

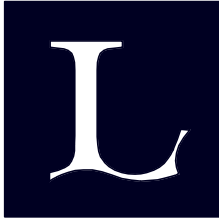
# Operationssjuksköterskors upplevelser av etiskt svåra situationer

Maria Nordbrandt  
Susanne Väänänen

Luleå tekniska universitet

D- uppsats  
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap  
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

## Operationssjuksköterskors upplevelser av etiskt svåra situationer

Ethical problems experienced by nurses working in the operating theatre

Maria Nordbrandt och Susanne Väänänen

Kurs: Omvårdnad D, examensarbete O7008H

Termin: Vårterminen 2008

Specialistutbildning inom operationssjukvård 60 Hp

Handledare: Kerstin Nyström

# Operationssjuksköterskors upplevelser av etiskt svåra situationer

Maria Nordbrandt och Susanne Väänänen



Avdelningen för omvårdnad

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

## **Abstrakt**

Inom akutsjukvården där vård av patienter bedrivs i en teknisk avancerad miljö kan sjuksköterskan ställas inför etiskt svåra situationer. Operationssjuksköterskan är legitimerad sjuksköterska och har en skyddad yrkestitel som erhållits efter genomgången specialistutbildning inom akutsjukvård med inriktning mot operationssjuksköterska. Syftet var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av etiskt svåra situationer. Tio operationssjuksköterskor intervjuades. Deltagarna fick delge berättelser om etiskt svåra situationer upplevda på en operationsavdelning. En tematisk innehållsanalys användes för att analysera texten. Analysen resulterade i fyra teman och åtta kategorier. Temana blev; oförberedd för svåra situationer, brist på tillit, en känsla av misslyckande och känsla av kompetens. Resultatet visar att kommunikation och reflektion om etiskt svåra situationer ger en ökad självkänedom och bidrar till en ökad respekt och förståelse för varandras etiska värderingar.

Nyckelord: etik, perioperativa sjuksköterskor, tematisk innehållsanalys, operation, akutsjukvård

Etik handlar om frågor som hur vi ska leva våra liv och hur olika handlingar kan upplevas av andra. Etik refererar till moraliska resonemang över moraliska handlingar. Moral refereras till vår personliga åsikt om gott, ont, bra eller dålig för patientens välbefinnande. International Council of Nurses (ICN) antog den första etiska koden för sjuksköterskor år 1953 där sjuksköterskors fyra grundläggande ansvarsområden är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Operationssjuksköterskor är legitimerade sjuksköterskor, vilket innebär att hon eller han har kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patientens säkerhet i vården. Operationssjuksköterskor har en skyddad yrkestitel som erhållits efter genomgången specialistutbildning inom akutsjukvård med inriktning mot operationssjuksköterska (Killen, 2002; Lundbäck, 2006; Thompson, Melia & Boyd, 2000).

Operationssjuksköterskor finner ofta etiska beslut som svåra att ta men nödvändiga när man tar hand om en patient som ska genomgå en operation. Operationssjuksköterskan måste kunna känna igen etiska dilemman och utifrån situationen utföra lämpliga omvårdnadsåtgärder. De är ansvariga för omvårdnadsbeslut som inte bara är kliniskt och tekniskt riktiga utan också moraliskt lämpliga för det specifika problemet patienten har. Den tekniska och medicinska aspekten besvarar frågan om vad som kan göras för patienten. Den moraliska komponenten involverar patientens önsknings och svarar på frågan om vad som borde göras för patienten. Operationssjuksköterskor tar ofta på sig rollen som moralens väktare för patienten i samband med ett operativt ingrepp och framförallt vid tillfällen då patientens välbefinnande är i fara. I rollen som patientens företrädare identifierar operationssjuksköterskor risker och agerar för att förhindra eller lösa olika etiska dilemman (Killen, 2002; Seifert, 2002; Thompson et al. 2000).

En handling som stämmer överens med ens moraliska värderingar är en moralisk handling. Moraliska värderingar påverkar människans livssyn samt skapar en mening i upplevelser. Människan har ett behov av överensstämmelse mellan värderingar, beslut och handlingar. Ouppklarade moraliska konflikter kan leda till att sjuksköterskor drar sig undan, en försvarsmekanism för att kunna hantera starka negativa känslor (Gutierrez, 2005).

Inom hälso- och sjukvården är akutsjukvård ett specialiserat område där en snabb utveckling av ny kunskap och ny teknik sker och där sjukvårdspersonal ofta känner sig osäkra på hur de ska agera. Sjukvårdspersonal inom akutsjukvård kan uppleva etiska problem i samband med vård av patienter och har problem med att veta vad som är rätt och gott att göra. De kan också

möta etiska utmaningar vid vård av patienter som t ex hur man bemöter patienten på bästa sätt (Sørli, Larsson Kihlgren & Kihlgren, 2004).

Det är inte alltid de stora dramatiska situationerna som ger rubriker som sjuksköterskor anser vara etiskt svåra utan det kan ofta vara mer vardagliga situationer. Erfarenhet hjälper sjuksköterskor att hantera dessa situationer. Hierarki spelar roll hur personalen kan agera utifrån sina egna moraliska värderingar. En person som har en lägre position i hierarkin måste ibland utföra uppgifter som strider mot sin egen övertygelse. Problem med lojalitet är en annan faktor i olika etiskt svåra situationer, dvs. risken att skapa konflikt kollegor emellan som man träffar varje dag, på grund av en patient som man kanske aldrig mer ser (Corley, Minick, Elswick, & Jacobs, 2005; Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm, & Arnetz, 2004).

Studier inom hälso och sjukvården inom bl a intensivvård visar på hur olika yrkesgrupper ser på etiskt svåra situationer. Inom akutsjukvården där vård av patienter bedrivs i en utmanande teknisk avancerad miljö visar studier att personalens identifiering av etiska problem kan skilja sig åt när det gäller vård av en och samma patient. Från läkarens perspektiv handlar det om svårigheter att fatta beslut om vilken nivå av behandling en patient är i behov av. Sjuksköterskans perspektiv fokuseras på hur de beslut som läkaren fattar skulle verkställas på bästa sätt för patienten. I akuta svåra situationer kämpar läkarna med att fatta ett realistiskt etiskt beslut. Sjuksköterskan fokuserar på att med värdighet utföra omvårdnadshandlingar. Meningsskiljaktigheter mellan sjuksköterskor och läkare kan leda till etiska problem. Etiska problem kan leda till en ökad stress av moralisk karaktär hos sjuksköterskor (Norberg, Udén & Andrén, 1997; Udén, Norberg & Norberg, 1995; Söderberg & Norberg, 1993).

