



Sjuksköterskestudenters upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede

En empirisk studie

Nursing Students' experiences of caring for patients in the final stages of life

Alvin Andersson
Felix Aikio

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

Grundnivå/15 hp

Anna Abelsson & Anna Willman

Birgitta Bisholt

2016-11-04

Sammanfattning

Titel: Sjuksköterskestudenters upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede
Nursing students experiences of caring for patients in the final stages of life
An empirical study

Fakultet: Fakulteten för hälsa, natur-och teknikvetenskap

Institution: Institutionen för hälsovetenskaper

Ämne: Omvårdnad

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå

Författare: Alvin Andersson och Felix Aikio

Handledare: Anna Abelsson och Anna Willman

Sidor: 26

Nyckelord: Palliativ vård, sjuksköterskestudent. Kvalitativ metod

Introduktion: Alla sjuksköterskor kommer någon gång i sitt yrkesliv att möta patienter inom den palliativa vården. Att vårda patienter i livets slutskede är en känslomässig och fysiskt utmanande uppgift. När människor närmar sig slutet av sin livstid har ofta sjuksköterskan en nyckelroll i att förbättra livskvalitet genom att tillhandahålla känslomässigt stöd och symptomlindring. **Syfte:** Studiens syfte var att belysa sjuksköterskestudentens upplevelse av att vårda patienter i livets slutskede. **Metod:** Studien utfördes med kvalitativ ansats och sammanlagt bestod undersökningsgruppen av 16 sjuksköterskestudenter i termin 6 på sjuksköterskeprogrammet. Intervjuer användes för att genomföra datainsamlingen och data transkriberades och analyserades. Materialet bearbetades med hjälp av innehållsanalys enligt Polit och Beck (2012) där en huvudkategori och fem underkategorier framkom. **Resultat:** Består av kategorierna *att möta patienter i livets slutskede*, *att våga samtala om döden*, *att finnas till för patienten*, *att inte kunna erbjuda en värdig vård* och *att inkluderas i familjens sorgeprocess*. **Slutsats:** Att möta döende patienter är en känslomässig upplevelse för studenter men utbildning och praktik är en bra förberedelse inför mötet. För att göra det första mötet med en döende så bra som möjligt är det viktigt att införa en kurs i palliativ vård tidigare i utbildningen.

Innehåll

Introduktion	4
Palliativ vård	4
Palliativt förhållningssätt	5
Sjuksköterskans roll i omvårdnaden kring patienten i livets slutskede	5
Patientens anhöriga	6
Sjuksköterskeutbildningen	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	8
Design	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	9
Resultat	10
Att möta patienter i livets slutskede	10
Att våga samtala om döden	11
Att finnas till för den döende	12
Att inte kunna erbjuda en värdig vård för patienter i livets slutskede	12
Att inkluderas i familjens sorgeprocess	13
Diskussion	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion	17
Klinisk betydelse för omvårdnad	18
Förslag på fortsatt forskning	19
Slutsats	19
Bilaga 1	26

Introduktion

Årligen avlider mellan 90 000 och 100 000 personer i Sverige och ungefär 60 procent av dessa är 80 år eller äldre. De vanligaste dödsorsakerna i Sverige är hjärt- och kärlsjukdomar följt av tumörsjukdomar (Socialstyrelsen 2015).

Sjuksköterskor är den vårdkategori som finns närmast patienter i livets slutskede och deras anhöriga (Virani et al. 2016). När patienter är i livets slut har sjuksköterskan en nyckelroll i att förbättra livskvalitet genom att tillhandahålla känslomässigt stöd och symtomlindring (Jeffers 2014). Sjuksköterskestudenter kommer under sina kliniska studier i kontakt med patienter i livet slut och studier har visat att detta ofta är förknippat med en stress hos studenter (Thyer & Bazeley 1993, Timmins & Kaliszer 2002, Burnard et al. 2008). Stressen och de negativa reaktionerna som studenterna upplever kan ha en negativ inverkan på den omvårdnad som ges, vilket kan begränsa vårdgivaren från att utföra en god omvårdnad (Cooper & Barnett 2005). Vård i livet slutskede inkluderar en rad olika komplexa aspekter och det är viktigt att teoretisk och klinisk utbildning spelar en central roll i att förbereda framtida sjuksköterskor inför denna uppgift. Med utgångspunkt ur hur sjuksköterskestudenter upplever vården av en patient i livets slutskede kan en förberedelse för att vara ansvarig i situationen implementeras i ett tidigt skede (Ek et al 2014).

Palliativ vård

World health organisation definierar vad palliativ vård är: "Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual" (WHO 2002).

I föreliggande arbete definieras palliativ vård som livets slutskede. Vård i livet slut innebär att döden är oundviklig inom en överblickbar framtid och den centrala inriktningen med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara lindrande (Regionalt cancercentrum 2016). Döendet kan delas in i olika faser och är vanligtvis en tidsbegränsad process. Palliativ vård och vård i livets slutskede inkluderar faserna där den tidiga fasen oftast är lång och den sena är kort. Tillståndet kan pågå mellan månader, veckor eller dagar. Det är i den senaste fasen som patienten avlider (SOU 2001:6).

Förhållningssättet inom palliativ vård ska kännetecknas av en helhetssyn på individen, där döendet ses som en naturlig process och en del av livet. För att skapa välbefinnande hos patienten i livets slutskede bör bemötandet ske med värdighet (Socialstyrelsen 2011). Teamet som vårdar den palliativa patienten är multiprofessionellt och består av sjuksköterskor, läkare, rehabiliteringspersonal och kuratorer. Vården kan bedrivas på sjukhus, i hemsjukvård, särskilda enheter och boenden, dagvård och poliklinisk verksamhet (Regionalt cancercentrum 2016). I Sverige bedrivs palliativ vård enligt nationella riktlinjer och vägledning utifrån Socialstyrelsens kunskapsstöd för god palliativ vård (Socialstyrelsen 2012).

Palliativt förhållningssätt

Att utgå ifrån ett strukturerat arbetssätt bidrar till en ökad kvalitet av den palliativa vården, både för patienten i livets slut, och för de anhöriga till patienten. Det är även viktigt för att skapa en bra arbetsmiljö för vårdpersonal genom att bidra till en metodisk arbetsstruktur som resulterar i en ökad känsla av kontroll över uppgiften. Som hjälpmedel kan standardiserade vårdplaner användas. En standardiserad vårdplan kan ses som en översikt, kring vad som ska utföras vid ett visst tillfälle med syfte på en högkvalitativ vård (Regionalt cancercentrum 2016).

Den palliativa vårdens filosofi består av fyra hörnstenarna. Vilka är symptomlindring kommunikation och relation, teamarbete och närståendestöd. De fyra hörnstenarna används ofta för att tydliggöra kärnan i palliativ vård. En konkretisering av den palliativa vårdfilosofin och den palliativa vården är "De 6 S:n". Modellen används vid flertalet av de palliativa enheter i Sverige som förhållningssätt och struktur vid vårdplanering, dokumentation och utvärdering av vården (Regionalt cancercentrum 2016). "De 6 S:n" syftar till att bryta invanda tankemönster från en problembaserad vård till en personcentrerad vård, Patienten ses här som en person, vilket bidrar till att stärka patientens ställning i vården. Det är personen som med stöd av personalens kunskaper som ska ges möjlighet till att få en så bra sista tid i livet som möjligt. "De 6 S:n" omfattar begreppen självbild, självbestämmande, sociala relationer, symptomlindring, sammanhang och strategier.

