



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ETISK SUPPORT INOM AKUTSJUKVÅRD OCH INTENSIVVÅRD

En integrativ litteraturöversikt

Marianne Olausson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5130. Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

Titel (svensk):	Etisk support inom akutsjukvård och intensivvård
Titel (engelsk):	Ethical support in critical care and intensive care
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5130. Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Eva Jakobsson Ung
Nyckelord:	Intensivvård, etisk analys, etisk konsultation, etisk rond, moral case deliberation,

Sammanfattning:

Bakgrund:	Vårdpersonal behöver ofta möta och hantera etiska problem i arbetet med patienter. De etiskt svåra situationerna som uppkommer, kan vara frågor om livsuppehållande behandling på kritiskt sjuka patienter, frågeställningar om patienters autonomi till konflikter mellan personal och närstående. Etisk support har under de senaste 30 åren utvecklats på olika sätt inom vården runt om i världen. Många studier beskriver olika tillvägagångssätt inom olika specialiteter och hur vårdpersonal och ibland närstående upplever detta stöd. Färre studier belyser etisk support inom akutvård och intensivvård.
Syfte:	Syftet med denna studie är att granska teoretiska och empiriska studier om var och när etisk support används, samt vad etisk support kan bidra med inom akutsjukvård och intensivvård.
Metod:	Integrativ litteraturstudie med systematisk sökning och dataanalys, samt tematisk analys av kvalitativ- och kvantitativ data.
Resultat:	Vid analys av 22 artiklar om etisk support framkom temat <i>organisation av etisk support</i> med subtema <i>initiering</i> och <i>förändrad vårdtid</i> , samt temat <i>upplevelse av etisk support</i> med subtemat <i>vårdteamets, patienters och närståendes upplevelser av etisk konsultation och etisk rond</i> , samt <i>etiska dilemman</i> .
Slutsats:	Övervägande upplevelser av etisk konsultation var positiva och ledde till förkortad sjukhus- och intensivvårdstid. Etisk rond och Moral Case Deliberation ledde till breddad insikt om etik och kritisk reflektion. Även teamarbetet förbättrades genom ökad förståelse, tolerans och dialog, samt förbättrad patientvård.

Nyckelord: Intensivvård, etisk analys, etisk konsultation, etisk rond, moral case deliberation,

Abstract

Background: Health care personnel often face ethically difficult situations in their work with patients. The ethical difficult situations that occurs, can be questions regarding lifesustaining treatment by a critical ill patients, patients autonomi to conflicts between health care personnel and surrogates. The way of facilitate clinical ethical support has developed in different directions in the health care sektor during the last 30 years over the world and many studies describes how the support works within different specialities, outcome and how the health care team and sometimes surrogates experiences the ethical support. There is not as much research done about ethical support in critical- and intensive care.

Aim: The aim of this study was to examine theoretical and empirical studies about where and when ethical support was used, also how ethical support can contribute in critical- and intensive care.

Method: An integrative literature review with thematic analysis was conducted on quantitative and qualitative data with a systematically performed search and data analysis.

Result: In the analysis of 22 articles, the theme *organisation of ethical support* with subtheme *initiation* and a *changed time of care* emerge. Another theme was *the experience of ethical support* and which *dilemmas the health care staff and surrogates experienced* during ethics consultation and ethics rounds.

Conclusion: The studies showed mostly positive experiences of the support and where associated with reduced hospital and ICU-days and also useful in resolving conflicts that may have prolonged nonbeneficial treatments in the intensive care. Ethics rounds and Moral Case Deliberation led to a broadened insight about ethics and critical reflection. It also improved teamwork because of inceased understanding, tolerance and dialoge and improved care of the patients.

Keywords: Critical/intensive care, ethical analyse, ethical consultation, ethics rounds, moral case deliberation

Förord

Jag vill ge ett stort tack till min handledare Mona Ringdal för uppmuntrande och konstruktivt handledarskap.

Innehållsförteckning

Sammanfattning:.....	
Abstract.....	
Inledning.....	1
Bakgrund	1
Intensivvård	1
Klinisk etik och värdegrunder i sjukvården.....	2
Vårdteamet.....	3
Etisk support – begrepps-definition.....	4
Olika typer av etisk support	4
Omvårdnadsteoretisk ansats	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Datainsamling	8
Sökstrategi.....	8
Manuell sökning.....	8
Systematisk sökning.....	8
Inklusionskriterier	9
Exklusionskriterier.....	9
Dataanalys	10
Etiska ställningstagande.....	11
Resultat.....	11
Organisation av etisk support – top-down.....	12
Initiering.....	12

Förändrad vårdtid.....	14
Upplevelser av etisk support – top-down	14
Vårdteamens, patienters och närståendes upplevelse av etisk konsultation	15
Vårdteamens upplevelse av etisk rond och Moral Case Deliberation – Bottom up	17
Etiska dilemman.....	19
Etiska dilemman som framkommer under MCD och etisk rond	21
Diskussion	23
Resultatdiskussion	23
Metoddiskussion.....	26
Slutsats och klinisk implikation	27
Referenslista	28
Bilagor	31
Bilaga 1.a. Översikt litteratursökning	31
Bilaga 1.b. Översikt litteratursökning.....	32
Bilaga 2. Litteratur för analys och kvalitetsbedömning	33
Bilaga 3. Praktiskt exempel på interprofessionell teamkonferens.....	41

Inledning

Frågan om att handla moraliskt och etiskt riktigt gentemot våra medmänniskor har diskuterats och skrivits om sedan Sokrates och Aristoteles under antikens tid och behovet att få bekräftelse att vi gör rätt och gott har inte minskat och speciellt inte inom vårdande yrken. Forskning och teknik är i ständig utveckling och gränserna för vad som är möjligt flyttas hela tiden framåt. Ibland finns en ovisshet om det vi gör för patienterna verkligen leder till ett fortsatt bra liv, vilket emellanåt ställs till sin spets inom intensivvården, där stora resurser satsas på att patienterna skall överleva. Otydliga vårdmål och behandlingsstrategier, samt undran vad intensivvårdspatienterna själva vill, kan leda till frågeställningar som varför inte lindring och omvårdnad kan få vara prioriterat för våra gamla, kroniskt sjuka patienter. Detta är en av de svåra delarna inom intensivvården och i dagsläget ligger beslutsfattandet tungt hos de behandlande läkarna. I vården av kritiskt sjuka patienter ställs även vårdpersonalen närmast patienterna inför etiska problem, där ett strukturerat reflektionsforum skulle vara av betydelse, t.ex. etisk support för att lyfta frågorna ovan det rent tekniska och medicinska.

Det finns många studier om behovet av reflektion i vård av kritiskt sjuka patienter, ändå är detta inget prioriterat område, då det i Sverige är upp till enskilda sjukhus om etisk support skall finnas med i vården runt patienterna [1, 2]. På sjukhus världen över finns flera sätt att få vårdteamet att må bra och för att främja och förbättra vården av kritiskt sjuka patienter, t ex olika typer av debriefing, reflektionsgrupper, etisk konsultation, etik ronder, samt Moral Case Deliberation [3].

Bakgrund

Intensivvård

Intensivvård innebär vård av patienter med svikt i kroppens vitala funktioner, d v s andning, cirkulation och medvetande. Intensivvårdsavdelningarna (IVA) är byggda och utrustade för att ge de svårast sjuka patienterna en maximal möjlighet att överleva [4]. Enligt SIR (Svenska Intensivvårdsregistret) är intensivvård en vårdnivå, som innebär noggrann övervakning och avancerad behandling av svårt sjuka patienter.

Den teknologiska utvecklingen har lett till att intensivvårdsavdelningarna utgör en högteknologisk sjukhusmiljö med den största koncentrationen av medicinsk-teknisk utrustning på ett sjukhus. Intensivvården är också en av de mest resurskrävande formerna av sjukvård, med högre personaltäthet där vårdteam av bl.a specialistläkare, specialistsjuksköterskor och undersköterskor arbetar, eftersom de kritiskt sjuka patienterna behöver ha mer noggrann övervakning än vad som kan ges på vårdavdelningarna [4]. De svenska intensivvårdsavdelningarna varierar i storlek, men har oftast mellan 6 till 12 intensivvårdsplatser. För att maximera personalresurserna, vårdas patienter oftast i rum avsedda för två eller fler patienter. För att skapa integritet i vårdprocedurer med patienter,

finns draperier eller skärmar att dra för mellan vårdplatserna [5, 6]. Som närstående till kritiskt sjuka patienter vårdade på IVA, kan det upplevas påfrestande med att aldrig få avskildhet, samt att den främmande högteknologiska intensivvårdsmiljön kan framkalla känsla av separation mellan döende patienter och deras närstående [4-7].

För att öka patienters möjlighet till överlevnad sker en kontinuerlig övervakning av vitala parametrar, infusioner av nödvändiga mediciner, samt ventilator och annan teknisk utrustning [4]. Detta leder till att patienter blir bunden vid sin säng, ständigt övervakad av personal inne på rummet, som behöver ta täta kontroller, provtagningar och utföra omvårdnadsåtgärder då patienterna är för sjuka för att göra något själv.

Klinisk etik och värdegrunder i sjukvården

I vårdande yrken sker hela tiden möten mellan människor och i dessa möten finns krav på vårdpersonal att agera på ett sätt som inte kränker andras integritet och självbestämmande, samt krav på delaktighet eller att vara rättvis [8]. I vård av patienter finns därför etiska krav, som är formulerade i yrkesetiska koder där olika legitimationsyrken har sina respektive yrkesetiska koder och riktlinjer [8]. Läkare bör t.ex följa etiska riktlinjer från Svenska läkaresällskapet, samt Statens medicinska råd (SMER), eller stadgar fattade av FN (FN-deklarationen om medicinsk etik).

International Council of Nursing (ICN) utvecklade år 1953 en etisk kod för sjuksköterskor som skulle ligga till grund för deras dagliga arbete [9]. Denna var tänkt som vägledning för världens sjuksköterskor till ett gemensamt etiskt förhållningssätt, oberoende av nationella lagar. Svensk sjuksköterskeförening (SSF) har bestämt att den etiska koden från ICN är ett bra grunddokument för etisk vägledning när det gäller ansvar och uppgifter för ett gemensamt professionellt förhållningssätt [9]. I sjuksköterskors professionsetik och etiska kod ingår i stora drag att ha patientens hälsa som främsta mål, att aldrig frångå principen om människors lika värde, respektera mänskliga rättigheter, rättvisa, bidra till att skydda enskilda patienters värdighet och rätt till självbestämmande (autonomi) och att kunna använda dessa värden på ett balanserat sätt i vårdrelationen med patienter och närstående [9]. I omvårdnaden har sjuksköterskor ett eget moraliskt ansvar i sina beslut, därför var idén med etiska koder att vårdpersonal skall få etisk vägledning och riktlinjer för handlande utifrån samhällets värdegrund och det slutliga målet är att utveckla omvårdnaden [9].

I Sverige tog riksdagen år 1997 (HSL 1982:763) beslut om en etisk plattform, vilken är utgångspunkt för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prioriteringarna skall utgå från de tre följande principerna i fallande rangordning:

- Människovärdesprincipen; att människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen; resurserna bör fördelas efter behov.

- Kostnadseffektivitetsprincipen; vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet eftersträvas [10].

Vårdteamet

Inom svensk intensivvård finns i de kritiskt sjuka patienternas närmaste vård vårdteam, bestående av specialistutbildade läkare, specialistsjuksköterskor och undersköterskor, samt vårdpersonal under utbildning. På vardagar finns dessutom tillgång till fysioterapeuter och konsulter som kuratorer, röntgenpersonal, dietister, samt vid behov även arbetsterapeuter, präster och logopedier. Förutom att bedriva högteknologisk, samt medicinsk avancerad vård, behöver vårdteamen dessutom kunna hantera patienters lidande, bevara autonomi och integritet, samt bemöta sörjande och chockade närstående [5, 9].

Många studier har granskat sjuksköterskors upplevelser av moralisk stress (samma betydelse som etisk stress), som förklaras som en stressreaktion på grund av ett handlande eller icke-handlande mot personers samvete och moraliska övertygelse [11, 12]. Även om den mesta forskningen bedrivits på sjuksköterskor, finns bevis på att annan vårdpersonal också drabbas av etisk stress [2, 13]. Resultat pekar även mot att etisk stress leder till negativa känslor som skam, förlust av kontroll, inte räkna till, underlägsenhet, som kan leda till isolering och känslan att vara övergiven [12].

Vid undersökning av arbetsmiljö inom vården bland olika yrkeskategorier, visas bl. a att etisk stress kan förklaras med dåligt etiskt klimat, brist på etisk debatt, svagt stöd inom vårdteamen, samt konflikter mellan sjuksköterskor och läkare [5, 11]. Låg samarbetsnivå mellan läkare, sjuksköterskor och anhöriga runt beslut gällande intensivvårdspatienters behandlingsmål och begränsade vårdåtgärder är konstaterat, då majoriteten av europeiska intensivvårdsläkare helst tar beslut själva [14]. De vanligaste orsakerna till konflikter mellan läkare och sjuksköterskor på IVA gäller dålig kommunikation, samt inget eller problem i beslutsfattande i samband med vård i livets slut, dessutom konflikter på grund av generella beteenden som fientlighet, misstro och dålig kommunikation och psykologiskt stöd [5, 15].

En annan stor orsak till etisk stress och konflikter, är de organisatoriska faktorerna, som t ex hög arbetsbelastning med brist på personal och resurser, samt dåligt kollegialt stöd och debriefing [2, 5]. I en studie av svenska sjuksköterskors upplevelse av etisk stress, rapporterade 50 % av de studerade sjuksköterskorna att resurs- och personalbrist var en stor bidragande faktor [2].

Vårdpersonal (i studierna både läkare och sjuksköterskor) som ofta utsätts för etisk stress och konflikter har lägre arbetstillfredsställelse, mindre nöjda med kvalitén på vårdarbetet och leder till känslor som ilska, frustration och skuld känslor [5, 16]. Detta har i sin tur visat sig vara en orsak till utbrändhet och orsak till uppsägningar [5, 16, 17]. Upprepade, oanalyserade perioder av etisk stress, kan leda till "the crescendo effect", som är en modell framtagen av Epstein och Hamric [18]. Enligt denna modell kan dessa upprepade perioder få en etisk restreaktion, som

ger en sårbarhetsfaktor. Om inte problemet bearbetas, kan denna rest av etisk stress finnas kvar och ge en starkare reaktion åt en ny stressreaktion [18].

Etisk support – begrepps-definition

Vid läsning om att ha ett etiskt stöd inom sjukvården, benämns detta på olika sätt, t ex etisk rond, etisk konsultation, Moral Case Deliberation (MCD) och etisk analys. I denna litteraturöversikt kommer etisk support användas som ett samlingsnamn.

Olika typer av etisk support

På olika ställen i världen förekommer olika typer av etisk support, som med grova drag kan kategoriseras som ”top-down” och ”bottom-up” [3]. Etisk support med ”top-down”; auktoritärt perspektiv är etisk konsultation och etiska kommittéer [3]. Exempel på ”bottom-up” perspektiv på etisk support är Moral Case Deliberation (MCD) [6] och etisk rond som framställs som en mer stödjande process.

Etisk konsultation förekommer över hela världen och dess roll varierar mellan länder – från forskningsinriktad till rent klinisk rådgivning [3]. Definitionsmässigt är klinisk etisk konsultation en service som ges antingen av en individuell konsult eller också ett team för att ge sjukvården hjälp med att identifiera, analysera och lösa etiska problem [19].

