

**SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER I MÖTET MED DÖENDE  
PATIENTER INOM SPECIALISERAD PALLIATIV VÅRD**

**En intervjustudie**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Examinationsdatum: 2018-10-29  
Kurs: 50  
Författare: Denise Andersson  
Författare: My Ljungros

Handledare: Yvonne Hajradinovic  
Examinator: Catharina Ahlin

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Palliativ vård innebär vård av en patient som förväntas dö till följd av sin sjukdom, det vill säga en döende patient. Palliativ vård syftar till att förbättra livskvaliteten hos patienterna vid livshotande sjukdom genom att lindra symtom. Specialiserad palliativ vård utförs på särskilda verksamheter med kunskap och kompetens inom området. Att som sjuksköterska arbeta inom palliativ vård kan innebära psykisk belastning men samtidigt ses sjuksköterskor som arbetar med döende patienter ha ett mera avslappnat förhållningssätt till döden och döendet.

### **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med döende patienter inom specialiserad palliativ vård.

### **Metod**

Metoden har en kvalitativ ansats. Datainsamling genomfördes via fysiska, enskilda intervjuer med sex sjuksköterskor som arbetade inom specialiserad palliativ vård. Den insamlade data analyserades enligt en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004).

### **Resultat**

I resultatet framkom att sjuksköterskorna upplevde att det fanns hinder i mötet med döende patienter, där ibland kommunikationsutmaningar och psykisk påfrestning. Mötet med döende patienter i arbetet har även till viss del påverkat sjuksköterskornas förhållningssätt till döden. I resultatet framkom det också att mötet med döende patienter i arbetet har givit en inverkan i samtliga av sjuksköterskornas liv inom olika områden.

### **Slutsats**

Slutsatsen är att hinder fanns i mötet med döende patienter, sjuksköterskornas förhållningssätt till döden har påverkats av mötet och mötet har givit en inverkan i sjuksköterskornas liv.

**Nyckelord:** Döende patienter, Innehållsanalys, Kvalitativ, Palliativ vård, Sjuksköterskor, Upplevelser.

## **Innehållsförteckning**

<b>INLEDNING</b> .....	4
<b>BAKGRUND</b> .....	4
<b>Palliativ vård</b> .....	4
<b>Specialiserad palliativ vård</b> .....	4
<b>Sjuksköterskors ansvarsområde och arbetssätt</b> .....	5
<b>Sjuksköterskors förhållningssätt i mötet med döende patienter</b> .....	6
<b>Teorin om KASAM</b> .....	7
<b>Problemformulering</b> .....	7
<b>SYFTE</b> .....	8
<b>METOD</b> .....	8
<b>Val av metod</b> .....	8
<b>Urval</b> .....	8
<b>Datainsamling</b> .....	8
<b>Dataanalys</b> .....	9
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	10
<b>RESULTAT</b> .....	12
<b>Hinder i mötet med döende patienter</b> .....	12
<b>Sjuksköterskors förhållningssätt till döden</b> .....	14
<b>Inverkan i det egna livet</b> .....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	18
<b>Resultatdiskussion</b> .....	18
<b>Metoddiskussion</b> .....	21
<b>Slutsats</b> .....	24
<b>AVTACKANDE</b> .....	25
<b>REFERENSER</b> .....	26

## **BILAGA A-C**

## **INLEDNING**

Studien är genomförd av två sjuksköterskestudenter på Sophiahemmet högskola som intresserar sig för ämnet palliativ vård. De har därför valt att fokusera sig på ämnet och fördjupa sig i området i sitt examensarbete. Palliativ vård kan bedrivas inom många vårdkontexter, såsom äldreboende och olika vårdavdelningar. I studien är fokus på specialiserad palliativ vård för att studera sjuksköterskors upplevelser som möter palliativ vård dagligen och därigenom har mycket att beskriva kring området. Det har visat sig finnas begränsad forskning som berör sjuksköterskors upplevelser i mötet med döende patienter. Med den begränsade forskning som finns inom området och intresset som finns för palliativ vård har studien utformats för att studera sjuksköterskors upplevelser i mötet med döende patienter inom specialiserad palliativ vård.

## **BAKGRUND**

### **Palliativ vård**

Begreppet palliativ kommer enligt Sandman och Woods (2003) från latinets pallium som betyder mantel. Mantel i detta fall innebär att skydda sig men inte ta bort faran i sammanhanget, det är en motsats till botande. Fridegren och Lyckander (2013) beskriver att palliativ vård innebär vård av en patient som förväntas dö till följd av sin sjukdom, det vill säga en döende patient. Palliativ vård tillämpas när det föreligger kunskap om att den sjuke inte kan bli frisk igen (Fridegren och Lyckander, 2013). Enligt World Health Organization [WHO] (2018) syftar palliativ vård till att förbättra livskvaliteten hos patienter vid livshotande sjukdom genom att lindra lidande med exempelvis behandling av smärta. Inom den palliativa vården eftersträvas tidig upptäckt genom noggrann analys av patienternas sjukdomsbild. Fokus är att reducera fysiska, psykiska och andliga svårigheter hos de döende patienterna för att förbättra livskvaliteten. Syftet är även att patienterna ska kunna leva så aktivt som möjligt innan döden inträffar. Den palliativa vården avser varken att skjuta upp eller påskynda den redan förväntade döden. Denna vård inriktar sig även på förbättring av livskvalitet för patienters närstående (WHO, 2018).

### **Specialiserad palliativ vård**

Specialiserad palliativ vård bedrivs av verksamheter med särskild kunskap och kompetens inom palliativ vård (Sandman & Woods, 2003). Behovet av specialiserad palliativ vård uppstår vid livshotande sjukdom (Palat et al., 2018). Specialiserad palliativ vård kan bedrivas inom olika verksamheter, däribland hospice samt ASiH. Sandman och Woods (2003) beskriver hospice som speciella vårdinstitutioner för patienter som är döende. Socialstyrelsen (2016) förklarar hospice som specialiserad palliativ slutenvård. Enligt Davis, Temel, Balboni och Glare (2015) tyder bevis på att palliativ vård kan förbättra kontrollen på symtom, livskvaliteten samt öka tillfredsställelsen med omsorg och ge bättre stöd för familjer. I en studie av Allsop et al. (2018) framkommer det att över hälften av alla patienter hänvisas till specialiserad palliativ vård på hospice mindre än sju veckor före döden inträffar och 40 procent hänvisades mindre än 30 dagar före döden. Resultatet i Allsop et al. (2018) studie tyder på att patienter i behov av palliativ vård hänvisas till hospice sent i sjukdomsförloppet. ASiH är en förkortning på avancerad sjukvård i hemmet. Den avancerade sjukvården är läkarledd och bedrivs i patienternas hem. Patientgrupperna för ASiH är patienter som drabbats av en sjukdom med dödligt förlopp där deras tillstånd kräver fortlöpande medicinsk vård samt behandling.

Patienterna är i behov av och önskar medicinsk vård i hemmet som ett alternativ till vård på ett sjukhus eller hospice. Den grundidé som ASiH bygger på är att ge både patienter och anhöriga en valmöjlighet i sin vård. En valmöjlighet som kan innebära förbättrad vårdkvalitet för likaså patient som anhörig (Socialstyrelsen, 2006).

### **Sjuksköterskors ansvarsområde och arbetssätt**

Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver i International Council of Nurses (ICN) grundutbildade sjuksköterskors olika ansvarsområden. Det som innefattas i ansvarsområdena är att sjuksköterskor ska förebygga sjukdom, lindra lidande, främja och återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Inom palliativ vård är fokus på att lindra lidande (WHO, 2018). Den unika patientens lidande är enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) relaterat till dennes egna upplevelser av situationen. Lidandet är individuellt, unikt och är inte alltid möjligt att lindra. För sjuksköterskor är det i fokus att lindra det lidande som är möjligt och inte orsaka patienterna extra lidande. För att patienterna ska ha en chans att försonas med sitt lidande och förstå sin situation är det viktigt att sjuksköterskorna bekräftar patienters lidande och är närvarande. Om patienterna visas respekt gällande integritet, värdighet, sårbarhet samt självbestämmande finns det en möjlighet för patienterna att erfara mening, tillit och hopp vilket kan lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). I ICN's etiska kod för sjuksköterskor beskrivs det ingå i sjuksköterskors ansvarsområde att sjuksköterskor ska bedriva säker vård och förhålla sig personcentrerat till den enskilda individen. Omvårdnaden ska ges respektfullt oberoende av social ställning, ålder, hudfärg, tro, etnisk bakgrund, funktionsnedsättning, nationalitet, kön, kulturell bakgrund eller politiska åsikter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). För att tillämpa en god personcentrerad palliativ vård måste vården enligt Ternestedt, Österlind, Hensch och Andershed (2012) utgå från en helhetsbild av patienternas upplevelser av sig själv, sitt liv, hälsostatus och känslor tillsammans med vårdarens kunskaper och resurser. Enligt Ternestedt et al. (2012) bör de sex S:n tillämpas då dessa bygger på en helhetsbild av patienterna och illustrerar på så sätt deras fysiska, sociala, psykiska och existentiella behov. De sex S:n är *självbild*, *sociala relationer*, *sammanhang*, *självbestämmande*, *symtomlindring* och *strategier i mötet med döden*. I grunden handlar palliativ vård om att de döende patienternas livskvalitet ska främjas, detta genom att sjuksköterskor skapar förståelse för patienterna. *Självbestämmande* avspeglar patienternas psykologiska behov, samt att vara en aktiv deltagare i deras eget liv. *Sociala relationer* avspeglar patienternas gemenskap och sociala behov. *Strategier* och *sammanhang* reflekterar patienternas existentiella funderingar. *Symtomlindring* behövs för att patienterna ska kunna leva ett så kvalitetfyllt liv som möjligt. Genom alla dessa kan patienternas *självbild* också bevaras (Ternestedt et al., 2012).

Verschuur, Groot och Sande (2014) menar att inom den palliativa vården är kommunikationen avgörande och en viktig grund i sjuksköterskors arbete. Tidig kommunikation med patienterna om möjligheter till vård är viktigt. Likaså är det viktigt att ha en tydlig kommunikation om patienternas förväntade död. Kommunikationen i vården av döende patienter är grundläggande för att klargöra för deras behov. Trots att kommunikationen är viktig ser många sjuksköterskor inom den palliativa vården detta som en svår del i arbetet, särskilt i ett tidigt skede (Verschuur et al., 2014). Ireland (2010) har identifierat en annan svårighet som är viktig att tänka på i vården av döende patienter. I forskningen belyses det att vad patienterna vill ha i slutet av livet eller kan tro att de vill ha inte är helt fastställt.