Sjuksköterskans roll i omvårdnaden kring patienten i livet slutskede

Enligt International Council of Nurses [ICN] (2002) har Sjuksköterskan fyra huvudsakliga ansvarsområden, dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Friedrichsen (2012) specificerar sjuksköterskans ansvarsområden inom palliativ vård genom att beskriva fyra stycken ansvarsområden som bidrar till att skapa en anpassad och balanserad omvårdnad. Dessa är Relationsskapande, stödjande, kommunikativ och koordinerande. Sjuksköterskans roll i att bygga en förtroendefull relation till den palliativa patienten en viktig del i omvårdnaden (Mok & Chiu 2004). För att möjliggöra detta är det nödvändigt att sjuksköterskan vågar och är beredd att gå in i patientens situation. En annan viktig roll är att stötta patienten, familjen och teamets medlemmar (Olsson et al 2011, Ryde et al. 2007). Sjuksköterskan kan stödja på många sätt, genom att underlätta, uppmuntra eller bara genom att vara närvarande. Den stödjande omvårdnaden behöver inte nödvändigtvis fyllas med mängder av ord eller aktiva handlingar utan kan enbart bestå av en fysisk närvaro (Friedrichsen 2012). Vidare är kommunikationen en viktig del av sjuksköterskans roll, verbalt som icke-verbal. Ett fundament i sjuksköterskans kommunicerande är att vara ärlig, då ärlighet ses som ett mänskligt behov och en förutsättning för god vård (Erichsen et al. 2010). Sjuksköterskan har även en koordinerande funktion i vården kring den palliativa patienten där sjuksköterskan ska kunna identifiera behov hos patienten och vidare kunna koppla in andra kompetenser vid om det är nödvändigt (Friedrichsen 2012).

Enligt Lindqvist (et al. 2004) är omvårdnaden i relation till de grundläggande behoven särskilt relevant vid vård av patienter i livets slutskede. Genom omvårdnadsåtgärder kan

sjuksköterskan stödja patientens sviktande tillstånd och hjälpa patienten till att upprätthålla kvarvarande funktioner. Detta ökar välbefinnandet och kan bidra till en form av tröst hos den döende patienten. Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och utmärkande drag vilket omfattar både det vetenskapliga kunskapsområdet och det patientnära arbetet (Svensk sjuksköterskeförening 2009). Detta är en mångfacetterad uppgift som ska utföras med professionell skicklighet som gagnar värdighet och respekt för patienten (Fridh et al. 2009). Inom sjuksköterskans ansvarsområde ingår en rad insatser. Några av dessa är optimal smärtlindring, identifiera närståendes behov samt att fråga vart patienten vill vårdas den sista tiden i sitt liv (Socialstyrelsen 2013).

Patientens anhöriga

Patienter i den palliativa vården påverkas och påverkas av anhöriga. De närstående utsätts för utmattning, oro och depression. Andra känslor som hjälplöshet, vanmakt och existentiella tankar är också vanligt förekommande (Milberg 2012a). Ett gott välbefinnande hos patientens anhöriga främjar både patient och anhöriga. Vidare kan anhöriga fungera som en bro mellan patienten och sjuksköterskan. Det är därför viktigt att sjuksköterskan bemöter patientens anhöriga med respekt, integritet och bjuder in dem till att vara en del av vården kring patienten (Jonasson et al. 2010).

Sjuksköterskeutbildningen

Enligt Socialstyrelsen är det angeläget att vård livet slutskede beaktas i högre utsträckning än de nuvarande kursplanerna som fastställts vid de medicinska fakulteten, högskolor och lärosäten för framtida vårdpersonal (Socialstyrelsen 2016). Sjuksköterskeutbildningen omfattar idag 180 högskolepoäng och leder till en kandidatexamen i omvårdnad. Universitet och högskolor har enligt lag, rätt till att fritt utforma utbildningen utifrån grundläggande krav som högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100) fastställt. De grundläggande kraven är att grunden i utbildningen är vetenskaplig och innehåller evidens (högskolelagen 1992:1434). Klinisk utbildning är en stor och betydelsefull del av sjuksköterskeprogrammet. Sjuksköterskeprogrammet består av 56 % klinisk utbildning (Furåker 2001) och under sina kliniska praktikveckor spenderar studenten omkring 32 timmar i veckan ute på de olika praktikplaceringarna. Sjuksköterskestudenten har praktik i 5 av sina 6 terminer (Bisholt et al. 2013). Studentens placering varierar under utbildningen, men ska inkludera praktik på hemsjukvård inom primärvård, psykiatri och sjukhus. Under praktiken har studenten stöd av en handledare (Bisholt et al. 2013).Handledningens syfte är bland annat att studenten ska förskaffa sig yrkesmässiga färdigheter där handledarens roll är att verka som en förebild för studenten men också fungera som en brygga mellan teori och praktik samt att stödja studentens utveckling (Staun et al 2010). Palliativ vård är en del av grundutbildning för sjuksköterskor men innehållets omfattning varierar mellan olika lärosäten. Att utveckla kompetensen inom området palliativ vård är en viktig kvalitetsfaktor, och särskilt angeläget då merparten av personalen på sjukhus inte har några eller enbart det mest grundläggande kunskaper i palliativ vård i grundutbildningen (Socialstyrelsen 2006)

Problemformulering

De allra flesta sjuksköterskor kommer någon gång i sitt yrkesliv att möta patienter i livets slut. Att vårda patienter i livet slutskede kan vara en känslomässig och utmanande uppgift. När människor närmar sig slutet av sin livstid har ofta sjuksköterskan en nyckelroll i att förbättra livskvalitet för patienten och anhöriga genom att tillhandahålla god omvårdnad, stöd och symtomlindring. Tidigare forskning visar att sjuksköterskestudenter upplever stress och nedstämdhet vid vård av patienter i livets slut, vilket kan påverka vårdkvalitén. Det är viktigt att teoretisk och klinisk utbildning spelar en central roll i att förbereda blivande sjuksköterskor inför denna uppgift. Socialstyrelsen har uppmärksammat att vård i livet slut bör beaktas i högre utsträckning i utbildningen. Ett led i att förbereda sjuksköterskestudenter inför denna svåra uppgift kan vara att lyssna och uppmärksamma de svårigheter studenter upplever vid vård av patienter i livet slut. I föreliggande arbete har därför författarna försökt tydliggöra och beskriva vilka upplevelser sjuksköterskestudenter har av att vårda patienter i livet slut.

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskestudenters upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede.

Metod

Föreliggande studie använder en empirisk kvalitativ metod och undersökte sjuksköterskestudenters upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede. Studien är ett delarbete i form av examensarbete och ingår inom ramen för ett forskningsprojekt som fokuserar på sjuksköterskestudenters upplevelse av förberedelse inför det framtida yrket som sjuksköterska. I forskningsprojektet ingick sammanlagt fyra delarbeten som var för sig har olika inriktningar inom forskningsprojektet.

Design

Metoden som användes i denna studie var en kvalitativ intervjustudie och beskriver individens egna upplevelser, vilket bidrar till att ge en djupare förståelse av det område som undersöks (Polit & Beck 2012). Den valda designen användes med syfte att få djupare förståelse av sjuksköterskestudenters upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede.