Tillvägagångssättet är att någon i vårteamet, oftast den behandlande läkaren, tar kontakt med etisk konsultation. Konsulten går in i patientjournalen och läser på, tar därefter kontakt med den part som tillkallat hen. Därefter går konsulten och talar med de berörda parterna, ibland även med närstående och stöttar dem om det t ex gäller beslutsinkompetent patient och återkommer sedan till remittenten med förslag till lösning eller om en större genomgång behövs. Förutom rådgörande har etisk konsultation även en utbildande funktion. Etiska konsulter har bakgrunder som läkare, sjuksköterskor, socialarbetare eller kyrkliga ämbeten [19]. I USA finns certifiering och speciell formell utbildning för etiska konsulter för att de skall få bred etisk kompetens och kunna hjälpa till i den kliniska verksamheten på ett trovärdigt sätt [3, 19].

Etiska kommittéer finns precis som etisk konsultation över hela världen. De etiska kommittéerna består av personer med multidisciplinära bakgrunder (från medicin, omvårdnad, socialarbetare eller kyrkliga ämbeten). I en del länder är etisk konsultation och den etiska kommittéen sammanlänkade, medan kommittéen på andra ställen är en högre rådgörande organisation [20, 21]. Kommittéens uppgift är att hjälpa sjukhusklinikerna med etiska dilemman rörande pågående eller retrospektiva patientfall, skapa guidelines och etisk approach på sjukhuspolicies, utbilda, granska forskningsprotokoll [3].

MCD har under de senaste 14 åren haft en ökande spridning i Europa, samt på några ställen i Skandinavien och främst i Nederländerna, där denna form av etisk support införts i 44 % av alla vårdinrättningar; allt från ålderdomshem, psykiatrisk vård till slutet somatisk vård [3, 22-24]. MCD har en teoretisk bakgrund i pragmatisk hermeneutik och i dialogisk etik, som

understryker att moralisk kunskap bottnar i praktiska erfarenheter. Detta innebär att tyngdpunkten ligger på att mötesdeltagarna aktivt reflekterar om ett specifikt etiskt dilemma eller moraliskt ifrågasättande i avseende på en vårdssituation de haft [23, 24]. Under ett MCD-möte lett av en mötesledare, som har utbildning i etik och filosofi, träffas 8-12 vårdpersonal för att under jämlika förhållanden reflektera över etiska problem som de upplevt i sitt arbete med patienter [24]. Den viktigaste uppgiften för reflektionsledare är att strukturera upp och identifiera de etiska och moraliska frågeställningar som kommer upp, stödja deltagare i reflektionsprocessen, skapa atmosfär för öppen dialog, men samtidigt sätta gränser och fördela maktbalansen i gruppen [22, 24]. Till skillnad från etisk rond och klinisk etisk reflektion, har MCD en teoretiskt baserad konversationsmetod kallad Dilemma-metoden eller Sokratis dialog för att öka vårdpersonalens möjlighet att kunna identifiera etiska problem i vardagsarbetet [3].

Etisk rond består av en multiprofessionell grupp, ledd av etiker eller filosofer. Etisk rond finns på vissa håll i Sverige och har studerats i ett fåtal studier. Liksom i MCD behandlas etiskt svåra frågor rörande aktuella patienter och målet med den etiska rondens är stödja vårdpersonal i att utveckla etisk kompetens och att bearbeta moraliska svårigheter för att bättre kunna förstå kollegors sätt att agera och tänka, samt att ta upp etiska dilemman rörande patienter [3].

I Sverige finns även *klinisk etiska diskussionsgrupper/etisk reflektionsgrupper* ledda av etiker eller någon som har erfarenhet av etisk fallreflektion. Under reflektionsgrupperna diskuteras specifika patientfall under ordnade former [1, 3]. Det finns ännu inga publicerade studieresultat av dessa gruppers aktiviteter. Liksom MCD och etisk rond är målet att stödja vårdpersonal i att utveckla etisk kompetens och att bearbeta moraliska svårigheter, men i speciella patientfall.

Varken MCD, etisk rond eller etiska reflektionsgrupper har ett auktoritärt formellt beslutsfattande, det är en stödjande process där personal får lyfta det som är etiskt svårt och samtidigt är meningen att ansvaret ligger hos vårdteamen [3, 22].

Omvårdnadsteoretisk ansats

Kersti Malmsten är en omvårdnadsteoretiker som har skrivit om etik i basal omvårdnad. Malmsten menar att sjuksköterskors specifika kunskap och ansvar ligger på den basal kroppsliga omvårdnaden. Vården av patienter bygger på ömsesidighet och samförstånd mellan den person som får vård och den som ger vård [25]. Malmsten skriver också att etiken i vården är det pendlande motsatsförhållandet mellan ont och gott, rätt och orätt, upphöjt och lågt o s v. Etiskt förhållningssätt innebär många olika perspektiv, där de vanligaste är dygdeetik, pliktetik, relationsetik, konsekvensetik och principetik [25]. Både etik (lat; *ethos*) och moral (lat; *mores*) betyder vana, seder och bruk, tradition och anda [26]. Etik och moral används ofta som synonymter, men åtskillnad görs i vetenskapliga sammanhang och då brukar ordet moral syfta till det praktiska handlandets nivå, till skillnad från etik som syftar till den teoretiska nivån, i vilken reflektion över moral sker och teorier utformas [26].

Aristoteles (384-322 f.Kr.), elev till Platon, var bl. a filosof, naturvetare och statsteoretiker under antiken och delade upp sin forskning i fysik, metafysik, logik och etik. Han var en av de första som i boken Den nikomachiska etiken skrev om filosofin runt det etiska tänkandet och dygdeetiken [27, 28]. Filosofen redogjorde där för sin syn på etik och moral, som i huvuddrag kan beskrivas att vi människor inte styrs av instinkter utan av förnuft och fri vilja [28]. Vi har ingen medfödd kunskap om rätt och fel, ont och gott, detta vi måste lära oss genom träning, t.ex vi blir vänliga genom att utföra vänliga handlingar. Aristoteles menade att dygderna är människors positiva egenskaper och genom att förädla dessa blir vi bättre, godare och lyckligare människor. Filosofen förklarade svårigheten i att alltid handla etiskt riktigt då en dygd är ”lagom”, ”den gyllene medelvägen” mellan två laster, vilket varierar för varje situation. Exempelvis dygden mod, där för mycket mod blir dumdristighet och för lite leder till handlingsförlamning. Ett annat exempel är självrespekt; för mycket blir arrogans, för lite innebär underdånighet [25, 28]. Inom vården appliceras detta genom att vårdare reflekterar hur vi gör [25]. För alla vårdare är det därför viktigt att diskutera vilka egenskaper som är viktigt i den praktiska verksamheten [25].

Etiska problem kan beskrivas som en trappa där första steget innebär problem som kan lösas genom att samla in fakta om vilka etiska värden (t ex hälsa, livskvalitet, autonomi, integritet) i den speciella situationen, vilket kan leda till ny förståelse och utväg. Andra steget blir etiska konflikter gällande olika intressen och värdeprioriteringar. För att lösa detta är dialogen viktig, speciellt om de olika parterna är mycket bestämda eller orubbliga, men även om parterna är otydliga i sina värdeprioriteringar och övertygelser, kan det bli smärtsamt och svårt att enas om en lösning. Maktroller kan få stor betydelse, någon ges t ex tolkningsföreträde och beslutsföreträde. Kan även gälla dubbla lojaliteter; dels mot professionen och vård mål, dels mot anhöriga och närstående. Det tredje steget innebär etiskt dilemma som uppkommer när personal inser att det finns två eller fler likvärdiga alternativ att välja mellan i den aktuella situationen. Exempelvis en beslutskompetent patient som vägrar att genomföra en behandling, vilket skulle leda till ödesdigra konsekvenser, men om vi tvingar patienten kränker vi autonomi och integritet. Hur vi än väljer uppstår en förlust av något slag och detta val skapar tvivel och oro [25]

Den danske filosofen Lögstrup skriver i sin bok om dygd och autonomi, i ”Det etiska kravet” [29]. Begreppet ”att ha någon i sin hand”, vilket i vårdsammanhang kan appliceras på relationen mellan vårdare och patient; kravet att hjälpa sin nästa. Inom intensivvård blir detta uttryck klart uttalat då sjuksköterskan bokstavligen har patientens liv i sin hand då patienten inte själv alltid är förmögen att delta på grund av medvetslöshet eller sedering. Av samma anledning involveras därför ofta anhöriga i samtal om patientens vård och behandling. Sjuksköterskor är i sin position bedside under dygnets alla timmar ständigt närvarande hos patienterna och ser ”den andre” och känner det etiska kravet att hjälpa för att få till stånd en så bra vård som möjligt [29].

Problemformulering

Vårdpersonal som arbetar inom intensivvård och akutvård, ställs inte sällan inför etiskt svåra beslut i vården av kritiskt sjuka patienter. För att kunna leva upp till de etiska principer, värdegrunder och etiska koder, som ligger till grund för legitimerad personal, behövs någon form av etisk support. Det finns få studier gjorda i denna vårdmiljö i Sverige. Därför är det viktigt att undersöka hur andra länder gått tillväga och vad resultatet av etisk support kan bli. Etisk support har dels beskrivits som olika former som konsultativ verksamhet och etiska kommittéer, samt reflektionsforum som Moral Case Deliberation, etisk rond och etiska diskussionsgrupper i olika vårdkontext. Dock saknas granskning av den forskning som finns avseende etisk support inom akutsjukvård och intensivvård.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att granska teoretiska och empiriska studier om var och när etisk support används, samt upplevelsen av etisk support inom akutsjukvård och intensivvård.

Metod

Design

Detta arbete utfördes som en integrativ litteraturöversikt för att systematiskt söka, identifiera, analysera, summera och integrera empirisk och teoretisk litteratur om ämnet etisk support. Detta för att få ökad kunskap om etisk support inom akutsjukvård och intensivvård och vad som fanns dokumenterat runt detta tema. I jämförelse med t ex systematisk litteraturöversikt är den integrativa litteraturöversikten ett mer extensivt tillvägagångssätt, då integrerad litteraturöversikt är den enda metod som tillåter kombinationer av olika studiers forskningsmetoder, samt opublicerat material för att få en större vidd, vilket passar empirisk omvårdnadsforskning [30, 31].

I denna litteraturöversikt ingick alla vetenskapliga artiklar, rapporter, samt avhandlingar med acceptabel kvalitetsgrad från år 1992 fram till år 2017 och granskats utifrån SBU:s (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering) kvalitetsgranskningsmallar [32-34]. Litteratursökningsprocessen följde SPICE-modellen enligt SBU (tabell 1), som användes för att systematisera artikelsökningarna i databaserna, samt utgjorde en ram för studien. SPICE står för; Setting (sammanhang, var?), Perspective (för vem), Intervention (vad - det fenomen som studeras), Comparison, Evaluation (utvärdering som innefattar både process och resultatutvärdering).

Tabell 1. SPICE-modellen för sökprocessen.

S	Sluten, somatisk vård med fokus på akutsjukvård och intensivvård, främst i västvärlden
P	Vårdteamet, samt patienter och närstående inom akut- och intensivvård.
I	Etisk support inom somatisk vård
C	Inte aktuellt
E	Upplevelse och nytta av etisk support

Datainsamling

Sökstrategi

Manuell sökning

Enligt sökprocessen för en integrativ litteraturoversikt, gjordes omfattande sökningar med minst två sökstrategier [30]. Datainsamlingen skedde först genom en primärsökning för att fånga in det som var skrivet om etisk support inom somatisk sjukvård och intensivvård de senaste 30 åren (Bilaga 1, tabell 6). För att kartlägga ämnet och undersöka om det fanns några svenska studier, gjordes en manuell fritextsökning i Google med sökorden ”etisk rond intensivvård, etisk reflektion intensivvård, etisk analys intensivvård”, vilket gav 696 träffar. Ett abstract genomlästes, men artikeln blev exkluderad pga. att den inte var relevant till sammanhanget. Nästa fritextsökning gjordes via Google Scholar (där bl. a svenska D-uppsatser blivit publicerade) med sökorden ”etisk reflektion intensivvård Sverige "etisk rond" OR "etisk analys" OR "etisk reflektion" (55 träffar), där tre abstracts lästes igenom, var av en artikel blev inkluderad. Fritextsökning med sökorden ”clinical ethics”, ”critical care europe”, "clinical ethics" OR "clinical ethics consultation" OR "clinical ethics committeés" i Google Scholar gav 6430 träffar, vilket var för stort urval för att varje träff skulle kunna granskas noga. Träffarna i denna sökning skummades igenom, mer för att få en ökad förståelse för det valda ämnet. Av dessa artiklar lästes 32 abstracts och fem artiklar inkluderades.

Systematisk sökning

Den systematiska litteratursökningen via databaserna Pub Med, CINAHL, MEDLINE, Scopus, SwePub, Psyk INFO, samt sökmotorerna ProQuest Dissertations and theses, ProQuest Social science database, skedde bl a med MeSH-termer eller enligt CINAHLs ”subject heading list” med Booleska sökoperationer [35]; "critical care" AND "clinical ethics" AND "health personnel" OR "ethics consultation" OR "clinical ethics committees" OR "clinical ethicists" OR "clinical ethics support" och ”moral case deliberation” (Bilaga 1, tabell 6). För att få maximalt med träffar kombinerades termerna med fritextsökningar. Vid många träffar lästes först titlarna igenom. De titlar som inte motsvarade syftet valdes bort. De studier vars abstract uppfyllde inklusionskriterierna, fördes över till ett EndNote-bibliotek, dels för att få överblick och för att kunna sortera bort dubletter bland artiklarna. I sekundärsökningen granskades relevanta artiklars litteraturlistor manuellt, samt funktionen ”liknande artiklar” som kan utforskas i koppling till en till syftet bra artikel (Bilaga 1, tabell 7). Studier funna

genom sekundärsökningen genomgick samma granskning som artiklarna i primärsökningen och blev antingen inkluderade eller exkluderade.

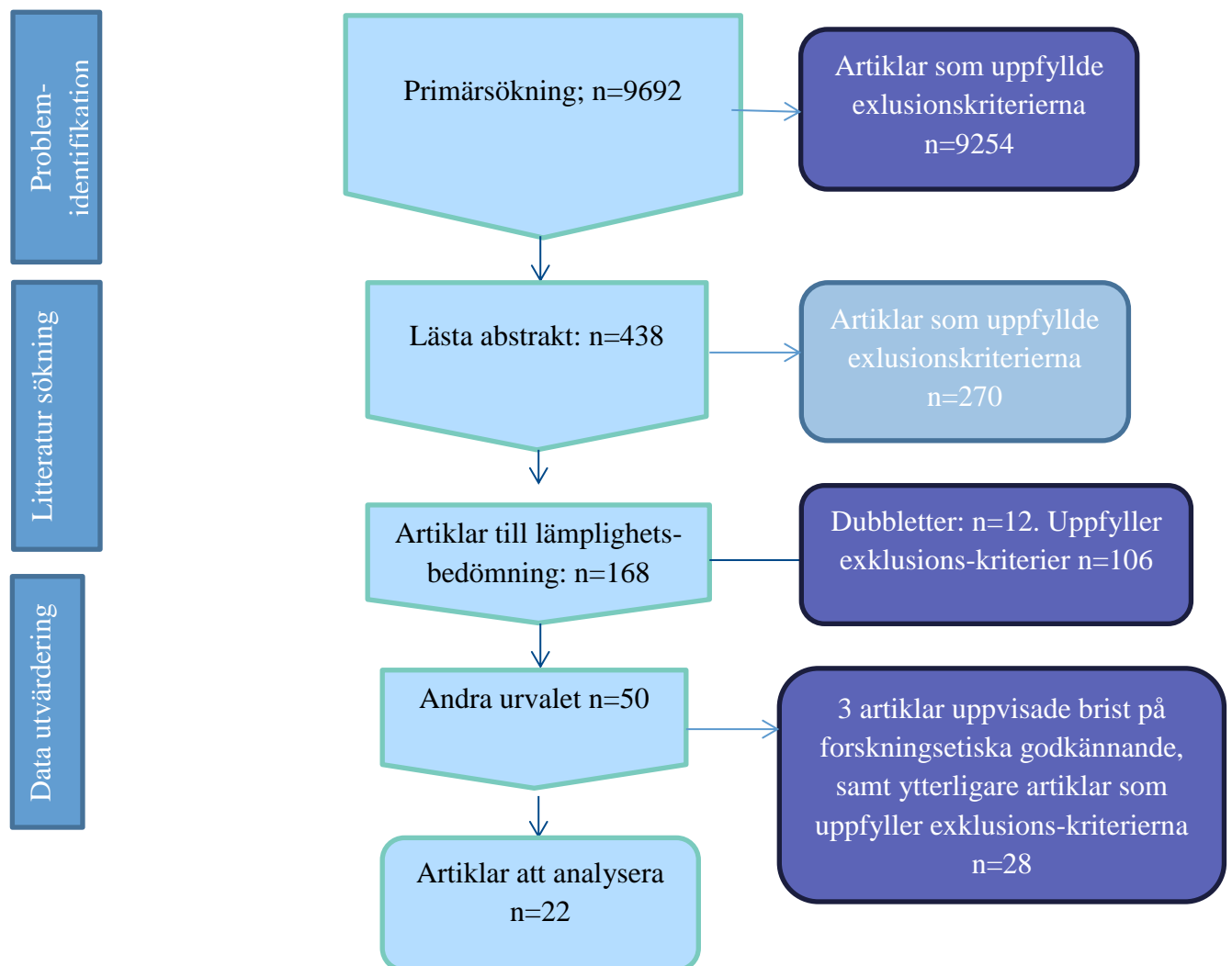
Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna för de publicerade, vetenskapligt beprövade studierna, var att de skulle behandla områden relevanta till syftet, d s v klinisk etisk support. Studierna skulle vara primärkällor, alternativt litteraturöversikter med tydlig redovisning av metod och resultatgenomgång. Studierna som inkluderades, skulle främst ske på vuxna patienter över arton år, samt att den etiska supporten primärt skedde inom slutenvård och helst inom intensivvård. I vissa studier ingick ett brett patienturval i alla åldrar, samt allt från rehabilitering till intensivvård, eller intervjustudier med läkare med varierande specialiteter, vilka också inkluderades då få studier enbart hade intensivvårdsmiljö [36-38].