Vid svåra tider i livet är det inte ovanligt att patienterna försöker hantera det svåra genom att vända sig till en andlighet för att samla kraft och finna samhörighet. När en palliativ patient vårdas måste vården ses som en helhet där fokus är på patienterna, deras psykiska och fysiska smärta, det andliga behovet samt deras närstående. Sjuksköterskor måste därför ha öppet sinne och förståelse för patienternas andliga behov. Om inte förståelsen finns där kan sjuksköterskor inte tillgodose patienternas behov och att vårda patienten i sin helhet blir då problematiskt (Ireland, 2010). Det är viktigt att sjuksköterskor agerar professionellt i sitt arbete. Att handla professionellt innebär att både veta hur de ska göra och förhålla sig till den de vårdar. I den palliativa vården är det viktigt att sjuksköterskorna gör skillnad på privatliv och på arbetet för att inte betungas av de svåra situationer de kan mötas av i sitt arbete (Fridegren & Lyckander, 2009).

### **Sjuksköterskors förhållningssätt i mötet med döende patienter**

Över tid har synen på döden varierat och förändrats, detta har givit konsekvenser för både den som utför omvårdnad och vården generellt. Det som hela tiden har präglat sjuksköterskors syn på döden kännetecknas av det som beskrivs i litteraturen som en värdig död för patienterna. Att möta döden kan också ställa krav på sjuksköterskor på både professionella och personliga plan (Schuster, 2006). I en omvårdnadsvetenskaplig studie av Nilsson, Skär och Söderberg (2015) har det visat sig att sjuksköterskors inställning till mötet är viktigt för patienternas deltagande, säkerhet samt välbefinnande i vården. Enligt Westin (2008) kan termen *mötet* betraktas och uppfattas på olika sätt och är relaterat till villkoren och sammanhanget. Vidare beskriver Westin (2008) att mötet ofta innebär en personlig kontakt som inträffar mellan personer som kommer i kontakt med varandra. I studien av Wälivaara, Sävenstedt och Axelsson (2013) valde sjuksköterskor att beskriva orden säkerhet, närvaro, tid, respekt och seende som viktiga för mötet. Det visade sig att sjuksköterskor hade kunskap om hur ett gott möte skapas relaterat till nämnda begrepp och att många faktorer kan påverka mötet, till exempel olika typer av människor, situationer som innehöll ett speciellt ögonblick och förhållanden på den aktuella tiden. Att möta en patient omfattar kontakten med närstående, sjuksköterskor får också förstå och möta anhörigas behov (Wälivaara et al. 2013).

Forskning av Dunn, Otten och Stephens (2005) har visat att sjuksköterskor som spenderar mer tid med väldigt sjuka eller döende patienter har en positiv inställning till att omhänderta och vårda döende patienter. Det har också visat sig att sjuksköterskor såg döden som ett naturligt skede i livet och att döden ibland gav möjlighet att bli kvitt från en smärtsam tillvaro. Dessa sjuksköterskor hade inte heller ett lika negativt synsätt och tankar om döden. Vid intervjuer med sjuksköterskor visade det sig att de inte oroade sig för att utveckla relationer med dem döende patienterna. Sjuksköterskorna upplevde måttlig ångest vid konversation av deras egen död (Dunn et al., 2005). I vårdandet av döende patienter måste sjuksköterskorna konfronteras med andras död men även med sin egen, förklarar Källström Karlsson (2009). I Källström Karlssons (2009) studie framkom det att vårdpersonal kände en viss rädsla inför döden. Enligt vårdpersonalen i denna studie, uppfattade vårdpersonalen att de utvecklats genom sitt arbete med döende patienter. Detta hade kommit att sätta spår i deras liv - arbetet blev emotionellt berikande. Det visade sig även att det var nödvändigt att ha ett gemensamt mål vid emotionellt krävande situationer för att stärka personalen (Källström Karlsson, 2009). Peterson et al. (2010) beskriver att det kan vara stressfullt att ta hand om döende patienter både vad det gäller sjuksköterskors, patienters och anhörigas upplevelser.

Några av sjuksköterskorna i forskningsstudien var oroliga för att bli för involverade i patienternas situation och inte kunna separera sina känslor från patienternas. Källström Karlsson (2009) menar att sjuksköterskor som arbetar inom hospicevården har mindre stress relaterat till död och lidande än sjuksköterskor som arbetar inom medicin och kirurgi. Rädslan inför döden har även rapporterats vara mindre för sjuksköterskor inom hospiceverksamhet, jämfört med sjuksköterskor inom akutsjukvården (Källström Karlsson, 2009).

## **Teorin om KASAM**

I Antonovskys (2005) teori om KASAM beskrivs en människas hälsa vara beroende av dennes känsla av sammanhang. En känsla av sammanhang förklarar Antonovsky (2005) således som KASAM. Enligt Antonovsky (2005) är en människas KASAM avgörande för hur den klarar av svåra och stressande situationer i livet, vilket i sin tur även är avgörande för människans hälsotillstånd. Höga värden av KASAM indikerar på att människan har en god förmåga att hantera påfrestande situationer och till följd av detta har en bättre hälsa. En människas KASAM kan beskrivas med tre komponenter; Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innebär i vilken grad människan uppfattar intryck och information som begripliga, förutsägbara och ordnade. Det förklarar människans förmåga att förstå och bedöma verkligheten. Begriplighet är ett mått av människans kontroll över situationen och är en förutsättning för komponenten hanterbarhet. Hanterbarhet beskrivs som de resurser människan har och som är nödvändiga för att hantera de händelser som denne ställs inför. Dessa resurser beskrivs vara antingen människans egna eller dennes tillgång att bruka resurser hos andra människor. Hanterbarhet innebär förmågan att kunna styra över det som inträffar i livet. Den sista komponenten meningsfullhet handlar om att känna meningsfullhet i livet och till de händelser och upplevelser som en människa kan ställas inför under dennes liv. Meningsfullheten speglar motivationen i livet och har en stark känslomässig utgångspunkt (Antonovsky, 2005). Enligt Antonovsky (2005) beskrivs meningsfullhet vara den mest betydelsefulla komponenten i KASAM, utan meningsfullhet finns det ingen mening att hantera svårigheterna en människa kan ställas inför i livet. En person som istället upplever meningsfullhet i sin tillvaro kommer trots motgångar anstränga sig för att förbättra situationen. Dessa tre beskrivna komponenter kan inte ses enskilda utan det är samspelet mellan dem som utgör KASAM (Antonovsky, 2005).

## **Problemformulering**

Inom den palliativa vården vårdar sjuksköterskor patienter som är döende. Sjuksköterskor har många olika arbetsuppgifter som bland annat innefattar att lindra patienternas lidande och finnas där för patienter och anhöriga (WHO, 2018). Det kan vara stressfullt och resultera i en psykisk belastning för sjuksköterskor i mötet med döende patienter i och med känslolösa upplevelser som kan vara betungande (Peterson et al., 2010). Sjuksköterskor som vårdar döende patienter ses ändå ha ett mer avslappnat förhållningssätt till döden och rädslan för döden beskrivs vara mindre (Källström Karlsson, 2009). Det tycks finnas begränsad forskning om hur sjuksköterskor inom specialiserad palliativ vård upplever mötet med döende patienter. Detta talar för att ytterligare studier behövs inom området för att få en bredare kunskap och förståelse om hur sjuksköterskor upplever mötet med döende patienter. Genom att studera detta kan även en ökad förståelse för sjuksköterskors arbete i möten med döende patienter inom specialiserad palliativ vård skapas.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med döende patienter inom specialiserad palliativ vård.

## **METOD**

### **Val av metod**

I studien har en kvalitativ forskningsmetod med intervjuer tillämpats. Relaterat till syftet skulle informanternas upplevelser studeras. När erfarenheter, uppfattningar och upplevelser ska studeras är den kvalitativa forskningsmetoden användbar (Polit & Beck, 2017). Genom att utföra kvalitativa intervjuer kunde beskrivningar av informanternas upplevelser erhållas. Valet av metod grundar sig på således på att kunna förstå informanterna och dennes upplevelser (Polit & Beck, 2017). De som forskar med hjälp av kvalitativ metod betonar människans komplexitet, deras förmåga att forma och skapa sina egna erfarenheter och tanken att sanningen är sammansatt av verkligheter (Polit & Beck, 2017).

### **Urval**

Studien är genomförd i vårdverksamheter som omfattar specialiserad palliativ vård i form av hospicevård och ASiH. Första kontakten med verksamhetschefen genomfördes via informationsbrev (Bilaga A) i augusti 2018. Efter erhållet skriftligt godkännande från enhetens verksamhetschef påbörjades kontakt med enhetschef som bistod med att erhålla kontakt med lämpliga informanter för studien. Fortsatt telefonkontakt hölls med enhetschef för planering om tid och plats för intervjuerna. Inför mötet med informanterna utformades en intervjuguide (Bilaga B) med fokus på att besvara studiens syfte. Utifrån studiens syfte tillämpades inklusionskriteriet; Sjuksköterskor som arbetar inom specialiserad palliativ vård, vid val av informanter. I studien tillämpades bekvämlighetsurval med hjälp av verksamheternas enhetschef för att välja ut informanterna. När en särskild grupp ska undersökas menar Polit och Beck (2017) att bekvämlighetsurval är vanligt, vilket betyder att de mest lättillgängliga informanterna nyttjas. De exklusionskriteriet som användes var sjuksköterskor med mindre än ett års erfarenhet inom specialiserad palliativ vård. De som slutligen inkluderades i studien var tre sjuksköterskor som arbetade inom hospicevård och tre sjuksköterskor som arbetade inom ASiH. Dessa var utvalda av enhetschefen för verksamheterna. Samtliga av informanter var kvinnor. Åldern på informanterna var 28–60 år och antal verksamma år som sjuksköterska varierade mellan 2–34 år. Antal års erfarenhet inom specialiserad palliativ vård varierade mellan 2–32 år. Alla informanter i studien var grundutbildade sjuksköterskor. Två sjuksköterskor som deltog i studien hade specialistutbildning inom onkologi, varav en av dem även hade specialistutbildning inom medicin, kirurgi och palliativ vård.

### **Datainsamling**

Totalt genomfördes sex intervjuer, två dagar var avsatta för intervjuer och tre informanter intervjuades per dag. Den första intervjun var en pilotintervju för att testa intervjuguidens utformning. Inga justeringar gjordes efter pilotintervjun och denna intervju inkluderas således in i den slutgiltiga insamlade data. De individuella intervjuerna pågick i sin helhet mellan 20–30 minuter, där varje intervju genomfördes i avskildhet på informanternas respektive arbetsplats under arbetstid.



