



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ATT VÅRDA EN GÅVA

Anestesisjuksköterskors uppfattningar av
organdonation från avliden donator

**Jenny Paulsson
Sara Åhlander**

Uppsats, examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning anesthesi. Examensarbete OM5320
Nivå:	Avancerad nivå
Termin, år:	Vt, 2018
Handledare:	Anne Flodén
Examinator:	Margareta Warren Stomberg

Titel svensk:	Att vårda en gåva – anestesijuksköterskors uppfattningar av organdonation från avliden donator
Titel engelsk:	Nursing a gift – nurse anesthetists' perceptions of organ donation from deceased donor
Uppsats, examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning anestesi. Examensarbete OM5320
Nivå:	Avancerad nivå
Termin, år:	Vt, 2018
Handledare:	Anne Flodén
Examinator:	Margareta Warren Stomberg
Nyckelord:	Anestesisjuksköterska, organdonation, uppfattningar, avliden donator, perioperativ vård, fenomenografi

Sammanfattning

Bakgrund: Personer som arbetar med organdonation och organtransplantation behöver vara trygga, kompetenta och utbildade inom området. Organdonation från avlidna patienter är ett ämne som berör människor på olika sätt. Få studier har fokuserat på anesthesijuksköterskors uppfattningar av detta men däremot finns studier om intensivvårds- och perioperativa sjuksköterskors uppfattningar. Här har det visat sig att internationella fynd till viss del skiljer sig från svenska fynd, särskilt med avseende på teamarbete och existentiella frågor.

Syfte: Att kartlägga anesthesijuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av att delta vid organdonation från avliden donator i den perioperativa kontexten.

Metod: En kvalitativ, induktiv ansats användes med hjälp av intervjustudier och för att besvara syftet gjordes analysen med hjälp av fenomenografisk metod. Sju anesthesijuksköterskor från två sjukhus i Sverige intervjuades. Samtliga hade erfarenhet av organdonation men fyra hade även erfarenhet av organtransplantation.

Resultat: I resultatet har tre delar om anesthesijuksköterskors uppfattningar av organdonation identifierats: profession, team och existentiella perspektiv.

Slutsats: Organdonation kan innebära en känslomässigt jobbig operation som kräver att professionsetiken är i fokus och att anesthesijuksköterskor kan hantera sina egna känslor och tankar om organdonation. Det välfungerande samarbete som finns underlättar för samtliga professioner att upprätthålla värdigheten och respekten för donatorn. Detta positiva teamarbete som finns i Sverige saknas i vissa andra länder.

Nyckelord: Anestesisjuksköterska, organdonation, uppfattningar, avliden donator, perioperativ vård, fenomenografi

Abstract

Background: People who work with organ donation and organ transplantation need to be safe, competent and educated in the field. The organ donation from deceased patients is a subject that affects staff in different ways. Few studies have focused on nurse anesthetists' perceptions about this, but studies on intensive care and perioperative nurses' perceptions are available. In these areas, it has been found that international findings differ to some extent from Swedish findings, especially with regard to teamwork and existential issues.

Aim: To chart nurse anesthetists' experiences and perceptions of participating in organ donation from the deceased donor in the perioperative context.

Method: A qualitative, inductive approach was used through interviews, and the analysis was done using the phenomenographic method. Seven nurse anesthetists' from two hospitals in Sweden were interviewed. All had experience in organ donation, but four also had experience in organ transplantation.

Result: Three themes have been identified about the organ donation process: profession, team and existential perspectives.

Conclusion: Organ donation can mean emotionally tough surgery that require the professional ethics to be in focus and that nurse anesthetists' can handle their own feelings and thoughts about the subject. The existing and well-functioning teamwork helps all professions to maintain dignity and respect for the donor. The positive teamwork that exists in Sweden is lacking in some other countries.

Keywords: Nurse anesthetists, organ donation, perceptions, deceased donor, perioperative care, phenomenography

Förord

Ett stort tack till våra informanter! Ni har bidragit med många kloka tankar och ord och ni har givit oss ett nytt sätt att se på organdonation och ni beskriver detta som den unika handling det är. Det är ett fantastiskt arbete ni utför och vi känner en stolthet att snart få tillhöra denna profession! Vi vill även rikta ett tack till verksamheterna som gav sitt godkännande så att denna uppsatsen kunde genomföras. Med ert medgivande ser ni till att vi som studenter får en möjlighet att utveckla vår kompetens och en chans till att väcka intressanta diskussioner på våra kommande arbetsplatser.

Och till sist vill vi tacka vår handledare Anne Flodén som med sin gedigna kunskap och positiva inställning varit till stor hjälp. All den pepp du givit oss längs uppsatsens gång har fått oss att tycka att processen har varit både lärorik och rolig. Du har delat med dig av ditt engagemang kring forskning och om ämnet organdonation vilket bidragit till att vi tagit oss ända fram till slutet.

Göteborg, maj 2018

Jenny Paulsson

Sara Åhlander

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Inledning	1
Bakgrund	1
Organdonation	1
Anestesiologisk vård i en perioperativ kontext	2
Anestesiologisk vård vid organdonation	3
Dödsbegreppet	4
Sjuksköterskors inställning till organdonation	5
Moralisk konflikt	5
Utmanande situation	6
Stöd	6
Teoretisk referensram	7
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys	10
Fas 1. Att bekanta sig med data och etablera ett helhetsintryck	11
Fas 2. Att uppmärksamma likheter och skillnader i utsagorna	11
Fas 3. Att kategorisera uppfattningar i beskrivningskategorier	11
Fas 4. Att studera den underliggande strukturen i kategorisystemet	11
Forskningsetiska överväganden	11
Risk-nytta-analys	12
Resultat	12
1. Profession	13
1.1 Trygg i sin profession	13
1.2 Positivt synsätt till organdonation	13
1.3 Annorlunda situation	14
2. Team	14

2.1 Samverkan i team.....	14
2.2 Debriefing.....	15
2.3 Stämning på sal.....	15
3. Existentiella perspektiv	16
3.1 Behandla med värdighet.....	16
3.2 Blandade känslor.....	16
3.3 Perspektiv på döden	17
3.4 En gåva som ger liv.....	17
3.5 Utmanande med unga donatorer	18
3.6 Att relatera till donatorn	18
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion.....	21
Annorlunda situation.....	21
Samverkan i team	22
Debriefing.....	22
Behandla med värdighet.....	23
En gåva som ger liv	23
Utmanande med unga donatorer.....	24
Sammanfattande reflektion	24
Slutsats	25
Referenslista	26
Bilaga 1 – Forskningspersonsinformation.....	31
Bilaga 2 – Information om studien	34

Introduktion

Inledning

Organdonation är en gåva från en människa till en annan. Att vid sin död ge andra människor sina organ är kanske en av de finaste gåvor människor kan ge varandra. I och med överlämnandet är gåvan inte längre givarens utan mottagarens. Eftersom donation av livsviktiga organ förutsätter en annan människas död är det av avgörande betydelse även för mottagaren att det står utom allt tvivel att det rör sig om en gåva. Det innebär att mottagaren kan känna att han eller hon får en möjlighet att leva vidare – tack vare en annan människas generositet och inte på en annan människas bekostnad (SOU 2015:84, s. 95).

I Sverige utförs organtransplantation (OTx) med stor framgång och många ställer sig villiga till att donera sina organ om det skulle vara möjligt den dag de dör. Donation och transplantation av organ är en komplicerad process som kräver kompetens, rutiner, god kommunikation samt utbildning. För att se över olika attityder inom processen utförs vårdvetenskapliga studier av sjuksköterskors uppfattningar av organdonation (OD) från avlidna. Mycket fokus har riktats på intensivvårdssjuksköterskor (IVA-sjuksköterskor). Studier gjorda utanför Sverige, framförallt i Australien och Kanada, undersöker attityderna hos perioperativa sjuksköterskor men skiljer inte på operationssjuksköterskor och anestesijuksköterskor. En översikt över attityder hos svenska anestesijuksköterskor behöver göras för att synliggöra de uppfattningar som finns inom anestesijuksköterskeprofessionen i samband med OD.

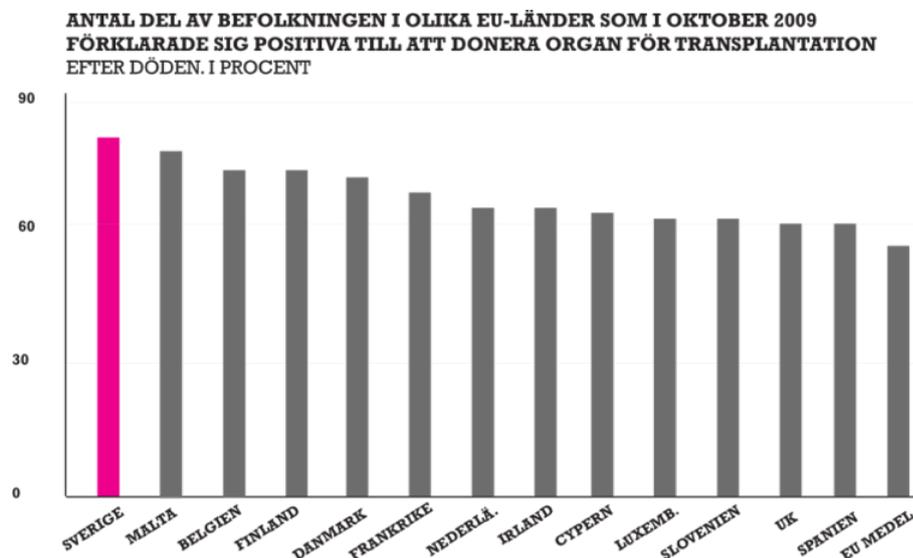
Bakgrund

Organdonation

OTx är en etablerad, kostnadseffektiv och livräddande behandlingsmetod som erbjuder svårt sjuka människor en chans att överleva (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2016). Antal organdonationer har ökat de senaste åren i Sverige. Trots det täcks inte behovet i den utsträckning som efterfrågas och i väntan på ett nytt organ hinner flera människor dö. Genom transplantation förs livet vidare via organen i en annan människas kropp vilket kan ge tröst och hopp i sorgen för de närstående som lämnas kvar efter ett dödsfall (Socialstyrelsen, u.å.a). I Sverige avlider omkring 90 000 personer varje år, av dessa är ungefär 200–270 personer möjliga för OD men endast omkring 150 blir faktiska organdonatorer. För att ses som en möjlig organdonator krävs det att personen som avlider vårdas i respirator på IVA när döden inträffar (Socialstyrelsen, u.å.b). 1 § kriterier för bestämmande av människans död (SFS 1987:269) definierar döden som när hela hjärnans

samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort, "hjärndöd", och 2 § fastställer att med beprövad erfarenhet och vetenskap skall en läkare med specialistkompetens konstatera att döden inträffat. De organ som transplanteras i dagsläget är hjärta, lungor, lever, bukspottkörtel, njurar och tunntarm vilket innebär att en avliden människa kan donera flera organ och därmed bli aktuell att rädda livet på upp till åtta personer (Socialstyrelsen, u.å.b).