Exklusionskriterier

De artiklar som skrivits på andra språk än engelska eller svenska exkluderades, vilket även kunde innebära att en del av artiklarna hade abstracts som verkade relevanta till syftet, men fick exkluderas då fortsättningen var skriven på ett annat språk än engelska. Artiklar skrivna tidigare än år 1992 var också ett exklusionskriterium, då ämnet etisk support före denna tid var ett nytt och relativt obeforskat ämne [39]. I Europa är Moral Case Deliberation (MCD) vanlig form av etisk support, speciellt i Nederländerna [3], men de studier där hela urvalspopulationen för etisk support låg utanför den somatiska slutenvården, t ex psykiatri, ålderdomshem, primärvård, exkluderades också. Av praktiska skäl blev även studier som inte gick att få i sin helhet via Göteborgs Universitets bibliotek exkluderade.

För att reducera antalet irrelevanta artiklar, skedde en datareduktions process. Efter att ha valt ut 438 artiklar vars rubriker tycktes överensstämma med syftet, lästes abstract till artiklarna igenom. Ytterligare exkluderingar skedde, pga. exklusionskriterierna eller dålig relevans. De utvalda artiklarna sorterades enligt nedanstående flödesschema (figur 1). Femtio artiklar hade kommit till andra urvalet i artikelgranskningen och dessa lästes i sin helhet, för att säkerställa att artiklarna var relevanta till ämnesområdet och inte innefattades av något exklusionskriterium. Efter genomläsningen kvarstod 22 artiklar, som ansågs användbara till uppsatsens resultat. De återstående artiklarna kvalitetsgranskades och analyserades enligt olika granskningsmallar (specificerat under kapitel Dataanalys) och bedömdes därefter beroende på studiens metodiska och teoretiska stänghet på en tvågradig skala; låg eller hög [30] som redovisas tillsammans med dataanalysen i Bilaga 2, tabell 8.



Figur 1 – Flödesschema för primärsökning och artiklar som kom till andra urvalet:

Dataanalys

Enligt Wittemore och Knalf [30] skall dataanalysen av artiklarna inom det valda ämnet systematiskt granskas och ett kritiskt förhållningssätt ska utövas och därefter sammanställas till en ny text. Totalt 22 artiklar hade valts ut för kvalitetsgranskningsfasen (figur 1). För att kvalitetsgranska studierna, användes SBUs granskningsmallar för kvalitetsgranskning av randomiserade studier [32], samt ”Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser” [33] och ”Mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter” [34]. Studierna lästes åter igenom för att kunna gradera forskningsmetodens noggrannhet i en tvågradig skala; låg eller hög (se Bilaga 2, tabell 8). Vissa studier bedömdes nästan ligga mitt emellan låg och hög och för att markera detta har ibland ett plustecken satts efter låg. Studiernas datarelevans har också graderats enligt låg till hög relevans (Bilaga 2, tabell 8).

För att få en översiktlig bild över forskningsfrågan har relevant data ur studierna abstraherats, kodats, kategoriserats i olika tema och subteman. Integrativ litteraturoversikt analyserar data

enligt kvantitativ och kvalitativ metod, där också information extraheras, analyseras och reduceras för att sedan redovisas i olika tabeller, figurer, grafer och matriser för att visualisera mönster och samband inför tolkningen av resultatet [30, 31].

Etiska ställningstagande

De artiklar som valts ut till denna litteraturstudie hade alla utom en [40] (studien är dock i enlighet med amerikansk forskningsetisk standard) officiella tillstånd och/eller tydliga etiska överväganden. Detta innebär att det inte behövdes en ny ansökan om tillstånd för denna litteraturstudie. Studien utgör heller ingen risk för någon enskild individ eller grupp i samhället kan komma till skada. Det finns få studier som undersöker hur, när och resultat av etisk support genomfört inom intensivvård i Sverige, därför finns det en nyttoaspekt att genomföra studien.

Resultat

De 22 studierna som efter noggrann genomgång valts ut enligt ovanstående inklusions- och exklusionskriterier, genomgick en kvalitetsgranskning (se figur 1). Sex- studier var svenska [13, 41-45], en europeisk [46], en från Taiwan [38] och fjorton nordamerikanska [36, 37, 39, 40, 47-56]. Av artiklarnas forskningsdesign var en studie kontrollerad, jämförande [13], tre var randomiserade, kontrollerade; RCT [36-38], fem kohortstudier [39, 49, 53-55], sex tvärsnittsstudier [40, 46-48, 51, 52], samt sju kvalitativa studier [41-45, 50, 56].

Två olika teman med subteman för analysen framträder; dels organisationen runt etisk support, t ex inom vilka områden i slutenvården använder sig av etisk support, speciellt i vilken omfattning etisk support används inom intensivvård. Därefter granskas vilka som har möjlighet att sammankalla till etisk support och hur etisk support påverkar resurserna i vården. Det andra temat handlar om hur vårdteamet (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor) upplever etisk support, samt de utvärderingar patienter och anhöriga har gjort. Avslutningsvis redovisas de etiska dilemman som föranleder etisk support, samt framträder under MCD eller etisk rond.

Tabell 2. Tema och subtema om hur etisk support kan bidra inom intensivvård.

Tema	Subtema
Organisation av etisk support	Initiering
	Förändrad vårdtid
Upplevelser av etisk support	Vårdteamets, patienters och närståendes upplevelse av etisk konsultation respektive etisk rond
	Etiska dilemman

Organisation av etisk support – top-down

Det första huvudtemat handlar om var och när etisk support används. I de flesta utvalda artiklar med etisk konsultation och etisk kommitté, med top-down-perspektiv [39, 40, 49, 50, 53-56], studeras orsaken till varför etisk support tillkallas och i ca 50 % av fallen initieras konsultationerna av intensivvården (tabell 3). Top-down-perspektiv är som nämnt i bakgrunden ett auktoritärt perspektiv pga att den initierande parten får hjälp utifrån. De flesta av de granskade artiklarna i denna, redogör hur etisk support påverkar patientens hela vårdförlopp, inte enbart intensivvård. I det följande kommer detta redovisas under två subteman; initiering och förändrad vårdtid.

I artiklarna rörande Moral Case Deliberation och etisk rond/reflektion, beskrivs inte när de används eller hur initieringen sker mer än i forskningssammanhang, därför kommer denna typ av etisk support inte tas upp under detta huvudtema.

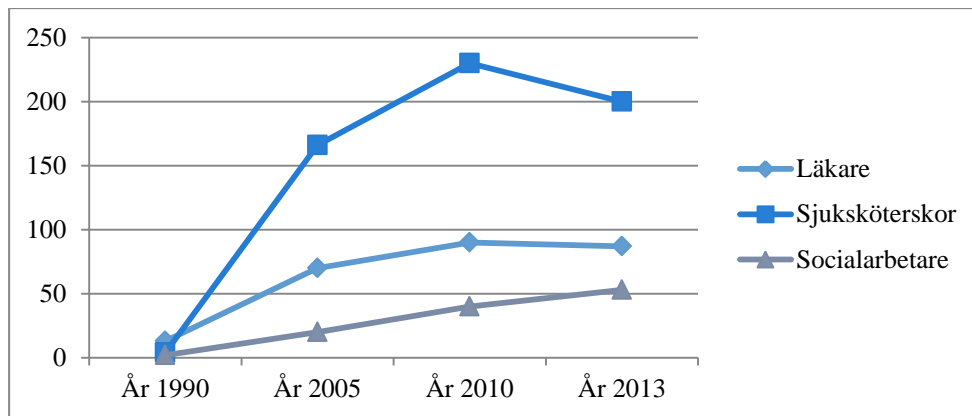
Initiering

I Nordamerika tillkallas etiska konsulter via telefon, pappersremiss eller elektroniskt [40, 50, 53-56]. Läkare står i genomsnitt för 60 % av remitteringen till etisk konsultation, men även sjuksköterskor med ett genomsnitt på 15 % (tabell 3). Övriga parter som sammankallar till etisk konsultation var patient eller närstående, socialarbetare, palliativa team med flera [40, 50, 53-56].

Tabell 3. Procentuell fördelning av rekvisitioner av etisk konsultation [40, 50, 53-56].

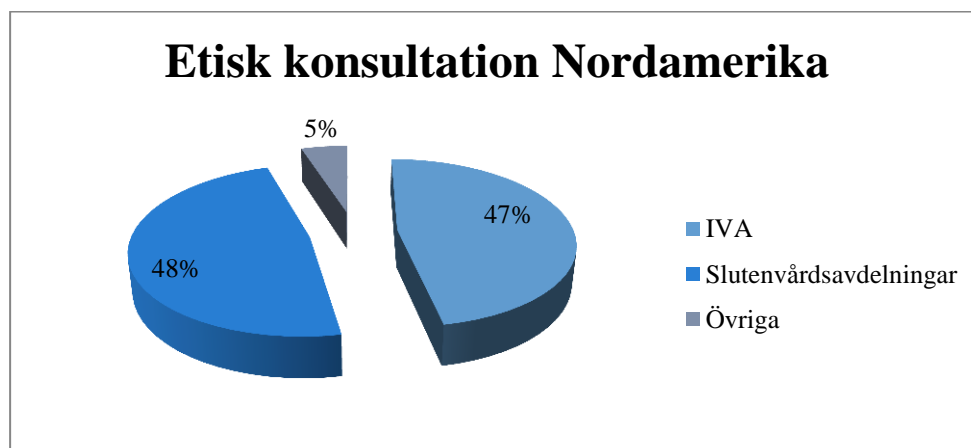
Ansvar för rekvisitering:	Swetz, 2007	Wasson, 2015	Nilson, 2008	Tapper, 2010	Robinson, 2017	Homan, 2017
Läkare	68 %	51 %	59 %	70 %	68 %	35 %
Sjuksköterska	19 %	23 %	13 %	8 %	15 %	13 %

En av studierna avviker i detta mönster då sjuksköterskorna tagit över den största rekvisitrollen [49]. En anledning var att sjuksköterskerollen ”Patient Care Faciliator” (PCF) skapades på IVA år 2010 (Memorial Medical Center i Norra Kalifornien, USA)[49]. Därefter fick de här sjuksköterskorna ansvar för patienternas utskrivningsplanering och vidare plan utanför IVA. Detta ledde till att PCF oftare sammankallade etiska konsulter än på andra sjukhus (figur 2). En annan anledning var ett skifte från läkarcentrerad vård till teambaserad, där sjuksköterskor spelar en stor roll och kunde började konsultera etikerna direkt [49]. Sammanfattningsvis kan sägas, att etisk hjälp i en fråga rörande patienter inte enbart behöver initieras av den behandlande läkaren, utan av princip vem som helst, som tycker att det finns ett behov [49, 54].



Figur 2. De olika remitterande yrkeskategorierna och antal konsultationer över tid [49].

På intensivvårdsavdelningarna behandlas kritiskt sjuka patienter, ibland med livshotande tillstånd. En följd av detta kan resultera med patienter och anhöriga i kris, samt vårdteam som skall bemöta detta. Därför initieras i många fall etisk support på IVA [49, 53-55]. Även de patienter som blivit sämre och flyttats från vårdavdelning till IVA, får ibland fortsatt uppföljning från vårdavdelningsläkaren som begär etiska konsultationer via IVA [55]. I nedanstående (figur 3) åskådliggörs vilka vårdinstanser som initierade etisk konsultation i Nordamerika. IVA står för genomsnittligt 47 % av de begärda konsultationerna [49, 53-55].



Figur 3 Fördelning etisk konsultation. Med slutenvårdsavdelningar avses alla avdelningar med specialisering inom medicin, kirurgi, onkologi och akutsjukvård [49, 53-55].

Förändrad vårdtid

I det följande jämför tre studier statistiska skillnader i antal intensivvårdsdagar och sjukhusdagar vid etisk konsultation [36, 38, 50]. Etisk konsultation när etiska dilemman uppstår runt kritiskt sjuka patienter, ger en signifikant minskning ($p < 0,01$) av antalet intensivvårdsdagar och sammanlagda antal sjukhusdagar [36, 38]. I studierna fanns det ingen skillnad i mortalitet mellan interventions- och kontrollgrupperna. I Schneidermans multicenterstudie [36] framkom sambandet de mest kritiskt sjuka patienterna med interventionen etisk konsultation ledde till signifikant minskat antal intensivvårdsdagar ($p = 0,03$), dagar i respirator ($p = 0,03$), samt färre sjukhusdagar ($p = 0,01$). Chens studie [38] jämförde också skillnaden mellan de patienter som fick etisk konsultation och de som inte fick någon intervention och fick ett liknande resultat i avseende på minskat antal IVA-dagar och sammanlagda vård dagar. I samma studie framkom även att etisk konsultation ledde till ökad konsensus i avseende till patientens medicinska mål ($p = 0,01$) [38].

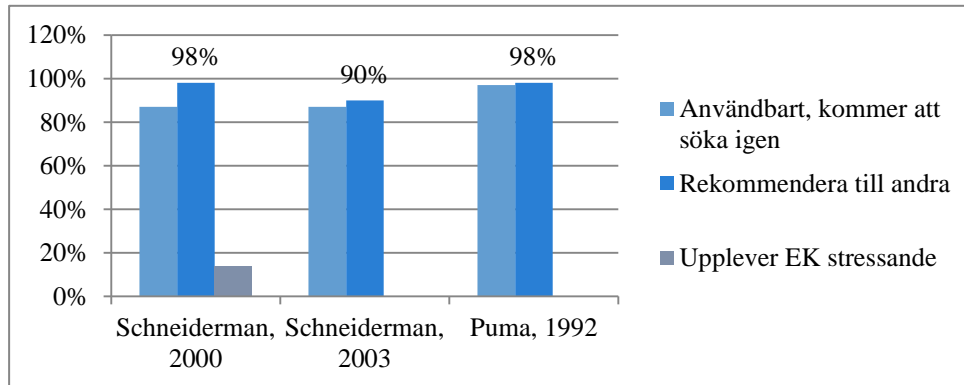
Homans avhandling [50] visar att en sen etisk konsultation (efter patienternas två första sjukhusdagarna vid etiska problem), leder till förlängd sjukhusvistelse. Timingen för etisk konsultation visade en statistiskt signifikant skillnad ($p = 0,00$) för både de patienter som skrevs hem och för de kroniskt dåliga som gick vidare till hospice. Detta innebar att oddsen för en förlängd sjukhusvistelse ökade 6 gånger om patienten inte hade en etisk konsultation inom två dagar efter ankomst till sjukhus. Oddsen var 5 gånger högre i avseende till förlängd sjukhusvistelse vid sen konsultation för patienter som gick vidare till nästa vårdnivå, t ex hospice [50].