Urval

I föreliggande projekt deltog 16 sjuksköterskestudenter som gick termin 6 på ett lärosäte i Mellansverige. Ett bekvämlighetsurval utfördes vilket innebar att deltagarna som valdes ut var deltagare som fanns nära till hands i den valda urvalsgruppen (Polit & Beck 2012). Fördelningen av deltagarna var 14 kvinnor och 2 män mellan 21-37 år (M=26). Samtliga deltagare hade erfarenhet av vårddyrket 1-10 år (M=2,5 år). Inklusionskriterierna för att delta i studien var sjuksköterskestudenter som läste termin 6 vid ett sjuksköterskeprogram på ett lärosäte i Mellansverige. Deltagarna hade informerats både skriftligt och muntligt innan intervjuerna hade påbörjats.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer genomfördes höstterminen 2016. Att använda sig av en Semistrukturerad intervju innebär att forskaren har förbestämda frågor som ska täcka in på studiens syfte och som uppmuntrar deltagarna att svara fritt på frågorna (Polit & Beck 2012). I intervjustudien ingick 16 deltagare och 8 intervjutillfällen ägde rum, där intervjuer skedde parvis på universitet och sjukhusbibliotek i Mellansverige. Intervjuerna tog mellan 29-66 minuter att genomföra. Att Intervjua i par kan bidra till att skapa en större diskussion mellan deltagarna (Pollit & Beck 2012). Innan intervjuerna genomfördes fyra pilotintervjuer och förändringar vidtogs i intervjuguiden då några frågor ej ansågs svara mot föreliggande studies syfte. Pilotstudierna inkluderades inte i resultatet. En intervjuguide användes vid samtliga intervjuer (bilaga). Intervjuerna spelades in och materialet hanterades enbart av författarna. Vidare transkriberades det inspelade material och avidentifierades i syfte av att bevara informanternas identitet (Polit & Beck 2012). Innan intervjuerna ägde rum gavs deltagarna skriftlig och muntlig information om de rättigheter de hade vid deltagandet av intervjun. Deltagarna gavs även information om studiens syfte. Information om ålder, kön, vilken erfarenhet deltagarna har och hur många år deltagarna har jobbat inom vården samlades in. Intervjuguiden hade ett semistrukturerat upplägg och innehöll frågeställningar som svarade på

studiens syfte.[1] Har ni vårdat en patient i livets slutskede? [2] Kan ni berätta hur ni förbereder er inför att möta en patient i livets slutskede? [3]Kan ni berätta hur ni upplever inför att vara ansvarig sjuksköterska för en patient i livets slutskede? [4]Kan ni berätta hur förberedda ni är i att möta anhöriga i en situation där patienten är i livets slutskede. Utifrån de 4 frågeställningar så ställdes det även följdfrågor. Exempelvis: Vad menar du med det? Kan du förklara? Hur känner ni för det?

Dataanalys

Av datainsamlingen utfördes en kvalitativ innehållsanalys vilket bidrog till att författarna kunde läsa intervjuerna med ett öppet sinne och tolkas på ett neutralt sätt (Krippendorff 2012). Första läsningen av det transkriberade materialet gjordes enskilt ett flertal gånger och sedan i par för att försöka finna förståelse av helheten. För att tillförsäkra reliabilitet, analyserades materialet individuellt av båda författarna. Vid en närmare granskning av materialet plockades meningsbärande enheter ut som ansågs stämma överens med deltagarnas upplevelser av att vårda patienter i livet slutskede. Utifrån studiens syfte ströks den text under som passade in och klipptes in i ett nytt dokument. Sortering av enheterna gjordes efter skillnader och likheter som skapade kategorierna: *Att möta patienter i livets slutskede, att våga samtala om döden, att finnas till för patienten, att inte kunna erbjuda en värdig vård och att inkluderas i familjens sorgeprocess*. Separering gjordes av kategorierna utifrån skillnader i de meningsbärande enheterna. Kategorier skapades för att se om beskrivningen av resultatet blev tydlig. Resultatets relevans bekräftades av studiens syfte och de kategorier som uppstod (Krippendorf 2012; Polit & Beck 2012).

Forskningsetiska överväganden

I studien genomfördes ingen forskningsetisk prövning då det ej var något krav enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). I enlighet med Codex (2016) fick samtliga deltagare skriftligt och muntlig information angående de rättigheter som deltagarna hade innan intervjuerna genomfördes. Deltagarna hade rätt att avbryta intervjun om så önskades utan att behöva säga anledningen (Codex 2016). Deltagarna fick information om studiens syfte, att intervjun spelas in och att deltagarnas identitet inte kunde urskiljas i studiens resultat. Deltagarna fick bestämma tid och plats för intervjuerna. I överensstämmelse med Declaration of Helsinki (2008) försäkrades anonymitet och integritet via etiska tillämpningar från deklARATIONEN. Författarna mottog muntlig medgivande från deltagarna vid genomförande av intervjuerna. I det transkriberade materialet avkodades igenkänningsfaktorn så att enbart författarna visste vem som deltagit vid varje tillfälle (Codex 2016).

Resultat

Resultatet beskriver sjuksköterskestudenters upplevelser av att möta patienter i livets slutskede och presenteras i form av fem kategorier: *att möta patienter i livets slutskede, att våga samtala om döden, att finnas till för patienten, att inte kunna erbjuda en värdig vård och att inkluderas i familjens sorgeprocess*. För att tydliggöra sjuksköterskestudentens upplevelser presenteras resultatet under kategorierna med citat från intervjuerna.

Att möta patienter i livets slutskede	Att våga samtala om döden	Att finnas till för patienten	Att inte kunna erbjuda en värdig vård	Att inkluderas i familjens sorgeprocess
--	----------------------------------	--------------------------------------	--	--

Figur 1. Översikt av resultatet.

Att möta patienter i livets slutskede

Samtliga deltagare beskrev hur de upplevde första mötet med en patient i livets slutskede som väldigt jobbigt. Det var det faktum att patienten skulle avlida som deltagarna tyckte var en jobbig upplevelse. Att möta en patient i livets slutskede, skildrades som en svår upplevelse då döden beskrivs som något främmande och något som deltagarna inte pratat tillräckligt om. Mötet påverkade samtliga deltagarna emotionellt och att de hade svårt att släppa tankarna från upplevelsen.

Första gången tyckte jag det var jättekonstigt, väldigt stort, läskigt och obehagligt att se en döende person, det var jättekonstigt. (Intervju 5)

En stor del deltagarna upplevde att det fått erfarenhet genom praktik och arbete. Möten hade skett i tryggheten av att ha en handledare närvarande som hade ansvarat för vårdssituationen.

Jag har haft väldigt bra handledare och jag har vart tacksam att jag har haft situationer där jag har getts möjlighet och få vara den som pratar med anhöriga och varit med i slutfasen. (Intervju 7)

Vård av patienter i livets slutskede gav deltagarna erfarenhet och skapade trygghet hos deltagarna. Efter upprepade möten upplevde deltagarna att de kände sig mer förberedda i att bli ansvarig sjuksköterska och att vårda patienter i livets slutskede.

Nu är det en normal sak, jag är van, jag försöker värna för patienten, men i början var det jätteläskigt. (Intervju 5)

Flera av deltagarna i studien upplevde att det var en skillnad på mötet med patienten i livets slutskede utifrån patientens ålder. Var patienten i livets slutskede yngre upplevde deltagarna att det blev mer emotionellt påverkade eftersom de upplevde att patienten var mitt uppe i livet och borde ha möjlighet att leva ett längre liv. Deltagarna upplevde att de yngre patienterna i

livets slutskede var lättare att identifiera med sig själv och skapade känslor att de kunde vara deltagarna själva som var drabbade.

