



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Distriktssköterskors erfarenheter av att hantera kritiska händelser i livets slutskede

En kvalitativ studie med Critical Incident Technique

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad, examensarbete för magisterexamen, 15 hp*

FÖRFATTARE: *Emma Brorsson & Josefin Lindahl*

HANDLEDARE: *Lise-lotte Jonasson*

JÖNKÖPING 2026 januari



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Experiencing and Managing Critical Incidents in End-of-Life Care: District Nurses' Perspectives

A Qualitative Study Using the Critical Incident Technique

Subject: *Exam thesis, Master in Nursing Science, 15 credits*

Author: *Emma Brorsson & Josefin Lindahl*

Supervisor: *Lise-lotte Jonasson*

JÖNKÖPING 2026, january

Sammanfattning

Bakgrund: Vård i livets slutskede fokuserar på att lindra lidande och främja livskvalitet utifrån ett helhetsperspektiv på patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Distriktssköterskan har en central roll genom personcentrerad omvårdnad, samordning av insatser och samverkan i team. Vården bedrivs ofta i komplexa vårdmiljöer där kritiska händelser och emotionella utmaningar kan uppstå, vilket ställer höga krav på professionell kompetens, kommunikation och etiskt förhållningssätt.

Syfte: Syftet var att belysa hur distriktssköterskor erfar och hanterar kritiska händelser vid vård av patienter i livets slutskede

Metod: Examensarbetet hade en kvalitativ design och induktiv ansats enligt Critical Incident Technique. Data samlades in genom ett webbaserat frågeformulär besvarat av sjuksköterskor och distriktssköterskor inom kommunal primärvård. Totalt identifierades 172 kritiska händelser i 44 frågeformulär, vilka analyserades utifrån deltagarnas erfarenheter och hantering.

Resultat: Kritiska händelser präglades av emotionell belastning, etiska dilemman och organisatoriska utmaningar. Bristande symtomlindring, samverkan och komplexa relationer med anhöriga påverkade vården i livets slutskede. Hantering skedde genom planering, samverkan, kommunikation, närvaro samt kollegialt stöd och reflektion. Yrkeserfarenhet och organisatoriskt stöd stärkte professionell trygghet i komplexa situationer.

Slutsats: Tydlig planering, personcentrerad vård, erfarenhet, utbildning och organisatoriskt stöd stärker distriktssköterskors förmåga att hantera kritiska händelser och ge trygg och säker vård i livets slutskede.

Nyckelord: Palliativ vård, terminalvård, omvårdnad inom distriktsvård, copingförmåga och uppfattning.

Summary

Background: End-of-life care aims to relieve suffering and promote quality of life through an holistic approach addressing patients' physical, psychological, social and existential needs. District nurses play a central role through person-centred care, coordination of interventions and interprofessional collaboration. Care is often provided in complex settings where critical incidents and emotional challenges may arise, which requires a high level of professional competence, communication and ethical practice.

Aim: To describe district nurses experience and manage critical incidents in end-of-life care.

Method: A qualitative design with an inductive approach based on the Critical Incident Technique. Data were collected through a web-based questionnaire completed by nurses and district nurses working in municipal primary care. A total of 172 critical incidents from 44 questionnaires were analysed, based on participants' experiences and management strategies.

Results: Critical incidents were characterised by emotional strain, ethical dilemmas and organisational challenges. Inadequate symptom relief, insufficient collaboration and complex relationships with relatives affected care. Management involved planning, collaboration, communication, presence, collegial support and reflection. Professional experience and organizational support strengthened nurses' professional confidence in complex situations.

Conclusion: Person-centered care, planning, professional experience, education and organizational support enhance district nurses' ability to manage critical incidents and provide safe end-of-life care.

Keywords: Palliative Care, terminal Care, community health nursing, coping skills and perception.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Palliativ vård i livets slutskede.....	1
Distriktssköterskans roll.....	2
Distriktssköterskans erfarenheter av vård i livets slutskede.....	2
De 6 S:n.....	3
Problemformulering	4
Metod	4
Design.....	4
Urval.....	4
Datainsamling.....	5
Dataanalys.....	6
Etiska överväganden.....	7
Förförståelse.....	7
Resultat	7
Distriktssköterskors erfarenheter av kritiska händelser vid vård i livets slutskede.....	9
Känslomässiga reaktioner vid vård i livets slutskede.....	9
Känslomässig och professionell påverkan vid symtomlindring.....	10
Organisatoriskt stöd och samverkan vid kritiska händelser.....	10
Erfarenheter av utmanande samspel med anhöriga.....	11
Samspel med anhöriga vid vård i livets slutskede.....	11
Distriktssköterskors hantering av kritiska händelser vid vård i livets slutskede.....	12
Strategier för att hantera kritiska händelser i livets slutskede.....	12
Att planera och samverka för personcentrerad vård.....	12
Att hantera och skapa teambaserad personcentrerad vård.....	13
Att hantera samtal genom tydlig och närvarande kommunikation.....	13
Att skapa trygghet genom närvaro i vårdmiljö.....	13
Att utveckla professionell trygghet.....	14
Att utveckla professionell trygghet genom reflektion och erfarenhet.....	14
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Slutsatser	20
Kliniska implikationer	20
Vidare forskning.....	21
Referenser	22
Bilagor	29

Bilaga 1	29
Bilaga 2	31
Bilaga 3	33

Inledning

Distriktssköterskors perspektiv av vård i livets slutskede är särskilt viktig att belysa eftersom de ofta har en central roll inom kommunal primärvård, det vill säga inom kommunal hemsjukvård eller kommunala boenden. Distriktssköterskans upplevelse av otillräcklighet och etiska dilemman har setts påverka deras psykiska välbefinnande. Genom samarbete och utbyte av erfarenhet kan distriktssköterskor bättre hantera dessa känslomässigt och professionellt utmanande situationer (Danielsen et al., 2018).

Forskning har hittills främst fokuserat på strukturella och organisatoriska aspekter inom palliativ vård medan distriktssköterskornas subjektiva upplevelser och behov av stöd i mötet med kritiska händelser, komplexa och emotionellt krävande situationer i vård i livets slutskede är mindre utforskade (Andersson, 2017). Trots att palliativ vård och ett palliativt förhållningssätt förväntas ingå i sjuksköterskans grundutbildning visar studier att detta ofta saknas eller berörs ytligt både i Sverige och i Europa (Garralda-Domezain et al., 2025), då utbildningen främst är inriktad på kurativ vård (Persson et al., 2022). Identifierade kunskapsbrister hos sjuksköterskorna omfattar symtomlindring, praktiska färdigheter och existentiella samtal om livets slut och döden (Åvik Persson et al., 2023). Behovet av en förbättrad palliativ vård i Sverige är av stor betydelse och har blivit alltmer framträdande i takt med en åldrande befolkning och en ökad förväntad livslängd (Persson et al., 2022). En utveckling gällande utbildningen inom palliativ vård är av central betydelse för att sjuksköterskor ska erhålla adekvat kunskap och vara tillräckligt förberedda för att hantera de komplexa situationer som kan uppstå i mötet med patienter och anhöriga vid vård i livets slutskede (Almahrizi et al., 2025). Därför är det viktigt att studera hur distriktssköterskor upplever och hanterar vård i livets slutskede inom kommunal primärvård samt vilket stöd de upplever sig behöva i etiskt och emotionellt krävande situationer. Ökad kunskap om deras erfarenheter kan bidra till utveckling av stödinsatser och förbättrad kvalitet i den palliativa vården.

Bakgrund

Palliativ vård i livets slutskede

Palliativ vård innebär att utifrån ett helhetsperspektiv minska lidande och förbättra livskvaliteten för patienten och anhöriga. Det omfattar att uppmärksamma, analysera och behandla fysiska, psykiska, existentiella och sociala behov (WHO, 2020; IAHP, 2018). Livskvalitet ska främjas fram till livets slut oberoende av bakomliggande diagnos (WHO, 2020; Socialstyrelsen, 2013). Ursprungligen utformades vårdformen för patienter med cancer, numera omfattas även andra allvarliga och livshotande sjukdomar som kan leda till döden inom dagar, veckor, månader eller år (Regionala cancercentrum, 2023). För att kunna möta dessa komplexa behov krävs ett personcentrerat och relationsbaserat förhållningssätt, där patienten och anhöriga aktivt involveras i planeringen och utförandet av vården (Batalden et al., 2016).

När omvårdnaden präglas av respekt, effektiv kommunikation samt gemensamt ansvar mellan patient och vårdpersonal skapas förutsättningar för samskapande omvårdnad. I detta arbetssätt tas patientens egna resurser och styrkor tillvara och vården utformas tillsammans med patienten och anhöriga (Batalden et al., 2016). Samskapande omvårdnad främjar personcentrerad vård (Sandman & Kjellström, 2018), där patientens delaktighet och tillgång till information ökar möjligheter att uppleva trygghet i vårdsituationen (Batalden et al., 2016). Genom öppen kommunikation och gemensam förståelse kan distriktssköterskan tillsammans med patient och anhöriga utforma en individanpassad omvårdnad som värnar patientens integritet och värdighet (Edberg et al., 2021; ICN, 2021). Ett etiskt och professionellt förhållningssätt där patientens behov, värderingar och önskemål ligger till grund för vårdens utformning, är centralt för personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). För att omsätta dessa principer i praktiken behöver distriktssköterskan integrera sina kärnkompetenser i det dagliga arbetet, där personcentrerad vård, etiskt förhållningssätt och samverkan i team utgör centrala komponenter. Tidig identifiering av patientens behov av palliativ vård är därmed avgörande för att vården ska kunna planeras och anpassas utifrån individuella förutsättningar, värderingar och livssituation (WHO, 2020).

Tidig identifiering av behovet av palliativ vård är viktigt för att säkerställa en trygg och säker vård. Med stöd av klinisk erfarenhet och bedömningsverktyg kan sjuksköterskan vidta rätt insatser vid rätt tidpunkt (WHO, 2020). Vårdinriktningen inleds vanligen i en tidig fas som tidsmässigt kan vara lång men eftersom patienter har olika diagnoser kan faserna ha olika tidsramar (Socialstyrelsen, 2018). Övergången till fas två, som fokuserar på palliativ vård i livets slutskede sker vanligtvis successivt och inleds när det bedöms att patienten har begränsad tid kvar att leva. I detta skede kan patientens allmäntillstånd vara nedsatt och vårdens primära inriktning är att optimera symtomlindring och främja livskvalitet i den utsträckning det är möjligt (Socialstyrelsen, 2018). När behov uppstår som kräver fördjupad kompetens kan specialiserad palliativ vård komplettera och stödja den allmänna vården genom att erbjuda fördjupad kompetens och resurser. Tillgång till specialiserad palliativ vård kan ges via särskilda enheter eller konsultteam, med expertkunskap inom palliativ medicin och omvårdnad. Verksamheter som bedriver allmän palliativ vård kan erhålla stöd och vägledning från konsultteam vid behov (Socialstyrelsen, 2018). Dessa vårdinsatser behöver dessutom anpassas efter den miljö där vården utövas (Larsdotter et al., 2024).

Omvårdnaden i livets slutskede kan ges i olika vårdmiljöer, det kan vara i hemmet med hjälp av kommunal primärvård, kommunala särskilda boenden eller ordinärt boende. Även om antalet dödsfall på sjukhus har minskat avled år 2019 endast cirka 20 % i det egna hemmet. Studier visar att omkring 71 % av befolkningen föredrar att dö i hemmet, vilket belyser en tydlig diskrepans mellan önskad och faktisk dödsplats i Sverige (Larsdotter et al., 2024). Trots att både särskilt- och ordinärt boende inom kommunal primärvård har en central roll i vården i livets slutskede, är palliativ vård ännu inte fullt ut implementerad i dessa vårdmiljöer (Persson et al., 2022). Detta ställer höga krav på vårdpersonalen som ansvarar för den palliativa vården, där distriktssköterskan har en särskild central roll (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Distriktssköterskans roll

Inom den kommunala primärvården har distriktssköterskan ett omfattande ansvar som innefattar medicinska och omvårdnadsrelaterade åtgärder. Enligt kompetensbeskrivningen förväntas distriktssköterskan ha fördjupad kunskap om palliativ vård i hemmet (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Höga krav ställs på kompetens för att kunna möta patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov i livets slutskede (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). För att tillgodose patientens behov på bästa sätt är ett nära tvärprofessionellt samarbete avgörande, där distriktssköterskan ofta har ansvar för koordinering och samordning (Borgström et al., 2025).