Upplevelser av etisk support – top-down

Samarbetet i vårdteamen runt kritiskt sjuka patienter är en viktig ingrediens för att kunna ge patienter bra vård [41-43, 45]. Alla mänskliga möten är unika, därför ställs vårdpersonal i sitt arbete med patienter och anhöriga ständigt inför nya situationer som kan utveckla sig till svåra dilemman [42, 45, 53]. I det fortlöpande arbetet på vårdavdelningar och intensivvårdsavdelningar, finns det inte så ofta utrymme för att reflektera på ett strukturerat sätt, det kan behövas en organiserad och strukturerad reflektion för att kunna utveckla ett etiskt tankesätt [41].

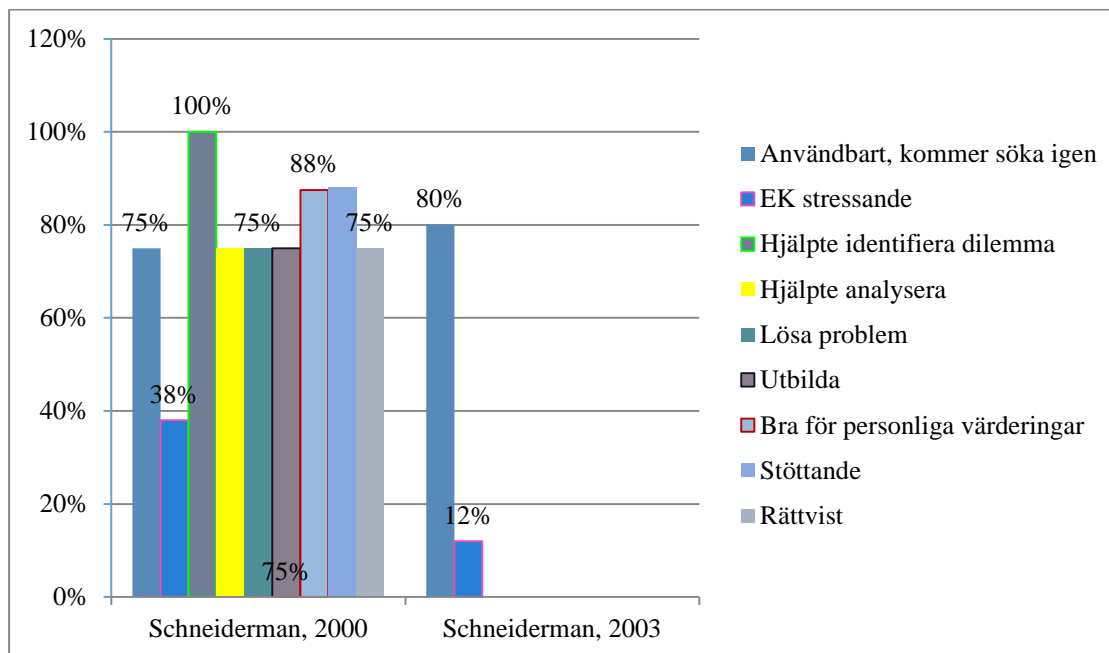
Vårdteamens, patienters och närståendes upplevelse av etisk konsultation

Under subtemat vårdteamens, patienters och närståendes upplevelse av etisk konsultation respektive etisk rond, görs en kartläggning av olika studiers fynd. I figur 4 och 5 åskådliggörs vad vårdteam upplevt vid etisk konsultation.



Figur 4. Läkares och sjuksköterskors upplevelse av etisk konsultation [36, 37, 39].

De tre studierna [36, 37, 39] visade att nästan 98 % av de tillfrågade i vårdteamen skulle rekommendera etisk konsultation till andra, 87-97% tyckte det var användbart och kunde tänka sig att söka igen, samt i en studie [37], hade personal även tillfrågats om de upplevde den etiska konsultationen stressande, vilket 14 % upplevde.



Figur 5. Patienter och närståendes upplevelse av etisk konsultation [36, 37].

Schneidermans två studier från år 2000 och år 2003, visade att 75-80% av patienter och anhöriga upplevde att etisk konsultation var användbart och att de kommer att söka igen. Resultaten skiljde sig åt i avseende om patienter och närstående upplevde etisk konsultation

stressande. I multicenterstudien från år 2003 [36] med 551 patienter, upplevde endast 12 % av de tillfrågade stress i samband med den etiska konsultationen (i nivå med vårdteamet), medan studien från år 2000 [37] visade att 37,5% av patienter och anhöriga upplevde sig vara stressade. Vid intervjuerna framkom även att 100 % av patienter och anhöriga tyckte att etisk konsultation hjälpte till att identifiera ett etiskt dilemma [36, 37]. I övrigt svarade 75 % av de tillfrågade att etisk konsultation hjälpte att analysera och lösa problem, utbildande funktion, stöttande och bra för de personliga värderingarna [37].

Tabell 4. Vårdteamets upplevelser av etisk konsultation [48, 51-53].

<i>Praktiskt</i>		<i>Känslomässigt</i>
<i>Delat beslutsfattande</i>	En annan syn på saken. Stöttar el stärker planer & åtgärder Många läkare positiva erfarenheter; bra lösningar och instruktioner inför framtiden.	-Ger familjen självförtroende och stöttning.
<i>Intra-personellt stöd</i>	Medlande vid svåra situationer. Rådgöra. Klargöra närståendes roll i beslutsfattandet. Förbättra team- och närstående relationer. Identifiera konflikter mellan vårdteam och närstående.	Klara upp missuppfattningar. Skapa moraliskt rum för att klara upp konflikter. Stödja personal i svåra situationer för att klara moralisk stress.
<i>Utbilda</i>	Lära personalen att identifiera etiska problem.	Personal agerar medvetet på etiska problem.

Delat beslutsfattande

Att fatta ett nyanserat beslut med hänseende till patientens önskan var den viktigaste faktorn och också den avgörande faktorn till att tillkalla etisk support. Sjuttio procent av läkarna upplevde att de fick bra stöd i svåra beslut av de etiska konsulterna [40, 50, 53]. I samma omfattning svarade de läkare som haft etikutbildning, tidigare erfarenhet av etisk support och som trodde på delat beslutsfattande, att det var en god hjälp i beslutsfattandet [48, 52]. De som tvekade inför att använda sig av etisk support argumenterade att det tog för mycket tid, kunde göra saker värre, undergräva läkarens auktoritet, att konsulter var okvalificerade, samt att det var läkarens eget ansvar att lösa konflikter och fatta svåra beslut med patient och familj, $p=0,05$ [48, 52], se tabell 4.

Interpersonellt stöd

Det näst viktigaste resultatet av etisk konsultation var känslan av stöd vid konflikter. Här kunde konsulten ha en medlande och klargörande roll för att förbättra kommunikationen mellan t ex vårdteamet och patient/närstående, inom vårdteamet eller mellan de närstående

[53]. Det framkom att vårdpersonalen upplevde att de etiska konsulterna kunde skapa moraliskt rum, som underlättade för patientens närstående och vårdteamet att klara upp konflikter [51, 53]. I en studie utifrån konsulternas perspektiv, var deras största uppgift att stödja patienter och anhöriga till att bli stärkta i svåra beslut, samt stödja vårdpersonal i svåra etiska situationer för att klara etisk stress [51]. De läkare som var tveksamma (speciellt kirurger), trodde inte att en etisk konsult kunde få hela bilden klar för sig utifrån sitt perspektiv $p=0,0004$ [52] (tabell 4).

Utbilda

Den tredje viktigaste faktorn som angavs av vårdteamen, var att de etiska konsultationerna bidrog till en fördjupad kunskap om etik och moraliskt ansvar. Att konsulterna kunde utbilda personalen att identifiera etiska problem och igenom detta kunna agera på ett medvetet sätt nästa gång vårdteamet utsattes för det [39, 40]. I förlängningen kunde detta ge en helhetsförbättring [51] (tabell 4).

Vårdteamens upplevelse av etisk rond och Moral Case Deliberation – Bottom up

I likhet med etisk konsultation kan tre viktiga punkter i MCD och etisk rond leder urskiljas; delad börda, intrapersonell stöttning och utbildning. Perspektivet är bottom-up, som innebär att förändring och utveckling kommer från vårdteamet själv med en etiker som mötesledare.

Tabell 5. Vårdteamets positiva upplevelser av Moral Case Deliberation och etisk rond [13, 41, 43, 45].

<i>Praktiskt</i>		<i>Känslomässigt</i>
<i>Delad börda/Lättnad</i>	Stärkt självförtroende i att agera på etiska problem.	Att kunna reflektera utan att bli dömd eller krav på resultat. Dela tunga tankar; känslomässig support, t ex hur bör personalen handskas med aggressiva patienter.
<i>Intrapersonellt stöd</i>	Att ansvar ligger hos alla inblandade (inte bara läkaren) - Ökad patient- och familjekontakt. Förbättrad kommunikation	Känsla av jämlikhet och kunna nå varandra gynnar gemensam förståelse, ökat teamsamarbete och dialog. Ökad tolerans och öppenhet.
<i>Utbilda</i>	Lärande och ökade insikter om etiska problem, kritisk reflektion.	Breddat tänkande, bryta invant tänkande, insikt i moraliskt tänkande, strukturera upp etiska problem, kritisk reflektion.

Delad börda

En känslomässig lättnad och stöd kan upplevas i vårdteamet då tunga tankar delas och att kunna reflektera i gruppen utan krav på resultat [13, 41]. Sjuksköterskor och läkare kunde nå en ökad förståelse för varandra t ex vid svåra beslut gällande livsuppehållande behandling [41]. I Kälvemarks studie [13] var interventionen tre etiklektioner och tre etiska ronder för att mäta nivån av moralisk stress, samt tolerans och öppenhet bland sjukhuspersonal (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor) respektive apotekspersonal. En signifikant ökad nivå av tolerans och öppenhet kunde ses i sjukhusinterventionsgruppen (tabell 5).

Intrapersonellt stöd

Det som skiljer sig från etisk konsultation är betoningen på att MCD och etisk rond främst upplevs leda till bättre teamarbete och dialog. Att yrkeskategorierna i ett mer jämlikt forum kunde lyfta sina tankar och åsikter, upplevde att de blev mer tagna på allvar. I etik ronderna tillgodosågs behovet av dialog mellan professionerna för att kunna utveckla samarbetet [41, 42]. Läkare och sjuksköterskor fick även möjlighet att se utifrån varandras yrkesmässiga perspektiv, d v s läkarna kunde reda ut missförstånd, samt förklara att de oftast hade väl underbyggda beslut tillsammans med patienten i avseende av livsuppehållande behandling och varför besluten ibland inte togs tidigare. Reflektionerna gav sjuksköterkorna möjligheten att förstå läkarnas känsla av maktlöshet i vissa beslutssituationer, samt svårigheten för dem att kunna förutse hur lång tid patienten hade att leva. Läkarna på sitt håll kunde få insikt i sjuksköterskornas frustration över läkarnas olika förhållningssätt och attityder när det gällde livsuppehållande behandling [13, 41, 42](tabell 5).

Utbildning

Med hjälp av filosof, som ledde diskussionen i MCD-gruppen, ökade insikterna om etiska problem, ett etisk reflekterande bröt upp invant tänkande och gav kritisk reflektion. Detta kunde leda till mer holistisk bild av patienter [13, 41]. Ett exempel på vidgat perspektiv, var att personal hade svårighet att förstå varför vissa dialyspatienter var aggressiva och uttryckte en vilja att dö, men ändå återkom för att få dialys. Efter den etiska ronden förstod personalen att aggressiviteten var ett tecken på kris och att patienten bara uttryckte dödsönskan för sjuksköterskan, men inte för läkaren, pga. känsla av hopplöshet, men ville ändå inte dö. Detta gjorde att de etiska ronderna öppnade ögonen för respondenterna för hur lite de förstått och vissa började ifrågasätta sin förförståelse [41] (tabell 5, s. 17).

De negativa upplevelsorna som kom upp i samband med etikronderna var en känsla av likgiltighet, då vissa tyckte att det var ”worthless philosopher input” (Svantesson 2007, s 402), att etikutbildning innan ronderna vore önskvärt då vissa etiska resonemang blev för komplicerade. De patientfall som ronnadeltagarna upplevde ointressanta, som t.ex etiskt orelevanta, känslomässigt oengagerande eller helt okända patientfall, upplevdes också som negativt [41]. I Kälvemarks studie [13] föregick tre etiklektioner etikronderna och det generella intrycket av etikronderna var positivt.

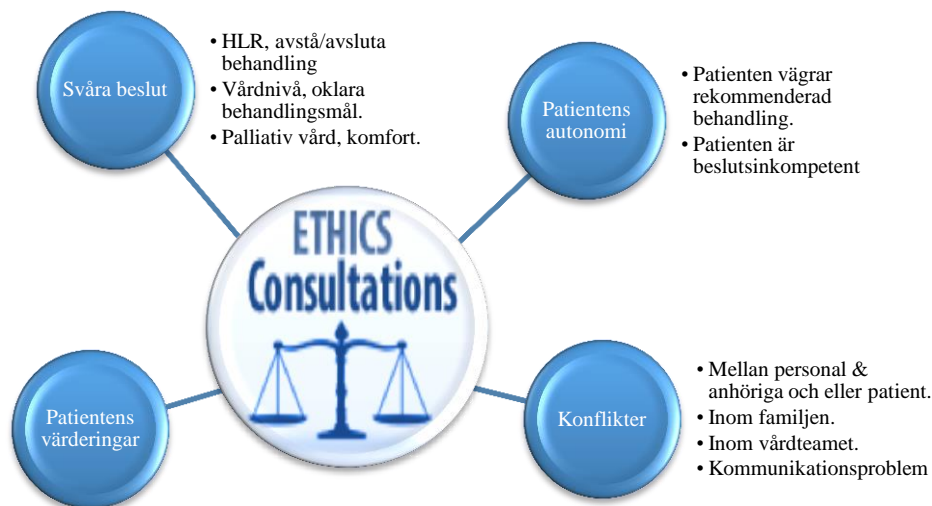
Däremot hade interventionen inte någon positiv effekt på moralisk stress, nivån av moralisk stress snarare ökade efter interventionen [13].

Andra negativa upplevelser berodde på hur filosofen agerade som reflektionsledare: När filosofen inte tog befäl över etikronden, kunde polarisering mellan sjuksköterskor och läkare ske, vilket kunde innebära att sjuksköterskorna tyckte att läkare tog en enad front mot dem, bara använde medicinska argument och inte lyssnade. Läkarna i sin tur tyckte att sjuksköterskorna passade på att kritisera dem. Detta kunde leda till resignation; t ex läkarna trodde att sjuksköterskorna aldrig skulle förstå deras svårighet med att ha ansvar för att fatta svåra beslut och sjuksköterskor upplevde att det var omöjligt att påverka läkare [41]. Om filosofen istället dominerade etikronden för mycket, upplevde läkarna att detta hämmade diskussionen [41].

