbildade sjuksköterskors upplevelser. Vidare kvalitetsgranskades de valda artiklarna noggrant med hjälp av Fribergs granskningsfrågor för både kvantitativa- och kvalitativa studier (2017, s. 187). De inkluderade artiklarna ansågs hålla tillräcklig kvalitet enligt kvalitetsgranskningen och det resulterade i sex kvalitativa artiklar, tre kvantitativa och en artikel baserad på mixad metod.

Dataanalys

Författarna valde att analysera data med stöd i Fribergs analysmetod (2017, ss 148–150). En artikelmatris skapades för att få en överblick av datamaterialet (se bilaga 2). Efter att artikelmatrisen var gjord lästes artiklarna upprepade gånger av båda författarna enskilt och textinnehåll markerades från artiklarnas resultat, vilket svarade an på syftet med studien, så kallade nyckelfynd. Den fortsatta analysen genomförde författarna tillsammans för att öka trovärdigheten (Mårtensson och Fridlund 2020, s. 432) och de träffades och för att jämföra nyckelfynd. Processen gick vidare i att nyckelfynd fördes in i ett Word dokument där det tydligt framgick vilket nyckelfynd som kom från vilken artikel genom att de numrerades. Därefter identifierades likheter och skillnader i de olika studiernas resultat. Med hjälp av färgkodning identifierades olika subteman vilka sedan ledde till slutgiltiga teman. Författarna gick fram och tillbaka i datamaterialet flertalet gånger vilket innebar en rörelse mellan nyckelfynd, subteman och teman. Exempel på analysprocessen redovisas i tabell 2. Fyra teman identifierades och elva subteman, se tabell 3 för redovisning av teman och subteman.

Tabell 2: Exempel på analysprocessen med nyckelfynd, subteman och tema.

Nyckelfynd	Subteman	Tema
Frustration och uppgivenhet över kollegors dåliga vårdande.		

Oro över att kollegor försummar patientnära vård. Uppgivenhet över att inte kunna påverka kollegor.	Meningsskiljaktigheter i teamet.	Interprofessionell kommunikation.
Frustration, maktlöshet. Ilska, uppgivenhet, förlorad kämpaglöd. Förvrängda över att utföra uppgifter som går emot deras värderingar.	Att inte bli lyssnad på.	

Etiska överväganden

Författarna förhåller sig till de riktlinjer och principer Helsingforsdeklarationen (2018) uppger vilket bland annat innebär att skydda utsatta grupper, och att studien även ska främja den grupp deltagare studien utförts på. Vetenskapsrådet (2017) skriver om fyra etiska krav. Informationskravet innebär att information om syftet med forskningen skall ges till deltagarna. Deltagarna ska även ha rätt till självbestämmande enligt samtyckeskravet. Försättningsvis ska all forskning bibehålla deltagarnas konfidentialitet enligt konfidentialitetskravet, samt att insamlad data enbart ska användas till forskningens ändamål, kallat nyttjandekravet. Forskning har enligt svensk lag en skyldighet att värna och ta hänsyn till den enskilda individen tillika respektera dennes värde (SFS 2003:460). Etiken genomsyrar hela arbetets gång från val av problem och syfte till resultat och kliniska implikationer genom att arbetet ska leda till kunskap och nytta för andra individer. Syftet med forskningsetiken är att autonomi och rättigheterna hos individen ska stärkas, oavsett vem personen är, alla har ett lika värde (Kjellström 2017 s. 58). I denna litteraturstudie inkluderades endast studier som var godkända av forskningsetiska kommittéer och detta garanterades genom att artiklarna noggrant kvalitetsgranskades.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån studiens fyra teman: *Arbetsmiljöns betydelse, interaktioner med patient och närstående, interprofessionell kommunikation* och *behov av att skydda sig själv*. Elva olika subteman identifierades och utifrån dessa skapades fyra teman. Teman och tillhörande subteman presenteras i tabell 3. Subteman framförs i kursiv stil i resultatet.

Tabell 3: Tabell över resultatets teman och subteman.

Teman	Subteman
Arbetsmiljöns betydelse.	Resurs- och tidsbristens inverkan. Kompetensbrist i teamet och individuellt. Organisatoriska faktorer och strukturella orsaker. Brist på möjligheter till personlig utveckling.

Interaktioner med patient och närstående.	Kommunikationssvårigheter med patienten. Empati för patient och närstående. Närstående som hinder till holistisk vård.
Interprofessionell kommunikation.	Meningsskiljaktigheter i teamet. Att inte bli lyssnad på.
Behov av att skydda sig själv.	Emotionell immunisering. Copingstrategier.

Arbetsmiljöns betydelse

Temat som följer består av fyra subteman: *Resurs- och tidsbristens inverkan, kompetensbrist i teamet och individuellt, brist på möjligheter till personlig utveckling och organisatoriska faktorer och strukturella orsaker*. Under temat hittar vi faktorer vilka sjuksköterskan kan uppleva en maktlöshet i att inte kunna påverka, vilket bidragit till upplevelsen av moralisk stress.

Känslan av *tidsbrist* och att inte ha tid för patienten kunde generera känslor av maktlöshet och uppgivenhet samt att vara fångad i systemet, vilket i sin tur innebar en upplevelse av moralisk stress (de Veer, Francke, Struijs & Willems 2013; Storaker, Nåden & Sæteren 2017). Här var även oron över att patienten kunde komma till skada bidragande till upplevelsen av moralisk stress (Finnbakk, Skovdahl, Wangensteen & Fagerström 2020). *Resursbrist* med otillräcklig bemanning sågs även vara en starkt bidragande orsak till att moralisk stress uppstod (Finnbakk et al. 2020; Lusignani, Gianni, Re & Buffon 2017; de Veer et al. 2013).

På grund av resursbrist upplevdes begränsade förutsättningar i att kunna leva upp till etiska värderingar (Storaker, Nåden & Sæteren 2017). Arbetsdagen beskrevs som kaosartad utan möjlighet att påverka vilket innebar att en känsla av frustration kunde uppstå. Resursbristen löses ofta med att hyra in sjuksköterskor samt att nyanställa. Detta upplevdes dock som en extra börda, då kompetens och erfarenhet ofta saknades. De kände en känsla av tappad kontroll och att vårdkvaliteten på så sätt äventyras. Storaker, Nåden och Sæteren (2019) fann att på grund av resursbristen bleknade idealbilden om hur vården önskades utföras. Finnbakk et al. (2020) menar att en tung arbetsbelastning på grund av otillräcklig klinisk kompetens, eller att vara den enda sjuksköterskan i tjänst upplevdes stressande och utmanande, oavsett tidigare erfarenhet. Vård i livets slutskede upplevdes kunna skapa moraliskt utmanande situationer och såg därav som extra svåra. De beskrev även en känsla av överväldigande när tiden inte räckte till för att lära känna patienterna eller tid till att agera på ett kliniskt kompetent sätt.

Kompetensbrist i teamet som resulterade i låg kvalitet på vården upplevdes vara moraliskt stressande (Lusignani et al. 2017; de Veer et al. 2013). På grund av mer komplexa vårdbehov hos patienter upplevde sjuksköterskor den personliga kompetensen som bristfällig (Finnbakk et al. 2020). Ett behov av att stärka kompetensen upplevdes, följaktligen var det en balansgång mellan att vara kompetent och en strävan av att vilja

vara kompetent nog för att kunna utföra den vård som krävdes. Känslor av oro, osäkerhet och nervositet inför kliniska moment samt minskat självförtroende mynnade ut i en moralisk stress.