Jobbigare att vårda en ung döende än en äldre som har levt sitt liv. (Intervju 7)

Det beror lite på vad det är för patient. Är det en dam som är 95 år, kan jag ändå tänka att hon har haft ett bra liv medan är det en yngre patient känns det orättvist istället. (Intervju 7)

Hos äldre patienter i livets slutskede, upplevde några av deltagarna att åldern inte egentligen bara var en siffra. Deltagarna menade att äldre patienter i livets slutskede som levt länge behöver inte betyda att det sa något om den livskvalitet som döende patienter har haft.

Att man vet att dem ändå haft ett långt liv. Sen kan jag ju inte säga något om det livet. (Intervju 1)

Samtliga av deltagarna upplevde att det var svårare att vårda patienter med en dödsångest eftersom att de då blev mer påverkade av detta och kände sympati med den döende. Det upplevdes enklare att vårda patienter i livets slutskede som hade bearbetat dödsångesten och accepterat att döden skulle inträffa.

Jag mötte en 93 år gammal patient med ångest. De visste inte vart de skulle ta vägen då de inte kände sig färdiga med livet. (Intervju 6)

Samtliga av deltagarna beskrev att det fanns en känsla av osäkerhet inför att snart vara sjuksköterska och inte student. Det fanns en medvetenhet över allvaret i att snart vara den ansvariga sjuksköterskan som tar beslut, vilket upplevdes stressande för deltagarna

Jag är den som blir ytterst ansvarig för omvårdnaden och jag upplever det ganska stressande. (Intervju 3)

Att våga samtala om döden

Det upplevdes svårt att föra ett samtal av existentiell karaktär utifrån deltagarnas personliga upplevelser och värderingar kring döden. Samtliga av deltagarna upplevde att döden är ett ämne som människor inte samtalar mycket om. Deltagarna hade inte någon erfarenhet av det existentiella samtalet och visste inte hur eller vad de skulle svara patienten om det ställdes frågor som berör döden. Deltagarna upplevde en oro och ångest inför att inte ha svaret på den typen av frågor. Medicinska och omvårdnadsmissiga frågor upplevde deltagarna att de hade större kunskaper om och att de inte upplevde det som ett stressmoment att svara på om patienten eller anhöriga frågade. Upplevelsen av oro och ångest inför svåra samtal resulterade i att deltagarna undvek situationer med patienter som innebar samtal av existentiell karaktär.

Början av livet är något fantastiskt men döden är ingenting jag pratar om fast det ändå är en naturlig del av livet. (Intervju 1)

De deltagare som istället satt sig ner och tog samtalet med patienterna i livets slutskede beskrev hur de ganska snart blev bekväma i rollen. Den erfarenhet de fick, innebar att de vid nästa möte hade lättare att bekräfta patienten och att våga stanna kvar.

Upplever inte att det är jobbigt att prata om existentiella frågor med patienten, har ingen åsikt själv utan lyssnar och är lyhörd gentemot vad patienten tror. (Intervju 5)

Att finnas till för den döende

Samtliga av deltagarna upplevde respekt för patientens integritet. Deltagarna upplevde en stor vilja av att göra det så bra som möjligt för patienten i livets slutskede. Mycket av deras åsikter kring ämnet var grundade i deras egna föreställningar om vad de ansåg vara en god död. Viktigt för deltagarna var att se till att minska lidandet hos patienten i livets slutskede genom att lindra smärta, ångest, oro och obehag.

Men när de väl är döende så vill jag både för de döende och de anhöriga göra de sista dagarna så bra som möjligt. (Intervju 7)

Samtliga av deltagarna upplevde att det var en förmån att få vårda och finnas med den sista tiden av patientens liv. De upplevde vården stimulerande, utmanande och givande. Vid vårdande av patienter i livets slutskede, beskrevs inte dagens checklista som det mest relevanta utan det viktigaste var den personliga känslan av god vård till patienten efter arbetspasset. Att möta den döende och möjliggöra en så värdig död som möjligt var för deltagarna en upplyftande känsla och gav en upplevelse av att gjort något fint och meningsfullt både för patienten och anhöriga. Deltagarna menade att vårda patienter i livets slutskede är något som ingår i vården och gjorde det lättare att våga gå in och möta patient och anhörig.

Den känslan inför att vårda någon som är döende är utmanande, givande, ibland påfrestande men också väldigt roligt när jag känner att jag kan möta den döende och dess anhöriga där dem är just den dagen. (Intervju 6)

När jag jobbade i somras fick jag höra väldigt ofta att när någon patient avlidit så var anhöriga väldigt nöjda med den vård som de fått. Då kände jag mig stolt över att ha gjort ett bra jobb. (Intervju 2)

Att inte kunna erbjuda en värdig vård för patienter i livets slutskede

Innan deltagarnas första möte med patienter i livets slutskede, hade deltagarna en föreställning av hur de ville att vården skulle genomföras och hur en värdig död skulle se ut. Verkligheten var för deltagarna annorlunda och på sjukhusens avdelningar identifierades tidsbrist och begränsade resurser. De flesta av deltagarna upplevde stress över att inte kunna ge den vård den döende patienten var i behov av.

Jag tänker med tiden också, de kan också stressa mig, om det är tidsbrist o de för de är ju en patient som jag vill ta sig lite extra tid med. (Intervju 1)

Ibland var vårdsituationer begränsade rent tidsmässigt. Begränsningen resultera i att deltagarna inte kunde bedöma hur patienten upplevde döden eller hur patientens liv hade varit. Deltagarna upplevde att om de hade fått mer information och tid hade det funnits möjlighet till att skapa en bättre relation med patienter i livets slutskede och ge bättre vård.

Tidsbristen skapade en otillräcklighetskänsla hos mig. (Intervju 3)

Samtliga deltagare beskrev att de istället fick tänka om och prioritera om vårdarbetet och göra det bästa av situationen.

Även om jag är stressad över att inte hinna allt så försöker gör allt som jag kan göra i alla fall. (Intervju 1)

Ett fåtal av deltagarna upplevde att det var problematiskt att ge en god vård i de situationer där patienter i livets slutskede hade svårt att uttrycka sig verbalt, och därför hade en reducerad förmåga att uttrycka sina behov och önskemål. Deltagarna ansåg att det blev ett hot mot patientens integritet. Deltagarna upplevde att de då istället fick gå efter deras egna intuitiva känsla och känna av patientens behov och försöka se vad patienten ville och försöka ge vård utifrån den utan att kränka den döende patientens integritet.

Jag tror det där som du sa att dem har kanske så svårt att förmedla sig eller uttrycka vad dem tycker och tänker o känner så att då måste man liksom på något sätt lära sig o läsa av på ett annat sätt (Intervju 1)

Och då är det väl extra viktigt med integritet och att man respekterar dem. (Intervju 1)

Att inkluderas i familjens sorgprocess

Samtliga av deltagarna beskrev att mötet med anhöriga till patienter i livets slutskede, var ett stort stressmoment. Upplevelse av stress berodde på att deltagarna inte hade en vana av att möta anhöriga till patienter i livets slut. Deltagarna upplevde att det var viktigt att möta anhöriga till patienter i livets slutskede eftersom de ansåg att anhöriga är en viktig del i vården kring den döende patienten.