Den 1 januari 2018 stod 817 människor på väntelistan för transplantation av ett eller flera organ i Sverige (Mer organdonation (MOD), 2018). Statistik visar att det genomförs omkring 700 organtransplantationer i Sverige årligen (Socialstyrelsen, u.å.b), vilket medför att ca 50 människor hinner avlida i väntan på ett eller flera nya organ (MOD, 2018). I Sverige ställer sig ca 80% av befolkningen positiv till att donera sina organ efter sin död enligt den statliga utredning om OD som kom 1 september 2015 (SOU 2015:84). I jämförelse med andra europeiska länder är det en mycket stor andel av befolkningen, vilket illustreras i tabellen nedan.



(MOD, 2018). Används med tillstånd från MOD, 180419.

Sverige är i framkant när det gäller organtransplantationer. Resultaten av organtransplantationerna är mycket goda och vissa av de transplantationer som i dagsläget görs i Sverige är inte utvecklade i andra länder. Trots detta och trots att många är villiga att donera sina organ finns inga höga siffror när det kommer till antalet faktiskt genomförda organdonationer (MOD, 2018).

Anestesiologisk vård i en perioperativ kontext

En anestesisyksköterska skall utföra omvårdnad på avancerad nivå inom den perioperativa kontexten. Denna vård utgår från patientens resurser och behov och anpassas efter ingreppets förutsättningar. Patienten skall behandlas utifrån ett etiskt förhållningssätt och anestesisyksköterskan arbetar på ett miljömedvetet och patientsäkert sätt.

Anestesisjuksköterskan söker och tar till sig forskning och utbildning, reflekterar kritiskt kring dessa och implementerar sedan dessa i den perioperativa vården. På ordination av anesthesiolog planeras och genomförs anestesi (Riksföreningen för anestesi- och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening, 2012). Anestesisjuksköterskan ansvarar för fri luftväg, ventilation, cirkulation, anestesidjup och temperatur, samt övervakning och uppföljning av dessa vilket även skall dokumenteras (Gran Bruun, 2013; Riksföreningen för anestesi- och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening, 2012). Anestesisjuksköterskan ger de läkemedel som behövs och bedömer därefter effekten. Avvikelser från den normala utvecklingen under en operation noteras och komplikationer förebyggs. Akuta tillstånd skall anestesisjuksköterskan hantera och åtgärda (Riksföreningen för anestesi- och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening, 2012) genom att i förväg ha tillförskaffat sig de medicinska kunskaper som behövs (Gran Bruun, 2013).

Anestesiologisk vård vid organdonation

När död genom total hjärninfarkt har inträffat börjar kroppens övriga organ snabbt försämrans. För att organen skall vara i tillfredsställande skick bör flera funktioner övervakas och optimeras. Dessa inkluderar cirkulation, respiration, njurfunktion samt endokrin funktion (Andersson, Bekker & Vagefi, 2015; European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2016). Grunden för övervakning och behandling som startar på IVA fortgår under OD-operationen (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010). En översikt över basal övervakningsutrustning och medicinsk behandling som utförs av anestesi-personal sammanfattas som följande:

Övervakning:

- Elektrokardiografi
- Saturation
- Artärnål
- Centralvenöst tryck
- Temperatur
- Diures

(European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2016; Organisation för organdonation i Mellansverige, 2014; Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010).

Medicinsk behandling:

- Mot högt blodtryck ges inhalationsanestetika eller opioider.
- Heparin ges mot trombosbildning i kärl där kirurgerna lägger in katetrar.
- Muskelrelaxantia ges mot spinala reflexer.
- Mannitol ges för att motverka fria radikaler.
- Blodprodukter skall finnas till hand för att kunna upprätthålla vaskulär volym.
- Vasopressorer ges vid hypotoni.

(European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2016; Organisation för organ donation i Mellansverige, 2014; Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010).

Under OD-operationen behöver anestesipersonal vara på plats fram tills den mekaniska ventilationen stängs av (Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2010).

Dödsbegreppet

I och med uppkomsten av mekanisk ventilation uppstod en möjlighet att bibehålla kroppens funktioner när hjärnan inte längre fungerar. I dagens Europa kan organ tas tillvara från personer som diagnostiserats som döda genom total hjärninfarkt. Hur denna diagnos ställs varierar mellan olika länder beroende på om hjärnstammsfunktionen eller hela hjärnan skall undersökas (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, 2016).

I Sverige skall en total hjärninfarkt enligt 4 kap. 1 § i SOSFS 2005:10 bekräftas med hjälp av direkta kriterier från ett nationellt protokoll medan respiratorvård fortfarande pågår. För att fastställa dödsfallet skall minst två kliniska neurologiska undersökningar göras av en läkare med specialistkompetens. Denna läkare är väl insatt i diagnostiken vid konstaterande av död och tar läkemedelseffekter och intensivvårdsåtgärder i beaktning. Efter den första kliniska neurologiska undersökningen är gjord och samtliga kriterier är uppfyllda skall samma test göras om efter minst två timmar. Dödsfallet fastställs först när båda undersökningarna är gjorda och samtliga kriterier från dem är uppfyllda. De kliniska neurologiska undersökningarna skall i vissa fall kompletteras med en angiografiundersökning av hjärnans kärlförsörjning enligt 4 kap. 4 § i SOSFS 2005:10. Först efter att en person dödförklarats under respiratorvård kan en utredning göras för att se om personen kan bli lämplig som organ donator (SOU 2015:84).

En stor andel av Sveriges IVA-sjuksköterskor har svårt att lita på att patienten verkligen är död när detta konstateras kliniskt utan efterföljande hjärnangiografi (Flodén, Berg & Forsberg, 2011; Flodén, Persson, Rizell, Sanner & Forsberg, 2011). Flodén, Persson et al. (2011) menar att denna tvekan om huruvida patienten är död påverkar vården av donatorn, samtalen med närstående, samarbete med kollegor och även hur IVA-sjuksköterskan uppfattar sin yrkessituation.

Även perioperativa sjuksköterskor i Australien och Kanada anser att det är svårt att veta om patienten är död eftersom den ser levande ut (Perrin, Jones & Winkelmann, 2013; Regehr, Kjerulf, Popova & Baker, 2004). Patienten har varm hud och bröstkorgen höjs och sänks, faktorer som tyder på liv (Perrin et al., 2013). Däremot beskriver svenska operationssjuksköterskor i en magisteruppsats av Petersson och Södergren Fjaestad (2017), och anestesijuksköterskor i en magisteruppsats av Sand (2016), att det är en självklarhet att patienten är död och att läkarna är kompetenta att konstatera detta. Sjuksköterskorna i båda dessa uppsatser hade även erfarenhet av OTx.

Sjuksköterskors inställning till organdonation

Perioperativa sjuksköterskors inställning till OD kan överlag påverkas negativt av att ha sett vad som sker under OD-operationen enligt studier från Australien, Kanada, USA och Taiwan (Gao, Plummer & Williams, 2017; Regehr et al., 2004; Wang & Lin, 2009). Då menas framförallt bristen på respekt och värdighet gentemot donatorn vara en starkt påverkande faktor men även det skick som patienten lämnas i efter att organen är omhändertagna (Regehr et al., 2004). Däremot kan Petersson och Södergren Fjaestad (2017) se att svenska operationssjuksköterskor känner att det är en stämning av respekt och värdighet och att operationssjuksköterskorna genom att arbeta med transplantation blir mer positiva till OD och att de snarare vill främja OD.

Utifrån en studie gjord i Sverige menar Flodén och Forsberg (2009) att olika attityder till OD har olika påverkan. IVA-sjuksköterskor som är inriktade på att lindra lidande i alla skeden i livet tänker både på den avlidnes närstående och på mottagarpatienten. Att vara inställd på att vårda de levande men inte de döda försvårar vårdandet av en donator, situationen med närstående och situationen med kollegor vilket gör att frågan om donation inte väcks. Om IVA-sjuksköterskan har en neutral attityd och bara låter situationen ske oberoende av hens insats kan detta medföra att möjligheten till donation passerar. IVA-sjuksköterskor tror att vissa kollegor är emot donation och att dessa kollegor har det svårt när de tar hand om en donator. Kollegan kan då behöva stöd och utbildning för att kunna klara av att vårda en donator (Flodén & Forsberg, 2009). Forsberg, Lennerling, Fridh, Rizell, Lovén och Flodén (2015) kunde konstatera att högre ålder och mer erfarenhet hos svenska IVA-sjuksköterskor gjorde dem mer villiga att genomföra handlingar som möjliggör OD.

Moralisk konflikt

En moralisk konflikt drabbar en del perioperativa sjuksköterskor när de professionella plikterna strider mot den egna moralen (Gao et al., 2017; Wang & Lin, 2009). Det kan upplevas som att donatorn skulle kunna ha räddats men istället blir offer för någon annans skull. Den tro, religion och de värderingar en människa har privat kan inte alltid tillämpas i rollen som sjuksköterska. Det kan kännas tvunget att dölja sina åsikter om donation eftersom åsikterna inte alltid delas av den övriga personalen. Detta kan ge en känsla av isolering och bli en börda för perioperativa sjuksköterskor att bära och en del anser inte att det går att finna stöd hos sina kollegor (Gao et al., 2017).

Det kan kännas obekvämt att uttrycka sin ovilja till att delta i en OD-operation. Australiensiska perioperativa sjuksköterskor som uttrycker att de inte vill delta i en OD-operation på grund av sin religion, sitt samvete, sin moral eller sina etiska uppfattningar blir bemötta med likgiltighet. Ingen lösning erbjuds eftersom deltagande i OD-operation är något som krävs av dem i deras professionella roll och dessutom är den allmänna inställningen hos personalen att inte vägra en sådan operation. Att vara jourhavande perioperativ sjuksköterska

på operationsavdelning innebär att stå till förfogande för den operation som blir aktuell, oavsett känslor eller attityd till ingreppet. Detta ger väldigt liten möjlighet till att uttrycka ovilja till medverkan. Perioperativa sjuksköterskor känner en press av faktorer som att fullfölja önskan hos donatorn, arbetsbördan på avdelningen samt vad som krävs av den professionella rollen. Att inte vilja delta i operationen men samtidigt inte veta vem som annars skall göra det ger en inre moralisk konflikt (Smith, 2017).

Utmanande situation

Organens hållbarhet gör att tiden blir knapp vilket innebär en stressig miljö som kan uppfattas som skrämmande (Perrin et al., 2013; Regehr et al., 2004). Operationssjuksköterskan, som står närmast operationsområdet, blir utsatt för många verbala övergrepp och uppfattas som den mest utsatta personen på salen (Gao et al., 2017; Perrin et al., 2013). När ett utomstående så kallat ”hämteam”, bestående av kirurger och operationssjuksköterskor, kommer för att medverka vid OD-operationen och inhämta organ uppstår ofta tekniska problem och missförstånd vilket leder till en otrevlig kommunikation gentemot den ordinarie personalen (Perrin et al., 2013; Regehr et al., 2004). Det kan verka som att hämteamet bara bryr sig om organen och att de inte visar respekt för donatorn vilket gör att perioperativa sjuksköterskor känner skuld över sin medverkan (Perrin et al., 2013; Wang & Lin, 2009). I kontrast till dessa studier från Taiwan, Kanada och Australien kan både Petersson och Södergren Fjaestad (2017) samt Fasth och Torstensson (2015) i sina magisteruppsatser se att operationssjuksköterskor i Sverige känner att det är god kommunikation med både kollegor och hämteam.

