



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

MÖTET MED DÖDEN

- EN LITTERATURSTUDIE OM
SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSER

PERNILLA GÖRANSSON
ANN-MARIE HANSSON

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2011

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

MÖTET MED DÖDEN

– EN LITTERATURSTUDIE OM
SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSER

PERNILLA GÖRANSSON
ANN-MARIE HANSSON

Göransson, P & Hansson, A-M. Mötet med döden – En litteraturstudie om sjuksköterskans upplevelser. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2011.

Döden är något vi alla förr eller senare kommer att konfronteras med, men likväl något vi sällan pratar om. Sjukvårdens främsta uppgift är att rädda liv, men då och då händer det att en patient dör. Oavsett om döden kommer plötsligt eller varit väntad, väcker den tankar och känslor hos dem som finns runtomkring. *Syftet* med studien var att undersöka sjuksköterskans upplevelse av mötet med döden och den döende patienten. Som *metod* valdes att göra en litteraturstudie. Sökning i databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo resulterade i elva vetenskapliga artiklar (tio olika studier). Studierna har utförts i Sverige, England, USA, Iran och Taiwan, mellan åren 1998 och 2010, och så väl palliativa som akut- och intensivvårds avdelningar finns representerade. *Resultatet* visar att sorg, rädsla, skuld och maktlöshet är vanligt förekommande känslor i sjuksköterskans möte med döden och den döende patienten. Men det finns också de för vilka döden inneburit lättnad eller rent av ökad livslust. För att hantera de negativa känslorna är det viktigt att sjuksköterskan hittar en balans mellan närhet och distans. För många är det också en hjälp att på olika sätt skaffa sig kontroll över situationen. Stöd att klara situationen fås oftast genom att prata med sina kollegor, men någon tar även upp religiös tro. Ett annat sätt att hantera situationen är att använda humor. För många sjuksköterskor verkar mötet med döden och den döende patienten även ha inneburit något positivt då det förändrat deras livssyn och hjälpt dem att utvecklas som människor.

Nyckelord: döden, döende, sjuksköterska, upplevelse

THE ENCOUNTER WITH DEATH

- A LITERATURE REVIEW ON NURSES' EXPERIENCES

PERNILLA GÖRANSSON
ANN-MARIE HANSSON

Göransson, P & Hansson, A-M. The encounter with death – a literature review on nurses' experiences. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2011.

Death is something all of us will be confronted with sooner or later. Nevertheless it is a subject rarely spoken of. The most important task for health care is to save lives, but occasionally patients die. Irrespective of death being sudden or expected, it awakes thoughts and emotions in everyone involved. The *aim* of the study was to investigate nurses' experience of encounters with death and dying patients. Literature study was chosen as *method*. Searches in the databases Cinahl, Pubmed and Psycinfo resulted in eleven scientific publications (ten different studies). The studies were performed in Sweden, England, USA, Iran and Taiwan between 1998 and 2010, and in them palliative as well as emergency and intensive care are represented. The *result* shows that grief, fear, guilt and powerlessness are common feelings when nurses encounter death and dying. But for some nurses encountering death has meant a feeling of relief, or even an increased zest for life. To handle the negative feelings it is important for nurses to find a balance between intimacy and distance. Many nurses also find it useful to gain control over the situation. Support is found through talking to colleagues, but someone also mentioned religious belief. Humour is another way to handle the situation. For many nurses the experience of death and dying also seem to have had a positive effect on their view of life and helped them to develop as human beings.

Keywords: death, dying, experience, nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND.....	6
Historiskt om synen på döden och döendet.....	6
Palliativ vård	7
Kommunikation i slutskedet av livet.....	7
Krisreaktioner vid dödsbesked.....	8
Etik och moral.....	8
Religion och kultur i mötet med döden.....	8
Sjuksköterskans roll	9
Sjuksköterskans praktiska åtgärder i vården av den döende patienten.....	9
Vad händer när en patient har avlidit?.....	9
SYFTE	10
Definitioner	10
METOD	10
Steg 1: Preciserera problemet.....	10
Steg 2: Preciserade inklusionskriterierna.....	10
Steg 3: Formulera en plan för litteratursökningen	11
Identifiera tillgängliga resurser.....	11
Identifiera relevanta källor	11
Fastställ huvuddragen i sökningen	11
Utveckla sökstrategier	11
Steg 4: Genomföra litteratursökningen och samla in de studier som möter inklusionskriterierna.....	12
Steg 5: Tolka resultaten från de individuella studierna.....	12
Steg 6: Sammanställa resultaten.....	12
Steg 7: Dra slutsatser baserade på resultatens kvalitet.....	12
RESULTAT	15
Starka känslor i mötet med döden.....	15
Sorg, Rädsla och Livslust	15
Skuld-känslor, Maktlöshet och Lättnad	16
Inre och yttre resurser som hjälp i mötet med döden	17
Balans mellan närhet och distans	17
Kontroll.....	18

Stöd och tröst	19
Humor	20
Förändrad livssyn	21
DISKUSSION.....	21
Metoddiskussion	22
Syfte och inklusionskriterier.....	22
Plan för litteratursökningen	22
Granskning och tolkning	23
Resultatdiskussion.....	24
Starka känslor i mötet med döden	24
Inre och yttre resurser i mötet med döden	26
Förändrad livssyn	27
SLUTSATSER.....	28
REFERENSER	29
BILAGOR.....	32

INLEDNING

Döden är något som alla människor förr eller senare kommer i kontakt med, men något vi sällan pratar om. Sjukvårdens främsta uppgift är att rädda liv, men då och då händer det att en patient dör. Oavsett om döden kommer plötsligt eller har varit väntad, väcker den tankar och känslor hos dem som finns runtomkring. Som sjuksköterska möter man, oftare än andra, människor som står inför döden. Det är då viktigt att kunna hantera de starka känslor som mötet med döden framkallar.

Som sjuksköterskestudent är mötet med den döende patienten något som känns främmande och osäkert. Det är därför av stort intresse för oss som blivande sjuksköterskor att ta reda på hur andra sjuksköterskor upplever mötet med döden. På så sätt hoppas vi kunna ta lärdom av deras upplevelser och erfarenheter.

BAKGRUND

Döden går inte att undvika och döden kan se ut på olika sätt – somliga dör hastigt och oväntat och för andra är döden en längre process. En del tar sina sista andetag i hemmet men de flesta dör på någon form av vårdinrättning (Sand, 2009). I Sverige ökar medellivslängden och vi blir allt äldre och fler än hälften av dem som dör är över 80 år (SOU 2001:6). Majoriteten av dödsfallen innebär en långsam död, men det är svårt att få en helhetsbild av hur vården i livets slutskede ser ut (SOU 2001:6).

Många studier visar att oavsett om man är studerande, nyutexaminerad eller erfaren sjuksköterska så känner sjuksköterskorna starka känslor som rädsla och sorg i mötet med döden (Beck, 1997; Simpson, 1997). Frommelt (2003) visade att sjukvårdspersonal behöver känna sig trygga med döden och döendet för att kunna ge en god vård vid livets slut. Utbildningens betydelse för sjuksköterskans attityder i mötet med döden har konstaterats i studier av Beck (1997) och Lange et al (2008). Thomson (2010) fann i sin studie gjord på nyutexaminerade sjuksköterskor att de inte kände sig förberedda på första mötet med döden, vilket kunde bero på bristande undervisning och samtal kring den döende patienten under utbildningen. Även i Sverige har det konstaterats att det råder stora brister i vården vid livets slutskede, framför allt vad det gäller medicinska insatser, bemötande, information och stöd (SOU 2001:6).

Historiskt om synen på döden och döendet

Enligt historikern Ariés fanns det fram tills någon gång på 1700-talet en förtrogenhet med döden, som möttes utan fruktan och förtvivlan (Karlsson, 2008). Gradvis förändrades detta och döden blev mer och mer skild från det vardagliga och kända – döden blev något dramatiskt och något man tog avstånd ifrån. På 1800-talet var döden närvarande i begravingar, sorgkläder och kyrkogårdar och dessa nya traditioner byggde på överklassens inflytande. Trots att döden på detta

sätt mer visades upp blev den ändå allt mer avlägsen och omgiven av tystnad. För att skona sin patient ifrån den oönskade sanningen var det då önskvärt att hålla tyst om dennes tillstånd. Men tystnaden kring döden hade även som funktion att skydda samhället från den oro som vetskapen om döden och döendet framkallade (Ariés, 1978 i Karlsson, 2008).

Under 1900-talet utvecklades döden till ett tabuområde, något som det skulle hållas tyst om. Döden sågs inte som något naturligt slut på livet utan som en följd av olyckor eller sjukdom, varför den var viktig att motverka (Ariés, 1978 i Karlsson, 2008). Även inom sjukvården i Sverige undvek man att tala om döden och döendet ända fram till för några decennier sedan (Arlebrik, 1999).

I dagens västerländska samhälle präglas vår kultur av dödsförnekande attityder. Med stor inverkan från massmedia upplevs allvarliga sjukdomar som skrämmande och likställs med smärta, lidande och död. Det är därför mycket viktigt att som sjuksköterska reflektera över hur samhällets attityder påverkar arbetet med den döende patienten (Kalfoss, 2009).

Det faktum att döden och döendet har blivit alltmer privat, har gjort att människor nästan helt slutat prata om döden. Tystnaden kring döden kan orsaka stora problem, både för patienten och för sjuksköterskan (Qvarnström, 1993).

Palliativ vård

I efterkrigstiden på 1950-60-talen växte hospicerörelsen fram i England och USA. Men det dröjde ända till 1980-talet innan de första hospicen öppnade i Sverige (Karlsson, 2008). Den palliativa vård vi har idag har alltså växt fram ur hospicefilosofin. Palliativ vård är enligt WHO (2011-01-02) ett förhållningssätt som är inriktat på att förbättra livskvaliteten för patienter som står inför döden. Detta skall uppnås genom att bl a lindra lidande, behandla smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem. Den palliativa vården skall vila på de fyra hörnstenarna:

- 1) Symptomkontroll, vilket innebär att lindra smärta och andra svåra symtom,
- 2) Samarbete i ett arbetslag med många professioner,
- 3) Kommunikation och relation, där syftet är att främja patientens livskvalitet,
- 4) Stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfallet (WHO, 2011-01-02).

Palliativ vård har huvudsakligen fokuserat på cancersjukdomar, men bör omfatta alla patienter i livets slutskede, oavsett diagnos. När dödsfall inträffar plötsligt som t ex vid akut hjärtinfarkt eller trafikolycka blir det inte aktuellt med någon palliativ vård (SOU 2001:6).

