



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS 17, 15 hp
HT 2011

Växa med uppgiften

– Nyexaminerade sjuksköterskors
upplevelser av att möta patienter i
livets slutskede och deras anhöriga

En intervjustudie

Anna-Clara Ernberg & Hanna Nybeson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sjuksköterskan kan möta patienter i livets slutskede samt deras anhöriga i olika vårdssammanhang inom sjukvården. Upplevelsen av dessa möten varierar beroende på sjuksköterskans förvärvade erfarenhet som sjuksköterska, personlighet, livserfarenhet och stöd från omgivningen. Nyexaminerade sjuksköterskor saknar den erfarenhet som gör att hon/han kan se sina reaktioner och handlingar i ett större perspektiv. Ofta upplevs den första tiden som sjuksköterska som tuff och utmanande. **Syfte:** Syftet med denna studie är att beskriva nyligen examinerade sjuksköterskors upplevelser av att möta patienter i livets slutskede och deras närstående. **Metod:** Intervjustudie med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Två kategorier identifierades; Mötet och Växa med uppgiften.

Sammanfattningsvis var sjuksköterskornas upplevelser varierande beroende på situationen och den egna förmågan att hantera situationen. Sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet som blev mindre i och med ökad erfarenhet. Även stöd från mer erfarna kollegor var av avgörande betydelse för hur sjuksköterskorna upplevde mötet. **Slutsatser:** Det är av stor betydelse vilket stöd den nyexaminerade sjuksköterskan får och resultatet indikerar att stödet till nyexaminerade sjuksköterskor behöver förbättras och förstärkas inom sjukvården.

Nyckelord: Sjuksköterska, nyexaminerad, död, osäkerhet, stöd.

SUMMARY

Background: A nurse can meet dying patients and their relatives in many different health care contexts within the health care system. The experience of these meetings depends on the nurse's acquired experience as a nurse, the personality, life experience and support from family and friends. Newly graduated nurses do not have the experience needed to see his/her reactions and actions in an extended perspective. The experience during the first period as a nurse is often seen as tough and challenging. **Aim:** The aim of this study is to describe newly graduated nurses' experiences of meeting patients at the end of life, and their relatives. **Method:** Interview study with a qualitative content analysis. **Result:** Two categories were identified; The meeting and The growing with the task. The nurses experiences depended on the nurses own ability to handle the situation. The nurses experienced an uncertainty that was reduced with more experience. Support from more experienced colleagues was of critical significance for how the nurses experienced the meeting. **Conclusions:** The support newly graduated nurses obtain is very important, and the result indicates that support to newly graduated nurses within the health care system, needs to improve.

Keywords: Nurse, newly graduated, death, insecurity, support.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	1
2. BAKGRUND.....	1
2.1. Livets slutskede.....	1
2.2. Bemötande i livets slutskede.....	2
2.3. Vårdrelationen.....	3
2.4. Tidigare forskning.....	3
2.4.1. Sjuksköterskors upplevelser av att möta patienter i livets slutskede och deras anhöriga.....	3
2.4.2. Stöd till sjuksköterskan.....	5
2.4.3. Nyexaminerade sjuksköterskors utveckling.....	5
3. PROBLEMFÖRMULERING.....	7
4. SYFTE.....	7
5. DESIGN.....	7
5.1. Metod.....	7
5.2. Datainsamlingsmetod.....	8
5.3. Urval.....	9
5.4. Dataanalys.....	10
6. ETISKA ASPEKTER.....	11
7. RESULTAT.....	12
7.1. Mötet.....	12
7.2. Växa med uppgiften.....	15
8. DISKUSSION.....	18
8.1. Metoddiskussion.....	18
8.2. Resultatdiskussion.....	21
8.2.1. Mötet.....	21
8.2.2. Växa med uppgiften.....	23
8.3. Slutsatser.....	26
8.4. Klinisk betydelse.....	26
8.5. Förslag på vidare forskning.....	26
9. Referenser.....	27
BILAGOR	
BILAGA 1.....	31
BILAGA 2.....	31

1 INLEDNING

För en patient som snart ska dö väcks ofta många frågor; varför måste just jag dö, kommer det göra ont, kan någon hålla min hand? Även för de anhöriga väcks många frågor; varför måste min make, hustru, mamma, pappa dö, och kanske framförallt, varför måste hon eller han dö nu? Dessa frågor ställs ofta till den ansvariga sjuksköterskan.

Under våra verksamhetsförlagda utbildningsperioder samt på våra ordinarie arbetsplatser på förlossningen respektive akutmottagningen har vi kommit i kontakt med patienter som är i livets slutskede samt deras närstående. Att möta patienter i livets slutskede och deras anhöriga är en svår och kravfylld uppgift. Som blivande sjuksköterskor ligger det i vårt intresse att ta del av hur nyligen examinerade sjuksköterskor kan uppleva mötet med patienter i livets slutskede och deras anhöriga.

2. BAKGRUND

2.1 Livets slutskede

Döden är något som påverkar oss alla men har i vår kultur en undanskymd plats. För den moderna människan är döden en ovan företeelse (Ternstedt, 1998; Brattgård, 2005 & Main, 2002). Många patienter ser en trygghet i att få avsluta sitt liv på sjukhus eller annan vårdinrättning där både kunskap och resurser finns (Brattgård, 2005). Sjuksköterskans yrkesprofession innebär bland annat att möta patienter i livets slutskede samt deras anhöriga och kunna ge ett bra stöd på ett tydligt och tryggt sätt när de är som mest sårbara (Reid, McDowell & Hoskins, 2011).

I början av hälso- och sjukvården historia på 400-talet före Kristus talade Hippokrates om att bota, lindra och trösta. Idag ligger fokus inom akutsjukvården på att bota medan fokus förr låg på att trösta. Inom den palliativa vården är det däremot lindringen som har det största fokuset då bot inte längre är möjligt (Brattgård, 2005). Palliativ vård är en helhetsvård och WHO definierar den enligt följande:

“En aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen, genom en tvärfackligt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och när målet för behandlingen inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet för både internen och de närstående. Palliativ

vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet” (Beck-Friis & Strang, 2005)

Hänsyn bör tas till fysiska, psykiska, sociala, existentiella och andliga dimensioner i det palliativa förhållningssättet. Detta förhållningssätt är tillämpbar inom all vård (Beck-Friis & Strang, 2005).

2.2 Bemötande i livets slutskede

För att kunna ge god vård och ha ett gott bemötande bör sjuksköterskan tillämpa ett fyrdimensionellt synsätt där de fysiska, psykiska, sociala och andliga behoven tas i beaktande (Lundin, 2005). Sjuksköterskan ska vara stödjande och stärka patienten oavsett i vilket stadie patienten befinner sig. En vägledning för sjuksköterskans bemötande av patienter i livets slutskede är den döendes rättigheter (Brattgård, 2005). I dokumentet redogörs bland annat för att patienten har rätt till att bevara hoppet, delta i beslut som gäller sin egen vård, rätt att inte dö ensam samt rätt att få ärliga svar på sina frågor. Ett brett synsätt och en bred kompetens i allt från smärtlindring till existentiella frågor är nödvändigt för att sjuksköterskan ska kunna möta patientens behov. Det är en svår uppgift för sjuksköterskan att vara stödjande, kommunikativ, samordnade, relationsskapande och inte minst medicinskt kunnig. Patienten och dess anhöriga behöver någon som skapar balans och stabilitet (Socialstyrelsen, 2005, von Essen, 2005). Sjuksköterskor som vårdar patienter i livets slutskede möter människor i olika stadier av sorg. Likväl som patienterna och deras anhöriga är olika individer så ter sig också sorgen olika från individ till individ (Lundin, 2005). Sjuksköterskans kommunikation med patient och anhöriga ska genomsyras av empati, respekt och lyhördhet. Patient och anhöriga ska erbjudas undervisning och information individuellt anpassad och utformad efter situationen (Socialstyrelsen, 2005). Många anhöriga uppskattar tillgänglighet, bra bemötande, kontinuitet och kompetens från personalen.

Att känna sig sedd, känna trygghet, känna sig delaktig i vården tillsammans med patienten men att lita på att personalen tar ansvaret underlättar också för de anhöriga (Milberg, 2005).

2.3 Vårdrelationen

Det mellanmännsliga samspelet mellan patient och vårdare samt en fungerande vårdrelation är en förutsättning för en fungerande vårdprocess enligt Wiklund (2003). Utan relationen blir vårdandet endast en serie utförda arbetsuppgifter och utrymmet för det omsorgsfulla minskar. Den vårdande relationen påverkas av patientens och vårdarens tillit och respekt för varandra (a.a). Det är den vårdande som har ansvaret för interaktionen i mötet med patienten. En vårdande relation har för avsikt att stödja och stärka patientens hälsoprocess. Oberoende av sammanhanget är det viktigt att stärka och bevara det naturliga och normala i patientens liv vilket gör att patientens delaktighet i den vårdande processen stärks (Dahlgren & Segesten, 2010).