När narkosapparaten stängs av känner perioperativa sjuksköterskor i Kanada en känsla av sorg. Det kan vara ett traumatiskt moment, särskilt om det är första gången som den perioperativa sjuksköterskan är med vid en OD-operation (Regehr et al., 2004). Däremot anser svenska anestesijuksköterskor enligt Sand (2016) att det inte alls har någon påverkan eftersom patienten redan är död.

Perioperativa sjuksköterskor som innan OD-operationen träffat närstående till en donator anser att det är en känslomässig tyngd (Gao et al., 2017; Sand, 2016). Även IVA-sjuksköterskor anser att de närståendes känslor har en påverkan på deras egna känslor (Flodén & Forsberg, 2009). Om donatorn är i samma ålder som den perioperativa sjuksköterskan eller någon i dennes familj blir ingreppet ännu svårare att hantera (Gao et al., 2017) vilket bekräftas hos svenska perioperativa sjuksköterskor (Fasth & Torstensson, 2015; Petersson & Södergren Fjaestad, 2017; Sand, 2016) och IVA-sjuksköterskor (Flodén & Forsberg, 2009).

Stöd

Perioperativa sjuksköterskor känner sig utmanade, ledsna och fysiskt utmattade under hela OD-operationen (Regehr et al., 2004) och känner att det finns ett behov av stöd (Gao et al., 2017; Smith, Leslie & Wynaden, 2017). Den perioperativa sjuksköterskan kan känna en

känsla av att vara isolerad när hen är inne på salen och det kan kännas som att det är upp till hen själv att klara av de känslor som skapas (Smith et al., 2017). Att schemat fortgår som vanligt trots att hen just varit med på en extraordinär operation kan uppfattas som påfrestande och det blir stressande att undantrycka de känslor som uppstått under operationen (Perrin et al., 2013; Smith et al., 2017). Stöd från sjukhuset kan innebära tillräcklig bemanning, utbildning och möjligheter till debriefing (Gao et al., 2017). Perioperativa sjuksköterskor i Australien känner sparsamt eller inget stöd i samband med OD-operationer enligt en studie gjord av Smith et al. (2017). De perioperativa sjuksköterskorna saknar stöd inne på operationssalen från det kirurgiska teamet samt efter operationen från en professionell stödfunktion som kurator eller psykolog. Perrin et al. (2013) som också gjort en studie i Australien säger däremot att sjuksköterskorna känner ett stöd av varandra. Regehr et al. (2004) fann i sin studie att perioperativa sjuksköterskor i Kanada deltar i debriefing men att detta inte har tillräckligt god effekt. Svenska operationssjuksköterskor känner dock ett stöd från hämtteamet (Petersson & Södergren Fjaestad, 2017; Fasth & Torstensson, 2015) men kan också känna att det inte erbjuds något stöd efter operationen såvida de inte själva efterfrågar det (Petersson & Södergren Fjaestad, 2017).

Många perioperativa sjuksköterskor utvecklar egna strategier för att hantera sina känslor och erfarenheter från operationen (Gao et al., 2017; Perrin et al., 2013; Regehr et al., 2004; Smith et al., 2017). Komplexa problem, både på individuell nivå men också sociala normer, kan utgöra hinder för att sjuksköterskorna själva söker stöd. Det uppfattas inte som ett accepterat beteende trots att det är tillåtet. Transplantationskoordinatören kan ses som en person som ger bra professionellt stöd men som knappt har tid för det. Detta stöd blir en lösning i stunden men det kan också behövas professionellt stöd (Smith et al., 2017).

Teoretisk referensram

International council of nurses (ICN) har fastställt fyra etiska koder för sjuksköterskor. Den första, *sjuksköterskan och allmänheten*, innebär att sjuksköterskan skall ansvara för människor som är i behov av vård och fördela vården rättvist. Omvårdnaden skall främja individen. Den information sjuksköterskan ger skall möjliggöra att patienterna kan fatta beslut om sin vård. I sin profession uppvisar sjuksköterskan respekt, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet. Utifrån den andra koden, *sjuksköterskan och yrkesutövningen*, skall sjuksköterskan personligen ansvara för att upprätthålla sin yrkeskompetens. Professionen skall företrädas på ett sådant sätt att allmänheten får ett ökat förtroende. All vård skall ske med patientens säkerhet, värdighet och rättighet i fokus och ett etiskt förhållningssätt skall främjas. Den tredje koden, *sjuksköterskan och professionen*, innebär att sjuksköterskan skall tillämpa och utarbeta riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning. Genom att aktivt utveckla forskningsbaserad kunskap applicerar sjuksköterskan evidens i verksamheten. Sjuksköterskan arbetar för att upprätthålla omvårdnadens värdegrund och medverkar för en god etisk organisationskultur. Sjuksköterskan skall även ha förståelse för miljöns betydelse för hälsan och arbeta för en hållbar miljö. Utifrån den fjärde koden,

sjuksköterskan och medarbetaren, skall sjuksköterskan respektera kollegor och medarbetare och främja gott samarbete. Om enskilda personer, familjer eller allmänhetens hälsa är i fara på grund av andra människors handlande skall sjuksköterskan ingripa för att skydda och på så sätt verka för ett professionellt förhållningssätt. Genom att vägleda och stödja kollegor och medarbetare skall sjuksköterskan även jobba för en högre etisk medvetenhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Sjuksköterskans etiska principer omsätts i handling utifrån sjuksköterskans professionsetik. Denna professionsetik har tre kännetecken. Det första är att patientmötet är ett möte där sjuksköterskan och patienten möts ansikte mot ansikte. Patientmötet är handlingsorienterat vilket innebär det andra kännetecknet. Etik innebär ofta reflektion men sjuksköterskan skall också utföra en handling. Detta är unikt för professionsetik och krävs i patientmötet. Handlingen styrs av etiska reflektioner men också av det faktum att ett val måste göras. Handlingen kräver ett beslut och leder sedan till etiska reflektioner. Dessa reflektioner innebär sedan en professionsetisk kvalitetssäkring av det arbete som gjorts. Det tredje kännetecknet är det sakliga och yrkesmässiga i mötet med patienten. Sjuksköterskan träffar inte patienten för sin egen skull utan för att patienten kräver vård. En speciell kompetens är efterfrågad och sjuksköterskan finner sig för att representera en institution: sjukvården. Men sjuksköterskan har en professionell makt över patienten, en makt att hjälpa. Patienten uppsöker vården, för att den i sitt sjukdomstillstånd är tvungen, och måste möta denna maktfulla person. Emellertid har sjuksköterskan inte valt sin patient och även sjuksköterskan är därför under ett maktinflytande. Patienten och sjuksköterskan kan endast i begränsad mån påverka detta professionella möte. Ovanstående sammanfattas som att professionsutövaren, sjuksköterskan, i ett patientmöte skall göra det som är etiskt rätt att göra vilket innebär den grund som professionen står på (Christoffersen, 2017).

Autonomi är en av de fyra grundprinciperna inom hälso- och sjukvården och innebär att varje människa har rätt att bestämma över sitt eget liv. Därmed har alla människor även en moralisk skyldighet att respektera en annan människas autonomi. Följaktligen innebär detta att människors egna val som tas med hänsyn till deras egna värderingar, samveten och religiösa övertygelser skall respekteras så länge de inte inkräktar på andra människors självbestämmande (Qvarnström, 1998; SOU 2015:84). Den statliga utredningen om OD (SOU 2015:84) understryker att ett samtycke till OD är en förutsättning utifrån autonomiprincipen. Patienten väljer själv att donera sina organ och detta har en avgörande betydelse för OD. En förutsättning i vården är att medicinska åtgärder endast får ske om patienten givit sitt samtycke till dem. En död människa kan inte ta ställning till OD men ett beslut kan finnas dokumenterat. Om personen inte har fattat något beslut om OD gäller förmodat samtycke eftersom majoriteten av den svenska befolkningen är positiv till att donera. De närstående har rätt att lägga veto endast när viljan är okänd (SFS 1995:831).

Problemformulering

OD kräver ett välfungerande team där samtliga yrkesroller har en tydlig funktion. Därför är det viktigt att veta hur olika yrkesgrupper uppfattar hur det är att arbeta med OD för att teamet skall fungera optimalt. Detta bidrar till att både professioner och verksamheter utvecklas vilket ökar förutsättningarna för ett bra arbete vid OD. Det finns forskning om OD utifrån IVA-sjuksköterskans perspektiv samt ur perioperativa sjuksköterskors perspektiv men det saknas om anestesijuksköterskans uppfattningar. Den forskning som finns om perioperativa sjuksköterskor handlar mestadels om både operationssjuksköterskor och anestesijuksköterskor utan att särskilja de två professionerna. Mer kunskap behövs om anestesijuksköterskors uppfattningar, tankar och erfarenheter om deltagande vid OD-operationer som utförs på avliden donator. OD är ett särskilt ämne som kan innebära starka känslor och väcka reaktioner som individen inte räknat med. För att vara trygg i sin yrkesroll behövs utbildning och information om OD, något som kan tas fram utifrån studier som denna.

Syfte

Att kartlägga anestesijuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av att delta vid organ donation från avliden donator i den perioperativa kontexten.

Metod

Design

En kvalitativ, induktiv ansats användes genom intervjustudier och för att besvara syftet gjordes analysen med hjälp av fenomenografisk metod. Resultatet sammanställdes i beskrivningskategorier med subkategorier. Fenomenografisk analys handlar om att först identifiera *Vad* informanten pratar *Om*, som är *den första ordningens perspektiv*. Sedan att identifiera *Hur* informanten pratar om detta *Vad*, vilket blir uppfattningar *av* fenomenet och *den andra ordningens perspektiv*. Fenomenografin skiljer sig från de flesta andra kvalitativa metoder då resultatet beskriver variationen av ett fenomen (Marton, 1981).

Urval

Sju informanter har intervjuats. Fyra anestesijuksköterskor från en operationsavdelning på ett universitetssjukhus som utför både OD och OTx samt tre anestesijuksköterskor från en operationsavdelning på ett centralsjukhus som utför OD men inte OTx. Dessa valdes för att se om det fanns likheter och skillnader i uppfattningar om OD ifall informanterna även hade deltagit vid OTx och för att eventuellt få en större variation av uppfattningar. Henricson och Billhult (2017) menar att det är betydelsefullt att få med olika erfarenheter som kan medföra olika beskrivningar av ett fenomen. Inklusionskriterierna var anestesijuksköterskor, med

erfarenhet av OD från avliden donator, som arbetade på en operationsavdelning där donation från avlidna utförs. Samtliga informanter var kvinnor, dock var önskemålet att både kvinnor och män skulle delta. Ett annat önskemål var att ha spridning i ålder. Anestesisjuksköterskorna var mellan 52–64 år med medelvärdet 58 år, antal yrkesverksamma år var 10–41 år med medelvärdet 27 år. För att få anestesisjuksköterskor med den erfarenhet som efterfrågades gjordes ett strategiskt urval där informanterna tillfrågades med vårdenhetschefens hjälp, detta för att bäst kunna beskriva fenomenet vilket Henricson och Billhult (2017) menar är av värde. Bortfallet är okänt eftersom urvalet gjordes av vårdenhetschefen. Exklusionskriteriet var anestesisjuksköterskor som endast arbetar med barn.