Kommunikation i slutskedet av livet

Läkaren har det medicinska ansvaret för om en livsuppehållande behandling ska fortgå eller upphöra. Patientens egen vilja är, om så är möjligt, viktigast som utgångspunkt i beslutsfattandet (Ericson & Ericson, 2009). I Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:27) står det att vårdinsatser i livets slutskede måste samordnas på ett optimalt sätt. Även patientens anhöriga måste vara välinformerade om beslut om palliativ vård fattas. En öppen kommunikation med patient och anhöriga angående omvårdnaden är önskvärd (SOSFS, 2005:27). Det är också viktigt med ett professionellt bemötande och att ha en god

kommunikation mellan olika yrkesgrupper på arbetsplatsen så att alla kan känna sig trygga i sin arbetssituation (Ericson & Ericson, 2009).

En patient som går mot döden utvecklar en stor känslighet för reaktioner från omgivningen. Det är därför viktigt med ett naturligt förhållningssätt då den döende patienten märker om personalen agerar onaturligt. Patienten måste inte alltid få färdiga lösningar på sina problem. Ibland räcker det att som sjuksköterska bara finnas till för samtal eller bara sitta ner tyst en stund vid patientens sida (a a).

Krisreaktioner vid dödsbesked

Vårdpersonal måste även förhålla sig på ett professionellt sätt inför sin patient. Vid ett svårt besked är det viktigt att som sjuksköterska vara lättillgänglig för samtal. Det är då värdefullt att ha kunskap om de olika faserna i en kris. I den första fasen, *chockfasen*, är det vanligt med förnekelse och panikreaktion. Patienten är då inte särskilt mottaglig för information. Här är det viktigt att vara ett stöd och visa stor empati. I *reaktionsfasen* ger sedan patienten mer uttryck för känslor som sorg, rädsla och vrede och är då mer mottaglig för information. Den fortsatta utvecklingen leder till *accepterande och reparationsfasen* där patienten får någon form av psykisk och fysisk anpassning till sin nya livssituation. I de flesta fall leder krisen till personlig utveckling och coping, den så kallade *nyorienteringsfasen* (Ericson & Ericson, 2009).

Etik och moral

Att värna om liv, och så långt det är möjligt motverka ohälsa, är sjukvårdens främsta uppgift (Ericson & Ericson, 2009). I Socialstyrelsens föreskrift om livsuppehållande åtgärder står att etiska principer om självbestämmande, att göra gott, inte skada och vara rättvis ska följas. Men i svensk sjukvård gäller att åtgärder som leder till patients död inte får vidtas även om det är patientens önskan (SOSFS 1992:2).

Alla människor har ett lika värde. Detta blir speciellt viktigt i livets slutskede då möjligheten till självbestämmande ofta minskar. Målet är att upprätthålla livskvaliteten för den som befinner sig i slutet av livet (SOU 2001:6).

På vissa sjukhus framförallt universitetssjukhusen har den medicinska behandlingen stort fokus på vetenskaplig forskning ner på cellnivå istället för att se till patientens helhet. Oenigheter kan då uppstå när en behandling inte enbart ses ur medicinsk synvinkel utan även utifrån livskvalitet och etik (Kalfoss, 2009). Enligt sjuksköterskans etiska riktlinjer ska hon visa respekt för livet, lindra smärta och verka för återupprättande av hälsa och om detta inte är möjligt ska hon hjälpa patienten till en fridfull död (ICN, 2006).

Religion och kultur i mötet med döden

Enligt kompetensbeskrivningen (2005) skall sjuksköterskan tillgodose patientens omvårdnadsbehov, däribland det kulturella och andliga. Antalet invandrare ökar i Sverige vilket också innebär att fler kulturer finns representerade bland de vårdsökande (Arlebrink, 1999). Detta medför att sjuksköterskor ställs inför frågor som har med kultur och religion att göra. Till exempel beskriver Wu och Volker (2009) att döden förknippas med otur i Taiwan. Arlebrink (1999) menar att det är

viktigt att komma ihåg att allt som är främmande inte har med religion att göra, utan kan ha kulturella förklaringar. Patienter från olika kulturer kan enligt DeMarinis (1998) reagera på olika sätt på samma diagnos. Anledningen är att diagnosen har olika innebörder i olika kulturer. I en kultur kan diagnosen tolkas som att patienten har begått en överträdelse och nu straffas för sina synder. I en annan kultur kan den tolkas utan några religiösa värderingar. Det är därför viktigt att förstå sjukdomens kulturella aspekter när man vårdar människor från andra kulturer (a a).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans primära ansvar är att ge människor vård (ICN, 2005). Enligt Kalfoss (2009) är den traditionella synen på sjuksköterskans roll att hon ska hjälpa sina patienter på ett självupppoffrande och omhändertagande sätt. Detta kan leda till att hon får svårare att ta initiativ, visa känslor och hävda sig gentemot andra yrkesgrupper. Även om rollen idag håller på att förändras menar många att det fortfarande är svårt att föreslå alternativa lösningar på behandlingar eller uttrycka avvikande uppfattningar jämfört med läkarens. En av sjuksköterskans viktigaste drivkrafter är att vilja hjälpa och ta hand om människor. I kombination med en förmåga till stark empati kan det lätt leda till utbrändhet (a a).

Sjuksköterskans praktiska åtgärder i vården av den döende patienten

I livets slutskede är det förutom att lindra kroppsliga besvär viktigt att ge utrymme för psykologiska åtgärder, där det tas hänsyn till patientens andliga och existentiella behov (Ericson & Ericson, 2009). Symtom som ofta kan ses i livets slutfas, oavsett vilken grundsjukdom patienten lider av, är ångest, nedstämdhet, smärta, illamående, orkeslöshet, hosta, förstoppning, diarré och muntorrhet (SOU 2001:6). I den palliativa vården försöker man öka patientens välbefinnande genom mun- och hudvård, se till att patienten är fräsch och ren, lufta rummet och byta lakan. Vidare skall törst och hunger tillgodoses utan att det läggs något större fokus på näringsbehovet. Det är inte ovanligt att näringstillförseln helt avslutas i livets slutskede (Ericson & Ericson, 2009).

Vad händer när en patient har avlidit?

Det är viktigt att skapa lugn och värdighet i rummet när patienten har avlidit. Rummet görs i ordning och teknisk apparatur som drän och slangar bör kopplas bort från den döde, framförallt för att anhöriga ska få ett bra och fridfullt minne (Sand, 2009). Sjuksköterskan hinner sällan stanna upp och reflektera över vad som hänt och hur patientens tid på avdelningen har varit efter ett dödsfall (Arlebrink, 1999). Efter att en patient har avlidit, anhöriga fått ta avsked och kroppen har hämtats så ska rummet ofta städas fortast möjligt för att nästa patient ska komma (a.a).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att undersöka sjuksköterskans upplevelse av mötet med döden och den döende patienten.

Definitioner

Med *upplevelse* avses den inre, subjektiva upplevelse sjuksköterskan har i mötet med döden och den döende patienten i sitt arbete. Fokus för studien ligger på de tankar och känslor som mötet väcker hos sjuksköterskan. Studien avser att behandla både mötet med den väntade döden, inom t ex palliativ vård, och den oväntade döden, inom t ex akut- och intensivvård.

I den här studien benämns sjuksköterskan som *hon*, men kan naturligtvis lika gärna vara en man.

METOD

För att undersöka sjuksköterskans upplevelse av mötet med döden och den döende patienten gjordes en litteraturstudie. Tillvägagångssättet för litteratursökningen har följt Goodmans beskrivning i sju steg, av hur man finner och bedömer vetenskaplig litteratur inom hälso- och sjukvårdsområdet (SBU, 1993).

Steg 1: Precisera problemet

Att precisera problemet innebär enligt Goodman (SBU, 1993) att klart definiera problemets orientering och att tydligt ange vilka element som skall studeras. I den här uppsatsen var syftet att undersöka hur sjuksköterskor upplever mötet med döden och den döende patienten. Det som avses är den legitimerade sjuksköterskans inre upplevelse av tankar och känslor som mötet med den döende patienten väcker. Fokus ligger alltså inte på den rent praktiska omvårdnaden som sjuksköterskan utför, och inte heller på patientens upplevelse av omvårdnaden. En pilotsökning utan begränsningar gjordes för att försäkra oss om att det fanns tillräckligt med vetenskapliga publikationer inom området, vilket rekommenderas av Axelsson (2008).

Steg 2: Precisera inklusionskriterierna

Goodman (SBU, 1993) rekommenderar att man utformar en sökstrategi som fokuserar litteratursökningen. Detta för att ge ett hanterbart antal artiklar och utesluta artiklar som hamnar utanför studiens syfte, utan att för den skull missa de som kan vara relevanta. Artiklar som inkluderats i den här studien skall vara publicerade mellan åren 1990-2010, vara en primärkälla, vara skriven på engelska eller svenska, samt innehålla ett abstrakt. Vidare har alla sjuksköterskor utom barnmorskor och barnsjuksköterskor inkluderats liksom alla länder. Både artiklar

som använde sig av en kvantitativ och en kvalitativ metod inkluderades i sökningen.

Studien har exkluderat artiklar som behandlar sjuksköterskors upplevelser av barns (under 18 år) död. Artiklar som berör barnmorskor, barnsjuksköterskor samt studenter har exkluderats.

Steg 3: Formulera en plan för litteratursökningen

När problemet och inklusionskriterierna var preciserade används dessa för att formulera en plan för litteratursökningen. Planen skapades i fyra steg enligt Goodman (SBU, 1993).

Identifiera tillgängliga resurser

En tidsplan över åtta veckor gjordes där två veckor avsattes för litteratursökning och en vecka för kvalitetsgranskning av artiklar. Sökningarna utfördes på Malmö högskolas bibliotek och i databaser som fanns tillgängliga där. Kostnaderna för studien utgjordes av de artiklar som inte var åtkomliga i fulltext på Malmö högskola, utan behövde beställas. Endast artiklar som bedömdes som mycket intressanta, d v s två stycken, beställdes. På grund av språkliga begränsningar gjordes endast sökningar på artiklar skrivna på engelska eller svenska.

Identifiera relevanta källor

Av de tillgängliga databaserna bedömdes Cinahl, Pubmed och Psycinfo vara de mest relevanta att göra sökningarna i. Referenslistorna till de funna artiklarna gick igenom.

Fastställ huvuddragen i sökningen

Under två veckor söktes artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter från 1990 till 2010, i databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo. De funna artiklarnas referenslistor letades igenom efter ytterligare relevanta publikationer. Enligt Willman et al (2006) är det också viktigt att avgränsa forskningsproblemet. Avgränsningar gjordes mot den medicinska behandlingen som ges till döende patienter, vilken inte var intressant för studiens syfte. Likaså utslöts de artiklar som fokuserar på vad en *bra* respektive *dålig* död är.