Intervjuer där informanterna och intervjuare möts personligen och enskilt beskrivs vara det bästa sättet att samla undersökningsdata av god kvalitet (Polit & Beck, 2017). Respektive möte med informanterna inleddes med en muntlig presentation av studien. Informanterna tilldelades även ett informationsbrev (Bilaga C). Alla informanter undertecknade godkännande om samtycke som medföljde informationsbrevet. Därefter startades inspelningen via en mobiltelefon. Intervjuerna inleddes med att informanterna fick börja med att presentera sig med ålder, antal verksamma år som sjuksköterska, om de hade någon specialistutbildning och antal års erfarenhet inom specialiserad palliativ vård. Vidare fortsatte intervjuerna utifrån den tidigare utformade intervjuguiden. Ifall att svaret behövdes utvecklas eller klargöras av informanterna ställdes följdfrågor som kunde utveckla svaren, till exempel: *Hur menar du? Berätta mer? Varför känner du så?* Samtliga intervjuer skedde i par om två intervjuare där båda var aktiva intervjuare och ställde frågorna från intervjuguiden. Båda var uppmärksamma med att ställa följdfrågor som kunde tydliggöra informanternas svar.

## Dataanalys

Intervjuerna transkriberades samma dag som de genomfördes. För att urskilja likheter och skillnader i det transkriberade materialet analyserades materialet med inspiration från Graneheim och Lundmans (2004) manifesta kvalitativa innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på att beskriva och tolka den insamlade data. Innehållsanalysen utfördes med en manifest metod, där fokus låg på det som uttrycks i texten och syftet var att analysera innehållet nära texten (Graneheim & Lundman, 2004). En induktiv ansats tillämpades vid analysen av det transkriberade materialet, med det menas en neutral analys med icke förutfattade meningar av materialet där en teori utformas i efterhand (Malterud, 2011). Studien fokuserade på att studera upplevelser, enligt Graneheim och Lundman (2004) kan en kvalitativ innehållsanalys användas för att identifiera framstående teman och mönster i insamlade data. För att beskriva hur en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman (2004) användes i studien följer en stegvis beskrivning av hur analysprocessen praktiserades i studien.

Steg 1: Det transkriberade materialet skrevs ut i pappersformat. Materialet lästes igenom flera gånger. Meningsbärande enheter, det vill säga specifikt material såsom meningar eller stycken som var relevanta för att besvara studiens syfte, markerades med understrykningspenna. Steg 2: Den transkriberade texten lästes igenom igen för att utesluta att omarkerad text inte hade någon betydelse för att besvara studiens syfte. Steg 3: De meningsbärande enheterna som hade markerats kondenserades, vilket innebär att texten förkortades och gjordes mer lätthanterlig men bibehöll fortfarande sin betydelse. De kondenserade meningsbärande enheterna skrevs ned i datorprogrammet Word. Steg 4: De kondenserade meningsenheterna skrevs ut i pappersformat och klipptes ut. De abstraherades därefter till en kod som skulle beskriva dess innehåll. Post-it-lappar användes för att tydliggöra koden för den kondenserade meningsbärande enheten. Steg 5: Koderna analyserades och koder med liknande innehåll kategoriserades fysiskt in i underkategorier skrivna med post-it-lappar. Underkategorierna utformades så att de beskrev den gemensamma kontexten för koderna. Under analysprocessen användes arbetsnamn för underkategorierna. Steg 6: Underkategorierna med liknande kontext kategoriserades in under lämpliga huvudkategorier, skrivna av post-it-lappar. Huvudkategorierna utformades så de kunde beskriva det enhetliga innehållet i underkategorierna.

Under analysprocessen användes arbetsnamn för huvudkategorierna. Steg 7: Underkategorierna och huvudkategorierna kontrollerades av och diskuterades så att innehållet var enhetligt och lämpade sig under varje kategori. Steg 8: De arbetsnamn som använts under analysprocessens gång bearbetades till slutgiltiga namn. Slutligen sammanfattades innehållet som uppkommit i kategorierna och citat hämtades ur de meningsbärande enheterna för att stärka resultatet. I denna innehållsanalys var en central del att kondensera ett stort antal ord av en text till mindre innehållskategorier, vilket Graneheim och Lundman förklarar är väsentligt i en innehållsanalys. Ett exempel på meningsbärande enheter, kondensering, kod, underkategori och huvudkategori presenteras (Tabell 1).

**Tabell 1.** Exempel på innehållsanalys med meningsbärande enheter, kondensering, kod, underkategorier och huvudkategorier.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori
(6) Att man någonstans bekräftar vad personen säger. Men det där är jättesvårt, jag tror att det är någonting man måste öva på att bemöta hela tiden. Men jag ångrar ju aldrig ett sådant samtal med en patient. Det är viktiga samtal.	Att bekräfta vad personen säger är jättesvårt, något som måste övas på. Det är viktiga samtal.	Svåra samtal	Kommunikations- utmaningar	Hinder i mötet med döende patienter
(1) Det är klart att det alltid är svårare att möta. Dels om det är någon som är lite mer, väldigt lik i sin egen situation, som i ungefär samma ålder, med tonårsbarn i ungefär i samma ålder som en själv.	Svårare att möta patienter som har en situation som är lik sin egen, med ålder och familj.	Svårare möten	Möten som berör sjuksköterskor djupare	Hinder i mötet med döende patienter

En förförståelse som ligger till grund för studien var att det fanns en viss svårighet att arbeta med döende patienter eftersom att döden och döendet ses som påfrestande. En annan förförståelse var att det var svårare att möta döende patienter under 18 år inom den specialiserade palliativa vården. Det föreligger inga tidigare erfarenheter inom specialiserad palliativ vård till grund för förförståelserna. Förförståelsen baseras från tidigare erfarenheter av att möta döende i andra vårdkontexter då det till viss del upplevts utmanande.

### **Forskningsetiska överväganden**

Polit och Beck (2017) menar att i forskning där människor inkluderas måste forskaren hantera etiska dilemman. För personer som deltar i studier måste det säkerställas att deras rättigheter skyddas i studien. Forskare har en skyldighet att undvika, förebygga och minimera skador för människorna som deltar i studien. Deltagarna ska inte utsättas för onödig risk, skada eller obehag. Vid forskning där människor deltar kan skador och obehag vara fysiska, emotionella, sociala eller ekonomiska. Det bör tas hänsyn till om riskerna för deltagandet i studien är mindre än samhällets fördelar av studien (Polit & Beck, 2017).

De etiska övervägande som var till grund i studien var att inte någon människa skulle komma till skada, varken fysiskt, psykiskt eller integritetsmässigt. Risken att informanterna i studien skulle komma till någon skada ansågs som liten. Trots det fanns det i åtanke att samtalsämnena kunde väcka reaktioner hos informanterna som kunde kännas svåra både under samtalet men också efteråt. Som beskrivet finns lite forskning kring sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienter inom palliativ vård. De eventuella etiska svårigheterna ställdes i förhållande till fördelen i att erhålla kunskap i och med studien, och ansågs inte som övervägande varför studien genomfördes. Helgesson (2015) beskriver de fyra forskningsetiska kraven som forskarna måste följa när människor som deltar i forskningsstudier. De fyra kraven är följande: *Informationskravet*, *Samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. *Informationskravet* innebär att forskarna har skyldighet att informera informanterna om studien i sin helhet med syfte och metod samt hur deras medverkan kommer involveras i studien. *Samtyckeskravet* innebär att forskarna måste ha ett frivilligt samtycke av informanterna. Samtycket får inte vara påtvingat och deltagaren kan när som helst avbryta sitt deltagande. *Konfidentialitetskravet* talar för att ge deltagarna i studien konfidentialitet. Informanternas integritet ska skyddas och material och data i studien ska inte kunna kopplas till deltagaren. *Nyttjandekravet* innebär att insamlad data från informanterna inte får användas till något annat än för forskningsändamål (Helgesson, 2015). Informanterna i studien var informerade inför den enskilda intervjun vad gäller studiens syfte, metod och deras deltagande i studien för att kunna ta ställning till sitt deltagande eller inte. Inför intervjuerna har muntlig samt skriftlig information förmedlats, tid avsattes för frågor hos deltagarna. Efter att informanterna erhållit information om studien, samtyckte samtliga till medverkande. Informanterna erhöll skriftlig och muntlig information om att de kunde avbryta medverkandet när som helst. Informanterna har även givits information att det de säger endast kommer användas till studien som forskningsmaterial och att de inspelade materialet inte kommer kunna härledas till varken deltagare eller enhet. För att stärka konfidentialiteten ytterligare kodades informanterna med nummer 1–6 istället för att nämna deras namn under inspelningen. Det inspelade materialet förvarades på en telefon med kodlåsfunktion för att bevara informanternas integritet. Enligt Helsingforsdeklarationen måste etikprövning ske på all forskning som omfattar människor (World Medical Association [VMA], 2013). Forskning definieras som teoretiskt eller experimentellt projekt för att erhålla nytt kunnande och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, här omfattas inte sådant arbete som sker på högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå (CODEX, 2018). Med denna bakgrund behövde inte etikprövning ske i studien eftersom forskningen görs inom högskoleutbildning på grundnivå. Enligt riktlinjer från Sophiahemmet högskola var samtycke från verksamhetschef och deltagare tillräckligt för att utföra studien.

## RESULTAT

Resultatet presenteras i huvudkategorier och underkategorier som svarar för studiens syfte (Tabell 2). För att tydliggöra innebörden i resultatet har citat från informanterna använts, vilka är numrerade med 1–6 för att belysa att citaten är hämtade från olika informanter.

Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategori	Underkategori
Hinder i mötet med döende patienter	<ul style="list-style-type: none"><li>• Möten som berör sjuksköterskor djupare</li><li>• Kommunikationsutmaningar</li><li>• Känslor av otillräcklighet</li><li>• Psykisk påfrestning</li></ul>
Sjuksköterskors förhållningssätt till döden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Samtala om döden</li><li>• Möta patienter med dödsångest</li><li>• Sjuksköterskors syn på döden</li></ul>
Inverkan i det egna livet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ta vara på livet</li><li>• Möjlighet till god vård i livets slutskede</li><li>• Meningsfullhet i arbetet</li></ul>

### Hinder i mötet med döende patienter

Det framkom att sjuksköterskorna upplevde att det fanns hinder i mötet med döende patienter. En del möten kunde beröra sjuksköterskorna djupare än andra möten. Kommunikationsutmaningar kunde uppkomma och arbetet kunde innebära känslor av att känna sig otillräcklig samtidigt som psykiska påfrestningar kunde uppkomma. Under denna huvudkategori kommer detta beskrivas närmare med hjälp av fyra underkategorier: Möten som berör sjuksköterskor djupare, kommunikationsutmaningar, känslor av otillräcklighet samt psykisk påfrestning.

