

Beteckning: \_\_\_\_\_



Akademien för hälsa och arbetsliv

Sjuksköterskors upplevelser av mötet med patienter i  
behov av palliativ vård och/eller patienter som befinner  
sig vid livets slutskede

*Nadja Brunner och Emma Modig  
Mars 2011*

Examensarbete, 15 hp, grundnivå  
Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon  
Handledare: Maria Lindberg

## **Abstract**

**Aim.** To study the nurses' experience of the encounter with patients in need of palliative care and /or patients in need of care at the end of life.

**Method.** A descriptive design was chosen to the qualitative study. Semi-structured interviews were performed with seven nurses who were selected through a convenience sample. All participants worked closely with patients in need of palliative care and /or patients at end of life. The collected data was analyzed with the help of manifest qualitative content analysis.

**Results.** The content analysis resulted in two categories: "Health care close to patient and family" and "Emotional process". The results showed that nurses were satisfied with their work. They thought it was positive to be able to create the best end of life care possible for the patient. However, results also showed that working with these patients may be psychologically stressful. Therefore, it is important to process emotional feelings. This could be done either with the help of colleagues at work or through professional supervision.

**Conclusions.** Although psychological distress is experienced when working with patients in need of palliative care and/or end of life care, their work is seen as something satisfactory. However, a personal emotional process and professional supervision in order to manage difficult situations is important. When this is obtained the psychological distress is reduced.

**Keywords:** Palliative care, end of life care, nurses' feelings, satisfaction.

## Sammanfattning

**Syfte.** Att undersöka sjuksköterskans upplevelse av mötet med patienter i behov av palliativ vård och/eller patienter i behov av vård vid livets slutskede.

**Metod.** En deskriptiv design användes till den kvalitativa studien. Semistrukturerade intervjuer utfördes med sju sjuksköterskor som valdes ut genom ett bekvämlighetsurval. Alla deltagare arbetade nära patienter i behov av palliativ vård och/eller patienter i behov av vård vid livets slutskede. Data som samlades in granskades med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys.

**Huvudresultat.** Innehållsanalysen resulterade i två kategorier; ”Vård nära patient och närstående” samt ”Bearbetandeprocessen”. Det visade sig att arbetet upplevdes tillfredsställande. De tyckte att det var positivt att få möjligheten att skapa en så bra sista tid i livet som möjligt för patienten. Det framkom dock att arbetet med dessa patienter kan vara psykiskt påfrestande. Av denna anledning ansågs det viktigt att bearbeta sina känslor, antingen med hjälp av arbetskolligor eller via professionell handledning.

**Slutsatser.** Trots psykisk påfrestning upplevs mötet med patienter i behov av palliativ vård och/eller patienter vid livets slutskede som någonting tillfredsställande. Dock behövs bearbetning och handledning av svåra situationer. Då detta erhålls kan den psykiska påfrestningen minska.

**Nyckelord:** Palliativ vård, vård vid livets slutskede, sjuksköterskors känslor, tillfredsställelse.

## Innehållsförteckning

<b>1 Introduktion</b>	1
<i>1:1 Bakgrund</i>	1
<i>1:2 Sjuksköterskans roll</i>	1
<i>1:3 Sjuksköterskans uppfattning av jobbiga situationer</i>	3
<i>1:4 Bearbetning och hantering av jobbiga situationer</i>	3
<i>1:5 Teoretisk anknytning</i>	5
<i>1:6 Problemformulering</i>	5
<i>1:7 Syfte och frågeställningar</i>	5
<b>2 Metod</b>	6
<i>2:1 Design</i>	6
<i>2:2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp</i>	6
<i>2:3 Datainsamlingsmetod</i>	6
<i>2:4 Tillvägagångssätt</i>	7
<i>2:5 Dataanalys</i>	7
<i>2:6 Forskningsetiska överväganden</i>	8
<b>3 Resultat</b>	9
<b><i>3:1 Vård nära patient och närstående</i></b>	9
<i>3:1:1 Tillfredsställande vårdupplevelser</i>	9
<i>3:1:2 Påfrestande vårdupplevelser</i>	11
<b><i>3:2 Bearbetandeprocessen</i></b>	13
<i>3:2:1 Arbetsgruppens betydelse</i>	13
<i>3:2:2 Handledningens betydelse</i>	13
<b>4 Diskussion</b>	14
<i>4:1 Huvudresultat</i>	14
<i>4:2 Resultatdiskussion</i>	14
<i>4:3 Metoddiskussion</i>	19
<i>4:4 Allmän diskussion</i>	22
<i>4:5 Slutsats</i>	22
<b>5 Referenser</b>	23

## 1 Introduktion

### 1:1 Bakgrund

Enligt Mathisen (2005) skiljer sig begreppen palliativ vård samt vård vid livets slutskede. Palliativ vård innebär att lidande skall lindras hos patienter med obotlig sjukdom. Vård vid livets slutskede däremot innebär att patienten har kliniska symtom som talar för att döden är nära (Mathisen 2005, Socialstyrelsen 2006). Mathisen (2005) förklarar även att den palliativa vården bedrivs på specifika enheter med specialutbildad personal, så kallade hospice enheter. I vissa kulturer är död tabubelagt och hospice enheter kan vara associerande med död istället för någonting bekvämt och värdigt (Wu & Volker 2009).

Vid mötet med patienter, i behov av palliativ vård samt med patienter som befinner sig vid livets slutskede, har sjuksköterskan många ansvarsområden där stöd är det mest centrala (Bach *et al.* 2009, Calvin *et al.* 2009). Sjuksköterskans stödjande roll omfattar både att stödja till livet men även att stödja till att våga släppa taget när tiden är kommen (Bach *et al.* 2009). Målet med palliativ vård är att ge den bästa möjliga kvaliteten på omvårdnaden vid vård av patienter som vandrar mot livets slut (Tyree *et al.* 2005). Bruce och Boston (2008) menar att andra

viktiga mål är att bibehålla patientens värdighet, göra det så bekvämt som möjligt för patienten samt att förbereda inför det som komma skall. Denna omvårdnad ska riktas både mot patient och närstående (Tyree *et al.* 2005). Enligt Socialstyrelsen (2004) är närstående en ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”.

För att vård av patienter i behov av palliativ vård samt patienter vid livets slutskede och deras närstående ska kunna utföras på ett bra och värdigt sätt, krävs det att sjuksköterskan lägger vikt på arbetet med dessa patienter. Det är i de flesta fall sjuksköterskans ambition att ge patienter och närstående hög kvalitet på vården (Carlson 2007, Wallerstedt & Andershed 2007).

### 1:2 Sjuksköterskans roll

En sjuksköterska bör sträva efter att lära sig visa och känna empati gentemot patienten och även närstående. Han/hon bör kunna sätta sig in i patientens situation. Detta för att visad empati ger upphov till minskad stress, minskad smärta och minskad ångest hos patienten. Det bidrar även till tillfredsställelse och ökat välbefinnande (Yu & Kirk 2008). Huynh *et al.* (2008) beskriver empati som att sjuksköterskan träder in i en annan individs värld, där han/hon får uppleva hur patienten som enskild individ uttrycker sig,

samt förstår situationen denne befinner sig i.

Det är sjuksköterskans uppgift att klargöra information som ges till patient och närstående, han/hon ska även se till att informationen har uppfattats på rätt sätt (Bach *et al.* 2009). McIlpatrick (2007) förklarar att information är en av de viktigaste byggstenarna vid palliativ vård. När sjuksköterskan pratar med patienten och ger bra information infinner sig en känsla av trygghet hos patienten som således gör att denne känner sig bekräftad (Nåden & Saeteren 2006).