Utveckla sökstrategier

Effektiva sökstrategier fångar in så många relevanta artiklar som möjligt, d v s har hög sensitivitet, samtidigt som de undviker ett ohanterligt stort antal irrelevanta artiklar, d v s har hög specificitet (SBU, 1993). Med utgångspunkt från studiens syfte identifierades följande lämpliga sökord: *death, nurse, attitudes, experience, death and dying, hospice care, bereavement, grief* och *palliative care*. I Pubmed användes noggrant utvalda MeSH-termer (Medical Subject Headings) och på samma sätt användes *Exact subject headings* i Cinahl då detta var möjligt. I alla databaserna kombinerades söktermerna på olika sätt med hjälp av den Booleska sökoperatorn AND. På så vis smalnades sökningarna av och blev mer specifika.

Steg 4: Genomföra litteratursökningen och samla in de studier som möter inklusionskriterierna

Litteratursökningen genomfördes enligt ovanstående plan. Alla sökningar i databaser genomfördes gemensamt under perioden 101109 till 101118. De titlar som var relevanta för studiens syfte valdes för vidare läsning av abstrakt. Därefter samlades de artiklar som mötte inklusionskriterierna in för vidare granskning. En artikel hittades genom manuell sökning på Google Scholar. Efter en genomläsning av de 18 utvalda artiklarna granskades 13 artiklar med kvalitativ metod, vilka överensstämde väl med den här studiens syfte. De sökningar som resulterade i lästa artiklar presenteras i Tabell 1. Slutligen gjordes en manuell sökning där de utvalda artiklarnas referenslistor gick igenom, dock utan att ytterligare tillgängliga relevanta artiklar hittades.

Steg 5: Tolka resultaten från de individuella studierna

För bedömning av kvalitén på de 13 utvalda artiklarna användes ett något modifierat bedömningsformulär för kvalitativa studier enligt Willman (2006, se bilaga 1). Granskningen gjordes var för sig. Därefter jämfördes resultaten och en slutgiltig sammanfattande bedömning av artiklarnas kvalitet gjordes. Artiklarna klassificerades som bra, medel respektive dåliga. Efter granskningen gjordes ett sista urval och elva artiklar (tio olika studier) återstod, vilka presenteras i form av en matris i Bilaga 2.

Steg 6: Sammanställa resultaten

Resultaten från de elva artiklar som litteratursökningen resulterat i lästes igenom flera gånger och bearbetades enligt Axelsson (2007). De data som var relevanta för den här studiens syfte markerades i de olika artiklarna. Samtidigt gjordes en notering i marginalen om vilket tema (underrubrik) det kunde klassificeras som. De data som markerats som relevanta skrevs därefter in i en word-fil, med tydlig hänvisning till ursprungsartikeln, och sorterades efter tema. Därefter grupperades temana i större kategorier (huvudrubriker). Kategorierna gick igenom upprepade gånger och omgrupperingar gjordes för att kategorierna inte skulle överlappa varandra. På samma sätt gick innehållet i temana igenom så att inte heller dessa skulle överlappa varandra. Dessutom kontrollerades att de stämde överens med huvudrubriken, och att inga data hamnade utanför temaindelningen. Processen resulterade i tre huvudrubriker med underrubriker vilka presenteras i resultatdelen nedan.

Steg 7: Dra slutsatser baserade på resultatens kvalitet

Enligt Britton (2000) har man tillräckligt vetenskapligt underlag för att dra slutsatser om minst två studier med högt bevisvärde (starkt vetenskapligt underlag) ligger till grund för resultatet. Även om minst två studier med medelhögt bevisvärde pekar i samma riktning kan man dra slutsatser enligt Britton (a a), men då med begränsat vetenskapligt underlag. De flesta slutsatser som dras i den här studien är baserade på två eller flera studier som bedömts som bra då de granskats, och den svagaste slutsatsen stöds av tre studier av medelgod kvalitet.

Tabell 1. Databassökningar som resulterat i använda artiklar.

Databas/ Sökmotor	Söktermer	Begränsningar	Antal träffar/ Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
CINAHL 9/11	“Nurses” [MH Exact subject heading] AND “Death” [MH Exact subject heading]	*	16	8	1	1	1
CINAHL 9/11	“Nurse attitudes” [MH Exact subject heading] AND “Death” [MH Exact subject heading]	*	24	9	4	4	3
CINAHL 10/11	“Nurse” [AB Abstract] AND “Death and dying” [AB Abstract] AND “Experience”[AB Abstract]	*	80	29	7	6	4
PubMed 16/11	“Attitude to death” [Mesh] AND “Nurses” [Mesh]	*	44	12	1	0	0
PubMed 16/11	“Hospice care” [Mesh] AND “Nurses” [Mesh]	*	11	3	1	1	1
PsycINFO 18/11	“Nurse” [AB] AND “Death” [AB] AND “Grief” [AB]	*	11	4	1	0	0
PsycINFO 18/11	“Nurse” [AB] AND “Death” [AB] AND “Experience” [AB]	*	32	10	1	1	1

Databas/ Sökmotor	Söktermer	Begräns- ningar	Antal Träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
PsycINFO 18/11	“Nurse” [AB] AND “Death” [AB]	*	152	12	1	0	0
Google scholar 18/11	“Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach”				1	1	1
Totalt					18	14	11

*All adults, 1990-2010, Swedish, English, abstract.

RESULTAT

Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av mötet med döden och den döende patienten. Resultatet delades in i tre huvudkategorier: *Starka känslor i mötet med döden*, *Inre och yttre resurser som hjälp i mötet med döden* och *Förändrad livssyn* (Tabell 2).

Tabell 2. Resultatets indelning i huvud- och underkategorier.

Huvudkategorier	Underkategorier
Starka känslor i mötet med döden	Sorg, Rädsla och Livslust Skuld-känslor, Maktlöshet och Lättnad
Inre och yttre resurser som hjälp i mötet med döden	Balans mellan närhet och distans Kontroll Stöd och Tröst Humor
Förändrad livssyn	

Starka känslor i mötet med döden

Sjuksköterskan upplever starka känslor i mötet med döden och den döende patienten. De flesta känner en blandning av känslor som sorg, rädsla, skuld och maktlöshet, men även av positiva känslor som lättnad och ökad livslust. Känslorna har delats upp i två underkategorier *Sorg, Rädsla och Livslust* samt *Skuld-känslor, Maktlöshet och Lättnad*.

Sorg, Rädsla och Livslust

Många sjuksköterskor känner sorg efter en patients död (Yang & Mcilpatrick, 2001; Wallerstedt & Andersheds, 2007; Boroujeni et al, 2008; Iranmanesh et al, 2009; Gerow et al, 2010; Shorter & Stayt, 2010). Hur stark känslan av sorg är beror till stor del på hur nära relationen mellan sjuksköterskan och patienten har varit. Boroujeni et al (2008) som intervjuat 18 iranska sjuksköterskor inom akutvård och cancervård vid tre olika universitetssjukhus i Isfahan i Iran, beskriver att sjuksköterskorna upplever djupare sorg om hon haft en nära relation till patienten. Även Shorter och Stayt (2010) fann i en studie, baserad på intervjuer med 8 sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningar vid ett universitetssjukhus i England, att starka band till patienten gör sorgen svårare att hantera. Det var också mer smärtsamt med en plötslig död än en väntad (Shorter & Stayt, 2010). Boroujeni et al (2008) visade också att både relationens djup och sjuksköterskans egen förberedelse har betydelse – hon upplever en djupare sorg när dödsfallet kom plötsligt och oväntat, än om det var väntat. Båda resultaten bekräftades av Wallerstedt och Andershed (2007), som intervjuade nio sjuksköterskor utanför den palliativa vården, på distriktsmottagningar och sjukhus, i olika delar av Sverige. Boroujeni et al (2008) menade också att erfarna

sjuksköterskor ofta är mer beredda på att en patient ska dö, eftersom de tidigare ser att det inte är långt kvar.

I en undersökning gjord i Taiwan (Yang & Mcilpatrick, 2001), intervjuades tio sjuksköterskor vid intensivvårdsavdelningar på två universitetssjukhus. Erfarenheten av intensivvårdsarbete bland de intervjuade varierade mellan två och tolv år. Yang och Mcilpatrick (2001) fann att det var speciellt svårt för de mer oerfarna sjuksköterskorna, vilka ofta grät när en patient dog, antingen för sig själva eller tillsammans med patientens familj. Även den iranska undersökningen (Boroujeni et al, 2008) visade att nya sjuksköterskor sörjde och grät mer då en patient som stått dem nära dog. I en annan studie av Gerow et al (2010), där elva kaukasiska sjuksköterskor med olika lång erfarenhet, bl.a. från palliativ-, akut- och intensivvård, intervjuats, fann man att många av sjuksköterskorna trodde att det förväntades att de inte skulle känna sorg när en patient dog, utan istället bara ta farväl och gå vidare till nästa patient. Uppfattningen leder till motstridiga känslor när sjuksköterskan känner sorg men blir tvungen att dölja den (a a). I samma artikel fann man att en del sjuksköterskor kunde se något positivt och värdefullt i att känna sorg, eftersom de såg det som ett tecken på att de haft en bra relation till patienten (a a).

En annan slutsats är att många sjuksköterskor känner en djupare sorg om de identifierar sig med patienten (Yang & Mcilpatrick, 2001; Wallerstedt & Andershed, 2007; Iranmanesh et al, 2009). Iranmanesh et al (2009) gjorde en intervjubaserad studie i Sverige där deltagarna var åtta sjuksköterskor, varav hälften arbetade på sjukhus och hälften med vård i hemmet. Resultatet visade att sjuksköterskorna kände sorg, speciellt i situationer då hon kunde identifiera sig med den döende, t.ex. om patienten var i samma ålder som hon själv eller hade barn som var i samma ålder som hennes egna barn. Wallerstedt och Andersheds (2007) svenska undersökning gav liknande resultat. Även Yang och Mcilpatrick (2001) fann samstämmiga resultat från Taiwan, där intensivvårdssjuksköterskor kände starkare sorg då patientens ålder eller situation påminde dem om dem själva eller om en nära släkting.

Flera studier tar upp att mötet med döden ökar rädslan och medvetenheten om sjuksköterskans egen dödlighet (Boroujeni et al, 2008; Gerow et al, 2010; Shorter & Stayt, 2010). I den iranska studien (Boroujeni et al, 2008) berättar sjuksköterskorna att mötet med den döende patienten väckte känslor av obehag och rädsla inför den egna döden. Likaså gjorde Espinosa et al (2010) intervjuer med 18 sjuksköterskor, varav 15 var kvinnor och tre män, vid intensivvårdsavdelningar i sydvästra USA. Det visade sig att sjuksköterskorna kände sig mer obekväma med att vårda yngre patienter eftersom identifikationen var större och därmed också insikten om att döden skulle kunna drabba dem själva (a a).