#### Möten som berör sjuksköterskor djupare

I studien framkom det att samtliga sjuksköterskor upplevde det mer ansträngande att möta patientgrupper i en yngre ålder. Sjuksköterskorna beskrev det som mer onaturligt att unga personer dör och de upplevde på så sätt ökad känslighet att möta dessa patienter.

*“...vi har ju några fall där vi har barn, det är också känsligare. Det tar ju på ett helt annat sätt när det blir lite mer onaturligt. Ett barn ska inte dö och jag tycker att det är orättvist” (6)*

Känslor som sorg, medlidande och orättvisa kunde uppkomma. Det behövde nödvändigtvis inte vara barnen som var sjuka, om det var barn involverade i vårdssituationen upplevde vissa sjuksköterskor också det som sorgligt. Det kunde till exempel vara i situationer då patienterna hade närstående som var i en yngre ålder.

*“...det är sorgligt och man tänker så här gud hur kommer det bli för dem här barnen att växer upp utan mamma eller pappa.” (3)*

En annan grupp som alla sjuksköterskor i studien påverkades mer av att möta var då det fanns en igenkänningsfaktor hos patienterna eller en levnadssituation som var lik den egna. Sjuksköterskorna fick då en känsla av att det istället kunde varit de vilket gjorde att de upplevde att mötet med patienter och anhöriga påverkade dem mer känslomässigt. Likaså blev det mer känslomässigt när patienterna var i sjuksköterskornas föräldrars, barns eller partners ålder, det medförde känslor av medlidande för patienterna och deras familj.

*“Det är nog lite sorg dels för den patientens skull, medkännande typ att ja eftersom att jag har småbarn själv så blir jag sorgsen å deras vägnar, jag blir ledsen för barnens skull också.” (2)*

### Kommunikationsutmaningar

Hälften av informanterna i studien beskrev att den personliga kontakten med döende patienter har en central roll i kommunikationen. De menade att god kommunikation och samtal är något som underlättar i mötet med patienterna. Sjuksköterskorna upplevde ibland att kommunikationen med patienterna och deras närstående kunde vara bristfällig. De beskrev att kommunikationen kunde vara svårare med vissa patienter och anhöriga. När hinder i kommunikationen uppstod kunde sjuksköterskorna känna en urladdning av energi som de beskrev som psykisk trötthet och utmattning. För att samla ny energi och orka med arbetet beskrev några sjuksköterskor i studien att det är viktigt att skapa tid för återhämtning.

*“...jag tycker att ju bättre kommunikation man har desto bättre fungerar ju mötena. Sen är det alltid personkemi, det är inte alltid jag når ända fram...” (1)*

Samtalen med döende patienter upplevde sjuksköterskorna ibland som svåra i och med att de behövde skapa en förståelse för varje individuell person och anpassa kommunikationen utifrån detta. Flera informanter beskrev upplevelser av att patienterna uppfattar döden som samtalsämne på olika sätt. Vissa patienter, upplevde sjuksköterskorna, tyckte det var lättsamt att prata om döden medan andra helst ville undvika samtalsämnet. Med denna bakgrund menade sjuksköterskorna att det var viktigt att anpassa samtalen till den nivån som är lagom för varje patient.

### Känslor av otillräcklighet

Ett annat hinder som kunde uppkomma i mötet med döende patienter, vilket flera av informanterna beskrev, var att inte känna sig tillräcklig i vården av dessa patienter. Stress och ledsamhet var känslor som kunde framträda om symtomlindringen var bristfällig. Vissa sjuksköterskor upplevde att sjuksköterskor har ett stort behov av att åtgärda och bota patienternas tillstånd. De beskrev det som svårt och ledsamt att inte kunna bota någon i detta arbete men att symtomlindring är möjlig. Sjuksköterskorna uttryckte också känslor av att ibland vilja göra mer för patienterna än vad som var möjligt, detta beskrevs som frustrerande och det påverkade på så sätt sjuksköterskorna. Frustration kunde också uppstå då sjuksköterskorna såg möjligheter att göra mer för patienterna än vad patienterna och anhöriga ville.

*“...ibland är det verkligen frustrerande för man kan göra mycket mer än vad man får göra och då är det såhär att patienter och anhöriga kanske sätter stopp, de vill inte pröva” (3)*

Trots sjuksköterskornas beskrivningar av att i vissa fall känna sig otillräckliga beskrev de det som tillfredsställande när en patient fick dö på ett bra sätt. Sjuksköterskorna beskrev att få dö på ett bra sätt innebar utan symtom och lugnt på ett sätt som patienterna önskat. När en patient hade fått dö på ett bra sätt upplevde sjuksköterskorna att arbetslaget hade gjort ett bra arbete.

### Psykisk påfrestning

En del sjuksköterskor uppgav att de ibland upplevde en viss psykisk påfrestning i mötet med döende patienter och deras anhöriga. Dessa sjuksköterskorna beskrev det som en urladdning av energi när de lämnade laddade patientförhållanden. Sjuksköterskorna beskrev det som viktigt att arbetsgruppen gav varandra stöd i svåra och stressade situationer. De upplevde ett behov att återhämta sig både under och efter arbetstid för att kunna utföra ett bra arbete.

*“...ibland blir man ju så påverkad så man blir ledsen grinar själv och det händer ibland, och det händer bland kollegor också och det är helt okej, vi är människor också, vi har känslor. Men vi brukar väl kunna hantera det tillsammans i gruppen.”*  
(2)

I resultatet av intervjuerna framkom det också att en del av sjuksköterskorna beskrev den psykiska påfrestningen större som ny sjuksköterska på arbetet inom en specialiserad palliativ enhet jämfört med när sjuksköterskor har erfarenhet inom området.

*“Man blir mer stressad och tvivlar på sig själv, som kan komma upp när man är ny på ett ställe.”* (1)

Sjuksköterskorna upplevde det som betydelsefullt att ha erfarenhet för att kunna hantera den psykiska påfrestning som arbete ibland kunde innebära. De beskrev att erfarenhet skapar en vana av att möta döende patienter vilket minskar den psykiska påfrestningen i svåra situationer.

### **Sjuksköterskors förhållningssätt till döden**

Mötet med döende patienter i arbetet har till viss del ändrat deltagande sjuksköterskors förhållningssätt kring döden. Samtal om döden har blivit känslomässigt enklare, känslor av att möta patienter med dödsångest beskrivs ha olika innebörd. Sjuksköterskornas känslor och förhållningssätt till döden har påverkats av arbetet. För att beskriva sjuksköterskornas upplevelser kring förhållningssättet till döden är huvudkategorin uppdelad i tre underkategorier: Samtala om döden, möta patienter med dödsångest och sjuksköterskors syn på döden.

### Samtala om döden

Mer än hälften av sjuksköterskorna beskrev det som lättare att prata om döden i arbetet, med döende patienter, deras anhöriga och kollegor. De beskrev samtalen om döden som en naturlig del i arbetet. Detta kunde enligt några sjuksköterskor vara beroende av vem samtalspartnern är och dennes inställning till att samtala om döden. I situationer då patienter eller anhöriga upplevde samtal som svåra beskrev sjuksköterskorna det som en utmaning och att de fick anpassa samtalet utifrån samtalspartnern.

*“Jag har inte svårt att prata om döden, sen kanske man får utveckla att prata om döden med olika patienter på olika sätt beroende hur de står inför begreppet döden” (5)*

Majoriteten av sjuksköterskorna i studien upplevde en positiv förändring till att prata om döden i och med deras arbete. Dessa informanter beskrev det som svårare att samtala om döden innan de hade erfarenhet av att möta döende patienter. Samtalen om döden kändes nu naturligare och sjuksköterskorna upplevde sig trygga i de samtalen. Genom att möta döende patienter beskrev sjuksköterskorna det som att en vana utvecklades i att samtala om döden, döden upplevdes på så vis som ett naturligt samtalsämne.

*“För mig är det jättenaturligt och det har nog med mitt jobb att göra, att jag har lärt mig och vant mig vid det.” (4)*

### Möta patienter med dödsångest

Majoriteten av sjuksköterskorna beskrev att de lärt sig hantera patienternas dödsångest och inte påverkas av den. Det framkom att det var svårare att inte påverkas av patienters dödsångest som ny på arbetet inom specialiserad palliativ vård. Med erfarenhet inom arbetet beskrev sjuksköterskorna att de hade lärt sig att inte påverkas av patienternas dödsångest. Sjuksköterskorna beskrev det som att de istället fokuserade på att lindra patienternas ångest. Sjuksköterskorna upplevde att de nu, i och med erfarenhet, kunde skilja på patienternas ångest och den egna och de tog därför inte åt sig och påverkades av patienternas ångest.

*“...det är inte min ångest, det här är den människans ångest jag kanske kan hjälpa den att lindra den ångesten men jag ska inte ta till mig den för det är inte min ångest.” (3)*

Flera av sjuksköterskorna beskrev att de vid enstaka tillfällen hade påverkats av patienternas dödsångest, de menade att de inte är mer än människor och det kunde bli påfrestande ibland. Om sjuksköterskorna upplevde detta försökte de på bästa sätt lindra patienternas ångest.

*“Ja ibland, det gör jag ju, återigen jag är ju också människa...” (4)*

### Sjuksköterskors syn på döden

Alla sjuksköterskor i studien upplevde att deras förhållningssätt till döden och döendet har förändrats sedan de började möta döende patienter i arbetet. De upplevde sig fått en ökad kunskap om döden och döendet vilket skapat trygghet och lugn inför mötet med döende patienter.

*“...jag har inte vetat så mycket om döden, hur ser det ut innan och sådär. Så att nu tror jag mer att, ju mer jag har jobbat med det här att jag har mer lugnare inställning till döden.” (6)*

Flera av sjuksköterskorna i studien berättade att de upplevde döden som skrämmande innan de börjat arbeta inom specialiserad palliativ vård. För samtliga har detta förändrats i och med möten med döende patienter i arbetet. Inställningen till döden var nu mera lugn och fridfull, oro och rädsla hade släppts.

*“...de frågade om jag ville jobba min första sommar här då tänkte jag att de är inte kloka i huvudet. Då kände jag bara för min egen skull jag måste bara ta det för att ha gjort det som egen terapi typ. Ska jag börja jobba som sjuksköterska så måste jag kunna hantera det här också, och min egen rädsla och oro.” (2)*

Samtliga sjuksköterskor såg döden som en naturlig process och som en del av livet. Drygt hälften av sjuksköterskorna nämnde att döden ska vara lika rofyllt som allt annat i livet, som exempelvis födelsen.

Flertalet av sjuksköterskorna reflekterade inte över att patienterna i deras arbete kommer dö inom en kort tid för de visste att det är premisserna på platsen. Som ny inom arbetet på enheterna såg sig sjuksköterskorna reflektera mer kring att patienterna kommer dö inom en kort tid. Det framkom att de höll en känslomässig distans till patienterna och förbereder sig mentalt på att kontakten med patienterna kommer bli kort.