Ett tvärprofessionellt samarbete är centralt för att uppnå goda vårdresultat och säkerställa en sammanhållen vård, som präglas av ett personcentrerat förhållningssätt (Borgström et al., 2025). Ett fungerande teamarbete kännetecknas av god kommunikation, tydliga roller och ansvarsområden samt gemensam kompetensutveckling. Genom detta ökar arbetsprocessens effektivitet samtidigt som risken för missförstånd reduceras. Samarbetet i team stärker de olika professionerna och ger en tryggare arbetsmiljö för distriktssköterskan (Regionala cancercentrum, 2023). Vid vård i livets slutskede är det särskilt viktigt att teamet både har gemensam förståelse och har kompetens att hantera den existentiella och emotionella komplexitet som ofta uppstår vid obotliga sjukdomar. Genom ömsesidigt samarbete mellan vårdpersonal och patient kan en djupare förståelse nås för patientens situation och behov (Ekberg et al., 2021). För att patienten ska få bästa möjliga vård behöver teamets arbete planeras och koordineras noggrant. När patienten har behov av insatser från flera professioner har distriktssköterskan en central roll i samordningen av vården, där verktyg som den samordnade individuella planen (SIP) kan användas för att tydliggöra patientens behov och önskemål med fokus på självbestämmande (Socialstyrelsen, 2024). Distriktssköterskan ansvarar ofta för att initiera och följa upp processen vilket kräver god samverkansförmåga och ledarskapsförmåga (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Samtidigt visar forskning att verktyget inte alltid används på ett optimalt sätt och orsaker antas vara otydlig rollfördelning samt organisatoriska hinder (Matscheck & Piuva, 2023). En tydlig plan med patientens önskemål i fokus kan förebygga att oönskade händelser uppkommer (Dinnen et al., 2019). Distriktssköterskans ansvar för samordning, beslutsfattande och personcentrerad vård i livets slutskede innebär komplexa vårdssituationer som består av medicinska, emotionella och existentiella krav (Norouzadeh et al., 2022). Dessa utmaningar blir särskilt tydliga i hur distriktssköterskor upplever och hanterar vård i livets slutskede (Hulen et al., 2022).

Distriktssköterskans erfarenheter av vård i livets slutskede

Distriktssköterskor erfar att de ofta ställs inför medicinska, känslomässiga och existentiella utmaningar i samband med vård i livets slutskede (Norouzadeh et al., 2022). Frågor kring döden

upplevs ibland som svåra att hantera både för distriktssköterskor, patienter och anhöriga vilket kan leda till att existentiella samtal undviks (Saretta et al., 2022). Kommunikation med döende patienter innebär en särskild utmaning då den behöver anpassas efter kulturella och personliga normer samt präglas av ett respektfullt och etiskt förhållningssätt (Chen et al., 2022). God kommunikation är avgörande för att skapa trygghet hos patienter framförallt i situationer då framtiden är oviss och oro lätt kan uppstå (Norouzadeh et al., 2022). Distriktssköterskor möter patienter i livets slutskede som kan ha svårt att uttrycka sina önskemål, vilket försvårar möjligheten att erbjuda personcentrerad vård (Ekberg et al., 2021). Situationen kan medföra känsla av otillräcklighet, särskilt när existentiellt lidande är påtagligt men svårt att hantera på ett adekvat sätt (Karlsson et al., 2017). Mot denna bakgrund blir distriktssköterskans professionella förhållningssätt centralt i mötet med patienten. En viktig aspekt är förmågan att balansera närvaro och professionell distans, vilket är avgörande för att kunna ge stöd samtidigt som det känslomässiga engagemanget i vården hanteras (Hulen et al., 2022). Denna balans utgör en betydande faktor i distriktssköterskors upplevelser av arbetet i livets slutskede inom kommunal primärvård (Robinson et al., 2024).

Arbetet inom kommunal primärvård beskrivs som känslomässigt krävande, inte minst på grund av etiska dilemman och en upplevd ensamhet i beslutsfattandet (Midlöv & Lindberg, 2019). Balans mellan närvaro och professionell distans upplevs inte enbart som en utmaning, utan kan även utgöra en källa till professionell tillfredsställelse och personlig utveckling (Robinson et al., 2024). Positiva erfarenheter beskrivs när distriktssköterskor upplever att de kan lindra lidande och bidra till patientens trygghet under den sista tiden i livet (Andersson et al., 2016). Trots tidsbrist och begränsade resurser uttrycker de en stark vilja att bidra till ett värdigt avslut för patienten (Karlsson et al., 2017), vilket ställer krav på ett strukturerat och personcentrerat arbetssätt som stödjer både patientens behov och distriktssköterskans professionella bedömningar (Österlind et al., 2022; Blomberg et al., 2021).

Distriktssköterskans arbete bygger på en palliativ värdegrund där personcentrerad omvårdnad står i fokus, vilket främjar patientens värdighet och stärker möjligheten att erbjuda god vård (Blomberg et al., 2021). Flexibilitet och ett personcentrerat arbetssätt bidrar till kontinuitet och trygghet i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Vidare spelar erfarenhet en central roll för att vården ska upplevas som meningsfull, även i komplexa och krävande situationer för såväl patient och anhöriga som för distriktssköterskan (Chan et al., 2020). Distriktssköterskornas erfarenheter av vård i livets slutskede understryker behovet av ett strukturerat och samtidigt flexibelt förhållningssätt. Som stöd i både kliniska bedömningar och i det mellanmänskliga mötet kan distriktssköterskor tillämpa 6 S-modellen vilken bidrar till att synliggöra och strukturera de aspekter av vården som beskrivs som särskilt betydelsefulla i vård i livets slutskede (Österlind et al., 2022).

De 6 S:n

Modellen "De 6 S:n" är särskilt framtagen för en humanistisk människosyn inom palliativ vård och syftar bland annat till att minska patientens lidande, förbättra livskvalitet och erbjuda stöd till anhöriga före och efter patientens död (Ternestedt et al., 2017). Genom att främja patientens delaktighet i vården bidrar modellen till ökad livskvalitet för patienten samt en mer tillfredsställande arbetsmiljö (Österlind & Heno, 2021). Modellen består av sex centrala begrepp vilka är självbild, självbestämmande, symtomlindring, sociala relationer, sammanhang och strategier (Österlind et al., 2022).

En god förståelse för patientens självbestämmande underlättar för distriktssköterskan att ta hänsyn till patientens önskemål och beslut (Svendsen et al., 2025), och erfarenhet av individanpassad farmakologisk symtomlindring ger trygghet åt patient, anhörig och distriktssköterska (Bowers & Redsell, 2017). Genom samtal, lyhördhet och tydlig information skapas dessutom goda relationer med patienter och anhöriga vilket bidrar till att lindra oro och ångest och därmed underlättar distriktssköterskans arbete (Ahlstedt et al., 2019). Den palliativa vården ska betraktas ur ett helhetsperspektiv med planerade lämpliga vårdåtgärder. Vid behov kan olika professioner involveras för att säkerställa en trygg och sammanhållen vårdprocess samt för att ge distriktssköterskan stöd i hanteringen av kritiska situationer som kan uppstå (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Modellen "De 6 S:n" utgör ett teoretiskt ramverk med praktisk tillämpning som kan stödja distriktssköterskors arbete i vården i livets slutskede (Ternestedt et al., 2017).

Problemformulering

Med en ökad andel patienter som vårdas i hemmet under livets slutskede blir distriktssköterskans roll allt mer framträdande och central (Socialstyrelsen, 2013). Distriktssköterskans arbetssätt kännetecknas av självständighet, kliniska bedömningar, god kommunikativ förmåga samt ett etiskt reflekterande förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Trots detta är kunskapen begränsad om hur distriktssköterskor upplever och hanterar kritiska händelser i livets slutskede i kommunal primärvård. Tidigare forskning har framförallt fokuserat på organisatoriska och strukturella faktorer i vården medan distriktssköterskors subjektiva upplevelser särskilt i etiskt komplexa och emotionellt krävande situationer är mindre kartlagda (Porr et al., 2024). Det saknas kunskap om hur distriktssköterskor upplever och hanterar dessa betydande händelser som kan uppstå vid vård i livets slutskede (Näppä et al., 2023). Fördjupad kunskap om distriktssköterskors upplevelser och hantering av dessa kritiska händelser kan bidra med viktig insikt till omvårdnadsforskningen.

Syfte

Syftet var att belysa hur distriktssköterskor erfar och hanterar kritiska händelser vid vård av patienter i livets slutskede.

Metod

Design

Examensarbetet hade en kvalitativ design med induktiv ansats (Henricson & Billhult, 2017) och genomfördes enligt Flanagans Critical Incident Technique (CIT). Flanagan (1954) beskriver en kritisk händelse som en avgränsad situation med avgörande påverkan på resultatet. Händelsen ska vara tillräckligt detaljerad för att möjliggöra förståelse av både orsak och konsekvens samt ha en tydlig början och slut vilken har haft ett positivt eller negativt inflytande på det önskade målet. CIT användes för att identifiera och analysera hur distriktssköterskor erfar och hanterar kritiska händelser vid vård i livets slutskede. Metoden är en flexibel och utgår från fem fasta steg: att fastställa studiens syfte, specificera vad som utgör en kritisk händelse samt inklusions- och exklusionskriterier, datainsamling, analysera och tolka materialet samt redovisa resultatet (Flanagan, 1954). Datainsamlingen genomfördes med hjälp av ett webbaserat frågeformulär via plattformen esMaker.

Urval

Ett ändamålsenligt urval tillämpades för att säkerställa att deltagare med kunskap och erfarenhet som var relevant till syftet inkluderades. Urvalet hade som mål att uppnå variation i det insamlade materialet och därigenom stärka examensarbetets kvalitet. Polit och Beck (2021) beskriver att ett ändamålsenligt urval är lämpligt när studien avser att inkludera informanter med specifika erfarenheter inom det undersökta området. Examensarbetets inklusionskriterier omfattade deltagare som var legitimerade sjuksköterskor eller distriktssköterskor verksamma inom kommunal primärvård, med erfarenhet av en kritisk händelse i samband med vård av patienter i livets slutskede samt kunde redogöra för hur denna händelse hanterades. Det gjordes inga begränsningar avseende kön, ålder eller antal år i yrket.

Rekryteringen genomfördes genom att informationsbrev och samtyckesformulär (se Bilaga 1) skickades via e-post till enhets- och verksamhetschefer inom kommunal primärvård i 34 kommuner i södra Sverige. Efter att verksamhetschefer eller enhetschefer hade godkänt att examensarbetet fick genomföras vidarebefordrade de informationsbrevet (se Bilaga 2) tillsammans med en länk till frågeformuläret (se Bilaga 3) till de medarbetare som föll inom inklusionskriterierna. I vissa fall fick studenterna direkt tillgång till e-postadresser till potentiella deltagare vilket möjliggjorde direktutskick av enkäten.

Samtliga deltagare som besvarade frågeformuläret var kvinnor och åldern varierade från 24 till 72 år. Yrkeserfarenhet som sjuksköterska eller distriktssköterska sträckte sig från 0 till över 21 år. Flertalet hade genomgått kurser eller vidareutbildning med inriktning mot palliativ vård. En sammanställning av deltagarnas sociodemografiska bakgrund redovisas i tabell 1.