Datainsamling

Information om studien och forskningspersonsinformation (FPI) skickades via e-post till verksamhetscheferna för att få ett godkännande att genomföra studien på de aktuella operationsavdelningarna. Muntligt och skriftligt samtycke inhämtades från informanterna i samband med intervjun och de fick också möjlighet att läsa FPI innan deltagandet. Genom semistrukturerade intervjuer undersöktes anestesisjuksköterskors uppfattningar och erfarenheter av deras deltagande i OD. För att få semistrukturerade intervjuer var inledningsfrågan formulerad “Vad tänker du på när jag säger organdonation?” för att därefter följas upp med fler öppna frågor. Utifrån svaren ställdes sedan följdfrågor som “Hur menar du?” eller “Vad kände du då?”. Följdfrågor används för att få informanterna att utveckla sina svar (Polit & Beck, 2017). För att hålla sig till ämnet OD användes en intervjuguide men denna följdes inte strikt utan frågorna anpassades efter informanternas svar. Både Danielson (2017) och Polit och Beck (2017) menar att det skall finnas en viss struktur i frågorna men att intervjuguiden inte behöver tas i samma ordning för att undvika att påverka interaktionen och styra intervjun för mycket. För att skapa trygghet vid intervjuer behövs en ostörd miljö som skapar en bra atmosfär (Danielson, 2017), informanten kan då känna sig avslappnad och uttrycka sig ärligt (Polit & Beck, 2017). Därför genomfördes intervjuerna i ett enskilt rum på sjukhuset där informanterna jobbar, vilket även underlättade för verksamheten. Intervjuerna utfördes av oss båda, den ena ledde intervjuerna medan den andra agerade observatör och bjöds endast in i slutet av intervjun för att säkerställa att inget hade missats eller behövde kompletteras. Varje intervju pågick i ca 30 minuter. Samtliga intervjuer spelades in med diktafon för att därefter transkriberas i sin helhet och analyseras.

Dataanalys

Att beskriva hur fenomen uppfattas av människor är det främsta syftet med en fenomenografisk ansats. Ordet fenomenografi består av två delar, *fenomeno* och *grafi*. Fenomeno kan översättas till ‘det som visar sig’ medan grafi betyder ‘beskriva i ord eller i bild’. Tillsammans tolkas dessa ord som ‘beskriver det som visar sig’ (Alexandersson, 1994).

Analys gjordes enligt Alexanderssons (1994) fyra steg:

Fas 1. Att bekanta sig med data och etablera ett helhetsintryck

I den inledande fasen lästes materialet flera gånger för att få en uppfattning om helheten och vad den innehöll. Syftet var att uppmärksamma kvalitativa skillnader i informanternas svar om OD och dess process. Genom ett öppet synsätt på materialet kunde särskilda företeelser upptäckas och tydligt framstå. Intervjumaterialet lästes först individuellt för att sedan i fas två diskuteras tillsammans.

Fas 2. Att uppmärksamma likheter och skillnader i utsagorna

Syftet med den andra fasen var att identifiera skillnader och likheter på ett mer systematiskt vis. Genom att först urskilja helheten kunde sedan även dess delar förstås. Materialet analyserades upprepade gånger tills inga nya tolkningar kunde urskiljas och en mättnad ansågs ha uppnåtts.

Fas 3. Att kategorisera uppfattningar i beskrivningskategorier

Analysarbetet fortsatte med den tredje fasen där utsagorna kategoriserades i beskrivningskategorier som identifierar *Vad* informanterna pratade *Om*. Beskrivningskategorierna skulle vara intressanta i förhållande till ämnet OD samt på ett tydligt sätt skilja sig från varandra. Varje beskrivningskategori skulle vara tillräckligt snäv för att uppfattningarna inte skulle kunna tillhöra fler beskrivningskategorier än en. Tillsammans bildade dessa beskrivningskategorier en enhet, ett utfallsrum. Detta blev en struktur som sammanfattade innebörden i samtliga utsagor. Utfallsrummet redovisades i resultatet som en tabell över samtliga beskrivningskategorier med subkategorier som identifierar *Hur* informanterna pratar om detta *Vad*. Beskrivningskategorierna motsvarar *första ordningens perspektiv* och subkategorierna motsvarar *andra ordningens perspektiv*.

Fas 4. Att studera den underliggande strukturen i kategorisystemet

Utfallsrummet, alltså kategorisystemet, utgjorde huvudresultatet för studien. Genom detta blev analysen mer systematisk. I fas fyra undersöktes utsagornas innebörd och hur de förhöll sig till varandra. Utsagor som ordnats i subkategorier sammanställdes och formulerades som text i resultatet, citat användes för att verifiera tolkningarna av utfallsrummet.

Forskningsetiska överväganden

För att genomföra studien har tillstånd från etikprövningsnämnden i Göteborg inhämtas med Dnr 1122-17. Studien medförde inga fysiska risker, rimligtvis ej heller några psykiska risker eftersom studien kopplades till yrkesrollen snarare än individen. Dock kunde negativa upplevelser och minnen ha gjort sig påmind. Informanten gjordes medveten om att

deltagande i studien var frivilligt och att hon hela tiden hade möjlighet att avbryta sitt deltagande. Detta är i enighet med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (Cöster, 2014; SFS 2003:460). Innan intervjuerna påbörjades inhämtades muntligt samt skriftligt samtycke från informanterna. Om behov till stödsamtal fanns efter intervjun var vårdenhetschefen vidtalad för att kunna bistå med denna hjälp. Insamlad data kodades och hanterades så att enskild person inte kunde identifieras och materialet förvarades oåtkomligt för obehöriga vilket är i enighet med personuppgiftslagen (Cöster, 2014; SFS 1998:204).

Risk-nytta-analys

För att nyttan skall överväga riskerna kan en risk-nytta-analys göras så att deltagarna skyddas under examensarbetets gång (Kjellström, 2017). Nyttan med att delta i studien kunde vara att informanterna genererar ny kunskap genom att bidra med sina uppfattningar så att professionen anestesijuksköterska kan utvecklas. Eftersom resultatet senare kommer att vara en del i en vetenskaplig artikel kunde deltagandet även innebära att det möjliggör för verksamhetsutveckling gällande OD i den perioperativa kontexten. På så vis bidrar studien till att både profession och verksamhet utvecklas vilket ökar förutsättningarna för ett bra arbete vid OD. 9 § lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) säger att forskning endast får godkännas om riskerna som studien kan medföra för deltagarens hälsa, säkerhet och personliga integritet kan uppvägas av dess vetenskapliga värde. Ett forskningsetiskt dilemma att begrunda är att individerna i den undersökta gruppen riskerar att förknippas med slutsatser som dras utifrån gruppen som helhet. Detta är viktigt att förhålla sig till men det är samtidigt en risk som inte helt kan undvikas i samband med forskning (Cöster, 2014). Efter denna bedömning utifrån risk-nytta-analysen ansågs nyttan för studien väga tyngre än eventuella risker.

Resultat

I resultatet har tre delar identifierats om OD-processen: profession, team och existentiella perspektiv.

Tabell 1. *Beskrivningskategorier med respektive subkategorier*

Beskrivningskategori	Subkategori
1. Profession	1.1 Trygg i sin profession 1.2 Positivt synsätt till OD 1.3 Annorlunda situation
2. Team	2.1 Samverkan i team 2.2 Debriefing 2.3 Stämning på sal

3. Existentiella perspektiv	3.1 Behandla med värdighet 3.2 Blandade känslor 3.3 Perspektiv på döden 3.4 En gåva som ger liv 3.5 Utmanande med unga donatorer 3.6 Att relatera till donatorn
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Profession

1.1 Trygg i sin profession

Under intervjuerna framkom att anestesijuksköterskorna kände sig säkra på att donatorn var död, de litade på diagnostiken och de tyckte att det var viktigt att under en OD-operation vara säker på att patienten var död. Dessutom ansågs det viktigt att anestesijuksköterskan hade funderat över sin egen inställning till OD eftersom det var en arbetsuppgift som ingick i yrkesrollen. Utbildning var viktigt och samtidigt något som samtliga tyckte att de fått tillräckligt av. Uppstod några frågor erbjöds mer utbildning.

“... i och med att det är så pass sällan så blir det alltid funderingar... och har det varit oro så har vi tagit en föreläsning igen.” (Informant 5)

Ingen av anestesijuksköterskorna kände någon rädsla inför OD-operationer men däremot att det var en situation som krävde mycket kunskap och att anestesijuksköterskan verkligen fick använda sin kompetens för att hålla organen i optimalt skick. Uppfattningen var inte att hon gav anestesi utan att intensivvårdsbehandlingen fortsatte genom upprätthållande av vitala funktioner med läkemedel och ventilation.

“... det är ju ingen anestesi, det är ju vård för att upprätthålla optimala betingelser för att få ut bra organ. Det är ju det det handlar om.” (Informant 4)

1.2 Positivt synsätt till organdonation

Under intervjuernas gång framkom det flera gånger att anestesijuksköterskorna hade ett positivt synsätt kring OD och ansåg att processen fungerade bra. De beskrev det som att de tyckte att det var fantastiskt att en person kunde ge liv till flera andra människor efter sin död, betoning lades på de positiva effekterna. Anestesijuksköterskorna tyckte att det var en självklarhet med OD eftersom de hade positiva erfarenheter från OD-operationer. OD var en väldigt stor sak och något väldigt bra, något som var positivt i förlängningen. De beskrev det positiva i att OD hjälper andra människor, räddar liv och att livet förbättras för flera människor.

“Jag kan stå inne på sal och det är så otroligt mycket kompetent personal och vi jobbar och sliter och så tänker jag att här utanför på busshållplatsen går människor som inte har en susning om vad vi håller på med här. Det är helt fantastiskt egentligen.” (Informant 1)

1.3 Annorlunda situation

Det framkom att anestesijuksköterskorna ansåg att OD-operationer står ut, de var inte som vanliga operationer. Det gick att vara professionell men OD-operationer kommer inte att bli något som en anestesijuksköterska får rutin på, eftersom varje OD-operation är mentalt ansträngande.

“... jag tror aldrig att man som narkossjuksköterska vänjer sig, detta är ju ingen operation man har varje vecka utan det är ju ganska sällan man har det. Jag tror aldrig man vänjer sig vid detta någon gång riktigt.” (Informant 2)

En uppfattning som framkom var att anestesijuksköterskans arbete gick ut på att rädda liv medan OD-operationen handlade om något annat, något som anestesijuksköterskorna inte kunde sätta fingret på. Vanligtvis gick arbetet ut på att göra så mycket som möjligt för att rädda den patient som låg på operationsbordet vilket förknippades med anestesijuksköterskans yrkesroll. Nu blev istället fokus flyttat till något annat än patienten.

“Och så är ju fokus inte längre på den person som ligger på bordet utan fokus är på annat sätt då, på organen då. Men annars är ju fokus så mycket på den här, vid alla andra ingrepp så gör man ju det bästa för den som ligger där och nu är det inte det utan nu skall man göra det bästa för någon annan och för de organ som man plockar ut.” (Informant 3)

2. Team

2.1 Samverkan i team

Anestesijuksköterskorna beskrev det som att varje profession hade sin specifika arbetsuppgift att förbereda och genomföra men att det ändå var av värde att prata ihop sig inför organdonationen. De poängterade att de tyckte att det var viktigt att hålla ihop gruppen och att det var lättare ju färre personer det var, att det fungerade bättre då.