I en artikel av Hamric (2000) diskuteras sjuksköterskors upplevelse av etiskt svåra situationer och känslan av att handla moraliskt fel. Dessa situationer kan upplevas som starka långt efter själva händelsen och känslor som ilska och frustration är vanligt. Det som en sjuksköterska upplever som en svår etisk fråga kan upplevas annorlunda av en annan. Genom att synliggöra problemen, diskutera dem, kan dessa ofta lättare hanteras. Etiskt svåra situationer kan ibland relateras till personalbrist samt bristande kompetens. Detta gör att kommunikation och samarbetet mellan personal brister och att misstag uppstår.

En studie av Söderberg, Norberg och Gilje (1996) visar att kommunikation och reflektion om etiskt svåra situationer ger en ökad självkänedom men bidrar även till en ökad respekt och förståelse för varandras etiska värderingar. En förutsättning för effektiv kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare är att man har ett gemensamt moraliskt språk. Att få en ökad förståelse för hur operationssjuksköterskor upplever etiskt svåra situationer i sitt arbete på en operationsavdelning kan ge operationssjuksköterskor en ökad handlingsberedskap inför liknande situationer. Syftet med denna studie var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av etiskt svåra situationer.

## **METOD**

En kvalitativ metod används för att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av etiskt svåra situationer. Kvalitativ forskning försöker beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för mänskliga upplevelser och uppfattningar (Polit & Beck, 2004, s. 341-342).

### **Intervjupersoner**

Studien avgränsades till tio operationssjuksköterskor som arbetar på en operationsavdelning. Studien genomfördes på ett länssjukhus i Sverige där akutsjukvård bedrivs. På operationsavdelningen arbetar cirka 100 personer fördelade på undersköterskor, operations- och anestesijuksköterskor. De intervjuade var över 18 år med varierande erfarenhet av operationssjukvård. De tio operationssjuksköterskor som först anmälde sitt intresse att delta inkluderades.

### **Procedur**

Efter tillstånd av enhetschefen på berörd operationsavdelning och godkänd forskningsetisk ansökan har författarna till studien muntligt informerat operationssjuksköterskorna om studiens syfte och tillvägagångssätt. Alla operationssjuksköterskor tilldelades ett informationsbrev med information om studiens syfte och genomförande samt att de kunde välja att avbryta deltagandet utan att ange skäl. Studien påbörjades efter tillstånd av enhetschefen på operationsavdelningen och etikprövningsnämnden.

### **Intervjuer**

De operationssjuksköterskor som var intresserade av att medverka i studien skulle innan intervjun tänka ut en eller flera berättelser som handlade om en situation som de upplevt som etiskt svår. Ostrukturerad intervjuteknik användes, vilket innebar att sjuksköterskorna själva

fritt fick delge sin berättelse. Författarna ställde vid behov följdfrågor som komplement av typen: "Vad hände sen?" "Vad tänkte du då?" "Vad kände du då?" Intervjuernas längd varierade mellan 20-45 minuter. Bandspelare användes. Intervjuerna skrevs sedan ut ordagrant.

Meningen med tillvägagångssättet var att ny kunskap skulle frambringas i intervjun i mötet mellan intervjuaren och intervjupersonen och därmed uppmuntrades de att berätta med egna ord och känslor för att få deras upplevelse av etiskt svåra situationer (Jfr. Holloway & Wheeler, 2002, s. 81; Kvale, 1997, s.121; Polit & Beck, 2004, s. 341-342).

### **Analys**

Enligt Polit och Beck (2004, s. 247) samlar forskaren in data med en bestämd plan och en specifik frågeställning vid kvalitativ innehållsanalys. Teman och mönster synliggörs och fastställs då innehållet i texterna betraktas som en text som analyseras. Kvalitativ forskning är baserad på data från narrativa berättelser och observationer. Vi använde oss av tematisk innehållsanalys för att analysera intervjuerna. Där har vi tagit del av och inspirerats av Downe-Wamboldt (1992). För att få en känsla för innehållet läste vi ett flertal gånger igenom intervjuerna noggrant. Textenheter som svarade mot syftet identifierades, markerades, extraherades och kondenserades för att sedan kategoriseras efter innehåll och sammanhang. Sedan sammanfördes kategorier med liknande innehåll till bredare kategorier i flera steg. Slutligen formulerades flera teman. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är teman det slutgiltiga resultatet av analysen och svaret på forskningsfrågan som är ställd.

### **Etiskt resonemang**

Intervjupersonerna deltog frivilligt och informerades om att de även om de tackat ja hade rätt att avbryta medverkan utan att motivera varför. Informerat samtycke innebär att man informerar undersökningspersonerna vilket syftet är med studien, hur studien kommer att gå till samt vilka risker och fördelar som kan vara förenade med att medverka i studien (Kvale, 1997, s.107). Datamaterialet förvarades i ett låst skåp som endast författarna hade tillgång till. Datamaterialet innehåller inte några namn på personer, orter eller vårdinrättningar. Data från intervjuerna har behandlats konfidentiellt och resultatet presenteras anonymt, dvs. det finns ingen möjlighet att återkoppla resultatet till deltagarna. När arbetet är publicerat och godkänt kommer datamaterialet i form av bandinspelade intervjuer att förstöras.

## RESULTAT

Temat och kategorier (Tabell 1) presenteras nedan och illustreras med citat från intervjuerna.