Tabell 1*Sociodemografisk data av deltagarna (n = 44)*

Variabel	Kategori	Antal	Procent %
Kön	Kvinna	44	100%
Ålder	20-30 år	7	16%
	31-50 år	20	46%
	51-70 år	16	36%
	71 år eller mer	1	2%
Yrkeserfarenhet i antal år som distriktssköterska eller sjuksköterska	0-5 år	10	23%
	6-10 år	7	16%
	11-20 år	14	32%
	21 år eller mer	13	29%
Vidareutbildning eller kurs i palliativ vård	Ja	21	48%
	Nej	23	52%
Tidigare upplevt kritisk händelse i vård vid livets slutskede	Ja	39	89%
	Nej	3	7%
	Osäker	2	4%

Datainsamling

CIT erbjuder stor flexibilitet i val av datainsamlingsmetod och kan användas genom observationer, intervjuer eller frågeformulär (Flanagan, 1954). Eftersom examensarbetet genomfördes av studenter placerade på olika orter och det fanns begränsad möjlighet till fysisk kontakt med potentiella deltagare, valdes ett webbaserat frågeformulär som insamlingsmetod. Detta möjliggjorde deltagande oberoende av geografisk placering och underlättade insamling av data från flera personer på ett effektivt sätt (Billhult, 2017b).

Datainsamlingen genomfördes via esMaker, ett webbaserat frågeformulär tillgängligt för studenter vid Jönköping University. Formuläret var tillgängligt mellan 29 augusti och femte oktober 2025. Deltagarna ombads att beskriva en eller flera kritiska händelser i samband med vård av patienter i livets slutskede. Begreppet betydande händelse användes i frågeformuläret istället för kritiska händelser, för att minska risken att deltagarna uppfattade frågan som enbart kopplad till svåra eller negativa situationer. Deltagarna uppmanades att beskriva händelseförloppet, sina egna handlingar, konsekvenser samt vilka åtgärder som vidtagits. Frågeformuläret inleddes med fem bakgrundsfrågor avsedda att samla in demografiska uppgifter. Därefter följde nio huvudfrågor bestående av både öppna- och flervalsfrågor med möjlighet att utveckla svaret (se Bilaga 3). Kombinationen gav utrymme för nyanserade och personliga svar, vilket anses lämpligt vid kvalitativa studier (Polit & Beck, 2021). En pilotstudie genomfördes med fyra utvalda sjuksköterskor inför det slutgiltiga utskicket av frågeformuläret. Syftet var att säkerställa att frågorna var tydliga, relevanta och begripliga (Billhult, 2017b). De hade tillgång till frågeformuläret 27 och 28 augusti med möjlighet till återkoppling. En deltagare saknade alternativet maktlöshet i en flervalsfråga men eftersom fritextruta fanns bedömdes det inte påverka resultatet. Samtliga fyra besvarade frågeformulär i pilotstudien inkluderades därför i examensarbetet.

Totalt inkom 47 besvarade frågeformulär. Tidigt i granskningen exkluderades tre frågeformulär, då två händelser saknade tydlig avgränsning mellan början och slut och en utgick från ett anhörigperspektiv. Dessa tre exkluderades då de inte överensstämde med examensarbetets syfte. Det slutliga analysmaterialet bestod därmed av 44 enkäter, vilka genererade 172 kritiska händelser. För att öka svarsfrekvensen skickades en påminnelse ut efter tio dagar, då det enligt Billhult (2017b) vanligtvis

endast är hälften av deltagarna som svarar vid första utskicket. Påminnelsen resulterade dock inte i några ytterligare inkomna svar. Enligt Flanagan (1954) är mellan 50 och 100 kritiska händelser tillräckligt för att uppnå datamättnad. Sharoff (2007) betonar att det framförallt är antalet redovisade kritiska händelser, snarare än antalet deltagare som avgör analysens omfattning. De händelser som samlats in i examensarbetet bedömdes därför vara tillräckliga för att möjliggöra en fördjupad analys.

Dataanalys

Det finns ingen strikt fastställd analysprocedur för Critical Incident Technique (CIT), analysen inspirerades därför av Flanagan (1954) samt Fridlund & Mårtensson (2017) vilket resulterade i att insamlad data analyserades med ett öppet och förutsättningslöst förhållningssätt. Det insamlade datamaterialet i esMaker bearbetades i flera steg. Inledningsvis läste båda studenterna igenom materialet var för sig vid upprepade tillfällen för att skapa en helhetsbild. Därefter identifierades, markerades och numrerades kritiska händelser, vilka granskades för att säkerställa att de uppfyllde kriterierna för en kritisk händelse. Eftersom syftet omfattade både erfarenheter och hantering analyserades dessa delar separat. Beteendecitat kodades och klassificerades utifrån examensarbetets syfte vilket resulterade i preliminära underkategorier (se tabell 2). Dessa erhöll etiketter och samlades under kategorier och särskildes utifrån skillnader och likheter (Flanagan, 1954). Analysen av distriktssköterskors erfarenheter genererades i ett huvudområde, två kategorier och tre underkategorier (se tabell 3). Analysen av hur distriktssköterskor hanterar en kritisk händelse genererades i ett huvudområde, tre kategorier och fyra underkategorier (se tabell 4). De två separata dataanalyserna genomfördes åtskilt men är samtidigt ömsesidigt beroende, då de tillsammans bidrar till en helhetsförståelse av distriktssköterskors erfarenheter och hantering av kritiska händelser (Fridlund & Mårtensson, 2017).

Tabell 2

Exempel på analysprocessen

Beteendecitat	Underkategori	Kategori	Huvudområde
<i>“Frustrerad över att inte få ordination för symtomlindring tillräckligt snabbt.” (D30)</i>	Känslomässig och professionell påverkan vid symtomlindring	Känslomässiga reaktioner vid vård i livets slutskede	Distriktssköterskors erfarenheter av kritiska händelser vid vård i livets slutskede
<i>“Jag förklarade vad som hände på ett lugnt och enkelt sätt, lyssnade och bekräftade deras känslor, och var närvarande fysiskt och emotionellt.” (D45)</i>	Att hantera samtal genom tydlig och närvarande kommunikation	Att hantera och skapa teambaserad personcentrerad vård	Distriktssköterskors hantering av kritiska händelser vid vård i livets slutskede

Etiska överväganden

I forskning som involverar människor är det avgörande att värna om deltagarnas autonomi, integritet och rättigheter samt att arbetet genomförs i enlighet med god forskningssed (Kjellström, 2017; Vetenskapsrådet, 2024). För att konkret tillämpa dessa principer har examensarbetet utgått från de fyra centrala etiska principerna som är autonomi, att göra gott, icke-skada och rättvisa.

Principen om autonomi tillgodosågs genom att deltagarna informerades tydligt om examensarbetets syfte, genomförande, frivillighet samt möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande (Vetenskapsrådet, 2024). Deltagarna gavs därmed förutsättningar att fatta självständiga och informerade beslut om sitt deltagande. Personer med begränsad autonomi omfattas av särskilt skydd, men detta var inte aktuellt i föreliggande examensarbete (Belmontrapporten, 1978). Principen om att göra gott innebar en strävan efter att generera kunskap som kan bidra till förbättrad vård i livets slutskede och därigenom ha potentiellt positiva effekter för både patienter och vårdpersonal. Samtidigt betraktades principen om att icke-skada genom ett etiskt förhållningssätt där deltagarnas välbefinnande stod i fokus (Vetenskapsrådet, 2024). Rättvisepincipen beaktades genom att urvalet genomfördes på ett icke-diskriminerade sätt, där alla som uppfyllde inklusionskriterierna hade samma möjlighet till deltagande (Kjellström, 2017). Även om en av de ansvariga studenterna var verksam i en av kommunerna bedömdes detta inte påverka examensarbetets genomförande eller resultat, eftersom datainsamlingen skedde genom anonyma frågeformulär där deltagarnas identitet inte kunde kopplas till svaren (Belmontrapporten, 1978).

Examensarbetet genomfördes inom ramen för specialistsjuksköterskeutbildningen vid Jönköping University och bedömdes inte innebära någon fysisk eller psykisk belastning för deltagarna. Eftersom studien inte omfattas av formell etikprövning enligt Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, genomfördes istället en etisk egengranskning innan start av arbetet, enligt universitetets riktlinjer. Granskningen omfattade riskbedömning, frivillighet, hantering av personuppgifter och deltagarnas möjlighet att avbryta sitt deltagande och godkändes av handledare. Deltagarna fick skriftlig information om examensarbetets syfte, genomförande, eventuella risker och rättigheter via ett informationsbrev. Motsvarande information återfanns i det digitala frågeformuläret. Informerat samtycke inhämtades genom att deltagarna aktivt markerade sitt godkännande innan frågeformuläret kunde påbörjas, vilket överensstämmer med Helsingforsdeklarationens riktlinjer (World Medical Association, 2024) och Belmontrapportens (1978) autonomiprincip.

Konfidentialitetskravet säkerställdes genom att datainsamlingen skedde via esMaker, som enligt sina säkerhetsrutiner lagrar material på krypterade servrar inom Europeiska unionen (EU) i enlighet med dataskyddsförordningen GDPR (2016/679). Endast de ansvariga studenterna för examensarbetet hade åtkomst, materialet avidentifierades innan analys och resultatet redovisades med kodade deltagarnummer. Efter att examensarbetet slutförts och godkänts raderas all data enligt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2024). Deltagarna informerades om möjligheten att ta del av resultaten efter godkännande av examensarbetet, exempelvis genom att erhålla en kopia eller en sammanfattning samt att de kunde kontakta studenterna vid behov (Kjellström, 2017).

Förförståelse

Studenterna bakom examensarbetet hade flera års erfarenhet som legitimerade sjuksköterskor inom kommunal primärvård och prehospital verksamhet samt personliga erfarenheter av anhöriga som vårdats palliativt. Dessa erfarenheter bidrog till en fördjupad förståelse för vård i livets slutskede, både ur ett professionellt och ett anhörigperspektiv. Studenterna var medvetna om att denna förförståelse kunde påverka antaganden om hur distriktssköterskor hanterade och erfor händelser som kunde uppkomma vid kritiska händelser. För att motverka detta arbetade studenterna kontinuerligt reflexivt genom att de analyserade förförståelsens betydelse, diskuterade med varandra och i handledningsgruppen samt kritiskt granskade sina egna tolkningar under hela processen.

Resultat

Resultatet baserades på analys av de besvarade frågeformulären i esMaker och syftade till att belysa hur distriktssköterskor erfar och hanterar kritiska händelser vid vård av patienter i livets slutskede. Totalt identifierades 172 kritiska händelser i de 44 besvarade frågeformulären. Resultatet presenteras i

två delar: den första beskriver distriktssköterskors erfarenheter av kritiska händelser (se tabell 3) och den andra beskriver hur kritiska händelser hanteras (se tabell 4).

Tabell 3

Huvudområde, kategorier och underkategorier gällande distriktssköterskors erfarenheter av kritiska händelser.

Underkategorier	Kategorier	Huvudområde
<ul style="list-style-type: none"> • Känslomässig och professionell påverkan vid symtomlindring • Organisatoriskt stöd och samverkan vid kritiska händelser 	Känslomässiga reaktioner vid vård i livets slutskede	Distriktssköterskors erfarenheter av kritiska händelser vid vård i livets slutskede
<ul style="list-style-type: none"> • Samspel med anhöriga vid vård i livets slutskede 	Erfarenheter av utmanande samspel med anhöriga	

Tabell 4

Huvudområde, kategorier och underkategorier gällande distriktssköterskors hantering av kritiska händelser.

Underkategorier	Kategorier	Huvudområde
<ul style="list-style-type: none">• Att planera och samverka för personcentrerad vård	Strategier för att hantera kritiska händelser i livets slutskede	Distriktssköterskors hantering av kritiska händelser vid vård i livets slutskede
<ul style="list-style-type: none">• Att hantera samtal genom tydlig och närvarande kommunikation• Att skapa trygghet genom närvaro i vårdmiljö	Att hantera och skapa teambaserad personcentrerad vård	
<ul style="list-style-type: none">• Att utveckla professionell trygghet genom reflektion och erfarenhet	Att utveckla professionell trygghet	

Distriktssköterskors erfarenheter av kritiska händelser vid vård i livets slutskede

Den första delen resulterade i huvudområdet erfarenheter av kritiska händelser vid vård i livets slutskede (se tabell 3). Analysen visade att vården av patienter i livets slutskede ofta präglades av komplexa och emotionellt krävande situationer. Resultatet belyste hur olika organisatoriska, kommunikativa och relationella faktorer påverkade distriktssköterskornas möjligheter att ge en god och trygg vård. Distriktssköterskorna beskrev även hur händelserna påverkade dem både personligt och professionellt samt hur erfarenheterna bidrog till en fördjupad förståelse av vårdens betydelse i livets slutskede. De identifierade kategorierna och underkategorierna redovisas översiktligt i tabellen och ligger till grund för resultatets fortsatta struktur.