Känslan av att inte kunna påverka arbetssituationen på grund av *organisatoriska faktorer och strukturella orsaker* kunde innebära en känsla av maktlöshet. Att vara maktlös inför arbetssituationen innebar upplevelser av moralisk stress (Finnbakk et al. 2020; Storaker, Nåden & Sæteren 2017; Storaker, Nåden & Sæteren 2019;). Skuld-känslor kunde uppenbara sig då patienten upplevdes bli försummad. Här kunde dessa känslor bli än mer påtagliga då tid för reflektion uteblev. I situationer av utebliven reflektion och *bristande möjlighet till personlig utveckling* kunde en moralisk stress uppstå (de Veer et al. 2013). Ett dilemma uppstod i att vara lojal mot avledningen och samtidigt bevara ett holistiskt sätt för vårdandet. Sjuksköterskorna upplevde sig hindrade från att ge en holistisk vård när de samtidigt var tvungna att anpassa sig till avdelningens rutiner och likaså organisationen. Det kunde delvis upplevas stressande med fullbeläggningar och ett högt flöde av patienter. En konflikt skapades när idealen fick läggas åt sidan för att kunna möta dessa krav från organisationen (Storaker, Nåden och Sæteren 2019). Bristande energi, frustration och en känsla av förvirring uppstod när viljan att förbättra arbetssituationen ej lyckades. Organisatoriska faktorer som hur många sjuksköterskor eller läkare som fanns tillgängliga under arbetspasset kunde också påverka den moraliska stressen. Till exempel upplevdes det stressande att inte kunna kontakta läkare enkelt vid behov på nätter och helger (Finnbakk et al. 2020).

Interaktioner med patient och närstående

Under detta tema presenteras följande subteman: *Kommunikationssvårigheter med patienten, empati för patient och närstående och närstående som hinder till holistisk vård.*

Vid interaktioner med patient och närstående kunde moraliskt svåra situationer uppstå. Att respektera båda parter, när åsikter skiljer sig åt, kunde vara moraliskt utmanande för sjuksköterskan och därmed bidra till upplevd moralisk stress. Mehlis et al. (2018) fann ökad moralisk stress och när det upplevdes fanns *kommunikationssvårigheter med patienten*. Kommunikationssvårigheterna kunde dels bero på språkförbristningar, då sjuksköterskan och patienten inte talade samma språk, dels i mötet med patienter med en kognitiv svikt. Att patienten inte kunde kommunicera för önskad vård kunde skapa en osäkerhet i om rätt beslut togs angående vården. Sjuksköterskorna kunde känna en rädsla över att kränka patientens autonomi vilket kunde generera i upplevd moralisk stress. Liknande resultat visar även Finnbakk et al. (2020) då sjuksköterskorna i studien beskrev dessa situationer som extra utmanande.

Att bevittna lidande hos sköra patienter och närstående, vilka befann sig i en beroendesituation, upplevdes känslomässigt svårt att se och en stark *empati för patienten och närstående* infann sig. Empatin minskade avståndet mellan det personliga jaget och det professionella jaget vilket stärkte känslan av att bli personligt berörd. Etiskt känsliga beslut uppstod dagligen. Situationer som ansågs komplexa var till exempel vid administrering av vätska till patienter där kommunikationen var bristfällig. En vilja att värna om autonomin hos patienten skapade en moralisk stress och känslor av oro för patienten kunde upplevas. En känsla av skuld gentemot patienten upplevdes då de ansåg

att patientens sårbarhet och värdjan inte respekteras (Bryon, Dierckx de Casterlé & Gastmans 2012).

Känslor av moralisk stress kunde även uppstå då patienten inte fått information angående vården som gavs. En diskrepans mellan rekommenderad vård och den vård patienten faktiskt behövde bidrog även till den moraliska stressen (de Veer et al. 2013). Stigande moralisk stress kunde upplevas då patienten upplevde en låg livskvalité, och i att inte kunna påverka livskvalitén hos patienten. När patientens autonomi inte inkluderades i samband med beslut angående palliativ vård skapade detta en moralisk stress (Mehlis et al. 2018). En känsla av att vara fångad i ett moraliskt dilemma mellan att ta hand om den unika döende patienten, följa instruktioner från läkare och tillgodose närstående ansågs skapa en osäkerhet i vårdandet (Finnbakk et al. 2020).

Närstående sågs både vara i behov av vård och samtidigt delaktiga i den vård som ges. En utmanande situation upplevdes vara i mötet med trötta, arga och frustrerade närstående. Det kunde upplevas känslomässigt svårt hantera närståendes känslor och samtidigt samarbeta likt kollegor (Ramvi & Ueland 2019). När signaler från patienten inte överensstämde med åsikter från närstående kunde känslor av maktlöshet, frustration och ilska uppstå. Närståendes attityd påverkade hur beslutsprocessen kunde upplevas. När närståendes åsikter inte stämde överens med vad som ansågs vara den bästa möjliga vården för patienten upplevdes en kluvenhet i beslutsfattandet (Bryon, Dierckx de Casterlé & Gastmans 2012).

Att inte kunna följa personliga värderingar och professionella ideal, på grund av *närstående som hinder till holistisk vård*, skapades ett hot mot sjuksköterskans moraliska identitet, vilket ökade upplevelsen av moralisk stress. När närstående ifrågasatte beslut kunde det upplevas som ett bristande förtroende för vården som gavs. Brist på uppskattning och erkännande samt att tvingas ta hänsyn till närståendes krav ansågs kunna vara en bidragande faktor. Även skyddande närstående kunde ses som ett hinder till holistisk vård (Ramvi & Ueland 2019). Den moraliska stressen blev mer påtaglig när vården inte ansågs vara till patientens bästa, samt vid meningsskiljaktigheter mellan patient och närstående (Lusignani et al. 2017; de Veer et al. 2013; Laurs, Blaževičienė, Capezuti & Milonas 2020).

Interprofessionell kommunikation

Subteman som presenteras till temat är: *Att inte bli lyssnad på* och *meningsskiljaktigheter i teamet*. Temat berör hur interprofessionell kommunikation och samarbeten påverkar upplevelsen av moralisk stress.

Bryon, Dierckx de Casterlé och Gastmans (2012) fann att interna konflikter och *meningsskiljaktigheter i teamet* var motiv till upplevd moralisk stress. Meningsskiljaktigheterna kunde handla om oenighet om vilken behandling som ansågs mest lämplig. Vid vård av patienter med kognitiv svikt kunde det upplevas en kluvenhet om besluteten som togs var korrekta eller ej då det upplevdes svårt att tolka patienten. Känslorna som beskrevs var oförståelse och frustration likväl förvirring då det ansågs svårt att veta vilken policy som skulle följas. När kollegor i teamet inte ansågs ge god vård kunde det generera i upplevelse av moralisk stress (de Veer et al. 2013). Storaker,

Nåden och Sæteren (2017) fann att äldre sjuksköterskor upplevde att yngre sjuksköterskor prioriterade dokumentation framför att fysiskt ta hand om patienten. På grund av rollen som kollega upplevdes det förbjudet att ingripa och handleda vilket resulterade i en inre konflikt med känslor av upplevd moralisk stress. En önskan sågs i att handleda med målet att ge patienten god vård för att minska den moraliska stressen (Storaker, Nåden & Sæteren 2019).

En stor anledning till att moralisk stress kunde uppstå var när upplevelsen *av att inte bli lyssnad* på eller att inte bli involverad i patientens vård inföll (Bryon, Dierckx de Casterlé & Gastmans 2012; de Veer et al. 2013; Mehliis et al. 2018; Storaker, Nåden & Sæteren 2019; Finnbakk et al. 2020). Att bli placerad i en underordnad position och inte bli sedd för expertisen skapade känslor av maktlöshet, frustration, ilska och uppgivenhet. Sjuksköterskor upplevde att läkarna inte respekterade patientens sårbarhet och autonomi. Det kunde skapa stor frustration i att inte kunna stå upp för patienten med känslor av skuld som följd (Bryon, Dierckx de Casterlé och Gastmans 2012). Att utföra uppgifter på läkarens begäran, som gick emot etiska värderingar, sågs ha ett starkt samband till upplevelsen av moralisk stress (Bryon, Dierckx de Casterlé och Gastmans 2012; Finnbakk et al. 2020; Laurs et al. 2020; Lusignani et al. 2017; Storaker, Nåden & Sæteren 2019; de Veer et al. 2013).