“Det är därför en fördel att det sker jouttid för att då är man mindre antal personer.” (Informant 5)

Det hämtteam som kom från universitetssjukhuset uppfattade anestesijuksköterskorna som väldigt professionellt och att de verkligen behandlade patienten med respekt. De ansåg också att samarbetet fungerade bra mellan dem fastän de varken hade träffats eller jobbat tillsammans tidigare. Anestesijuksköterskorna beskrev det som att de blev sedda av personalen i hämtteamet och att de var trevliga och bra.

“Det är ändå värme, i den här specifika situationen.” (Informant 5)

“De är trevliga, pålästa och kan berätta lite och så, så att det känns bra.” (Informant 7)

2.2 Debriefing

Det rådde delade meningar om behovet av debriefing efter OD-operationen. De anestesijuksköterskor som även hade erfarenhet av OTx-operationer tyckte att debriefing inte var nödvändigt medan övriga tyckte att det fanns många positiva vinster med debriefing. Bland annat eftersom personalen som varit med inne på operationssalen mår bra av det eftersom det har funnits en anspänning och nu får de ett avslut med hjälp av debriefing.

“... man gör ett fint avslut för teamet som har jobbat.” (Informant 7)

Men även för att personal som inte visste något om OD-operationer skulle få möjlighet att höra vad de andra tyckte och hur man skulle förbereda sig.

“... vi har ju haft mycket föreläsningar om organdonation. Men du pratar aldrig i gruppen narkossköterskor hur det är egentligen.” (Informant 6)

2.3 Stämning på sal

Anestesijuksköterskorna tyckte att det infann sig en speciell känsla inne på operationssalen under OD-operationerna. De beskrev den som något mer dämpad än annars och att de olika professionerna var mer allvarliga och försökte göra det så värdigt som möjligt. Det var varken stimmigt eller högljutt inne på salen utan alla gjorde sitt jobb. Flera menade på att det inte var högljutt under andra operationer heller men att det blev mer påtagligt under OD-operationerna.

“Vi försöker ändå tänka på det och det gör vi utan att säga det faktiskt, det är underförstått på något vis.” (Informant 1)

De beskrev stämningen som att de ville att det skulle bli värdigt för donatorn så att personen fick ett värdigt avslut vilket de ansåg att alla jobbade för.

“Så tycker jag att man skall hålla en speciell värdighet då på salen så att man inte skall tramsa och skoja och hålla på och så utan man skall, det skall vara en värdig stämning, det tycker jag att det skall vara.”
(Informant 2)

3. Existentiella perspektiv

3.1 Behandla med värdighet

Anestesisjuksköterskorna beskrev sina uppfattningar kring hur patienten skulle behandlas. Fokus fick inte bara riktas på organen utan skulle också vara på donatorn. Det var viktigt att patienten blev behandlad som en människa men inte som en *levande* människa. Det skulle inte råda något tvivel om att donatorn var död. Patienten skulle behandlas med respekt och värdighet och det skulle vara tyst runtomkring.

“Och inte bara att man, okej nu är det någon som ligger där som man skall typ plocka ut organ. Nej. Utan det är fortfarande en människa.”
(Informant 5)

”...men ändå inte behandla den som en levande. Att inte prata med den som man gör med andra medvetlösa människor...” (Informant 3)

3.2 Blandade känslor

OD väckte flera känslor hos anestesisjuksköterskorna. De menade att det svåra var den känslomässiga biten som de behövde jobba med, och inte de praktiska delarna, eftersom OD var en sådan specifik situation. De beskrev det som att det kunde bli lite makabert och de kände att det var en tomhet, framförallt vid en multiorgandonation.

“Det är precis som när du tar in en levande människa och sen kör du ut en död för då är den ju kall och vit... Du har en hjärndöd patient och du vet att den är hjärndöd så på nåt sätt behandlar man människan som att den levde ändå. Rent känslomässigt blir det svårt.”
(Informant 6)

“Vi har då under ett par timmars tid tagit hand om denna varma, rosiga människa och de har tagit organ och när allt är klart stänger vi bara av och det, de blir kalla så fort, det är skittufft faktiskt. Nej, den biten är jobbig.” (Informant 1)

Samtidigt som de ansåg att det kunde vara tragiskt och jobbigt såg de ändå det positiva med OD men tyckte ändå att det kunde vara en surrealistisk situation att vara med om. Även om de berättade om det som fantastiskt kunde de tycka att det var lika hemskt varje gång eftersom de

behövde ställa in sig på att hämta en död person och patienten såg levande ut när organen omhändertogs.

“Men det är surrealistiskt när du ändå har, hjärtat slår och du skall ge de här läkemedlen till att hålla patienten i ‘liv’. ” (Informant 7)

3.3 Perspektiv på döden

Samtliga anestesijuksköterskor var säkra på dödsbegreppet och tvivlade inte på att patienten var död när den kom till operation för att donera sina organ. Däremot uttryckte de sig på olika sätt när de förhöll sig till fenomenet död. En del beskrev det som att det var svårt att förhålla sig till döden när kroppen var varm och hjärtat slog, patienten var död fast kroppen levde. Det var först när organen plockades ut som patienten blev biologiskt död enligt en av anestesijuksköterskorna. Många av anestesijuksköterskorna framställde det som att döden blev mer definitiv när organen plockades ut då kroppen blev kall, vit och stel, att det blev tydliga kliniska tecken på döden. De flesta uppfattade inte att det var jobbigt att stänga av narkosapparaten för patienten var redan död och organen ute ur kroppen.

“Den här känslan att, att de är döda, åh, fastän att de inte ser döda ut och att man skall behandla dom som en död person fast, ja, det är ofta man tänker att jag kan inte säga saker men dom är ju döda, de hör ju inte. Men tittar man dem i ögonen, om man öppnar ögonen på dem så är det, så är ju pupillerna helt så här, vidgade. Då ser man ju att finns ingenting här, de är ju helt borta. Man ser det inte innan, det är inte förrän man ser det på något sätt.” (Informant 2)

Anestesijuksköterskorna tyckte att när patienten var varm och rosig kunde de inte se att människan var död utan menade att donatorn såg levande ut och att det var som vilken narkos som helst. De hade enklare att förhålla sig till om en patient var “hjärtdöd” vilket de beskrev som en naturlig död för då såg patienten död ut.

3.4 En gåva som ger liv

Anestesijuksköterskorna uppfattade donation som en gåva som skulle leda till att det blev gott för någon annan. Att donatorn skänkte organ, en fin gåva, gjorde att anestesijuksköterskorna ville bidra genom att göra det absolut yttersta för den.

“Oaktat vad du gör i vår profession som narkosköterskor så har du alltid patientens liv i dina händer... gör jag det inte bra där så kan jag ju sabba det här som den här patienten vill skänka, jag måste ju göra det så optimalt som möjligt.” (Informant 7)

Vidare menade anestesijuksköterskorna att de ville vara ödmjuka inför patientens val att donera sina organ och att de ville hantera det väldigt fint eftersom de såg det som en gåva.

“Det är individens önskan... det vore förmätet att säga att det är fel... men det är väldigt värdigt och väldigt fint ändå liksom. Med tanke på att man, den här personen har lämnat en gåva då. Som vi får hantera väldigt fint.” (Informant 7)

I sin profession kände anestesijuksköterskorna att det var fantastiskt att människor tog beslutet att donera, att det var en viktig handling att kunna utföra. De såg det som att det i förlängningen var en väldigt positiv handling som medförde att flera liv kunde räddas. De menade att det var ett kärleksfullt ställningstagande, en gåva till livet när den här patientens liv hade gjort sitt. Genom att patienten hade gått med på OD skänkte personen en del av sitt liv till någon annan och det var en fin handling. Organen hade gjort sitt i patientens kropp och liv, genom att ge organen till någon annan fick mottagaren leva vidare.

3.5 Utmanande med unga donatorer

Anestesijuksköterskorna tyckte att det var svårare att vara med på en OD-operation där donatorn var en ung patient, det var särskilt svårt med döda barn. Uppfattningen var att unga donatorer var något som påverkade hela arbetsgruppen och att alla mådde dåligt vid en sådan operation.

“... vi hade ett litet barn som donerade då, det händer ju någon enstaka gång, och det är ju förfärligt. Det är ju rent förfärligt, då blir man ju, då är alla väldigt påverkade av det. Ja då är man ju jätteledsen och tycker det är gräsligt.” (Informant 4)

“... det kan man inte riktigt förstå om man inte har varit med om det, det är knappt att det går.” (Informant 1)

Uppfattningen bland anestesijuksköterskorna var att en ung människa hade ett långt liv framför sig men att det hade avbrutits. Om donatorn var en äldre person kunde man trösta sig med att den personen hade levt sitt liv, förhoppningsvis ett gott liv.

“... en ung patient som har hela livet framför sig. Eller hade hela livet... och därför blir det ju mycket tyngre för oss som jobbar med det...” (Informant 6)

3.6 Att relatera till donatorn

Anestesijuksköterskorna uppfattade att när en donator var nära i ålder till en själv eller ens familj var även det en svårare situation. Unga patienter kunde relateras till ens egna barn,

gamla patienter till föräldrar och medelålders patienter till en själv eller sin partner. Tanken på att stå inför den situation som närstående till donatorn har gjort var svår, kanske omöjlig att förstå.

“... framförallt rädd är jag att det skall hända barnen och behöva stå inför det själv, det kan jag säga. Det vet jag inte om jag hade klarat av.” (Informant 2)

“... det kommer så nära en. Att det är liksom, ingen är odödlig.” (Informant 5)

Diskussion

Metoddiskussion

För att besvara syftet i studien har en empirisk studie använts. En litteraturoversikt hade varit svår att genomföra då det saknas studier om anestesisyjuksköterskors uppfattningar om OD i Sverige. Vilket gör att *giltigheten* för en empirisk studie i detta fall ökar (Henricson, 2017). En kvalitativ metod valdes för att en sådan fokuserar på beskrivningar, upplevelser och uppfattningar (Kristensson, 2014) vilket kunde besvara studiens syfte. Intervjustudier är att föredra framför exempelvis enkätstudier när ett nytt område skall undersökas (Patel & Davidson, 2003). Svartalternativ till enkäter kunde inte skapas eftersom det krävs mer kunskap om området för att kunna göra det. För att fånga en informants uppfattningar av ett fenomen är användandet av intervjuer lämpligt. En intervju möjliggör att forskaren kan ställa följdfrågor till informanten och genom att kunna säkerställa att svaren uppfattas korrekt stärks *trovärdigheten* i materialet (Henricson, 2017). En annan metod som hade kunnat användas är fokusgrupper. En fördel med fokusgrupper framför intervjuer är att informanterna kan styra diskussionen till de teman som är mest centrala medan en intervju riskerar att styras av forskaren som i sin okunskap om ämnet riskerar att styra mot fel teman. Dessutom medför fokusgrupper att informanterna håller i diskussionen istället för att forskaren gör det (Wibeck, 2017). Vi ansåg dock att ämnet OD kunde bli så pass personligt eller känsligt att intervjuer som metod var bättre. Wibeck (2017) menar att informanterna från en fokusgrupp kan riskera att röja varandras identitet eller prata om vad andra sagt och att vi som forskare då inte kan garantera den konfidentialitet som är önskvärd när ämnet är känsligt. En annan nackdel med fokusgrupper är att informanterna kan hämmas från att uttrycka sina åsikter om de inte är i enighet med det ”grupptänk” som uppstår (Polit & Beck, 2017).