Ibland upplevdes ronderna som isolerade händelser som inte ledde till lösningar i den dagliga verksamheten, t ex att fortfarande inte har något inflytande på beslutssituationer rörande livsuppehållande behandling, vilket vissa av de deltagande sjuksköterskorna och icke-deltagande medarbetare upplevde som oproduktivt och diskussionerna bortkastad tid. Att det inte heller fanns någon tid för ytterligare reflektion i verksamheten, samt att det var svårt att komma iväg på etikronderna, kändes också som ett hinder att kunna utnyttja den nyvunna kunskapen [13, 41]. Kollegor som bara passivt satt med på ronderna, samt kollegor som saknade känslomässigt engagemang (bara ville få jobbet gjort) gjorde också upplevelsen av den etiska ronderna negativ [41]. En förbättrad version av etikrond föreslås, se Bilaga 3 [41].

Etiska dilemman

I de Nordamerikanska longitudinella studierna har frågeställningarna utvidgats från att från början främst handla om HLR-frågeställningar, avslutande- och avstå behandling, samt vårdmål (77 % år 1990 och 28 % år 2013 enl. Gorka) till att beröra många fler etiska områden runt patienten.



Figur 6. Redovisning av de vanligaste etiska dilemman som föranleder etisk konsultation [38, 40, 47, 49, 50, 54, 55]:

Svåra beslut

I många av studierna [38, 40, 47-55] framträder belägg för att etisk support ofta används för att kunna dela och få bekräftelse i svåra beslut rörande patienternas fortsatta vård. I de nordamerikanska studierna har forskarna mätt vilka etiska problem som leder till etisk konsultation. Procentuellt (i genomsnitt runt 80 %) rör de flesta etiska frågorna om livsuppehållande vård skall avstås eller avbrytas, kodstatus (HLR, ingen respiratorbehandling, ingen dialys), vårdnivå, behandlingsmål och om patientens behandling skall övergå till palliation [38, 40, 47-55] (figur 6).

Patientens autonomi

Andra svåra etiska problem kunde röra patientens autonomi, speciellt då patienten på grund av sin svåra sjukdom ibland var beslutsinkompetent [39, 40, 47, 49, 50, 54-56]. Om patienten inte själv kunde förmedla eller förstå nya ställningstagande av behandlingsmål, kunde läkare och vårdteamet tillsammans med närstående få stöd av etisk support [39, 40, 47, 49, 50, 53-56] (figur 6).

Konflikter

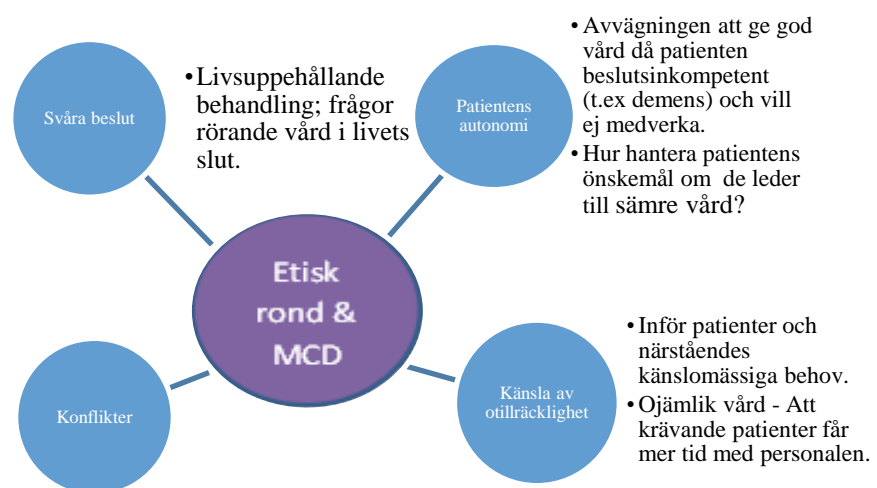
Ibland kunde konflikter uppstå inom vårdteamet, samt vårdteamet och närstående och/eller patienten support [39, 40, 47, 49, 53-56]. Detta förklarades med att i vården av en svårt sjuk patient kunde närstående i svår chock eller sorg bli svåra att nå och kommunikationen mellan parterna blev lidande [40, 47, 55]. I Nordamerika där etisk konsultation eller etiska

kommittéer har förekommit sedan 1990-talet i alla sjukhus med mer än 400 sängplatser [36, 50, 53], har de etiska frågeställningarna sakta glidit över från beslutsfattande om livsuppehållande åtgärder, till att diversifieras till att handla om patientautonomi och främst konflikter i olika former. Etisk support har inte bara en stödjande funktion i familjekonflikter [53], utan även inom vårdteamet, t.ex. gällande otydliga behandlingsmål [38, 40, 49, 54-56] (figur 6).

Patientens värderingar

Vid vård av svårt sjuk patient kan patientens religiösa eller andra personliga värderingar komma i konflikt med vårdbehov, t ex Jehovas vittne som behöver blodtransfusion för att överleva [40, 56]. Patientens lidande och känsla av meningslöshet kan leda till att det inte blir etiskt försvarbart att driva vården vidare [38, 40, 49, 54-56] (figur 6).

Etiska dilemman som framkommer under MCD och etisk rond



Figur 7. Vilka etiska dilemman som framkommer under Moral Case Deliberation och etisk rond [41, 44, 45].

Patientens autonomi

Den största etiska utmaningen handlade om balansen mellan att ge god vård och låta patienten bestämma. Detta inkluderar hela vårdförloppet t ex i frågan om medicinsk behandling, undersökningar och rehabilitering [41, 44, 45]. De etiska svårigheter personalen (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor) tog upp rörde autonomin hos beslutsinkompetenta patienter, som inte gick med på den erbjudna vården. Svårigheten att med värdighet försöka ge patienten den vård som vårdteamet vet att patienten kommer att bli friskare av, utan att

behöva tvinga patienten att ta mediciner och forcera undersökningar. Det etiska dilemma uppkom i att vårdpersonalen var övertygade om att behandlingen var bra för patienten, men inslag av tvång gör att själva handlingen känns fel [41, 44, 45]. Frågeställningarna gällde även beslutskompetenta patienter som protesterar och av olika orsaker var ovilligt inställda till erbjuden vård. Detta kunde innebära att vårdpersonalen var tvungen eller kände ansvar att övertala patienten till att exempelvis genomgå en operation. I Heidenreich studie [45] försvarade personalen sina handlingar utifrån en moralisk synvinkel, men var ändå oroliga att behandlingen av patienten skulle uppfattas som respektlös, eller hot mot patientens värdighet och autonomi [45] (figur 7).

Känsla av otillräcklighet

Att ta hand om patienter som är så pass fysiskt och psykiskt krävande, att andra patienter blir lidande på grund av att personalen inte hann med, var ett annat etiskt dilemma som framkom. Vårdteamet upplevde en inre stress pga. svårigheten att inte räkna till [44, 45].

En av studierna redogjorde vårdteamet det etiska dilemma runt upplevelsen av ojämlig vård. Detta innebar att patienter som hade lätt att föra sig, kunde kräva god omsorg och även fick mer uppmärksamhet, vilket av personalen upplevdes som stressande. Även när patienten med hög social status (t ex läkare) fick större uppmärksamhet från läkaren, än en annan patient med lägre social status, t ex en missbrukare [44] (figur 7).

Konflikter

I fall där patienten saknar beslutskapacitet över sin vård pga. kritisk sjukdom, demens eller ålder och inte heller klarade av att verbalisera sina önskemål, upplevde vårdteamet det som ett etiskt krav pga. av sitt professionella ansvar att skydda patientens rättigheter (som patientens advokat) [45]. Detta kunde innebära ett etiskt ansvar i konflikter med närstående, som exempelvis vill höja vårdnivån på en terminal patient, närstående som tycker det är viktigt att personalen tvingar i patienten mat och dryck eller etiska dilemma i att stå upp för patienten mot kollegor i frågan om behandlingar och kirurgi som är svårmotiverad [44, 45].

Precis som nämnts ovan angående patientens autonomi, kan det leda till konflikt med en beslutskompetent patient som inte vill medverka till vård som vårdteamet vet leder till tillfrisknande. Detta kan innebära att patienten inte vill delta i mobilisering, inte vill äta eller ta mediciner etc. [45] (figur 7, s.20).

Svåra beslut

Avsaknad om beslutad vårdnivå ledde till osäkerheten och obehag i vårdteamet. Etiska dilemma blev därför i hur stor utsträckning kritiskt sjuka, gamla och terminalt sjuka patienter som inte själva kan uttrycka sin vårdönskan, skulle få livsuppehållande behandling eller hjärtlungräddning vid hjärtstopp [44, 45] (figur 7, s.20).

Diskussion

Resultatdiskussion

Etisk support förekommer i två olika perspektiv; top-down, som med etisk konsultation och etiska kommittéer eller bottom-up, som innefattar Moral Case Deliberation och etisk rond/reflektion. Top-down-perspektiv innebär att hjälp kommer från en extern enhet, som bearbetar problem och kommer med förslag till lösningar. Med bottom-up-perspektiv menas att problem bearbetas inom vårdteamen, som själva har ansvar för utvecklingen med stöd från en diskussionsledare med etisk kompetens. De två olika sätten skiljer sig mycket åt både i utförande och vad de leder till, men båda har som mål att hjälpa den vårdpersonal, samt ibland även patienter och närstående, som stöter på etiska problem eller konflikter i vården runt de svårt sjuka patienterna. Etisk support med top-down perspektiv är främst en konsultativ hjälp för läkare, men har utvecklat sig till att även övrig vårdpersonal, närstående och patienter kan få en relativt snabb hjälp med de etiska problemen. Ju snabbare etisk support initieras, desto färre intensivvårdsdagar och sjukhusdagar utan högre mortalitet. Detta kan ha till grund av att antal vård dagar generellt är fler i de länder denna typ av studier är gjorda pga. rädsla för eventuella rättsliga påföljder vid fel beslut (t.ex. Nordamerika). I Sverige har inga liknande studier gjorts och vi vet därför i denna litteraturstudie inte hur vi idag ligger till med antal vård dagar i jämförelse med Nordamerika. Studien från Taiwan [38] visade styrker dock hypotesen, vilket kan tyda på att problemet inte är unikt för Nordamerika, att resultatet är applicerbart även i Sverige.

Det viktigaste som framkom i top-down-studierna, var att majoriteten av dem som haft etisk support upplevde en känsla av bli hjälpta vid etiska dilemman och att både vårdteamet och närstående/patienter upplevde etisk konsultation positivt [36, 37]. Genom etisk bedömning fick vårdteamet bekräftelse och stöd vid svåra beslut i vården av en kritisk sjuk patient. Detta kunde således också leda till att patienterna kommer till rätt vårdnivå på ett tidigare stadium i sin sjukhusvistelse. Härigenom kan både intensivvårds- och avdelningsplatser avlastas, vilket skulle kunna leda till minskad moralisk stress för vårdpersonal p.g.a. att hög arbetsbelastning med brist på personal och resurser är en av de stora orsakerna till moralisk stress [2, 5].

Det som också är positivt denna typ av etisk support är att patienter och närstående själva kan kontakta konsulterna. De etiska konsulterna har också för vana att inhämta närståendes - och om det går även patientens inställning - vid utredning av ett etiskt dilemma, vilket gör att patientens vilja lyfts fram. Det som till viss del är fördel, att få känslan av någon utifrån stöttar upp beslut, få råd och att någon säger vad som skall göras, kan även betraktas som nackdel. Detta då de etiska aspekterna som rör vårdteamets arbete med patienten inte bearbetas djupare, vilket på sikt inte leder till någon förbättrad etisk insikt om vården eller helhetssyn i det dagliga arbetet med patienten.

Att tillgodose autonomi för de mest sårbara och utsatta patienterna med svår fysiskt och/eller psykisk sjukdom är en av vårdteamets främsta utmaning. Med etisk support med bottom-up

perspektiv kan en etisk medvetenhet skapas genom att vårdteamen ta upp det som är etiskt svårt i vårdrelationer, t.ex. känslan av otillräcklighet och stress, patienters självbestämmande, d.v.s. vem skall ha makt över de svåra besluten; vårdpersonal eller patienterna?

Att patienters självbestämmande behöver medvetandegöras visades i en svensk studie med hypotesen att läkare och sjuksköterskors åsikter om nivån på livsuppehållande behandling skilde sig mycket åt. Studien visade på motsatsen; samstämmigheten var 86 % i avseende full eller begränsade vårdåtgärder [15]. Dessutom motiverade sjuksköterskor och läkare sina åsikter att begränsa eller fortsätta behandling på liknade sätt. *Denna studie visade också att en minoritet (av både läkare och sjuksköterskor) tog hänsyn till patientens vilja* [15].

Att få reflektera inom vårdteamet över olika etiska problem ger en möjlighet till en förbättrad patient- och närståendekontakt, en känslomässig lättnad, insikt [42, 44]. Detta kan vara en viktig del i att stärka vårdteamen i vardagens vård av patienter och för att minska på de etiska tvivlen och den etiska stressen.

Inom vårdteamen bör de olika professionerna ha en god samverkan för att uppnå det bästa resultatet för patienterna. Som nämndes ovan är egentligen samstämmigheten ganska hög angående läkares och sjuksköterskors åsikter om livsuppehållande behandling och begränsade vårdåtgärder. Att det ändå upplevs som oenighet är professionernas olika perspektiv på patienterna, att inte alla alltid är fulländade i samspelet med varandra, dvs. dålig kommunikation, misstro, dåligt psykologiskt stöd mellan parterna och hierarkiskt tänkande, vilket i sin tur kan leda till konflikter inom vårdteamet [5, 11]. Både interprofessionell dialog (MCD och etisk rond) och etisk konsultation har visat sig vara bra för att lösa konflikter och förbättra teamarbetet genom en dialog på en jämlik nivå och att nå varandra [39-41, 47, 49, 53-56].

Att patienter eller närstående inte är med under Moral Case Deliberation eller etisk rond/reflektion kan vara en nackdel om etiska dilemman rör fortsatt behandling eller andra för patienten livsavgörande beslut. Ett alternativ är att försöka höra vad patienter och anhöriga står i frågan före etikronden och har ett möte med dem även efter reflektionen (Bilaga 3). I MCD/etisk rond är det filosofens/etikerns uppgift är att vara patientens röst [22], ett substitut som kan vara av varierad kvalitet beroende på person och förförståelse.

Ett hinder för etisk support med bottom-up perspektiv är att detta kräver en organisation på det ställe det gäller, dvs. att det finns en rutin på avdelningen om var, när och vem skall tillkallas för MCD eller etikrond. Tid behöver avsättas, vilket är en bristvara i dagens sjukvård, då reflektionerna behöver ske med en regelbundenhet och bli en vana för att en förändring skall kunna ske. Därför kan vårdchefer bidra till att förebygga och åtgärda etisk stress och konflikter, genom att investera i faktorer som gott etiskt klimat och ökat teamarbete, för att därigenom kunna öka jobbtillfredställelsen. Detta kan bland annat ske genom minskad arbetsbelastning, regelbunden debriefing på en jämlik nivå med hela vårdteamet, också för att öka respekten mellan medarbetarna, samt etisk support [2, 5, 16, 17].