Sen finns anhöriga också som jag på något sätt vårdar. (Intervju 1)

Ett flertal av deltagarna i studien upplevde att anhöriga till patienter i livets slutskede, är i ett sårbart läge. Deltagarna upplevde det var svårt att möta anhöriga i deras sorgprocess och svårt att agera professionellt när känslorna tog över. Deltagarna upplevde att de ville vara personen som de anhöriga kunde luta sig mot och de ville finnas som stöd och tröst. När det blev för personligt, upplevde deltagarna att de hade svårt att agera professionellt. Deltagarna ville inte förvärra situationen med risk att kränka anhörigas integritet. Deltagarna ville istället försöka göra det bra i mötet med anhöriga för patientens skull.

En Jobbig känsla, jag tror det beror på för det är att de är väldigt sårbara i den situationen och jag vill inte göra det värre är vad det är, hur jag ska trösta, få dem att må bättre, göra situationen så bra som möjligt. (Intervju 5)

När patienten hade svårt att förmedla sina behov upplevde deltagarna att anhöriga försökte företräda patienter i livets slutskede. Vilket medförde att vårdssituationen blev komplex där anhöriga hade delade åsikter kring hur vården skulle utföras. Samtliga deltagarna kände sig då kluvna eftersom de hade sin egen upplevelse av vad patienter i livets slutskede har och hade uttryckt. Deltagarna upplevde då återigen att fanns en risk för att hota patientens integritet.

Och när dessutom är tre anhöriga i rummet som tycker olika saker för det här det tycker mamma är bäst, nej det tyckte hon aldrig. Och så vet jag inte vad mamma egentligen tycker. (Intervju 6)

Några av deltagarna upplevde att yngre patienters anhöriga skulle uppleva ett större lidande och att det skulle bli svårare att möta deras anhöriga i sorg. För att skapa ett bra möte med yngre patienter i livets slutskede, inkluderades också patientens anhöriga vilket kunde upplevas som psykiskt påfrestande för deltagarna. Sorgen de anhöriga bar på kunde inte lindras eller tas bort.

En familjefar som är mitt uppe i livet som jag mött upplevde jag en annan sinnesstämning hos anhöriga. (Intervju 6)

Diskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskestudenters upplevelse av att vårda patienter i livets slutskede. Resultatet beskriver hur sjuksköterskestudenterna upplevde första mötet med patienter i livets slutskede som särskilt jobbigt och påfrestande. Vidare upplevde Sjuksköterskestudenterna att de fick erfarenheter kring att ge omvårdnad till patienter i livets slutskede och utifrån det kände sjuksköterskestudenterna sig redo inför att vara ansvarig sjuksköterska, men det faktum att de snart skulle vara ansvarig sjuksköterska för omvårdnaden av patienter i livets slutskede bidrog till att sjuksköterskestudenterna kände sig stressade.

Resultatdiskussion

Resultatet från denna studie visar att deltagarna upplevde det första mötet med patienter i livets slutskede som väldigt speciellt och att det var av en stor känslomässig karaktär som var svår att släppa tankarna från. Mötet med patienten i livets slutskede kan påverka sjuksköterskestudenten under lång tid, både personligen och professionellt (Rhodes-Kropf et al. 2005, Chen et al. 2006, Kent et al. 2012) och studier har visat att vård av patienter i livets slut är ett av de mest stressande momentet som sjuksköterskestudenter står inför (Thyer & Bazeley 1993, Timmins & Kaliszer 2002, Burnard et al. 2008). En teori kring den starka upplevelsen hos individen är att döendet av en person konfronterar oss människor med vår egen känslighet och dödlighet och påminnelsen av att våra nära och kära kunde varit de som var drabbade. (Costello 2006, Lehto & Stein 2009, Peters et al. 2013). Att uppmärksamma och lyssna till hur studenterna upplever första mötet med en döende patient är viktigt eftersom det kan påverka vilka skyddsmekanismer studenten kommer att anta, vilket i sin tur kan komma att påverka hur de senare kommer respondera på situationer när de möter döende patienter (Gerow et al. 2010). Dessa reaktioner kan begränsa vårdgivaren från att utföra ett professionellt arbete. Det kan också påverka vårdkvaliteten och hota patientsäkerheten. Det bidrar också till att göra det svårt för studenterna att förstå känslomässiga reaktioner hos patienter och deras familjer (Cooper & Barnett, 2005).

Med tidigare beskrivna upplevelser från deltagarna kan det antas att de skulle känna vånda och stress inför nästa möte med patienter i livets slutskede. Deltagarna i denna studie upplevde dock att återkommande möten med patienter i livets slutskede, hade bidragit till en viss vana och hade gjort det lättare för dem att möta patienter i livets slutskede. Det kan förklaras med Folkmans (1997) teori där han diskuterar värdet i att hitta en positiv mening i stressigt och påfrestande situationer. Enligt deltagarna antog de att de skulle bli bättre med tiden och såg döden som ett självklart inslag i deras framtida yrkesroll. Det kan antas att deltagarna i studien hade en inställning som kan vara en bidragande orsak till att deltagarna i efterhand upplevde mötet som mer lätthanterligt och att de själva såg de som en läroprocess som fick ta sin tid. Med erfarenhet blir lättare att möta patienter i livets slutskede, vilket Lange et al. (2008) belyser i sin studie efter att ha studerat onkologisjuksköterskor. Studien visar att erfarenhet och ålder är faktorer som är avgörande för sjuksköterskans attityd till döden och vårdandet av en patient i livet, där den äldre erfarna sjuksköterskan har en mer positiv inställning och upplevelse kring att vårda patienter i livets slutskede (Lange et al 2008). Sjuksköterskor med mindre erfarenhet har vanligen mer negativa attityder och mer

känslor och rädslor kring döden, vilket medför ett undvikande kring tankar som berör döden i största möjliga mån (Mohammad et al 2013).

Deltagarna i föreliggande studie upplevde att döden var något som det ogärna pratades om generellt. Peters et al. (2013) har uppmärksammat att det finns ett behov av mer utbildning inom palliativ vård. För att minska stressen och dödsångesten hos sjuksköterskor och ge framtida personal den kompetens som är nödvändig är det viktigt att reducera känslomässiga hinder i arbetet. Wong och Tomer (2011) beskriver att det finns ett större behov av att prata om döden och att acceptera den. Detta skulle i sin tur leda till en djupare förståelse om döendet. Samtal om döden underlättar lärandet och gynnar ett respektfullt och medkännande förhållningssätt av patienter i livet slut (Wong and Tomer 2011).

Det framkom också att det existentiella samtalet var komplext och svårt för deltagarna vilket medförde att de undvek samtalet. Resultatet visar att erfarenheten hade en stor betydelse av att ha upplevt situationen tidigare vid upprepade tillfällen. Det medförde att deltagarna blev mer bekväma i situationen och vågade gå in i det existentiella samtalet. Det är viktigt att sjuksköterskan vågar gå in i det existentiella samtalet med den döende patienten och är närvarande i samtalet och lyssnar på patienten och utifrån det ger den vård som krävs (Strang et al 2014). Existentiella samtal är en viktig del i mötet med patienten i livet slut. Strang et al (2014) menar att det är sjuksköterskans uppgift att finna mod att gå in i det existentiella samtalet och inleda det. Patienten gynnas av ett bra samtal genom att det skapar en trygghet hos patienten, det är viktigt att förstå att patienter kan reagera olika på samtalet och allt eftersom patienter i livets slutskede går igenom olika stadier, gynnas de av ett eller flera bra samtal som möjliggör att de kan förhålla sig till sin rådande situation (Björklund 2012).