Läkarnas behandlingspolicy utlöste avsevärd moralisk stress. Behandlingar och undersökningar, vilka ansågs onödiga och istället kunde leda till ett ökat lidande för patienten, skapade moraliska dilemman (Bryon, Dierckx de Casterlé & Gastmans 2012; Finnbakk et al. 2020; Laurs et al. 2020; Lusignani et al. 2017; Storaker, Nåden & Sæteren 2019; de Veer et al. 2013). Känslor som oro och osäkerhet över att orsaka ökat lidande hos patienten var därav återkommande (Storaker, Nåden & Sæteren 2019). Det upplevdes stressande att behöva argumentera för att påverka läkarens beslut med målet att undvika onödiga behandlingar vilket kunde ge ett ökat lidande för patienten (Finnbakk et al. 2020).

Behov av att skydda sig själv

I temat presenteras följande subteman: *Emotionell immunisering* och *copingstrategier*. Sjuksköterskor upplevde behov av strategier eller anpassningar för att kunna hantera den moraliska stressen.

Flera sjuksköterskor upplevde en ambivalens mellan att vara lojal mot avdelningskulturen och andra sidan mot patienten. Denna konstanta press och kluvenhet kunde upplevas leda till att sjuksköterskorna lade personliga ideal åt sidan och istället vände sig vid att utföra något de ej tolererade (Storaker, Nåden & Sæteren 2017; Storaker, Nåden & Sæteren 2019). Att inte kunna påverka situationen kunde skapa en upplevelse av att bli *emotionellt immuniserad* från egna värderingar och normer vilket gjorde att sjuksköterskor vände sig bort från frågan och fokuserade på andra uppgifter (Lievrouw et al. 2016). På grund av minskade eller obefintliga möjligheter till att efterleva idealen kunde moralisk stress uppstå samt känslor av ignorans upplevas. Dock upplevde sjuksköterskor att idealen ändå fanns kvar. En bristande medkänsla kunde uppstå på grund av den emotionella immuniseringen och gjorde att grundläggande behov hos patienter försumrades, vilket upplevdes som en skrämmande utveckling (Storaker, Nåden & Sæteren 2017; Storaker, Nåden & Sæteren 2019).

Vid situationer där moralisk stress uppstod kunde ett behov av att forma strategier upplevas av sjuksköterskorna som nödvändigt, för att hantera dessa känslor. Att lämna över ansvaret i moraliskt svåra situationer upplevdes vara en *copingstrategi*. Ett bra klimat i teamet där det tilläts att prata om situationer där moralisk stress uppstod upplevdes även det kunde underlätta hanterandet (Lievrouw et al. 2016). För att hantera känslor av skam och skuld, upplevdes en strategi vara att kompensera och utföra vårdande handlingar på ett mer ömt och respektfullt sätt. Strategier kunde även vara att skapa distans och bli berörd, men på avstånd. Det ansågs vara av stor vikt att kunna skilja på arbete och privatliv för att skydda sig själv.

Fysisk aktivitet upplevdes kunna underlätta hanterandet av moralisk stress (Bryon, Dierckx de Casterlé och Gastmans 2012). Reflektion i teamet upplevdes vara ett behov, och ansågs positivt i hanterandet av moralisk stress. Teamet kunde finna stöd i varandra och det kunde även resultera i ett närmare teamsamarbete. Teamutvärdering stimulerade till kunskap i att se moraliska dilemman ur olika perspektiv vilket upplevdes leda till insikt och tillväxt (Bryon, Dierckx de Casterlé och Gastmans 2012; Lievrouw et al. 2016). Storaker, Nåden och Sæteren (2017) fann att det upplevdes finnas ett behov av att reflektera över moraliskt svåra situationer på arbetsplatsen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturöversikt ansågs av författarna vara en lämplig metod för att få svar på studiens syfte; att beskriva sjuksköterskors upplevelser av moralisk stress i samband med vårdande. Valet att genomföra en litteraturöversikt ansågs även relevant för att få en helhetsbild över aktuell forskning. Dock hade en empirisk studie också kunnat vara av intresse, då det enligt författarna finns kunskapsluckor att fylla kring fenomenet. Valet ansågs även relevant på grund av tidsmässiga resursbrister.

Författarna justerade även syftet med studien då de till en början önskade att undersöka nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelser av moralisk stress, men märkte att det inte fanns tillräcklig med forskning på området. Vid sökning på nyutexaminerade sjuksköterskor fann författarna mycket forskning utförd på sjuksköterskestudenter och studerande vilket inte var avsikten att studera. Därav valdes avgränsningen med nyutexaminerade sjuksköterskor bort och det valdes att fokusera på grundutbildade sjuksköterskor. Under studiens gång har författarna jobbat jämsides vilket har skapat tillfällen för både diskussion och reflektion vilket anses bidra till ökad trovärdighet. (Mårtensson & Fridlund 2020, s. 431). Förförståelsen om fenomenet kan ha påverkat studiens resultat men genom reflektion tillsammans har författarna försökt hålla sig neutrala.

Bibliotekarien var till stor hjälp angående att hitta sökord samt i att finna bra sökstrategier vilket varit en styrka för studien. I datainsamlingen fann författarna att det fanns en hel del forskning i området. Vid valet av inklusions- och exklusions kriterier diskuterade författarna fram och tillbaka angående vilka länder som ansågs relevanta att studera forskning från. Genom att begränsa sökningarna till länder i Europa ansågs resultatet mer

efterlikna den svenska vårdkontexten. Begreppet moralisk stress upptäcktes tolkas olika beroende på land och kultur. Det ansågs därför mer relevant att i största möjliga mån inkludera forskning från länder där begreppet har en liknande innebörd.

Avgränsningen kan ha en nackdel angående studiens överförbarhet till andra kulturer och sammanhang (Mårtensson & Fridlund 2020, s. 433), men författarna ansåg att avgränsningen förde med sig fler fördelar än nackdelar. Antalet artiklar genererade till slut i tio stycken, sex med kvalitativ ansats, tre med kvantitativ och en baserad på mixad metod. Forskningsfrågan har varit det som styrde valet av ansats och oavsett vilken ansats som valts har kunskapsbidraget värderats lika. Att studien innehåller artiklar med olika ansatser styrker litteraturstudien och skulle därmed kunna ge en mer omfattande och korrekt förklaring kring forskningsfrågan (Forsberg & Wenström 2015, ss. 47–48). Dock kan det ifrågasättas hur väl moralisk stress kan mätas genom kvantitativ forskning, då det är sjuksköterskans upplevelser litteraturstudien avser att undersöka. Författarna ansåg att de valda kvantitativa studiernas mätmetoder var pålitliga och svarade väl an på syftet och därför kunde inkluderas i resultatet. För att studiens resultat skulle anses vara aktuellt valde författarna att inte inkludera artiklar äldre än tio år.

Genom att grundligt beskriva analysens gång och den valda metodens olika steg har studiens bekräftelsebarhet ökat. Trovärdighet i studier kan öka genom att reflektion sker tillsammans med andra parter (Mårtensson & Fridlund 2020, ss. 431–432). Diskussion mellan författarna och handledare har kontinuerligt pågått vilket gör att författarna så långt som möjligt kunnat förhålla sig neutrala till det funna materialet. Diskussionerna har bland annat handlat om tolkning av nyckelfynd och vad de skulle kunna generera i för subteman och teman. För att öka en studies pålitlighet är det bland annat viktigt att som författare beskriva dess förståelse kring fenomenet (Mårtensson & Fridlund 2020, s. 432). Dataanalysen var ett moment författarna lade extra mycket tid på och reflekterat fram och tillbaka över de nyckelfynd som funnits vilket enligt författarna både påverkar pålitligheten och trovärdigheten positivt. Studiens innehåll anses vara överförbart till andra grupper och sammanhang på grund av att resultatet är tydligt framskrivet och att trovärdigheten, bekräftelsebarheten och pålitligheten har försökts bevarats under studiens gång. Genom att alla artiklar kvalitetsgranskats noggrant höjer det även studiens kvalitet (Mårtensson & Fridlund 2020, s. 433).