I studierna av Svantesson [41, 42], visade något motsägelsefulla resultat då 52 % av deltagarna i etik ronderna från studien 2008 [42] upplevde att de fått mindre insikter i etik och reflektion än förväntat, samtidigt som studien från 2007 [41] visade att en ökad insikt i etik och moraliskt ansvar. Beror resultatet på höga förväntningar inför studien 2008 och/eller att personalen blev mer etiskt/moraliskt medveten om vilka mer problem som finns? Detta kan delvis förklaras i Svantesson 2007 [41], att respondenterna efter de etiska ronderna insett hur lite de förstått om etik och att de där med ifrågasatte sin förförståelse i ämnet. Kälvemarks studie från 2007 [13] där nivån av moralisk stress skulle mätas före och efter intervention, kunde bekräfta denna hypotes, då den visade liknande resultat. Nivån av moralisk stress snarare ökade efter tre etiklektioner, samt tre etiska ronder, vilket Kälvemark tar upp i sin diskussion[13]. Personal som haft etikutbildning och etisk rond hade fått ökad etisk medvetenhet och förståelse för de underliggande konflikterna och etiska problemen i vissa situationer, vilket ökade känslan av stress, men samtidigt hade de upplevelse av att vara mer kapabla att hantera situationen med verktyget etisk reflektion. I både Svantessons [41] och Kälvemarks [13] studie tas problemet upp med att ha ett tillräckligt bra verktyg för att kunna mäta etisk stress – hur skall respondenterna kunna avgöra vad känslan av stress beror på i varje enskild situation?

Att ha etisk support på regelbunden basis leder till ett vidgat perspektiv på patienten, bryta invanda tankebanor, få insikt i moraliskt ansvar, kunna strukturera upp etiska problem och en förbättrad kritisk reflektion [13, 41, 43, 45]. Läkare som tvekade att använda sig av etisk konsultation hade minst etisk träning, etisk utbildning, samt mindre tidigare erfarenhet av etisk support [48]. Läkare är inte unika i detta område, det pekar snarare mot att en klinisk etikutbildning är bra grund till etisk support för alla yrkeskategorier inom vårdteamet.

Trots bevis pekande mot att det finns många fördelar att använda sig av etisk support, beskrivs en skepticism bland läkare inför att blanda in en extern part i de svåraste besluten. I Orłowskis studie förmedlade läkare främst att de tyckte etisk konsultation tog för mycket tid, och att de misstänkte att konsulterna var okvalificerade för uppdraget [52]. Andra läkare tyckte det var felaktigt att tro att någon kan ha en expertis i etiska, dvs. metafysiska frågor, som inte går att bevisa med fakta eller ens om det finns en sanning om vad som är rätt och fel [57]. Denna kritik bemöttes med att det finns kunskap och fakta även om moral och etik, vilken är tillgänglig för alla och möjlig att debattera om de upplevs som felaktig. Det är ingen mystisk sanning som bara experter har tillgång till och inte heller en universellt bindande expertis då etisk support mer fungerar som guidning vid osäkerhet i vissa etiska frågor [19, 48, 57].

I resultatanalysen av etisk support har Kersti Malmstens omvårdnadsteoretiska ansats om etik i basal omvårdnad använts. Malmstens centrala begrepp handlar om att ha ett etiskt förhållningssätt i omvårdnaden av patienten, men svårigheten att hitta ”den gyllne medelvägen” är att varje enskild patient och situation i mötet är unik. Då ingen människa är född med att kunna handla moraliskt rätt i varje situation, behöver vi få verktyg i form av t ex etisk support för att förbättra vårt handlande och få bekräftelse i det vi gör är rätt för att kunna

ge patienten optimal vård och anhöriga ett bra stöd [25]. Även Lögstrups begrepp ”att ha någon i sin hand” har använts, vilket i vårdsammanhang innebär att sjuksköterskan i sin position bedside ständigt är närvarande hos patienten och ser ”den andre” och känner det etiska kravet att hjälpa för att få till stånd en så bra vård som möjligt [29].

Metoddiskussion

Att skriva en litteraturöversikt med integrativ design har både för- och nackdelar. Fördelen är att all relevant forskning inom det valda området kan inkluderas, oavsett forskningsmetod, vilket kan ge en mer genomgripande förståelse för ett specifikt omvårdnadsproblem eller fenomen [30]. Då en integrativ litteraturöversikt summerar tidigare gjorda teoretiska och empiriska studier inom ett valt område, kan detta syntetisera kvalitativ och kvantitativa studier till nya teorier som kan få direkt applicerbarhet i det praktiska arbetet. Samtidigt kan den omfattande litteraturen försvåra urvals- och dataanalysprocessen och öka risken för partiskhet och fel [30].

Syftet med litteraturöversikten var ursprungligen att undersöka hur etisk rond fungerar inom intensivvård i Sverige. Då inga publicerade studier finns om detta fick syftet ändras till intensivvård och slutenvård i världen. Många studier var dock sjukhusövergripande, då etisk konsultation i Nordamerika ger support till alla typer av avdelningar. Efter primärsökningen fick därför även slutenvårdsavdelningar inkluderas då endast ett fåtal studier på engelska hade intensivvården som undersökningsarena [36-38]. I Europa var det ännu sämre tillgång på forskningsresultat från etisk support inom intensivvården. I en tvärsnittsstudie angående läkares tillgång till etisk support i Norge, Italien, Storbritannien, samt Schweiz, redovisas av 656 läkare har 26 % möjlighet att få en formell etisk support, men bara 18 % har tillgång till etisk support i enskilda patientfall [46]. Cirka 35 % av de europeiska läkarna i studien visste inte om de kunde få etisk support i enskilda patientfall [46]. I Hurst studie [46] angavs inte vilka av läkarna som arbetar inom intensivvård, men ca 39 % rapporterade att de jobbar inom slutenvård.

Det fanns några studier med engelskt abstract från Tyskland och Italien som var relevanta, men då artiklarna i sin helhet inte fanns på engelska fick studierna exkluderas. Flera europeiska studier hade även undersökt etisk support inom psykiatri och primärvård, vilka exkluderades då det ligger för långt borta från primärområdet. Av de fåtal publicerade studierna med svensk kontext om Moral Case Deliberation, innefattade fyra studier både slutenvårdsavdelningar från tre sjukhus, samt två korttidsboenden [41-44], vilka ändå inkluderades då det fanns så lite material om etisk support i Sverige. En annan studie som efter tvekan inkluderades var Kälvemark Sporrongs studie [13], som jämförde sjukhus- och apotekspersonalens upplevelser om moralisk stress före och efter etisk rond. Det fanns därför svårighet att ha en skarp gränsdragning för vilka artiklar som fick vara med i denna studie på grund av det lilla studieurvalet. När ämnet breddades till att inkludera slutenvårdsavdelningar, blev studierna i datainsamlingen istället för många, då det i Nordamerika skrivits mycket om

etisk konsultation de senaste 30 åren. Därför blev kravet på de amerikanska artiklarnas kvalitet och relevans för syftet högre än de europeiska.

Kvalitetsgranskningen är en fas som innebär en risk för misstag, dels på grund av oerfaren forskare och dels på grund av de ospecifika kvalitetsgranskningsmallarna, som är utformade för att passa många olika sorters studier. Då de allmänt utformade mallarna ibland var svåränvända, samt att forskaren var ensam i att göra bedömningarna, vilket kan leda till personliga tolkningar, kan detta utgöra en svaghet i studien. De inkluderade studiernas metod var ibland svårbedömda, då de var otillräckligt beskrivna och därför svårvärderade och kan därmed få ett lägre kvalitetsbetyg.

Vid analysen av resultaten gjordes en indelning av etisk support i top-down-perspektiv, samt bottom-up-perspektiv. Detta fick ske då varianterna skiljer sig mycket åt både innehållsmässigt och ibland resultatmässigt, vilket skulle leda till en oöverskådlighet då data kategoriserades i tema och subteman. För att kunna se nya mönster och samband i de 22 artiklarna, gjordes en sammanfattning av studiernas resultat utifrån de olika subteman som fanns. Efter flera genomläsningar framträdde vissa mönster som kunde sammanfogas till ett nytt resultat redovisat i tabeller och figurer. Att göra en tematisk analys enligt en integrativ metod kräver kreativitet och kritisk analys av materialet [30], vilket vid ett omfattande material finns utrymme att missa detaljer som skulle kunna stärka eller förändra resultatet. Trots ett objektivt förhållningssätt i hela forskningsprocessen, finns alltid risk för partiskhet i tolkningarna på grund forskarens egna erfarenheter och kunskaper.

Slutsats och klinisk implikation

I vården av kritiskt sjuka patienter behövs inte bara den mest högteknologiska utrustningen och bästa medicinska behandlingen, även kompetent vårdpersonal som ser hela individen då patienters autonomi har lämnats i våra händer. För att kunna fördjupa denna kunskap och samtidigt motarbeta känslor av att frustration i vårdteamet vid etiska dilemman som t.ex. utsiktslös vård och konflikter, visar denna litteraturöversikt att etisk support är till god hjälp och övervägande upplevs positiv av både vårdpersonal och närstående, samt patienter.

Etisk support är under utvecklingsfas inom svensk sjukvård och ytterligare studier behövs inom svensk intensivvårdskontext. Med detta som bakgrund skulle vi inom intensivvård och andra vårdavdelningar kunna utveckla regelbundna interprofessionella teamkonferenser med etisk reflektion runt patienter där etiska problem utvecklats. En förutsättning är att hela vårdteamet är med, då de olika professionernas åsikter behöver komma fram under jämlika förhållanden. Sjuksköterskor och undersköterskor, vilka finns i patienternas närhet hela tiden, kan upptäcka etiska problem i ett tidigt stadium och kan medvetandegöra detta för medicinskt ansvariga läkare i vårdteamet, t.ex. under en vanlig rond. Läkare har möjlighet att gå igenom patienters fysiska medicinska värden och bilda sig en uppfattning av det etiska dilemman utifrån dessa fakta. Omvårdnadspersonal som tillbringar mycket tid på salen hos patienter och anhöriga kan under ronderna framföra sina observationer och eventuellt kan detta samarbete

leda till en lösning. Om det etiska problemet är svårlöst kan en etiker behöva komma in som stöd för vårdteamet med etisk support. Ibland dyker etiska problem eller konflikter upp under helger, nätter eller andra tidpunkter då det inte finns möjlighet att genomföra en teamreflektion. Därför rekommenderas etisk support även på regelbunden basis för att vårdpersonal skall kunna ta upp problem även retrospektivt eller enbart för att i vårdteamet reflektera om etiska frågor och samarbete allmänt.

Referenslista

1. Bartholdson C, Pergert P, Helgesson H. Procedures for clinical ethics case reflections: an example from childhood cancer care. *Clinical Ethics*. 2014; 9(2-3): s. 87-95.
2. Silén M, et al. What actions promote a positive ethical climate. *Nursing Ethics*. 2012; 19(4): s. 501-512.
3. Rasool D, et al. Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum*. 2017; 29(4): s. 313.
4. Svenska Intensivvårdsregisteret. Om SIR: Svenska Intensivvårdsregistrets organisation, syfte och mål. 2014. Hämtat från: <http://www.icuregswe.org/sv/Om-SIR/>
5. Azoulay E, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 180(9): s. 853-60.
6. Fridh I, Forsberg A, Bergbom I. Doing one's utmost: nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009; 25(5): s. 233-41.
7. Simini B. Patients' perceptions of intensive care. *The Lancet*. 1999; 354(9178): s. 571-572.
8. Sandman L, Kjellström S. Etikboken. 2015: Lund: Studentlitteratur AB.
9. Svensk Sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. 2014; Stockholm i januari 2014. Hämtat från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
10. Socialdepartementet. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Statens offentliga utredningar. SoU 1995:5. Hämtat från: <http://www.regeringen.se/49b6ca/contentassets/6c4cb9f4c3ef4296b68ea7c6cefbf1d2/del-2-kap.-9-t.o.m.-bilagorna>
11. Hamric A B, Blackhall L J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 2007; 35(2): s. 422-9.
12. Severinsson E. Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences*. 2003(5): s. 59-66.
13. Källemark Sporrang S, et al. Developing ethical competence in health care organization. *Nurs Ethics*. 2007; 14(6): s. 825-837.
14. Vincent J L, Berré J. Withholding and withdrawing life prolonging treatment in the intensive care unit: a current european perspective. *Chronic Respiratory Disease*. 2004; 1: s. 115-120.
15. Svantesson M. Postpone death. Doctoral dissertation. Örebro 2008.
16. Elpern E, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005(14): s. 523-530.
17. Wlody G S. Nursing management and organizational ethics in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007; 35(2 Suppl): s. S29-35.
18. Epstein E G, Hamric A B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of clinical ethics*. 2009; 20(4): s. 330.
19. Neveloff Dubler N, Webber M. Charting the future. *Hastings center report*. 2009; 39(6): s. 23-33.

20. Aulisio M P, Arnold R M. Role of the Ethics Committee: Helping To Address Value Conflicts or Uncertainties: Helping To Address Value Conflicts or Uncertainties. *Chest*. 2008; 134(2): s. 417-424.
21. Hurst S A. Methods in clinical ethics. *Clinical Ethics*. 2006; 1: s. 159-164.
22. Rasoad D, Kihlgren A, Svantesson M. 'It's like sailing' – Experiences of the role as facilitator during moral case deliberation. *Clinical Ethics*. 2017; 12(3): s. 135-142.
23. de Snoo-Trimp J, et al. What outcomes do Dutch healthcare professionals perceive as important before participation in Moral Case Deliberation? *Bioethics*. 2017; 31(4): s. 246-257.
24. Stolper M. Learning by Doing. Training health care professionals to become facilitator of Moral Case Deliberation. *HEC Forum*. 2015;(27): s. 47–59.
25. Malmsten K. Etik i basal omvårdnad. 2001: Lund: Studentlitteratur.
26. Kalkas H, Sarvimäki A. Omvårdnadsetikens grunder. 2002: Liber AB.
27. Montgomery H. Medelhavsvärldens historia till omkring 400 e.kr. Andra upplagan ed. 1978, Berlings, Arlöv, Almqvist & Wiksell Förlag AB.
28. Mark O, Holmström S. Filosofer.se om tänkare och idéer. 2010-2018. Hämtat från: www.filosofer.se/aristoteles.html
29. Lögstrup K E. Det etiska kravet. 1994, Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
30. Whittemore R, Knalf K. The integrative review: Updated methodology Blackwell Publishing Ltd, 2005.
31. Polit D, Tantano B. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed ed. 2011: Lippincott Williams & Wilkins.
32. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Bilaga 2. Mall för kvalitetsgranskning av randomiserade studier. 2014.Hämtat från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/Mall_randomiserade_studier.pdf
33. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser 2014. Hämtat från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
34. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Bilaga 6. Mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter enligt AMSTAR [1,2] 2014. Hämtat från: http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_systematiska_oversikter.pdf
35. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbas omvårdnad. Andra upplagan ed. 2006, Lund: Studentlitteratur.
36. Schneiderman L J., et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290(9): s. 1166-72.
37. Schneiderman L J, Gilmer T, Holly D, Teetzel H. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: A randomized, controlled trial. *Crit Care Med*. 2000;28(12).
38. Chen Y-Y, et al. To evaluate the effectiveness of health care consultation based on the goals of health care ethics consultation: a prospective cohort study with randomization. *BMC Medical Ethics*. 2014; 15(1).
39. Puma J, et al. Community Hospital Ethics Consultation: Evaluation and Comparison With a University Hospital Service. *The American Journal of Medicine*. 1992; (92): s. 346-351.
40. Wasson K, et al. What Ethical Issues Really Arise in Practice at an Academic Medical Center? A Quantitative and Qualitative Analysis of Clinical Ethics Consultations from 2008 to 2013. *HEC Forum*. 2016; 28(3): s. 217-228.
41. Svantesson M, et al. Learning a way through ethical problems: Swedish nurses' and doctors' experiences from one model of ethics rounds. *J Med Ethics*. 2008; 34(5): s. 399-406.
42. Svantesson M, et al. Interprofessional ethics rounds concerning dialysis patients: staff's ethical reflections before and after rounds. *J Med Ethics*. 2008; 34(5): s. 407-13.
43. Svantesson M, Silén M, James I. It's not all about moral reasoning: Understanding the content of Moral Case Deliberation. *Nursing Ethics*. 2017; 1(18).