Studiens resultat visar att deltagarna tyckte det var jobbigt när patienten inte kunde förmedla sina behov. En studie gjord i Nederländerna beskriver att anhöriga till patienter i livets slutskede fungerar som ett ombud för patienter som inte kan föra sin egen talan på ett adekvat sätt beroende på situationen som begränsar förmågan. För att anhöriga ska kunna agera ombud för patienten är det viktigt att anhöriga får information om situationen och den vård som patienten i livets slutskede är i behov av (Gerritsen et al. 2009). Närstående till patienten kan både vara en resurs och en belastning för patienten. Att tydliggöra sjukdomsförloppet och göra anhöriga insatta i vården påverkar patienten och gör det lättare för dem att förstå, detta medför en trygghet och begriplighet hos de anhöriga vilket kan bidra till ett bättre välmående för den döende patienten och dess anhöriga (Milberg 2012b). Deltagarna upplevde att det var komplext och kände sig kluvna i situationen där anhöriga agerade ombud för patienten. Deltagarna upplevde att de hade begränsad erfarenhet i mötet med anhöriga. Sjuksköterskan har ansvar gentemot läkarens ordinationer, patientens och anhörigas behov utifrån vad som är det bästa att göra i situationen, vilket kan skapa emotionellt och moraliskt stress hos sjuksköterskan (Oberle & Hughes 2001, Rietjens et al 2007, Broeckaert 2011). Tidigare studier har visat att för att uppnå en god vårdkvalitet för patienter i livets slutskede, så ska anhöriga också involveras i vården (Efstathiou & Walker 2014, Halcomb et al. 2004, Kirchhoff & Beckstrand 2000). Deltagarna i studien beskrev det var viktigt att möta och vårda anhöriga för att kunna ge en god vård till patienten som befinner sig i livets slutskede. Det är viktigt att se närstående samt patienten som en del av vårdteamet och att alla delaktiga har samma mål med patienten som är i fokus, detta bidrar till att göra vården så personcentrerad och bra som möjligt (Willman 2013).

Deltagarna beskrev att de hade svårigheter i att vårda patientens anhöriga och att möta anhörigas sorg. Flera av dem visste inte hur de skulle uttrycka sig eller vilka ord de skulle använda för att lindra och bekräfta anhörigas sorg. Andra studier (Beck 1997, Hjørleifsdóttir & Carter 2000, Allchin 2006) har uppmärksammat samma upplevelser som resultatet i denna studie.

Resultatet i föreliggande studie visar att deltagarna i studien upplevde begränsningar i att uppnå en god omvårdnad, när tid och resurser resulterade i att sjuksköterskestudenten måste prioritera bort viktiga omvårdnadsåtgärder som inte var akuta eller livshotande. Detta medförde att deltagarna upplevde en stress och ångest. Enligt Anzai et al (2014) påverkas omvårdnaden av den arbetsmiljön som sjuksköterskan är i, vilket i sin tur påverkar sjuksköterskan möjligheter att ge god vård.

Att studenter känner stress och ångest kring omvårdanden av patienter i livet slut är något som bekräftas i andra studier, där beskrivs det att reaktionen ofta är relaterad till sjuksköterskestudenternas bristande förberedelse inför att möta patienten i livets slut och dess anhöriga (Iweze & Imogie 2001, Kwekkeboom et al. 2005).

Metoddiskussion

För att undersöka upplevelser användes metoden kvalitativ innehållsanalys med intervjuer. Metoden har enligt (Polit & Beck 2012) en hög tillförlitlighet. Arbetet har genomförts med den metod som passat in i studiens syfte att belysa sjuksköterskestudenters upplevelse av att vårda patienter i livets slutskede. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med hjälp av en framtagen intervjuguide med öppna frågor som har till funktion att ge deltagarna i studien möjlighet till att ge detaljerad information (Polit & Beck 2012). Öppna följdfrågor användes också för att få mer utvecklade svar. Exempelvis: Hur upplevde du det? Vad menar du med det? Kan du förklara? Hur känner ni för det? Författarna upplevde att det var en stor fördel i att använda intervjuguide eftersom att detta bidrog till att författarna kunde följa samma frågor vid alla intervjuerna. Vid de första intervjuerna underlättade det för författarna att använda intervjuguiden eftersom författarna inte hade någon tidigare erfarenhet av att intervjua. Innan intervjuerna skulle genomföras så utfördes det 4 pilotintervjuer för att prova frågornas relevans. Samtliga deltagare i studieprojektet deltog i pilotintervju, vilket medförde att samtliga deltagare i projektet hjälptes åt att pröva och bearbeta intervjuguiden. Författarna såg pilotintervjuerna som en förberedelse inför intervjuerna och gav en inblick i hur intervjuerna kom att fungera. Det utfördes en bearbetning av intervjuguiden i pilotintervjuerna för att undvika missförstånd av frågorna och att de passade in i studiens syfte. Pilotintervju har till avsikt att testa och utvärdera metoden i mindre skala (Polit & Beck 2012). Deltagarna i studien ingick inte i pilotintervjuerna och därför inkluderades de inte i resultatet i studien. En styrka i intervjuerna var att det var två som var intervjuare och det gjorde att risken för att glömma ta med frågor minskade och att det medverkade till att obesvarade frågor fångades upp.

Antalet deltagare som intervjuades var sexton stycken vilket bör anses vara representativt för sjuksköterskestudenter som läser termin 6, och det kan anses vara tillräckligt för att svara på studiens syfte. Kvaliteten på innehållet av intervjuerna bör styra antalet deltagare som behövs för studien (Polit & Beck 2012). Deltagarna intervjuades i par för att skapa en större

diskussion mellan deltagarna (Polit & Beck 2012). En av svagheterna med att använda sig av parintervjuer ansåg författarna vara att det fanns en betydande risk att den ena deltagaren var mer dominant och svarade först på alla frågor som ställdes. Vilket eventuellt kunde bidragit till att denna tog mer plats i intervjun. Författarna var förberedda inför situationen och försökte fånga upp deltagaren som inte pratade lika mycket genom att ställa frågor direkt till deltagaren.

Intervjuerna skedde i en avskild miljö där fördelen var att deltagarna kunde vara mer avslappnade och med mindre störningsmoment (Polit & Beck 2012). Inspelningsutrustningen kunde ha påverkat deltagarna och gjort dem stressade. För att undvika felkällor menar Polit och Beck (2012) att det är viktigt att spela in intervjuerna. Fördelen med att spela in intervjuerna insåg författarna att det kunde läggas större fokus på att följa upp frågor istället för att försöka komma ihåg det som sades. Deltagarna fick ge sitt medgivande till att spelas in innan intervjun startade.

Författarna analyserade det transkriberade materialet från intervjuerna enligt Polit och Becks (2012) innehållsanalys. För att undvika feltolkningar och stärka trovärdigheten gick författarna igenom materialet först enskilt och sedan tillsammans (Lundman & Hällgren 2012). I diskussion mellan författarna har huvudkategorier i resultatet skapats. Dialog har även förts med handledare och deltagare som ingår i studieprojektet, vilket författarna anser har bidragit till att stärka studiens resultat. Resultatet presenterades tillsammans med citat från intervjuerna vilket ökar trovärdigheten i resultatet (Polit och Beck 2012).