Enligt Patel och Davidson (2003) krävs genomgång av tidigare forskning som förberedelse och för att finna teman som är relevanta för studien och som kan ligga till grund för utformandet av intervjun. Detta gjordes genom inläsning av artiklar och studier inom ämnet. Efter sökning fanns inte så många artiklar och i och med att flera av artiklarna och studierna har använt samma referenser tolkar vi det som att det inte fanns fler studier publicerade.

Möjligen kunde artiklar sökts som var publicerade för mer än 15 år sedan men vi bedömde inte dem som relevanta. En grundlig förberedelse inför intervjuerna hade enligt Patel och Davidson (2003) varit att utföra studiebesök eller pilotintervjuer för att sedan kunna utföra intervjuerna på ett mer genomtänkt och utarbetat sätt. Tyvärr fanns inte tillräcklig tid till detta och det upplevdes inte rimligt att kräva denna extra tid från operationsverksamheterna som redan hade bekymmer med att avsätta tid för intervjuerna.

Fenomenologi förklarar ett fenomen genom en persons upplevelse utan att skilja ut personens uppfattning av fenomenet från fenomenet i sig. Fenomenet blir likställt med upplevelser av fenomenet. Här har fenomenografin gjort en skillnad, det som undersöks är uppfattningen av ett fenomen, inte fenomenet i sig (Marton, 1981). Användandet av fenomenologi i denna studie skulle innebära att vi sökte fenomenet OD från avliden donator vilket inte hade besvarat syftet. Det som efterfrågades var anestesijuksköterskors *uppfattningar* av fenomenet OD från avliden donator, alltså är fenomenografi en metod som lämpar sig väl för att besvara syftet (Alexandersson, 1994; Marton, 1981).

Studiens urvalskriterier valdes för att få en så bred variation som möjligt vilket ökar *trovärdigheten* (Henricson, 2017). Dock var medelvärdena för ålder och antal yrkesverksamma år relativt höga i förhållande till yrkeslivslängd. Möjligen hade andra uppfattningar av OD framkommit om informanterna varit yngre och inte varit yrkesverksamma lika länge. Dock efterfrågades erfarenhet av OD för att kunna besvara syftet och denna erfarenhet kanske kommer först efter några år inom yrket. Troligtvis hade mängden erfarenhet av OD också betydelse för resultatet. Rimligtvis hade en större varians av uppfattningar framkommit om fler informanter hade intervjuats. Polit & Beck (2017) påpekar att för att få datamättnad kan studenter behöva fler informanter än vad vana forskare behöver. Kursens tidsram medförde dock att det inte fanns möjlighet att inkludera fler informanter. En tidsbrist fanns även från operationsverksamheternas sida. Det hade varit bättre om även män deltagit i studien, detta för att få med en bredare variation av uppfattningar. Men eftersom hälso- och sjukvården är ett kvinnodominerande yrke var det svårt att rekrytera män till studien. Visserligen kan detta innebära att könsfördelningen av informanterna representerar den fördelning mellan män och kvinnor som finns bland anestesijuksköterskor. Eftersom vårdenhetschefen var behjälplig med att välja ut informanterna har vi inte kännedom om hur urvalet gick till. Att vårdenhetschefen fritt kunde välja informanter medförde att det fanns risk för bias. Däremot tror vi inte att det förelåg bias eftersom de utvalda informanterna valdes för att de hade arbetsuppgifter som gjorde att de hade möjlighet att gå ifrån en stund. En styrka med studien är att intervjuerna genomfördes på två olika sjukhus. Ett sjukhus där informanterna endast varit med vid OD och ett sjukhus där informanterna hade varit med vid både OD och OTx. Detta gjordes för att försöka få flera olika uppfattningar om OD. Från tidigare forskning framkom att det är extra svårt att medverka vid en OD-operation där donatorn är ett barn. Utifrån egna erfarenheter drar vi också slutsatsen att barnverksamhet skiljer sig från vård som bedrivs på vuxna, eventuellt i så pass stor grad att uppfattningar av OD inom barnverksamhet skall undersökas som ett fenomen i sig. Därför användes

exklusionskriteriet anestesijuksköterskor som endast arbetar med barn. Genom att ha variationer i urval ökar det att resultatet blir *överförbart* till andra kontexter (Henricson, 2017).

Under analysfasen läste vi igenom materialet var för sig för att sedan diskutera och analysera beskrivningskategorierna och subkategorierna tillsammans. Efter detta kontrollerades resultatet av studiens handledare för att se om det verkade rimligt. Genom att låta någon utomstående läsa texten stärks *trovärdigheten* (Henricson, 2017). *Trovärdigheten* stärks även genom användandet av citat i resultatet. Detta ger läsarna möjlighet att själva värdera rimligheten i de antaganden som gjorts (Alexandersson, 1994).

Det kan vara svårt att överföra resultatet till en annan kontext inom operationsverksamheten, som exempelvis en kranskärloperation. Däremot skulle resultatet kunna vara *överförbart* till andra liknande kontexter på andra sjukhus i Sverige. Eventuellt kan resultatet även vara *överförbart* till andra yrkesprofessioner som medverkar under OD-operation såsom kirurger, undersköterskor och operationssjuksköterskor. Dock är uppfattningar individuella och behöver inte vara på samma sätt för andra personer.

Det fanns en *förförståelse* om vården eftersom vi båda hade jobbat som sjuksköterskor. Dock hade ingen av oss någon tidigare erfarenhet om OD. Att det inte fanns någon erfarenhet från denna verksamhet gjorde att det troligtvis fanns färre förutfattade meningar under intervjuerna och analysfasen vilket stärker *pålitligheten* (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Resultatdiskussion

De intervjuade anestesijuksköterskorna uppfattar OD-processen som positiv och handlar utifrån detta positiva synsätt. Uppfattningarna karakteriseras av tre teman – profession, team och existentiella perspektiv. Generellt sett fungerar arbetet bra men vissa aspekter inom OD medför en större känslomässig bearbetning.

Annorlunda situation

När anestesijuksköterskorna berättade hur vården av en avliden donator skiljde sig från vanliga arbetsuppgifter - eftersom operationen inte gick ut på att rädda patientens liv - berördes det etiska dilemma som beskrivs i SOU 2015:84. Vanligtvis går vården ut på att främja liv, eller när detta inte går, att respektera den döda kroppen. Dessa två aspekter hamnar i konflikt i samband med OD. Frågor som uppstår är vems liv som skall främjas och om donators kropp blir respekterad (SOU 2015:84). Det kan med andra ord vara svårt att se det goda i att donators kropp blir öppnad istället för respektfullt iordningställd och lämnad till bårhus och därefter begravning. Inte heller bedrivs vård för att främja donators liv. Den livräddande vården har avbrutits och övergått till vård av organ som är till för någon annan. Professionsetikens andra kännetecken är att mötet människor emellan är handlingsorienterat (Christoffersen, 2017). Vid en OD ändras anestesijuksköterskans handling från att vara att

rädda liv till att optimera den avlidna donatorns organ för en annan människas skull. Handling och fokus flyttas från personen på operationsbordet till personens organ. Detta kan vara svårt att förhålla sig till och anestesistsjuksköterskan kan känna sig kluven vilket medför en etisk reflektion.

Samverkan i team

Det framkom att anestesistsjuksköterskorna uppfattade att personerna i hämtteamet var väldigt professionella och att de behandlade både den övriga personalen och donatorn med respekt. Detta är något som skiljer sig från utländsk forskning som menar att det kan vara dålig kommunikation mellan teamen (Perrin et al., 2013). Detta kan tyda på att forskning och det praktiska arbetet kring OD kommit längre i Sverige eller att det kan finnas en kulturskillnad som gör att teamarbetet och samverkan mellan de två teamen fungerar bättre. Det kan vara så att svenska anestesistsjuksköterskor i högre grad har tagit till sig professionsetikens tredje kännetecken om att företräda vården och inte sin egen person. ICN:s fjärde etiska kod, *sjuksköterskan och medarbetaren*, menar att professionen skall respektera kollegor och stödja samarbetet vilket hämtteamet uppfyller väl genom sina handlingar gentemot kollegor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Carlström, Kvarnström och Sandberg (2013) poängterar att med ett välfungerande teamarbete kan vården uppnå bättre prestationer än med individuella handlingar. Vidare beskriver Carlström et al. (2013) att olika yrkeskategorier är bundna till, och beroende av, varandra för att vården skall fungera och bli optimal för patienten. Den viktigaste delen i teamarbetet är kommunikation och den utgör grunden för den samarbetsvinst som utgör själva syftet med team. Förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården behöver kartlägga vårdprocesser, främst mellan olika enheter, för att identifiera hur nuvarande situation ser ut (Hommel, Idvall & Andersson, 2013). Först då kan kunskapsglappet mellan evidens och faktiska handlingar förbättras. De främsta problemen uppstår mellan olika vårdgivare och därför behöver hälso- och sjukvården fortsätta utvecklas teamen emellan och därför behövs mer forskning om anestesistsjuksköterskors och andra yrkeskategoriers uppfattningar om OD.

Debriefing

Inget av de två sjukhus där intervjuerna utfördes hade en framtagen rutin för debriefing efter en OD-operation. En skillnad i uppfattning av debriefing framkom i resultatet. De anestesistsjuksköterskor som jobbade med både OD och OTx hade inte något behov av debriefing efter en OD-operation. Debriefing behövdes bara om det hade varit något extraordinärt som hänt under operationen eller om något hade varit avvikande. Medan de anestesistsjuksköterskor som jobbade med OD men inte OTx kände att de saknade debriefing och kunde se flera positiva aspekter av att ha det och därför själva tog tag i det när de kände ett behov. Detta visar att anestesistsjuksköterskorna har ett professionsetiskt förhållningssätt och att de vill upprätthålla och förbättra det etiska synsättet i verksamheten. Även australiensiska perioperativa sjuksköterskor i studien av Smith et al. (2017) känner att det är

begränsat med stöd i samband med OD-operationer och de menar att det behövs en professionell stödfunktion från någon utanför verksamheten. Att avdelningen inte har en aktiv rutin för detta kan medföra att personer som inte jobbar med OD särskilt ofta kan uppfatta det som skrämmande eller något som de inte känner sig trygga med (Smith, 2017). Således kan det bli en utmaning att genomföra sitt jobb utifrån professionsetiken och känna sig säkra med sina arbetsuppgifter. Att det hos anestesijuksköterskorna fanns en skillnad i uppfattning av debriefing kan bero på att de som även har varit med om organtransplantationer har lättare att se den positiva utgången. Dessutom arbetar de på ett större sjukhus där OD förekommer i större frekvens.