Nåden och Saeteren (2006) beskriver även att det är viktigt att patienten inte känner sig ensam, han/hon ska alltid känna att det finns någon tillgänglig att tala med. Thompson *et al.* (2006) definierar tillgänglighet som en fysisk närvaro samt ett känslomässigt stöd. McIlpatrick (2007) berättar att de sjuksköterskor som engagerar sig på ett mer personligt plan är de sjuksköterskor som patienterna anser vara det mest värdefulla emotionella stödet. Därför bör sjuksköterskan precis som Nåden och Saeteren (2006) skriver sträva mot att patienten känner sig sedd och välkommen. Brown *et al.* (2006) styrker detta och hävdar att det är viktigt att få bra kontakt med patienten för att sjuksköterskan skall veta hur han/hon skall

gå tillväga för att uppnå god vård. Det är viktigt att sjuksköterskan ser hela patienten och dess närstående och inte bara "en sjukdom". Det är viktigt att sjuksköterskan är med patienten, skapar en relation, inte bara behandlar dennes åkommor.

En del sjuksköterskor tycker att det är bra att ta hjälp av självbiografiska berättelser vid mötet med nya patienter. Detta kan skapa ett starkt band mellan sjuksköterska och patient, men även till dennes närstående. Är det möjligt för sjuksköterskan att få ta del av hela patientens livshistoria, är det lättare att vårda och ta hand om patienten på ett så optimalt sätt som möjligt. Sjuksköterskan måste dock ha i åtanke att det inte är alla patienter som vill dela med sig av sin livshistoria, de kan anse att det är någonting alldeles för privat att dela med sig utav (Clarke *et al.* 2005). Å andra sidan hävdar Maeve (1998) att många sjuksköterskor är rädda för att skapa ett starkt band med patienten och dennes närstående. Detta på grund av att det kan upplevas som svårt att släppa taget då patienten dör.

Sjuksköterskan får inte vara rädd att ta upp känsliga ämnen och problem som har uppstått eller kan uppstå, som exempelvis dåliga prognoser, behandlingsalternativ eller patientens mål med livet. Detta kan

kännas lättare om alla berörda är medvetna om utgången (Tyree *et al.* 2005, Thompson *et al.* 2006).

### *1:3 Sjuksköterskans uppfattning av jobbiga situationer*

Eftersom sjuksköterskan är den person som spenderar mest tid med patient och närstående är han/hon den som kommer dem närmast. Sjuksköterskan är även ofta den som får ta del av förhoppningar och önskemål. Detta kan leda till att han/hon ibland kan uppleva stor sorg och frustration vid dödsfallet (McMillen 2008, Calvin *et al.* 2009).

Sjuksköterskan kan känna frustration då läkare har svårt för att ta beslut om att övergå till palliativ vård. De är då rädda för att för mycket fokus läggs på att återställa hälsa så att lidandet för både patient och närstående förlängs. En sådan situation kan sjuksköterskan uppleva som etiskt svår och det kan vara svårt att agera patientens språkrör. Dock förenklas denna situation om sjuksköterskan innan hunnit diskutera med patienten hur denne vill ha det (Seal 2007, Calvin *et al.* 2009). Vid vissa tillfällen kan sjuksköterskan även uppleva att kommunikationen med läkare är bristfällig. Detta kan då orsaka att sjuksköterskan upplever en känsla av maktlöshet, när han/hon i dessa situationer

ibland inte klarar av att hjälpa patienten på det sätt som behövs (Parish *et al.* 2006).

Om sjuksköterskan som nyutexaminerad inte får hjälp att bearbeta sina känslor vid mötet med patienter vid livets slutskede, kan detta påverka den framtida hanteringen av liknande situationer. Att ha en mer erfaren sjuksköterska som förebild kan hjälpa till att utveckla ett bra försvar mot svåra situationer (Gerow *et al.* 2010).

Det är viktigt att sjuksköterskan är bekväm i frågor gällande döden och döendeprocessen för att kunna ge närstående optimalt stöd. För detta krävs oftast erfarenhet och exponering av palliativ vård (Thompson *et al.* 2006). Ulrich *et al.* (2010) beskriver att det är mer vanligt förekommande att nyutexaminerade sjuksköterskor stöter på problem rörande den palliativa vården, gentemot de sjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet.

### *1:4 Bearbetning och hantering av jobbiga situationer*

Oerfarna sjuksköterskor kan ha uppfattningen av att de skall stödja patient och närstående och inte visa sig sårbar (Gerow *et al.* 2010). Ju längre sjuksköterskan arbetat inom vården, desto mer emotionellt stabil blir han/hon i sin yrkesroll. Sjuksköterskan kan även förstå

att sorg är ett naturligt svar som visar att man bryr sig om en annan människa (Teng *et al.* 2009, Gerow *et al.* 2010). Teng *et al.* (2009) beskriver att sjuksköterskan lär sig att hantera jobbiga och stressiga situationer på ett sätt som gynnar arbetsrutinerna och hur han/hon är som person. Att vara emotionellt stabil beskriver Huynh *et al.* (2008) som en mänsklig process vid olika personmöten. Då sjuksköterskan möter en individ med negativa känslor och negativ energi faller det naturligt att han/hon vill hjälpa denne till välbefinnande. I början kan detta vara jobbigt och krävande, men efter ett tag leder det till att han/hon blir mer trygg i sin sjuksköterskeroll.

Som beskrivits ovan finns det inget optimalt sätt att hantera sina känslor på vid jobbiga situationer, utan detta fås via erfarenhet. Känslorna kommer alltid att finnas där men sjuksköterskan lär sig likt en skådespelare träda in i en roll och visar de känslor hon är förväntad att känna, då hon egentligen känner någonting annat inombords. Det är dock viktigt att sjuksköterskan har någon att vända sig till och prata med (Calvin *et al.* 2009, Huynh *et al.* 2008, Warnock *et al.* 2010). För att sjuksköterskan ska kunna förhindra att bli psykiskt påverkad av svåra situationer är det viktigt att få stöd från kollegor, familj och vänner, men det är även viktigt att få

professionell handledning (Wu & Volker 2009).

Warnock *et al.* (2010) beskriver att det kan vara svårt att vara stark efter ett dödsfall, inte minst som sjuksköterska. Han/hon bör sträva efter att lära sig att hantera sina egna känslor och på samma gång ta hand om de närstående. Huynh *et al.* (2008) hävdar att de flesta sjuksköterskor försöker vara starka och oberörda även fast de känner sig svaga inombords. Då de anser att det är en del av professionen att vara stark. Warnock *et al.* (2010) beskriver att som sjuksköterska kan man ofta stöta på hårda ord, ilska, frustration, hysteri eller förnekelse från de närstående. Det gäller då att vara stark och lära sig att hantera sina känslor. Det är viktigt att sjuksköterskan lära sig normalisera sina känslor inom sjuksköterskerollen och harmonisera dem med patientens (Huynh *et al.* 2008). Teng *et al.* (2009) hävdar att det är viktigt att skapa en adekvat miljö för sjuksköterskan där han/hon kan få total emotionell stabilitet. Detta kan bidra till större patient säkerhet, bättre självkänsla hos sjuksköterskan och välbefinnande på arbetsplatsen.

Källström-Karlsson (2008) beskriver att det kan vara svårare att ta avstånd från en patient om denne haft en smärtefull död. Då sjuksköterskan har svårt att släppa taget om en patient kan han/hon uppleva både



psykisk och fysisk stress och grubbla över det som hänt i dagar, veckor, ibland månader. Detta kan i sin tur leda till att både arbetet och privatlivet blir lidande (Hansen *et al.* 2009, Warnock *et al.* 2010). Bruce och Boston (2008) tar upp att tiden ofta inte räcker till för att kunna stödja patienter och närstående fullt ut, vilket kan leda till att sjuksköterskan får skuld känslor och känner sig misslyckad.

### *1:5 Teoretisk anknytning*

Kristoffersen (2006) tar upp Katie Erikssons omsorgsteori där det beskrivs att människan behöver känna bekräftelse för att orka gå vidare i livet. Bekräftelse fås när sjuksköterskan uppmärksammar patientens begär. Detta begär uttrycker patienten genom att förmedla sina önskningar, sin längtan och sin hoppfullhet (Kristoffersen 2006). Enligt Eriksson (1994) är tro, hopp och kärlek vårdandets grund. Tro och hopp anses vara en människas drivkraft, kärleken däremot utgör en länk mellan individen och personer runtomkring. Katie Eriksson hävdar att lidandet är en del av livet och det är sjuksköterskans uppgift att lindra lidandet i den mån det är möjligt (Kirkevold 2000).