Tabell 1 Översikt över teman (n=4) och kategorier (n=8)

Tema	Kategorier
Oförberedd inför svåra situationer	Att ha ett behov av att få bearbeta händelser Att vissa situationer känns särskilt svåra
Brist på tillit	Att inte lita på läkaren Att sakna en dialog där man kan uttrycka sina åsikter
En känsla av misslyckande	Att inse svårigheten med att alltid behandla patienten med värdighet Att sträva efter att uppnå sina ideal fast det inte alltid lyckas
Känsla av kompetens	Att ha ett välfungerande samarbete på operationssalen Att göra ett bättre jobb när man är förberedd

### Oförberedd inför svåra situationer

I temat oförberedd för svåra situationer framkom att operationssjuksköterskor har ett behov av att bearbeta händelser genom att prata med andra men att det sällan förekommer. Det framkom även att vissa situationer känns särskilt svåra som exempelvis donationer.

#### Att ha ett behov av att få bearbeta händelser

I intervjuerna framkom att en del operationer berör operationssjuksköterskorna särskilt och att de tycker synd om patienterna, de brukar tänka att det kunde ha varit en anhörig. En del operationssjuksköterskor beskrev ett behov av att få prata och diskutera med teamet när de haft en svår och jobbig situation på operationssalen exempelvis vid donationer. Händelserna bearbetades endast då de träffades utanför operationssalen. Genom att bearbeta händelser känner operationssjuksköterskor att de får en ökad beredskap för hur de ska förhålla sig i liknande situationer vilket stärker dem att fortsätta vidare i sitt arbete.

*...egentligen skulle man behöva diskutera det där hur man ska förhålla sig men jag vet inte det finns ju inte riktigt tid för sånt inte för tillfället kanske*



*man kunde pratat om det på en arbetsplatsträff eller något men sånt kommer ju i skymundan tyvärr lever vi i en stressig miljö jag vet inte hur man ska få bukt med sådana saker för det är ju viktigt det stärker ju människan att bearbeta för när det händer nästa gång då vet man ju precis hur man ska bearbeta...*

Ett flertal operationssjuksköterskor beskrev att det vore bra att ha möjlighet att bearbeta svåra situationer genom att prata med andra och därmed få respons. Genom uppföljning skulle de kunna samtala om hur de handlat och om man hade kunnat handla på ett annat sätt. En del operationssjuksköterskor tyckte att det var lättare att komma igen när de haft ett möte och pratat om svåra situationer. Några beskrev att de tyckte att det var lättare att prata med arbetskompisar än med någon utifrån. Många operationssjuksköterskor menade att det inte ges tid till att bearbeta svåra situationer och att det sällan händer att man har samtal efteråt fastän man borde ha fått det. Flera berättade att de tycker att det saknas uppföljning. Några operationssjuksköterskor beskrev att ibland funderade de över hur det har gått för patienten efter operation, om patienten lever.

*.....men nog har det hänt mycket saker som i somras men jag har inte hört att de hade haft någon kurator eller någonting..... oftast är det så att man pratar här med jobbkompisar eller med läkarna...*

Operationssjuksköterskorna beskrev att de reflekterade över sina misstag, ibland insåg de att fel hade begåtts på grund av att de inte varit tillräckligt uppmärksamma men att de lärt sig av sina misstag. Upplevelsen av att vara medskyldig då ansvarig läkare begått ett fel var vanligt. Operationssjuksköterskorna kunde ibland tänka att något hade hänt som inte var så bra men att det gått så snabbt att de inte hunnit säga någonting. Att få bekräftelse av läkaren att de handlat rätt då de hade gjort vad de kunnat i en svår situation kändes bra.

### **Att vissa situationer känns särskilt svåra**

En del operationer väcker mer känslor än andra. Organdonationer ansåg många som etiskt och moraliskt jättejobbiga, att plocka ut organ från en patient som lever och sedan köra ut en död människa känns konstigt. En sådan situation är tragisk men samtidigt gör man en god gärning för andra människor som behöver organ ansåg operationssjuksköterskor.

*....när man har patienter som man har planerat donation på det har jag varit med om också och det är en etiskt jobbig situation moraliskt etiskt det är jätte jobbigt att man vet liksom när man har gjort den här biten och dom*

*har fått dom grejerna och kommit från södra Sverige och tagit sina grejer sen syr man bara ihop och plötsligt så stänger man av allting det är bland det jobbigaste som finns...*

Många gånger upplevde operationssjuksköterskorna maktlöshet då de inte kunde göra något åt en hopplös situation. En svår situation kunde vara när det kom in en kvinna med missfall och läkaren ansåg att det var bättre för modern att föda ut det döda barnet istället för att bara göra ett kejsarsnitt. Som operationssjuksköterska känner de med föräldrarna eftersom en sådan situation är väldigt känslomässigt jobbig för föräldrarna. Föräldrarna kan vara hysteriska och svåra att lugna.

Vissa operationer ansåg operationssjuksköterskorna som traumatiska men samtidigt nödvändiga. Dessa operationer kändes jobbiga att delta i och man hoppades att man inte skulle behöva vara med om liknande situationer i framtiden men de förstod att dessa ingrepp inte kunde väljas bort. Många gånger opererade man in i det sista. Att rädda livet på en patient som bara ville dö kändes svårt då det innebar att man inte respekterade patientens vilja.

*...ett barn dör en liten baby är missbildad det kan jag acceptera men det där andra var ju något helt annat ...alltså att man försöker rädda livet på honom och han vill ju inte leva det strider ju mot hans vilja...*

Vid operationer som abort kunde en del operationssjuksköterskor känna att vissa kvinnor använde abort som preventivmedel. Att vissa kvinnor använde abort som preventivmedel och att andra kvinnor inte kunde få barn beskrevs som orättvist. Några operationssjuksköterskor beskrev att de inte alltid förstod patientens val men eftersom rätten till att göra dessa val finns så säger man ingenting.

*...hon berättade att de hade försökt bli gravida hur länge som helst och hon ville verkligen ha det där barnet och då känner man ju ibland att vad orättvist allting är .....att en del bara alltså förstår du vet vad jag menar de kan bli gravida de använder nästan abort som ett preventivmedel...*

Situationer som kunde anses som jobbiga var om det kom in en patient på operationssalen som var en bekant och som man inte var beredd att möta. I en sådan situation var det inte lätt att veta vad som var lämpligt att säga. Även om operationssjuksköterskan upplevde det som en jobbig situation kunde hon ibland känna att patienten tyckte att det var tryggt att se ett bekant ansikte.