Vårdrelationen kan beskrivas som tvåfaldig med begreppen Jag-Det-relationen och Jag-Du-relationen. Jag-Det-relationen innebär att vårdaren förhåller sig till patienten som ett objekt där vårdaren observerar och hanterar patienten men inte påverkas av den. I Jag-Du relationen påverkas både vårdare och patient av varandra i och med de upplevelser som relationen skapar (Snellman, 2008). Jag-Du-relationen präglas av ömsesidighet, jämlikhet, acceptans och bekräftelse. Det ultimata vårdandet innebär att patientens och vårdarens målsättning sammanfaller. Relationen är dock inte alltid jämlik då vårdaren i och med sin profession och sin kunskap besitter en maktposition. Vårdaren behöver därför vara medveten om sin egen makt och använda den för att gynna patienten (Wiklund, 2003).

2.4 Tidigare forskning

2.4.1. Sjuksköterskors upplevelser av att möta patienter i livets slutskede och deras anhöriga

Mötet med döende patienter och deras sörjande anhöriga var den svåraste delen av sjuksköterskeprofessionen enligt deltagarna i de studier som både Hallgrimsdottir (2000) samt Reid et al (2011) genomfört. Sjuksköterskorna påverkades känslomässigt av att ta hand om döende patienter och ju längre hon arbetat med patienten, ju mer påverkad blev hon (Wilson & Kirschbaum 2011). Vidare menar författarna att sjuksköterskan kunde känna en sorg för patienten som hade en påverkan på relationer både i privatlivet och i arbetslivet, samt sänkt prestationsförmåga. För att hålla ett psykiskt avstånd till patienten utvecklade sjuksköterskorna ofta strategier då de fokuserade på praktiska göromål för att distansera sig (Stayt, 2009). Ett ytterligare sätt att distansera sig var enligt Shorter och

Stayt (2010) att sjuksköterskan skapade ett jobb-jag och ett jag-jag. Sjuksköterskorna använde sig också av ett särskilt sätt att tala, med slutna och ledande frågor samt påståenden (Stayt, 2009). Sjuksköterskans oro inför sin egen död skapade ett osäkert förhållningssätt gentemot patienterna enligt Smith-Stoner, Hall- Lord, Hedelin och Petzäll (2011).

Mötet med anhöriga som drabbas av olika känslor så som skuld, vrede eller förnekelse ställer stora krav på empati och trygghet hos sjuksköterskan (www.varhandboken.se). Vikten av en pålitlig relation mellan sjuksköterskan och patienter eller anhöriga betonas i Stayts (2009) studie. Sjuksköterskorna betonade vikten av att de anhöriga litade på att de som sjuksköterskor kunde utföra vårdandet på ett bra sätt. Sjuksköterskorna ansåg sig själva vara empatiska med förmåga att leva sig in i någon annans situation och detta gjorde de dagligen. En intim, nära och engagerad relation till patient och anhöriga, kunde för sjuksköterskorna upplevas som både tillfredsställande och känslomässigt uttröttande.(a.a) God omvårdnad till patienten var för sjuksköterskorna det viktigaste och genom att ge god omvårdnad till patienten så visade de även omtanke om de anhöriga (Main 2002). Många sjuksköterskor ansåg att de ofta saknade självförtroende för att kunna ge det stöd de skulle vilja ge (Stayt, 2009) och få sjuksköterskor ansåg att deras kommunikation med sörjande anhöriga byggde på evidens visade både Reid et al (2011) och Main(2002) i sina studier. Hos en del sjuksköterskor (Reid et al, 2011) var motståndet mot att möta de anhöriga efter att en patient avlidit hastigt så stort att de föredrog att göra iordning kroppen efteråt istället för att behöva möta de sörjande anhöriga.

Tidigare studier visade att ju längre sjuksköterskorna hade arbetat desto lättare ansåg de att det var att ta hand om anhöriga, många ansåg att de anhöriga var en tillgång. Däremot ansåg en större andel av de som hade haft sin sjuksköterskelegitimation i 5 år eller mindre att de anhöriga fick sjuksköterskorna att känna sig stressade. Stressen gjorde att dessa sjuksköterskor hade en mindre stöttande attityd gentemot anhöriga (Binzein, Johansson, Arstedt & Saveman, 2008).

Flera i vårdpersonalen upplevde inte något stöd från sin arbetsledning eller organisation och många kände sig obekväma när det kom till att möta döende patienter och sörjande anhöriga (Main, 2002). Vidare uttryckte sjuksköterskorna i samma studie en önskan om att få träna på att möta sörjande anhöriga samt ett behov av extern eller intern handledning efter en patients bortgång. Vårdpersonalen valde ofta ett annat ord än att säga att patienten

håller på att dö, istället sa de (författarnas översättning från engelska) ” kommer inte vara med oss så länge till ” eller att patienten ” flygigt till himlen” (a.a).

Patienten var viktigast för sjuksköterskorna i Mains (2002) studie. Först när patienten avlidit kunde sjuksköterskorna ta sig an de anhöriga. De upplevde att det var svårt att få tiden att räcka till för att både ta hand om andra patienter och anhöriga till en avlidne patient (a.a).

2.4.2 Stöd till sjuksköterskan

Första gången en sjuksköterska är med när en patient avlider så läggs grunden för hur hon i framtiden kommer vårda döende patienter (Gerow, Conejo, Alanzo, Davis, Rodgers & Williams-Domian 2010). Vidare menar författarna att förbilder var viktiga för sjuksköterskans inläring av strategier för hur de ska möta patienter som avlider (a.a).

I en studie av Wilson & Kirchbaum (2011) framkom att fortbildning av personal i egen sorgehantering gav god effekt. Sjukvårdspersonalen kände att de fick verktyg att handskas med situationerna. Sjukvårdspersonalen fick en halvdags utbildning där de pratade om patienter som hade avlidit, hur de hade upplevt det samt att de identifierade sina copingstrategier och fick verktyg att skapa nya. Upplevelsen av utbildningen var att deltagarna fått möjlighet att dela med sig och bearbeta egna händelser som annars hade påverkat arbetet och en starkare personalgrupp skapades(a.a).

2.4.3. Nyexaminerade sjuksköterskors utveckling

Sjuksköterskan utvecklas genom hela sin yrkesutövning, hon börjar som novis och går via att vara avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och blir slutligen expert. Utvecklingen är en process som inte enbart handlar om antalet år i yrket utan snarare handlar det om hur sjuksköterskan knyter samman teori och erfarenheter som nyanserar och skapar betydelse åt situationerna (Benner, 1993).

Som novis förväntas sjuksköterskan prestera inom områden hon saknar erfarenhet. För att kunna ta till sig an ny kunskap behöver sjuksköterskan nödvändig grundkunskap, den har hon fått under sin sjuksköterskeutbildning. Novisen följer baskunskaperna regelrätt eftersom egna erfarenheter saknas. Situationer i den kliniska verksamheten lär henne sedan tänkbara handlingsalternativ, innebörder och reaktionsmönster (Benner, 1993).

Nyexaminerade sjuksköterskor som arbetar med patienter i livets slutskede upplever ofta

sin första tid i yrket som tuff och utmanande. Det kan vara svårt att hitta en känslomässig balans och känslor av frustration och ambivalens är vanliga (von Essen, 2005).

Den avancerade nybörjaren har tillräckligt med erfarenheter för att bättre kunna avgöra vad som är viktigt i situationen. Ledtrådar från t.ex. handledare eller patient och checklistor kan behövas. Stöd från mer erfarna och kompetenta kollegor är av största vikt för att sjuksköterskan ska kunna prestera vad som förväntas av henne (Benner, 1993).

Erfarenheterna har efter något år gjort att sjuksköterskan lärt sig hantera den egna ångesten och rädslan som ofta väcks i arbetet med patienter i livets slutskede (von Essen, 2005).

Att vara kompetent sjuksköterska innebär att ha ett eller ett par års erfarenhet och sjuksköterskan känner att hon behärskar situationen och kan se sina handlingar i ett större perspektiv. Hon är mer analytisk, planerar långsiktigt, är effektiv och kan hantera oförutsedda händelser (Benner, 1993). Sjuksköterskor som arbetat 1-2 år med patienter i livets slutskede känner ofta en stor passion för sitt arbete, har utvecklat en självmedvetenhet och känner sig stolta (von Essen, 2005).