Klinisk betydelse för omvårdnad

Alla deltagarna i studien hade kommit i kontakt med döende patienter under sin kliniska praktik. För att optimera och förbereda studenter inför mötet med döende patienter är det nödvändigt att ge tillräcklig och rätt utbildning i sjuksköterskans grundutbildning. Enligt socialstyrelsen är så inte fallet (Socialstyrelsen 2006). Resultatet i studien ger en beskrivning av sjuksköterskestudenter upplevelse kring att vårda döende patienter vilket är information som kan bidra till att rikta och utveckla utbildningen så att den förbereder och gör studenterna rustade inför sitt framtida yrke. Att vårda en döende patient är en stor känslomässig utmaning, vilket också många deltagare i denna studie har uppmärksammat. Det är därför viktigt att studenten ges handledning och får den emotionella stöd som är nödvändigt när de möter känslomässigt tunga situationer under deras kliniska studier.Handledning bidrar även till ett kontinuerligt lärande och kan därmed ses som en del i studentens kompetensutveckling. Det är viktigt att forskningen inom palliativ medicin och omvårdnad uppmärksammas i högre grad och ses som lika viktig som andra omvårdnadsområden, detta för att garantera den döende patienten bästa möjliga vård (Regionalt cancercentrum 2016).

Förslag på fortsatt forskning

Det finns mycket forskning kring palliativ vård, men bristande forskning kring sjuksköterskestudenters upplevelse kring att vårda döende patienter. Föreliggande arbetes resultat visar att vårdandet av döende patienter är en stor känslomässig händelse för studenten. Resultatet visar också att det finns ett flertal moment som studenter upplever jobbigt kring

vården av döende och då särskilt kommunikation med patientens anhöriga. Författarna till studien anser att fortsatt forskning kring ämnet är viktigt och skulle kunna bidra till att uppmärksamma förberedelsens inverkan på hur studenten upplever mötet med döende. Forskning av detta skulle kunna bidra till att utröna de känslomässiga hinder som studenterna upplever, och hur dessa då kan undvikas i ett så tidigt skede som möjligt i utbildningen. För att fånga upp detta föreslår författarna att en kvalitativ metod bör användas.

Slutsats

Resultatet visar att mötet med en patient i livet slutskede är en stor händelse för studenten men att utbildning, praktik och erfarenhet har en stor betydelse för hur de fortsatt kom att uppleva mötet. Flera av deltagarna såg vårdandet av en döende patient som en självklar del av sitt framtida yrke och såg därför mötena som ett led i att formas till en sjuksköterska. Deltagarna såg även något fint i att få vara en del av en patientens sista tid i livet och såg detta som stimulerande och utmanande. Praktik och erfarenhet förbereder studenten inför sitt kommande yrke men det behövs mer utbildning inom ämnet i sjuksköterskans grundutbildning och framförallt tidigare i utbildningen, Resultatet av studien visar att det skulle vara värdefullt med en kurs i palliativ vård tidigare i utbildning, detta för att förbereda studenten inför situationen och att lära studenten strategier för att hantera sina känslor och tankar som mötet med patienter i livets slut medför.

Referenslista

- Allchin L (2006). Caring for the dying: nursing student perspectives. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(2), 112–117.
- Anzai, E., Douglas, C., & Bonner, A. (2014). Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 171- 178. doi:10.1111/nhs.12081
- Beck, CT. (1997). Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal of Nursing Education*. 36(9), 408–415.
- Bisholt, B. Ohlsson, U. Engström Kullén, A. Sundler Johansson, A. & Gustavsson, M. (2013). Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurse Education in Practice*. 14(3), 304-310. doi:10.1016/j.nepr.2013.11.005
- Broeckaert, B. (2011). Palliative sedation, physician-assisted suicide, and euthanasia: “same, same but different”? *The American Journal of Bioethics*. 11(6), 62–64. doi: 10.1080/15265161.2011.577518
- Burnard, P, Edwards, D, Bennett, K, Thaibah, H, Tothova, V, Baldacchino, D, Bara, P, & Myteveli, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*. 28(2), 134-145. doi:10.1016/j.nedt.2007.04.002
- Carlberg, A. (2009). *Patientens bästa: en kritisk introduktion till läkaretiken*. Lund: Nordic Academic Press.
- Chen Y, Ben KSD, Fortson BL & Lewis J (2006) Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*. 30(10), 919–929. doi: 10.1080/07481180600925351
- Clark, D. (1982). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social science & medicine*. 49(6), 727-36.
- Codex. (2016) *Rules & guidelines*.<http://codex.vr.se/en/index.shtml> [2016-02-23].
- Cooper, J. & Barnett, M.(2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International journal of palliative nursing*. 11(8), 423-30. doi: 10.12968/ijpn.2005.11.8.19611
- Costello, J. (2006). Dying well: nurse's experiences of “good and bad” deaths in the hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 54(5), 594–601. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03867.x
- Declaration of Helsinki. (2008). *Ethical principles for medical reserach involvning human subject*. World medical association.

- Deffner, JM. & Bell, SK. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *Journal for nurses in staff development*. 21(1), 19-23
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15731639>
- Efstathiou, N. & Walker, W. (2014) Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 23, 3188-3196. doi: 10.1111/jocn.12565
- Ek, K., Westin, L., Prahl, C., Österlind, J., Strang, S., Bergh I. & Hammarlund, K. (2014) Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *International journal of palliative nursing*. 20(10), 509-15 DOI: 10.12968/ijpn.2014.20.10.509
- Erichsen E, Danielsson EH., Friedrichsen M.. A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics* 1 (17):3950, 2010.
- Furåker, C. (2001). Styrning och visioner - Sjuksköterskeutbildning i förändring. Akademisk avhandling. Acta Universitatis Gothoburgensis: Göteborg
- Gerritsen, RT., Kesecioglu, J., Kompanje, EJO., Meulemans, E. & Mooi, B. Richtlijn (2009). *Nalaten en staken van behandeling en palliatieve zorg na het staken van behandeling bij volwassen IC patiënten (Guideline 'withholding and withdrawing life sustaining treatment and palliative care after withholding treatment in the adult ICU)*
<https://nvic.nl/sites/default/files/Richtlijnen%20aanmaken/NVIC%20End-Of-Life%20richtlijn%20definitief.pdf> [2016-11-01]
- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers S & Domian, EW. (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
- Halcomb, E., Daly, J., Jackson D. & Davidson P. (2004). An insight into Australia nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive Critical Care Nursing*. 20(4), 214-22. doi: 10.1016/j.iccn.2004.05.010
- Hjörleifsdóttir, E. & Carter, DE. (2000). Communicating with terminally ill cancer patients and their families. *Nurse Education today*. 20(8), 646–653. doi: 10.1054/nedt.2000.0483
- Iweze FA & Imogie AO (2001) An assessment of student nurses' level of awareness of death and dying issues in nursing schools in Benin City, Nigeria. *West African Journal of Nursing* 12, 28–31.
- Jacobsson, C., Palm, CA., Willman, A. & Torpenberg, I. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Jeffers, S. (2014). Nurse faculty perceptions of end-of-life education in the clinical setting: A phenomenological perspective DOI: 10.1016/j.nepr.2014.03.009