### *1:6 Problemformulering*

Författarna anser att studier om sjuksköterskors känslor vid palliativ vård

och/eller vård av patienter vid livets slutskede är otillräckliga, detta styrks av Calvin *et al.* (2009). För att få en större inblick i ämnet vill författarna själva forska inom detta område. Oavsett disciplin, kommer de flesta sjuksköterskor någon gång under verksam tjänst att stöta på och vårda dessa patienter. Det är därför viktigt att sjuksköterskan har kunskap om hur känslorna vid omvårdnaden av palliativa patienter kan hanteras. Genom att få inblick i sjuksköterskornas upplevelser anser författarna att det blir lättare att ge rätt stöd.

### *1:7 Syfte och frågeställningar*

Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av mötet med patienter i behov av palliativ vård och/eller patienter i behov av vård vid livets slutskede. För att uppnå syftet användes följande frågeställningar:

Hur upplever sjuksköterskor mötet med patienter i behov av palliativ vård och/eller vård vid livets slutskede?

Vad upplever sjuksköterskor som positivt samt negativt vid vård av patienter i behov av palliativ vård och/eller vård vid livets slutskede?

Hur hanterar sjuksköterskor upplevelsen av mötet med patienter i behov av palliativ vård och/eller vård vid livets slutskede?

## 2 Metod

### 2:1 Design

Författarna har valt att använda en deskriptiv design med kvalitativ data i form av semistrukturerade intervjuer. Polit och Beck (2008) beskriver att den deskriptiva designen används för att observera, dokumentera och beskriva känslor och händelser som är vanligt förekommande hos individer.

### 2:2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Enhetschefer på två hospice avdelningar samt två palliativa team kontaktades via telefon. Det var dock ett palliativt team som avböjde då de nyligen hade medverkat i en liknande studie. Sjuksköterskorna valdes ut genom ett bekvämlighetsurval. Som Polit och Beck (2008) beskriver innebär detta att de personer som är mest tillgängliga väljs ut till deltagare. Det inklusionskriterium författarna hade var att de sjuksköterskor som blev tillfrågade att delta, arbetade nära patienter i behov av palliativ vård och/eller patienter som befinner sig vid livets slutskede. Detta inklusionskriterium valdes då författarna ville få ett så brett perspektiv som möjligt gällande sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter. Deltagarna bestod av sjuksköterskor med arbetslivserfarenhet mellan 8 till 22 år. Författarna planerade att intervjua åtta till tio personer. Efter kontakt med enhetscheferna valde nio

personer att delta, varav två i slutändan inte kunde medverka på grund av sjukdom eller personliga förhinder. Antalet deltagare blev därmed sju stycken.

### 2:3 Datainsamlingsmetod

Författarna använde sig av semistrukturerade intervjuer för att få fram data som svarade på syftet. Semistrukturerade intervjuer blev ett självklart val då författarna ville ställa strukturerade frågor men inte få förutsägbara svar. Viktigt att tänka på är att inte konstruera frågor med ja eller nej svar (Polit & Beck 2008). Polit och Beck (2008) hävdar att det är intervjuarens funktion att uppmuntra deltagaren till att berätta och tala fritt runt ämnet, vilket författarna hade som avsikt under alla intervjuer. Intervjuguiden utformades utifrån studiens syfte.

Författarnas intervjuguide bestod av elva frågor. Övergripande handlade frågorna om sjuksköterskans positiva och negativa upplevelser inom palliativ vård och vård vid livets slutskede. Vissa frågor handlade även om varför detta arbetsområde valdes samt hur länge de varit verksamma som sjuksköterskor inom detta område. Dessa frågor ställdes som bakgrundsdata.

På grund av att författarna valt att använda sig av en semistrukturerad intervju

förekom även följdfrågor. Följdfrågor är frågor som uppmuntrar deltagaren till att fortsätta sin berättelse. Följdfrågor som ställdes kunde exempelvis vara ”Kan du beskriva hur” eller ”När det hände, hur kände du då?”.

#### *2:4 Tillvägagångssätt*

Efter telefonkontakt med enhetscheferna, skickades ett mejl ut med bilagd ansökan om tillstånd för genomförande av intervju. I mejlet bad författarna om tillåtelse att bjuda in frivilliga sjuksköterskor till intervjuer.

Då enhetscheferna godkänt studien bad författarna dessa att namnge sjuksköterskor som var lämpliga att delta i en intervju, kontaktuppgifter till dessa sjuksköterskor efterfrågades. Enhetscheferna tillfrågade okänt antal sjuksköterskor och namngav sammanlagt nio stycken. Via mejl skickades därefter information angående studien ut till de namngivna sjuksköterskorna. Efter några dagar tog författarna kontakt med de utvalda sjuksköterskorna via telefon för att se om intresse fanns. Om sjuksköterskan i fråga valde att delta bestämdes även datum och tid för intervju.

En provintervju med en allmänsjuksköterska med erfarenhet inom området utfördes för att granska och

eventuellt revidera intervjuguiden. Provintervjun inkluderades inte i studiens resultat. Författarna kom fram till att intervjuguiden inte behövde revideras, dock tillkom fler följdfrågor samt en avslutande fråga; Har du någonting mer att tillägga? Efter intervjuguiden färdigställdes skickades ett mejl till samtliga deltagare med information om vad intervjun i stort skulle handla om. Intervjuerna ägde rum på deltagarnas arbetsplats i ett personalrum eller i ett lugnt och avskilt rum som deltagarna valt ut själva. Enligt Polit och Beck (2008) bör det valda rummet vara just detta, lugnt och avskilt, för att deltagarna skall känna sig trygga. Alla intervjuer spelades in med hjälp av en diktafon.

Författarna intervjuade deltagarna under vecka sex och sju våren 2011 och varje intervju varade i upp mot tjugofem minuter.

#### *2:5 Dataanalys*

Författarna valde att granska insamlad data med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys. Då en kvalitativ studie skall analyseras med hjälp av manifest innehållsanalys menar Graneheim och Lundman (2004) att det självklara som sagts ska brytas ned och tolkas. Det är det som sägs som ska tolkas och inte det underförstådda. Detta innebär att

författarna transkriberade och granskade insamlad data mening för mening. Meningarna kodades därefter och lades i olika subkategorier som slutligen organiserades i olika kategorier, med en specifik färg för varje intervju. Exempel på

analysprocessen visas i *Tabell 1* och *2*. Författarna granskade det analyserade materialet var för sig. Därefter valdes den mest betydelsefulla och relevanta informationen ut ur intervjuerna, detta för att författarna skulle kunna besvara syftet.

**Tabell 1.** Visar hur insamlad data analyserades av författarna. Den ger exempel på hur meningsenheter kondenserades och slutligen delades upp i olika kategorier.

MENINGSENHET	KONDENSERING	KOD	SUBKATEGORI	KATEGORI
Asså det som känns som mest positivt det e väl att man, för det första märker man att man kan göra skillnad... genom att ge god symtomlindring...	Det som känns mest positivt är att man, för det första kan göra skillnad genom att ge god symtomlindring.	Ge god symtomlindring.	Tillfredsställande vårdupplevelser	Vård nära patient och närstående
Det e ju när ens egna känslor liksom kommer litegrann i vägen sådärja....	Det är när ens egna känslor kommer i vägen litegrann.	Egna känslor kan komma i vägen.	Påfrestande vårdupplevelser	Vård nära patient och närstående

**Tabell 2.** Visar hur författarna sammanställde kategorierna utifrån de analyserade intervjuerna.

KATEGORI	BEARBETANDEPROCESSEN	
SUBKATEGORI	Arbetsgruppens betydelse	Handledningens betydelse
KOD	- Bra samarbete med omvårdnadspersonal och enhetschefer gör att svåra saker kan ventileras även med dem.	- Nyutexaminerad har större behov av handledning.
	- Det är viktigt att vara ärlig och öppen med det man tycker är jobbigt annars blir det tungt och tufft.	- Det är viktigt att ha handledning och vådra ut det som är jobbigt.