När sjuksköterskan nått det skickliga stadiet uppfattar hon situationerna som helheter istället för att bara se delarna. Handlingarna sker på automatik och grundas på erfarenheter. Sjuksköterskan kan planera långsiktigt och förutse vad som ska hända och ha flera alternativa planer. Som skicklig sjuksköterska kan hon dessutom se nyanser som för den ej insatta ter sig obegripliga (Benner, 1993).

Som expert använder sig sjuksköterskan av sin stora erfarenhetsbank och handlar intuitivt utan för mycket funderingar kring situationen (Benner, 1993).

3. PROBLEMFORMULERING

En viktig del av sjuksköterskans profession är att möta patienter i livets slutskede och deras anhöriga. Detta är en svår uppgift som ställer stora krav på sjuksköterskan. Det har påvisats att sjuksköterskor kan ha svårt att lita på sin kompetens och förmåga. Osäkerhet och avsaknad av erfarenhet kan leda till att sjuksköterskan men även patienter och anhöriga påverkas negativt. Få studier belyser nyexaminerade sjuksköterskors upplevelser av mötet med patienter i livets slutskede och deras anhöriga och det är därför viktiga att ytterligare belysa.

4. SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva nyligen examinerade sjuksköterskors upplevelser av att möta patienter i livets slutskede och deras anhöriga.

5. DESIGN

5.1. Metod

En intervjustudie med kvalitativ ansats kan anses som lämplig metod då syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser och finna variationer i materialet. Kvalitativ metod är enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) lämplig för att beskriva erfarenheter och känslor inför en specifik del inom omvårdnaden. Den kvalitativa forskarmetoden är flexibel och tenderar att sträva efter att få en förståelse för helheten (Polit & Beck 2008). Ökad förståelse är den kvalitativa studiens yttersta mål. Genom kvalitativa studier ökar förståelsen för deltagarnas erfarenheter och upplevelser (Friberg 2006).

Ett inifrånperspektiv samt ett öppet och nära förhållningssätt till informanterna har gett oss tillgång till deras inre värld. Utgångspunkten har varit informanternas livsvärldsperspektiv. Livsvärlden är världen sedd ur individens eget perspektiv. Det är den erfarenhetsvärld som individen ser som naturlig och inte ifrågasätter (Birkler, 2007) Målet har varit att nå en djupare förståelse för sjuksköterskornas upplevelser.

Avsikten med vår studie är att beskriva sjuksköterskors upplevelse av mötet med patienter i livets slutskede och deras anhöriga oavsett i vilken miljö, vårdinrättning eller arbetsgrupp vården sker. Begreppet palliativ vård kommer därför inte att användas i studien, istället

ersätts det med begreppet vård i livets slutskede. Vård i livets slutskede är ett tydligt begrepp som alla förstår enligt Ternstedt (1998).

5.2 Datainsamlingsmetod

Intervju som datainsamlingsmetod

Vår avsikt med intervjuerna var att nå en djupare förståelse för sjuksköterskornas upplevelser (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Den öppna intervjun ger olika definitioner av samma fenomen och ett resultat som fokuserar på variationen är den öppna intervjuens styrka (Lantz, 2007). Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide (bilaga 2). Vid första intervjun hade vi en öppen fråga: ”Berätta om dina erfarenheter av att möta patienter i livets slutskede?” Det visade sig att frågan var svårhanterlig för sjuksköterskan att svara på och vi fyllde på med spontant uppkomna följdfrågor. Till efterföljande intervjuer skapade vi en frågeguide med förslag till följdfrågor som kunde användas vid behov. Följdfrågorna bestod dels av frågor som spontant kommit upp under första intervjun och dels av frågor som berörde ämnen som hanterats i bakgrundsartiklarna. Frågeguide är enligt Lantz (2007) en hjälp för frågeställaren att hålla fokus då en helt öppen intervjuform är svår och ställer stora krav på frågeställaren. Med en öppen inledande fråga får informanten fritt utrymme att redogöra för sina upplevelser och frihet att beskriva det som informanten själv tycker är betydelsefullt enligt Lantz . För att inte på förhand leda in sjuksköterskornas svar och riktning på samtalet fick de inte ta del av frågeguiden utan den användes enbart som ett stöd för oss att kunna leda sjuksköterskan vidare i resonemanget. Vi hade inga krav på att alla frågor skulle besvaras och även nya spontana följdfrågor kunde komma upp.

Genomförandet- intervjuer

Via en sluten grupp av nyligen examinerade sjuksköterskor på internet lades en annons ut med intresseförfrågan om deltagande. Annonserna efterfrågade sjuksköterskor som arbetade med patienter i livets slutskede och som ville delta i en intervjustudie. Gruppen hade 68 medlemmar varav fem var män. Vi fick svar från fem kvinnliga sjuksköterskor och fyra valdes ut då de hade möjlighet att ses inom den tidsram vi hade. I studien benämns sjuksköterskan som hon på grund av att deltagarna i vår studie är kvinnor. I intervjuerna deltog sjuksköterskor som alla examinerades i juni 2011. Deltagarnas ålder varierade mellan 23-38 år. De arbetade vid intervjutillfället inom Avancerad sjukvård i hemmet

(ASIH), akutneurologisk avdelning, akutgeriatrisk avdelning samt lungmedicinsk avdelning. Samtliga var verksamma inom Stockholmsområdet

Datainsamlingen skedde med intervjuer som spelades in och sparades som ljudfiler. Två intervjuer genomfördes på caféer och två intervjuer skedde i högskolans lokaler, allt enligt informanternas önskemål. Intervjuträffarna inleddes med allmänt småprat. Vid första intervjun var en av uppsatsförfattarna frågeställare och den andra satt med som åhörare. Resterande intervjuer delades upp mellan författarna. Intervjuns första fråga bestod av basfakta om informanten så som ålder, nuvarande anställning och hur länge informanten haft sin sjuksköterskeexamen.

Olika sidor av huvudfrågan belystes ur helt olika perspektiv, beroende på vad deltagarna valde att ta upp. Enligt Lantz (2007) är det viktigt att frågeställaren antar ett empatiskt förhållningssätt för att förstå deltagarnas upplevelser. Vi lät deltagarna berätta så fritt som möjligt och ange kontexten. Det som tycktes vara viktigt för deltagarna att ta upp fick ta så mycket tid och fokus som ämnet krävde. Som frågeställare var det vår uppgift att försöka förstå informationen i sitt rätta sammanhang och hur personlighet, situation och kontext samspelade. Lantz (2007) menar att det är upp till frågeställaren att närma sig hur informanten tänker och förstå kontexten. Eftersom informanten/sjuksköterskan var den som definierade och avgränsade det som avhandlades i intervjun blev alla intervjuer olika. Enligt Lantz är det frågeställarens uppgift att avsluta intervjun när denne upplever att den fått en helhetsbild av fenomenet. I dessa intervjuer lät vi informanterna avgöra när ämnet var uttömt och för att försäkra oss om att så var fallet ställde vi en sista fråga: Är det något du vill tillägga? Intervjuerna var ca 15-20 minuter per deltagare.

Det inspelade materialet delades upp mellan uppsatsförfattarna och transkriberades. Efter transkribering lyssnade vi åter på inspelningarna för att säkerställa att vi inte missat något av det som sades. Det tog cirka fyra timmar per intervju att transkribera och det transkriberade materialet omfattade 4-6 sidor text per intervju.

5.3 Urval

Inklusionskriterier för deltagarna:

- Att hon/han haft sin sjuksköterskelegitimation i högst sex månader.
- Att hon/han möter patienter i livets slutskede samt deras anhöriga.

5.4 Dataanalys

Dataanalys enligt kvalitativ innehållsanalys

Intervjuerna är analyserade med inspiration av kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats enligt Lundman och Hällgren-Granheim. Metoden används för att beskriva variationer i data genom att belysa skillnader och likheter i textinnehållet. Deduktiv ansats innebär en förutsättningslös analys av texten (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Analysen genomfördes enligt följande struktur:

1. Genomläsning: Intervjuerna lästes igenom för att få en överblick över materialet.
2. Kondensering: Kondensering innebar att texten förkortades för att bli mer lätthanterlig utan att det väsentliga innehållet förvann.
3. Indelning i domäner: Texten delades in i domäner med hjälp av överstrykningspennor och bildade fem olika färger/domäner. Domänerna kopplades till de olika frågeområdena i frågeguiden. Ytterligare domäner som inte kunde kopplas till frågeguiden skapades.
4. Indelning i meningsbärande enheter: De meningsbärande enheterna i domänerna identifierades. Meningsbärande enheter var de delar av texten som genom sitt innehåll och sammanhang passade ihop.
5. Kodning: Texten abstraherades sedan genom att förses med olika koder. Koderna formades för att beskriva innehållet i enheten på ett mer kortfattat sätt. Kodernas funktion var att höja abstraktionsnivån och ge oss möjligheten att reflektera över texten på ett nytt sätt.
6. Indelning i underkategorier: Koderna sorterades därefter in i fem underkategorier utefter kodernas innehåll. Koder som tydligt var närbesläktade sammanfogades till underkategorier. Varje kod fick bara infogas i en underkategori.
7. Indelning i kategorier: Underkategorierna sammanfogades sedan till de två huvudkategorier som redogörs för i resultatet.