Känslomässiga reaktioner vid vård i livets slutskede

Distriktssköterskors erfarenheter av vård i livets slutskede präglades av både känslomässig och professionell påverkan i samband med symtomlindring samt av organisatoriska förutsättningar och samverkan vid kritiska händelser. Snabb försämring, etiska dilemman och kvarstående symtom kunde skapa stress och känslor av otillräcklighet, medan framgångsrik symtomlindring och välfungerande samarbete gav yrkesmässig tillfredsställelse och trygghet. Resultatet presenteras i underkategorierna: känslomässig och professionell påverkan vid symtomlindring och organisatoriskt stöd och samverkan vid kritiska händelser.

Känslomässig och professionell påverkan vid symtomlindring

Distriktssköterskorna framhöll både negativa och positiva erfarenheter gällande symtomlindring i livets slutskede. Upplevelserna varierade från frustration och maktlöshet till lättnad och professionell tillfredsställelse, beroende på i vilken utsträckning patientens symtom kunde lindras. Den snabba och oförutsägbara försämringen som kunde inträffa i livets slutskede gjorde bristande medicinsk beredskap till en betydande stressfaktor. Att möta patienter med fysiska och existentiella besvär upplevdes som särskilt känslomässigt belastande och distriktssköterskorna beskrev hur symtom ibland kvarstod trots upprepade insatser. De beskrev situationer där patientens lidande var så svårt att symtomen inte kunde lindras. Vissa patienter önskade avstå från symtomlindring för att vara närvarande medan andra önskade att påskynda döendet, vilket distriktssköterskorna upplevde som etiska och känslomässiga dilemman. Dessa utmaningar blev särskilt tydliga i situationer där patienten inte längre kunde uttrycka sina behov, vilket ställde extra krav på distriktssköterskans bedömning och symtomlindring.

“Patienten uppvisade uttalad oro och ångest vid flera tillfällen under vårdtiden. Trots upprepade försök med olika läkemedel, inklusive lugnande och smärtlindrande, upplevdes symtomlindringen som otillräcklig” (D9)

Samtidigt upplevde vissa distriktssköterskor att de kunde förlita sig på sina kliniska observationer för att säkerställa adekvat symtomlindring. Trots utmaningarna beskrev de en känsla av lättnad och tillfredsställelse när symtomlindring väl uppnåddes. Efter perioder av intensiva försök att minska lidandet upplevdes det som meningsfullt när patienten kom till ro, detta stärkte dem i sin yrkesroll. Detta illustreras tydligt i distriktssköterskornas egna berättelser, där både situationer med otillräcklig symtomlindring och ögonblick av lindrat lidande och professionell tillfredsställelse framkommer.

“För patienten innebar insatserna att symtomen lindrades och att hen kunde möta livets slut i större ro. Trots situationens allvar kunde vi skapa en stund av trygghet och värdighet, där patienten inte behövde lida i onödan och inte var ensam i sin sista tid. . . . För min egen del var det en emotionellt krävande men mycket lärorik situation. . . . Händelsen har stärkt mig i min roll och ökat min trygghet i att hantera liknande situationer i framtiden” (D12)

Organisatoriskt stöd och samverkan vid kritiska händelser

Distriktssköterskorna beskrev att kvaliteten i samarbetet och organisatoriska förutsättningar påverkade hur kritiska händelser upplevdes i vården av patienter i livets slutskede. Valfungerande samarbete med läkare, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och andra professioner skapade trygghet, känslan av delat ansvar och bättre förutsättningar att hantera komplexa situationer. När berörda instanser var tillgängliga och engagerade upplevdes vården sammanhållen.

“. . . känner även mer trygghet om det är en engagerad och kunnig läkare som ansvarar för patienten och är tillgänglig att lätt få kontakt med” (D10)

Trots att samverkan och tydliga organisatoriska strukturer kan underlätta vården, framkom att distriktssköterskor ofta mötte betydande brister som påverkade både deras arbete och patienternas upplevelse av vården. Det framkom organisatoriska utmaningar som påverkade vården i livets slutskede, såsom svårigheter att nå läkare, bristande framförhållning samt avsaknad av ordinationer, vilka i vissa fall kunde leda till patientlidande. Läkarnas otillgänglighet för brytpunktssamtal och hembesök ökade dessutom distriktssköterskornas känsla av otillräcklighet och emotionell belastning, vilket i sin tur påverkade vårdens kvalitet. Andra organisatoriska brister såsom otillräckliga resurser, bristande kontinuitet och varierande informationsöverföring mellan vårdenheter försvårade ytterligare möjligheten att ge god vård. I vissa situationer upplevde distriktssköterskorna att slutenvården inte tog sitt ansvar efter sjukhusvistelse, vilket innebar att brytpunktssamtal och viktig information om palliativ vård inte förmedlades i tid. Begränsad tillgång till specialiserad palliativ vård eller att patienter inte kvalificerade sig för den kunde resultera i ett slutskede präglat av ångest, smärta och oro. Flera distriktssköterskor framhöll att dessa organisatoriska utmaningar blev särskilt tydliga vid snabba försämringar i patientens tillstånd. De ansåg att den kommunala primärvården saknar de resurser som ASIH erbjuder och att övertagande av patienter ofta sker för sent i förloppet. Flera beskrev att de vid liknande situationer i framtiden inte skulle acceptera förfaranden som inte tar hänsyn till patientens behov. De betonade vikten av att stå

upp för varje enskild patients behov, även när andra runtomkring inte håller med. Vidare efterfrågades tydligare rutiner för hur palliativa patienter ska vårdas i livets slutskede inom kommunal primärvård. Distriktssköterskornas erfarenheter visar hur läkarens tillgänglighet kan påverka både stressnivåer och känslan av trygghet i vården.

“... dålig information inför att den palliativa vården startar. Detta mycket pga läkare inte alltid har möjlighet att komma ut och bedöma patienten. Vård i livets slutskede kan ibland upplevas som ett ensamarbete och att mycket ligger på sjuksköterskan” (D2)

Erfarenheter av utmanande samspel med anhöriga

Distriktssköterskors erfarenheter av samspel med anhöriga vid vård i livets slutskede präglades av både emotionella och etiska utmaningar och krävde balans mellan stöd till anhöriga och fokus på patientens behov. Yrkeserfarenhet underlättade hantering av svåra samtal och kritiska situationer. Resultatet presenteras i underkategorin: samspel med anhöriga vid vård i livets slutskede.

Samspel med anhöriga vid vård i livets slutskede

Samspelet med anhöriga var en central del av vården, men upplevdes ofta som både emotionellt och etiskt utmanande. Konflikter uppstod när anhöriga hade svårt att acceptera vårdens inriktning eller patientens försämrade tillstånd. Även orealistiska förväntningar försvårade både omvårdnaden och samtalen. Variationer i anhörigas engagemang såsom distanserade och undvikande till påstridiga och överinvolverade, gjorde det svårt att balansera mellan stöd till anhöriga och fokusera på patientens behov.

Distriktssköterskornas förmåga att hantera mötet med anhöriga påverkades i hög grad av deras samlade yrkeserfarenhet. Tidigare erfarenheter av liknande situationer bidrog till ett tryggt förhållningssätt i möten med anhöriga, särskilt vid svåra samtal om patientens autonomi. Det underlättade även förståelsen för anhörigas reaktioner när deras önskningar inte överensstämde med patientens. Särskilt utmanande var det när anhöriga inte accepterade patientens försämring trots upprepade samtal. Samt att anhöriga ibland önskade fortsätta med åtgärder som snarare förlängde lidandet, flera beskrev att det ibland var lätt att påverkas av anhörigas åsikter. Distriktssköterskorna betonade också att anhörigas reaktioner ofta grundar sig i rädsla och osäkerhet. Tidiga samtal om livets slutskede upplevdes som viktigt för att skapa trygghet hos anhöriga. Trots betydelsen av yrkeserfarenhet fanns situationer där distriktssköterskornas stöd till anhöriga upplevdes som begränsat. När patienten vårdades i hemmet vid livets slut kunde distriktssköterskorna uppleva begränsningar i sitt stöd, särskilt under existentiellt och känslomässigt svåra stunder. I vissa fall riktades starka känslor som aggressivitet och anklagelser mot distriktssköterskorna, vilket ökade den emotionella belastningen och krävde professionellt mod för att värna om patientens vilja.

“... det är lätt att lyda de anhöriga om de är tillräckligt påstridiga, så det gäller att stå på sig och anamma den döendes sista vilja” (D21)

Trots de emotionellt krävande situationerna beskrev distriktssköterskorna även möten som upplevdes som meningsfulla och stärkande. Kritiska händelser kunde präglas av tillit, förståelse och samarbete och när anhöriga kände sig trygga och delaktiga upplevdes situationerna som meningsfulla. Genom att ge stöd, förklara vårdens syfte och involvera anhöriga i beslut bidrog distriktssköterskorna till både anhörigas bearbetning av sorgen och sin egen professionella bekräftelse. Tydlig information, samtal och tid för frågor minskade oro och ifrågasättanden och förberedde anhöriga inför det som väntade. Positiva reaktioner såsom uppskattning och tacksamhet upplevdes av distriktssköterskorna som emotionellt stärkande. Erfarenheterna belyser att anhörigas trygghet och delaktighet inte enbart stärker vårdens kvalitet utan också skapar en positiv känslomässig kontrast till de mer belastade situationerna. Något som distriktssköterskorna ansåg utvecklades över tid genom upprepade möten med liknande situationer.

”För anhöriga blev det en omvälvande och känslös upplevelse, men flera uttryckte efteråt tacksamhet för det stöd de fick, och för att de kände sig sedda och inkluderade. Det skapade en känsla av delaktighet och förståelse för vad som skedde, vilket jag tror hjälpte dem i sorgen” (D45)

Distriktssköterskors hantering av kritiska händelser vid vård i livets slutskede

Den andra delen resulterade i huvudområdet hantering av kritiska händelser vid vård i livets slutskede (se tabell 4). Resultatet belyser distriktssköterskornas arbete med att skapa trygghet och stöd för patienter och anhöriga, planera och samverka för säker vård samt utveckla professionell trygghet genom reflektion och erfarenhet.

Strategier för att hantera kritiska händelser i livets slutskede

Kritiska händelser i vården av patienter i livets slutskede uppstod ofta vid bristande planering eller samverkan. Distriktssköterskorna beskrev strategier för hur de kunde hantera detta och främja personcentrerad vård samt respektera patientens självbestämmande. Resultatet presenteras i underkategorin: att planera och samverka för personcentrerad vård.

Att planera och samverka för personcentrerad vård

Kritiska händelser i vården av patienter i livets slutskede uppstod ofta vid bristande planering eller samverkan. Distriktssköterskorna beskrev hur de i dessa situationer aktivt arbetade för att hantera och förebygga kritiska händelser genom att initiera planering. Tidiga samtal och tydlig dokumentation möjliggjorde en strukturerad övergång från kurativbehandling till vård i livets slutskede, vilket minskade stress och underlättade både praktiska och etiska beslut. Genom att klargöra patientens önskemål och autonomi i ett tidigt skede kunde distriktssköterskorna arbeta mer personcentrerat och hantera utmaningar. Denna tidiga planering skapade förutsättningar för fortsatt strukturerat arbetssätt, där vårdplaner och samverkan användes som centrala strategier för att hantera och förebygga kritiska händelser.

Distriktssköterskorna använde vårdplaner för att skapa struktur, planera och hantera kritiska händelser på ett tryggt och effektivt sätt. Vårdplanerna fungerade som ett stöd i situationer där samverkan riskerade att brista. Begränsningar i de egna resurserna hanterades genom samverkan, främst genom kontakt med läkare för ordinationer och symtomlindring. Vid komplexa situationer bokades läkarbesök tillsammans med patient och anhöriga, för att skapa gemensam förståelse för vårdens mål och underlätta fortsatt planering. Detta beskrevs som ett sätt att förebygga framtida oönskade händelser. När patienten uttryckte existentiellt komplexa frågor eller behov som krävde ett mer omfattande stöd inkluderades andra professioner, exempelvis kuratorer. Samarbete med kollegor och specialiserad palliativ vård bidrog till kontinuitet, avlastning och trygghet. Utöver dessa organisatoriska och samverkansrelaterade strategier uppstod kritiska situationer även i samband med etiska överväganden kring patientens självbestämmande.