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen utgår från de fyra teman som identifierades i resultatet. *Arbetsmiljöns betydelse, interprofessionell kommunikation, behov av att skydda sig själv och interaktioner med patient och närstående*. Studien har visat att moralisk stress är vanligt förekommande i vårdandet.

Arbetsmiljöns betydelse

Resurs- och tidsbrist visade sig vara ett av studiens huvudfynd. Det kunde skapa känslor av maktlöshet, frustration, uppgivenhet och en upplevd moralisk stress. Att inte kunna leva upp till etiska värderingar samt att inte kunna vårda på det sätt som sjuksköterskorna önskade resulterade även i en känsla av tappad kontroll med sämre vårdkvalité som följd. Utebliven vård och sämre kvalitet i vårdandet kan skapa ett vårdlidande för patienten

(Arman 2015, ss. 42–43). Vid tid- och resursbrist tvingades sjuksköterskorna att prioritera åtaganden vilket kunde resultera i att patienten endast blir sedd som ett objekt och den existentiella dimensionen förminskades. Risk finns att patienten anpassar sig och skyddar sig från ytterligare lidande genom att förneka behov av vård genom att ta vårdpersonalens brist på tid i försvar. Sjuksköterskan kan då ha svårt att identifiera vårdbehov och det kan förklaras bli ett komplext vårdlidande (Arman 2015, s. 47–48). Patienters liv, hälsa och patientsäkerheten kan därmed tolkas vara hotad och det kan anses vara av stor vikt att se problemet med den nuvarande resursbristen och ta det på allvar. Mynaříková et al. (2020) stödjer att utebliven vård riskerar ett lidande för patienten då forskningen visade på en ökning av vårdrelaterade infektioner där lunginflammationer och urinvägsinfektioner var vanligt förekommande. Det såg även en ökning av fall, trycksår, felmedicineringar och ett ökat patientmissnöje till följd av utebliven vård.

Ökade resurser har visat sig kunna leda till reduceras utebliven vård med ökad vårdkvalité som följd (Cho, Kim, Yeon, You & Lee 2015). Författarna till den egna studien anser att resultatet talar för att det skulle finns en tydlig förklaring till hur den delen av moralisk stress som uppstår på grund av resurs- och tidsbrist skulle kunna lösas. Utebliven vård kan även bidra till en sämre hållbar utveckling med en förlängd vårdtid, vilket kräver ökade resurser och kostnader för samhället. Agenda 2030 skriver att välmående hos individer är en förutsättning för en hållbar utveckling (FN 2015). Författarna fann liknande fynd i resultatet mellan tid- och resursbrist och organisatoriska faktorer och strukturella orsaker.

Fyndet att tid- och resursbrist kunde ha inverkan på den moraliska stressen bedöms därför betydelsefullt att tas med i beräkning av chefer när det gäller budget och resursfördelningar. Höglund och Falkenström (2018) menar att ekonomiska bekymmer prioriterades före etiska och därav vägdes den etiska aspekten inte in i beslutstagandet. Det tolkas vara problematiskt att ledningen inte vägde in den moraliska stressens påverkan på vårdkvalitén, samt sjuksköterskors hälsa i deras beslut, trots att de verkar medvetna om konsekvenserna.

I litteraturstudiens resultat sågs att det var moraliskt stressande att vara ensam sjuksköterska i tjänst, där tvivel på den egna kliniska kompetensen ofta upplevdes kännas otillräcklig. Patienters komplexa vårdbehov upplevs som utmanande och sjuksköterskorna upplevde därav behov av att stärka sin kompetens för att hantera situationerna. Idag ses mer komplexa vårdbehov då befolkningen blir både äldre och skörare där ofta en multisjuklighet kommer som följd av åldrandet (Romøren 2018, ss. 29–30). Kompetens är en del i att kunna utföra säker vård, vilket är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Leksell & Lepp 2013, ss.16–17). Det kan innebära att vara kapabel till att utföra de uppgifter vården kräver. Enligt Sandman och Kjellström (2018, ss. 99–100) skapar upplevelsen av att inte ge god vård och förlorad kontroll, känslor av moralisk stress. Det är naturligt i vårdandet att vilja göra gott, vilket skulle kunna göra det problematiskt för sjuksköterskans upplevda hälsa att dagligen utsättas för situationer där kompetensen känns bristfällig (Ekebergh 2015, ss. 22–23). Om sjuksköterskan upprepat hamnar i situationer där den egna kompetensen ifrågasätts kan det tolkas skapa misstro hos patienter. Detta anses kunna leda till ohälsa hos sjuksköterskan vilket i sin tur kan hämma möjligheten till att kunna bidra med full potential i vårdandet. Janatolmakan och Khatonys (2022) studie från Iran stödjer att moralisk stress uppstår vid tillfällena då

sjuksköterskan känner att bristfällig vård ges. I studien framgår det att sjuksköterskor upplever att arbetsglädje är en viktig del av vårdandet, och om vården som ges ej anses vara god, minskar arbetsglädjen och den moraliska stressen stiger. Att moralisk stress upplevs liknande i kulturer som Iran kan anses bidra till att denna litteraturstudies resultat även är överförbart till andra kontexter.

Interprofessionell kommunikation

Interna konflikter och meningsskiljaktigheter i teamet sågs som en bidragande orsak att moralisk stress uppstod. Sjuksköterskorna kunde uppleva en kluvenhet och förvirring angående vilken vårdande handling som ansågs mest korrekt, vilket skapade moraliska dilemman. En betydande faktor till ökad upplevelse av moralisk stress var även vid situationer då sjuksköterskorna sattes i en underordnad position och inte blev lyssnade till samt var tvungen att utföra handlingar, vilka stred mot sjuksköterskans etiska värderingar. Frustration, maktlöshet liksom skam och skuld var känslor som uppstod när sjuksköterskorna kände sig oförmögna att stå upp för patientens behov och röst. Enligt Lindwall och Lohne (2021) skulle sjuksköterskans upplevelser av skam och skuld kunna orsakas av att patientens värdighet kränks.

Att sjuksköterskan inte blir lyssnad på skulle kunna förklaras som att patienten inte blir sedd eller görs delaktig, då sjuksköterskans uppgift är att förmedla patientens önskan. Sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening 2017), tydliggör hur vårdandet skall stödja och ta hänsyn till patientens unika behov och värna patientens rättigheter samt främja en delaktighet i vården som ges. Genom att främja delaktighet och få patienter att känna trygghet, förtroende och respekt bibehålls värdigheten. Lindwall och Lohne (2021) menar att när sjuksköterskan och patienten möts och ser varandra, skapas ett etiskt ansvar. Det kan tolkas vara moraliskt stressande att tvingas till handlingar vilka förminskar värdigheten hos patienter.

Stöd för resultatet ovan återfinns i en studie av Kalisch, Landström och Hinshaw (2009) där de fann att känslor av skuld och ånger uppstod när vård skedde emot etiska värderingar. Ånger ansågs vara ett hot mot självbilden vilket bidrog till att sjuksköterskan ifrågasatte egna beslut. Detta skulle kunna förväntas påverka upplevelsen av moralisk stress negativt. Sjuksköterskor kunde bli tysta och ifrågasatte ej beslut när de upplevdes befinna sig lägre ner i hierarkin (Spenceley et al. 2017). Stöd ses även i två andra studier (Varcoe et al. 2012; De Villers & DeVon 2013) där deltagarna upplevde oro och moralisk stress över att utföra handlingar insatta av läkare vilka ej ansågs gynna patienten. Litteraturstudiens resultat indikerar att samarbete mellan läkare och sjuksköterskor behöver utvecklas där båda ser sin roll och respekterar den andres kompetens. Ett bra samarbete kan tänkas gynna alla parter, inklusive patienten, vilken kan tänkas kunna uppleva en högre kvalitet på vården. Påståendet stöds av Johansen och Ervik (2022) vilka funnit att det bästa upplevda vården gavs när ett bra samarbete existerade. Att "prata tillsammans" upplevdes vara den bästa strategin. Vid situationer där upplevelsen av att våren brustit i kvalitet tyckte deltagarna även att kommunikationen brustit mellan läkare och sjuksköterska.