### 2:6 Forskningsetiska överväganden

Innan de semistrukturerade intervjuerna utfördes ansökte författarna om tillstånd hos forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle. Författarna skickade, som tidigare

nämnts, vid kontakt med enhetscheferna ut en ansökan om tillstånd för genomförande av intervjuer. Ett informationsblad mejlades till samtliga deltagare. Informationsbladet innehöll syfte,

kontaktuppgifter och information om att studien var frivillig samt att all information som samlades in bevaras konfidentiellt. Deltagarna fick även information om att de hade rätten att avböja när helst de ville. De fick även information som sade att de hade rätt att välja om de ville svara på de frågor som ställdes.

Författarna anser att intervjuguiden inte innehöll frågor som kunde verka stötande eller kränka deltagarnas integritet. Eftersom författarna valde att använda en semistrukturerad intervju där deltagarnas känslor och privata tankar blottades, var det precis som Polit och Beck (2008) skriver viktigt att all information som deltagarna berättar hanteras konfidentiellt. Detta innebär att inga utomstående kommer att kunna identifiera det som sagts under intervjun och att all personlig information raderades under resultatet.

### 3 Resultat

I resultatdelen presenterades insamlad data med hjälp av de kategorier som skapades under analysprocessen. Kategorierna "Vård nära patient och närstående" och "Bearbetandeprocessen" användes som rubriker. Kategorierna hade även subkategorier vilka användes som underrubriker. Författarna valde även att presentera resultatet tillsammans med lämpliga citat, där deltagarna benämns D1-

D7. Under hela resultatdelen valde författarna att benämna deltagarna "han/hon" för att inte röja någons identitet.

#### *3:1 Vård nära patient och närstående*

##### *3:1:1 Tillfredsställande vårdupplevelser*

Då sjuksköterskor arbetar med palliativ vård bör de vara en speciell typ av människa. Han/hon kan lära sig en del efterhand men det mesta har han/hon redan inom sig, i form av sunt förnuft och erfarenheter. Har sjuksköterskorna kärlek till människan kommer omvårdnaden automatiskt. Att arbeta med palliativ vård innebär ibland mer tid till patientkontakt. Detta upplevs som någonting positivt då sjuksköterskorna hinner samtala, läsa av och stötta patient och närstående. En känsla av att hinna skapa en relation infinner sig och sjuksköterskorna känner att de gör ett helhetsjobb. Han/hon kan då gå hem tillfredsställd och känna att han/hon har hjälpt en patient och/eller närstående, vilket kan ses som en gåva.

*"Allt du gör inom palliativ vård, så kan du förbättra saker till det bättre. Utgången är ofta given, du har en patient som är svårt sjuk och ska dö. Men du kan lindra smärta och ångest och dom får förhoppningsvis kvalité i sin tid."* D5

Att enbart arbeta med döden och svårt sjuka kan ses som någonting konstigt och

onormalt. Situationen då en person avlider kan upplevas som svår men sjuksköterskorna kan samtidigt uppleva den fin. Att skapa en bra sista tid i livet har förklarats av flera deltagare som någonting positivt då det är en så pass viktig episod av livet. Att få möjligheten att ge patient och närstående något som annars inte vore möjligt, kan upplevas som enormt tacksamt och tillfredsställelsen blir påtaglig för sjuksköterskorna då ett bra jobb utförts.

*“Det ger en jättemycket att kunna hjälpa till och skapa den sista tiden i livet så att den blir bra.” D1*

God symtomlindring, minskad oro samt minskad ångest ses även det som någonting positivt. Att tillsammans med annan vårdpersonal få hjälpa en person till att få det så bra som möjligt i den svåra situationen som uppstår vid livets slut är ofta en fin upplevelse. Det är en förmån att få arbeta med att hjälpa patienter som har oro, ångest och smärta vid livets slutskede. Att kunna minska dessa åkommor för att få ett värdigt slut känns betryggande och positivt. Förhoppningsvis kan även en god kvalitet på den sista tiden skapas. Att kunna hjälpa och finnas till hands för oroliga patienter och närstående betyder mycket och det känns bra och tillfredsställande att det är patientens behov

som styr vården. Det är en utmaning att få lotsa patient och närstående genom det svåra. När patienten accepterat att han/hon ska dö finns det mycket sjuksköterskorna kan bidra med för att underlätta den sista tiden i livet. Detta är tacksamt och sjuksköterskorna får mycket tillbaka från patienten, men framförallt från de närstående. Att få beröm för sitt arbete upplevs glädjande.

Om patienten vårdas i hemmet är det sjuksköterskorna som är “gäst” hos patienten och inte tvärtom. Denna situation förklaras som positiv då sjuksköterskorna får möjlighet att se hela patienten. Patienten faller således i total fokus och det känns respektfullt. Det upplevs som positivt när sjuksköterskor får en bra relation till närstående och med rätt stöd från dessa kan sjuksköterskorna göra situationen mer tillfredsställande för patienten. Detta kan bidra till ett bra slut på livet och framförallt positiva minnen för närstående.

Små saker och händelser kan vara de mest betydelsefulla vid vård i livets slutskede och sjuksköterskorna får inte vara rädd att hjälpa patienten uppnå en bättre livskvalitet. Att våga säga och göra vissa saker kan leda till någonting positivt, exempelvis att bjuda patienten på någonting njutbart eller någonting så enkelt

som att låta dem bada. Just detta uttrycks av en utav deltagarna.

*”Det finns många små händelser som kanske inte verkar så betydelsefulla när man gör dom, men efteråt förstår man hur mycket det betydde.” D3*

### *3:1:2 Påfrestande vårdupplevelser*

Palliativ vård upplevs i sig inte som någonting negativt. Utan det är istället de svåra situationerna och kontakterna runt omkring som kan vara negativa. Sjuksköterskor vill ge så mycket, men det kan upplevas som om det varken finns tid eller resurser. Känslan av att inte kunna smärtlindra eller att minska ångest eller oro kan upplevas som frustrerande. Även känslan av att inte räcka till kan leda till frustration. Tidsbristen är även stressrelaterad och den kan göra att sjuksköterskorna känner sig otillräcklig, vilket kan upplevas som både jobbigt och skamligt. Någonting annat som upplevs jobbigt och skamligt är om närstående blir missnöjda även fast sjuksköterskorna gör allt de kan för att patienten ska få en optimal vård.

Att arbeta inom palliativ vård kan ibland innebära att sjuksköterskorna måste lära sig hantera ett högt arbetstempo samt att han/hon ibland även måste arbeta ensam. Detta kan kännas svårt när sjuksköterskor

upplever att de inte kan bemästra en situation. Då tempot är högt räcker tiden ofta inte till och sjuksköterskorna upplever att han/hon ibland inte har tid till att prata med patienterna och han/hon blir då lätt utmattad. Det är dock viktigt att sjuksköterskorna i sitt arbete med palliativa patienter inte förlorar tanken på vilken vård som bedrivs. Vården innebär att hjälpa människor som befinner sig vid livets slutskede.

Sjuksköterskorna är en av de som kommer närmast patienten men det är ändå läkaren som bestämmer. Detta kan ibland upplevas som ett stressande och frustrerande moment. Det kan även vara frustrerande och negativt om ingen vågar sätta ner foten och säga ifrån en behandling som skall vara ända in i döden. Sjuksköterskorna kan då uppleva en känsla av att vara otillräcklig och att det kan vara svårt att skapa ett värdigt slut för patienten.