Kritiska situationer kunde också uppstå när patientens önskemål avvek från det förväntade vårdförloppet, som att avstå symtomlindring eller annan behandling. Distriktssköterskorna beskrev hur de i dessa situationer aktivt tog ställning för patientens autonomi. Strategin var då att stå fast vid patientens uttryckta vilja, även när beslutet upplevdes som professionellt svårt att acceptera. För att hantera de etiska utmaningar som uppstod använde de stöd från kollegor och specialiserad palliativ vård. Samverkan bidrog till att säkerställa att patientens behov tillgodosågs på ett tryggt och metodiskt sätt. Samtidigt framkom att brister i samverkan kunde begränsa möjligheten att tillgodose patientens behov och därmed bidra till att kritiska händelser uppstod.

“ . . . Jag kontaktade ansvarig läkare för att justera läkemedelsordinationer och säkerställa att patienten fick adekvat symtomlindring... Jag gav ordinerade läkemedel och observerade effekten noggrant...Jag involverade också mina kollegor i teamet för att säkerställa att vi kunde avlasta varandra och erbjuda ett gott omhändertagande. Vi planerade även för fortsatt lindring under natten” (D35)

Brister i samverkan ansågs ibland orsaka att kritiska händelser uppstod. När detta inträffade agerade distriktssköterskorna genom att uppmärksamma och påtala behovet av ytterligare insatser, till exempel behovet av specialiserad palliativ vård till vårdcentral eller andra aktörer för att säkerställa adekvata åtgärder. Responsen varierade och i vissa fall upplevde de att patienter lämnades utan nödvändiga insatser trots deras uppmärksammade behov, vilket understryker vikten av tidig planering och fungerande samverkan. I följande citat ges ett exempel på bristande samverkan.

“ . . . flaggade för PAL flera gånger utan åtgärd. . . . Låga doser av läkemedel , lägre än vad jag tidigare gett. . . . Mycket svårt att lindra patienten, trots upprepade doser. Påtalade för Vc att de borde ta kontakt med ASIH för ställningstagande till läkemedelspump för att förhindra genombrott med stark ångest/andnöd utan respons” (D7)

Att hantera och skapa teambaserad personcentrerad vård

Distriktssköterskorna arbetade för att stödja patienter och anhöriga i livets slutskede genom att kombinera empati, närvaro och planering. Fokus var att skapa trygghet, delaktighet och kontinuitet i vården, där både kommunikation och vårdmiljö användes som verktyg för att förebygga oro och underlätta välbefinnande. Resultatet presenteras i underkategorierna: att hantera samtal genom tydlig och närvarande kommunikation och att skapa trygghet genom närvaro i vårdmiljö.

Att hantera samtal genom tydlig och närvarande kommunikation

I de kritiska händelser som uppstod i vården av patienter i livets slutskede beskrev distriktssköterskorna kommunikationen som ett avgörande verktyg för att hantera situationerna. När patienter och anhöriga upplevde situationen som känslomässig och osäker använde distriktssköterskorna planerade och strukturerade samtal för att skapa stabilitet och tydliggöra situationen. De avsatte aktivt tid för samtal och använde ett lugnt och empatiskt sätt att kommunicera. Strategier som lugnt tonläge, aktivt lyssnande och avskilda rum användes för att underlätta uttryck av sorg, frågor och reflektion. Distriktssköterskorna bekräftade patienternas och anhörigas känslor och var närvarande både fysiskt och emotionellt, vilket lade grunden för ett mer förutsägbart och tryggt vårdförlopp.

För att stärka anhörigas delaktighet och undvika missförstånd kombinerade distriktssköterskorna både muntlig och skriftlig information, exempelvis broschyrer följda av uppföljande samtal. I dessa samtal förklarades det normala dödsförloppet och samtalen användes också förebyggande genom att tidigt diskutera behov, önskemål och vårdens mål. Strategin kunde minska risken för konflikter mellan patienter och anhöriga i senare skeden. När döden närmade sig fokuserade distriktssköterskorna på ett lugnt och närvarande förhållningssätt. De lyssnade aktivt, ställde öppna frågor, svarade på funderingar och anpassade informationen efter patientens och anhörigas emotionella behov.

”Jag förklarade vad som hände på ett lugnt och enkelt sätt, lyssnade och bekräftade deras känslor, och var närvarande fysiskt och emotionellt” (D45)

I situationer där information från andra vårdgivare varit bristfällig tog distriktssköterskorna själva ansvar för att ge tydlig och ärlig information om att döden närmade sig. Detta var en medveten strategi för att minska förvirring och förbereda patienter och anhöriga inför övergången till vård i livets slutskede. Genom att klargöra vad patientens försämring innebar kunde de minska oro och skapa förutsättningar för en mer sammanhållen vård. Genom regelbunden, empatisk och tydlig kommunikation kunde distriktssköterskorna skapa trygghet och stöd för både patienter och anhöriga i livets slutskede.

”Information om att döden närmar sig ej har blivit given av läkare till patient och anhöriga, så att man själv måste försöka informera på så bra sätt som man kan” (D19)

Att skapa trygghet genom närvaro i vårdmiljö

Distriktssköterskorna beskrev att patienternas oro och ångest kunde hanteras genom medvetna strategier kopplade till både vårdmiljö och fysisk närvaro. Genom att planera och anpassa vårdmiljön skapade de lugn och trygghet och kunde förebygga både fysiska och psykiska påfrestningar. Det kunde innebära att se till att patienten hade regelbunden tillsyn, tillgång till tryckavlastande madrass, trygghetsskapande föremål såsom gosedjur samt sänkt belysning eller spela favoritmusik för att skapa en roig atmosfär. Små genomtänkta åtgärder användes medvetet för att förebygga oro, istället för att enbart reagera på akuta situationer.

”Då oron var mycket motoriskt sågs behov av grindskydd till sängen vara nödvändigt, patienten fick ett gosedjur att krama och hålla i för att skapa en trygghet” (D16)

Samtidigt använde de fysisk närvaro som en strategi för att förmedla stabilitet såsom att sitta nära, hålla patientens hand eller finnas i rummet och förmedla lugn och trygghet. Dessa strategier möjliggjorde inte enbart förebyggande insatser mot oro utan stärkte också förtroendet för vården och bidrog till patientens välbefinnande. Distriktssköterskorna betonade att små, genomtänkta åtgärder ofta kunde skapa större effekt än att endast reagera på akuta situationer. Nedanstående citat illustrerar hur strategierna tillämpades i praktiken.

“ . . . passade jag på att ta dom anhöriga åt sidan. Jag ordnade kaffe och lite fika till dom som var över från eftermiddagen. Jag bad dom anhöriga berätta om deras anhörig och vilka fina minnen dom hade ihop. Efter det där samtalet så var det som ett lugn spred sig när vi kom in till patienten igen. Dom hade fått gråta ut och tänka på allt det fina dom delat” (D41)

Att utveckla professionell trygghet

Erfarenhet, reflektion och kollegialt stöd utgjorde grunden för professionell trygghet. Genom planering, delat ansvar och återkoppling kunde distriktssköterskorna hantera emotionellt krävande situationer i livets slutskede. Resultatet presenteras i underkategorin: att utveckla professionell trygghet genom reflektion och erfarenhet.

Att utveckla professionell trygghet genom reflektion och erfarenhet

Vård av patienter i livets slutskede beskrevs som emotionellt krävande, särskilt vid snabba försämringar eller när anhöriga var mycket oroliga eller missnöjda. För att kunna hantera dessa situationer på ett tryggt sätt sökte distriktssköterskorna aktivt stöd hos kollegor och använde reflektion och erfarenhetsutbyte som viktiga verktyg.

Distriktssköterskan samarbetade medvetet med kollegor i komplexa situationer för att dela upp ansvaret, då en fokuserade på omvårdnad och symtomlindring medan den andra gav stöd och information till anhöriga. Genom kollegialt stöd och reflektion kunde de hantera komplexa situationer, som att stå upp för patientens vilja, även när anhöriga var missnöjda. Samt utveckla strategier som ökade tryggheten i deras kliniska bedömningar och förmåga att agera under press. Detta tillvägagångssätt minskade känslan av ensamhet, ökade möjligheten att ge både praktiskt och emotionellt stöd och bidrog till en tryggare arbetsmiljö. En annan strategi inkluderade även att alltid beakta sin egen säkerhet. Detta genom att undvika att åka ensamma där de kunde förutse känsloladdade situationer, såsom att förmedla svåra besked till patienter och anhöriga. Även ett nära samarbete med närmsta chef användes för att förebygga riskfyllda situationer.

”Åkte dit tillsammans med en kollega. . . . när vi kom dit fokuserade en av oss på att samtala med närstående som ofta var aggressiva och den andra var hos patienten och gav, när det fanns behov, symtomlindring” (D33)

Yrkeserfarenhet från tidigare kritiska situationer gjorde det lättare att hantera stress och agera säkert även i nya och oväntade situationer. Lärandet fördjupades genom kollegiala samtal och återkoppling, vilket bidrog till att förbättra arbetsmetoder och stärka förmågan att bemöta patienter och anhöriga i kris. Uppföljning och strukturerad dokumentation utgjorde ytterligare viktiga strategier. Direkt efter kritiska händelser diskuterades situationen med berörd personal och avvikelserapporter upprättades vid behov, för att tydliggöra händelsen och förbättra framtida handlingsplaner. En distriktssköterska beskrev hur hon omedelbart tog stöd av en kollega då hon av misstag administrerat fel läkemedelsdos, kollegan vägledde henne i att dokumentera händelsen och kontakta ansvarig läkare. Detta illustrerar hur kollegialt stöd möjliggör snabb och professionell hantering av potentiellt allvarliga situationer.

Enligt distriktssköterskorna var dessa strategier betydelsefulla för att hantera deras egna oförutsägbara krisreaktioner efter kritiska händelser. De beskrev att känslor som självkritik och otillräcklighet ibland följde med dem även efter arbetstid. Många använde händelserna som underlag för självreflektion, där de funderade över om något kunde ha hanterats annorlunda. Genom denna process upplevde de en fördjupad insikt om hur avgörande god kommunikation, samarbete och framförhållning är i palliativ vård vid livets slutskede. Vård av patienter i livets slutskede upplevdes som emotionellt krävande, särskilt vid snabba försämringar eller oroliga anhöriga. Distriktssköterskorna beskrev att kollegialt stöd, delat ansvar, reflektion och erfarenhetsutbyte var viktiga strategier för att hantera situationer tryggt och metodiskt.

”För min egen del var det en emotionellt krävande men mycket lärorik situation. Jag blev påmind om hur viktiga de små insatserna kan vara. . . . att bara finnas där, lyssna, och skapa trygghet i en svår stund. Händelsen har stärkt mig i min roll och ökat min trygghet i att hantera liknande situationer i framtiden. Den gav också upphov till eftertanke och reflektion kring vikten av god kommunikation, teamarbete och framförhållning i den palliativa vården” (D13)

Diskussion

Metoddiskussion

Examensarbetets design bedömdes vara ändamålsenlig för att belysa distriktssköterskors erfarenheter och hantering vid vård av patienter i livets slutskede. En kvalitativ design med induktiv ansats möjliggör enligt Henricsson & Billhult (2017) en fördjupad förståelse för sjuksköterskors och distriktssköterskors subjektiva upplevelser. Även om CIT har en tydlig metodologisk struktur är metoden i grunden induktiv, då resultaten växer fram ur deltagarnas egna beskrivningar utan att styras av förutbestämda teorier (Fridlund & Mårtensson, 2017). Metoden är lämplig för att identifiera fungerande strategier och förbättringsområden i vårdssammanhang (Flanagan, 1954). Att inkludera både grundutbildade sjuksköterskor och distriktssköterskor gav ett bredare underlag och ökade möjligheten att fånga variation i erfarenheter. Ett urval enbart av distriktssköterskor hade sannolikt begränsat materialets bredd, medan variation i utbildning och yrkesroll bidrog till ett rikare resultat, eftersom olika perspektiv på hur kritiska händelser upplevs och hanteras kunde inkluderas. Ett ändamålsenligt urval bedömdes därför lämpligt, då deltagarnas specifika kunskap var central för att belysa fenomenet (Graneheim et al., 2017). Urvalet uppvisade variation i ålder, yrkeserfarenhet och utbildning, vilket bidrog till ett mångsidigt material (Fridlund et al., 2017) och flera perspektiv på fenomenet (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021). Variationen stärker examensarbetets trovärdighet och kan delvis stödja att resultaten är överförbara till liknande kontexter (Kjellström, 2017).