Behandla med värdighet

Att vårda en människa som är varm och således ser levande ut, trots att hen är död, uppfattas som en märklig känsla vilket även Perrin et al. (2013) konstaterade i sin studie. Anestesijuksköterskan behöver ställa in sig mentalt på att vårda en död patient men att fortsätta behandla patienten som en människa och se till den avlidne patientens autonomi. Donatorn har beslutat att donera sina organ efter sin död och denna önskan skall respekteras, på så sätt fullföljer anestesijuksköterskan sin professionsetik i väl utförda handlingar. Jahren Kristoffersen (1998) skildrar människan som en helhet som även efter sin död skall ses som unik. Anestesijuksköterskorna ansåg att de tyckte att det kändes bättre och mer respektfullt om de kunde upprätthålla donatorns värdighet och uppfattade då att OD-processen var enklare att handskas med och att de hade genomfört ett bra arbete. Likaså IVA-sjuksköterskor värnar om den etiska aspekten och vill säkerställa värdigheten hos donatorn enligt Forsberg, Flodén, Lennerling, Karlsson, Nilsson och Fridh (2014).

En gåva som ger liv

Anestesijuksköterskorna resonerade kring OD som att donatorn skänker en gåva vilket påtalas även i den statliga utredningen om OD (SOU 2015:84). Inte bara personalen utan även mottagarpatienten kan tänka på OD som en gåva. Detta underlättar för mottagaren att leva vidare utan att känna att hen lever på någon annans bekostnad (SOU 2015:84). Rimligtvis underlättar denna tanke för anestesijuksköterskan eftersom hen kan känna sig säkra på att hen handlar i enlighet med donatorns vilja. Donatorn är död och har gått med på att hans organ får omhändertas för någon annans skull. Kroppen blir inte skändad, snarare är den en behållare för de gåvor som donatorn vill skänka. I sina handlingar utövar anestesijuksköterskan då sin professionsetik (Christoffersen, 2017) och kan låta sig vägledas av tanken på donatorns gåva. Anestesijuksköterskan ser då sin roll i OD-processen vilket blir att underlätta överlämningen och se till att gåvan är i optimalt skick. Viljan till handling blir påtaglig och anestesijuksköterskan väljer aktivt att vara ombud för donatorns sista önskan. Trots att donatorn är död blir detta en förlängning av den personcentrerade vården med utgångspunkt i professionsetiken. Anestesijuksköterskorna utför en väldigt vacker handling och vårdar en gåva.

Utmanande med unga donatorer

Anestesisjuksköterskorna uttryckte att OD från unga donatorer var känslomässigt svårt att arbeta med. Detta bekräftas av tidigare forskning (Flodén & Forsberg, 2009; Gao et al., 2017; Petersson & Södergren Fjaestad, 2017; Sand, 2016). Det har framkommit två anledningar till detta. Den ena anledningen är att anesthesi-, operation-, eller IVA-sjuksköterskan relaterar donatorn till sina egna barn (Petersson & Södergren Fjaestad, 2017; Sand, 2016). Den andra anledningen är att hen tänker på det korta liv som barnet levit (Gao et al., 2017; Sand, 2016). Det förklaras som att det inte var meningen att livet redan skulle ta slut, det fanns så mycket mer att vänta. Detta är svårt för sjuksköterskorna att ta in och acceptera. När en äldre människa dör är det sorgligt men samtidigt finns en tröst i att lidandet tar slut. Unga donatorer, eller donatorer som varit med om olyckor, blir inte befriade från något lidande utan berövade på sina liv (Gao et al., 2017; Sand, 2016). Anestesisjuksköterskorna uppfattade att det blev påtagligt hur skört livet är när de står inför OD-operationer på unga människor och kan konstatera att ingen är odödlig. De menade att även om de hade haft föreläsningar om OD och kände sig trygga med processen var det en emotionellt jobbig situation som inte går att föreställa sig om man inte själv har varit med om det.

Sammanfattande reflektion

Syftet har kunnat besvaras och ett antal uppfattningar som finns kring att delta vid OD har framkommit. Det framkom i resultatet att anestesisjuksköterskor uppfattar OD-processen som positiv. Arbetet kring processen fungerar generellt sett bra, både kommunikation, samarbete med hämtteamet och tryggheten i professionen. Vissa uppfattningar som framkom skiljde sig från tidigare forskning, från andra länder, som menar att arbetsmiljön kan verka hård och att OD ibland kan uppfattas ha en negativ innebörd. Kanske kan detta tyda på en kulturell skillnad eller att Sverige har tagit till sig ämnet på ett annorlunda sätt och bearbetat detta ämne till kunskap som professionen har nytta av. Möjligen kan det bero på att hälso- och sjukvården är olika organiserad i världen eller att det i olika grad finns hierarkier som medvetet eller omedvetet styr vården.

Förslag på ytterligare forskning är till exempel att utöka antalet informanter. Även att intervjua anestesisjuksköterskor från andra delar av Sverige för att kunna skildra om det finns några nationella skillnader. En vinkel skulle kunna vara att intervjua de anestesisjuksköterskor som varit med om OD i sitt privatliv, som patient eller närstående, för att sedan undersöka hur de förhåller sig till detta i sin profession och om uppfattningarna hade varit annorlunda. Ett annat sätt kan vara att se om det finns likheter eller skillnader i uppfattningar mellan de som har lång yrkeserfarenhet gentemot de som är relativt nya inom yrket och endast varit med om ett fåtal OD-operationer. För att kunna göra ytterligare forskning och för att resultatet skall kunna bli mer generaliserbart kan en kvantitativ enkätstudie göras som byggs på denna och fler liknande kvalitativa studier.

Slutsats

Resultatet i studien visar att en OD-operation kan uppfattas med komplexa känslor men den känsla som lyser igenom är en positiv känsla av att vilja genomföra den avlidnes önskan om donation och att försöka bevara den fina gåva som den avlidne vill skänka. Anestesisjuksköterskorna känner en trygghet i sin profession och kan sätta professionen i centrum medan de förhåller sig till sina egna känslor om OD. Studiens resultat säger att genom hela OD-processen skall det finnas en värdighet och respekt inför donatorn och dennes önskan. En stor utmaning med OD är att bearbeta de känslor som uppstår i samband med operationen. Anestesisjuksköterskan kan känna starka känslor men måste ändå agera professionellt. På så sätt följs professionsetiken och personcentrerad vård ges även efter att döden har inträffat. Andra utmaningar som följer med OD är när donatorn är en ung patient samt det faktum att den döda kroppen är varm och har samma karaktär som en levande kropp. Den teamkänsla som framkommer från studiens resultat är professionell, vänlig och bra, vilket bidrar till informanternas gynnsamma uppfattning om OD. Denna värdefulla känsla medför att både OD-processen och den efterföljande transplantationsprocessen stöds vilket i förlängningen gör att fler liv kan räddas.

Referenslista

- Alexandersson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I B. Starrin, & P. Svensson (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 111–136). Lund: Studentlitteratur.
- Anderson, T. A., Bekker, P., & Vagefi, P. A. (2015). Anesthetic considerations in organ procurement surgery: a narrative review. *Can J Anaesth*, *62*(5), 529–539. doi:10.1007/s12630-015-0345-8
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå, kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 63–101). Lund: Studentlitteratur.
- Christoffersen, S. A. (2017). Professionsetik som omdömesförmåga. I S. A. Christoffersen (Red.), *Professionsetik* (s. 87–114). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet – vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 143–154). Lund: Studentlitteratur.
- European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. (2016). *Guide to the quality and safety of organs for transplantation*. Padova: Council of Europe.
- Fasth, S., & Torstensson, L. (2015). *Operationssjuksköterskors attityder till organdonation. En fenomenografisk studie* (Magisteruppsats). Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet. Tillgänglig: <https://gupea.ub.gu.se/simple-search?query=Operationssjuksköterskors+attityder+till+organdonation&submit=Sök>
- Flodén, A., Berg, M., & Forsberg, A. (2011). ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation-a phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs*, *27*(6), 305-316. doi:10.1016/j.iccn.2011.08.002
- Flodén, A., & Forsberg, A. (2009). A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of and attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive Crit Care Nurs*, *25*(6), 306-313. doi:10.1016/j.iccn.2009.06.002

- Flodén, A., Persson, L. O., Rizell, M., Sanner, M., & Forsberg, A. (2011). Attitudes to organ donation among Swedish ICU nurses. *J Clin Nurs*, 20(21–22), 3183–3195. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03756.x
- Forsberg, A., Flodén, A., Lennerling, A., Karlsson, V., Nilsson, M., & Fridh, I. (2014). The core of after death care in relation to organ donation - a grounded theory study. *Intensive Crit Care Nurs*, 30(5), 275–282. doi:10.1016/j.iccn.2014.06.002
- Forsberg, A., Lennerling, A., Fridh, I., Rizell, M., Lovén, C., & Flodén, A. (2015). Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses. *Nurs Crit Care*, 20(3), 126–133. doi:10.1111/nicc.12128
- Gao, W., Plummer, V., & Williams, A. (2017). Perioperative nurses' attitudes towards organ procurement: a systematic review. *J Clin Nurs*, 26(3–4), 302–319. doi:10.1111/jocn.13386
- Gran Bruun, A. M. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 17–31). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411–420). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111–119). Lund: Studentlitteratur.
- Hommel, A., Idvall, E., & Andersson A-C. (2013). Kvalitetsutveckling. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 147–179). Lund: Studentlitteratur.
- Jahren Kristoffersen, N. (1998). Introduktion till omvårdnad. I N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad 1. Profession och ämnesområde - utveckling, värdegrund och kunskap* (s. 13–19) Stockholm: Liber.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kriterier för bestämmande av människans död* (SOSFS 2005:10). Stockholm: Socialstyrelsen.

- Marton, F. (1981). Phenomenography — Describing conceptions of the world around us. *An International Journal of Learning and Cognition*, 10(2), 177-200. doi:10.1007/BF00132516
- Mer organdonation (MOD). (2018). *Statistik*. Hämtad 2018-05-18, från <http://merorgandonation.se/om-organdonation/statistik/>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421–438). Lund: Studentlitteratur.
- Organisation för organdonation i Mellansverige. (2014). *Donationsmanual OFO*. Stockholm: Karolinska universitetssjukhuset; Uppsala: Akademiska sjukhuset. Tillgänglig: <http://ofomellansverige.se/donationsmanual/donationsmanualen.html>
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Perrin, K., Jones, B., & Winkelman, C. (2013). The co-existence of life and death for the perioperative nurse. *Death studies*, 37(9), 789–802. doi:10.1080/07481187.2012.692460
- Petersson, J., & Södergren Fjaestad, L. (2017). *Först är det död, sen så kommer liv: Operationssjuksköterskors uppfattningar av att arbeta med organdonation från avlidna* (Magisteruppsats). Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet. Tillgänglig: <https://gupea.ub.gu.se/simple-search?query=Operationssjuksk%C3%B6terskors+uppfattningar+av+att+arbeta+med+organdonation+fr%C3%A5n+avlidna&submit=S%C3%B6k>
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Qvarnström, U. (1998). *Vår död*. Stockholm: Liber.
- Regher, C., Kjerulf, M., Popova, S., & Baker, A. (2004). Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 430–437. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00905.x
- Riksföreningen för anesthesi- och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen*

med inriktning mot anestesisjukvård. Hämtad 2018-05-18, från <http://www.aniva.se/kompetensbeskrivningar/>

Sahlgrenska universitetssjukhuset. (2010). *Donationspärm: handledning för sjukvårdspersonal vid organdonation från avlidna.* Göteborg: Sahlgrenska universitetssjukhuset. Tillgänglig: <https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/5/Verksamheter/Transplantationscentrum/Information-for-vardgivareremittent-pa-annan-vardenhet/Organdonation/Donationspärm---Innehallsfor-teckning/>

Sand, O. (2016). *Anestesisjuksköterskors upplevelser i samband med organuttagsoperationer från avlidna donatorer* (Magisteruppsats). Växjö: Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet. Tillgänglig: http://www.diva-portal.org/smash/resultList.jsf?dswid=2630&language=sv&searchType=UNDERGRADUATE&query=&af=%5B%5D&aq=%5B%5B%7B%22freeText%22%3A%22Anestesisjuksko%20terskors+upplevelser+i+samband+med+organuttagsoperationer+fr%C3%A5n+avlidna+donatorer%22%7D%5D%5D&aq2=%5B%5B%5D%5D&aqe=%5B%5D&noOfRows=50&sortOrder=author_sort_asc&sortOrder2=title_sort_asc&onlyFullText=false&sf=all

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

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

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag.* Stockholm: Justitiedepartementet.