## **Brist på tillit**

I temat brist på tillit framkom det att operationssjuksköterskor inte alltid litade på läkaren, att läkaren inte alltid insåg sin bristande kompetens, vilket kunde resultera i längre operationer. Det framkom även att ibland kunde operationssjuksköterskor sakna en fungerande dialog på operationssalen där de fick uttrycka sina åsikter.

## **Att inte lita på läkaren**

Flera operationssjuksköterskor beskrev att ibland kom det oerfarna läkare som redan vid operationsstarten hade behövt hjälp av en mer erfaren läkare vid speciella ingrepp som de inte var så duktiga på. Några operationssjuksköterskor upplevde att läkaren inte alltid insåg sin bristande kompetens och kände att hade det varit dem själva, anhörig eller ett litet barn hade de inte velat bli opererade av den läkaren.

*.....vi sökte den andra doktorn och då kommer han dit och han visste ingenting när han kom in på operationssalen han hade ingen aning om vad han skulle göra och började fråga oss vad han skulle göra och vi visste ju eller vi visste ju vad som skulle göras men det kändes inte som att det var vår sak att tala om det för operatören....*

Operationssjuksköterskorna beskrev att ett enkelt ingrepp som normalt skulle ha gått ganska snabbt kunde ta längre tid eftersom den oerfarna läkaren inte tog hjälp tidigare av en mer erfaren läkare. Detta kunde resultera i att operationen tog längre tid vilket ökade risken för skador hos patienter. Vidare menade operationssjuksköterskorna att genom att ringa efter en mer erfaren läkare bakom ryggen kunde man hjälpa läkaren på ett smidigt sätt utan att vara otrevlig. Detta resulterade i att bakjouren kom och att operationen gick fortare och förlöpte väl.

*...då kan man vara lite småsmidig på sidan om ändå och kanske hjälpa till lite i skymundan.... det är ju lite så där att man får ta ansvar vi är ju faktiskt patienternas advokater det är ju så det är vi måste ju måna om dem...*

Flera operationssjuksköterskor beskrev en känsla av att vissa operationer skedde i träningsyfte. Operationssjuksköterskorna kände ibland att patienter behandlades som ett experiment men att de samtidigt var väl medvetna om att det är viktigt att de mindre erfarna läkarna måste få träna.

*.....ibland tänker man så där elakt att de vill bara öva att använda patienter som provkaniner.....då blir man arg och frustrerad .....*

### **Att sakna en dialog där man kan uttrycka sina åsikter**

Många operationssjuksköterskor upplevde det som frustrerande då det inte alltid fanns en fungerande dialog i operationsteamet exempelvis när läkaren inte talade om hur ingreppet skulle gå till. Vid en akut situation kunde det vara bråttom och en del läkare tyckte inte att de behövde informera om vad som skulle göras utan operationssjuksköterskorna förväntades klara av vilken situation som helst. Ibland kändes det som om läkaren inte ville höra på vad operationssjuksköterskorna sa. Några operationssjuksköterskor upplevde att de inte alltid kunde uttrycka sina åsikter fritt på salen och att det kändes jobbigt när andra i personalen inte förstod att de gjorde det för patientens skull.

*...men då kände jag också herregud ska man bli skälld på för att man försöker handla rätt...*

De gånger då operationssjuksköterskorna inte hade förståelse för läkarens beslut beskrevs upplevelser som att de måste genomföra sitt jobb utan att ifrågasätta och att det var bara att lyda. De kände att de inte har mandat att påverka beslut utan det är bara att göra som de blir tillsagda.

*.....jag var med en gång när mamman reagerade våldsamt och började gråta varpå barnet började gråta ännu mer och kände den här oron från mamman och det kändes väldigt oetiskt faktiskt att vara med om det där men han hade ju bestämt sig för att gå tillväga på det sättet så det var ju bara att lyda eller göra på det viset...*

Operationssjuksköterskor kände att de inte alltid blev respekterade i sin yrkesroll. Att man bara ska stå där färdig vad som än händer kändes som fel och nedvärderande. Funderingar som att jobbet inte tas på allvar och att de borde ha protesterat förekom.

*...vad jag kände var att han inte hade respekten för mig som operationssjuksköterska att tro på det jag sa att respektera min yrkesroll det var väl det jag kände...*

## **En känsla av misslyckande**

I temat en känsla av misslyckande framkom det att operationssjuksköterskor insåg svårigheten med att alltid behandla patienten med värdighet genom att tänka på hur man uppträder och pratar inne på operationssalen. Det framkom även att operationssjuksköterskor försökte sträva efter att uppnå sina ideal fastän det inte alltid lyckades. Operationssjuksköterskor såg sig som patientens advokat vilket inte alltid var lätt. Funderingar över om läkarnas beslut var riktiga var vanligt förekommande.

## **Att inse svårigheten med att alltid behandla patienten med värdighet**

Flera operationssjuksköterskor påtalade vikten av att de måste visa respekt och behandla patienter med värdighet vilket innebar att tänka på hur de uppträdde och pratade inne på operationssalen framför allt under ingrepp när patienter är vakna. Att behandla patienter med respekt kunde också innebära att patienten själv fick vara med och ta viktiga beslut i vaket tillstånd och få alla fakta inför sin operation. Det var viktigt att respektera patientens vilja över att bli opererad då det var deras önskan fastän det bara gav patienten några månader till att leva. Många reflekterade över vikten av att ha en trevlig atmosfär på operationssalen men operationssjuksköterskorna var medvetna om att ibland kunde det bli lite väl tramsigt och högljutt prat på operationssalen och det kunde bero på att de kände sig trötta och inte orkade mer. Några beskrev att det var lätt att glömma bort att patienten var vaken då stämningen var flamsig. Att ångra i efterhand den flamsiga stämningen på salen var då vanligt vilket resulterade i att man fick ångest och dåligt samvete. Operationssjuksköterskorna kunde ha funderingar över om patienten tagit illa upp på grund av den flamsiga stämningen på operationssalen.