*“Nu behandlar man in i det sista, man avslutar inte behandlingen i tid utan behandlar nästan ända in i döden. Då hinner inte de sjuka förbereda sig inför döden och det är negativt. Ingen vågar sätta ner foten och säga att nej vi har inget mer att erbjuda nu. När ingen vågar det så är det negativt.” D7*

Att sjuksköterskor ibland är oförmögna att låta patienten avlida i hemmet kan ses som ett misslyckande. Han/hon kan då känna att han/hon inte har lyckats hjälpa patienten på bästa sätt, vilket kan leda till att sjuksköterskorna upplever sig stressade och dåliga. Det kan ibland upplevas som psykiskt svårt för sjuksköterskor att arbeta med palliativ vård, då de vid vissa tillfällen kan ha svårt att undvika att inte bli påverkad av situationen. Det beskrivs exempelvis då den palliativa vården bedrivs på unga människor och även då en patient haft en svår och ångestfylld död. Detta kan leda till att sjuksköterskornas egna känslor kommer i vägen för att han/hon ska kunna vara professionell i sitt arbete.

*“Man måste lära sig det professionella förhållandet. Men det är tungt och det händer hela tiden att patienter dör och att dom ska det.” D5*

Att konstant ha kontakt med döden och patienter som vårdas vid livets slut beskrivs som jobbigt. Det är då viktigt att sjuksköterskorna lär sig det professionella förhållandet till sitt arbete och lär sig släppa arbetet när han/hon går hem för dagen. Dessa situationer är en del av arbetet och kan bli psykiskt påfrestande. Dock beskriver en deltagare att dessa påfrestande

situationer är svårare att hantera i början av sin karriär inom den palliativa vården.

*“Man funderar mer i början, då hade man många med hem. Det kan hända att det är något man funderar på nu med, men det är inte mycket numera.” D2*

Hur människan hanterat mötet med döden är individuellt och det kan för sjuksköterskor ibland upplevas som jobbigt, då patient och närstående har svårt att acceptera den. Att se en patient som inte har insikt i sitt tillstånd utan kämpar mot döden och hoppas på att bli bättre kan kännas tungt. Det kan upplevas som svårt att bemöta en patient som inte vill höra talas om sin sjukdom. I dessa fall kan det även vara svårt att möta närstående som kan ha andra behov av stöd i jämförelse med patienten. Sjuksköterskorna kan uppleva att denna situation lätt kränker patientens integritet. Det kan även vara svårt att nå närstående och få dem att komma till insikt om de fått bristfällig information. En deltagare beskriver att det kan upplevas som särskilt jobbigt då en närstående inte är villig att stötta den döende utan gör det bara för att denne måste.

Att tala om för närstående att patienten är på väg att dö kan upplevas som svårt. En deltagare beskriver att det kan vara lättare



att hantera sorg och besvikelse hos patienten än hos närstående. Tystnaden som kan uppstå vid mötet med patient och närstående kan även den upplevas som jobbig och stressande. Jobbiga situationer kan påverka sjuksköterskornas bemötande. Det beskrivs att det kan vara svårt att möta patienter och närstående från andra kulturer då de ibland inte accepterar döden och inte pratar om den på samma sätt som i den svenska kulturen. De anser dock att sjuksköterskor bör lära sig att bemöta patientens rädslor oavsett bakgrund, det är viktigt att han/hon lär sig se patienten i nuläget och inte genom tidigare händelser. Detta beskrivs ibland som svårt men sjuksköterskorna bör sträva efter att vara professionella och är tvungna att vårda alla lika oavsett bakgrund.

*“Det kan finnas problem där jag inte riktigt förstår dom. Jag menar inte språkligt utan det med att vi ska dö. Det kan vara svårt. Det kan vara att de kan bryta ut i ilska. Det finns kulturer som inte accepterar att man ska dö.” D4*

### **3:2 Bearbetandeprocessen**

#### **3:2:1 Arbetsgruppens betydelse**

Det framkommer att arbetsgruppen betyder mycket vid bearbetningen av svåra händelser. Det har visat sig mycket givande att ventilera dödsfall tillsammans

med annan personal. De sammankomster då hela arbetsgruppen samlas ses som någonting positivt och blir en slags bearbetning där arbetsgruppen går igenom bra och dåliga saker. Det framkom att psykisk påfrestning kan undvikas genom att en planering skapas av hur en liknande situation skulle kunna utföras i framtiden. Ett gott samarbete tillsammans med omvårdnadspersonal och enhetschefer är därför viktigt. Det är oftast dem sjuksköterskorna vänder sig till vid svåra situationer. Det är även viktigt att sjuksköterskor är ärliga och öppna med det han/hon tycker är jobbigt för att underlätta arbetet med palliativ vård. En deltagare beskriver att det oftast känns bättre då han/hon får prata av sig med någon av sina kollegor.

*”Sedan kan jag uppleva att det viktiga är att man i arbetsgruppen kan prata med varandra och stötta varandra.” D6*

#### **3:2:2Handledningens betydelse**

Nyutexaminerade sjuksköterskor kan behöva mer hjälp att bearbeta svåra situationer och har ofta större behov av handledning. Dock är det alltid viktigt att ha handledning och vädra ut det som är jobbigt, oberoende av hur länge sjuksköterskorna har varit verksam inom sitt arbetsområde. Under handledningen får sjuksköterskorna ta upp och ventilera händelser som är svåra och det visar sig

ofta att fler i arbetsgruppen känner samma sak. Med detta i åtanke kan de i personalgruppen stötta varandra.

*“När jag nyss hade gått ut och börja jobba, kände jag större behov av handledning. Man kände sig osäker och ville prata om hur andra haft det eller hur andra gjort.” D2*

Sjuksköterskor utsätts ofta för tuffa och jobbiga situationer och det bästa försvaret är då att försöka vara professionell i sin yrkesroll. Under handledning får sjuksköterskorna ofta insikt i sin reaktion och kan därmed hantera den mycket bättre nästa gång. Det kan ibland vara svårt att möta patient och närstående, men så fort sjuksköterskorna har skapat en relation är det lättare att hantera otrevliga och ilska kommentarer.

Att få handledning i hur sina egna känslor kan hanteras ses som någonting bra. Handledning kan även ge insikt i hur kollegor skall bemötas och tas om hand i svåra och jobbiga situationer. Att det är viktigt att ha distans till sitt arbete för att undvika att bli utbränd ses som någonting oerhört viktigt.

#### **4 Diskussion**

Under detta avsnitt benämns författarna till föreliggande studie som enbart

”författarna”. Deltagarna till föreliggande studie benämns som ”deltagarna”.

#### *4:1 Huvudresultat*

Då författarna analyserade insamlad data framkom det att de som arbetar nära patienter i behov av palliativ vård och/eller patienter som befinner sig vid livets slutskede, upplevde sitt arbete som tillfredsställande. Det ses som någonting positivt att kunna skapa en så bra sista tid i livet som möjligt för patient och närstående.

Det framkom dock att arbetet med patienter, i behov av palliativ vård och/eller patienter i behov av vård vid livets slutskede, kan vara psykiskt påfrestande för sjuksköterskan. Därför ansågs bearbetandeprocessen vara någonting som bör prioriteras. De flesta ansåg att detta antingen kunde utföras med hjälp av professionell handledning, men framförallt med hjälp av sina arbetskollegor.

#### *4:2 Resultatdiskussion*

Det beskrivs att om sjuksköterskan har kärleken till människan så kommer omvårdnaden automatiskt. Sjuksköterskan känner att han/hon gör ett helhetsjobb när en relation med patient och närstående hinner skapas. I studiens resultat tas det upp att sjuksköterskan upplever det som

positivt när en patient vårdas i hemmet. Detta på grund av att en helhetsbild av patienten skapas vilket upplevs som respektfullt. Enligt Katie Eriksson är vårdandet ett mänskligt naturligt beteende med fokus på att se hela människan (Kirkevold 2000). Deltagarna i denna studie ansåg att vården bör riktas till både patient och närstående och att detta främjar att en god relation kan skapas. Omvårdnaden anses bli bättre om en bra relation med patient och närstående skapas vilket leder till att alla parter blir tillfredsställda. Gerow *et al.* (2010) styrker att detta är någonting positivt genom att beskriva att sjuksköterskan känner sig uppskattad av patient och närstående då han/hon vårdar patienten utifrån ett helhetsperspektiv. Deltagarna i studien beskriver att vården kan göras mer tillfredsställande för patienten med rätt stöd från närstående och för detta krävs en god relation.