Tabell 1. Exempel på analys

Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>"När man möter patienten i ett dåligt skede då känner man att det är hopplöst, det går inte att göra något bättre. "</i>	Hopplöst i mötet med patienterna	Sjuksköterskan känsla i mötet med patienten.	Mötet

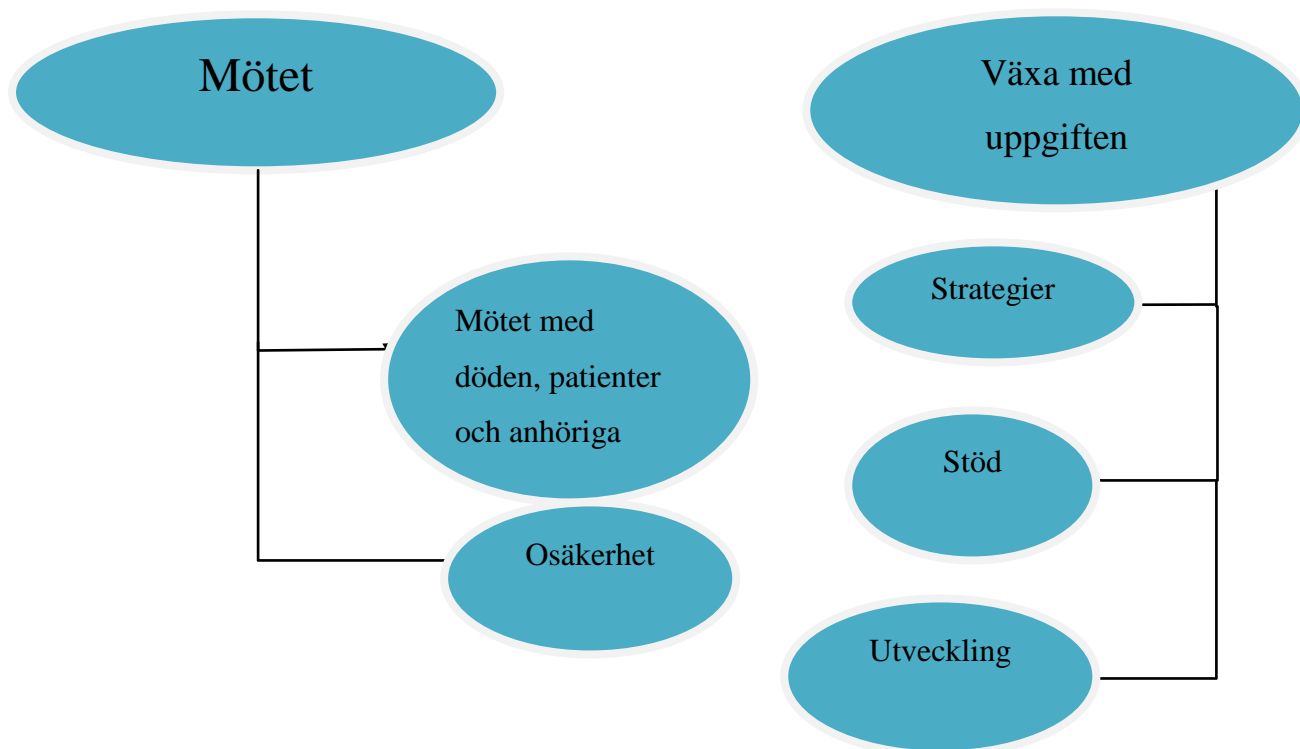
6. ETISKA ASPEKTER

Hänsyn har tagits till samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Olsson & Sörensen, 2011). Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva har rätt att bestämma om de vill medverka. Vi har informerat deltagarna om att de när som helst kan avbryta sitt deltagande i studien. Deltagarna informerades om studiens syfte (bilaga 1) och efter förfrågan om deltagande gav de sitt samtycke, all kontakt skedde via e-post.

Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter som lämnas av deltagarna i en studie ska behandlas med största möjliga konfidentialitet. Vi har tillgodosett konfidentialitetskravet genom att radera alla personuppgifter och allt inspelat material. Deltagarnas medverkan är inte känt av någon annan än uppsatsförfattarna. Dessutom har vi beskrivit deltagarna på ett sätt så att deras uttalanden inte kan kopplas till deras person. Nyttjandekravet innebär att insamlat material endast får användas för forskningssyftet. Deltagarna i vår studie garanterades att insamlat material enbart används för den här uppsatsen. Deltagarna har blivit erbjudna att läsa sin transkriberade intervju för att kunna förtydliga om de tycker att vi missuppfattat eller missat något som de sagt. Ingen av deltagarna har visat intresse för att läsa det transkriberade materialet men samtliga vill läsa den färdiga uppsatsen. Den färdiga uppsatsen skickas till alla deltagarna via e-post. Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460) så behöver inte arbeten inom högskoleutbildningar ansöka om etiskt tillstånd. Uppsatsen uppfyller ändå lagens krav på att deltagarna ska informeras om studiens huvudman, syftet med studien, att deltagande är frivilligt och att medverkan kan avbrytas när som helst.

8. RESULTAT

Resultatet resulterade i nedanstående huvudkategorier och underkategorier:



Citat som är representativa och förtydligar underkategorin och kategorin används i redovisningen av resultatet.

7.1 Mötet

Mötet med döden, patienter och anhöriga

I intervjuerna beskrev sjuksköterskorna själva upplevelserna som mötet med patienten, mötet med döden samt mötet med de anhöriga. Ofta såg sjuksköterskan patienten och anhöriga som en. Sjuksköterskorna talade som att de anhöriga var en del av vården som även de hade ett behov av information och tröst.

Sjuksköterskornas första möte med en patient i livets slutskede upplevdes omtumlande och de uttryckte en känsla av både otillräcklighet och osäkerhet. Trots att upplevelsen i flera fall var skrämmande, svår och jobbig så kunde upplevelsen också vara värdig.

En av sjuksköterskorna beskrev hur det var när hennes första patient avled. Patienten drabbades av koagulationsrubbingar och blödde därför ur näsa och mun. En specialistläkare kom och, som sjuksköterskan uttryckte det, ”proppade till” så blödningen avstannade.

”... det var lite sådär otrevligt men ändå väldigt, väldigt värdigt”

En annan sjuksköterska beskrev en helt annan upplevelse. Hennes första möte med en patient som avled inträffade en dag då sjuksköterskan upplevde avdelningen som rörig. Hon kände sig utelämnad och utan stöd från sina kollegor. Hon kände sig osäker i vilka smärt- och ångestdämpande läkemedel den döende patienten behövde.

”Det var den värsta dagen i mitt arbetsliv....”

Sjuksköterskorna såg på döden som en naturlig del av livet men ofta också som orättvis, speciellt när yngre människor avled eller när någon lämnade efter sig unga anhöriga. Flera deltagare uttryckte att de efter att ha vårdat en patient i livets slutskede ofta reflekterade över att ingen vet hur länge man kommer att leva och därför uttryckte de en ökad närhet till sin egen familj. När en patient som vårdats en längre tid på avdelningen avled upplevdes det som jobbigare än om en patient som varit på avdelningen i bara några timmar och kanske inte ens varit kontaktbar avled.

Mötet med de anhöriga upplevde sjuksköterskorna i viss mån som värre än att möta den döende patienten. Att stötta dem i deras sorg kunde kännas svårt, speciellt om patienten var yngre, en sjuksköterska förklarade det med att:

”Jag tycker på ett sätt att det är jobbigare att träffa den anhöriga, de ska ju finnas kvar”

Det som deltagarna upplevde som viktigt i mötet med de anhöriga var att kunna vara ärliga samt tillgängliga. En sjuksköterska betonade vikten av att hinna få en relation med de anhöriga för att skulle kunna få ett förtroende för henne. Det svåraste i mötet med de anhöriga var för respondenterna mötet med anhöriga som inte hade insikt om hur sjuk patienten var eller anhöriga som reagerar väldigt starkt.

”...samtidigt så möter man ju anhöriga som bara ligger och skriker och gråter vid den avlidna. Man känner lite så, vad...hur ska man hjälpa, man blir lite hjälplös...”