Men medvetenheten om den egna dödligheten kan också ge en ökad aptit på livet, vilket Ablett och Jones (2007) lyfter fram i sin undersökning baserad på intervjuer med tio sjuksköterskor, varav nio kvinnor och en man, från ett hospice i England.

Skuld känslor, Maktlöshet och Lättnad

Skuld känslor har visat sig vanligt hos sjuksköterskor i samband med en patients död (Yang & Mcilpatrick, 2001; Hopkinson et al, 2003; Espinosa et al, 2010;

Shorter & Stayt 2010). Hopkinson et al (2003) intervjuade 28 nyligen kvalificerade sjuksköterskor vid medicinavdelningar från två olika sjukhus i norra England, vilka alla vårdade döende patienter som en del av sitt dagliga arbete. Många av sjuksköterskorna i studien beskrev en känsla av skuld och maktlöshet när de inte kunde leva upp till sin idealbild av hur vården vid livets slutskede ska se ut. Detta ledde även till ångest som yttrar sig i fysiska symtom som illamående och sömnlöshet (a a). Även att inte ha kontroll på situationen skapar starka skuldkänslor, vilket är vanligare om döden inträffar oväntat (Shorter & Stayt, 2010). På samma sätt kunde de nya taiwanesiska sjuksköterskorna känna skuld över att patientens död kanske berodde på deras bristande kunskaper (Yang & Mcilfratrick, 2001).

En annan situation som skapade en känsla av maktlöshet hos de nykvalificerade engelska sjuksköterskorna uppstod när de ställdes inför svåra frågor som *kommer jag att dö?*, som hon inte vet vad hon skall svara på (Hopkinson et al, 2003). De Taiwanesiska sjuksköterskorna upplevde en annan typ av maktlöshet därför att de inte var tillåtna, enligt Taiwanesisk medicinsk tradition, att tala om sjukdomen och berätta prognosen för den döende patienten (Yang & Mcilfratrick, 2001).

I den amerikanska studien av Espinosa et al (2010) kände en del intensivvårds-sjuksköterskor skuld för patientens död eftersom det är de som på läkarens order stoppar en livsuppehållande behandling. Sjuksköterskan har lärt sig att hon ska bota patienter och rädda liv och det känns därför som ett misslyckande och ger en känsla av maktlöshet när patientens liv inte går att rädda. Men om sjuksköterskan såg att den kurativa behandlingen inte hjälpte utan istället plågade patienten, kunde hon å andra sidan känna en lättnad då hon fick avsluta en livsuppehållande behandling (a a).

Inre och yttre resurser som hjälp i mötet med döden

Sjuksköterskan använder sig av olika inre och yttre resurser som hjälp för att kunna möta döden och den döende patienten. Dessa resurser har delats in i fyra underkategorier *Balans mellan närhet och distans*, *Kontroll*, *Stöd och tröst* och *Humor*.

Balans mellan närhet och distans

Många av de granskade studierna för fram betydelsen av att hitta en balans mellan närhet och distans till patienten för att skydda sig själv mot känslomässiga påfrestningar då patienten dog, och på samma gång kunna göra ett bra arbete (Hopkinson et al, 2005; Boroujeni et al, 2008; Shorter & Stayt, 2010). Hur man bar sig åt för att uppnå balansen och hur väl man lyckats skilde sig åt mellan olika studier.

Boroujeni et al (2008) fann att de iranska sjuksköterskorna till stor del hanterade sina egna känslor kring en patients död genom att försöka uppnå en balans mellan närhet och distans. Ju starkare bandet var mellan sjuksköterska och patient, ju mer påverkades sjuksköterskan känslomässigt av patientens död. Äldre sjuksköterskor hade lärt sig att hålla professionell distans och inte komma patienten alltför nära genom att minska kommunikationen med patienten. Samtidigt kunde de inte distansera sig helt och hållet från patienten, eftersom omvårdnaden bygger på kommunikation (a a).

Flera av sjuksköterskorna i studien av Hopkinson et al (2005), vilka alla var nyutexaminerade sjuksköterskor på medicinavdelningar i England, trodde att vården blev sämre om de kontrollerade sin känslomässiga involvering. Samtidigt insåg de att de utan någon slags kontroll över sitt känslomässiga engagemang skulle de bli förtvivlade och därmed göra ett sämre jobb. En del av sjuksköterskorna hade försökt uppnå en balans mellan att involvera sig känslomässigt och att hålla en känslomässig distans för att kunna fungera i sin sjuksköterskeroll. Vägledningen i hur man uppnår en bra balans var bristfällig eller obefintlig, och graden av känslomässig involvering berodde därför på vilka erfarenheter sjuksköterskan hade med sig av tidigare relationer till döende patienter (a a).

De engelska hospicesjuksköterskorna i Ablett och Jones (2007) studie skapade distans för att skydda sig genom att t ex inte gå på patienters begravningar. Någon menade också att sjuksköterskeuniformen fungerar som ett skydd som skapar emotionell distans. Detta är speciellt viktigt när en sjuksköterska fäster sig vid en patient, eller när identifikationen med patienten är stor (a a).

Dilemmat med närhet och distans återkommer även i Shorter & Stayts (2010) undersökning av intensivvårdssjuksköterskor i England. Några av sjuksköterskorna berättade hur de frikopplade sig själva från situationen för att hantera den. En deltagare beskrev att hon separerade sitt personliga jag från sitt *working mode*. Någon annan distanserade sig själv och rättfärdigade det med att det handlade om självbevaringsdrift. De poängterade dock att det inte alltid är möjligt att skilja det personliga och det professionella livet åt (a a).

Många av sjuksköterskorna som Gerow et al (2010) intervjuade och som trodde att de som professionella sjuksköterskor inte fick känna sorg när patienten dog, hade lärt sig av mentorer och kollegor att de skulle sätta upp gränser för att skydda sig själva från känslor. Detta gjorde att sjuksköterskorna kapslade in upplevelsen och gick vidare. Gerow et al (a a) pekade på risken att en mycket stark ”inkapsling” kan resultera i totalt förnekande av att patienten skulle dö, vilket i sin tur kunde leda till felaktig omvårdnad. De flesta sjuksköterskorna som Gerow et al (a a) intervjuade hade under sin resa som sjuksköterskor kommit till någon grad av förståelse om att sorg är en naturlig reaktion, vilket visar att de verkligen bryr sig om en annan människa, och att de måste erkänna den reaktionen och ta hand om sig själva. Men de upplevde det som en långsam process att integrera det perspektivet, och att de ibland fortfarande behövde kapsla in upplevelser för att kunna hantera den dagliga omvårdnaden om patienter (a a).

De svenska sjuksköterskorna i studien av Iranmaneshs et al (2009) upplevde att de hittat en bra balans mellan att vara professionella och att vara nära den döende patienten. De upplevde att detta gav dem tillfredsställelse och ökade deras självförtroende och självkänsla.

Kontroll

En vanlig strategi för att minska känslan av skuld då en patient dör verkar vara att göra döden så bra som möjligt för patienten (Hopkinson et al, 2003 och 2005; Boroujeni et al, 2008; Shorter & Stayt, 2010). Boroujeni et al (2008) fann i sin studie från Iran att mer erfarna sjuksköterskor ser på en patients död på ett mer

professionellt sätt än de nyutexaminerade och känner att det är en tröst att veta att hon har gjort sitt bästa för att undvika smärta och lidande hos patienten. Även de taiwanesiska intensivvårdssjuksköterskorna hanterade sina känslomässiga reaktioner genom att veta att de gett tröst, visat empati och respekterat patientens önsknings (Yang & Mcilpatrick, 2001). Liknande resultat återfanns i studien av Hopkinson et al (2005), i vilken sjuksköterskorna förklarade att det är lättare att stå ut med att en patient dör om man vet att man har gjort allt man kan. Samma sak bekräftades i Shorter och Stayts (2010) studie – de menade dessutom att det hjälper att ha kontroll över situationen och känna att allt är välorganiserat runt patienten när denne dör.

Deltagarna i Hopkinsons (2003) undersökning påpekade dock att det i en del situationer inte är möjligt att hinna ge eller försäkra sig om att patienten fått en bra död. Detta är en av anledningarna till att en plötslig död ofta är svårare att hantera än en väntad död (a a). Ibland kan det också vara en hjälp att till viss del släppa kontrollen (Hopkinson 2005). Oron en del av de unga sjuksköterskorna kände i Hopkinsons (2005) studie inför att tala med döende människor minskade när de ändrade sin syn på hur det borde vara, när de accepterade att det inte fanns ett sätt som var ”det rätta”. En sjuksköterska berättade hur hon trott att det fanns rätt saker att säga, vilket gick att lära sig. När hon sedan förstått att mer erfarna sjuksköterskor fortfarande hade samma rädslor som hon själv ändrades bilden av att det fanns rätt saker att säga (a a).

Några studier visar att sjuksköterskorna använde sig av ritualer för att ge en känsla av kontroll över situationen då en patient var nära döden eller hade dött (Maeve, 1998; Gerow et al, 2010; Shorter & Stayt, 2010). Intensivvårdssjuksköterskorna i England organiserade till exempel papper och tog bort onödig utrustning på ett sätt som Shorter och Stayt (2010) tolkade som rituellt. Ritualerna ökade sjuksköterskornas känsla av kontroll och av att de gett bästa möjliga vård (a a). Omvårdningsritualer hjälpte också de flesta sjuksköterskorna i studien av Gerow et al (2010) att hantera att patienten dog genom att kunna släppa upplevelsen och att få ett slags avslut. De utförde handlingar som att ge munvård, byta till rena lakan, gå på begravningar, samt ge mat, dryck och näsdukar till den dödes familj. Det verkade enligt Gerow et al (a a) som att dessa handlingar var copingstrategier som gav sjuksköterskan en känsla av trygghet, regelbundenhet och kontroll mitt i den känslomässiga oordningen. Även Maeve (1998), som intervjuade nio sjuksköterskor på olika vårdavdelningar, som hospice, onkologi, akutvård och hemsjukvård, i USA, fann att städningen efter att en patient gått bort representerade ett avslut på den känslomässiga inblandningen, och var ett sätt att städa bort sorg och förbereda sig för att gå vidare.

Stöd och tröst

Hopkinson et al (2003) fann att de nya sjuksköterskorna inte bara kände sig ensamma och oförberedda i nya situationer med den döende patienten, utan också ensamma om att hantera sina känslor efteråt. Hopkinson et al (2005) konstaterade att sjuksköterskor som gav omvårdnad till en döende patient själva behövde ta emot omvårdnad i form av stöd från andra, framförallt från kollegor. Även Boroujeni et al (2008) menade att empati, acceptans och stöd från kollegor är viktigt när en sjuksköterska sörjer en död patient.