*“...jag tänker nog inte så att jag reflekterar över att de har en kort tid kvar, men kanske inombords sig själv... inte av den anledningen att man gör något annorlunda men man kanske tänker själv ibland att man inte ska binda upp sig för känslomässigt.” (5)*

### **Inverkan i det egna livet**

Resultatet visade på att möta döende patienter i arbetet hade givit en inverkan i samtliga av sjuksköterskornas liv. Alla sjuksköterskor i studien upplevde en ökad medvetenhet om livet och att ta vara på livet mer. Genom arbete inom specialiserad palliativ vård upplevde sjuksköterskorna att det fanns möjlighet till god vård i livets slutskede. Arbetet har också fått dem att känna sig meningsfulla. För att beskriva vilken inverkan arbetet givit sjuksköterskorna är denna huvudkategori är uppdelad i tre underkategorier: Ta vara på livet, möjlighet till god vård i livets slutskede samt meningsfullhet i arbetet.

#### Ta vara på livet

Samtliga sjuksköterskor i studien upplevde att de numera tar till vara på mer i sitt liv till följd av det arbete de har. I och med att de möter döende patienter i arbetet upplevde de att det skapas en ökad medvetenhet kring döden. Sjuksköterskorna beskrev att tankar uppkom om att döden kan inträffa när de minst anar det vilket har gjort att de försökte värdesätta innehåll mer i livet. Sjuksköterskorna beskrev att de levde i nuet istället för att skjuta upp saker samtidigt och de sållade bort saker som var oviktiga.

*“...inom det här jobbet får man lite såhär wake-upcall, att man inte ska vänta med att göra saker som man vill göra, och leva i nuet.” (6)*



Sjuksköterskorna i studien beskrev sig ha blivit mer medvetna om att sjukdomar och dödsfall kan drabba vem som helst och vid vilken tidpunkt i livet som helst, inte bara äldre. I och med ovissheten kring sin egen död beskrev sjuksköterskorna upplevelser av att det var onödigt att spendera tid på bråk och intriger med anhöriga, såsom familj och vänner. Alla sjuksköterskor i studien såg sig nu också ta vara mer på relationer i livet. De upplevde till exempel att de tänkte på att göra mer saker med personer i deras närhet.

*“...jag har nog alltid varit väldigt familjär så men jag är nog ännu mer liksom mån om att umgås med familjen och ha bra relationer. Att inte bråka med min man eller mina barn, typ aldrig för att det finns något större som betyder någonting än att små tjafsar eller smågnabb i vardagen, det finns ingen anledning.” (2)*

En del av sjuksköterskorna menade att de upplevde att små motgångar i livet inte hade någon betydelse och att fokus istället låg på att de faktiskt var friska. I och med deras arbete beskrev sjuksköterskorna att de har börjat inse att de ska ta vara på tiden när de är friska. Istället för att jämla sig över icke betydelsefulla nederlag i livet, till exempel att klaga över en förkylning då det bara är tillfälligt och går över.

*“Jag kan känna lite grann att folk gnäller över små kramper, alltså ja jag brukar säga det att jag är den mest oempatiska privatpersonen som finns, är när folk såhär bara de är så förkylda, de har lite feber, alltså då är jag så här kom igen när du är sjuk på riktigt” (3)*

#### Möjlighet till god vård i livets slutskede

Sjuksköterskorna beskrev att det de upplevde som otäckt inför döden var ångest, smärta och lidande. De upplevde det oroande att inte veta om de får rätt vård när de själva är döende. Sjuksköterskorna upplevde att deras arbete givit dem en annan syn inför döendet, då de vet vilken god vård de kan få.

*“Här vet jag att de behöver inte lida, de behöver inte ha ångest. Jag hoppas bara att man skulle få rätt vård då.” (2)*

Majoriteten av sjuksköterskorna beskrev att de i och med sitt arbete fått kunskap om vilken vård de själva kan få som döende vilket har medfört lugn inför deras egen död. De menade att om möjligheten fanns att få denna vård när de är döende så fasade de inte inför döden, de kände istället en trygghet.

*“Ju mer man jobbar med det här och vet hur bra det kan bli, att kunna få dö hemma med god symtomlindring och allt vad det innebär” (4)*

### Meningsfullhet i arbetet

När sjuksköterskorna skulle beskriva sina upplevelser av att arbeta med döende patienter beskrev de att de tyckte om sitt arbete, de upplevde sig göra ett viktigt och meningsfullt arbete. De beskrev arbetet som meningsfullt och värdefullt eftersom de har möjligheten göra något bra för patienterna deras sista tid i livet. De upplevde det även som ärofyllt att få vara med och vårda patienterna i deras sista tid i livet. Sjuksköterskorna beskrev känslor av glädje när de kunnat bidra till en bra sista tid i livet för patienterna.

*“...man har en mening med sitt arbete, det är ett väldigt viktigt arbete, det känns meningsfullt.” (2)*

Sjuksköterskorna beskrev det som givande att få hjälpa till den sista stunden i patienternas liv. En del sjuksköterskor beskrev arbetet som givande eftersom de kunde göra så mycket i sitt arbete för patienterna och deras anhöriga, till exempel beskrevs det som givande att kunna ge en god symtomlindring.

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser i mötet med döende patienter inom specialiserad palliativ vård. Det breda syftet som valdes innebar ett resultat med fler olika aspekter inom området där sjuksköterskornas upplevelser och känslor framkom. Resultatet visade på att deltagande sjuksköterskor i studien upplevde det mer påfrestande att möta döende patienter i yngre ålder och patienter där det finns en igenkänningsfaktor eller livssituation som är lik deras egen. Detta ansågs vara ett intresseväckande resultat därför att det återspeglar förståelsen i studien, att det kan vara betungande att möta unga döende patienter. I litteraturen framgår det att, för sjuksköterskor inom palliativ vård, är det viktigt att göra skillnad på privatliv och arbete för att inte betungas av de tunga situationer de kan mötas av i sitt arbete (Fridegren & Lyckander 2009). Resultatet i studien talar för att sjuksköterskor påverkas av vissa patientgrupper mer vilket kan vara betungande. I forskning av Verschuur et al. (2014) framgår det att kommunikationen är avgörande inom den palliativa vården och är en viktig grund i sjuksköterskors arbete. Forskningen visade även att kommunikationen kunde vara en svår del i arbetet för många sjuksköterskor (Verschuur et al. 2014). Detta återspeglas i resultatet i studien därför att det visade på att sjuksköterskorna som deltog upplevde en del kommunikationsutmaningar i arbetet. Sjuksköterskorna upplevde att kommunikationen med både patient och anhöriga kunde vara bristfällig och svårare i vissa möten. Sjuksköterskorna i studien beskrev återkommande om att kommunikation var en viktig del i arbetet med döende patienter. Ireland (2010) beskrev att en förståelse måste finnas hos sjuksköterskor för patienterna och dennes alla olika behov, om inte blir det problematiskt att vårda patienterna i sin helhet. Sjuksköterskorna som deltog i studien ansåg att de måste förstå varje individuell person och anpassa kommunikationen efter dem. Detta talar för att sjuksköterskorna öppnar upp för att skapa förståelse för patienterna och deras behov. Likaså förklaras detta som viktigt inom palliativ vård av Ternstedt et al. (2012) genom att sjuksköterskor skapar förståelse för patienterna för att främja livskvaliteten för dem.

Inom palliativ vård är fokus på att lindra fysiska, psykiska och andliga problem för att förbättra livskvaliteten för de döende patienterna (WHO, 2018).

I studien framkom det att en del sjuksköterskor ibland upplevde sig otillräckliga i arbetet med döende patienter eftersom de beskrev att de ibland önskade bota patienterna och inte endast lindra patienternas symtom. Enligt Ternestedt et al. (2012) är grunden i den palliativa vården att livskvaliteten hos de döende patienterna ska främjas och symtomlindring är i fokus. Detta ansågs som ett intressant resultat då palliativ vård fokuserar sig på symtomlindring och inte botande. Ett annat intressant resultat i studien var att sjuksköterskorna upplevde stress och ledsamhet när symtomlindringen var bristfällig. Ternestedt et al. (2012) beskriver att symtomlindring är ett av de sex S:n som bör tillämpas för att få en helhetsbild av patienterna. Inom palliativ vård är detta viktigt för att patienten ska leva ett så gott liv som möjligt, detta kan kopplas till varför symtomlindring beskrivits som centralt för sjuksköterskorna i studien. Samtidigt upplevde sjuksköterskorna det tillfredsställelse när patienterna fick dö på ett bra sätt vilket enligt dem var utan symtom och på ett sätt som patienterna hade önskat. En förförståelse i studien var att det ibland kunde finnas svårigheter att möta döende patienter. Detta bekräftades i resultatet då psykisk påfrestning kunde framkomma i mötet med döende patienter. Ett annat resultat var att trots vårdkontexten fanns beskrivningar av utmaningar som motsats till botande vård. Palliativ vård handlar om att lindra och inte bota (WHO, 2018), en uppmärksammas aspekt i resultatet var att sjuksköterskorna, trots att de var medvetna om, att det inte går att bota ändå ibland kunde se det som utmanande. I forskning av Peterson et al. (2010) framkom det att det kan vara stressfullt att vårda döende patienter, sjuksköterskorna i den studien kunde uppleva oro i att bli för involverade i patienternas situation. Liknande resultat sågs i denna studie där sjuksköterskorna såg sig hålla en viss distans till patienterna och de förberedde sig mentalt på att kontakterna med patienterna skulle bli korta. Något som framkom i resultatet i var, liksom Schuster (2006) beskriver, att mötet med döden kan ställa krav på sjuksköterskor på både professionella och personliga plan. Vilket kan ses som att sjuksköterskorna ville distansera sig från det problematiska i mötet med döende patienter, i och med den korta kontakten relaterat till patienternas kommande död.

Källström Karlsson (2009) menar att sjuksköterskor som arbetar inom hospicevård har mindre stress relaterat till död och lidande än sjuksköterskor som arbetar inom medicin och kirurgi. Rädslan inför döden har även rapporterats vara mindre för sjuksköterskor inom hospiceverksamhet, jämfört med sjuksköterskor inom akutsjukvården (Källström Karlsson, 2009). Detta går att relatera till forskning av Dunn et al. (2005) där resultatet visade på att sjuksköterskor som arbetade med döende patienter såg döden som ett naturligt skede i livet. Dessa sjuksköterskor hade inte heller ett lika negativt synsätt och tankar om döden. Sjuksköterskorna upplevde måttlig ångest vid konversation om den egna döden (Dunn et al., 2005). Något som framkom i resultatet i studien var att ingen av sjuksköterskorna upplevde döden som något skrämmande. Sjuksköterskorna upplevde i de flesta av fallen döden som naturligt, de menade att döden är något som kommer drabba alla. För sjuksköterskorna som en gång hade upplevt döden som något skrämmande och oroväckande hade detta förändrats i och med att de mött döende patienter i arbetet. Erfarenhet inom ett ämnesområde sågs skapa bekvämlighet, vilket kan ses som en förklaring till situationen. Erfarenhet och kunskap av att möta och vårda döende patienter framkom vara viktigt för att underlätta arbetet. Till exempel framkom det i resultatet att föra samtal om döden och möta patienter med dödsångest blev lättare då erfarenhet och kunskap förelåg. Detta bekräftar Bloomer, Endacott, O'Connor och Cross (2013) som beskriver att kunskap är viktigt för vården av patienter, kunskapsbrist kan innebära lidande för patienterna.