*...det känns ju lite jobbigt man får ju ångest för ibland berättar någon en rolig historia och då skrattar man ju självklart och sen är det ju lätt att man börjar flamsa på och glömmar bort att patienten är vaken och då tänker man efteråt om hur patienten upplevde det hela tänk om dom trodde att man skrattade åt dom...*

Många operationssjuksköterskor beskrev att vissa rutiningrepp upplevdes som tråkiga och ibland kändes det som att jobbet gick i slentrian och man kunde känna sig avtrubbad. Operationssjuksköterskorna var samtidigt medvetna om att för patienten kunde ett rutiningrepp vara det största och värsta som hänt dem. Många patienter har en tuff behandling framför sig. Dessa patienter befinner sig ofta i ett chocktillstånd. Vid dessa operationer finns

risk för att operationssjuksköterskorna kommer på sig själva att de tänker och pratar om andra icke relevanta saker. Då man i efterhand funderar över vad som sades och gjordes under operationen kunde operationssjuksköterskor känna att de inte haft ett tillräckligt värdigt bemötande mot patienten vilket gjorde att de kände ånger.

*...ja att man bara rent allmänt ju längre man jobbat man blir som avtrubbad på något sätt man orkar inte reflektera över allt hela tiden jämt för vi är ju med om så otroligt mycket....*

### **Att sträva efter att uppnå sina ideal fast det inte alltid lyckas**

Många operationssjuksköterskor kände ett ansvar att föra patientens talan genom att vara ”patientens advokat” vilket innebar att gå i försvar för patientens skull. Det innebar att ha en skyldighet att skydda patienten om någonting höll på att gå fel och det fanns risk för skada för patienten. Att känna att man vill göra allt för patienterna oavsett situation så att det ska bli så bra som möjligt. Operationssjuksköterskorna agerade utifrån hur de själva skulle vilja bli behandlade i samma utelämnande situation som en operation kan vara.

*...patienten är ju som utelämnad i en situation särskilt om dom då är sövda och då agerar man då utifrån som om man själv skulle bli behandlad eller om de var ens anhörig på något sätt känner man liksom det där att man vill..... ja man vill att det ska bli så bra som möjligt....*

Operationssjuksköterskorna funderade ibland över om läkarens beslut var rätt och varför läkarna inte tagit ett snabbare beslut, kanske hade utgången blivit bättre. Det kunde kännas svårt att veta var gränsen går för att veta när man ska operera. Många gånger kändes det meningslöst att genomföra operationen och ska man operera till varje pris var en reflektion liksom funderingar över att patienten borde få dö i lugn och ro och att inte behöva avsluta livet på ett operationsbord. Det händer att patientens anhöriga kan ha svårt att släppa taget om patienten och pressar därför på beslutet att genomföra en operation

*... de kanske klarar av operationen men kanske inte efteråt och då kan man fråga sig efteråt kanske att är det värdigt för patienten att börja opereras kan de inte få dö i lugn och ro...*

Att vara ”patientens advokat” kunde innebära att ifrågasätta vad läkaren höll på med om allt var riktigt genomtänkt. Det fanns situationer då det inte var lätt att vara patientens advokat och det var sådana gånger då läkaren och operationssjuksköterskan var oeniga och att man var

åt helt skilda håll. I vissa situationer då det kändes helt galet kände operationssjuksköterskorna att det var deras skyldighet att säga ifrån. Det kunde kännas svårt men det var oftast inte menat som kritik.

*....ibland innebär ju det att man går i försvar för patientens skull mot doktorn så här brukar vi inte göra så här och så här brukar vi göra.. eller ifrågasätter jag frågar hur tänker du nu varför vill du göra så där.. om jag tycker annorlunda så är jag inte rädd för att i en situation fråga hur tänker du eller så det har ju hänt att man reflekterar och frågar..... man kan alltid fråga....*

## **Känsla av kompetens**

I temat känsla av kompetens beskrev operationssjuksköterskorna vikten av att ha ett välfungerande samarbete på operationssalen, att det kunde innebära att hjälpa läkaren på bästa möjliga sätt för att få operationen att flyta. Det framkom även att operationssjuksköterskor gjorde ett bättre jobb då de var förberedda liksom känslan av att vara otillräcklig då de var oförberedda.

## **Att ha ett välfungerande samarbete på operationssalen**

Flertalet operationssjuksköterskor beskrev att de är medvetna om att det är läkaren som tar de slutgiltiga besluten vilket innebär att i en jätteakut situation kan man jobba jättehårt, det ser hopplöst ut och då kan läkaren plötsligt bestämma sig för att avsluta operationen. De beskrev även att det kan vara skönt att inte behöva ta de akuta besluten. Många menade att de hade förståelse för läkarna hur svårt det kan vara att ta ett beslut när det kan medföra stora risker för patienter. När man hade en öppen diskussion och resonerade kring ett livsavgörande beslut med läkarna kunde man få en bättre förståelse för hur läkarna resonerar och varför de beslutar att avsluta operationer. Operationssjuksköterskorna kände sig då mer delaktiga i besluten trots att det är läkaren som tar det slutgiltiga beslutet.

*.....man förstod ju hur svårt det var det här beslutet i och med att om hon skulle ha kvar uterus så skulle det ju vara stor risk om hon skulle bli med barn igen att det skulle gå dåligt för både barnet och mamman.....*

Många operationssjuksköterskor beskrev vikten av att ha ett välfungerande samarbete på operationssalen. Detta innebar att ge den bästa vården för patienter genom att instrumentera och hjälpa läkaren på alla sätt och vis, försöka vara snabb och få operationen att flyta. Det var viktigt att våga reflektera och fråga läkaren om man vill få reda på något speciellt. Några

operationssjuksköterskor beskrev glädjen av att få jobba för läkare som är trevliga och duktiga som visar kunskap och respekt. De tyckte att det var viktigt att kunna uttrycka sin personliga åsikt, att berätta om sina funderingar och att inte vara rädd för att tycka annorlunda. Många operationssjuksköterskor beskrev vikten av att larma och säga ifrån när man ser att något är fel. De ansåg även att det var viktigt att kalla på hjälp när läkarna behövde det fastän det kunde verka förnedrande och vikten av att anteckna i journalen när något känns fel, vilket inte alltid är lätt. En operationssjuksköterska beskrev sin roll på operationssalen som den som har översikten över att det går rätt och riktigt till och detta var något som skulle tas i beaktning.