Behov av att skydda sig själv

Emotionell immunisering sågs vara en upplevd strategi eller anpassning av sitt beteende för att klara av att hantera den moraliska stressen. Sjuksköterskan valde att lägga personliga värderingar åt sidan och vände sig vid att utföra vård vilken egentligen gick emot moraliska och etiska värderingar.

Bergbom, Nåden och Nyström (2021) menar att i det caritativa vårdandet är medkänsla grunden och motivationen till att vilja ge vård. Att samtidigt ha en önskan om att vilja minska en patients lidande gör att vården blir vårdande. Författarna till litteraturstudien anser att det kan problematiseras att den moraliska stressen tvingar oss ifrån det caritativa sättet att vårda genom att ideal läggs åt sidan. Vården anses då inte vara vårdande och patienten kan uppleva ett vårdlidande på grund av utebliven vård. Liknande resultat ses i en studie av De Villers och DeVon (2013) där både sjuksköterskor som jobbade på akuta vårdenheter och icke akuta vårdenheter visade att ett undvikande beteende utvecklats vid moralisk stress. Undvikandet kunde både innebära att aktivt välja att inte reflektera över svåra situationer som uppstått, eller att socialt eller fysiskt undvika kontakt med patienter i moraliskt plågsamma situationer. I studien sågs även ett samband med graden av utmattning hos sjuksköterskan och den upplevda moralisk stress. Varcoe et al. (2012) fann också att moralisk stress kunde leda till undvikande beteenden.

Det beskrivna resultatet kan antas leda till utebliven vård och kvalitén på vården skulle kunna äventyras av beteendet där det till och med kan leda till att patienter dör. Ett undvikande beteende gentemot patienter talar emot sjuksköterskans etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening 2014) då sjuksköterskans främsta roll är att främja hälsa och lindra lidande. Motivationsproblem orsakad av moralisk stress kan vara en trolig förklaring till emotionell immunisering och undvikande beteenden (Sandman & Kjellström 2018, s. 54). Litteraturstudiens författare anser att organisatoriska förändringar bör ske för att kunna lösa konflikten i att inte kunna handla i överensstämmelse med etiska normer. Moralisk stress och dess konsekvenser bör kunna diskuteras mer frekvent av vårdchefer och ledning för att kunna arbeta preventivt för att inte äventyra patientens och sjuksköterskans hälsa. Falkenström och Höglund (2020) styrker detta genom att belysa organisationens essentiella roll till att en god vård ska tillgodoses. Organisationens ledning ansåg att de bar på ett etiskt ansvar. Författarna till denna litteraturstudie instämmer med att etiska aspekter behöver tas i beräkning i organisatoriska beslut för att kunna förebygga och hantera förekomsten av moralisk stress. Om arbetsplatser ej ger utrymme eller tid till att möta patienten med ett vårdvetenskapligt synsätt kan det skapa moralisk stress hos sjuksköterskan. Moralisk stress hos sjuksköterskan skulle kunna skapa lidande hos både patienter i form av upplevd sämre vård och ge konsekvenser för den upplevda hälsan hos sjuksköterskan. En god hälsa hos sjuksköterskan kan innebära en god vård för patienten.

Janatolmakan och Khatonys (2022) skildrar att just brist på sjuksköterskor är nära relaterad till utebliven vård och att detta kan få konsekvenser i att sjuksköterskor väljer att lämna arbetsplatsen. Studien rapporterar även negativa konsekvenser i form av ökade kostnader för organisationen på grund av förlusten av sjuksköterskor. Utebliven vård kan tolkas vara ett sätt att undvika känslor av moralisk stress. I litteraturstudiens resultat visades ett upplevt behov av copingstrategier. För att patienter inte ska bli lidande på grund av utebliven vård, skulle andra copingstrategier kunna implementeras för att

hantera den moraliska stressen. Konsekvenser av att fler och fler sjuksköterskor väljer att lämna sina arbetsplatser kan skapa sämre arbetsförhållanden för de som väljer att arbeta kvar inom yrket. Ovanstående kan komma att påverka sjuksköterskans hälsa negativt, då bemanningen minskar, vilket kan leda till en ökad moralisk stress. Sammanfattningsvis kan problemen som tas upp kopplas till hållbar utveckling då god hälsa är en förutsättning för att sjuksköterskan skall kunna tillföra en god- och patientsäker vård (FN 2015). Något som skulle kunna diskuteras är om sjuksköterskan själv ska behöva ta ansvar och uppleva ett behov av att skydda sig själv mot den moraliska stressen arbetet medför, eller om ansvaret borde ligga hos organisationen.

Ett intressant fynd enligt statistiska centralbyrån (2017) är dock att majoriteten som lämnat yrket, kan tänka sig att återgå till yrket igen om det ses förbättringar angående arbetsförhållanden där den moraliska stressen sågs vara en orsak. Ytterligare ett intressant fynd som visar på positiva effekter av moralisk stress återfinns i Varcoe et al. (2012). Deltagare i studien hävdar att den moraliska stressen drivit deras motivation till att agera i moraliskt svåra situationer. En ökad förståelse för patienter och en vilja att behandla patienter med lika värde och se varje patient som unik sågs också kunna vara en följd av den moraliska stressen.

Interaktioner med patient och närstående

Resultatet i litteraturstudien visade även att bevittnat lidande hos patienter skapade känslor av moralisk stress. Empati för både patienter och närstående sågs kunde bidra till upplevelser med känslor av oro, skuld och skam vilka förekom när patientens autonomi förbisågs. När patientens autonomi kränks går det emot etiska värderingar vilket stöds av Lindwall och Lohne (2021), vilka menar att sjuksköterskan har ett moraliskt och etiskt ansvar. Det finns en inre kraft att göra gott vilken framkommer då vi tillåter oss att se och lyssna på patienten och även ser det oönskade. Att agera utefter etiska principer bidrar till värdighet hos patienter exempelvis genom att de görs delaktiga. Liknande resultat återfinns i Spenceley, Witcher, Hagen, Hall och Kardolus-Wilsons (2017) forskning angående vård av personer med demens. Deltagarna beskriver en känsla av att sitta fast i ett moraliskt dilemma då de inte vet om patienten önskar den givna vården eller ej och känslor av moralisk stress kunde uppstå.

Varcoe et al. (2012) visar att moralisk stress tenderar att stiga vid bevittnande av onödigt lidande hos patienten. Särskilt utsatta situationer vilka upplevdes av deltagarna kunde vara administrering av smärtlindring samt vid vård i livets slutskede. Detta bekräftar att det kan vara känslomässigt svårt att bevittna lidande hos patienter, vilket i många fall kan vara oundvikligt. I Sverige ses en åldrande befolkning och ett mångkulturellt samhälle med flera olika etniciteter hos patienter (Hanssen 2018, s. 41–42). Författarna till denna litteraturstudie anser att detta kan bidra till eventuella kommunikationssvårigheter mellan patient och sjuksköterskor, vilket i framtiden skulle kunna bidra till ökade nivåer av moralisk stress om inte vården utvecklas för att möta behoven.