Samtliga sjuksköterskor som intervjuades i studien beskrev att de uppskattar sitt arbete. Forskning av Dunn et al. (2005) visar att sjuksköterskor som spenderar mer tid med döende patienter har en mer positiv inställning till att omhänderta och vårda döende patienter. Detta går även att härleda till sjuksköterskors förhållningssätt till döden som beskriver erfarenhetens och vanans påverkan på sjuksköterskor. I resultatet beskrev även sjuksköterskorna arbetet som meningsfullt, viktigt, värdefullt och ärofyllt att få vårda patienter deras sista tid. På detta sätt kunde arbetet inom den specialiserade palliativa vården innebära psykisk påfrestning samt utifrån förförståelsen, att arbetet med döende patienter är en svårighet, betyda att de verksamma sjuksköterskornas liv får en positiv påverkan av arbetet. I Källström Karlssons (2009) studie framkom det att vårdpersonalen, enligt egna beskrivningar, hade utvecklats genom sitt arbete med döende patienter. Bland annat hade det satt spår i deras liv genom att deras arbete blev emotionellt berikat (Källström Karlsson, 2009). I resultatet för denna studie framkom också att sjuksköterskor blivit emotionellt påverkade som personer av arbetet. Resultatet visade att sjuksköterskorna tog mer vara på livet genom att göra saker de ville, leva i nuet och de spenderade mer tid med närstående. Detta kan ses som en följd av det återkommande mötet med döende patienter och kunskapen kring döden. Sjuksköterskorna som arbetade inom specialiserad palliativ vård mötte döende patienter dagligen vilket skapade mer värde i deras liv. Det gjorde att de tog vara mer på de möjligheter de själva hade, vilket resulterade i faktiska följder som förändrat tankesätt och levnadssätt för sjuksköterskorna.

I studien kunde ett samband beskrivas mellan KASAM teorin och resultatet. I Antonovskys (2005) teori beskrivs KASAM, känsla av sammanhang, där meningsfullhet menas vara väsentligt för att kunna handha och förstå svåra känslor samt händelser. Detta kan härledas till sjuksköterskornas upplevelser av meningsfullhet i sitt arbete där de möter döende patienter. Att sjuksköterskorna kände meningsfullhet i arbetet kan vara en anledning till att de kunde handha och förstå svåra känslor och händelser i mötet med döende patienter. I Antonovskys (2005) teori beskrivs även komponenterna hanterbarhet och begriplighet som centrala för att kunna hantera svåra känslor och situationer i livet. Hanterbarhet innebär att kunna hantera olika händelser utan att drabbas av omständigheter (Antonovsky, 2005). Den psykiska påfrestning som framkom i studiens resultat talar för vikten av hanterbarhet både utanför och i arbetet. Antonovsky (2005) beskriver begriplighet som förmågan att förstå, bedöma och tydliggöra händelser. I denna studie beskrev sjuksköterskorna vikten av att återhämta sig efter svåra situationer för att kunna hantera dem på ett behövligt sätt. Begriplighet sågs också som en central del i arbetet eftersom att sjuksköterskorna påpekade att de måste kunna skilja på sin egen och patienternas ångest för att inte bli påverkad av den. Resultatet visade att alla tre komponenterna i KASAM kunde urskiljas i sjuksköterskornas upplevelser och sågs som starka. Enligt Antonovskys (2005) KASAM teori måste det finnas ett samspel mellan komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet för att uppnå en hög känsla av sammanhang. En hög KASAM innebär enligt Antonovsky (2005) således att en individ kan klara av svåra och påfrestande situationer i livet. Deltagande sjuksköterskor i studien kunde ses ha tendenser till hög KASAM och kunde därför hantera påfrestande situationer, som kunde komma i mötet med döende patienter, på ett enklare sätt. Detta eftersom att deltagande sjuksköterskor har begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i arbetet som beskrivits ovan.

## Metoddiskussion

En uppfattning var att sjuksköterskors upplevelser sällan studeras och därför var fokus att använda en metod som var utformad för att urskilja informanternas upplevelser. Den kvalitativa metoden är formad för att beskriva och analysera det som ska studeras (Polit & Beck, 2017), vilket ansågs passande för studiens syfte. Den kvalitativa forskningen är förknippad med konstruktivistiska studier som utmärker att människor själva genererar kunskap i samspelet med omvärlden (Polit & Beck, 2017). Syftet med studien var att beskriva upplevelser och egenskaper hos informanterna, Malterud (2011) beskriver den kvalitativa forskningsmetoden då som lämplig. Vidare beskriver Malterud (2011) att när förståelsen och kunskapen är ofullständig inom ett område kan kvalitativa studier upplåta till vidare studier som kan bidra till ökad insikt i området. Förförståelse är en persons yrkesmässiga perspektiv samt erfarenheter kring ett område, denna förförståelse leder framåt och det tas med i studien när projektet påbörjas (Malterud, 2011). Förförståelse i studien var att det kunde vara påfrestande att möta döende patienter och särskilt patienter under 18 år. Det förelåg en viss risk att förförståelsen kunde färga studiens resultat, detta togs i åtanke vid datainsamling och dataanalysprocessen. För att förförståelsen inte skulle påverka datainsamlingen var en intervjuguide till hjälp där öppna och genomtänkta frågor formulerats och användes som inte innehåller antaganden. På så sätt kunde en intervjuguide bidra till att öka studiens tillförlitlighet. I dataanalysprocessen har Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys tillämpats vilken låg som grund till bearbetning av den insamlade data. Det underlättade dataanalysen att kondensera den omfattande transkriberade data till mindre textmassa för att göra sammanhanget begripligare detta beskriver även Graneheim och Lundman (2004) vara en central del i kvalitativ innehållsanalys. Analysmodellen har varit ett stöd för förförståelsen och på så sätt bidragit till en mindre påverkan av resultatet vilket anses stärker tillförlitligheten av studiens resultat.

Studien genomfördes i en vårdverksamhet som var indelad i två enheter där specialiserad palliativ vård utfördes. För att få rikare data till studien inkluderades informanter från två specialiserade verksamheter inom palliativ vård, hospicevård och ASiH. Verksamheten valdes i första hand för att den var placerad i ett avstånd som möjliggjorde fysiska möten med informanterna. En annan anledning till att verksamheten valdes var för att den som nämnt omfattade både hospicevård och ASiH, vilket underlättade för att få kontakt med sjuksköterskor som arbetade inom de båda områdena. Studien utfördes endast på en verksamhet vilket kan ha givit ett begränsat resultat. Enligt Polit och Beck (2017) kan det vara en fördel för forskarna att samla data inom flera kontexter för att berika resultatets variation och innehåll. Med en bredare geografisk area för studien som baseras på flera verksamheter kunde resultatet möjligtvis medföra annorlunda och mer djupgående data. Detta togs i åtanke men på grund av begränsade resurser och begränsad tid för genomförande inkluderades endast en verksamhet. För att utvidga resultatet valdes därför en verksamhet som innefattade två inriktningar av specialiserad palliativ vård vilket sågs som positivt för studiens resultat och tillförlitlighet. I studien tillämpades bekvämlighetsurval då informanterna valdes. Enligt Polit och Beck (2017) är bekvämlighetsurval den sköraste urvalsmetoden men samtidigt den vanligaste. En faktor som skulle kunnat påverka resultatet var att enhetschefen valde informanterna. Detta kan ha betydelse för informantgruppens utformning. Enhetschefen kan ha valt de informanter som hade mycket att säga om ämnet eller de som var lättast tillgängliga, i vilket fall kan detta ha betydelse för den insamlade data och därmed resultatet.

Malterud (2011) förklarar istället strategiskt urval, där informanter som har mycket att beskriva om det aktuella området används. Ett strategiskt urval skulle kunna ge ett bredare och mer innehållsrikt resultat men det var inte genomförbart att göra ett strategiskt urval för att tid och resurser var bristfälliga. Bekvämlighetsurvalet resulterade i en tämligen heterogen informantgrupp med olika åldrar och arbetslivserfarenheter. I heterogena forskningsgrupper där bekvämlighetsurval praktiserats är risken för felaktiga resultat störst (Malterud, 2011). Med syfte att informanterna skulle ha tillräcklig erfarenhet inom området och kunna tillföra rikare data tillämpades exklusionskriteriet att informanter med mindre än ett års erfarenhet inom specialiserad palliativ vård exkluderades från studien. Informantgruppen är heterogen men blev mer homogen i och med avsaknaden av manliga informanter i studien. Detta kan ha resulterat i en svaghet för studien, då manliga sjuksköterskor kan ha andra erfarenheter än kvinnliga sjuksköterskor. Den heterogena informantgruppen tillförde trots detta en rik data vilket var positivt för resultat och ökade även överförbarheten eftersom en heterogen grupp avspeglar befolkningens struktur. Resultatet för studien anses ändå endast vara överförbart till liknande vårdverksamheter eftersom resultatet avspeglar en specifik grupp av sjuksköterskor och deras upplevelser.