För sjuksköterskorna som Espinosa et al (2010) intervjuade var det viktigt att få bekräftelse och stöd genom att prata med andra sjuksköterskor som har varit i en liknande situation. Ofta pratade de med någon när de tvivlar på om de gjorde rätt och behöver få bekräftat att de gjort allt som fanns att göra (a a). På liknande sätt var pratstunderna i fikarummet, d v s det informella samtalet, viktigt för sjuksköterskorna i Shorter och Stayts (2010) studie. De betonade relationen till, och stödet från, sina kollegor och menade att arbetskamraterna vet vad man går igenom. De hade även fått erbjudande om formellt stöd i form av handledning och debriefing-grupper, men sjuksköterskorna i Shorter och Stayts (a a) undersökning deltog sällan i detta. De föredrog de informella samtalen och tyckte att det var svårt att öppna sig i ett formellt sammanhang. Tvärt emot detta uppgav de svenska sjuksköterskorna i Wallerstedt och Andersheds studie (2007) att de behövde och ville ha formellt stöd i form av handledning. Problemen här var att de dels upplevde bristande stöd från sina chefer, och att de dels själva var ovana vid att prioritera sina egna behov (a a).

Hospice sjuksköterskorna i England, som Ablett och Jones (2007) intervjuade tog upp betydelsen av att ha ett bra socialt nätverk. Även sjuksköterskorna i Shorter och Stayts studie (2010) pratade med vänner och familj i de fall det inte var möjligt att låta det professionella livet stanna på arbetet. I studien av Espinosa et al (2010) uppgav många sjuksköterskor tvärt om att de var noga med att inte prata med sina familjemedlemmar, såvida de inte också arbetar inom vården, eftersom de inte ville belasta dem. Istället tyckte flera av de amerikanska sjuksköterskorna att det hjälpte dem att hantera förlusten av en patient som dött om de grät tillsammans med kollegor som varit delaktiga eller tillsammans med den dödes familj (a a).

Även en religiös tro kan fungera som en form av tröst. Yang och Mcilpatrick (2001) fann att de taiwanesiska sjuksköterskor som hade en religiös tro upplevde att den hjälpte dem att acceptera döden och döendet, samtidigt som den minskade deras ångest och gav dem en mer positiv inställning till döden.

Humor

Några av undersökningarna tog även upp humorn som ett sätt att hantera känslorna kring döden. Hopkinson et al (2005) fann att det vanligaste var att humorn användes sjuksköterskorna emellan, men ibland användes också humor i interaktionen mellan sjuksköterska och patient. En del av de intervjuade tyckte att det var en ganska svart humor som få utanför arbetet förstod (a a).

Ablett och Jones (2007) menade att det för en del var viktigt med humor för att kunna arbeta med döende människor. De drog slutsatsen att det skulle kunna indikera ett försvar mot obekväma aspekter av den egna dödligheten.

Deltagarna i Maeves (1998) studie tyckte det var viktigt att sätta gränser och skilja på sitt eget och patientens liv och att inte "ta med sig" patientens situation hem. De uppgav att de ibland använde humor som ett sätt att tygla känslomässig inblandning. Speciellt svart humor användes för att hantera de mörka sidorna av arbetet med döende patienter (a a).

Förändrad livssyn

Gerow et al (2010) drog slutsatsen att erfarenheten av en patients död också kan förändra sjuksköterskans världsbild. Sjuksköterskornas sätt att se på patienters död ändrades allteftersom de fick mer erfarenhet. Sjuksköterskan som från början var sårbar genomgick en förvandling då hon lärde sig att skydda sig själv. Många talade om religiös tro och andligt välmående och om hur de var en del av deras världsbild och sätt att hantera upplevelserna. De sade också att erfarenheterna av döende patienter hade fördjupat deras tro, och deras tro på ett liv efter detta. En del beskrev också hur de upplevt det som att någon ledde dem genom situationen med den döende patienten. Genom dessa betydelsefulla upplevelser växte och förändrades sjuksköterskorna som människor. Många av sjuksköterskorna kände tacksamhet över erfarenheterna och hur de formats av dem (a a).

Gerow et al (2010) beskriver också hur patienternas dilemman inlemmades i sjuksköterskornas förståelse av sina egna liv. Enskilda uttalanden från sjuksköterskor visar att de uppskattade sitt liv mer och insåg att livet var ändligt. Samtidigt fanns det ett accepterande av att döden ingick i livet. Detta fick dem att ta tag i sina egna problem. En sjuksköterska uttryckte att det ger en hel del mod att se människor dö (a a).

Shorter och Stayt (2010) menar att regelbunden exponering för döden gör att döden blir något *normalt*. Sjuksköterskorna de intervjuade beskrev att de upplevde döden så ofta i sitt dagliga arbete att det blev till något normalt, vilket gjorde det lättare att prata om döden (a.a).

Wallerstedt och Andershed (2007) fann att arbetet med döende patienter ledde till ökad insikt och medvetenhet om livet, samt att sjuksköterskorna upplevde att de växte som människor. Även Yang och Mcilpatrick (2001) drog slutsatsen att erfarenheten av mötet med den döende patienten har gett sjuksköterskorna möjlighet att växa som människor.

Närheten till den döende patienten, och att uppleva den döende patientens bra och dåliga relationer, gjorde att sjuksköterskan vidgade sin syn på hur olika relationer kan vara (Iranmaneshs et al, 2009). Denna kunskap kunde hon använda i sitt eget liv. Det gjorde också att hon omvärderade sin egen syn på livet och accepterade att döden är en del av livet. Sjuksköterskorna upplevde att de blev bättre på att uppskatta och ta vara på stunden. Detta gjorde att hon växte och utvecklades som människa och blev mer ödmjuk inför livet och sina medmänniskor. Sjuksköterskorna lärde sig också att acceptera att de inte behövde ha svar på allt (a a).

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i två delar; en metoddiskussion och en resultatdiskussion. I metoddiskussionen behandlas studiens metod, och i resultatdiskussionen bearbetas resultatet i förhållande till tidigare kunskap.

Metoddiskussion

Valet av litteraturstudie som metod gjordes för att få en övergripande bild av vad den empiriska forskningen kommit fram till då det gäller sjuksköterskors upplevelse av mötet med döden och den döende patienten. För att göra tillvägagångssättet tydligt och strukturerat användes Goodmans (SBU, 1993) metodbeskrivning i sju steg.

Syfte och inklusionskriterier

Enligt Axelsson (2008) är det första kravet på en litteraturstudie att den skall utgå från en klar och tydlig frågeställning som går att ge svar på. Syftet med den här studien arbetades om på ett tidigt stadium för att dels göra det tydligt, och dels göra det möjligt att besvara med hjälp av existerande empiriska studier.

Trots att det till en början verkade finnas tillräckligt med material, visade det sig efterhand att flera av artiklarna vid en närmare genomläsning hade ett bredare fokus än vad vår studie hade. Litteraturstudien är därför baserad på de delar av resultaten, från de artiklar som hittades med hjälp av den beskrivna metoden, som var relevanta för vårt syfte.

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans upplevelse av mötet med döden och den döende patienten. Ett problem som uppstod här var att det ibland är svårt att separera upplevelsen av *mötet* med den döende patienten från upplevelsen av att *vårda* döende patienter i de studier som analyserades. Anledningen är att mötet sker då sjuksköterskan utför sitt arbete, alltså då hon vårdar patienten. Att detta inte går att skilja på i resultatet blir dock av mindre betydelse då inte heller sjuksköterskans egen upplevelse är möjlig att särskilja på det viset. De upplevelser som uteslutande, eller till största del, handlar om sjuksköterskans arbete, så som stressen att ha mycket att göra, eller hierarkin i förhållande till läkaren, har däremot uteslutits. Så har även det som handlar om sjuksköterskans möte med anhöriga.

För att försäkra oss om att få tillräckligt mycket material inkluderades artiklar som var publicerade under de senaste 20 åren. Dock var de flesta relevanta artiklar från senare delen av 2000-talet, vilket tyder på att intresset för ämnet är relativt nytt. För att på ett tidigt stadium kunna bedöma om artiklarna var relevanta, och alltså göra urvalet hanterbart, sattes kravet att de skulle innehålla ett abstract. Detta kan ses som ett rimligt krav eftersom vetenskapliga artiklar kan förväntas ha ett abstract (Polit & Beck, 2008). Som språkliga begränsningar sattes att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska.

Plan för litteratursökningen

De tre databaserna Cinhal, Pubmed och Psykinfo, vilka alla bland annat innehåller omvårdnadslitteratur, borde utgöra ett brett sökfält. Tabell 1 visar också att sökningarna i den sista databasen, Psykinfo, inte gav speciellt många nya artiklar. Detta skulle kunna vara ett tecken på att sökningar i ytterligare databaser inte skulle ha tillfört mer material. Å andra sidan är det oroväckande att Iranmanesh (2009) studie inte kom upp i databassökningarna utan hittades genom Google Scholar. Kanske är detta snarare ett resultat av brister i söktermerna. Söktermerna formulerades utifrån litteraturstudiens syfte. Frågan om ytterligare söktermer

borde ha använts, och i så fall hur dessa skulle ha formulerats, har fortfarande inget tydligt svar.

Enligt Axelsson (2008) är det en styrka att använda både kvantitativa och kvalitativa studier, eftersom det ger ett bredare perspektiv än om bara det ena eller det andra slaget inkluderas. Trots detta användes endast kvalitativa studier i den här litteraturstudien, eftersom dessa svarade bättre på syftet, nämligen att undersöka sjuksköterskans *upplevelse* av mötet med döden.

Goodman lyfter fram att informationssökning från flera olika källor minskar risken för publikationsbias (SBU, 1993). I vetenskapliga tidskrifter publiceras framförallt positiva resultat, medan negativa studier inte publiceras. Därför menar Goodman (a a) att så kallad grå litteratur, t ex rapporter, kan vara värdefull. Det kan vara en brist att grå litteratur inte ingått i materialet till den här studien. Å andra sidan är den typ av publikationsbias som Goodman (a a) talar om förmodligen vanligare inom kvantitativa studier, eftersom kvalitativa studier inte ger så tydlig skillnad mellan positiva och negativa resultat. Vad som däremot saknas i litteratursökningen till den här studien är att det borde ha gjorts en manuell sökning av relevanta review-artiklars referenslistor.

Granskning och tolkning

Willmans (2006) protokoll användes för att bedöma studiernas kvalitet. Eftersom protokollet är testat och utvärderat valdes att endast göra små justeringar. Om större ändringar gjorts borde protokollet verifierats igen, vilket det inte fanns utrymme för inom ramen för den här studien. Endast artiklar av god eller medelgod kvalitet har inkluderats i studien.