Enligt Wu och Volker (2009) syns det i vissa fall tydligt att sjuksköterskans omvårdnad, vid livets slutskede, påverkas av religion och kultur men även av samhället i stort. Det kan ibland vara svårt att förstå och sätta sig in i en annan individs situation, och om denne även kommer från en annan kultur, har en annan religion och ett annat tankesätt till skillnad från sjuksköterskan blir utmaningen ännu

större. Trots detta bör, som studiens deltagare beskriver, sjuksköterskan lära sig hantera sina känslor och alltid vara patienten till lags. Deltagarna i studien ansåg att sjuksköterskan skall bemöta och vårda alla patienter villkorslöst oavsett bakgrund, vilket styrks av Eriksson (1994), Clarke *et al.* (2003) samt Wu och Volker (2009). Författarna håller med Eriksson (1994) som tydliggör att alla människor är lika mycket värda och alla skall ha möjlighet att uppleva optimal vård. Dock händer det vid tillfällena att patientens värdighet kränks. Detta ses ofta vid kulturkrockar då sjuksköterskan inte vet hur han/hon skall förhålla sig till patienten. Enligt deltagarna i denna studie kan det ibland vara svårt att veta hur individer från andra kulturer vill bli bemötta på bästa sätt, missförstånd kan uppstå på grund av språksvårigheter och kulturskillnader. Sjuksköterskan måste dock försöka vara stark och precis som Eriksson (1994) skriver måste han/hon minska patientens lidande så att denne får bekräftelse på sin värdighet som människa.

I studiens resultat finns beskrivet att det kan upplevas som svårt och psykiskt påfrestande då en patient haft en svår och ångestfylld död. Det kan även vara jobbigt då patient och närstående har svårt att acceptera att döden är nära. Detta styrks av Calvin *et al.* (2009) som skriver att det kan

vara psykiskt jobbigt då en patient försöker klamra sig fast vid livet. Det kan vara tungt då en patient avlider, men sjuksköterskan kan uppleva att situationen blir lättare om patienten själv förstår och har accepterat sitt öde. Om patient och närstående är trygga i det som väntar, anser författarna att det blir lättare för sjuksköterskan att hantera situationen. Studiens deltagare beskriver att det kan upplevas som svårt då närstående är missnöjda trots att sjuksköterskan gör allt för att patienten ska få en så god vård som möjligt. Däremot kan närstående även upplevas som en trygghet då de ger liv åt patienten (Calvin *et al.* 2009).

Sjuksköterskan bör sträva efter att uppfylla patientens och dennes närståendes önsknings (Wu & Volker 2009). Att göra eller säga små saker kan, enligt de flesta deltagare i studien, vara det mest betydelsefulla. Författarna anser att dessa gester gör att arbetet blir mer uppskattat och därmed även mer tillfredsställande för sjuksköterskan. Att bjuda på en favoriträtt eller, som Wu och Volker (2009) beskriver, hjälpa patienten att träffa eller ta farväl av närstående kan betyda och ge otroligt mycket till både sjuksköterskan, patienten och de närstående. Å andra sidan kan detta även bli ett stressande moment. Brown *et al.* (2005) förklarar att på grund av tidsbrist och otillräckliga resurser kan

det ibland vara svårt och kännas frustrerande att som sjuksköterska inte kunna ta hand om patienten på ett sådant vis att deras önsknings blir uppfyllda. Tidsbristen kan även leda till att sjuksköterskan känner både psykisk och fysisk stress vilket i sin tur kan komma att påverka hans/hennes arbete och privatliv (Warnock *et al.* 2010). Deltagarna i denna studie ansåg att denna stress minskas då en trygghet i sjuksköterskerollen infinner sig. Teng *et al.* (2009) förklarar att ju längre sjuksköterskan arbetat inom sitt område desto mer känslomässigt stabil blir han/hon. Deltagarna anser att ålder och erfarenhet har stor betydelse i hur sjuksköterskan hanterar sina känslor, då varje svår situation leder till att sjuksköterskan utvecklas i sin roll. Sjuksköterskan lär sig hur han/hon på bästa sätt skall hantera svåra situationer och behöver aldrig äventyra patientens säkerhet (Teng *et al.* 2009). Warnock *et al.* (2010) hävdar dock att sjuksköterskan inte kan lära sig att fullt ut hantera sina känslor, på grund av att det inte finns något optimalt sätt att göra det på. Dock anser författarna att sjuksköterskan lär så länge han/hon lever och kan ibland finna ett bra sätt att stabilisera sina känslor.

Att som sjuksköterska få leverera god kvalitet på vården samt få delta i den sista tiden i livet ses som någonting

tillfredsställande (Seal 2007, Gerow *et al.* 2010). Detta upplevs även av studiens deltagare som beskriver att tillfredsställelse infinner sig då sjuksköterskan får skapa en så bra sista tid i livet, för patient och närstående, som möjligt. Gerow *et al.* (2010) skriver dock att sjuksköterskan kan känna att detta är ett ansvar som han/hon har. Att hjälpa patient och närstående till ett bra avslut kan ibland upplevas som svårt och påfrestande. Enligt deltagarna är det viktigt att sjuksköterskan inte ser arbetet som ett måste, utan utför omvårdnaden för att han/hon vill skapa en så bra sista tid i livet för patienten som möjligt. Författarna anser att om sjuksköterskan är positivt inställd till sitt arbete så blir omvårdnaden bättre.

Thompson *et al.* (2006) tar upp att en känsla av hjälplöshet kan finnas hos sjuksköterskan då han/hon inte upplever att det stöd som behövs ges av läkarna. En del av studiens deltagare ser inte detta som ett problem. Däremot upplever de situationen frustrerande då läkare har svårt för att avsluta behandlingar och enbart fokusera på den palliativa vården. I dessa situationer beskriver deltagare att det kan vara svårt att ge patienten god vård. Författarna anser att i dessa situationer är ett bra teamarbete av stor vikt för att vården skall kunna utföras på bästa sätt. Deltagarna tycker att ett bra teamarbete är viktigt för

att sjuksköterskan skall kunna känna trygghet i att få hjälp när han/hon känner att den behövs. Thompson *et al.* (2006) och Seal (2007) skriver att läkare ibland kan stabilisera patienten utan att denne egentligen vill. Detta förlänger endast döendeprocessen och orsakar extra lidande, vilket kan upplevas som frustrerande för sjuksköterskan. Seal (2007) tar precis som studiens deltagare upp att det kan vara svårt att känna sig tillräckligt stark för att kunna stå upp för patienten. Calvin *et al.* (2009) tar även upp att det ibland kan vara svårt att få läkare att säga sanningen till patient och närstående. Detta kan orsaka stress hos sjuksköterskan då han/hon kan uppleva det svårt att veta vad som kan och inte kan berättas. Studiens deltagare beskriver inte detta, men däremot upplevs en svårighet i att få närstående att komma till insikt i att patienten vårdas vid livets slut om de fått bristfällig information från läkare. Dock menar Seal (2007) att för att de närstående ska kunna ta rätt beslut bör få det förklarat för sig att patientens liv exempelvis inte kommer att bli som förut om denne återupplivas. Det beskrivs av studiens deltagare precis som Calvin *et al.* (2009) säger att det kan vara svårt att berätta för närstående att patienten ska dö, ingen vill vara den som gör någon ledsen. Å andra sidan anser författarna att det i vissa fall kan vara bättre om sjuksköterskan får meddela de dåliga

nyheterna. Då patient och närstående ofta har en närmre relation till sjuksköterskan än vad de har till läkaren, kan det kännas tryggare att få höra det från henne/honom.