Enbart kvinnor besvarade enkäten vilket kan ses som en svaghet, då det begränsar möjligheten att belysa eventuella könsspecifika skillnader och kan därmed påverka överförbarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017). Ett snöbollsurval hade kunnat underlätta rekrytering av manliga sjuksköterskor och därmed ytterligare stärka materialets variation (Polit & Beck, 2021). Eftersom studenterna inte hade direktkontakt med alla potentiella deltagare är det okänt hur många som tog del av informationsbrevet. Detta medförde att svarsfrekvensen inte kunde beräknas och resulterade i ett okänt bortfall, vilket är en begränsning vid användning av enkätbaserad datainsamlingsmetod (Billhult, 2017a). Flera chefer valde att avstå från att vidarebefordra frågeformuläret på grund av hög arbetsbelastning eller interna riktlinjer kring medverkan i examensarbeten. Detta begränsade den geografiska spridningen och mångfalden. Trots detta bedömdes risken för bias som låg eftersom det insamlade materialet uppvisade stor variation i bakgrund och erfarenheter (Polit & Beck, 2021). Trots det okända bortfallet bedöms materialets omfattning och variation i kritiska händelser som tillräcklig för att besvara syftet (Flanagan, 1954). Då det inte går att utesluta att de som inte valde att delta skiljer sig från de som faktiskt svarade kan vissa perspektiv ha varit underrepresenterade. Såsom könsspecifika erfarenheter samt perspektiv från sjuksköterskor verksamma i andra organisatoriska eller geografiska kontexter, vilket i viss mån kunde påverka examensarbetets överförbarhet.

Frågorna i det webbaserade formuläret utformades med inspiration från Fridlund & Mårtensson (2017) för att säkerställa tillräckligt detaljerade beskrivningar av kritiska händelser och som besvarade syftet. Enligt Fridlund & Mårtensson (2017) behöver begreppet ”kritisk incident” inte användas ordagrant, utan ”kritisk” kan med fördel ersättas av exempelvis betydande, avgörande eller viktig för att underlätta deltagarnas förståelse. Även ”incident” kan beskrivas som händelse, situation eller dilemma. Detta motiverade användningen av begreppet betydande händelse i frågeformuläret, eftersom det bedömdes vara mer lättbegripligt för deltagarna. Frågeformuläret gjorde det möjligt att nå en geografiskt spridd grupp och gav deltagarna tid att reflektera och formulera svaren utan påverkan från en intervjuare. Detta bidrog till nyanserade och genomtänkta beskrivningar, vilket är i linje med kraven på konkreta och faktiska händelser för CIT (Flanagan, 1954). Eftersom CIT bygger på retrospektiva berättelser kan deltagarnas minnesbild ha påverkats, vilket är karakteristiskt för metoden (Flanagan, 1954). Detta hanterades genom att deltagarna ombads beskriva faktiska och konkreta situationer. Samtidigt innebär webbaserad datainsamling vissa begränsningar. Det kan vara tidskrävande att

beskriva händelser utförligt, vilket kan avskräcka vissa deltagare. Dessutom kan inga följdfrågor ställas, vilket kan påverka djupet i vissa svar (Schulter et al., 2007). En annan begränsning är att metoden förutsätter viss datorvana (Billhult, 2017b). Frågeformulär motiverades också med hänsyn till examensarbetets tidsramar, då det bedömdes vara genomförbart inom den begränsade tiden och därför mer lämpligt än intervjuer (Polit & Beck, 2021). Intervjuer hade kunnat generera djupare data men är mer tidskrävande för både studenter och deltagare (Danielsson, 2017). Frågeformulär är enligt Billhult (2017b) lämpliga när informationen behöver samlas på kort tid. För CIT rekommenderas omkring 100 kritiska händelser för att uppnå datamättnad (Flanagan, 1954) och enligt Fridlund & Mårtensson (2017) innebär det cirka 30 deltagare, vilket uppnåddes med den valda metoden. Även om Kjellström (2017) menar att ifyllda och inskickade frågeformulär kan betraktas som samtycke, utformades frågeformuläret så att deltagarna aktivt behövde ge sitt samtycke. Detta gjorde samtycket frivilligt, informerat och dokumenterat och uppfyller Vetenskapsrådets (2024) riktlinjer.

Analysprocessen upplevdes initialt som utmanande eftersom CIT saknar en fastställd analysprocedur. Studenterna utgick främst från Flanagan (1954) principer och kompletterades med vägledning från tidigare CIT-studier (Wendt et al., 2004; Gustafsson et al., 2010). Eventuell påverkan av förförståelse under arbetsprocessen hanterades genom att studenterna kontinuerligt arbetade reflexivt. Tolkningar diskuterades återkommande i handledningsgruppen, som även fungerade som utomstående granskare för att säkerställa att resultatet var rimligt, förankrat i data och svarade mot syftet (Graneheim & Lundman, 2004). Detta arbetssätt utgjorde en form av peer debriefing (Mårtensson & Fridlund, 2017) och minskade risken för att individuella förförståelser påverkade resultatet (Polit & Beck, 2021), vilket stärkte examensarbetets pålitlighet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Samtidigt som förförståelse inom kvalitativ forskning kan betraktas som en tillgång, förutsatt att forskaren aktivt reflekterar över dess betydelse (Patel & Davidson, 2019). Studenternas tidigare erfarenhet av att genomföra kvalitativa analyser bidrog till en strukturerad och medveten arbetsprocess, vilket kan stärka examensarbetets pålitlighet (Mårtensson & Fridlund, 2017). I analysprocessen tolkade studenterna materialet utifrån deltagarnas unika berättelser (Söderman et al., 2021). Både positiva och negativa händelser analyserades, vilket är i enlighet med etiska riktlinjer om korrekt redovisning av samtliga resultat (World Medical Association [WMA], 2022). Bekräftelsebarheten säkerställdes genom en transparent analysprocess där representativa citat användes för att tydligt återspegla deltagarnas perspektiv och minska risken för subjektiv påverkan (Polit & Beck, 2021).

Samtidigt kan viss begränsning i analytisk erfarenhet förekomma i examensarbeten (Mårtensson & Fridlund, 2017), vilket hanterades genom kontinuerlig handledning och återkommande reflexiva diskussioner. Analysen genomfördes i två steg, där erfarenheter och strategier analyserades separat. Detta möjliggjorde en mer nyanserad förståelse men medförde samtidigt en viss risk för fragmentering. Eftersom en deltagare kunde beskriva flera kritiska händelser analyserades varje händelse som en egen enhet, i enlighet med Fridlund & Mårtenssons (2017) resonemang om att en kritisk händelse kan rymma flera betydelser och samma betydelse kan återkomma i olika händelser. CIT-metoden möjliggjorde insamling av tidigare inträffade händelser, vilket gjorde det möjligt att identifiera faktorer som underlättade respektive försvårade vårdsituationer (Flanagan, 1954). Metoden främjade deltagarnas reflektion och gav möjlighet att fånga deras upplevelser på ett autentiskt sätt (Sharoff, 2007), vilket bidrog till en djupare förståelse av kritiska händelser vid vård i livets slutskede.

Resultatdiskussion

Utifrån resultatet identifierades två huvudområden: hur distriktssköterskor erfar kritiska händelser vid vård i livets slutskede samt distriktssköterskors hantering av kritiska händelser vid vård i livets slutskede. Resultaten visade att distriktssköterskors kliniska erfarenhet och kompetens var avgörande för hur betydande situationer hanterades i vården av patienter i livets slutskede. Erfarenhet och kompetens spelade en central roll i hanteringen av kritiska händelser och bidrog till handlingsberedskap, trygghet i mötet med patienter och anhöriga samt förmåga att fatta snabba och välgrundade beslut. Samtidigt påverkade organisatoriska faktorer såsom bristande samordning och begränsade resurser både vårdkvalitet och patientsäkerhet. Dewitt et al. (2021) bekräftar att erfarenhet stärker klinisk intuition och beslutsförmåga under pressade förhållanden. Klinisk kompetens utvecklas gradvis genom praktisk erfarenhet och möjliggör förutseende och välgrundade beslut i komplexa vårdsituationer (Benner, 2001).

Deltagarna i examensarbetet uppvisade variation i yrkeserfarenhet och profession (se tabell 1). Studenterna tolkade denna variation som uttryck för den kommunala primärvårdens verklighet, där

bemanningen emellanåt kan bestå av relativt oerfarna sjuksköterskor. Detta kan vara problematiskt i en vårdkontext som präglas av komplexitet, snabba förändringar och självständiga bedömningar. Baker (2020) belyser att nyutexaminerade sjuksköterskor kan ha svårigheter att hantera komplexa situationer, eftersom erfarenhetsbaserad kompetens ännu inte hunnit utvecklas. Detta kan leda till osäkerhet i bedömningar och en ökad upplevd arbetsbelastning. Detta bekräftas av Ahlström et al. (2018) som beskriver att personal inom liknande vårdkontexter ofta saknar tillräcklig kompetens för att identifiera och hantera fysiska, psykologiska, sociala och existentiella behov.

Resultaten i examensarbetet visade att klinisk erfarenhet utgjorde en central förutsättning för att kunna agera självständigt och fatta välgrundade beslut inom kommunal primärvård. När sådan erfarenhet saknades framkom det att hanteringen av kritiska händelser blev mer osäker och personberoende, vilket kunde påverka både vårdkvalitet och patientsäkerhet. Utifrån dessa resultat framstod behovet av specialistsjuksköterskor med relevant kompetens inom vård i livets slutskede som särskilt tydligt, vilket ligger i linje med Lundin och Godskesen (2021). Vidare visade resultaten att yrkeserfarenhet bidrog till trygghet, handlingsberedskap och förmåga att fatta snabba och välgrundade beslut, även när organisatoriska förutsättningar brast. Detta överensstämmer med Stokke et al. (2023), som menar att erfarenhet får särskild betydelse i vårdkontexter präglade av begränsade resurser och otydliga strukturer. Samtidigt kan erfarenhet inte ersätta bristande organisatoriska förutsättningar. När erfarna distriktssköterskor i praktiken förväntas kompensera för strukturella brister finns en risk att individuella lösningar normaliseras, snarare än att systematiska förbättringar genomförs (Jacobsson & Näsholm, 2024). Enligt Sujan et al. (2015) förmedlas erfarenhetsbaserad kunskap informellt mellan kollegor och uttrycks som en intuitiv förståelse för patientens behov, snarare än genom standardiserade rutiner. Denna förmåga beskrivs som "situational awareness" enligt Ghaderi et al. (2022) och möjliggör snabba anpassade kliniska beslut, men det är samtidigt svårt att standardisera och överföra. Avsaknad av tydliga gemensamma rutiner riskerar att vården blir personberoende, vilket kan leda till variationer i vårdkvalitet och patientsäkerhet (Yoo et al., 2019). 6S-modellen kan fungera som ett strukturerat stöd för vårdplanering, dokumentation och kontinuerlig uppföljning, vilket kan bidra till ökad kontinuitet och minskade variationer i vårdens kvalitet. Modellen betonar att palliativ vård inte enbart baseras på evidens och riktlinjer, utan även på distriktssköterskans kliniska erfarenhet och förmåga att anpassa vården till den enskilda patientens behov. Genom att tillämpa modellen kan både uttalade och outtalade behov uppmärksammas, såsom symtomlindring, självbestämmande och existentiella dimensioner. Dialog och relation blir centrala för att bevara patientens självbild och identitet och för att förstå hur fysiska symtom påverkar trygghet, självbestämmande och relationer. Dessa helhetsbedömningar förutsätter klinisk erfarenhet och kan vara särskilt utmanande för mindre erfarna sjuksköterskor (Österlind & Heno, 2021).