*.....i första hand är det ju faktiskt patienten som man ska serva till den bästa vård den kan få gemensamt givetvis med op-teamet som du har på salen... vi ska ju åt samma mål och den bästa vården får du genom att samarbeta med...*

### **Att göra ett bättre jobb när man är förberedd**

Många operationssjuksköterskor ansåg att erfarenhet gav en ökad beredskap. Erfarenheten gjorde det enklare att prata med läkaren och ifrågasätta. Det blev lättare att känna igen när saker och ting inte stämde och man lärde sig när det var dags att be om hjälp. Erfarenheten gav även ökad beredskap vid dödsfall under operation, det blev lättare att inte ta det så personligt. Som nyfärdig operationssjuksköterska var det svårare att hantera jobbiga händelser, man tog ofta med sig dem hem.

*.... som nyfärdig op-sköterska då tog man ju oftast jobbet med sig hem för man hade ju inte lärt sig hur man hanterar behandlar processen under en dag.... har man nu gjort rätt man måste ju få en viss erfarenhet för att kunna tänka till och utveckla det ...*

Flera operationssjuksköterskor ansåg att det var viktigt att om möjligt få reda på akuta situationer i förväg, vilken typ av skada som patienten förväntades ha. Detta för att kunna förbereda sig, ha en sal redo, få duka upp lite instrument men även för att kunna vara mentalt förberedd. Operationssjuksköterskorna ansåg att de kunde göra ett bättre jobb utifall de var förberedda eftersom de då kände sig lugnare. Att inte vara förberedd ansåg de vara en risk för patienter. Många beskrev viljan av att göra ett bra jobb fastän det var ett trauma och att de kände sig otillräckliga och odugliga då de var oförberedda. Operationssjuksköterskorna beskrev att det kändes som att det förväntades att de bara skulle stå där färdiga och beredda på vilken situation som än händer.



*...om jag bara ska se det från min sida är att ska vi bara stå där färdiga med vad som än händer och vad som än kommer in så ska vi vara förberedda vad som än kommer in...*

Operationssjuksköterskorna kunde uppleva arbetsmiljön som stressig. Dessa gånger fanns det risk för att man slarvade, inte gjorde alla moment som borde göras bara för att det skulle gå jättefort. Sådana gånger var det svårare att uppmärksamma fel, man hann inte alltid tänka sig för därför att det skulle gå undan. Det var även svårare att få bearbeta jobbiga händelser när miljön blev för stressig.

*... varför var inte jag där... varför var jag någon annanstans och gjorde andra saker .....jag gjorde fel..... just då jag borde varit mer med patienten och framförallt i det här med att de avlöste varandra då kan det ju lätt också bli fel.....”*

## **Diskussion**

Syftet med denna studie var att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser av etiskt svåra situationer. Analysen resulterade i fyra teman och åtta kategorier. I resultatet framkom det att operationssjuksköterskor har ett behov av att bearbeta händelser genom att prata med andra och få respons. Detta gjorde att det blev lättare att komma igen efter en svår situation. Många operationssjuksköterskor menade att det sällan gavs tid till att bearbeta svåra situationer. På samma sätt fann Hansson (2002) i sin studie att det saknades forum för diskussion om etiska dilemman och reflektion om svåra upplevelser. Eftersom sjuksköterskor saknar möjlighet till regelbunden reflektion över svåra situationer så diskuterar de ofta olika situationer på ”kafferasten”. Detta kunde även vi se i vår studie att vid svåra situationer så fanns det inga organiserade forum för diskussion och reflektion utan personalen samtalade på rasten med varandra. Vidare menar Hansson (2002) att det är en organisatorisk fråga och det är ledningen som måste genomföra den typen av förändring på en arbetsplats.

Sørli, Jansson och Norbergs (2003) studie visar att det var viktigt för sjuksköterskor att bli bekräftad som en kompetent sjuksköterska av de andra i teamet. Att bli bekräftad kan definieras som att bli sedd, att folk lyssnar på en och att bli accepterad av andra. Att bli bekräftad av kollegor gjorde att sjuksköterskor kände sig väl till mods och trygga i sin yrkesroll. Vår studie visade att när operationssjuksköterskorna blev bekräftade och respekterade i sin yrkesroll kände de en arbetsglädje. Detta är kanske något som gäller alla

sjuusköterskor oavsett specialisering. Vidare fann Sørli et. al (2003) att sjuusköterskor anser att det ofta saknas en öppen dialog i teamet. Operationssjuusköterskor i vår studie beskrev att de ofta känner sig ensamma med sina tankar trots att de arbetar nära varandra. Svåra etiska frågor som handlar om liv och död och hur långt man kan gå för att rädda liv. Konflikter mellan läkare och sjuusköterskor kan lämna många frågor obesvarade.