Osäkerhet

Deltagarna pratade ofta om hur osäkra de kände sig i mötet med patienter i livets slutskede. Flera uttryckte att osäkerheten de kände påverkade dem negativt men hoppades att mer erfarenhet skulle få dem att känna sig säkrare. En sjuksköterska uttryckte att osäkerheten fick henne att känna sig ledsen, upprörd och otillräcklig. Att bedöma hur långt patienten hade kvar och om den led var något som alla deltagare upplevde som mycket svårt. Sjuksköterskorna hade svårt att tyda signalerna och bedöma vilka åtgärder som krävdes. Det var även svårt för dem att veta hur de skulle förhålla sig till patienten och de anhöriga. En sjuksköterska upplevde det som svårt att kunna ge korrekt information när hon själv kände sig osäker. Trots känslan av osäkerheten pratade flera deltagare om hur de försökte ge ett lugnt intryck både för att lugna patienten och de anhöriga men även för att lugna sig själva.

”...betyder det här att hon har ont (...) samtidigt som man kanske försöker ge ett intryck av att på något sätt, för att lugna sig själv och lugna kanske anhöriga, jo nä men hon har nog inte ont och samtidigt såhär att...har hon ont?”

Flera av deltagarna uttryckte att de kände sig otillräckliga då omhändertagandet av patienten i livets slutskede tog så mycket tid att andra patienter försumrades.

En sjuksköterska berättade om sina tvivel kring de egna besluten, hon hade svårt att känna sig säker i sina beslut och kände sig fångad mellan patientens, anhörigas och läkarens vilja.

”...så står man där då som sjuksköterska mellan liksom läkare som säger att det här är ett akutsjukhus vi ska ha plasten, den här patienten sitter bara här och vi gör ingenting med patienten, och så att hur mycket man liksom ska stå på sig och hur mycket man ska lyssna på patienten och...det är jättesvårt!”

Osäkerheten gjorde att en sjuksköterska medvetet undvek att samtala med patienter och anhöriga om ämnen hon var osäker på. Hon var rädd att inte kunna svara på de frågor som skulle kunna uppstå. Just oron att inte kunna svara på patientens och anhörigas frågor var något som alla utom en deltagare uttryckte tydligt.

7.2 Växa med uppgiften

Bära bördan

Att reflektera över sitt arbete var en strategi som sjuksköterskorna hade för att bearbeta händelser som varit påfrestande. De behövde ta sig tid för att tänka och bearbeta sina känslor efter en jobbig händelse, det blev ett sätt att orka med. En sjuksköterska sa att reflektionen gör att hon kan hålla en bra kvalitet i sitt arbete. Reflektionen var också ett sätt att förbereda sig genom att försöka sätta sig in i och föreställa sig de situationer som skulle kunna uppstå.

”Jag skulle vilja säga att jag tycker om, eller älskar till och med den här reflektionstiden mellan körningarna...”

Deltagarna hade olika strategier för att hantera den känslomässiga stressen som det innebar för dem att möta patienter i livets slutskede. Flera sjuksköterskor talade om att distansera sig på olika sätt, en deltagare beskrev hur hon distanserade sig när hon åkte hem till patienter som hon visste inte hade lång tid kvar:

”Jag väljer att inte diskutera det medvetet för att det kan vara svårt för mig som person och sjuksköterska att gå in i det när jag vet att jag inte kan svara på några frågor”

Att värna sig själv och att skilja på yrkes-person och privatperson uttryckte sjuksköterskorna som viktigt och menade då att de distanserade sig känslomässigt för att bördan inte skulle bli för tung att bära.

”lärdomen var att man måste distansera sig(...) liksom värna om sig själv också på något sätt, man kan inte gå och gräva ner sig.”

Flera pratade om vikten av att hitta sitt individuella arbetssätt och återkom till vikten av att vara ärlig och rak, att inte vara konstlad i mötet med patienter och anhöriga. Att våga visa känslor men inte låta känslorna ta över.

Det viktiga var att finnas där för patienten och dennes anhöriga, att låta deras känslor ta plats istället för de egna känslorna.

”...jag försöker gå in i en professionell roll (...)det låter kanske lite kallt men man måste försöka finnas där för anhöriga, jag kan inte bryta ihop varje gång (...) man får inte vara rädd för att visa känslor och gråta lite men man måste finnas där och låta anhöriga vara de som får ta den stora sorgen om man ska säga så, det är deras, så inte de ska behöva trösta en annan det skulle vara fruktansvärt.”

Flera sjuksköterskor menade att arbetet påverkade deras känslor för sina egna nära och kära, de kom ofta att tänka på dem och kände en större närhet till dem.

Stöd

Deltagarna redogjorde för olika sätt att få stöd som sjuksköterska. Dels i form av det kollegiala informella stödet men också att det fanns rutiner på arbetsplatsen som gav stöd. Samtliga sjuksköterskor betonade vikten av stöd i arbetet med patienter i livets slutskede. Deltagarna berättade att de blivit starkt påverkade av första mötet med en patient i livets slutskede. En av de faktorer som gjorde det svårt för sjuksköterskan vid första mötet med en patient som avled var avsaknaden av kollegialt stöd.

En sjuksköterska berättar om första gången som hon vårdade en patient i livets slutskede:

”... då är det ju jätteviktigt att man har ett stöd från sina kollegor att man känner att man faktiskt kan fråga någon mer erfaren kollega (...) just den dagen så hade inte jag det stödet för det var en massa annat, det var en stor flytt dag på jobbet... det stödet fanns inte riktigt.”

En form av kollegialt stöd kunde vara att känna tillit till kollegornas kompetens och hjälpsamhet. Att till exempel kunna slappna av mentalt och inte ta med sig arbetet hem.

”...sen måste man släppa det när man kommer hem, när man lämnar omklädningsrummet då är man sig själv igen då får man lita på att ens kollegor tar över.”

Det kollegiala stödet kunde också underlätta för sjuksköterskan att fokusera på patienten i livets slutskede. Genom att kollegorna alltid fanns i bakgrunden med både praktiskt och mentalt stöd kunde sjuksköterskan lägga mer energi och tid på den aktuella patienten. En sjuksköterska beskrev hur hon upplevde stödet från sina kollegor när de visste att hon hade en döende patient:

”alla vet att OK det larmar på den salen då vet man precis vad det gäller och då kan jag släppa allt och det finns alltid någon där som fångar upp det man lämnar”

En sjuksköterska hade varit student då hon första gången var med när en patient avled. Hon hade då möjlighet att backa undan och låta handledaren ta över arbetet. Hon upplevde det som väldigt skönt att få tid för egen reflektion och slippa ansvaret som sjuksköterskan hade.

En av deltagarna berättade att hon använde sig av det kollegiala stödet inför mötet med en patient i livets slutskede. Genom samtal med mer erfarna kollegor kunde hon hantera sin nervositet inför situationen.

Sjuksköterskorna redogjorde för att det organiserade stödet på deras arbetsplatser varierade stort. En arbetsplats erbjöd handledningssamtal varannan vecka medan andra arbetsplatser inte hade några organiserade möten efter att en patient avlidit.

När stöd erbjöds på arbetsplatserna upplevdes det som stort, däremot upplevde sjuksköterskorna att samarbetet mellan sjuksköterskorna och läkarna ofta var bristfälligt. De upplevde att läkarna kunde be dem att göra saker som enligt sjuksköterskorna var läkaruppgifter som att till exempel lämna dödsbud eller möta anhörigas frågor.

”en sak som jag skulle vilja ta upp är just samarbetet med läkarna när det gäller dödsbud eller väldigt svårt sjuka patienter som kommer upp från akuten, När läkare på akuten ringer anhöriga och säger vi tänker inte berätta någonting det får sjuksköterskorna på avdelningen göra och så ska man ringa och informera anhöriga om någonting som man inte vet och som man inte har varken kompetens eller kunskap för att avgöra ”

Utveckling

Flera sjuksköterskor upplevde att erfarenhet var en källa till utveckling. De uttryckte att de kunde se ett samband mellan sin utökade erfarenhet och förmågan att individanpassa mötet med patienterna och de anhöriga. De kände sig också tryggare i situationer med döende patienter i och med den egna utvecklingen i sin yrkesroll.

Att ha livserfarenhet såg sjuksköterskorna som en resurs för att klara av arbetet när det kändes tufft.

“Man är en känslomänniska och man blir berörds av det men någonstans så tror jag att måste man ha sett lite av livet innan man börjar jobba med det. Jag skulle rekommendera egentligen en som är ny exad och som inte har någon annan arbetslivserfarenhet att ge sig in i det här, hellre något annat.”

Känslorna för den egna familjen hade blivit starkare för flera av deltagarna. De talade om tacksamhet för att ha sin familj och att de nu uppskattade sin familj mer.