Resultaten i examensarbetet visade att distriktssköterskornas tidigare erfarenheter bidrog till en fördjupad förståelse för anhörigas reaktioner och behov, vilket underlättade kommunikationen i kritiska händelser. Detta överensstämmer med Gjerberg et al. (2015), som beskriver att erfarna sjuksköterskor uppvisar större trygghet i samtal om vård i livets slutskede. Det kan stärka anhörigas upplevelse av trygghet, delaktighet och förtroende (Gonella et al., 2023). Samtidigt är begränsad erfarenhet och utbildning inom palliativ vård vanligt förekommande inom kommunal primärvård, vilket kan leda till osäker kommunikation, försenad symtomidentifiering och ett ökat behov av stöd och handledning (Eriksson et al., 2015). Interaktionen mellan patient, familjemedlemmar och vårdpersonal är central, och interaktionen bygger på ömsesidigt delad kunskap och förståelse om situationen (Österlind & Heno, 2021).

I examensarbetet framkom att distriktssköterskorna särskilt beskrev händelser där patientens vilja och självbestämmande stod i konflikt med anhörigas förväntningar, vilket upplevdes som etiskt och emotionellt utmanande. För att hantera detta använde de strategier som aktivt lyssnande, lugnt bemötande och omtänksamma handlingar, vilka är centrala komponenter i personcentrerad vård (Stenman et al., 2025). Samtidigt kräver dessa situationer en balans mellan respekt för patientens självbestämmande och hänsyn till anhörigas behov (Rasoal, 2018). Dessa strategier ligger i linje med 6S-modellens betoning av dialog och delaktighet, där patienten ges möjlighet att vara medskapare i sin vård. Genom en lyhörd dialog kan vården anpassas till patientens värderingar, övertygelser och önskemål angående symtomlindring, vilket är en förutsättning för personcentrerad och etiskt hållbar palliativ vård (Österlind & Heno, 2021). När distriktssköterskor förväntas hantera dessa etiska dilemman utan tillräckliga organisatoriska förutsättningar ökar risken för moralisk stress (Skyvell Nilsson et al., 2024). Vård i livets slutskede omfattar inte enbart medicinska insatser utan även existentiella och etiska dimensioner. Det kan förstås genom teorier om personcentrerad vård där vårdkvalitet även innefattar patientens upplevelse av trygghet, delaktighet och respekt för autonomi (McCormack & McCance, 2010). Samtidigt är delaktighet och autonomi inte alltid möjligt för patienter

med nedsatt beslutsförmåga eller för familjer i kris (Ménard et al., 2025), vilket kan leda till begränsat inflytande och konflikter kring vårdbeslut. Att involvera patienter och anhöriga när behovet av palliativ vård identifieras, lyfts fram som en viktig strategi för att stärka delaktighet och underlätta beslutsfattande (Ahlström et al., 2018). Dialogen tillsammans med patient, anhöriga och vårdpersonal bör vara öppen och förtroendefull för att följa patientens önskemål under förloppet och att patienten respekteras i sina egna beslut samt i valet av ställföreträdande beslutsfattare (Österlind & Heno, 2021). För att kunna ge personlig vägledning och nå en fördjupad dialog krävs professionell mognad och känslighet (Österlind & Heno, 2021), vilket ofta utvecklas genom distriktssköterskans kliniska erfarenhet och återkommande möten med patienter och anhöriga i komplexa vårdssituationer.

Även om strategier som palliativ vårdplanering kan stärka delaktigheten är användningen begränsad (Åvik Persson et al., 2025). Examensarbetets resultat bekräftar detta genom att endast ett fåtal distriktssköterskor explicit beskrev användningen av palliativa vårdplaner samt brister i vårdplanering. Samtidigt kan detta delvis förstås som att vissa arbetssätt upplevs som självklara och integrerade i det dagliga arbetet, och därför inte nödvändigtvis lyfts fram som en särskild strategi för att hantera kritiska händelser vid vård i livets slutskede. Metoder har utvecklats för att stödja vårdpersonalens förmåga att erbjuda säker vård, men kunskapen om hur dessa insatser tillämpas och upplevs i praktiken inom kommunal primärvård är fortfarande begränsade (Söderman et al., 2021). Samtidigt framhålls återkommande användning av vårdplaner och personcentrerad kommunikation som centralt för att skapa trygghet och underlätta beslut i livets slutskede (Kastbom et al., 2020). Driller et al. (2024) visar att organiserad vårdplanering inom primärvården och en sammanfattande palliativ vårdplan kan bidra till att patienter mer sällan avlider på sjukhus. Detta tyder på att integrerad palliativ vård kan fungera som en strategi för att bättre tillgodose patienternas önskemål i livets slutskede. Identifierade hinder för användning och individualisering av vårdplaner omfattar hög arbetsbelastning, komplexa vårdförlopp, otillräckligt stöd från chefer samt begränsad kunskap eller motivation att använda dem (Hynnekleiv et al., 2025). Detta belyser ett dilemma mellan behovet av struktur och risken att standardiserade arbetssätt begränsar personcentreringen. Batalden et al. (2016) beskriver hur riktlinjer och standardiserade mätningar kan snäva in vårdens fokus och försvåra möjligheten att ta hänsyn till patienternas individuella prioriteringar. På liknande sätt visar Hynnekleiv et al. (2025) att vårdplaner ofta ger en begränsad bild av patientens situation och behov, eftersom personcentrerad information dokumenteras i låg grad och planerna sällan uppdateras. Journalsystem med fokus på medicinska och standardiserade uppgifter riskerar därmed att tränga undan dokumentation av relationella, psykosociala och existentiella aspekter av omvårdnaden, vilket kan förskjuta uppmärksamheten från patient och interagerandet med distriktssköterskan (Lydahl et al., 2022). För att möjliggöra en mer personcentrerad vård framstår behovet av flexibla journalsystem som centralt, där fritextanteckningar och vårdpersonalens kliniska omdöme ges utrymme. Systemen bör vidareutvecklas i samverkan med vårdpersonal så att psykosociala, emotionella och andliga aspekter av vården synliggörs och inte underordnas standardiserade omvårdnadsplaner (Hynnekleiv et al., 2025). För att dokumentationen ska ha värde behöver den användas aktivt i omvårdnadssituationer. Distriktssköterskan omsätter då informationen i mötet med patienten och anhöriga.

I resultatet beskrev distriktssköterskorna att de visade förståelse för anhörigas känslor och betonade vikten av respekt och empati. Samtidigt visar Pejowski et al. (2021) att vårdpersonal inte alltid har förmågan att tolka bakomliggande orsaker till anhörigas beteenden, vilket gör reaktioner oförutsägbara och känslomässigt laddade. Anhöriga upplever ofta att samtal om livets slut initieras för sent eller uteblir, vilket ökar deras belastning som familjemedlem och informell vårdgivare (Kastbom et al., 2020). Anhöriga uttrycker ofta ensamhet och efterfrågar tydligare stöd, vägledning och kommunikation (Åvik Persson et al., 2025). Detta belyser ett centralt dilemma då distriktssköterskornas ambition att ge personcentrerad vård ofta står i konflikt med tidspress och begränsade strukturer, vilket kan göra det svårt att tillgodose anhörigas behov. Distriktssköterskorna i examensarbetet hade en medvetenhet gällande vikten av tidiga samtal. Tidiga brytpunktssamtal och planering kan förbättra symtomkontroll, trygghet och kontinuitet, vilket stärker personcentrerad vård (Ødbehr et al., 2025). Samtidigt visar Zhu et al. (2025) att samtal vid fel tidpunkt kan bli belastande för patienten eller anhöriga, och tidpunkten för samtalen måste individanpassas. Anhöriga betonar betydelsen av att patientens önskemål respekteras och inkluderas i vårdplaneringen (Ke et al., 2017). Livshistorier stödjer inte enbart personcentrerad vård utan stärker också relationerna mellan anhöriga, patienten och vårdpersonalen (Åvik Persson et al., 2025). För att stödja distriktssköterskor i detta komplexa arbete bör de ges verktyg i form av kunskap, förståelse och vägledning för att integrera 6S-modellen i omvårdnaden. När 6S-modellen används som ett stöd för reflektion och dialog snarare

än som en checklista eller ett dokumentationssystem, kan den bidra till att stärka personcentrerad vård och möjliggöra att vården i livets slutskede når sin fulla potential (Österlind & Heno, 2021).

Österlind och Heno (2021) betonar vikten av dialog och delaktighet i personcentrerad palliativ vård för att förstå personens erfarenheter, värderingar och preferenser. I sårbara perioder, såsom vid övergången från frisk till sjuk, kan sådana förändringar upplevas som ett hot mot självbild och identitet. Utifrån resultaten i examensarbetet kan detta förstås som särskilt relevant för distriktssköterskans arbete, där möjligheten till samtal och reflektion framstod som central för att möta patientens individuella behov. När patienten ges utrymme att dela sin livsberättelse kan omvårdnaden anpassas utifrån personens värderingar och preferenser, vilket stärker ett personcentrerat förhållningssätt. Tidigare forskning visar att livsberättelser kan fungera som ett värdefullt verktyg för personcentrerad vård och bidra till stärkta relationer mellan patient, anhöriga och vårdpersonal (Åvik Persson et al., 2025). I linje med den teoretiska utgångspunkten i 6S-modellen (Österlind & Heno, 2021) kan dialog och reflektion skapa förutsättningar för att distriktssköterskan får en fördjupad förståelse för personens erfarenheter och behov, vilket bör påverka hur vården utformas. Genom att skapa utrymme för reflektion kan distriktssköterskan därigenom bidra till ökad acceptans inför livets slut samt bidra till lugn och trygghet hos både patient och anhöriga. För att upprätthålla delaktighet är det avgörande att arbeta proaktivt med tydlig samordning och tidig initiering av samtal (Åvik Persson et al., 2025). Anhöriga utgör ofta en viktig resurs genom att bidra till struktur och minska risken för kritiska händelser. Genom att tydliggöra vårdförloppet och om vad som sker härnäst samt ge konkreta instruktioner kan distriktssköterskor minska stressen vid vård i hemmet (Bruce et al., 2024). Liknande ansvarstagande roller för distriktssköterskor har även identifierats i andra europeiska studier vid vård i livets slutskede (Reeves et al., 2020; Sørstrøm et al., 2023), vilket tyder på att funktionen som länk mellan patient, anhörig och övrig vårdpersonal inte är unikt för svenska förhållanden. Samtidigt kan beroendet av anhöriga problematiseras, då deras engagemang, kapacitet och deltagande varierar, vilket kan leda till ojämlika förutsättningar för god vård i livets slutskede (Ménard et al., 2025).