Granskning och bedömning har gjorts efter bästa förmåga, väl medvetna om att avvägningar och bedömningar inte är enkla att göra när större erfarenhet på området saknas. Polit och Beck (2008) påpekar också att detta tar lång tid att lära sig. Även då granskningen görs av en erfaren person bör man vara medveten om att bedömningarna till stor del är subjektiva. Dixon-Woods et al (2006) lyfter speciellt fram svårigheten med att bedöma kvalitativa studier. När de lät sex erfarna granskare bedöma tolv kvalitativa artiklar till en litteraturstudie, kom de till olika resultat, inte bara beträffande vilka artiklar som höll hög kvalitet utan även när det gällde vilka som var relevanta för litteraturstudiens syfte. Resultatet säger något som svårigheterna med att bedöma kvalitativa studier. Likväl måste det göras, trots svårigheter och risken för subjektiva bedömningar, för att kvalitén på litteraturstudien skall bli så god som möjligt.

Vi har följt Brittons (2000) rekommendationer om vad som krävs för att slutsatser skall kunna dras. Dock verkar det som om Brittons rekommendationer framförallt rör kvantitativa studier. Det är oklart hur tillämpliga rekommendationerna är på kvalitativa studier. Eftersom samtliga studier som den här litteraturstudien baseras på använt sig av kvalitativ metod, bör slutsatserna betraktas med viss försiktighet.

Elva kvalitativa artiklar vilka representerar tio olika studier fanns kvar efter den sista gallringen. Två av artiklarna härrör alltså från samma undersökning (Hopkinson et al 2003, 2005). Vi har valt att använda oss av båda artiklarna då de har olika fokus, men betraktar materialet som en och samma studie.

Flera av studierna använde sig av en fenomenologisk approach, vilket gör studierna mer jämförbara vilket kan ses som en styrka (Polit & Beck, 2008). Å andra sidan skulle en större variation i forskningsmetodologi kunna ge ett större djup och bredd åt slutsatserna (Whitemore, 2005).

De flesta av studierna är utförda i Europa eller USA. Endast två av artiklarna kommer från Asien, närmare bestämt från Iran respektive Taiwan. Övriga världsdelar är inte representerade. Det är intressant att fråga sig hur resultatet skulle ha sett ut om den geografiska fördelningen av artiklar varit jämnare. Sannolikt hade det sett annorlunda ut, eftersom synen på döden skiljer sig åt i olika kulturer.

I resultatet är ökad livslust placerad i samma kategori som sorg och rädsla, vilket kan tyckas märkligt. Anledningen är att rädsla och livslust är tätt sammanflätade, via medvetenheten om den egna dödligheten, trots att de samtidigt är motstridiga.

Det är tänkbart att vi fått ett mer uttömmande resultat om vi haft möjligheten att inkludera fler än tio studier. Å andra sidan har vi inkluderat de studier som var mest relevanta för vårt syfte. Även om exkluderade studier säkert hade innehållit något i sitt resultat som varit relevant med hänsyn till vårt syfte, så är det bidraget förmodligen relativt litet. Vill man ha en fylligare och mer uttömmande bild av hur sjuksköterskor upplever mötet med döden och den döende patienten, skulle det förmodligen tillföra mer att göra fler empiriska studier på området.

Resultatdiskussion

Resultaten visade att döden väcker mycket känslor, speciellt hos nya, oerfarna sjuksköterskor. Sorg är kanske den vanligaste känsla som uppstår i mötet med döden. Sorgens styrka beror på flera faktorer bl.a. på hur nära relationen mellan patient och sjuksköterska har varit, om döden varit väntad eller kommit plötsligt, och på graden av identifikation med den döende. Men sorg är inte den enda känslan som väcks. Att konfronteras med döden innebär också att påminnas om sin egen dödlighet, vilket ibland kan skapa rädsla för döden, men också helt andra känslor, som ökad livslust.

Starka känslor i mötet med döden

Kalfoss (2009) framhåller att det är normalt för vårdpersonal att känna sorg i mötet med lidande och döende patienter, i synnerhet när man känt dem länge. Det är också något som de flesta deltagarna i de analyserade artiklarna verkar ha accepterat. Undantaget är de sjuksköterskor i Gerows (2010) studie som trodde att det förväntades att de inte skulle känna någon sorg när en patient dog.

Flera av studierna tog upp det faktum att sorgen blev svårare då sjuksköterskan kunde identifiera sig med patienten (Yang & Mcilpatrick, 2001; Wallerstedt & Andershed, 2007; Iranmanesh et al, 2009). Även Kalfoss (2009) skriver om att reaktionen ofta blir starkare då patienten är i samma ålder som sjuksköterskan, eller som någon närstående till henne. Enligt Kalfoss (a a) har den livsfas sjuksköterskan befinner sig i nämligen betydelse för hennes identitet, självkänsla och hennes syn på döden.

Ett sätt att hantera känslorna är att koncentrera sig på en annan känslöstämning och undertrycka de verkliga känslorna. Det kan leda till att man projicerar sina känslor på andra, eller att man stänger in sina känslor och kan då drabbas av depression och drar sig undan (Kalfoss, 2009). Även Arlebrink (1999) menar att det är viktigt att bearbeta känslorna efter en patients död för att det inte skall få negativa konsekvenser. Bearbetningen kan t ex göras genom att personalen tillsammans går igenom vad som hänt och hur det känns. Arlebrink kallar detta psykologisk obduktion och det blir ett sätt att ta farväl av patienten. Om det inte görs någon bearbetning kan känslorna för den döde patienten ligga kvar och utgöra ett hinder för relationen till nästa patient. Det är uppenbart att första steget till detta är att uppleva att det är accepterat att känna sorg, och att inställningen som Gerows et al (2010) sjuksköterskor hade, står i vägen för en sådan bearbetning.

Flera av studierna fann att nya sjuksköterskor upplever mötet med den döende patienten svårare än vad erfarna sjuksköterskor gör (Yang & Mcilpatrick, 2001; Boroujeni et al, 2008). Detta är i linje med en kvantitativ studie på onkologisjuksköterskor där Lange et al (2008) fann att ålder och erfarenhetens längd spelade roll för deras attityder till döden. Ju längre erfarenhet sjuksköterskorna hade desto mer positiv var deras inställning till döden (a a). Arlebrink (1999) menar att det är viktigt med utbildning och handledning för att hantera de mänskliga aspekterna av döendet.

Flera sjuksköterskor tog upp att mötet med döden väckte medvetenheten om den egna dödligheten och deras egen rädsla för att dö (Boroujeni et al, 2008; Gerow et al, 2010; Shorter & Stayt, 2010). Även Kalfoss (2009) menar att mötet med lidande och döende patienter kan väcka vår egen dödsångest. Vi har svårt för att föreställa oss vår egen död, men i mötet med den döende patienten blir ens egen dödlighet mer konkret. Patienten och hans närstående fungerar på så sätt som spegelbilder och gör att sjuksköterskan konfronteras med sin egen dödlighet och dödsångest. I dödsångesten ligger rädslan för att utplånas, rädslan för det okända, och rädslan att förlora de man älskar (a a).

Kalfoss (2009) säger också att döden väcker motstridiga känslor av accepterande och förnekande om att vi själva skall dö en dag. Intellectuellt accepterar vi det, men omedvetet förnekar vi det. Detta är en del av förklaringen till vår dödsångest. Rädslan för döden och döendet kan ta sig uttryck i många olika känslor som förtvivlan, osäkerhet, rädsla, vrede, hopplöshet, maktlöshet, aggression och skuld. Ju mer vi förmår oss att acceptera att vi själva ska dö desto mindre ångest kommer vi att känna i arbetet med den döende patienten (a a).

Payne et al (1998) fann i en jämförande studie av hospice- och akutsjuksköterskor i England att hospicesjuksköterskor känner sig mer bekväma med döden än akut sjuksköterskor. De kom också fram till att hospicesjuksköterskor inte undvek döden lika mycket som akutsjuksköterskor gjorde. Akutsjuksköterskor kände sig mer oroliga för sin egen död. Trots att antalet dödsfall var ungefär lika stort på hospice- som akutavdelningarna, var akutsjuksköterskorna mer undvikande då det gällde tankar på döden. Hospicesjuksköterskorna hade mindre dödsångest än akutsjuksköterskorna.

Resultaten visar att mötet med döden i rollen som sjuksköterska också skapar andra känslor, som är direkt kopplade till yrkesrollen. En sådan känsla är skuld

(Yang & Mcilpatrick 2001; Hopkinson et al, 2003; Espinosa et al 2010; Shorter & Stayt 2010). Skuld känslor väcks när man känner att man kanske borde ha gjort mer, eller när den verkliga döden inte stämmer med idealbilden av hur en bra död borde vara. Skuld känslorna förstärks också av bristande kunskap och vägledning, framförallt då hos oerfarna sjuksköterskor. Döden skapar också en känsla av maktlöshet hos sjuksköterskan – händelseförloppet går inte att ändra och ibland är det svårt att veta vad man skall svara på patientens frågor (Arlebrink, 1999).

Karlsson (2008) skriver att vårdpersonal i allmänhet är inriktade på att bota patienter, och det är detta som ger tillfredställelse. När det inte längre är möjligt att bota uppstår lätt en känsla av maktlöshet. För att skapa mening inom palliativ vård tillämpar man därför ofta ett helhetsperspektiv, att försöka göra något för patienten även om han/hon inte kan botas (a a). Kanske är det därför känslan av maktlöshet inte var lika uttalad i de studier som gjorts på palliativa avdelningar som på intensivvårdsavdelningar.

Inre och yttre resurser i mötet med döden

Resultatet visar att sätten att hantera de starka känslorna varierar. Något som många sjuksköterskor tar upp är att försöka hitta en balans mellan närhet och distans (Hopkinson et al, 2005; Boroujeni et al, 2008; Shorter & Stayt, 2010). För att kunna ge en god vård och göra ett bra arbete som man är nöjd med, måste man ha en relation till patienten, men om relationen blir för nära blir också sorgen stor, det blir jobbigt för sjuksköterskan rent känslomässigt. En professionell distans behövs därför för att sjuksköterskan skall kunna skydda sig själv.

Kalfoss (2009) menar att faran med ett väldigt starkt känslomässigt engagemang är att risken för utbrändhet ökar. Försöken att distansera sig kan ta sig olika former, t ex undvikande och att uppträda reserverat. Men det paradoxala är att sådana försök till att minska det känslomässiga engagemanget ökar stressen istället för att reducera den. Anledningen är att det ökar skuld känslorna och man känner sig otillräcklig, både på ett personligt och på ett professionellt plan (a a).