Ett annat fynd i litteraturstudiens resultat visade sig vara närståendes involvering där sjuksköterskan upplevde meningsskiljaktigheter i vad som verkligen var i patientens intresse. Det upplevdes att ifrågasättande närstående kunde skapa känslor av frustration. I samband med detta upplevdes även den egna kompetensen ifrågasatt. Att bli påverkad

av närstående till att ta beslut emot egna värderingar kunde ge känslor av moralisk stress. Patienten är största prioritet i vårdandet (Arman et al. 2015). Att vårda enligt vårdvetenskapens principer innebär att vara lyhörd på vad patienten visar och uttrycker och bekräfta patientens egen unika värld. Svårigheter och moraliska dilemman kan uppkomma vid meningsskiljaktigheter, angående vården som ges. När patienter själv inte kan uttrycka sin vilja och önskan kan situationen bli komplex och moraliska dilemman uppstår. Vilka behov som patienten har kan vara svårt för både närstående och sjuksköterskan att exakt veta, samtidigt kan båda anses vara företrädare för patientens talan. Det kan påstås vara enkelt att förbise närståendes åsikter om dessa anses vara hinder för att ge holistisk vård, men moraliskt svåra situationer påverkar beslutsfattandet. Interaktioner med närstående är en del av vårdandet som inte kan förbises (Arman 2015, s. 89). Det skulle kunna anses att sjuksköterskans expertis i vårdandet väger tyngst med tanke på både erfarenhet och kunskap vilken närstående oftast inte besitter. Däremot är närstående de som känner patienten på det personliga planet, vilket emellanåt kan skapa komplicerade situationer.

Spenceley et al. (2017) stödjer att interaktioner med närstående kan bidra till upplevd moralisk stress. Dels när närstående enligt sjuksköterskan, önskade ge onödig vård vilken ansågs kunna skapa ökat lidande för patienten. En annan upplevelse var att deltagarna tyckte att de ofta behövde förklara varför viss vård gavs då närstående verkade misstro vården. Det upplevdes även att närstående ansåg att sjuksköterskan störde när vårdande handlingar skulle utföras. Varcoe et al. (2012) stödjer också det resultatet då det rapporterades att moralisk stress kunde upplevas när närstående önskade annan vård än den sjuksköterskan ville ge. Studien utfördes på akutsjukhus i Kanada vilket kan tolkas bidra till att litteraturstudiens resultat även går att applicera på specialistutbildade sjuksköterskor.

SLUTSATSER

- Resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde moralisk stress i flera olika vårdkontexter, vilket påverkade sjuksköterskans upplevda hälsa samt hade en negativ inverkan på vården som gavs.
- De mest framträdande resultaten angående upplevelsen av vad som framkallade moralisk stress var tid- och resursbrist samt att ej bli lyssnad på av läkare.
- Maktlöshet, frustration, oro, skam och skuld visade sig vara känslor som upplevdes vid moralisk stress.
- Den moraliska stressen leder till upplevda behov av att skydda sig själv för att kunna hantera känslorna som uppstår. Resultatet visar bland annat att sjuksköterskan kan bli emotionellt immuniserad när etiska värderingar inte går att tillgodose. Sjuksköterskor som utsattes för moralisk stress visade sig inte ha samma förutsättningar till att kunna erhålla en god kvalitet på vården.
- Den moraliska stressen påverkades också av organisatoriska faktorer. Organisationens uppbyggnad kan ha en betydelse för sjuksköterskans upplevda hälsa och att organisationer behöver väga in sjuksköterskor åsikter för att främja

hälsa och minska lidande hos både patienter och sjuksköterskor vilket även främjar en hållbar utveckling.

Kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning

Moralisk stress har visats vara en av orsakerna till att sjuksköterskor väljer att lämna sitt yrke. Resurs- och tidsbrist kunde delvis ses som ett motiv till att moralisk stress uppstod, samtidigt som det även är en efterverkan av just den moraliska stressen att lämna yrket. Sjuksköterskans hälsa borde prioriteras och åtgärder för att värna om den bör implementeras inom hälso- och sjukvården vilket resultatet kan bidra till en ökad kunskap kring. Åtgärder som skulle kunna implementeras kan vara att utbilda arbetsgivare kring organisationens påverkan på moralisk stress, likaså skapa tid för reflektion på arbetstid. Studiens resultat påvisade att sjuksköterskorna upplevde ett behov av strategier för att kunna hantera moralisk stress, därav anser författarna till studien att ytterligare empirisk forskning kring hur fenomenet moralisk stress kan förebyggas, med ett ökat fokus på copingstrategier är av intresse. Vilket skulle kunna handla om att utveckla interprofessionell kommunikation, då det anses vara av stor vikt i anseende till studiens resultat.

REFERENSER

Artiklar inkluderade i resultatet markeras med *

Arman, M. (2015). Att vårda med caritas som grund. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 22–24.

Arman, M. (2015). Lidande och lindrat lidande. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 38–60.

Arman, M. (2015). Patientens värld med problem, behov och begär. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 82–90.

Arman, M. (2015). Vårdande med grundvärden - värdighet, helhet och caritas. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 180–188.

Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), ss. 288–296. <https://doi.org/10.1177/0894318415599220>

Bengtsell, L., Thoursie, A. & Åstrand Freidnitz, H. (2021). *Etisk stress*. Lund: Studentlitteratur.

Bergbom, I., Nåden, D. & Nyström, L. (2021). Katie Eriksson's caring theories. Part 1. The caritative caring theory, the multidimensional health theory and the theory of human suffering. *Scandinavian journal of caring sciences*. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/scs.13036>

Burston, A. S. & Tuckett, A. G. (2012). Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*, 20(3), ss. 312–324. doi: 10.1177/0969733012462049.

*Bryon, E., Dierckx de Casterlé, B. & Gastmans, C. (2012). “Because We See Them Naked” - Nurses' Experiences in Caring for Hospitalized Patients with Dementia: Considering Artificial Nutrition or Hydration (Anh)'. *Bioethics*, 26(6), ss. 285–295. doi: 10.1111/j.1467-8519.2010.01875.x.

Cho, S. H., Kim, Y. S., Yeon, K. N., You, S. J. & Lee, I. D. (2015). Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International nursing review*, 62(2), ss. 267–274. doi: 10.1111/inr.12173.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Djur & Natur.

De Villers, M. J. & DeVon, H. A. (2013). 'Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units', *Nursing Ethics*. 20(5), ss. 589–603. doi: 10.1177/0969733012452882.

Ekebergh, M. (2015). Vårdvetenskap som kunskap och perspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 16–24.

Ekebergh, M. (2015). Hälsa – ett livsvärldsperspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 27–37.

Falkenström, E. & Höglund, A. T. (2020). 'There is total silence here' Ethical competence and inter-organizational learning in healthcare governance. *Journal of Health Organization & Management*. 34(1), ss. 53–70. <https://www-emerald-com.lib.costello.pub.hb.se/insight/content/doi/10.1108/JHOM-05-2019-0130/full/html>

* Finnbakk, E., Skovdahl, K., Wangensteen, S. & Fagerström, L. (2020). "It's Not for Amateurs!"—Registered Nurses' Experiences of Their Clinical Competence When Caring for Elderly Patients'. *International Journal for Human Caring*, 24(3), ss. 184–195. doi: 10.20467/HumanCaring-D-19-00044.

FN (2015). Globala målen för hållbar utveckling. <https://fn.se/globala-malen-for-hallbar-utveckling/> [2022-05-02]

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4: e uppl., Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, ss. 141–152.

Friberg, F. (2017). Bilaga III granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187–188.

Gallagher, A. (2011). Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Journal of Issues in Nursing*. 16(2), s. 8. <https://www.proquest.com/docview/877951294?accountid=9670&parentSessionId=Y5A9zKMeSanVnA07d5IIBqeX6zoxymRtQXM2P8q%2Bj10%3D&pq-origsite=primo>

Hanssen, I. (2018). Äldre från andra kulturer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten*. 2: a uppl., Stockholm: Liber, ss. 38–47.