Då sjuksköterskan varit med om svåra situationer är det viktigt att han/hon får bearbeta detta (Huynh *et al.* 2008, Teng *et al.* 2009, Wu & Volker 2009, Warnock *et al.* 2010). Om sjuksköterskan inte får hjälp att bearbeta sina känslor i tidigt skede kan hans/hennes framtida hantering av liknande situationer påverkas och tankar av skuld och misslyckande kan finnas kvar under en längre tid (Gerow *et al.* 2009, Warnock *et al.* 2009). Deltagarna i studien ansåg att samtal med arbetskollegor och annan personal är någonting mycket givande. Att kunna ventilera sina tankar och känslor med personer som kan sätta sig in i och med stor sannolikhet har varit med om liknande situationer, känns tryggt och stärkande. Deltagarna anser att psykisk stress kan minskas om svåra situationer bearbetas. Detta kan ses som extra viktigt hos nyutexaminerade sjuksköterskor, då det faller sig naturligt att vara lite osäker i början. Att få stöd och hjälp av en mer erfaren sjuksköterska kan ibland innebära att en liknande situation bemästras på ett bättre sätt i framtiden (Gerow *et al.* 2010). Dock anser deltagarna att det är viktigt med handledning och stöd oberoende av hur länge sjuksköterskan arbetat.

Situationen då en patient dör kan uppfattas på olika sätt beroende på vilken relation sjuksköterskan har skapat till patient och närstående (Gerow *et al.* 2010). Då sjuksköterskan skapar en relation och kanske kan identifiera sig med patient eller närstående ökar sorgen. Då är det viktigt att, som Wu och Volker (2009) beskriver, kunna söka stöd och tröst hos arbetskollegor, familj och vänner. Om sjuksköterskan skulle behöva, är det även viktigt med professionell handledning.

Enligt författarna är utbildning någonting som inte får glömmas bort. Utbildning leder till att sjuksköterskans självförtroende stärks i och med att han/hon får mer kunskap. Arbetet blir således bättre. Parish *et al.* (2006) beskriver att det finns önskemål hos sjuksköterskor om mer utbildning gällande kommunikation. Detta beskrivs även av studiens deltagare som tar upp att utbildning i hur kollegor ska bemötas och tas om hand i svåra situationer är viktigt samt även hur egna känslor skall hanteras vid svåra situationer.

Det händer att sjuksköterskan skjuter undan sina egna känslor för att kunna stödja patient och närstående (Gerow *et al.* 2010). Huynh *et al.* (2009) förklarar att det är vanligt förekommande att sjuksköterskor kliver i en "rustning" då de

anländer till jobbet, detta för att kunna stänga av sina känslor. Deltagarna i studien förklarar att det dock är svårt att stänga ute alla känslor och det händer ibland att arbetet följer med hem, oavsett hur länge sjuksköterskan arbetat. Gerow *et al.* (2010) beskriver att om ingen relation skapas, mellan sjuksköterskan och patienten och dennes närstående, skulle inga sorgproblem uppstå eller finnas. De hävdar även att sorg ibland kan ses som någonting positivt. De menar att det visar att sjuksköterskan är en medmänniska som bryr sig om en annan individ. Deltagarna menar att om sjuksköterskan visar för patient och närstående att han/hon bryr sig skapas en djupare relation. De anser att sjuksköterskan lättare kan hantera svåra situationer om han/hon vågar erkänna sina känslor. Eriksson (1994) skriver att det är det vi känner och visar oss känna som gör oss till den person vi är.

#### *4:3 Metoddiskussion*

Som tidigare nämnts i metodavsnittet användes ett bekvämlighetsurval då deltagarna till studien valdes ut. Detta val ser författarna som någonting positivt då alla deltagare arbetade inom olika enheter samt län vilket ledde till att de inte hade samma arbetsrutiner. Urvalsmetoden ledde även till att deltagarna var i olika åldrar samt att de hade olika yrkeserfarenhet. Enligt Graneheim och Lundman (2004)

styrker detta studiens trovärdighet (credibility) då de olika deltagarna kan svara mot syftet från olika synvinklar.

Dock kan ett bekvämlighetsurval emellertid ses som någonting negativt, då de ofta kan vara en viss typ av personer som vill delta. Polit och Beck (2008) beskriver att dessa personer ofta har starka åsikter om ämnet men kan dock inte representera en hel population. Det kan då vara svårt att få fram variationsrik information. Polit och Beck (2008) beskriver även att ett bekvämlighetsurval kan leda till att de som deltar inte besitter den information som gynnar studiens syfte. Detta på grund av det inte går att styra vilka deltagarna blir. Författarna anser trots detta att insamlad data har varit av mångsidig karaktär.

Att författarna valde att använda sig utav enbart ett inklusionskriterium kan ses som negativt. Det kan då anses som svårt att hitta de adekvata deltagarna (Polit & Beck 2008). Författarna anser dock att det kriterium som valdes var relativt brett och gjorde att en blandad grupp av människor kunde delta och deras svar kunde hjälpa författarna att svara på syftet.

Författarna hade, som tidigare nämnts i metodavsnittet, kontaktat två Hospice enheter och två palliativa team. Det var

dock ett palliativt team som valde att inte delta. Författarna såg inte detta bortfall som ett problem då de valde att tillfråga fler sjuksköterskor på de enheter som ville delta. Författarna är dock inte medvetna om hur många sjuksköterskor enhetscheferna tillfrågade. Av de nio sjuksköterskor som var villiga att delta i studien, var det sju stycken som deltog. Studien fick således ett bortfall på två personer. Detta ansågs inte påverka studiens resultat.

En deskriptiv design med kvalitativ data användes, vilket författarna ansåg passade bäst då studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans känslor och upplevelser kring mötet med patienter i behov av palliativ vård och/eller vård av patienter vid livets slutskede. Författarna anser även att valet av semistrukturerade intervjuer var lämpligt. Polit och Beck (2008) skriver att vid semistrukturerade intervjuer får deltagarna en möjlighet att prata fritt kring ställda frågor och författarna anser att detta leder till en ökad chans att kunna svara på syftet. Författarna tror att det kan vara svårt att ge specifika svar till hur en känsla upplevs och anser att det var lämpligt att deltagarna fick tala fritt kring frågorna för att kunna beskriva vilka känslor de upplever.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan studiens pålitlighet (dependability) påverkas vid intervjustudier i och med att författarna i slutet av datainsamlingen på grund av erfarenhet tar upp följdfrågor av en annan karaktär. Detta kan leda till att insamlingen av data kan bli inkonsekvent under tiden. Författarna märkte detta då de följdfrågorna som ställdes vid de sista intervjuerna var mer genomtänka. Författarna visste då vilka frågor de skulle ställa för att styra intervjun mot studiens syfte. Vid samtliga intervjuer, med undantag från en intervju, deltog båda författarna vilket ledde till att båda författarna kunde ingripa för att se till att deltagaren svarade på syftet. Detta stärkte studiens trovärdighet (credibility) på grund av att inga viktiga frågor uteblev (Graneheim & Lundman 2004). Att en intervju endast genomfördes av en författare anser författarna inte påverkade studiens resultat.

Författarna uppfattade att intervjuguiden motsvarade syftet på studien. Intervjuguiden bekräftades av den provintervju som utfördes innan de intervjuer som användes i resultatet ägde rum. Detta på grund av att intervjuguiden kunde utformas till det bättre med passande följdfrågor samt huvudfrågorna i en lämplig kronologisk ordning precis som Polit och Beck (2008) beskriver.



Innan intervjuerna genomfördes fick fyra deltagare en sammanfattning av vad frågorna skulle handla om. Detta gjorde att deltagarna kunde förbereda sig och reflektera över sina känslor och upplevelser kring ämnet innan intervjun ägde rum. Författarna ansåg att detta var positivt då svaret på de frågor som ställdes blev mer uttömmande av det som hade fått intervjuguiden innan. De tre återstående deltagarna fick inte ta del av intervjuguiden innan intervjun ägde rum. Detta för att författarna ville se om svaren påverkades. Svaren från de deltagare som inte hade tagit del av intervjuguiden upplevdes som mer spontana och öppna samt att deltagarna talade direkt från hjärtat. Dock var svaren ej lika uttömmande. Författarna vet däremot inte om detta var på grund av att de inte var lika förberedda eller om det berodde på hur de är som person.