En vanlig strategi för att minska känslan av skuld när en patient dör är att försöka ha kontroll över situationen och se till att patienten får en så bra död som möjligt (Yang & Mcilpatrick, 2001; Hopkinson et al, 2003 och 2005; Boroujeni et al, 2008; Shorter & Stayt, 2010). Arlebrink (1999) menar också att ett sätt att hantera situationen är att söka mer kunskap och på så sätt få större kontroll. Enligt honom handlar detta om att intellektualisera fenomenet döden, alltså att trycka undan känslorna och fokusera på intellektet (a a).

Vidare visar resultatet att sjuksköterskorna i flera av studierna använde sig av ritualer, vilket antogs öka känslan av kontroll (Maeve, 1998; Gerow et al, 2010; Shorter & Stayt, 2010). Arlebrink (1999) menar att behovet av att ritualisera döden beror på att döden aldrig kan göras till en rutin, trots att det är en vanlig situation inom vården. Döden är ett komplext fenomen och alla vet vi att döden förr eller senare kommer, men det är något man inte gärna tänker på. Men när en patient dör blir vi påmind om vår egen dödlighet. Speciellt i de fall vi kan identifiera oss med patienten blir vi medvetna om att det kunde ha varit vi själva. Arlebrink (a a) menar dock att det är viktigt att ritualer, som att städa, inte ersätter känslorna. Syftet med ritualer som kringgärdar döden i sjukvården är enligt Arlebrink (a a) att man skall kunna hantera döden utan att den skall få negativa

konsekvenser för personalen. Men man kan aldrig bli helt fri från ångesten och det är inte heller önskvärt att bli det. Man måste fortfarande vara en människa och så länge man är det kommer man att fortsätta känna (a a).

Ett för stort kontrollbehov kan också vara ett problem. Kalfoss (2009) beskriver hur behovet av personlig kontroll ibland kan vara så stort att man inte förmår släppa kontrollen. I mötet med den döende patienten är det viktigt att sjuksköterskan utvecklar sin förmåga att tolerera sin osäkerhet och förlusten av den personliga kontrollen. Att kunna släppa kontrollen är nödvändigt för att kunna visa medkänsla, värme och ödmjukhet (a a).

För många, av de intervjuade sjuksköterskorna på intensivvårdsavdelningar, var de informella samtalen med kollegorna en viktig källa till stöd och tröst (Wallerstedt & Andershed, 2007; Espinosa, 2010; Shorter & Stayt, 2010). Payne et al (1998) som jämförde hospicesjuksköterskor och akutsjuksköterskor i en kvantitativ studie beskrev att hospicesjuksköterskorna kände att de kunde prata med sina kollegor och att de hade bra stöd från dem, medan detta saknades på akutavdelningarna. Det var alltså ett mönster som inte återspeglades i artiklarna som den här studien baserats på.

En del sjuksköterskor efterfrågade mer formellt stöd och handledning på arbetsplatsen (Wallerstedt & Andershed, 2007). För många var också vänner och familj ett viktigt stöd (Ablett & Jones, 2007; Shorter & Stayt, 2010).

Ett annat sätt att få tröst, vilket endast togs upp i en av studierna, var genom religionen (Yang & Mcilfattrick, 2001). Arlebrink (1999) menar att existentiella frågor väcks hos patienten som är medveten om att livet närmar sig sitt slut. Hur väl man hanterar sådana svåra situationer beror enligt Arlebrink förmodligen på hur väl integrerad livsåskådning man har, och därmed hur väl man kan sätta in sina upplevelser i en förståelse- och förklaringsmodell. Om detta synsätt inte bara kan appliceras på den döende patienten, utan också på sjuksköterskan, så är det kanske en förklaring till att de taiwanesiska sjuksköterskor som hade en religiös tro också hade lättare att acceptera döden (Yang & Mcilfattricks, 2001). Arlebrink (1999) poängterar även att en livsåskådning inte behöver vara religiös. Ingen av de artiklar som analyserats i den här studien tar upp andra livsåskådningar än religionen som en hjälp att hantera döden.

Några av de analyserade artiklarna tog upp humor som ett viktigt sätt att hantera olika situationer (Maeve, 1998; Hopkinson et al, 2005; Ablett & Jones, 2007). Humor kan fylla flera olika funktioner, bl a tygla känslomässigt engagemang. Alebrink (1999) menar att användandet av humor är ett sätt att förneka allvaret, ett sätt att fly. Även Kalfoss (2009) menar att vissa skämtar bort allvaret i situationer som väcker vår dödsångest.

Förändrad livssyn

Resultaten visade också att mötet med döden och den döende patienten kan ha en djupare betydelse för sjuksköterskor och bidra till en förändrad syn på livet, samt att många sjuksköterskor upplever att kontakten med döden gjort att de utvecklas som människor (Wallerstedt & Andershed, 2007; Iranmaneshs et al, 2009; Gerow et al, 2010; Shorter & Stayt, 2010). Kalfoss (2009) bekräftar att känslor innebär en möjlighet att närma sig patienten och att utvecklas som människa. Vidare säger

Kalfoss (a a) att uppgiften att vårda döende är något av det svåraste som sjuksköterskor ställs inför. Men det kan också vara berikande. Kalfoss (a a) säger att det mod och den styrka som många döende visar kan lära oss något om vad det innebär att vara människa, om sårbarhet, om livets mening och människors andliga styrka, om hur värdefull tiden kan vara när man har begränsad tid att leva. Vidare behöver döden inte vara av ondo, utan kan också vara en befrielse förknippad med lättnad och lugn. För sjuksköterskan kan mötet med sådana patienter vara en källa till personlig växt och mognad. Vad som avgör om den enskilda sjuksköterskan upplever omvårdnaden som skrämmande eller utvecklande är hennes egen självuppfattning och den mening hon tillskriver situationen (a a).

SLUTSATSER

Sorg, rädsla och skuld är vanliga känslor hos sjuksjuksköterskor i mötet med döden och den döende patienten. För att hantera framförallt sorgen, och därmed skydda sig själv, är det viktigt att sjuksköterskan kan hitta en balans mellan närhet och distans till patienten. För att känna sig trygg i sin roll och minska känslorna av skuld och rädsla, är det också viktigt att hon känner att hon har kontroll över situationen. En känsla av kontroll kan uppnås genom att ha tillräcklig kunskap, och kan förstärkas genom ritualer. Slutligen är det av stor betydelse att sjuksköterskan har kollegor som hjälper och stöttar och som hon kan prata med.

De rekommendationer som kan göras utifrån ovan dragna slutsatser är att det är viktigt att omvårdnaden av döende patienter blir en del i sjuksköterskeutbildningen, för att underlätta för sjuksköterskan att hantera mötet med döden. Det är också viktigt att arbetet på avdelningarna organiseras så att oerfarna sjuksköterskor får handledning och stöd från äldre kollegor. Då sjuksköterskan känner sig trygg i sin roll, vet att hon är kompetent för sin uppgift och har stöd från sina kollegor, verkar många sjuksköterskor kunna se mötet med döden och den döende patienten som något givande och utvecklande.

REFERENSER

Ablett, J R & Jones, R S P (2007) Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16(8): 733–740.

Arlebrink, J (1999) *Döden och döendet. Etiska, existentiella och psykologiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, Å (2008) Litteraturstudie. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. s. 173-188.

Beck, C T (1997) Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal of Nursing Education*, 36(9): 408-415.

Boroujeni, A Z et al (2008) Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16): 2329–2336.

Britton, A (2000) Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka. *Läkartidningen*, 97(40): 4414-4415.

DeMarinis, V (1998) *Tvärkulturell vård i livets slutskede. Att möta äldre personer med invandrabakgrund*. Lund: Studentlitteratur.

Dixon-Woods, M et al (2006) How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative Research*, 6: 27-44.

Ericson, E & Ericson, T (2009) *Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad. Medicinsk behandling. Patofysiologi*. (3:e uppl) Lund: Studentlitteratur.

Espinosa, L et al (2010) ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3): 273-81.

Frommelt, K H (2003) Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20(1), 13–22.

Gerow, L et al (2010) Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2): 122-9.

Hopkinson, J B et al (2003) Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5): 525-33.

Hopkinson, J B et al (2005) Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42(2):125-133.

International Council of Nurses (2006) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

- Iranmanesh, S et al (2009) Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach. *Holistic Nursing Practice*, 23(4): 243-52.
- Kalfoss, M H (2009) Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskans möte med sig själv. I: Almås, H (red.) *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB. s.48-64.
- Karlsson, E M (2008) *Livet nära döden. Situationer, status och social solidaritet vid vård i livets slutskede*. Vällingby: Elanders
- Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005). Socialstyrelsen.
- Lange, M et al (2008) Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6): 955-959.
- Maeve, M K (1998) Weaving a fabric of moral meaning: how nurses live with suffering and death. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6): 1136-42.
- Payne, S A et al (1998) A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4): 700-705.
- Polit, D F & Beck, C T (2008) *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. 7:e uppl. Philadelphia: Lippincott.
- Qvarnström (1993) *Vår död*. Arlöv: Almqvist & Wiksell.
- Sand, A M (2009) Se mig också – att vara närstående. I: Almås, H (red.) *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB. s. 31-47.
- SBU (1993) *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Rapport nr 119E. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB.
- Shorter, M & Stayt, L C (2010) Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1): 159-67.
- Simpson, S H (1997) Reconnecting: the experiences of nurses caring for hopelessly ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13: 189-197.
- SOSFS 1992:2 Socialstyrelsens allmänna råd om identitetskontroll m.m. av patienter i hälso- och sjukvården.
- SOSFS, 2005:27 Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
- SOU 2001:6 *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Huvudbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede. Socialdepartementet: Stockholm.
- Thomson, G et al (2010) Novice nurses' first death in critical care. *Dynamics*, 21(4): 26-36.

Wallerstedt, B & Andershed, B (2007) Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1): 32-40.

Whittemore, R (2005) Combining evidence in nursing research. Methods and implications. *Nursing Research*, 54(1): 56-62.

Willman, A et al (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization ><http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/><
2011-01-02

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

Yang, M & Mcilpatrick, S (2001) Intensive care nurses' experiences of caring for dying patients: a phenomenological study. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(9): 435-41.

BILAGOR

Bilaga 1: Kvalitetsgranskningsprotokoll
Bilaga 2: Artikelmatris

Bilaga H

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Deltagarkarakteristika

Antal :.....

Ålder :.....

Man/kvinna:.....

År av erfarenhet:.....

Är kontexten presenterad?