I vårt resultat framkom att vissa operationer kan väcka mer känslor än andra särskilt när det handlar om till synes utsiktslösa operationer. I en studie av Söderberg, Gilje och Norberg (1997) framkom att sjuusköterskorna ibland kunde känna att läkaren inte ville avsluta behandlingen av patienter och att det kunde vara jobbigt att vara med och genomföra behandling av en patient med dålig prognos och som lider, detta kunde kännas ovärdigt. Dessa motstridiga känslor framkom också hos många av operationssjuusköterskorna i vår studie där frågan som dök upp var: "Ska patienten opereras till varje pris?" På samma sätt fann Elpern, Covert och Kleinpell (2005) att ett vanligt dilemma var att förlänga livet med massiva insatser. Frågor som livskvalitet och livsuppehållande insatser och beslut kunde leda till konflikter för vad som var bäst för patienten. Att få dö med värdighet var något som var viktigt för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Resultatet av vår studie visade att operationssjuusköterskor upplevde att oerfarna läkare inte alltid insåg sin bristande kompetens vilket kunde bidra till att operationen tog längre tid. Liknande visade Von Post (1998) i en studie där sjuusköterskorna beskrev att de ibland kände sig osäkra på läkarens avsikt med en operation. Sjuusköterskorna i den studien hade funderingar om läkarens beslut grundade sig på patientens bästa eller om man opererade i träningsyfte vilket kunde leda till att operationen tog längre tid och utsatte patienter för onödiga risker. Flertalet operationssjuusköterskor i vår studie kunde beskriva frustrationen när de upplevde att oerfarna läkare inte behärskade ingreppet och hade svårt att be om hjälp i tid av de mer erfarna läkarna. Vidare beskrev Von Post (1998) att sjuusköterskorna ibland ville gå in och hjälpa läkarna när de ansåg att de hade ett stort behov av hjälp när de hade utsatt sig i en alltför svår situation. I vår studie framkom att en del operationssjuusköterskor kunde kontakta överläkaren lite i "skymundan" för att inte öppet förödmjuka den mindre erfarna läkaren. I vårt resultat framkom också att det inte alltid fanns en fungerande dialog i operationsteamet vilket kunde innebära att operationssjuusköterskorna inte hade förståelse för läkarens beslut. Det kunde resultera i att operationssjuusköterskor kände att det var bara att genomföra uppgiften utan att ifrågasätta.

I en studie av Udén, Norberg, Lindseth och Marhaug (1992) ges ett exempel på hur sjuksköterskor inte alltid förstår hur läkarna resonerar. Sjuksköterskorna kände att läkarna kunde ha ett begränsat synsätt på patienterna och betraktade dem endast som en "sjukdom". Genom detta synsätt så fortsätter man att ge meningslösa behandlingar som kan leda till sämre livskvalité för patienten. Sjuksköterskorna menade att läkarna håller patienten vid liv till varje pris. Läkarnas motvilja att avsluta en behandling gör dessutom att sjuksköterskorna utsätts för att de måste lyda fastän de kan tycka att det känns oetiskt att utföra läkarens ordination. Vidare enligt Udén et al. (1992) beskrev sjuksköterskorna att de hade funderingar kring om läkarna verkligen såg dem som kompetenta, som en värdefull kollega. Operationssjuksköterskorna i vår studie beskrev vikten av att ha en yrkesstolthet och en ömsesidig respekt i dialogen med varandra. Det innebar att det var viktigt att läkarna förstod att operationssjuksköterskorna har en viktig roll i operationsteamet för att kunna ge god vård till patienten. Storch och Kenny (2007) menar att konflikter mellan sjuksköterskor och läkare där man inte samarbetar bidrar till sämre vård för patienten.

I vår studie påtalade operationssjuksköterskorna vikten av att visa respekt och behandla patienten med värdighet vilket innebar att tänka på hur man uppträder och pratar inne på operationssalen speciellt när patienten är vaken. Enligt Von Post (1998) beskrev sjuksköterskor en inre konflikt med sina värderingar när patientens värdighet hotas av medvetna eller omedvetna handlingar från någon i operationsteamet. Sjuksköterskorna kände att de inte alltid kunde ge patienten den goda vård som de planerat och upplevde att i sådana situationer var det svårt att förebygga att patienten värdighet skadades. Ett flertal operationssjuksköterskor i vår studie beskrev hur de ibland kunde glömma bort hur de uppförde sig under en operation framförallt under vakna ingrepp. Stämningen kunde ibland bli lite väl uppsluppen och tramsig. I Söderberg et al.s (1997) studie ansåg sjuksköterskorna att det är viktigt att oavsett situation visa respekt för människans integritet och värdighet.

Resultatet i vår studie visade att operationssjuksköterskor känner ett ansvar att föra patientens talan genom att vara "patientens advokat" vilket innebär att gå i försvar för patienternas skull för att skydda patienten. Udén et al. (1992) lät sjuksköterskor beskriva hur de ser på sin egen yrkesroll och fann att sjuksköterskor anser att de är känslomässigt närmare patienterna och därför kan det vara lättare att agera utifrån patientens önskingar och vara patientens advokat jämfört med läkaren. Sjuksköterskorna för patientens talan och är deras röst utåt. På samma

sätt fann Von Post (1998) att sjuksköterskor vill beskydda patienten mot oprofessionellt bemötande och vård och vill kunna kliva in och förhindra att misstag sker så att patienten inte skadas. Operationssjuksköterskorna i vår studie menade att det var operationssjuksköterskans plikt att inte överge patienten och att man samtidigt värnar om patienten i alla lägen.

Resultatet i vår studie visade att operationssjuksköterskorna strävade efter att ha ett välfungerande samarbete på operationssalen och det kunde innebära att hjälpa läkaren så att operationen flöt på. Aroskar (1998) beskriver att genom att arbeta tillsammans, sjuksköterska och läkare, med gemensam respekt för varandras yrkesroll och där man kan uppskatta vad parterna har att tillföra, där man har ett gemensamt mål för patientens vård, samarbetar de bättre i gruppen vilket resulterar i bättre vård till patienten. Resultatet i vår studie visade att många operationssjuksköterskor ansåg att erfarenhet gav en ökad beredskap och gjorde det enklare att prata med läkaren och ifrågasätta och veta när det var dags att be om hjälp i svåra situationer. Sørliet et al (2003) hävdar att en mindre erfaren sjuksköterska tänker mer och reflekterar mer om en svår situation än en mer erfaren sjuksköterska. I vår studie framkom det att en mindre erfaren operationssjuksköterska ofta har en inre dialog om sitt utövande om de gör rätt eller fel i olika situationer. En mer erfaren operationssjuksköterska har genom åren blivit utsatt för många olika situationer och har därför byggt upp en handlingsberedskap inför etiskt svåra situationer.

### **Slutsats**

Resultatet i vår studie ger tydliga indikationer på att operationssjuksköterskor kan behöva systematisk vägledning för att få en ökad handlingsberedskap inför etiskt svåra situationer. Utifrån resultatet anser vi att vid dessa tillfällen ska alla i operationsteamet delta för att få en diskussion och en ökad förståelse för varandras handlingar. Torjuul och Sørliet (2006) betonar att det behövs förbättringar inom hälso- och sjukvården för att få möjlighet att få bearbeta olika svåra situationer. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver få tid avsatt för systematisk vägledning. För att det ska kunna ske krävs olika organisatoriska insatser och därmed ekonomiska resurser.