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

Smith, Z. (2017). Duty and dilemma: Perioperative nurses hiding an objection to participate in organ procurement surgery. *Nurs Inq*, 24(3). doi:10.1111/nin.12173

Smith, Z., Leslie, G., & Wynaden, D. (2017). Coping and caring: support resources integral to perioperative nurses during the process of organ procurement surgery. *J Clin Nurs*, 26(21–22), 3305–3317. doi:10.1111/jocn.13676

Socialstyrelsen. (u.å.a). *Marcus gav sex personer nya liv.* Hämtad 2018-05-18, från <http://www.livsviktigt.se/Personligaberattelser/Sidor/marcus.aspx>

Socialstyrelsen. (u.å.b). *Om organ- och vävnadsdonation.* Hämtad 2018-05-18, från <http://www.socialstyrelsen.se/organ-ochvavnadsdonation/omdonation>

Paulsson, J. & Åhlander, S.

SOU 2015:84. *Organdonation: En livsviktig verksamhet*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-05-18, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Wang, Y. J., & Lin, C. Y. (2009). The experience of perioperative nurses involved in organ procurement. *J Nurs Res*, 17(4), 278–285. doi:10.1097/JNR.0b013e3181c0038d

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 169–188). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 – Forskningspersonsinformation



Bilaga 4d
1 (3)

Forskningspersonsinformation för

Kartläggning och baselinemätning av attityder och erfarenheter hos svenska sjuksköterskor ingående i organdonationsprocessen; anestesisjuksköterskor.

Bakgrund och syfte

Organdonation är en etablerad verksamhet av svensk sjukvård och leder ofta till ökad livskvalitet och förlängt liv hos patienter som får ett nytt organ. Att vara uppsatt på väntelista för transplantation innebär ingen garanti för att en transplantation blir av utan flera kommer att avlida under väntetiden. I Sverige och internationellt ökar behovet av organ för transplantation.

Vid en multiorgandonation krävs en omfattande koordinering och många yrkeskategorier ska samarbeta. För att få bästa förutsättningar för en välfungerande verksamhet kring organdonationsprocessen är det av vikt att alla yrkeskategorier har en väldefinierad roll. I nuläget finns begränsad forskning av anestesisjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av att delta i organdonationsprocessen. Kunskap om anestesisjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av att delta vid organdonation från avlidna donatorer skulle kunna bidra till professionsutveckling och verksamhetsutveckling ex. genom utbildnings- och/eller organisatoriska interventioner för att förbättra arbetet i organdonationsprocessen.

Syftet med denna studie är därför att kartlägga anestesisjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av att delta vid organdonation från avlidna donator i det perioperativa kontextet.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas som anestesisjuksköterska att delta i studien eftersom du har deltagit vid donationsoperation från avlidna och är yrkesverksam på en operationsavdelning som utför organdonationer från avlidna.

Efter att du fått denna information så tillfrågas du om du vill vara med i studien. Läs noggrant igenom information nedan. Tveka inte att ställa frågor om du har några.

Hur går studien till?

Din verksamhetschef har gett tillstånd till att studien genomförs och datainsamlingen kommer att ske via intervju med semi-strukturerade frågor med en tidsåtgång på 30-60 minuter. Intervjun kommer att genomföras under arbetstid i ett rum inom verksamheten där du arbetar. Om du önskar kan du välja en annan plats för intervju. Intervjun kommer att spelas in med bandspelare och därefter skrivs ut ordagrant för att därefter analyseras med Fenomenografisk metod.

Innan intervjun påbörjas får du möjlighet att ställa frågor innan du ger ditt skriftliga informerade samtycke att delta i studien.

Vilka är riskerna?

Det finns inga större risker förknippade med denna studie.

Under intervjun kommer vi att tala om erfarenheter och upplevelser du möter i ditt arbete vid organdonation. Om intervjun skulle resultera i att känslor från

Postadress: Södra Älvsborgs Sjukhus 501 82 Borås	Besöksadress: SÅS Borås, Brämhultsvägen 53 SÅS Skene, Varbergsvägen 50	Telefon: SÅS Borås, vx 033-616 10 00 SÅS Skene, vx 0320-77 80 00	Webbplats: www.vgregion.se/sas	E-post: sas@vgregion.se
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------

tidigare erfarenheter blommar upp och du behöver stöd så har din vårdenhetschef lovat att bistå dig med det.

Finns det några fördelar?

Du kommer med dina upplevelser bidra till att generera ny kunskap för att utveckla professionen anestesisyjuksköterska samt möjliggöra verksamhetsutveckling relaterat till den perioperativa delen av organdonation.

Hantering av data och sekretess

De utskrivna intervjuerna kommer att koda så att svar och resultat ej kan härledas till person. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem, enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). De utskrivna intervjuerna och kodlistan kommer att förvaras separat. Data kommer att sparas i minst 10 år för att möjliggöra kontroller.

Forskningshuvudman för studien är Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås, som är ansvarig för behandlingen av personuppgifterna. Enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) har du rätt att ansöka om information om vilka uppgifter som behandlas. Du har rätt att en gång om året och utan kostnad begära ett utdrag över de uppgifter som registreras om dig, få uppgifter om dig själv utplånade och få hjälp till eventuell rättelse. Du kan sända din ansökan till kontaktperson nedan eller till Södra Älvsborgs Sjukhus, Brämhultsvägen 53, 50182 Borås, personuppgiftsombud Stefan Fransson, e-mail stefan.fransson@vgregion.se telefon 033-616 13 29.

Hur får jag information om studiens resultat?

Hela studiens resultat kommer att publiceras i en vårdvetenskaplig facktidskrift. Data kommer att publiceras på gruppnivå, aldrig på individnivå. Det vill säga ingen kommer att kunna identifiera Dina data i artikeln.

Resultatet kommer även att delvis redovisas i en magisteruppsats som kommer att finnas tillgänglig via Högskolan Borås. Du kan också få del av studien genom att kontakta ansvarig för studien.

Försäkring, ersättning

Ingen ersättning utgår för deltagande i studien. Du får göra studien på arbetstid.

Frivillighet

Deltagandet i studien är frivilligt. Du kan när som helst avbryta deltagandet i studien fram till dess att studien är publicerad och utan behöva uppge anledning till varför.

Ansvarig för studien är

Anne Flodén, Leg. Sjuksköterska, Filosofie doktor
Klinisk Forskare, Adjungerad Universitetslektor
Södra Älvsborgs Sjukhus, Brämhultsvägen 53, 501 82 Borås
Tel: 033-6163072, anne.floden@vgregion.se

Samtyckesformulär för

Kartläggning och baselinemätning av attityder och erfarenheter hos svenska sjuksköterskor ingående i organdonationsprocessen; anestesisjuksköterskor.

Jag har fått information, både muntlig och skriftlig, samt fått möjlighet att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag är medveten att jag när ja så vill kan avbryta mitt deltagande utan att ange specifika skäl.

Jag samtycker till att delta i studien.

.....
Underskrift

.....
Ort och datum

.....
Namnförtydligande

Undertecknad har lämnat information om studien

.....
Underskrift

.....
Ort och datum

.....
Namnförtydligande

Roll i studien

.....

Bilaga 2 – Information om studien



Bilaga 4b

Till vederbörande verksamhetschef

Bakgrund

Tidigare forskning av anestesijuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av att delta i organdonationsprocessen är begränsad. Denna studie vill skapa ny kunskap för att kunna bidra till professionsutveckling och verksamhetsutveckling ex. genom utbildnings- och/eller organisatoriska interventioner för att förbättra arbetet i organdonationsprocessen. Resultatet kommer att publiceras i sin helhet i en vårdvetenskaplig facktidskrift, delar av materialet kommer att ingå i magisteruppsats vid Högskolan Borås.

Syfte

Syftet med denna studie är därför att kartlägga **anestesisjuksköterskors** erfarenheter och uppfattningar av att delta vid organdonation från avliden donator i det perioperativa kontextet genom att intervjua dem angående deras uppfattningar av, erfarenheter och förhållningssätt till att delta i den perioperativa delen av organdonationsprocessen.

Tillstånd från verksamheten

Undertecknad ber om tillstånd att få intervjua anestesisjuksköterskor på er avdelning som har erfarenhet av att ha deltagit vid organdonation. En spridning i ålder, yrkeserfarenhet samt kön är önskvärt. Om eventuella känslomässiga reaktioner skulle uppkomma som en följd av att ha deltagit i intervjun önskar undertecknad att du som verksamhetschef följer upp detta med din anställda.

Intervjuerna kommer att genomföras på ert sjukhus i tilldelad lokal av sjuksköterskor som går sin specialistutbildning i anestesisjukvård alternativt är anestesisjuksköterskor som skriver magisteruppsats och handleds av undertecknad. Skulle någon anestesisjuksköterska hellre vilja bli intervjuade på annan plats går även det att ordna. Intervjun beräknas ta 30-60 minuter. För att göra det lättare för din anställda att delta i studien ser vi helst att intervjun sker under arbetstid. De kommer få information om att deltagande i studien är frivilligt, det är tillåtet att dra sig ur om de önskar utan att ange skäl samt att det inte utgår ekonomisk ersättning. Ett skriftligt informerat samtycke kommer skrivas under av samtliga informanter (se bifogad bilaga)

Intervjuerna kommer att påbörjas under våren 2018. Genomförandet följer samtliga de krav som finns för forskning på människor enligt Helsingforsdeklarationen samt HSFR:s regler avseende informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. För att få hjälp med att välja ut lämpliga anestesisjuksköterskor kommer vårdenhetschefen på operationsavdelningen kontaktas.

Tacksam om du ger ditt samtycke och mejla svaret till anne.floden@vgregion.se

Med vänliga hälsningar

Anne Flodén, Leg. Sjuksköterska, Filosofie doktor
Klinisk Forskare, Adjungerad Universitetslektor
Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Postadress:
Södra Älvsborgs Sjukhus
501 82 Borås

Besöksadress:
SÄS Borås, Brämhultsvägen 53
SÄS Skene, Varbergsvägen 50

Telefon:
SÄS Borås, vx 033-616 10 00
SÄS Skene, vx 0320-77 80 00

Webbplats:
www.vgregion.se/sas

E-post:
sas@vgregion.se