44. Rasoal D, Kihlgren A, I. James I. What healthcare teams find ethically difficult: Captured in 70 moral case deliberation. *Nursing Ethics*. 2016; 23(8): s. 825-837.
45. Heidenreich K, et al. Relational autonomy in the care of the vulnerable: health care professionals' reasoning in Moral Case Deliberation (MCD). *Med Health Care Philos*. 2017. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9818-6>.
46. Hurst S A, et al. Physicians' access to ethics support services in four European countries. *Health Care Anal*. 2007; 15(4): s. 321-35.
47. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. What triggers requests for ethics consultations. *Journal of Medical Ethics*. 2001; 27: s.:i24–i29.
48. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A National Survey of U.S. Internists' Experiences with Ethical Dilemmas and Ethics Consultation. *J GEN INTERN MED*. 2004; 19: s.:251–258.
49. Gorka C, Craig J M, Spielman B J. Growing an ethics consultation service: A longitudinal study examining two decades of practice. *AJOB Empirical Bioethics*. 2017; 8(2): s. 116-127.
50. Homan M. Using the Gelberg-Andersen Behavioral Model for Vulnerable Populations to Assess the Factors Associated with the Timing and Patient Outcomes of Clinical Ethics Consultations. Doctoral dissertation. Oklahoma 2017.
51. McClimans L, Pressgrove G, Rhea J. A Qualitative Study of US Clinical Ethics Services: Objectives and Outcomes. *Narrative Inquiry in Bioethics*. 2016; 6(2): s. 127-142.
52. Orłowski J.P, et al. Why doctors use or do not use ethics consultation. *J Med Ethics*. 2006; 32(9): s. 499-502.
53. Robinson E M, et al. Structure, Operation, and Experience of Clinical Ethics Consultation 2007-2013: A Report from the Massachusetts General Hospital Optimum Care Committee. *J Clin Ethics*. 2017; 28(2): s. 137-152.
54. Swetz K M, et al. Report of 255 Clinical Ethics Consultations and Review of the Literature. *Mayo Clinic Proceedings*. 2007; 82(6): s. 686-691.
55. Tapper E.B, et al. Ethics Consultation at a Large Urban Public Teaching Hospital. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(5): s. 433-438.
56. Nilson E.G, et al. Clinical Ethics and the Quality Initiative: A Pilot Study for the Empirical Evaluation of Ethics Case Consultation. *American Journal of Medical Quality*. 2008; 23(5): s. 356.
57. Rasmussen L. An Ethics Expertise for Clinical Ethics Consultation. *Journal of law, medicine & ethics*. 2011: s. 649-661.

Bilagor

Bilaga 1.a. Översikt litteratursökning

Tabell 6: Primärsökning

Databas och datum	Sökstängar med operatörer:	Sökbegränsning (publikationsdatum, studiedesign, språk):	Antal träffar:	Antal lästa abstract:	Totalt antal inkluderade för relevansbedömning, dubletter exkluderade:
Google 10/9-17	etisk rond intensivvård, etisk reflektion intensivvård, etisk analys intensivvård	Ingen	696	1	0
Google Scolar 20/9-17	etisk reflektion intensivvård Sverige "etisk rond" OR "etisk analys" OR "etisk reflektion"	År 1998-idag, exkluderade sökordet "psykiatri"	55	3	1
Google Scolar 22/9-17	clinical ethics critical care europe "clinical ethics" OR "clinical ethics consultation" OR "clinical ethics committeés"	År 1998-idag, exkludera sökordet "psykiatric"	6430	32	5
Pub Med 26/9-17	"critical care" AND "clinical ethics" AND "health personnel" OR "ethics consultation" OR "clinical ethics committees" OR "clinical ethicists" OR "clinical ethics support"	Engelska, år 1992 – idag, "humans"	1912	217	69
Pub med 1/10-17	"moral case deliberation"	Engelska, år 1992-idag, "humans"	30	14	4
Scopus 15/10-17	"critical care" AND "ethics consultation" OR "ethics rounds" OR "ethics analysis" OR "moral case deliberation"	Språk engelska, exkluderar: Brev, ingenjörsvetenskap, maskinvetenskap, konst	79	5	3
CINAHL 20/10-17	"clinical ethics" AND "health personnel" OR "ethics consultation" OR "clinical ethics committees" OR "clinical	Engelska, 1992-idag, "humans", peer reviewed	20	8	4

	ethicists" OR "clinical ethics support"				
Medline 26/10-17	"clinical ethics" AND "health personnel" OR "ethics consultation" OR "clinical ethics committees" OR "clinical ethicists" OR "clinical ethics support"	Engelska, 1992-idag, "humans", abstract.	145	67	58
SwePub 31/10-17	"ethical reflection care"	Engelska, referegranskad	49	5	3
ProQuest: Psyk INFO 5/11-17	"critical care" AND "ethics consultation" OR "ethics rounds" OR "moral case deliberation"	Engelska, peer reviewed, år 1992-idag	53	16	4
ProQuest dissertations and theses 11/11-17	"care" AND "ethics consultation" OR "ethics rounds" OR "moral case deliberation"	Engelska, peer reviewed, år 1992-idag	142	48	2
ProQuest Social Science database 20/11-17	critical care" AND "ethics consultation" OR "ethics rounds" OR "ethics committees"	Engelska, peer reviewed, år 1992-idag	81	18	11

Bilaga 1.b. Översikt litteratursökning

Tabell 7: Sekundärsökning

Författare	År	Titel	Funnen genom
Keith M. Swetz	2007	Report of 255 clinical ethics consultations and review of the litterature	Boissy AR et al 2008
De Snoo- Trimp et al	2017	What Outcomes do Dutch Healthcare Professionals Perceive as Important Before Participation in Moral Case Deliberation	Jellema H et al, 2017
Puma, J., et al.	1992	Community Hospital Ethics Consultation: Evaluation and Comparison With a University Hospital Service	Tapper E, etal 2009
Svantesson M, et al	2017	It's not all about moral reasoning: Understanding the content of Moral Case Deliberation	Svantesson M, et al, 2008

Bilaga 2. Litteratur för analys och kvalitetsbedömning

Tabell 8.

Författare/ år/ land	Miljö	Syfte	Metod/urval	Resultat och slutsats	Kvalitet på metod (hög/ låg)	Data- relevans (hög/låg)
Chen Y et al, 2014, Taiwan	Tre st kirurg-IVA på "National Taiwan University Hospital"	Utvärdera effekten av etisk konsultation.	Prospektiv kontrollerad studie med randomisation. Under 2,5 år fick 33 patienter etisk konsultation (EK), kontrollgrupp n=29.	Data från patientjournaler. Ingen skillnad i mortalitet mellan grupperna. Interventionsgruppen kortare IVA- och sjukhusvistelse. Etiska dilemman som läkare resp ssk initierade EK för: 1. <i>Konflikt</i> vårdteamet och närstående. 2. <i>Avstå eller avbryta</i> livsuppehållande behandling. 3. <i>HLR</i> , <i>behandlingsmål</i> . 4. <i>Konflikt</i> inom vårdteamet. Studien genomfördes enl amerikansk/europeisk modell med pat autonomi i fokus. I östasien är familjens autonomi i fokus.	Låg+	Hög
Gordon DuVal, L. S, 2001, Kanada, USA	IVA, HIA, onkolog- och hematolog-, samt icke specificerade avd över hela USA.	Dilemman som leder till att ta kontakt för etisk konsultation.	N= 600 slumpmässigt utvalda läkare, telefonintervjuades utifrån ett frågeformulär analyserades kvantitativt och kvalitativt.	344 läkare deltog i i telefonintervju. Etiska dilemman: 1. Vård i livets slut; avsluta gagnlös behandling, eller ta beslut om avbryta livsuppehållande behandling. 2. Patientens autonomi – ta beslut för patienten. 3. Konflikter mellan inblandade (vårdteamet, patient, närstående).	Låg	Låg

Författare/ År/ Land	Miljö	Syfte	Metod/design /urval	Resultat och slutsats	Kvalitet på metod (hög/låg)	Data- relevans (hög/låg)
Gordon DuVal, S et al, 2004, Kanada, USA	IVA, HIA, onkolog- och hematolog-, samt icke specifierade avd över hela USA	Identifiera etiska dilemman, hur de handlar och användningen av etiska konsultat- ioner.	Nationell telefon- survey bland läkare n=344.	Etiska dilemman: 1. Vård i livets slut (IVA 79 %). 2. Patientens autonomi (IVA 63 %). 3. Konflikter mellan parter (IVA 38 %). Läkares åsikter om etisk konsultation: Positivt: Medlar i konflikter, någon med expertis och erfarenhet av etik som kan ge klara direktiv, kan lagar, policys, samt nationell standard. Klargör etiska frågeställningar, ger professionell stöttning i att man tagit rätt beslut. Negativt: Tidsödande process, gör saker värre, konsulterna är okvalificerade och/eller ohjälpsamma.	Låg+	Låg
Gorka C, et al, 2017, USA	Stort sjukhus i Springfield, Illinois.	Undersöka tillväxt, karaktär, utveckling av EK, identifiera förändringar i samband med tillväxten.	Longitudinell survey från år 1990-2013 av n=2567 konsultationer. Data inhämtat från konsulternas journalföring.	Etisk konsultation hade ökat från 19 år 1990 till 551 år 2013 1. <i>Förändring i beställar-fördelningen</i> ; fler sjuksköterskor initierar. 2. <i>Fler beställarekategorier</i> fr 6 st (läkare, ssk, familj, medicinstudent, socialarbetare osv) till 19 st (hospice/palliativvård, kommunen osv). 3. <i>Tidig konsultation</i> ger minskat antal vård dagar; 23 år 1990 till 8 år 2013. 4. <i>Ökat antal etiska frågeställningar</i> från 7 till 35 år 2013. 5. <i>Ökat antal patientdiagnoser</i> , jämn procentuell nivå på IVA-pat. 6. <i>Minskad mortalitet vid utskrivning</i> (även inräknat hospicepatienter). 7. Fler beslutsinkompetenta patienter.	Hög	Hög
Heidenreich K et al, 2017, Sverige	Sjukhus i mellan Sverige; 2 dialys-, 2 medicin- och 2 gerrehab- avdelningar	Beskriva vårdpersonal- ens tankar under MCD beträffande etiskt svåra patientfall.	Deskriptiv studie av 22 inspelade MCD. Kvalitativ innehålls- analys av materialet.	<i>Balans</i> mellan vårdarnas och patientens och de närståendes syn på god vård (om de tycker olika). Hur långt man kan <i>övertala</i> en patient får att uppnå den vård man vill ge, vara <i>patientens advokat</i> , <i>avvägningen</i> att använda milt tvång för att kunnavårda och ändå bevara patientens värdighet. - Hur etablera bra relation med den utlämnade patienten. - Värna om pat integritet vid omvårdnadsarbete. - Tålmod till att låta patient och anhöriga acceptera den försämrade hälsan.	Hög	Hög

Fortsättning tabell 8.

Författare/År/Land	Miljö	Syfte	Metod/design/urval	Resultat och slutsats	Kvalitet på metod (hög/låg)	Data-relevans (hög/låg)
Homan, M, 2017, USA	Varierade sjukhusmiljöer från akut-sjukhus, BB, specialist-sjukhus till psykiatriska institutioner och rehab.	Via en modell undersöka sannolikheten till förlängd sjukhusvistelse vid sen etisk konsultation.	372 EK utvärderades, beställare intervjuades av etiker, kvantitativ analys av data fr år 2013-2016,urval från 18 år.	<i>Vanligaste diagnos:</i> sepsis. <i>Initierande:</i> läkare 40 %. <i>Etiska problem:</i> Delat beslutsfattande 45 %, närståendes beslutsfattande 19 %, patientens beslutsfattningsförmåga 17 %, informerat samtycke 9 %. 29 % av frågorna; HLR (12 %), livsuppehållande behandling 12 % och gagnlös behandling 5 %. <i>Övrigt:</i> Oddsens för längre sjukhusvistelse ökade med 6 ggr vid sen etisk konsultation (efter 2 dagar). <i>Slutsats:</i> En tidigare etisk konsultation kan reducera vårdtiden.	Hög	Låg+
Hurst, S. A., et al, 2007, Schweiz	Läkare från slutenvård) (39 %) till öppenvård i Italien, Norge, Schweiz, Storbritannien.	Typ av etisk support i de 4 utvalda länderna och vad initierar användat av denna service.	Internationell survey. Frågeformulär till n=646 svarande läkare.	Låg svarsfrekven. Tillgången till klinisk etisk kommittee bland läkarna: Runt 23 % högst i GB; 53,6%. Av dem som hade tillgång, hade 27 % använt etisk support. Läkare som haft etikutbildning använde sig i högre grad av denna service. 7 % hade använt sig av etisk support under det senaste fallet de haft av etiskt dilemma, men 81 % trodde att det skulle varit användbart i detta fall.	Låg	Låg
Kälvemark Sporrang, S., et al. 2007, Sverige	Jämförelse mellan apoteks- och sjukhuspersonal.	Hur moralisk stress varierar mellan olika arbetsgrupper, hur utbildning och etiska ronder kan påverka moralisk stress.	Randomiserad interventionskontrollerad studie; tre etiklektioner och tre etikronder; enkät före och 6 mån efter.	Signifikant skillnad i baseline mellan de två grupperna i avseende moralisk stress (lägre nivå av moralisk stress i apoteksgruppen). Ny enkät 6 mån efter intervention, visade inte någon skillnad på moralisk stress i någon grupp. Slutsats: Moralisk stress inte är någon "quick fix", för kort tid med etikronder . Organisatoriska frågor påverkade, som att sjuksköterskor och undersköterskor hade svårt att lämna avdelningen i en timma för etikrond. Diskussion om instrumentet som mätte stress inte var tillräckligt känsligt d.v.s kunna skilja på moralisk stress från annan stress.	låg	låg

Författare/År/Land	Miljö	Syfte	Metod/design/urval	Resultat och slutsats	Kvalitet på metod	Data-relevans
McClimas, L, 2016, USA	Olika sjukhus över hela USA.	Undersöka etisk konsultation på djupet för att utforska ev större användningsområde.	N=19 intervjuer med kliniska etiker.”	Frågeställningar etikerna tyckte var viktigast: <ul style="list-style-type: none"> - Medla, rådgöra, samt support till patient, familj och vårdteam vid konflikter. Stötta personal vid svåra beslut och moralisk stress. - Etisk kvalitet på beslut och handlingar. Ge etiskt rättfärdigade rekommendationer. Utbilda personalen att identifiera etiska frågor och kunna reagera vettigt på dessa. Bli etiskt medvetna. - Förbättra sjukvårdsorganisationen holistiskt; se patientens-, familjens och vårdteamets behov. Vara proaktiv med etiska förbättringar. 	Låg	Låg
Nilson, E. G., et al. 2008, USA	Multicenterstudie; 6 sjukhus i och runt New York, samt New Jersey, samt Connecticut.	Utvärdera etisk konsultation.	Retrospektiv deskriptiv pilotstudie; 53 konsultationer gjorda under en 30-dagarsperiod 2002. Uteslöt pediatrik och neonatal.	Konsulterna fyllde i frågeformulär, vilka som initierar etisk konsultation: Sjuksköterskor och läkare 72 %, närstående 17%, Etiska dilemman: 1. Avbrytande (withdraw) av livsuppehållande åtgärder. 2. Vårdnivå. 3. Konflikter mellan personal och närstående. 4. Avstå (withhold) livsuppehållande åtgärder. 5. Vägrar rekommenderad behandling. 6. Informerat samtycke, samt utnyttjande av ytterligare sjukhusresurser (= ytterligare medicinska bedömningar, rättslig prövning, präst, psykiatrisk konsult). Ingen konsultation ledde till en fullskalig etisk kommitté. Endast ett fall ledde till rättslig prövning.	Låg	Låg
Orlowski, J. P., et al. 2006, USA	Ett universitetssjukhus i Florida.	Bestämma faktorer som gör att vissa läkare begär etisk konsultation eller inte.	Frågeformulär till läkare n=121.	98 läkare använde EK, 23 inte. Övervägande av icke-användarna tyckte; 1. ”EK inte klarade av att få helhetsbilden när de kommer utifrån”(kirurgerna utmärkte sig i denna åsikt), användarna neutrala. 2. Deras plikt att lösa problemen med pat och familj. 3. Etisk konsultation kunde leda till att familjen skulle tro att läkaren inte klarade av ge dem guidning i deras beslut. Användarna: Läkare som trodde på delat beslutsfattande eller vill ha en annan syn på saken, etisk konsultation hjälper familjen till en utomstående, objektiv synpunkt osv.	Låg	Låg