En sjuksköterska ville råda andra att ta chansen att möta en döende patient så fort som möjligt under studietiden, som hon hade gjort. Hon beskrev det som värdefullt och pedagogiskt för henne att få möta situationen då hon själv inte var ansvarig sjuksköterska.

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Målet med uppsatsen var att beskriva deltagarnas upplevelser så fullständigt som möjligt för att kunna uppnå en helhetsförståelse för hur det är att arbeta som nyexaminerad sjuksköterska med patienter i livets slutskede och för deras anhöriga.

Intervjuerna skedde på platser som deltagarna själva valt. Några föredrog att ses på kafé medan några ville komma till skolan. Oavsett plats så försökte vi hitta en så avskild och lugn miljö som möjligt. Samtalsämnet gjorde att vi ville ha en situation där sjuksköterskorna själva kände att de kunde prata så fritt som möjligt och att de inte skulle känna sig utlämnade. För att deltagarna skulle känna sig trygga var det viktigt att de själva fick styra vart de ville ses. Enligt Lantz (2007) är rummets betydelse för det sociala samspelet inte helt utforskat men Lantz anser ändå att situationen bör vara sådan att störande moment, så som telefoner, minimerats.. Intervjuerna inleddes med lite allmänt småprat och därefter ställdes frågor om basfakta så som ålder, anställning och hur länge hon varit sjuksköterska. Att inleda på det här sättet fick både frågeställaren och informanten att koncentrera sig och rikta fokus mot intervjun och varandra. Det fungerade dessutom som en mjukstart och fick båda parter att känna sig mer bekväma i intervjusituationen. Enligt Lantz är det under den inledande fasen av intervjun som relationen mellan frågeställare och respondent upprättas. Den inledande fasen är därför mycket viktig för resultatet av intervjun. De basfakta vi fick var även ett sätt för oss som frågeställare att bättre förstå de miljöer och sammanhang som informanten beskrev.

Vi hade ingen tidsbegränsning på intervjuerna men hade uppskattat tiden till att ta ca 30 min. De flesta intervjuer blev kortare och det berodde på att ämnet var uttömt och varken frågeställaren eller sjuksköterskan hade något mer att ta upp. För att försäkra oss om detta hade vi som sista fråga: ”är det något mer du vill ta upp?” I några fall gav den frågan en

nystart åt samtalet och nya perspektiv kom fram i andra fall var intervjun slut i och med den avslutande frågan.

Den frågeguide vi använde omformades efter första intervjun då vi upptäckte att endast en öppen fråga blev svårhanterlig för deltagaren. En diskussion uppkom om att ha den första intervjun som en testintervju pga. detta. Vi tog beslutet att ändå använda oss av materialet från den första intervjun. Vi anser att det som framkom under intervjun var av mycket stort värde och har varit mycket användbart för vår studie. Eventuellt kan avsaknaden av frågeguide under första intervjun ha påverkat resultatet. Vi ser dock varje intervju som ett unikt tillfälle med den unika sjuksköterskans erfarenheter i fokus och vi letar efter variationer i materialet.

Syftet med en kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer och där bör både män och kvinnor ur olika åldersgrupper delta. (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). I vår studie deltog endast kvinnor vilket kan ses som en svaghet för studien, fem män fanns med i den tillfrågade gruppen men ingen anmälde sitt intresse. En styrka i studien är att vi har ett åldersspann med variation från 23 år till 38 år. Då alla sjuksköterskor var nyexaminerade kunde vi i och med deras varierande åldrar få tillgång till deltagare med olika livserfarenhet. Vi vet inte varför just dessa fyra sjuksköterskor valde att vara med i vår studie men vi tror att det både handlade om personlig vinning och hjälpsamhet. Eftersom de själva nyligen skrivit sin uppsats så ville de nog hjälpa oss i vårt arbete, dessutom verkade de alla vara stolta över sitt arbete och ville gärna berätta om det. Några verkade också ha ett behov av att få prata om sitt stundtals tunga arbete och fick i och med intervjuerna kanske ett tillfälle att ventilerat upplevelser som de inte hade någon möjlighet att tala om i andra sammanhang.

Under analysarbetet läste vi de meningsbärande enheterna flera gånger både var för sig och i sitt sammanhang med den text som kom både före och efter. På så vis kunde vi försäkra oss om att inte förlora essensen i texten när den kodades. Detta arbetssätt bekräftas av Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) som viktigt för att inte förlora textens helhet. Genom att tillsammans diskutera domäner, kondensering, koder och kategorier var målet att uppnå samstämmighet. I och med att vi varit två personer med individuella åsikter och personligheter finns en risk att någon av oss fått vika sig i diskussionen och att resultatet därför inte blivit helt samstämmigt. Vår uppfattning är att vi genom kompromisser kommit fram till ett resultat som vi båda står för och är stolta över. Kategoriernas giltighet

kontrollerades genom att läsa ursprungstexten igen och granska att kategorierna beskrev det typiska och representativa i texten. Under utvecklingen av kategorier finns enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) en risk att delar av texten sorteras in i redan befintliga kategorier som de inte hundra procentigt passar in i.

Med vår förförståelse och vårt samspel med deltagarna under intervjuerna har vi varit medskapare till materialet. Som sjuksköterskestudenter har vi en förförståelse inom ämnet omvårdnadsvetenskap, en inblick i viss klinisk verksamhet och en egen uppfattning om hur det är att möta patienter i livets slutskede. Denna förförståelse kan ha påverkat resultatet så att vi tolkat in egna uppfattningar i materialet. Genom att vi varit två personer med varsin individuell förförståelse som tolkat allt material tillsammans, diskuterat och jämfört tillbaka till originaltexten anser vi oss ha gjort en korrekt analys av materialet. Några av deltagarna var bekanta för oss sedan tidigare och den relationen kan ha påverkat resultatet så att vi tolkat in mer information än den som uttalats. I studier med kvalitativ ansats bör inte forskaren förhålla sig objektiv enligt Lundman och Hällgren-Granheim (2008). Forskaren har en närhet till materialet genom insamlingsmetoden som oundvikligt färgar resultatet. Det är inte önskvärt att forskaren ställer sig utanför som betraktare eftersom forskarens samspel med deltagaren i intervjun skapar materialet (a.a). En styrka i studien är att författarna inte har samma förförståelse men ändå har enats om samma tolkningar båda författarna har heller inte varit med på alla intervjuer vilket ger en större reliabilitet i analysen som vi gjort gemensamt.

8.2 Resultat diskussion

8.2.1 Mötet

Deltagarna i studien upplevde en osäkerhet och känsla av otillräcklighet i sitt första möte med en patient i livets slutskede. Få nyexaminerade sjuksköterskor har mött en patient i livets slutskede tidigare och är därför dåligt rustade inför mötet (Brattgård 2005). Även sjuksköterskorna i vår studie beskrev situationen som helt ny och de upplevde det som omtumlande. De inre föreställningar som sjuksköterskan har är de som avgör om situationen upplevs som ett hot eller en utmaning på både det yrkesmässiga och personliga planet enligt Harris-Kalfoss (2011). Enligt samma författare finns det inga regler för hur sjuksköterskan ska prata med patienten men många sjuksköterskor är rädda för att förlora sin professionella hållning genom att säga för mycket eller för lite till patienter och anhöriga. Sjuksköterskorna i vår studie kunde precis som Harris-Kalfoss beskriver det börja använda tröstande fraser för att trösta patienten och sig själva.

Studiens deltagare beskrev sin syn på döden som en del av livet och naturlig men att de också kunde uppleva döden som orättvis. Att känna så motstridiga känslor är vanligt hos alla människor och ett sätt att omedvetet förneka det faktum att vi själva ska dö (Harris-Kalfoss 2011). Trots förnekandet accepterar människan ändå den kommande döden som en del av livet. Människans ambivalenta förhållningssätt till döden är vad som betecknas som dödsångest. Dödsångesten är enligt Harris- Kalfoss en viktig drivkraft och styr mycket av människans handlingar och tankar. I dödsångesten ligger även rädsla för det okända och vad som kan drabba oss själva och våra närstående menar Harris-Kalfoss. När sjuksköterskan möter en patient i livets slutskede påminns hon om den egna dödsångesten och blir då i mötet med patient och anhöriga sårbar och rädd. Enligt Harris- Kalfoss kan då sjuksköterskan känna sig förtvivlad, maktlös, osäker, aggressiv och skyldig men även känslor av tacksamhet och sorg kan göra sig påminda. Flera deltagare i vår studie bekräftar detta genom att de har blivit mer familjekära och ofta tänker på sina egna anhöriga. Om sjuksköterskan har vårdat patienten under långt tid kan känslorna bli starkare. Tidigare händelser i livet, så som närståendes bortgång, kan också påverka sjuksköterskans känslor (Harris- Kalfoss 2011). Medvetenhet om dessa reaktioner och känslor gör att sjuksköterskan får en ökad förståelse för sig själv och kan ge en bättre vård och möta smärtan hos patienten på ett bättre sätt (Kallenberg & Ternstedt, 2005). Ju större acceptans

sjuusköterskan har för den egna kommande döden desto mindre ångest upplever hon i mötet med patienter i livets slutskede (Harris-Kalfoss, 2011)

Sjuusköterskorna i studien betonade vikten av ärlighet och tillgänglighet i mötet med anhöriga till patienter i livets slutskede. Att hantera anhöriga som har starka känslouttryck är enligt Bjarnadottir (2011) det svåraste i sjuusköterskerollen, detta är något som deltagarna i vår studie bekräftar. Anhörigas insikt i patientens sjukdom, behandling och prognos var viktig. Den gjorde att sjuusköterskan upplevde mötet som bättre och miljön kring patienten upplevdes som lugnare och tryggare. Genom att tydliggöra för både patient och anhöriga vad vården syftar till, det vill säga att sjuusköterskan som vårdar i livets slutskede ska skapa lindring, skapas en trygg situation där alla inblandade vet vad som händer och varför (Brattgård, 2005).