Verksamhetsledningen möjliggjorde intervju med sex sjuksköterskor. Enligt Polit och Beck (2017) kan färre informanter ge ett snävare och mer begränsat resultat. Fler informanter kunde inkluderas och från andra verksamheter för att få ett mer tillförlitligt resultat. Detta var något som inte var genomförbart med tanke på den begränsade tidsperioden med avseende på längden av intervjuerna och transkriberingstiden. Kontakten med enheterna var följsamma och mötena med informanterna var enkla att planera. Polit och Beck (2017) beskriver att intervjuer där intervjuare och informanter möts personligen och enskilt är det lämpligaste sättet att samla undersökningsdata av god kvalitet. I detta fall ansågs de personliga mötena ha givit ett rikt innehåll i studien. De personliga mötena gav möjlighet att läsa av informanternas kroppsspråk vilket bidrog till att stämningen i samtalen kunde uppfattas. Detta ansågs som en fördel inför dataanalysen och för att öka trovärdigheten i resultatet. Intervjuerna i studien fördes av två intervjuare vilket enligt Danielson (2017) kan vara påfrestande för informanterna och det kan påverka innehållet i det informanterna väljer att delge under intervjun. Detta har reflekterats över men det valdes ändå att föra intervjuerna i par på grund av bristande erfarenhet att föra en intervju. Det ansågs vara ett stöd att föra intervjuerna i par och därmed kunde det öka kvaliteten på intervjuerna. Varje intervju spelades in med hjälp av mobiltelefon, vilket sågs som en fördel, då det möjliggjorde för intervjuarna att fokusera på samtalet istället för att föra anteckningar. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är det av användning att spela in intervjuerna eftersom tonfallet, pauserna och de precisa ordvalen finns inspelade och kan lyssnas på igen. I och med att fokus var att förstå vad informanterna ville förmedla under intervjuerna, underlättade det för en trovärdig och tillförlitlig dataanalys som i sin tur lämnade en positiv effekt och ökade resultatets kvalitet. Det faktum att intervjuerna var inspelade och gick att spela upp igen ökade tillförlitligheten i att det transkriberade materialet blev sanningsenligt representativt mot det som informanterna tidigare beskrivit. För att bibehålla informanternas integritet och konfidentialitet nämndes inte informanternas namn under inspelningen. Detta upplevdes göra informanterna mer bekväma inför inspelningen, vilket kan ha ökat trovärdigheten i informanternas svar. Vid intervjutillfällena tillfrågades varje informant om ålder, antal verksamhetsår som sjuksköterska, antal års erfarenhet inom specialiserad palliativ vård samt om utbildningsnivå om till exempel specialistutbildning.

Det har inte valts att belysa samband kopplade till informanternas demografiska bakgrund därför att det inte kunde ses något uppenbart samband. Studien syfte var inte heller att jämföra skillnader i informanternas upplevelser med deras demografiska bakgrund. Detta frågades om ändå ifall att det skulle uppkomma några uppenbara skillnader eller likheter i informanternas upplevelser som kunde vara intressanta för studiens syfte. Den demografiska fakta valdes att presenteras i studien för att visa på att resultatet är baserat på sjuksköterskor med olika bakgrund. Citaten i resultatet valdes att vara numrerade efter vilken informant för att påvisa att citaten lyfts från olika informanternas upplevelser. Detta tillsammans med att den demografiska fakta är presenterad i studien kan öka tillförlitligheten. Kontakten med verksamheten fungerade väl vilket underlättade för datainsamling till studien. En intervjuguide fanns till stöd, vilken var utformad med frågor som kunde besvara studiens syfte. Intervjuguiden hjälpte till att hålla ett flöde i samtalen och ämnen som var relevant för syftet diskuterades. Genom att använda frågeguiden ställdes samma frågor till samtliga informanter vilket bidrog till effektiv och tillförlitlig datainsamling. Det viktiga beskrivs av Malterud (2011) inte vara att bearbeta informantens tal till ordagrann text, fokus bör istället ligga på att erhålla hela bilden av vad informanten syftar på att förmedla. Vidare menar Malterud (2011) att det då finns en risk för oenighet mellan tillförlighet samt giltighet. Det inspelade materialet transkriberades noggrant. För att bibehålla den aktuella känslan i samtalet transkriberades intervjuerna samma dag de genomfördes vilket ökar tillförlitligheten för den analyserade data. I analysprocessen för studien användes en analysmetod inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Analysmetod upplevdes användbar och alla delar i analysprocessen hade ett ändamål. Enligt Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys utarbetas kategorier vilket sågs som en fördel för att stärka resultatet och besvara studiens syfte. Enligt Malterud (2011) kommer den enskilda forskaren obetingat påverka resultatet i studien. Vidare beskriver Malterud (2011) att olika forskare sätter sin egen stämning och karaktär på det framforskade materialet, vilket betyder att resultatet kunnat se annorlunda ut beroende på vem forskaren är. I studien har alla delar av materialinsamlingen och analysprocessen gjorts i par vilket ses som en styrka eftersom det har medfört att det har blivit svårare att sätta ett personligt avtryck på resultatet. Men trots detta går det inte att undvika att en personlig prägel givit en viss påverkan på resultatet som minskat trovärdigheten.

Helgesson (2015) beskriver de forskningsetiska kraven *Informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Dessa etiska krav har tagits hänsyn till under studiens gång. *Informationskravet* har tillämpats eftersom informanterna blivit tilldelade både muntlig och skriftlig information inför deltagandet i studien. Ett etiskt dilemma som kunde ses påverkat *informationskravet* var att information om studien till största del gavs i samband med intervjuerna. Enligt Polit och Beck (2017) behöver deltagande informanter erhålla information en tid innan intervjutillfället för att kunna ge ett informerat samtycke. Reflektioner har gjorts kring om det hade varit mer i enlighet med etiken att ge informanterna utförlig information om studien tidigare. Intervjuerna planerades endast få dagar innan de genomfördes, vilket medförde tidsbegränsningar i att förmedla information om studien till informanterna innan intervjuerna. *Samtyckeskravet* har nyttjats därför att informanterna fick information om att de när som helst kunde avbryta deras deltagande. Med denna vetskap föreligger en trygghet i att informanterna i efterhand, när de hunnit tänka igenom sitt deltagande mer, hade avbrutit deltagandet om de önskat. För att säkra *konfidentialitetskravet* nämndes inte informanternas namn i det inspelade materialet och i studien numrerades informanterna med 1–6 för att inte kunna härleda data till enskild informant.

De inspelade intervjuerna och det transkriberade materialet förvarades på dator med kodlås för att bevara konfidentialiteten. Det går inte heller att härleda från vilken verksamhet studien utfördes på. *Nyttjandekravet* har tillämpats i studien då informanterna blivit informerade om att de beskrivningar de ger endast kommer användas i studien.

## **Slutsats**

Slutsatsen av studien är att hinder fanns i mötet med döende patienter, sjuksköterskornas förhållningssätt till döden har påverkats av mötet och mötet har satt givet en inverkan i sjuksköterskornas liv. Kommunikationsutmaningar, möten som berör sjuksköterskor mer, känslor av otillräcklighet samt psykisk påfrestning var hinder i mötet med döende patienter som påvisats i studie. Sjuksköterskors förhållningssätt till döden har beskrivits där samtal om döden och att möta patienter med dödsångest blivit lättare med erfarenhet och kunskap inom specialiserad palliativ vård. Sjuksköterskors syn på döden sågs även ha blivit mer avslappnad i och med mötet med döende patienter. Inverkan i det egna livet har illustrerats i resultatet genom beskrivna känslor och upplevelser av meningsfullhet, att ta vara på livet och möjlighet till god vård.

## Fortsatta studier

Syftet med studien var att studera sjuksköterskors upplevelser i mötet med döende patienter inom specialiserad palliativ vård. I resultatet framkom att erfarenhet underlättade arbetet. Sjuksköterskorna kände att det var svårare att hantera och bemöta döende patienter och känslor som ny inom den specialiserade palliativa vården. Det har inte erfarits forskning som jämför erfarna sjuksköterskors upplevelser med nyanställda sjuksköterskor inom specialiserad palliativ vård. Det kan vara av intresse att jämföra detta i en vidare studie. Det kan också vara av intresse att studera hur olika professioner upplever det att möta döende patienter i specialiserad palliativ vård. En ytterligare intressant aspekt kan vara att studera personal på vårdenheter med olika geografiska placeringar i Sverige för att se om det förekommer eventuella skillnader i sjuksköterskornas upplevelser. För att vidga vyerna ytterligare kan även ett globalt perspektiv tillämpas för att belysa eventuella kulturella skillnader i upplevelser av mötet med döende patienter inom specialiserad palliativ vård. Det framkom inte närmare i resultatet huruvida sjuksköterskorna hanterar eventuella svårigheter i mötet med döende patienter vilket hade setts intresseväckande att studera vidare. Vidare studier om eventuella copingstrategier för svårigheter hade varit intressant och berikat resultatet i studien.

## Klinisk tillämpbarhet

I resultatet framkom det att sjuksköterskorna upplevde vissa hinder i mötet med döende patienter. Vissa möten kunde beröra sjuksköterskorna mer och kommunikationen i arbetet kunde var utmanande. Sjuksköterskorna kunde uppleva psykisk påfrestning i arbetet och en känsla av att känna sig otillräcklig. Detta resultat skulle kunna användas som diskussionsunderlag i verksamheter som bedriver specialiserad palliativ vård för att förbättra kommunikationen med patienterna samt den psykiska hälsan för sjuksköterskorna. När det nu finns kunskap om att vissa möten påverkar sjuksköterskorna mer skulle eventuella copingstrategier kunna utvecklas för att hantera detta. Resultatet har belyst att sjuksköterskorna upplevde att de påverkades mer av arbetet när de var nya inom den specialiserade palliativa vården. Sjuksköterskorna upplevde exempelvis att de påverkades av patienternas dödsångest som ny inom arbetet samt att det var svårare att prata om döden innan erfarenhet infann sig.



Med denna kunskap skulle nyanställda sjuksköterskor kunna bli erbjudna ökad utbildning och handledning inom specialiserad palliativ vård vilket skulle kunna minska dessa hinder som ny sjuksköterska. Meningsfullhet i arbetet och en känsla av att ta vara mer på livet var resultat som framkom i studien. Genom denna positiva inverkan arbetet gjort i sjuksköterskornas liv kan resultatet belysa och öka intresset ytterligare för arbetet inom specialiserad palliativ vård.

## **AVTACKANDE**

Vi är tacksamma för verksamheter och informanter som tagit sig tid att delta i studien och därav har gjort det möjligt för oss att genomföra detta examensarbete. Vi uppskattar stort att informanterna har delgett sina upplevelser till oss och att vi har fått möjlighet att sammanfatta dessa i vår studie.

Vi vill även tacka vår handledare för sitt fina engagemang och stöd genom hela arbetets gång.