Alla deltagare fick välja plats och lokal för intervjun själva vilket författarna anser är en styrka för studien. Detta tror författarna leder till en trygghet för deltagaren och chansen att få tillförlitliga svar styrks av detta. Chansen att få trovärdiga svar bekräftas även av att deltagarna lovades konfidentialitet. Författarna anser att även detta leder till en ökad trygghet hos deltagarna. Enligt Polit och Beck (2008) är konfidentialitet något som alltid skall

användas då det är möjligt. Detta för att deltagaren känner sig trygg, vilket kan leda till att resultatet påverkas positivt.

Insamlad data granskades via manifest kvalitativ innehållsanalys vilken ansågs vara den mest adekvata analysen för denna typ av studie, vilket beskrivits mer ingående i metodavsnittet. Författarna valde att gå igenom insamlad data var för sig vilket, enligt Graneheim och Lundman (2004), ökar studiens pålitlighet (dependability). Detta genom att informationen granskades ur två olika synvinklar för att sedan granskas ännu en gång vid skapandet av olika kategorier.

Det som kan ses som negativt vid manifest kvalitativ innehållsanalys är att det ibland kan vara svårt att vara likgiltig till allt som sägs under en intervju. Det kan även vara lätt att tolka det som sagts på egenhand. Enligt Graneheim och Lundman (2004) får detta inte göras då manifest kvalitativ innehållsanalys används. Författarna hade dock detta i åtanke innan materialet granskades och tog ut de meningsenheter vars innebörd inte behövde tolkas.

På grund av att författarna genom hela studien har varit tydliga och på ett utförligt sätt beskrivit vad som har gjorts, anser författarna att studiens överförbarhet

(transferability) ökar, detta styrks av Graneheim och Lundman (2004).

#### *4:4 Allmän diskussion*

Då resultatet sammanställdes såg författarna att sjuksköterskor ofta upplevde arbetet, med patienter i behov av palliativ vård och/eller vid livets slutskede, psykiskt påfrestande. Trots detta sågs arbetet tillfredsställande. I och med att sjuksköterskan får vara med och skapa den sista tiden i livet så att den blir så bra som möjligt. Att problem och svåra situationer tas upp och diskuteras vid handledning och i arbetsgruppen ansågs vara någonting viktigt. Detta för att sjuksköterskan skall kunna bearbeta sina känslor och för att i framtiden ha lättare att hantera liknande situationer.

Det anses att med rätt stöd och bearbetning kan den psykiska påfrestningen minska och arbetet blir således ännu mer tillfredsställande. Denna studie kan ge förslag på aspekter som bör belysas vid utbildning av sjuksköterskor som arbetar med dessa patienter. Enligt författarna skulle arbetet underlättas för dessa sjuksköterskor om de fick gå en utbildning i hur känslor kan hanteras och bearbetas på bästa sätt.

För att få en bra inblick i ämnet anser författarna att fler studier bör utföras i

Norden, då författarna ej funnit tillfredsställande mängd studier inom detta område.

#### *4:5 Slutsats*

Trots psykisk påfrestning upplevs arbetet med patienter i behov av palliativ vård och/eller patienter vid livets slutskede som någonting tillfredsställande. Dock behövs bearbetning och handledning av svåra situationer. Då detta erhålls kan den psykiska påfrestningen minska.

## 5 Referenser

Bach V., Ploeg J. & Black M. (2009) Nursing roles in end-of-life decision making in critical care settings. *Western Journal of Nursing Research* **31**(4), 496-512.

Brown D., McWilliam C. & Ward-Griffin C. (2006) Client-Centred empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing* **53**(2), 160–168.

Bruce A. & Boston P. (2008) The changing landscape of palliative nursing: emotional challenges for hospice palliative care professionals. *Journal of hospice and palliative nursing* **10**(1), 49-55.

Calvin A.O., Lindy C.M. & Clingon S.L. (2009) The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: a qualitative descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing* **25**, 214-220.

Carlson A.L. (2007) Death in the nursing home: resident, family, and staff perspectives. *Journal of Gerontological Nursing* **33**(4), 32-41.

Clarke A., Hanson A.J. & Ross H. (2003) Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people

using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing* **12**, 697-706.

Eriksson K. (1994) *Den lidande människan*. Berlings, Arlöv.

Gerow L., Conejo P., Alonzo A., Davis N., Rodgers S. & Williams E. (2010) Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship* **42**(2), 122-129.

Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**(2), 105-112.

Hansen L., Goodell T.T., DeHaven J. & Smith M.D. (2009) Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *American Journal of Critical Care* **18**(3), 263-271.

Huynh T., Alderson M. & Thompson M. (2008) Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* **64**(2), 195–208.

Kirkevold M. (2000) *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Studentlitteratur, Lund.

Kristoffersen N.J. (2006) Teoretiska perspektiv på omvårdnad. I: *Grundläggande omvårdnad: Del 4*, kapitel 23 (Kristoffersen N.J., Nortvedt F, Skaug E.A., red.). Liber AB, Stockholm.

Källström-Karlsson I.L., Ehnfors M. & Ternstedt B.M. (2008) Five nurses' experiences of hospice care in a long-term perspective. *Journal of hospice and palliative nursing* **10**(4), 224-232.

Maeve M.K. (1998) Weaving a fabric of moral meaning: how nurses live with suffering and death. *Journal of Advanced Nursing* **27**, 1136–1142.

Mathisen J. (2005) Livets slut. I: *Grundläggande omvårdnad: Del 3*, kapitel 22 (Kristoffersen N.J., Nortvedt F, Skaug E.A., red.). Liber AB, Stockholm.

McIlpatrick S. (2007) Assessing palliative care needs: views of patients, informal carers and healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing* **57**(1), 77-86.

McMillen R. (2008) End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing* **24**, 251-259.

Nåden D. & Saeteren B. (2006) Cancer patients' perception of being or not being confirmed. *Nursing etichs 2006* **13**(3), 222 – 235.

Parish K., Glaetzer K., Grbich C., Hammond L., Hegarty M. & McHugh A. (2006) Dying for attention: palliative care in the acute setting. *Australian Journal of Advanced Nursing* **24**(2), 21-25.

Polit D. & Beck C.T. (2008) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Seal M. (2007) Patient advocacy and advance care planning in the acute hospital setting. *Australian Journal of Advanced Nursing* **24**(4), 29-36.

Socialstyrelsen. (2004) *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=645> den 18 november 2010.

Socialstyrelsen. (2006) *Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikel>

[katalog/Attachments/9430/2006-103-8\\_20061038.pdf](#) den 17 november 2010.

Teng C.I., Chang S.S. & Hsu K.H. (2009) Emotional stability of nurses: impact on patient safety. *Journal of Advanced Nursing* **65**(10), 2088–2096.

Thompson G., McClement S. & Daeninck P. (2006) Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing* **53**(2), 169–177.

Tyree T.L., Long C. & Greenberg A.E. (2005) Nurse practitioners and end-of-life care: beliefs, practices and perceptions. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* **7**(1), 41-51.

Ulrich C.M., Taylor M.C., Soeken K., O'Donnell P., Farrar A., Danis M. & Grady C. (2010) Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* **66**(11), 2510–2519.

Wallerstedt B. & Andershed B. (2007) Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **21**, 32-40.

Warnock C., Tod A., Foster J. & Soreny C. (2010) Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing* **66**(7), 1543–1555.

Wu H.L. & Volker D.L. (2009) Living with death and dying: The experience of Taiwanese hospice nurses. *Oncology Nursing Forum* **36**(5), 578-584.

Yu J. & Kirk M. (2008) Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* **64**(5), 440–454.