Osäkerhet

Sjuusköterskorna beskrev att deras osäkerhet i yrkesrollen kunde göra att de kände sig ledsna, upprörda och otillräckliga. Detta bekräftar Hopkinson, Hallett och Luker (2003) i sin studie. Sjuusköterskorna där talade om att de kunde känna sig oförberedda och lämnas med en känsla av att andra inte tänkt på deras behov, när de vårdade en döende patient.

Flera av deltagarna i studien uttryckte en osäkerhet i mötet med patienter i livets slutskede och deras anhöriga. Enligt Harris-Kalfoss (2011) så kan oerfarenhet, bristande utbildning och undervisning göra att tilltron till den egna kompetensen sviktar. Om sjuusköterskan känner en otillräcklighet kan hon uppleva en blockering i sitt arbete och motivationen för arbetet kan då svikta. Litteraturen visar även att lång erfarenhet gav en stark tilltro till den egna förmågan (a.a). Även i vår studie var upplevelsen att ju fler gången deltagarna mött en patient i livets slutskede desto mindre osäkerhet upplevde de.

Att bedöma hur lång tid patienten hade kvar att leva samt vilken lindrande behandling den var i behov av var något som alla sjuusköterskor i studien kände sig osäkra kring. Denna osäkerhet bekräftar av Ternestedt (1998) som redogör för svårigheter att avgöra hur lång tid en patient har kvar och när döendet börjar. Det är enligt Ternestedt en gråzon när behandlingen går över från livsuppehållande till lindrande.

Att ge korrekt information till en patient och anhöriga kunde vara svårt för en sjuusköterska som själv kände sig osäker. Patienten har rätt att få information om sin egen situation och

bästa sättet att avgöra hur mycket information patienten vill ha är att fråga patienten själv (von Essen, 2005). Troligtvis kommer sjuksköterskorna i denna studie att uppleva det som lättare att ge svåra samtal i och med ökad erfarenhet. En sjuksköterska som känner sig trygg med att ha svåra samtal har lättare att bedöma hur mycket information patienten vill ha och behöver (von Essen 2005).

Att hinna med både patienten i livets slutskede och övriga patienter var något som en av sjuksköterskorna upplevde som svårt. En deltagare berättade också om att hon ofta kände sig osäker på sina beslut då hon upplevde en intressekonflikt mellan patient, anhöriga och läkare. Som sjuksköterska kan det vara svårt att genomföra en behandling vars filosofi inte stämmer överens med de egna värderingarna (Harris-Kalfoss, 2011). Vidare menar Harris-Kalfos att den gamla bilden av sjuksköterskan som självuppoffrande, god och tjänstvillig kan vara en av orsakerna till att det kan vara svårt att stå upp för sin åsikt. Det är många olika intressen som styr behandlingen av en patient till exempel ekonomiska, politiska, kulturella, tekniska och medicinska. Dessutom måste sjuksköterskan prioritera med de patienter hon är ansvarig för med både tidsåtgång och vårdbehov i åtanke. Även livskvalitet och patientens vilja avgör behandlingsfilosofin. Alla dessa intressen kan orsaka konflikter i arbetet med en patient i livets slutskede (a.a) och det var något som också flera deltagare i studien vittnat om.

8.2.2 Växa med uppgiften

Strategier

Sjuksköterskorna hade olika sätt att hantera den känslomässiga stressen det innebar att arbeta med patienter i livets slutskede. Personal utvecklar ofta två olika förhållningssätt till sitt påfrestande arbete med patienter som lider och är i livets slutskede enligt Kallenberg och Ternstedt (2005). Det ena sättet innebär att sjuksköterskan distanserar sig från det hon inte klarar av att hantera, för att skydda sig själv mentalt. Att låta sig uppslukas helt av arbetet och patienten är det andra förhållningssättet. Att låta sig uppslukas gör att det blir svårare att orka med både arbete och privatliv och vården av patienten riskerar att bli sämre (a.a). För att inte, som Ternstedt uttrycker det, bli uppslukad av arbetet berättade en av sjuksköterskorna att egen reflektionstid var hennes sätt att bearbeta känslorna och kunna fortsätta ge god vård.

Deltagarna i studien använde sig av ordet professionell som beskrivning för hur de ville bemöta patienterna. Professionalitet är enligt Birgergård (2005) att på både kort och lång sikt bortse från sina egna känslor, impulser och behov och se till patientens bästa. Däremot handlar professionalitet inte om att distansera sig och vara kylig. Medvetenhet och självkännedom om de egna behoven hjälper sjuksköterskan att agera professionellt. För att orka vårda patienter i livets slutskede behöver sjuksköterskan bland annat kunna använda sig av sitt psykologiska försvar, begränsa arbetstiden, se sina egna begränsningar, lägga energi på det privata sociala umgänget, se positivt på arbetet och se empati som en styrka (Birgergård 2005). En av deltagarna i studien beskriver det här förhållningssättet som att våga visa känslor men att inte låta känslorna ta över.

Stöd

Informanterna talade alla om vikten av kollegialt stöd, både inför första mötet med en patient i livets slutskede men också i det dagliga arbetet. Dessutom betonades vikten av tydliga rutiner vid dödsfall. När man är ny på en arbetsplats så är det kollegiala stödet bland de viktigaste för att kunna få en trygg plats i arbetsgruppen (Bjarnadottir, 2011). Det bekräftas av en deltagare som talade om tilliten till kollegornas kompetens som en viktig faktor för att själv orka med arbetet. Att veta att kollegorna tar över med lika god omsorg när sjuksköterskan själv går hem gjorde att hon kunde slappna av och inte ”ta med jobbet hem”. Att veta att man är ersättningsbar och ha tryggheten i att vara en del av en större personalgrupp gör det möjligt för sjuksköterskorna att engagera sig så mycket det behöver för att sedan kunna gå hem utan att behöva tänka på sitt arbete. Känslan av att kunna dela bördan med kollegorna samt få stöd från kollegor och chefer var viktig för deltagarna i vår studie liksom för sjuksköterskorna i Bjarnadottirs studie.

En teknik för att förbereda sig inför nya moment i vården är att samla information om momentet samt skapa en bild av vad som ska göras enligt Hopkins, Hellett och Luker (2005) Det här sättet att förbereda sig använde en av deltagarna i vår studie och hon upplevde att hon då inte kände någon oro över momentet.

Hopkinson, Hallet och Luker (2003) menar däremot att det inte finns något enkelt svar på vad sjuksköterskan behöver för stöd då det är individuellt och olika beroende på sjuksköterska och situation. Samtidigt menar samma författare att hjälp av kollegor att göra bedömningar och ta gemensamma beslut var ett vanligt sätt att göra bördan mindre för

sjuusköterskan. Även om deltagarna i vår studie visade på individuella skillnader i behov av stöd så belyste flera av dem behovet av det kollegiala stödet.

En informant hade i sitt arbete tillgång till handledningssamtal och tyckte att de var en stor hjälp. Handledning och utbildning är en viktig del i hur sjuusköterskan kan lära sig att hantera sina egna känslor och fortsätta kunna ge bra vård (Kallenberg & Ternstedt, 2005).

Brister i samarbetet mellan sjuusköterskor och läkare var något som bekymrade några av deltagarna. Konflikter mellan personalkategorier och överordnande kan enligt Harris-Kalfoss (2011) bero på olika värderingar i grupperna. Sjuusköterskeutbildningen syftar till att lära ut en humanistisk människosyn, en helhetssyn på patienter och omvårdnad samt ansvarskänsla och självständighet i handlingar och bedömning. I dagens samhälle premieras enligt Harris- Kalfoss (2011) produktivitet, oberoende och framgångar. Svaga individer har generellt sett en mindre plats i samhället. Synliga sjukdomar och död är tabubelagda ämnen i samhället och media och påverkar självklart även personalen som arbetar med patienter i livets slutskede .