Helsingforsdeklarationen (2018). *World Medical Association declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [2022-05-23]

Höglund, A. T. & Falkenström, E. (2018). The status of ethics in Swedish health care management: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 18(1), ss. 608–608. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3436-8>

Jameton, A. (2017). What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA Journal of ethics*. 19(6), ss. 617–628. 10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706.

Janatolmakan, M. & Khatony, A. (2022). Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study in Iran. *BMC nursing*. 21(1), ss. 59–59. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00839-9>

Johansen, M.-L. & Ervik, B. (2022). Talking together in rural palliative care: a qualitative study of interprofessional collaboration in Norway. *BMC health services research*. 22(1), ss. 314–314. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07713-z>
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07713-z>

Kalisch, B. J., Landström, G. L. & Hinshaw, S. A. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 65(7), ss. 1509–1517. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad*. 2: a uppl., Lund: Studentlitteratur AB. ss. 57–80.

* Laurs, L., Blaževičienė, A., Capezuti, E. & Milonas, D. (2020). ‘Moral Distress and Intention to Leave the Profession: Lithuanian Nurses in Municipal Hospitals’. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(2), ss. 201–209. doi: 10.1111/jnu.12536.

Leksell, J. & Lepp, M. (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber.

* Lievrouw, A., Vanheule, S., Deveugele, M., Vos, M., Pattyn, P., Belle, V. & Benoit, DD. (2016). ‘Coping With Moral Distress in Oncology Practice: Nurse and Physician Strategies’. *Oncology nursing forum*, 43(4), ss. 505–512. doi: 10.1188/16.ONF.505-512.

Lindberg, E. (2015). Att leda och organisera vården på vårdvetenskaplig grund. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 267–277.

Lindwall, L. & Lohne, V. (2021). Human dignity research in clinical practice – a systematic literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*. 35(4), ss. 1038–1049. <https://doi-org.lib.costello.pub.hb.se/10.1111/scs.12922>

* Lusignani, M., Gianni, M. L., Re, L. G. & Buffon, M. L. (2017). ‘Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units’. *Journal of nursing management*, 25(6), ss. 477–485. doi: 10.1111/jonm.12431.

* Mehlis, .K., Bierwirth, E., Laryionava, K., Mumm, F. H. A., Hiddemann, W., Heußner, P. & Winkler, E. C. (2018). 'High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making'. *Psycho-oncology*, 27(12), ss. 2733–2739. doi: 10.1002/pon.48

Mynaříková, E., Jarošová, D., Janíková, E., Plevová I., Polanská A. & Zeleníková, R. (2020). Occurrence of hospital-acquired infections in relation to missed nursing care: A literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 11(1), doi: 10.15452/cejnm.2020.11.0007

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2020). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss.421–438.

* Ramvi, E. & Ueland, V. I. (2019). 'Between the patient and the next of kin in end-of-life care: A critical study based on feminist theory'. *Nursing ethics*, 26(1), ss. 201–211. doi: 10.1177/0969733016688939

Romøren, T. I. (2018). Äldre, hälsa och hjälpbehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Hylén Ranhoff, A (red.) *Geriatrisk omvårdnad. God omsorg till den äldre patienten. 2: a uppl.*, Stockholm: Liber, ss. 29–39.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken. Etik för vårdande yrken. 2: a uppl.*, Lund: Studentlitteratur AB.

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

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

Socialstyrelsen (2021). Nationella planeringsstödet 2021. Bilaga 1. *Resultat av tillgång och efterfrågan på de 22 legitimationsyrkena*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7200-bilaga1.pdf> [2022-04-29]

Spenceley, S., Witcher, C. S. G., Hagen, B., Hall, B. & Kardolus-Wilson, A. (2017). 'Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia', *Dementia*. 16(7), ss. 815–834. doi: 10.1177/1471301215618108.

Statistiska centralbyrån (2017). *Sjuksköterskor utanför yrket*. (Temarapport 2017:3). Stockholm: SCB, Enheten för statistik om utbildning och arbete. https://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016a_01_br_a40br1703.pdf [2022-04-25]

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

* Storaker, A., Nåden, D. & Sæteren, B. (2019). 'Hindrances to achieve professional confidence: The nurse's participation in ethical decision-making'. *Nursing ethics*, 26(3), ss. 715–727. doi: 10.1177/0969733017720827.

Svensk sjuksköterskeförening (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening. [https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20e\(Bryon, Dierckx de Casterlé & Gastmans 2012\) tiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf](https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20e(Bryon,%20Dierckx%20de%20Casterlé%20&%20Gastmans%202012)%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf) [2022-05-24]

Svensk sjuksköterskeförening (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf> [2022-04-21]

Varcoe, C., Pauly, B., Storch, J., Newton, L. & Makaroff, K. (2012). 'Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations'. *Nursing Ethics*. 19(4), ss. 488–500. doi: 10.1177/0969733011436025. [2022-04-19]

* de Veer, A. J. E., Francke, A. L., Struijs, A. & Willems, D.L. (2013). 'Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey'. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), ss. 100–108. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017.

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf [2022-05-23]

Östlund, L. (2017). Informationssökning. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, ss. 59–82.

BILAGA 1 - Tabell för databassökning / sökmatris

Datum och Databas	Söksträng	Avgränsningar och urval	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal inkluderade artiklar
2022-03-29 Cinahl	"moral distress" AND Nurs* or cari* AND experience* or perception* or attitude* or view* or feeling* or qualitative or perspective*	Peer reviewed English Language Datum för publicering: 20110101– 20221231	475			
		Ytterligare avgränsning: All adult	173	43	17	9
2022-03-29 Medline	"moral distress" AND Nurs* or cari* AND experience* or perception* or attitude* or view* or feeling* or qualitative or perspective*	Peer reviewed English Language Datum för publicering: 20110101– 20221231	604			
		Ytterligare avgränsning: All adult: +19 years	212	57	16	1

BILAGA 2 - Artiklar som inkluderades i resultatet – Artikelmatris

Författare Årtal Land Tidskrift	Titel	Syfte	Urval	Metod	Resultat
Bryon, E., Dierckx De Casterlé, B. & Gastmans, C. 2012 Belgien Bioethics	'Because we see them naked' – Nurses' experiences in caring for hospitalised patients with dementia: Considering artificial nutrition for hydration (ANH)	“Syftet med denna studie var att utforska och Detta är bra. Försök att ännu mer trycka på patientperspektivet här. Det vill säga försök att förstärka att patienters hälsa och liv faktiskt kan vara hotat när sjuksköterskor väljer att byta arbetsplats eller kanske t.o.m. profession hur flamländska sjuksköterskor upplever sitt engagemang i vården av inlagda patienter med demens, särskilt i relation till artificiell näring eller hydrering (ANH).”	21 grundutbildade sjuksköterskor, från 9 olika sjukhus.	Kvalitativ intervjudesign inspirerad av grounded theory-ansats	Att sjuksköterskan är nära involverad och har olika roller. Att sjuksköterskan har en vägledande princip “att ge god vård”. En central upplevelse hos sjuksköterskorna var att “bli berörd av patientens sårbarhet”, vilket var den centralt drivande kraften till att ge god vård.
de Veer, A. J. E., Francke, A. L., Struijs, A., & Willems, D. L.	Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational	Syftet med denna studie var dubbelt. För det första att ge insikt i sjuksköterskors moraliska nöd i flera	365 vårdpersonal. Anställda på vårdhem, äldreboenden, hemtjänst och akutsjukhus	Kvantitativ Tvärsnitts korrelationsstudie	Höga moraliska nödnivåer var relaterade till lägre arbetstillfredsställelse.