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant? Ja Nej Vet ej

– Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/
analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)

Bilaga H

Bilaga 2. Artikelmatris

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Ablett, J R & Jones, R S P</p> <p>”Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses’ experience”</p> <p>2007</p> <p>UK</p>	<p>Att beskriva hospicesjuksköterskors upplevelser/erfarenheter av sitt arbete.</p> <p>Fokus på aspekter som är betydelsefulla för deras återhämtningsförmåga och förmåga att fortsätta arbeta inom palliativ vård.</p>	<p>Kvalitativ, fenomenologisk ansats</p> <p>IPA (interpretative phenomenological analysis)</p> <p>10 sjuksköterskor (varav 9 kvinnor och 1 man) från ett hospice i nordvästra England intervjuades</p>	<p>Studien kom fram till teman som handlade om:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Faktorer som påverkat sjuksköterskor att välja palliativ vård -Attityder till livet och arbetet <p>Detta jämfördes med de teoretiska personlighetskonstruktionerna</p> <ul style="list-style-type: none"> -Härdighet (Hardiness) -Känsla av sammanhang <p>Resultatet visade att sjuksköterskorna hade en hög nivå av engagemang och tillskrev sitt arbete mening.</p>	<p>Medel</p>

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets granskning
<p>Boroujeni A Z et al</p> <p>“Iranian nurses’ preparation for loss: finding a balance in end-of-life care”</p> <p>2008</p> <p>Iran</p>	<p>Att undersöka interaktionen mellan sjuksköterska och döende patienter, samt deras familjer i akutvården. Fokus var på sjuksköterskans förberedelse på förlust.</p>	<p>Kvalitativ studie med Grounded theory.</p> <p>18 sjuksköterskor från blandade avdelningar på 3 olika universitetssjukhus i Iran blev intervjuade.</p>	<p>Kärntemat i studien var att hitta en balans mellan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kurativ och palliativ vård -Information och hopp -Förväntningar och förmåga -Närhet och distans <p>Det var en stor utmaning för sjuksköterskorna att hitta en god balans i vården av döende patienter. Det gäller inte bara i relationen till patienten och anhöriga, utan även deras uppfattning om sig själva och sitt agerande i omvårdnaden vid livets slut.</p>	<p>Bra</p>

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets granskning
<p>Espinosa, L et al</p> <p>"ICU Nurses' experiences in providing terminal care"</p> <p>2010</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser/erfarenheter av att vårda patienter vid livets slut</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie</p> <p>Ändamålsenliga urval gjordes på ett stort universitetssjukhus i sydvästra USA. 18 sjuksköterskor (varav 15 kvinnor och 3 män) med varierande åldrar och erfarenheter deltog. Fem individuella intervjuer gjordes, och därefter tre intervjuer i fokusgrupper. Slutsatserna verifierades genom uppföljning med två telefonintervjuer.</p>	<p>Studien kom fram till tre huvudteman:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hinder för optimal vård -Interna konflikter -Coping <p>Studien fann att vård i livets slutskede skapade en betydelsefull personlig och professionell kamp bland intensivvårdssjuksköterskorna.</p>	<p>Bra</p>

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets granskning
<p>Gerow, L et al</p> <p>“Creating a curtain of protection: Nurses’ experiences of grief following patient death”</p> <p>2010</p> <p>USA</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors upplevda erfarenheter kring patienters bortgång.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie.</p> <p>11 sjuksköterskor från blandade avdelningar deltog efter ändamålsenligt urval. Alla var kvinnor och kaukasiker i åldrar mellan 29 till 61 år och med 3 till 43 års erfarenhet.</p> <p>Semistrukturerade intervjuer användes.</p>	<p>Fyra teman identifierades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ömsesidig relation överträffar professionell relation -Tidiga erfarenheter av patients död är formande -Sjuksköterskors copingresponser innefattar andlig världssyn och omvårdnadsritualer -Att förbli ”professionell” kräver compartmentalizing av erfarenheter/upplevelser. <p>Resultatet visade att sjuksköterskor skapar en ridå av skydd för att mildra sorgprocessen och göra det möjligt för dem att fortsätta ge stödjande omvårdnad.</p>	<p>Medel</p>

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Hopkinson, J B et al</p> <p>“Caring for dying people in hospital”</p> <p>2003</p> <p>U.K</p>	<p>Att utveckla en förståelse för vården av döende patienter på sjukhus, från nykvalificerade sjuksköterskors perspektiv. Att utveckla en teori om hur sjuksköterskor kan bli hjälpta i att utföra kvalificerad vård av döende patienter.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie.</p> <p>Djupintervjuer genomfördes med 28 nykvalificerade sjuksköterskor från akutmedicinska avdelningar på två akutsjukhus i England. 27 kvinnor och 1 man i åldrar mellan 21-44 år med 2 mån – 3 års erfarenhet.</p>	<p>Alla sjuksköterskornas berättelser byggde kring 6 essenser:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personligt ideal -Det faktiska -Det okända -Det ensamma -Spänning (tension) -Anti-spänning (anti-tension) <p>Dessa essenser och relationerna mellan dem användes för att konstruera en modell av erfarenheterna av att vårda döende patienter på sjukhus.</p> <p>Författarna menar att modellen kan användas av sjuksköterskor för att finna förklaringar till sina känslor och beteenden. Detta skulle kunna ge dem emotionellt stöd, och på så sätt ha en positiv inverkan på kvalitén i vården av den döende patienten.</p>	<p>Bra</p>

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Hopkinson J B et al</p> <p>“Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?”</p> <p>2005</p> <p>UK</p>	<p>Att undersöka hur nykvalificerade sjuksköterskor klarar av (cope with) att vårda döende människor på en akut medicinsk avdelning.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie.</p> <p>Djupintervjuer genomfördes med 28 nykvalificerade sjuksköterskor från akutmedicinska avdelningar på två akutsjukhus i England. 27 kvinnor och 1 man i åldrar mellan 21-44 år med 2 mån – 3 års erfarenhet.</p>	<p>I studien (som är samma som föregående) presenteras 6 olika kategorier av saker som hjälper sjuksköterskan i arbetet med döende patienter:</p> <p>Relationer, Resurser, Lära av erfarenhet, Kontrollera engagemang, Mätning, Revidera idealbilden av döden</p> <p>Dessa användes i en kombination för att hantera den dagliga vården av den döende patienten.</p>	<p>Bra</p>
<p>Iranmanesh, S et al</p> <p>“Swedish nurses’ experiences of caring for dying people”</p> <p>2009</p> <p>Sverige</p>	<p>Att belysa innebörden av sjuksköterskors erfarenheter/upplevelser av att vårda döende patienter i hemmet och på specialavdelningar på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ studie med fenomenologisk hermeneutiskt tillvägagångssätt.</p> <p>8 kvinnliga sjuksköterskor (4 från hemsjukvård och 4 från en sjukhusavdelning) var intervjuade. De hade minst 2 års erfarenhet av arbete med döende patienter och var 35-58 år gamla.</p>	<p>Studien resulterade i tre huvudteman:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Möta patienter och anhöriga som unika personer -Lära i en utmanande miljö. -Uppnå personlig styrka. <p>Omvårdnaden av den döende patient och dennes familj krävde att sjuksköterskan skapade nära relationer med var och en av de inblandade.</p>	<p>Medel</p>

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgranskning
<p>Maeve, MK</p> <p>“Weaving a fabric of moral meaning: how nurses live with suffering and death”</p> <p>1998</p> <p>USA</p>	<p>Att undersöka hur sjuksköterskor hanterar patienter som lider och är döende.</p>	<p>Kvalitativ naturalistisk studie. 9 sjuksköterskor (8 kvinnor, 1 man) i åldrar mellan 26-54 år, och med yrkeserfarenhet mellan 6 och 20 år, från blandade avdelningar, blev intervjuade.</p>	<p>Studien fann ett kärnfenomen: ”Att väva ett tyg av moralisk mening”, med tre teman som stöd för detta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kontrollera sitt engagemang -Att göra rätt sak/god sak -Städa upp 	<p>Medel</p>
<p>Shorter, M & Stayt, L C</p> <p>“Critical care nurses’ experiences of grief in an adult intensive care unit”</p> <p>2010</p> <p>U.K</p>	<p>Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter/upplevelser av sorg samt deras copingmekanismer när en patient dör.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie. 8 intensivvårds sjuksköterskor (alla kvinnor) på ett stort universitetssjukhus i England intervjuades. De hade från 8 månader upp till 6 års yrkeserfarenhet.</p>	<p>Sjuksköterskorna kände sorg då patienter de vårdat gått bort. Faktorer som gjorde upplevelsen mindre svår för sjuksköterskan var om patienten haft en ”bra” död, om den varit väntad, och om patienten fått god omvårdnad. Informella samtal med kollegor var ett sätt att hantera känslorna.</p> <p>Författarna drog också slutsatsen att upprepade möten med död och sorg kunde leda till arbetsrelaterad stress och så småningom utbrändhet. Brist på känslomässigt engagemang hade betydelse för kvalitén i vården av den döende patienten och närstående.</p>	<p>Medel</p>

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets granskning
<p>Wallerstedt B & Andershed B</p> <p>“Caring for dying patients outside palliative care settings: experiences from a nursing perspective”</p> <p>2007</p> <p>Sverige</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors upplevelser/erfarenheter av vård av allvarligt sjuka och döende patienter utanför speciella palliativa avdelningar.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie.</p> <p>9 sjuksköterskor från primärvården (distriktssköterska), hemsjukvården och medicisk-, operations- och gynekologiska avdelningar på sjukhus, i olika delar av Sverige blev intervjuade. Deltagarna var 30-65 år och hade 10-39 års erfarenhet.</p>	<p>Studien fann tre gemensamma strukturer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ambition och hängivenhet -Dagliga möten -Tillfredsställelse/Missnöje <p>Resultatet beskrev sjuksköterskornas ambition att ge döende patienter och deras anhöriga en högkvalitativ vård. Men de upplevde olika grader av missnöje på grund av otillräckligt samarbete, stöd, tid och resurser. Tillfredsställelse fann de bl a i kontakten med patienten, fungerande samarbete med kollegor samt den egna utvecklingen.</p>	<p>Bra</p>

Författare, Titel, År, Land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitets granskning
<p>Yang, M-H & Mcilpatrick, S</p> <p>”Intensive care nurses’ experiences of caring for dying patients: a phenomenological study”</p> <p>2001</p> <p>Taiwan</p>	<p>Att undersöka intensivvårdssjuksköterskors erfarenheter/upplevelser av att vårda patienter som är döende.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk studie.</p> <p>10 intensivvårdssjuksköterskor var ändamålsenligt utvalda från 2 olika universitetssjukhus i Taiwan. Deras ålder var 22-32 år och de hade 2-12 års arbetserfarenhet. Intervjuer genomfördes på alla deltagarna.</p>	<p>13 huvudteman delades in i tre grupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sjuksköterskors attityder till vård av döende -Stressfaktorer i vård av döende -Copingstrategier <p>Slutsatsen drogs att utbildning för intensivvårdssjuksköterskor måste ha med dessa frågor för att förbättra vården av döende patienter på intensivvårdsavdelningar.</p>	<p>Medel</p>