Utveckling

Flera sjuusköterskor i studien ansåg trots deras korta tid som färdiga sjuusköterskor att erfarenhet var en viktig källa till utveckling. Benner (1993) betonar att erfarenhet inte enbart handlar om tid utan snarare är en process då tidigare teorier och föreställningar kopplas samman med praktiska situationer. Sjuusköterskor med lång erfarenhet inom sjukvård har en starkare tilltro till sin egen förmåga (Bjarnadottir, 2011) och detta bekräftas även av von Essen (2005) som menar att erfarenhet ger kunskap som är omöjlig att läsa sig till och betonar samtidigt vikten av att få handledning av en professionell handledare utanför organisationen. Ökad erfarenhet fick även sjuusköterskorna vi intervjuat att känna sig säkrare och bättre på att individanpassa mötet med patienter i livets slutskede.

8.3 Slutsatser

Studiens resultat bekräftas av tidigare forskning och visar på ett tydligt behov av stöd och handledning till den nyexaminerade sjuksköterskor när de möter patienter och deras anhöriga i livets slutskede. Deltagarnas upplevelser visar på både variation och likheter i resultatet. Resultatet visar att informanternas reaktioner och upplevelser var varierande men att ingen informant lämnades oberörd efter första mötet med patienter i livets slutskede och deras anhöriga. Sjuksköterskorna utvecklade alla olika förhållningssätt till patienter, anhöriga och sin egen roll för att orka med uppgiften. Behovet av reflektion och bearbetning av de egna känslorna var stort men endast en deltagare fick professionell handledning för detta. Att vara nyexaminerad sjuksköterska medförde en osäkerhet och stöd från kollegor och organisation var av största vikt. Flera informanter upplevde ett bristande stöd och det påverkade dem och mötet med patienter och anhöriga negativt. Sammanfattningsvis är det därför av stor vikt att sjukvården erbjuder stöd och handledning till de sjuksköterskor som möter patienter i livets slutskede och deras anhöriga.

8.4 Klinisk betydelse

Studien riktar sig till sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter som är intresserade av hur nyexaminerade sjuksköterskor upplever mötet med patienter i livets slutskede och deras anhöriga. En ökad förståelse för hur det är att vara ny i svåra situationer kan vara utvecklande för både individ och organisation. Studien kan vara ett underlag för sjukvårdspersonal som vill belysa behovet av stöd och handledning i den egna verksamheten.

8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

I arbetet med uppsatsen har vi sett flera sidospår som intresserat oss, till exempel hur man kan utforma ett bättre stöd på arbetsplatsen för nyexaminerade sjuksköterskor. Vi föreslår därför vidare forskning och utveckling med fokus på följande områden: hur inskolningen av nya sjuksköterskor kan underlättas och det kollegiala stödet förbättras, hur samarbetet mellan olika yrkeskategorier fungerar i sjukvården samt hur sjuksköterskeutbildningen svarar mot behovet av palliativ vårdfilosofi inom akutsjukvården.

9. REFERENSER

Beck-Friis, B. & Strang, P. (2005). Vad är god omvårdnad? I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (3. uppl.) (s.13-14) Stockholm: Liber.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K.F. & Saveman, B. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. Hämtad från CINAHL with Full Text.

Birgergård, G. (2005). Professionell hållning, palliativ medicin. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (3. uppl.) (s.411-426) Stockholm: Liber.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Bjarnadottir, A. (2011). Work engagement among nurses in relationally demanding jobs in the hospital sector. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 31(3), 30-34 Hämtad från CINAHL with Full Text.

Brattgård, D. (2005). Om konsten att dö-etiska aspekter. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (3. uppl.) (s. 56-66) Stockholm: Liber.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

von Essen, L. (2005). Vad är god omvårdnad? I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (3. uppl.) (s. 404-425) Stockholm: Liber.

Friberg, F. (Red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, E. (2010). Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 122-129. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x

Hallgrimsdottir, E. (2000). Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 611-619 Hämtad från CINAHL with Full Text.

Harris-Kalfoss, M. (2011). Mötet med lidande och döende patienter-sjuksköterskans möte med sig själv. I H. Almås., D. Stubberud & R. Grønseth (Red.) *Klinisk omvårdnad*. 2. (2., [uppdaterade] uppl.) (s 475-498) Stockholm: Liber.

Hopkinson, J., Hallett, C. & Luker, K. (2003). Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5) 525-533. Hämtad från CINAHL with Full Text

Hopkinson, J., Hallett, C. & Luker, K. (2005). Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 125-133. Hämtad från CINAHL with Full Text

Kallenberg, K. & Ternestedt B-M.,(2005). Självbestämmande i dödens närhet, palliativ medicin? I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (3. uppl.) (s.81-90) Stockholm: Liber.

Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik*. (2., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lundin, T. (2005). Den oundvikliga sorgen. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (3. uppl.) (s. 67-80) Stockholm: Liber.

Lundman, B. & Hällgren- Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Main, J. (2002). Management of relatives of patients who are dying. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 794-801. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00672.x

Milberg, A. (2005). Anhöriga inom palliativ vård. I B. Beck-Friis & P. Strang (Red.), *Palliativ medicin*. (3. uppl.) (s. 147-154) Stockholm: Liber.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott

Reid, M., McDowell, J. & Hoskins, R. (2011). Communicating news of a patient's death to relatives. *British Journal Of Nursing (BJN)*, 20(12), 737-742. Hämtad från CINAHL with Full Text

SFS 2003:460 Lag om etikprovning som avser forskning av människor. Hämtad 23 januari, 2012 från http://www.lagboken.se/dokument/Andrings-SFS/181354/SFS-2008_192-Lag-om-andring-i-lagen-2003_460-om-etikprovning-av-forskning-som-avser-manniskor?id=27526

Shorter, M. & Stayt, L. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 159-167. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05191.x

Smith-Stoner, M., Hall-Lord, M., Hedelin, B. & Petzäll, K. (2011). Nursing students' concerns about end of life in California, Norway, and Sweden. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(6), 271-277. Hämtad från CINAHL with Full Text

Snellman, I. (2007). Det goda vårdmötet. I K. Malmsten (Red.), *Etik i basal omvårdnad: [i någon annans händer-]*. (2., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Sverige. Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stayt, L. (2009). Death, empathy and self-preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1267-1275. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02712.x

Ternstedt, B. (1998). *Livet pågår! om vård av döende*. (1. uppl.) Stockholm: Vårdförbundet.

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wilson, J. & Kirschbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British Journal of Nursing (BJN)*, 20(9), 559-563. Hämtad från CINAHL with Full Text

BILAGA 1

Förfrågan om deltagande i intervjustudie.

Hej.

Vi heter Hanna Nybeson och Anna-Clara Ernberg och är sjuksköterskestuderande vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen till sjuksköterska ingår att skriva ett självständigt examensarbete på 15 högskolepoäng. Ämnet för vår uppsats är sjuksköterskors erfarenheter av att möta döende patienter och deras närstående. Vi vill gärna intervjua dig om dina erfarenheter av att möta döende patienter och deras närstående. All information kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att i uppsatsen kommer alla uttalanden vara avidentifierade. Deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan.

Intervjun tar ca 30 minuter och vi kommer att använda bandspelare. Vi ses någonstans där det passar dig och oss och vi bjuder på fika.

Har du frågor angående studien eller vill avanmäla ditt deltagande kan du kontakta någon av oss:

Hanna Nybeson

hanyhk09@rkh.se

Tel: xxxxxxxxxxxx

Anna-Clara Ernberg

anerhk09@rkh.se

Tel. xxxxxxxxxxxx

Adjunkt Marie Backman, handledare

bakm@rkh.se

Röda Korsets Högskola Tel: 08-587 516 00

/Tack för din medverkan.

BILAGA 2

Intervjuguide

Ålder, profession, examinerad när? Nuvarande anställning?

Berätta om dina erfarenheter av att möta patienter i livets slutskede.

(resterande frågor ställs i de fall vi inte får tillräcklig information)

Vad har du för känslor inför att möta dessa patienter.

Berätta om första gången du mötte en patient i livets slutskede.

Har ditt sätt att hantera och känna inför mötet med dessa patienter förändrats.

Berätta om dina erfarenheter av att möta anhöriga till patienter i livets slutskede.

Vad har du för känslor inför att möta de anhöriga.

Har ditt sätt att hantera och känna inför mötet med de anhöriga förändrats.

Är det något du vill tillägga?