Författare/ År/ Land	Miljö	Syfte	Metod/design /urval	Resultat och slutsats	Kvalitet på metod	Data- relevans
Puma, J., et al. 1992, USA	Universitets sjukhus och landsorts sjukhus.	Kartläggning av etisk konsultation och jämföra hur EK utfördes på universitets sjukhus vs landsorts- sjukhus.	Prospektiv, jämförande studie 1988- 1990 mellan två sjukhus. Frågeformulär och interjuer av beställande läkare och etiker inbland- ade i 104 konsultationer.	Viktigaste etiska dilemman (mindre sjukhuset hade fler konsultationer i alla 3 frågeställningarna): 1. Vårdnivå; livsuppehållande behandling 2. Lösa konflikter mellan närstående och personal 3. Utvärdera patientens kompetens (ang autonomi). I 24 % av konsultationerna var patienterna själva kapabla att ta beslut. 97 % av respondenterna skulle tänka sig denna service igen (86 % gav EK högsta betyg (skala 1-5). Ingen större skillnad i utvärderingen mellan universitets sjukhusets och mindre sjukhuset, eller skillnad i mortalitet, men landsortssjukhusets patienter hade högre medelålder (68 år vs 51 år).	Låg	Hög
Rasoal, D., et al. 2016, Sverige	Tre sjukhus och 2 korttidsbo- ende/rehab.	Undersöka vilka typer av etiskt svåra situationer ett vårdteam upplever under MCD.	Kvalitativ med en induktiv, deskriptiv design. Ssk n=400, läkare n=44, usk n=144, VEC n=33, social- arbetare n=12, fysioterapeut n=11 m.fl.	687 personal deltog i 70 st MCD, spelades in och analyserades. Teman: 1. <i>Maktlöshet</i> ; klara av svåra situationer med pat och närstående. 2. <i>Otillräcklighet och stress</i> ; att inte kunna tillgodose patientens och närståendes känslomässiga behov, möta utbrott. Minskad motivation vid patienter som inte tar ansvar för sin hälsa. 2. <i>Obehag</i> ; otrygg och ojämlig vård; pat utskrivna till otrygga förhållanden, patienter behandlade olika i förhållande till social status el hur krävande de är, läkare som framför t ex cancerdiagnos till pat på ett okänsligt sätt. 3. <i>Osäkerhet</i> ; vem som skall ha makt över vårdbeslut; när är det rätt att gå emot patientens vilja? Hur mycket inflytande borde anhöriga ha över vården?	Hög	Hög
Robinson, E. M., et al. 2017, USA	Sjukhus.	Undersöka konsultations- verksamheten under en 6-års period..	Retrospektiv datainsamling på alla vuxna patienter under 2007- 2013 , som haft EK.	Svar på vem som initierar EK, anledningen till konsultationen: 1. Moralisk support/få bekräftelse att man tagit rätt beslut. 2. Olika frågor rörande närstående. 3. Utredda patientens vilja. Upplevelsen av etisk konsultation: samman - Feedback på beslutsfattande t ex ang vårdnivå. - Medla i konflikter mellan vårdteam och/eller närstående. - Redogöra för sjukhus-policy, förordningar. - Identifiera närstående, samt konflikter mellan dem.	Hög	Hög

Författare/ År/ Land	Miljö	Syfte	Metod/design /urval	Resultat och slutsats	Kvalitet på metod	Data- relevans
Schneiderman, L J et al, 2000, USA	Medicinsk- och barnIVA på ett universitets sjukhus.	Undersöka hur etisk konsultation påverkar IVA-vården.	Randomiserad interventionsstudie. n=35 etisk konsultation, n=35 kontrollgrupp. Journalgranskning och intervjuer.	Åtta intervjuer med närstående, övrigt resultat grundar sig på journalgranskning: Ingen skillnad i mortalitet, konsultationsgruppen hade däremot färre dagar: <ul style="list-style-type: none"> - I respirator - Med EN och TPN - Färre IVA-dagar. Sammanfattningsvis gav denna studie en fingervisning om att etisk konsultation reducerar gagnlös vård på IVA. De intervjuer som gick att genomföra visade positiv respons från närstående och personal. 	Låg	Låg
Schneiderman, L. J., et al. 2003, USA	7 sjukhus, Vuxen-IVA	Undersöka om EK på IVA reducerar livsuppehållande åtgärder för patienter, som inte överlevde vårdtillfället.	Prospektiv, kontrollerad, randomiserad interventionsstudie, jämför pat som fick EK n=278 el inte (n=273). Journalgranskning och intervjuer.	Multicenterstudie med 550 st patienter, deras närstående och de vårdande sjuksköterskorna och läkarna på olika IVA. Resultat: <ol style="list-style-type: none"> 1. ingen skillnad i mortalitet mellan grupperna. 2. Patienter som inte överlevde sjukhusvistelsen, hade färre IVA- och respiratordagar än kontrollgruppen. 3. Mellan de tillfrisknade patienterna i interventions- och kontrollgruppen, fanns det ingen signifikant skillnad i behandling eller IVA-dagar. Uppföljningsintervjuerna visade i huvudsak mycket positiva betyg av så väl patient/närstående som vårdteamet. Slutsatsen blev att etisk konsultation kan associeras med en signifikant reduktion på ”non-beneficial-treatments”.	Hög	Hög
Svantesson, M et al, 2017, Sverige	Tre sjukhus och 2 korttidsboende/rehab (medicin och dialys).	Undersöka innehållet som inte handlade om etik under Moral Case Deliberation (MCD).	Studier del i ett större europeiskt projekt. Fenomenologisk studie med kvalitativ- och kvantitativ metod.	Personal spelades in under 70 MCD. Moraliskt och etiska reonemang stod för 45 % av MCD (se Rasoal, 2016). Resterande tid: <ol style="list-style-type: none"> 1. Reflektioner rörande psykosocial arbetsmiljö (29% av tiden); känslomässig utmattning (svåra möten), känslomässig stöttning, yrkesmässig stress (t ex felmedicinera), oro, krav. Teamsamarbete. 2. Antagande om patientens psykosociala situation (6%). 3. Fakta om patientens situation, bakgrundsfakta (5%). 4. Konkret problemlösande (generellt och organisatoriskt; 6%) och process (3%). 	Hög	Hög

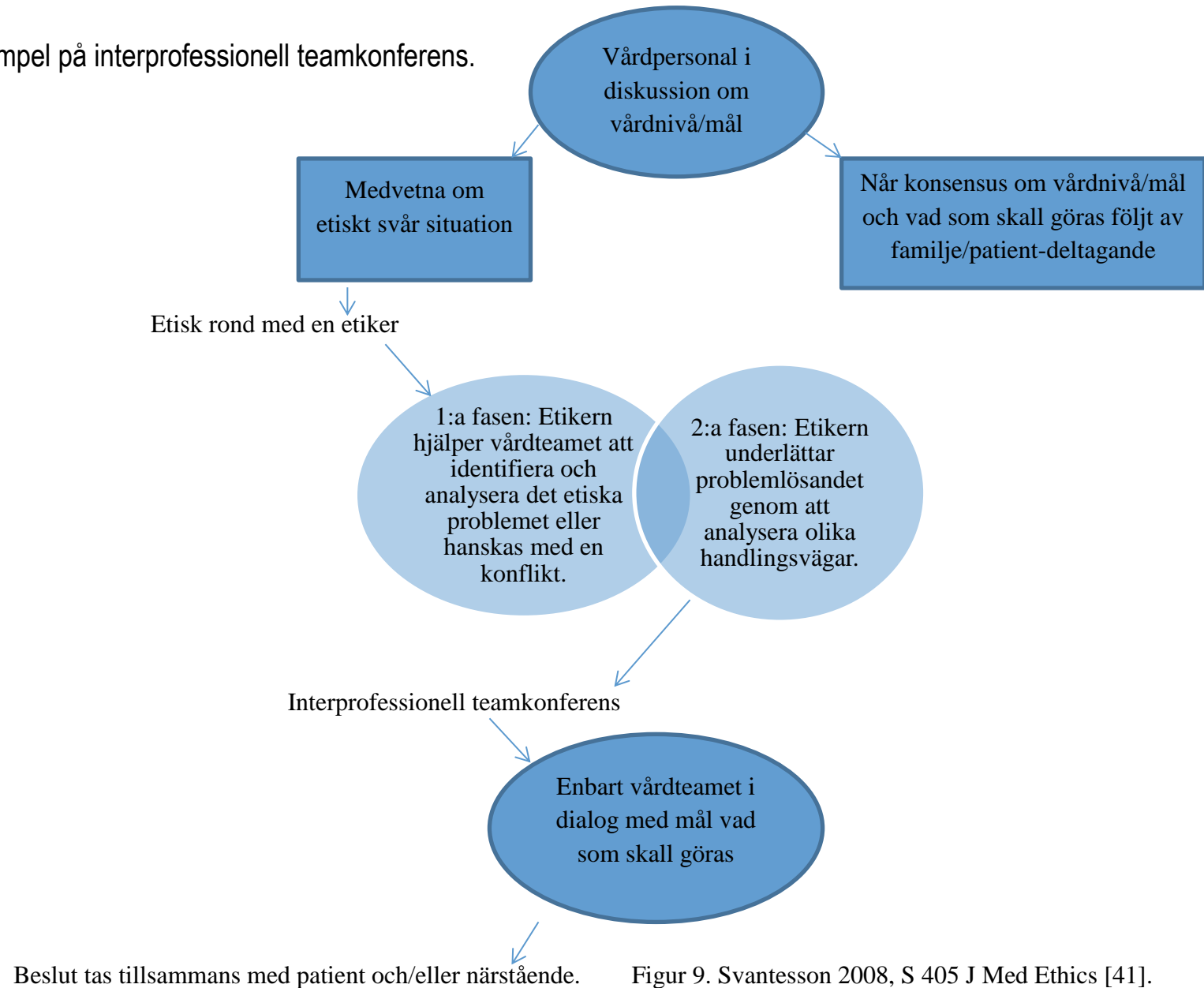
Fortsättning tabell 8.

Författare/ År/ Land	Miljö	Syfte	Metod/design /urval	Resultat/slutsats	Kvalitet metod	Data- relevans
Svantesson, M et al, 2008, Sverige	Tre sjukhus, 3 dialys-avdelningar.	Undersöka om etiska ronder stimulerar etisk reflektion	Interventionsstudie med n=104 vårdpersonal, frågeformulär före och efter etisk rond. Kvalitativ och kvantitativ analysmetod.	Etikronden hölls av en filosof. Upplevelsen av etikronden: 1. Mindre insikt i etik och reflektion; 52 %, lika låg; 12 %, större 22 %. 2. Ökat teamsamarbete och dialog, når vårdkonsensus. Utvidgat perspektiv och kunskap om patienten. Mer komplex. Förstärker patient-/familjekontakt, vikten av adekvat information och psykologisk support till patienten. <i>Slutsats:</i> Etikrond ger ingen snabb lösning på etiska problem , vilket klinikerna verkar efterfråga och var en av de rapporterade anledningarna för att inte få någon insikt. Teamdialog för att lösa problem viktigast.	Hög	Hög
Svantesson, M et al, 2007, Sverige	3 sjukhus, 3 dialys-avd	Utvärdera en etisk rond-modell genom att beskriva sjuksköterskors och läkares upplevelser av etikronder	Interventionsstudie, intervjuer före och efter etikrond med n=7 läkare och n=11 sjuksköterskor.	Etikronder ledda av filosofer, fått instruktioner att inte komma med problemlösningar. <i>Positivt</i> om ronden; stimulerar till vidgat tänkande, känsla av att nå varandra, insikt i moraliskt ansvar, känslomässig lättnad. <i>Negativt</i> ; känsla av ointresse, alienation, frustration pga att problem inte löser sig, resignation pga att inget förändras (ingen tid till reflektion, annan personal som bara vill få jobbet gjort). Både läkare och ssk resignerade ang attityder till vårdnivå – ”kommer aldrig att förstå varandra”. Olösbart problem med patienter som inte har följsamhet till behandling.	Hög	Hög
Swetz, K. M., et al. 2007, USA	Ett amerikanskt sjukhus	Analys av etiska dilemman	Retrospektiv registerstudie 1995-2005, analys av etiska dilemman under 255 etiska konsultationer	Vid genomgång av data, samt en jämförelse med tidigare studier, framkom etiska frågeställningarna: 1. Rörande patientens autonomi, då anhöriga el närstående inte är beslutskompetenta (82%). 2. Konflikter rörande beslutsfattande emellan personal el personal och patient/närstående (76%). 3. Vård och kvalitet i livets slut (60%). 4. Gagnlös behandling och vårdnivå (54%). Ca 40% av konsultationerna rörde IVA-patienter, 55% inom slutenvårdsavdelningarna och resterande polikliniska.	Låg	Hög

Fortsättning tabell 8.

Författare/ År/ Land	Miljö	Syfte	Metod/urval	Resultat/slutsats	Kvalitet metod (hög/låg)	Data- relevans (hög/låg)
Tapper, E. B., et al. 2010, USA	Ett stort universitets- sjukhus.	Beskriva population, vilka dilemman, hur långvariga de etiska konsultationer var.	Retrospektiv registerstudie, 3-års utvärdering 2004-2006. 285 st konsultationer	Andelen korta konsultationer var störst, runt 90 % (informella samtal mellan etiker, personal, närstående alt konsultera policy, journalgranskning och därefter lämna en skriven rekommendation) och de flesta i anslutning till intensivvård (patienter som flyttats till IVA, administrerades fortfarande med konsulter från vårdavdelningen). Etiska dilemman: 1. Om HLR, 2. Kurativ vs palliativ behandling, 3. Fortsätta el dra tillbaka livsuppehållande åtgärder, 4. Kommunikations- delade åsikter mellan personal och närstående.	Låg +	Hög
Wasson, K., et al. 2016, USA	Ett stort akademiskt sjukhus.	Belysa vilka etiska dilemman som leder till etisk konsultation.	Retrospektiv tvärsnitts- studie på 156 kodade konsultationer 2008-2013 med frågeformulär. <i>Demografi</i> ; 56 % män, vita 57 % mellan 50-69 år, katolsk tro (44 %).	<i>Vårdställe</i> : 47 % på IVA, 29 % vårdavdelning, 24 % på specialavd (akutintag, hjärttransplantation, benmärgstranspl, onkologi/hematologi osv). <i>Etiska problem</i> : 1. Ta beslut om patientens; kapacitet, autonomi, anhörig som bestämmer i patientens ställe, rättsliga direktiv, vägran, levande testament, informerat samtycke. 2. Mål med vård/behandling; fördelar/nackdelar, utskrivning, livskvalitet. 3. Livets slut; behålla eller avsluta behandling, lindring/palliativvård, återupplivningsfrågor, livsuppehållande behandling, gagnlös vård. 4. Värderingar/mening; förväntningar, religion, andlighet, lidande. 5. Kliniska frågor; neurologiska frågor, misstro. 6. Professionella/institutionella frågor, samt rättsliga frågor. <i>Vem initerar konsultation</i> : Olika typer av läkare 50,7%, ssk 23 %, socialarbetare 15,4%. Övriga: Närstående, medicinstudent o s v.	Hög	Hög

Bilaga 3. Praktiskt exempel på interprofessionell teamkonferens.



Figur 9. Svantesson 2008, S 405 J Med Ethics [41].