- Johnsson, L-Å. & Sahlin, J. (2010). *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer*. Nordstedts Juridik AB
- Jonasson, LL., Liss, P-E., Westerlind, B. & Berterö, C. (2010). Ethical values in caring encounters on a geriatric ward from the next of kin's perspective: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*. 16(1), 20–26. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01805.x.
- Kent, B., Anderson, NE. & Owens, RG. (2012). Nurses' early experiences with patient death: the results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*. 49(10), 1255–1265. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.04.005.
- Kirchhoff, KT. & Beckstrand RL. (2000) Critical care nurses' perceptions of obstacles and helpful behaviours in providing end-of-life care to dying patients. *Am J Crit Care* 9(2):96-105.
- Krippendorff, K., 2012. *Content analysis. An introduction to its methodology*. 3. ed. Pennsylvania: Sage.
- Kwekkeboom KL, Vahl C & Eland J (2005) Companionship and education: a nursing student experience in palliative care. *Journal of Nursing Education* 44, 169–176.
- Lehto, RH. & Stein, KF. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*. 23(1), 23–41.
- Lindqvist, O., Widmark, A. & Rasmussen, BH. (2004) Meanings of the phenomenon of fatigue as narrated by 4 patients with cancer in palliative care. *Cancer nursing*. 27(3), 237-243.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 187-196.
- Milberg, A. (2012a). Närstående vid palliativ vård. I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) *Palliativ medicin och vård*. 4. uppl. Stockholm: Liber, ss. 144-151.
- Milberg, A. (2012b). Att vara svårt sjuk och döende. I Strang, P. & Beck-Friis, B. (red.) *Palliativ medicin och vård*. 4. uppl. Stockholm: Liber, ss. 138-143.
- Mohammad, O. Abu Hasheesh, Shalabia Al-Sayed AboZeid, Sohier Goda El-Said, Abdullah D. Alhujaili (2013). Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *Health science journal*, 7(4), 384-394.
- Mok, E. & Chiu, P.C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 48(5), 475-483. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x
- Northern nurses' federation. (2003). Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning inom Norden.

Vård i Norden, 70(23), 1-20. [Elektronisk] Tillgänglig: http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf [2016-05-18].

- Oberle, K. & Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*. 33(6), 707–715.
- Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J & Shimoinaba K (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The Open Nursing Journal* 7, 14–21. doi: 10.2174/1874434601307010014
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rasmussen, BH. & Edvardsson, D. (2007). The influence of environment in palliative care: supporting or hindering experiences of 'athomeness'. *Contemporary nurse*. 27(1), 119-131. doi: 10.5555/conu.2007.27.1.119
- Regionalt cancercentrum (2016) *Palliativ vård i livets slutskede: nationellt vårdprogram 2016- tills ny kommer*. Stockholm: Regionalt cancercentrum.
- Rietjens, JA., Hauser J., Van der Heide, A. & Emanuel, L. (2007). Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliative Medicine*. 21(7), 643–649. doi: [10.1177/0269216307081186](https://doi.org/10.1177/0269216307081186)
- Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, Redinbaugh E, Gadmer N, Block SD & Arnold RM (2005) "This is just too awful; I just can't believe I experienced that..": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 80(7), 634–640.
- Ryde K., Friedrichsen M., Strang P. Crying a force to balance emotions among cancer patients in palliative home care. *Palliative & Supportive care* (1): 51-9, 2007.
- SFS 1993:100. *Högskoleförordningen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 1992:1434. *Högskolelag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 1979:59. *I livets slutskede. Huvudbetänkande från utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede*. Stockholm: Liber förlag.
- SOU 1995:5. *Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2001:6. *Döden angår oss alla. värdig vård i livets slut. Statens offentliga utredningar*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer

- Socialstyrelsen (2006). *Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Uppföljning och utvärdering*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2013) *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård, vägledning, rekommendationer och indikationer. Stöd för styrning och vägledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strang, S., Strang, P., & Ternestedt, B. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of clinical nursing*. 11(1), 48-57. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2002.00569.x
- Strang, P. & Beck-Friis, B. (2012) Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I Friedrichsen, M. (red.) *Palliativ medicin och vård*. 4., rev. uppl. Stockholm: Liber
- Staun, M. Bergström, B. & Wadensten, B. (2010). Evaluation of a PBL strategy in clinical supervision of nursing students: patient-centred training in student-dedicated treatment rooms. *Nurse Education Today*. 30(7), 631-637. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.12.013>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Elektronisk]. Tillgänglig: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2015-12-17].
- Olsson L., Östlund G., Strang P., Grassman E., Friedrichsen M. The glimmering embers: Experiences of hope among cancer patients in palliative home care. *Palliative & Supportive care*. 1 (9): 43-54, 2011.
- Timmins, F. & Kaliszer, M. (2002). Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students -- fact-finding sample survey. *Nurse education today*. 22(3), 203-211. doi: 10.1054/nedt.2001.0698.
- Thyer, SE. & Bazeley, P. (1993) Stressors to student nurses beginning tertiary education: an Australian study. *Nurse education today*. 13(5): 336-42.
- Virani R, Malloy P, Ferrell BR & Kelly K (2008) Statewide efforts in promoting palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 11, 991– 996.
- Willman, A. (2013). Kompetens och utbildning – grundförutsättningar för vården kvalitet. I Andershed, B., Ternestedt, B. & Håkanson, C. (red.) *Palliativ vård: Begrepp & Perspektiv i teori och praktik*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 501-506
- World Health Organization [WHO]. (u.å). WHO Definition of Palliative Care. Hämtad 2014-03-02 från: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Wong, PTP. & Tomer, A. (2011) Beyond terror and denial: the positive psychology of death acceptance. *Death Studies*. 35(2), 99–106. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2011.535377>

Bilaga 1

Sjuksköterskestudenters upplevelser av förberedelse inför att arbeta som sjuksköterska.

Bakgrundsdata

Kön, Ålder, Tidigare erfarenhet från vården

Att vara förberedd för att arbeta i en akut vårdssituation.

Definition av en akut situation: en akut situation uppstår när en patient oförutsett försämras och hamnar i ett kritiskt tillstånd.

Har ni upplevt en akut situation? Kan ni berätta om era kunskaper och erfarenheter kring att hantera en akut situation?

Hur upplever ni själva inför att hantera en akut situation?

Kan ni förbereda er inför att hantera en akut situation?

Kan ni berätta hur ni upplever inför att vara ansvarig sjuksköterska för en akut vårdssituation?

Förbered att utföra HLR.

Har ni utfört HLR någon gång? Hur upplevde ni det? Hur känner ni inför nästa gång?

Beskriv er upplevelse av att vara ansvarig sjuksköterska vid ett hjärtstopp?

Kan ni förbereda er inför att hantera en HLR situation? Har ni en mental förberedelse?

Kan ni berätta hur ni har lärt dig att hantera en hjärtstoppssituation?

Att möta en döende patient.

Definition av döende patient: av skada eller sjukdom orsakad död inom minuter, timmar eller dagar.

Har ni mött (vårdat) en döende patient?

Kan ni berätta hur ni förbereder er inför att möta en döende patient?

Kan ni berätta hur ni upplever inför att vara ansvarig sjuksköterska för en döende patient?

Kan ni berätta hur förberedda ni är i att möta anhöriga i en situation där patienten är döende.

Förberedelse inför en katastrofsituation.

Definition: Katastrof en allvarlig händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet.

Beskriv en katastrofsituation som kan bli aktuellt för er som nyblivna sjuksköterskor att arbeta i?

Kan ni berätta hur ni upplever inför att arbeta i en katastrofsituation?

Kan ni berätta om hur ni förberedelser er för att kunna medverka i ett katastrofarbete?

Vad tror du att du kan bidra med som nybliven sjuksköterska?