### **Metodkritik**

Tematisk innehålls analys är en analysmetod som har för avsikt att ge trovärdig information utifrån ett systematiskt och objektivt innehåll från verbal, visuell och skriven data. Detta för att beskriva olika fenomen (Downe-Wamboldt, 1992). Vi anser att denna metod är lämplig att

använda sig av för att ta fram syftet i vår studie. Kvalitativ forskning försöker beskriva, förklara och fördjupa förståelsen för mänskliga upplevelser och uppfattningar och se människan ur ett holistiskt perspektiv där fokus ligger på hela människan. Genom att observera, lyssna och ställa relevanta frågor kan forskaren få en djupare förståelse för den mänskliga upplevelsen (Polit & Beck, 2004, s. 341-342). Deltagarna i studien arbetade på samma operationsavdelning vilket kan ha påverkat resultatet på så sätt att det kan ha hämmat deras berättelser om etiskt svåra situationer med tanke på möjligheten att återkoppla resultatet till deltagarna. Vi intervjuade tio operationssjuksköterskor. Enligt Holloway och Wheeler (2002, s. 128) har inte antalet intervjupersoner i en kvalitativ studie en avgörande betydelse för studiens utfall eller datans kvalitet. Vi använde oss av bandspelare vid intervjuerna. Enligt Holloway och Wheeler (2002, s. 86), rekommenderas bandinspelade intervjuer då man får med den exakta intervjun då man senare skall analysera arbetet. Användandet av bandspelare kan ha påverkat deltagarna negativt. Efter första intervjun böt vi ut vår bandspelare av modell större till en mindre modell.

Då forskaren tolkar texterna finns risk för att denne tillför egna åsikter, har förutfattade meningar eller missar viktigt innehåll i deltagarens berättelser (Holloway & Wheeler, 2002, s. 252). Enligt Graneheim och Lundman (2003), är det viktigt för analysens trovärdighet att ingen relevant data har exkluderats eller att irrelevant data har inkluderats i kategoriseringen. Trovärdigheten i vår studie ökar då vi varit två som arbetat med den och genom hela processen har vi diskuterat innehållet tillsammans. Vår handledare medverkade under arbetets gång och olika frågeställningar diskuterades. Arbetet har även diskuterats på de olika seminarierna för att få ytterligare vägledning. Enligt Holloway och Wheeler (2002, s. 260) förstärks trovärdigheten betydligt mer då någon annan person som är insatt i ämnet medverkar i analys och bearbetning av datamaterialet under arbetets gång. Under hela analysen har vi gått tillbaka till ursprungstexten för att se efter att inget innehåll har gått förlorat. Ett problem med kvalitativ innehållsanalys kan vara till vilken grad en persons uttalande kan jämföras med någon annans och är gemensamma teman verkligen gemensamma (Burnard, 1991). Studiens trovärdighet har stärkts i resultatdelen där såväl detaljerade exempel som citat har använts från intervjuutskriften (Jmfr. Holloway och Wheeler 2002, s. 274). Resultatet i en kvalitativ studie kan inte generaliseras, däremot kan resultatet vara överförbart till operationssjuksköterskor i liknande situationer.

## Referenslista

Aroskar, M.A. (1998). Ethical working relationships in patient care: challenges and possibilities. *Nursing Clinics of North America*, 33, 313-324.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*, 11, 461-466.

Corley, M.C., Minick, P., Elswick, R.K., & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

Elpern, E., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses' in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.

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

Gutierrez, K.M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimension Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241.

Hamric, A.B. (2000). Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook*, 48, 199-201.

Hansson, M.G. (2002). Imaginative ethics-bringing ethical practice into sharper relief. *Medicine Health Care and Philosophy*, 5(1), 33-42.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. (2th ed.). Oxford: Blackwell Sciences.

Killen, A.R. (2002). Stories from the operating room: moral dilemmas for nurses. *Nursing Ethics*, 9(4), 405-415.

Killen, A.R. (2002). Morality in perioperative nurses. *AORN journal*, 75, 532-546.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.

Kälvemark, S., Höglund, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58, 1075-1084.

Lundbäck, M. (2006). Operationssjuksköterskans yrkesansvar och möjliga karriärvägar. *Svensk kirurgi*, 64(5), 267-68.

Norberg, A., Udén, G., & Andrén, S. (1997). Physicians', registered nurses' and practical nurses' stories about ethically difficult episodes in geriatric care. *Nursing Ethics*, 2, 233-42.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott: Williams & Wilkins.

Seifert, P. (2002). Ethics in perioperative practice- duty to foster an ethical environment, *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 76, 490-497.

Storch, J-L., & Kenny, N. (2007). Shared moral work of nurses' and physicians. *Nursing Ethics*, 14(4), 478-491.

Sørli, V., Larsson Kihlgren, K., & Kihlgren, M. (2004). Meeting ethical challenges in acute care work as narrated by enrolled nurses. *Nursing Ethics*, 11, 179-189.

Sørli, V., Jansson, L., & Norberg, A. (2003). The meaning of being in ethically difficult care situations in paediatric care as narrated by female registered nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 285-292.

Söderberg, A., Gilje, F., & Norberg, A. (1997). Dignity in situations of ethical difficulty in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13, 135-134.

Söderberg, A., & Norberg, A., & Gilje, F. (1996). Meeting tragedy: interviews about situations of ethical difficulty in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 207-217.

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

Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2000). *Nursing ethics (4th ed.)*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Torjuul, K., & Sørli, V. (2006). Nursing in different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 404-413.

Udén, G., Norberg, A., & Norberg, S. (1995). The stories of physicians, registered nurses and enrolled nurses about ethically difficult care episodes in surgical care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9, 245-53.

Udén, G., Norberg, A., Lindseth, A., & Marhaug, V. (1992). Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1028-34.

Von Post, I. (1998). Perioperative nurses' encounter with value conflicts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, 81-88.