## REFERENSER

- Allsop, M. J., Ziegler, L. E., Mulvey, M. R., Russel, S., Taylor, R., & Bennett, M. I. (2018). Duration and determinants of hospice-based specialist palliative care: A national retrospective cohort study. *Palliative Medicine*, 2(8), 1322–1333. doi: 10.1177/0269216318781417
- Antonovsky., A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Bloomer, M., Endacott, R., O`Connor, M. & Cross, W. (2013). The ´dis-ease` of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative medicine*, 27(8), 757–764. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313477176>
- CODEX- riktlinjer och regler för forskning. (2018). *Forskning som involverar människan*. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., ss.142–154). Lund: Studentlitteratur.
- Davis, M. P., Temel, J. S., Balboni, T., & Glare, P. (2015). A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Annals of Palliative Medicine*. 4(3), 99–121. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.04.
- Dunn, K.S., Otten, C., Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum*, 32(1), 97–104. doi: 10.1188/05.ONF.97–104
- Fridegren, I., & Lyckander, S. (2013). *Palliativ vård*. (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2: a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ireland, J. (2010). Palliative care: a case study and reflections on some spiritual issues. *British Journal of Nursing*, 19(4), 237-240. doi: 10.12968/bjon.2010.19.4.46786
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Källström Karlsson, I-L. (2009). Att leva nära döden: patienters och vårdpersonals erfarenheter inom hospicevård. Doktorsavhandling. Örebro universitet.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Nilsson, Å., Skär, L., Söderberg, S. (2015) Nurses' views of shortcomings in patient care encounters in one hospital in Sweden. *Journal of clinical nursing* 24(19-20), 2807-14. doi: 10.1111/jocn.12886

Palat, G., Stenlander, C., Jacob, J., Sinha, S., Rapelli, V., Wiebe, T., Segerlantz, M. (2018). Specialized Palliative Care and the Quality of Life for Hospitalized Cancer Patients at a Low-Resource Hospital in India. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(3), 289-299. doi: 10.4103/IJPC.IJPC\_95\_18

Peterson, J.L., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P.C., Kershek, S., Pincon, D. (2010) What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4), 181-187. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.4.47784

Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sandman, L., & Woods, S. (Red.). (2003). *God palliativ vård: Etiska och filosofiska aspekter*. Lund: studentlitteratur.

Schuster, M. (2006) *Profession och existens: en hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. Göteborg: Daidolos.

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Hämtad från [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8\\_20061038.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf)

Socialstyrelsen. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Indikatorer och underlag för bedömningar*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20417/2016-12-12.pdf>

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

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n: En modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

Verschuur, E., Groot, M., & Sande, R. (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 241-245. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.5.241

Westin, L. (2008) *Encounters in nursing homes: experiences from nurses, residents and relatives*. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Sahlgrenska akademien.

World Health Organization. (2018). Cancer: WHO Definition of Palliative Care. Hämtad från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

World Medical Association. (2013). WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 6 september, 2018, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wälivaara, B.M., Sävenstedt, S., & Axelsson, K. (2013) Encounters in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences. *The Open Nursing Journal*, 7, 73–81. doi: 10.2174/1874434620130419001

Stockholm 2018-08-23

Till verksamhetschef

[Verksamhetschefens namn]

[Verksamheterna]

Vi heter Denise Andersson och My Ljungros och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör palliativ vård och sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienter (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra studien vid [verksamheterna]. Vi önskar genomföra sex intervjuer, tre sjuksköterskor från vardera enheten, det vill säga ASiH samt Hospice verksamhet. Allt material kommer att avidentifieras för att resultaten ej ska kunna härledas varken till deltagare eller verksamheter.

Vid godkännande av att studien genomförs vid [verksamheterna], är vi tacksamma för din underskrift, på dokumentet längst bak i detta informationsbrev. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid [verksamheterna] är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

*Vänlig hälsning*

*My Ljungros*

*Denise Andersson*

Students namnteckning

Students namnteckning

\_\_\_\_\_  
Students namnförtydligande

My Ljungros

\_\_\_\_\_  
Students namnförtydligande

Denise Andersson

[Telefonnummer]

[Mailadress]

[Telefonnummer]

[Mailadress]

Handledares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Handledares namnförtydligande

Yvonne Hajradinovic

[Handledares telefonnummer]

## **Sammanfattning av arbetes upplägg och innehåll**

### **Arbetets titel**

Sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienter inom palliativ vård.

### **Problemområde**

Det finns begränsad forskning av hur sjuksköterskor inom den palliativa vården upplever det att möta döende patienter, vilket talar för att ökade studier behövs för att få en bredare syn på hur sjuksköterskor upplever arbetet. Sjuksköterskor som möter döende patienter ses ha ett mer avslappnat förhållningssätt till att tala om döden. Detta arbete kan både vara stressfullt ur många perspektiv och visat sig kunna kopplas till utbrändhet. Genom att studera detta kan en ökad förståelse för sjuksköterskors dagliga arbete skapas. Studien skulle även kunna öka förståelsen för ämnesområdet för sjuksköterskor som arbetar inom andra områden.

### **Syftet**

Syftet med detta projekt är att studera hur sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård med döende patienter upplever det.

### **Arbetets design och metod för datainsamling**

Arbetet genomförs med kvalitativ metod, som en empirisk intervjustudie med enskilda fysiska intervjuer med sex sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård med döende patienter. Vi önskar genomföra intervjuer med sjuksköterskor som arbetar både dag- och kvällstid och har arbetat minst ett år på enheten. För att få att få en rikare data önskar vi intervju tre sjuksköterskor från vardera enheten, det vill säga ASiH samt Hospice verksamhet. Intervjuerna kommer ske med oss båda som intervjuare. Intervjuerna kommer spelas in och tidsåtgång beräknas ta cirka 30 minuter per intervju. Intervjuerna kommer bestå av öppna frågor för att erhålla personliga upplevelser av det fenomen som studeras.

### **Tidslängd för datainsamling**

Augusti – mitten av september 2018

## **Verksamhetschefs godkännande för genomförande av studie**

Jag godkänner härmed att Denise Andersson och My Ljungros får utföra studien *Sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienter inom palliativ vård*, på arbetsplatserna [verksamheterna] under tidsperioden augusti – mitten av september 2018.

---

Ort, datum

---

Namnteckning, Verksamhetschef

---

Namnförtydligande

## **Intervjuguide**

Ålder? Kön? Antal år verksam som sjuksköterska? Specialistutbildning? Antal års erfarenhet av specialiserad palliativ vård?

Kan du berätta om ett möte med en döende patient som du särskilt kommer ihåg?

*Varför tror du gjort att du kommer ihåg just detta möte?*

*Hur kände du inför detta möte? Några speciella upplevelser?*

*Hur kände du när du lämnade mötet, några speciella tankar?*

Hur upplever du att det är att arbeta med döende patienter?

*Några specifika känslor som kommer upp?*

*Varför tror du att du känner så?*

Finns det patienter som påverkar dig mer?

*Vilka är det i sådana fall?*

Reflekterar du kring att patienterna du möter i arbetet inte har lång tid kvar att leva?

*Vad reflekterar du kring?*

*Påverkar det dig som person på något sätt? Hur då?*

*Gör det att du tänker på vissa saker? Vadå?*

I situationer där patienter har dödsångest, upplever du att du påverkas av det?

*i sådana fall hur / något specifikt exempel?*

Har ditt förhållningssätt till döden förändrats sedan du började arbeta inom den palliativa vården?

*På vilket sätt?*

*Hur ser du på döden nu?*

Gör ditt jobb att du förhåller dig till ditt eget eller andras liv på ett annat sätt än tidigare?

*I sådana fall hur?*

Har du börjat reflektera mera eller mindre kring döden sedan du började arbeta inom palliativ vård?

*I sådana fall hur? Och på vilket sätt?*

Hur upplever du att det är att prata om döden?

*Har din inställning förändrats kring detta sedan du började arbeta med palliativ vård?*

*Väcks några speciella känslor när du pratar om döden?*

*När du pratar med dina nära och kära, patienter eller deras anhöriga?*

*Berätta mer...*

*Hur menar du då?...*



## Förfrågan om deltagande i studie och information om studien

Vi heter Denise Andersson och My Ljungros och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör palliativ vård och sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienter (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning).

Vi är intresserade av att intervjua dig som arbetar som sjuksköterska på enheten [verksamheterna] under ett tillfälle till vår studie. Deltagandet är frivilligt. Intervjuerna, som är individuella, kommer att spelas in, för att tillförlitligt kunna ta hand om det du berättar. Allt material kommer att avidentifieras för att data och resultaten ej ska kunna härledas varken till dig som deltagare eller inkluderade verksamheter. Vi vill också informera om att det när som helst är accepterat att avbryta ditt deltagande i studien. Det analyserade resultatet kommer att presenteras i en uppsats.

Vid godkännande av att Du deltar i studien är vi tacksamma för din underskrift, på dokumentet längst bak i detta informationsbrev. Om Du känner dig tveksam till att delta i studien är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande studien är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

*Vänlig hälsning från Sophiahemmet Högskola och  
My Ljungros*

*Denise Andersson*

Students namnteckning

Students namnteckning

\_\_\_\_\_  
Students namnförtydligande  
My Ljungros

\_\_\_\_\_  
Students namnförtydligande  
Denise Andersson

[Telefonnummer]  
[Mailadress]

[Telefonnummer]  
[Mailadress]

Handledares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Handledares namnförtydligande  
Yvonne Hajradinovic  
[Handledares telefonnummer]

## **Sammanfattning av arbetes upplägg och innehåll**

### **Arbetets titel**

Sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienter inom palliativ vård.

### **Problemområde**

Det finns begränsad forskning av hur sjuksköterskor inom den palliativa vården upplever det att möta döende patienter. Vilket talar för att ökade studier behövs för att få en bredare syn på hur sjuksköterskor upplever arbetet. Sjuksköterskor som arbetar nära döden ses ha ett mer avslappnat förhållningssätt till att tala om döden. Detta arbete kan vara stressfullt ur många perspektiv och har visats kunna kopplas till utbrändhet. Genom att studera detta kan en ökad förståelse för sjuksköterskors arbete i möten med döende patienter skapas

### **Syftet**

Syftet med detta projekt är att studera hur sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård med döende patienter upplever det.

### **Arbetets design och metod för datainsamling**

Arbetet genomförs med kvalitativ metod, som en empirisk intervjustudie med enskilda fysiska intervjuer med sex sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård med döende patienter. Vi önskar genomföra intervjuer med sjuksköterskor som arbetar både dag- och kvällstid och har arbetat minst ett år på enheten. För att få att få en rikare data önskar vi intervju tre sjuksköterskor från vardera enheten, det vill säga ASiH samt Hospice verksamhet. Intervjuerna kommer ske med oss båda som intervjuar. Intervjuerna kommer spelas in och tidsåtgång beräknas ta cirka 30 minuter per intervju. Intervjuerna kommer bestå av öppna frågor samt följdfrågor, för att erhålla personliga upplevelser av det fenomen som studeras.

### **Tidslängd för datainsamling**

Augusti – mitten av september 2018

## **Informerat samtycke till studiedeltagande**

Härmed intygar jag att jag har fått muntlig och skriftlig information om aktuell studie och samtycker härmed till att delta i studien *Sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienter inom palliativ vård*, som genomförs med datainsamling under tidsperioden augusti – mitten av september 2018. Deltagandet är helt frivilligt och jag kan när som helst avbryta mitt deltagande om jag så önskar.

---

Ort, datum

---

Namnteckning, intervjudeltagare

---

Namnförtydligande