2013 Nederländerna International journal of nursing studies	questionnaire survey	arbetsmiljöer, inom såväl akut som kronisk vård och i slutenvård såväl som öppenvård. Det andra syftet var att utforska individuella såväl som jobbegenskaper som påverkar moralisk nöd.	besvarade båda enkäterna. 105 är grundutbildade sjuksköterskor och 62 har en kandidatexamen.		Moralisk ångest är högre när sjuksköterskor upplever mindre tid tillgänglig för att ge vård till patienter. Om tillfredsställelsen med möjligheterna till konsultation inom teamet är låg och när en instrumentell ledarstil finns, är det också mer sannolikt att vårdpersonal upplever moralisk ångest.
Finnbakk, E, Skovdahl, K, Wangensteen, S & Fagerström, L 2020 Norge International journal for human caring	“It's Not for Amateurs!”- Registered Nurses' Experiences of Their Clinical Competence When Caring for Elderly Patients	Syftet var att avslöja den väsentliga innebörden av legitimerade sjuksköterskors erfarenheter som relaterade till deras kliniska kompetens vid vård av äldre patienter med komplexa hälsobehov i vårdhem.	22 legitimerade sjuksköterskor inskrivna på ett onkologiskt sjuksköterskeinriktningsprogram med erfarenhet från vård i livets slutskede från olika verksamhetsområden.	Fokusgruppsintervjuer och en fenomenologisk hermeneutisk analys. Studien har en kvalitativ, deskriptiv design med ett tolkningssätt inspirerat av Ricoeurs filosofi	Resultatet visade att sjuksköterskorna balanserade mellan att vara och sträva efter att vara kompetent. Yttrandet "Det är inte för amatörer!" symboliserade att om sjuksköterskor inte är kliniskt kompetenta eller hindras från att agera kompetent, kan de löpa risk för moralisk nöd.
Laurs, L., Blaževičienė, A., Capezuti, E., & Milonas, D. 2020 Litauen	Moral Distress and Intention to Leave the Profession: Lithuanian Nurses in Municipal Hospitals	Syftet med denna studie var att beskriva nivån av moralisk nöd som sjuksköterskor upplevt, situationer som oftast orsakade moralisk nöd	900 slumpmässigt utvalda legitimerade sjuksköterskor 612 svarade på enkäten.	En beskrivande, tvärsnittsmässig, korrelationell design användes i denna studie. Moralisk distress mättes med hjälp av Moral Distress Scale–Revises.	Bland de 612 deltagarna rapporterade 206 sjuksköterskor en låg nivå av moralisk stress, 208 en måttlig nivå av moralisk stress och 207 en hög nivå av moralisk stress.

Journal of nursing scholarship		och sjuksköterskornas avsikter att lämna yrket.			De vanligast upplevda situationerna som resulterade i moralisk ångest var följande: "Utföra läkares order för vad jag anser vara onödiga tester och behandlingar. "Följ familjens önskemål om att fortsätta livsuppehållande även om jag tror att det inte är i patientens bästa", och "Följ läkares begäran att inte diskutera patientens prognos med patienten eller familjen".
Lievrouw, A, Vanheule, S, Deveugele, M, Vos, M, Pattyn, P, Belle, V & Benoit, DD 2016 Belgien Oncology nursing forum	Coping With Moral Distress in Oncology Practice: Nurse and Physician Strategies	Att utforska variationer i att hantera moralisk nöd bland läkare och sjuksköterskor på ett universitetssjukhus i onkologisk miljö.	17 läkare och 18 sjuksköterskor med varierande erfarenhetsnivåer, som arbetar i tre olika onkologiska sjukhusmiljöer.	Kvalitativ intervjustudie	Moralisk nöd dröjde kvar om den åtföljdes av känslomässig nöd. Sjuksköterskor tenderade att fokusera på känslor och upplevelser i deras copingstrategier.
Lusignani, Maura, Maria Lorella Gianni, Luca Giuseppe Re, and Maria Luisa Buffon.	Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units	Att bedöma frekvensen, intensiteten och nivån av moralisk nöd som upplevs av sjuksköterskor som arbetar på medicinska, kirurgiska och	283 legitimerade sjuksköterskor.	En tvärsnittundersökning En reviderad version av Moral Distress Scale (MDS-R) användes.	Studien indikerar att sjuksköterskor upplever en överlag måttlig nivå av moralisk ångest.

2017 Italien Journal of nursing management		intensivvårdsavdelningar.			
Mehlis, K., Bierwirth, E., Laryionava, K., Mumm, F. H. A., Hiddemann, W., Heußner, P., & Winkler, E. C. 2018 Tyskland Psycho-Onkology	High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making	Syftet med studien är att undersöka prevalensen och intensiteten av moralisk distress (MD) samt potentiella orsaker som onkologiska läkare och sjuksköterskor upplever i DLT-situationer (livsförlängande behandling).	67 sjuksköterskor och 51 läkare som arbetade på ett universitetssjukhus med patienter med livsförlängande behandling. (DLT)	Prospektiv studie En öppen fråga samt Kvantitativ mätning av Moralisk stress med Wocial's MD thermometer (MDT) Kvalitativ med en öppen fråga.	Sjuksköterskor rapporterar moralisk stress i 74 % av fallen. Osäkerheter kring etiska aspekter vid DLT i ett patientfall är förknippade med MD hos både läkare och sjuksköterskor. Sjuksköterskor upplever MD särskilt om patienten har låg livskvalitet.
Ramvi E, Ueland VI. 2019 Norge Nursing Ethics	Between the patient and the next of kin in end-of-life care: A critical study based on feminist theory.	Ur sjuksköterskors perspektiv: Vilka är de etiska utmaningarna i förhållande till anhöriga inom vård i livets slutskede?	En klass legitimerade sjuksköterskor som gick ett onkologiskt specialiseringsprogram i Norge.	Kvalitativ. Fyra fokusgruppsintervjuer. Kritisk teori - feministisk etik	Två beskrivande teman framkom ur den induktiva analysen: "En känsla av misstro, kontroll och avvisande" och "Att vara mellan hopp och förnekande av anhöriga och patientens önskan att dö när tiden är ute".
Storaker A, Nåden D, Sæteren B 2017 Norge Nursing Ethics	From painful busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges.	Syftet med denna artikel är att få en djupare förståelse för de etiska utmaningar som sjuksköterskor möter i den dagliga praktiken. De	Kontexten för studien omfattade tre olika kliniska avdelningar på ett universitetssjukhus i Norge.	En kvalitativ intervjustudie med en hermeneutisk ansats för att analysera data som beskriver sjuksköterskors erfarenheter.	Resultatet visades som ett smärtsamt fenomen vilket kan leda till konflikter i termer av etiska värderingar.

		valda forskningsfrågorna är "Vilka etiska utmaningar upplever sjuksköterskor i sin dagliga verksamhet?"	Nio kvalificerade sjuksköterskor intervjuades.		Konsekvenser uppstod av att kompromissa med professionella principer inom omvårdnad och slutade i moralisk blindhet och känslomässig immunisering av vårdgivare. Emotionell immunisering inträffade som en ny dimension som involverade moralisk blindhet och immunitet i förhållande till att bli känslomässigt berörd.
Storaker A, Nåden D, Sæteren B 2019 Norge Nursing Ethics	Hindrances to achieve professional confidence: The nurse's participation in ethical decision-making.	Syftet med denna artikel är att få en djupare förståelse för hur sjuksköterskor hanterar etiskt beslutsfattande i den dagliga praktiken. Den valda forskningsfrågorna är "Hur deltar sjuksköterskor i etiskt beslutsfattande för patienten?"	9 legitimerade sjuksköterskor som arbetade på ett universitetssjukhus i Norge från tre olika vårdavdelningar	Intervju Gadamers filosofiska hermeneutik samt Kvale och Brinkmanns tre förståelsenivåer användes i tolkningen av datamaterialet.	Fyra nyckelteman dök upp: (1) förvirring i relation till professionella och operativa förväntningar på rollen, (2) ideal somnolens, (3) otillräckliga argumentationsförmåga och (4) sammansatt press.