I examensarbetet framkom att distriktssköterskornas samordnande funktion var särskilt tydlig, eftersom bristande planering och bristande samverkan ofta ledde till kritiska händelser, som de behövde hantera i det dagliga omvårdnadsarbetet. Vidare beskrevs att tydliga planer och rutiner ökade tryggheten för alla inblandade, något Kuusisto et al. (2022) beskriver som centralt för kvalitet och säkerhet i palliativ vård. Samtidigt ses det att tydliga rutiner kan minska flexibilitet och individanpassning (Backåberg et al., 2025). Distriktssköterskorna i examensarbetet beskrev att de behövde ansvara för samtal kring patientens försämring eller död, vilket enligt Näppä et al. (2023) kan skapa struktur i situationer där samarbetet mellan olika professioner inte fungerar optimalt. Samtidigt innebär detta en risk, då återkommande övertagande av uppgifter som formellt är läkarens ansvar kan leda till att rollförskjutningen normaliseras över tid. Otydlig ansvarsfördelning kan på sikt medföra konsekvenser för vårdkvalitet och patientsäkerhet (Reeves et al., 2020). Team som arbetar tillsammans över tid utvecklar tillit, gemensamma mål och en ökad förmåga att hantera konflikter. Det underlättar snabba och välgrundade beslut när patientens tillstånd förändras, något som är särskilt avgörande i situationer i livets slutskede (Klarer et al., 2019). Genom gemensam planering, delat ansvar och flera professionella perspektiv kan hierarkiska skillnader motverkas och känslor av maktlöshet och moralisk stress reduceras (Young et al., 2017). Samtidigt visar Klarer et al. (2019) att nyare team oftare upplever samarbetsproblem, vilket kan påverka vårdkvaliteten negativt. Inom kommunal primärvård försvåras högkvalitativ palliativ vård av bristande samordning, begränsade resurser och otillräcklig specialistkompetens (Danielsen et al., 2018). Resultatet visade att distriktssköterskorna hanterade den känslomässiga påfrestningen genom erfarenhetsutbyte, kollegialt stöd och reflektion, strategier som enligt Shin et al. (2023) kan bidra till professionell utveckling och ökad trygghet i beslutsfattande. Young et al. (2017) menar att sjuksköterskors copingstrategier inte alltid är tillräckliga vilket kan resultera i påverkan på vårdkvaliteten. Detta är särskilt tydligt inom kommunal primärvård där redan utmanande områden såsom utbrändhet, hög sjukfrånvaro och ökad personalomsättning kan relateras till moralisk stress. Stödinsatser för vårdpersonalen har visat sig minska dessa problem och samtidigt stärka vårdkvaliteten. Ledarskapets kvalitet i form av tydlighet och närvaro har setts påverka distriktssjuksköterskans sätt att hantera stress och etiskt utmanande samtal. Vid avsaknad av möjlighet att diskutera etiska dilemman ökar den moraliska stressen (Young et al., 2017). Ibrahim et al. (2025) beskriver dessutom att sjuksköterskans emotionella närvaro fungerar både som en resurs och som en potentiell stressfaktor, vilket tydliggör vikten av strategier för att hantera denna emotionella arbetsbörda. Kortvarig emotionell distansering kan underlätta professionellt agerande. Genom att avskärma sina egna känslor under kortare stunder kan distriktssköterskan möta patienten och anhörigas behov utan att själv bli överväldigad vilket möjliggör lugn, genomtänkta beslut och bibehållen sin professionalitet (Fookolae et al., 2025). Om

strategin används regelbundet eller under längre perioder utan att kombineras med återhämtning och organisatoriskt stöd kan det leda till emotionell utmattning och minskad empati. För att motverka dessa negativa konsekvenser är det viktigt med kollegialt stöd, strukturerad handledning, reflektion och regelbunden återhämtning. Sådana strategier fungerar som skyddsfaktorer och hjälper distriktssjuksköterskan att bibehålla både välbefinnande och förmåga att ge högkvalitativ vård (Zhai et al., 2025). För att stödja distriktssköterskors arbete och främja personcentrerad vård är det viktigt att vårdkulturen aktivt underlättar tillämpning av modeller som 6S:n, där organisationens stöd och engagemang är avgörande. Stödjande åtgärder kan vara regelbunden träning i kommunikationsfärdigheter, klinisk reflektion och tydlig arbetsfördelning, vilket skapar förutsättningar för kontinuitet i vården och gör det möjligt att anpassa omvårdnaden efter varje persons värderingar, övertygelser och behov (Österlind & Henoch, 2021). Modellen 6 S:n för personcentrerad palliativ vård ger distriktssköterskor ett praktiskt verktyg för att systematiskt bedöma, planera och följa upp vården utifrån patientens behov och önskemål. Den hjälper distriktssköterskan att bevara patientens självkänsla och självbestämmande samt underlätta sociala relationer och symtomlindring vid snabba beslut, vilket examensarbetet visade är viktiga faktorer för att förebygga kritiska händelser. Den ger även stöd för existentiell reflektion och planering inför livets slut, vilket blev tydligt i examensarbetets resultat då det underlättade distriktssköterskans arbete med att möta både patientens och anhörigas behov. På så sätt fungerar 6S-modellen som ett konkret verktyg för att underlätta distriktssköterskors arbete och förebygga kritiska händelser vid vård av patienter i livets slutskede (Österlind et al., 2022).

Slutsatser

Distriktssköterskors hantering och erfarenhet av kritiska händelser i livets slutskede påverkades av en mängd olika faktorer. Otydlighet, bristande struktur och bristande samarbete kunde innebära en större risk för uppkomsten av kritiska händelser. God planering med tydlig kommunikation, tydliga ordinationer och närvaro av distriktssköterskan gentemot patienter och anhöriga var åtgärder som kunde minska risken. Trots att vården i livets slutskede ibland präglades av kritiska händelser kunde distriktssköterskan hantera dessa situationer genom personcentrerad vård, tidigare erfarenheter samt stöd och reflektion, både tillsammans med kollegor och chef. Även självkännet och tid för egen reflektion var viktiga faktorer.

Distriktssköterskors erfarenhet var betydelsefull för hur de hanterade kritiska situationer. Vilket möjliggjorde korrekt prioritering, snabbt agerande vid behov och stöd till både patienter och anhöriga. Resultaten visade också att tydlig och regelbunden kommunikation samt samarbete var viktiga för att skapa trygghet och delaktighet samt för att samordna vården tillsammans med andra vårdgivare. Detta minskade risken för att kritiska händelser uppstod och den emotionella belastning som situationerna kunde medföra för distriktssköterskorna. Tillgång till utbildning, handledning och stödsystem visade sig vara avgörande för att distriktssköterskor skulle kunna hantera kritiska händelser och ge utöva vård i livets slutskede.

Kliniska implikationer

Ur ett samhällsperspektiv bör tydliga riktlinjer finnas på en nationell nivå kring palliativ vård och vård i livets slut. Socialstyrelsen har ett stort ansvar att se till att de riktlinjer som beslutas nationellt implementeras på utbildningar och i Sveriges regioner och kommuner. Tydlighet underlättar arbetet och bidrar till en mer jämlik vård för våra patienter. Förbättrad utbildning i palliativ vård för både sjuksköterskor och distriktssköterskor innebär ökad kunskap och kompetens kring vård i livets slutskede. I utbildningen bör även etiska diskussioner, erfarenheter och reflektion kring palliativ vård lyftas. På verksamhetsnivå finns behovet av förbättrade organisatoriska strukturer. Brist på tillgänglighet till läkare, oklara eller för sent insatta ordinationer och varierande samverkan med specialiserad palliativ vård ökar distriktssköterskornas ansvar och arbetsbelastning. För att stärka kvaliteten på vården i livets slutskede behövs tydliga rutiner för läkarkontakt, regelbundna samordningsmöten och strukturerad användning av tydliga brytpunktssamtal. Verksamheterna bör också prioritera kontinuitet bland distriktssköterskorna, interna utbildningar samt annan kompetensutveckling. Genom avsatt tid för reflektion på arbetstid kan distriktssköterskor utbyta

erfarenheter och fördjupa sin förståelse av vårdsituationer. Vid kritiska händelser kan istället flexibla reflektionstillfällen ge distriktssköterskorna möjlighet att tillsammans reflektera i grupp. Dessa åtgärder kan bidra till minskad stress och stärka både distriktssköterskans och teamets förmåga att arbeta förebyggande och personcentrerat.

Resultatet visar att tidig planering och samtal om vården i livets slutskede är en central del för att förebygga belastning och kritiska händelser för distriktssköterskor. Distriktssköterskor behöver därför tillgång till förutsättningar och kompetens för att kunna initiera och genomföra dessa svåra samtal i nära samverkan med läkare. Resultaten visar även att distriktssköterskans förmåga att kommunicera och skapa närvaro i möten innebär trygghet för både patienter och anhöriga. Genom tydlig, empatisk och regelbunden information minskar patienternas och anhörigas oro och de känner sig delaktiga. Personcentrerat bemötande minskar förekomst av kritiska situationer och bidrar till en hanterbar arbetsmiljö för distriktssköterskan. Tydlig struktur, planering samt en resursstark bemanning med rätt kompetens och kunskap om vård i livets slutskede kommer inte enbart att förbättra vården i livets slutskede för patienter och anhöriga. Genom att synliggöra och ta tillvara distriktssköterskors upplevelser av kritiska händelser vid vård i livets slutskede kan detta ligga till grund för utveckling av riktlinjer, utbildningsinsatser och förbättring av organisatoriska strukturer. Vilket kan stärka distriktssköterskans yrkesroll och minskar risken för kritiska händelser.

Vidare forskning

Utifrån examensarbetets resultat finns ett fortsatt behov av forskning kring distriktssköterskors hantering av kritiska händelser i livets slutskede. Det vore värdefullt att undersöka hur samverkan mellan kommunal primärvård och specialiserad palliativ vård påverkar både distriktssköterskors handlingsutrymme och patienters upplevelse av vården. Vidare bör forskning fokusera på hur utbildningsinsatser inom palliativ kommunikation och existentiella samtal påverkar distriktssköterskors förmåga att hantera kritiska situationer. Slutligen är det värdefullt att studera organisatoriska faktorer såsom bemanning, resursfördelning och ansvarsfördelning för att identifiera strukturer som mest effektivt kan förebygga kritiska händelser och stödja både patienter, anhöriga och i slutändan även distriktssköterskan.

Referenser

- Ahlstedt, C., Eriksson Lindvall, C., Holmström, I. K., & Muntlin Athlin, Å. (2019). What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, *89*, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008>
- Ahlström, G., Nilsen, P., Benzein, E., Behm, L., Wallerstedt, B., Persson, M., & Sandgren, A. (2018). Implementation of knowledge-based palliative care in nursing homes and pre-post post evaluation by cross-over design: a study protocol. *BMC Palliative Care*, *17*(1), Article 52. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0308-2>
- Almahrizi, H. A., Alaloul, F., Al Mamari, O. K., Rani, E. K., Al Mahrizi, Z. A., Al Harthy, S. A., & Al-Naamani, Z. (2025). Empowering critical care nurses: bridging knowledge gaps in palliative care. *BMC Nursing*, *24*(1), Article 1127. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03699-1>
- Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved — A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, *38*, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
- Andersson, S. (2017). *Vård i livets slutskede på särskilt boende för äldre personer: närstående och vårdpersonals skattade och berättade erfarenheter*. [Doktorsavhandling, Umeå universitet]. DiVA. <https://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1164258>
- Backåberg, S., Ekstedt, M., Forsgårde, E.-S., Hagerman, H., & Tryselius, K. (2025). Flexibility in rigid systems: A meta-synthesis of best practices for integrated care. *BMC Primary Care*, *26*(1), 353. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-03062-y>
- Baker, O. G. (2020). New graduate nurses' transition: Role of lack of experience and knowledge as challenging factors. *Saudi Journal for Health Sciences*, *9*(3), 214–220. https://doi.org/10.4103/sjhs.sjhs_88_20
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opiari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, *25*(7), 509–517. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>
- Benner, P. E. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Billhult, A. (2017a). Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 265–273). Studentlitteratur.
- Billhult, A. (2017b). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 121–132). Studentlitteratur.
- Blomberg, K., Söderman, A., Werkander Harstäde, C., & Östlund, U. (2021). Community nurses' experiences of the Swedish Dignity Care Intervention for older persons with palliative care needs: A qualitative feasibility study in municipal home health care. *International Journal of Older People Nursing*, *16*(4), e12372. <https://doi.org/10.1111/opn.12372>
- Bowers, B., & Redsell, S. A. (2017). A qualitative study of community nurses' decision-making around the anticipatory prescribing of end-of-life medications. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(10), 2385–2394. <https://doi.org/10.1111/jan.13319>
- Borgstrom, E., Cohn, S., & Driessen, A. (2024). Multidisciplinary team meetings: Dynamic routines that (re)make palliative care. *Australian Journal of Primary Health*. <https://doi.org/10.1080/14461242.2024.2432881>
- Bruce, E., Pusa, S., & Sundin, K. (2024). Nurses' experiences of communicating with families in municipal home health care. *Nursing Open*, *11*(12), e70117. <https://doi.org/10.1002/nop2.70117>

- Chan, C. W. H., Chow, M. C. M., Chan, S., Sanson-Fisher, R., Waller, A., Lai, T. T. K., & Kwan, C. W. M. (2020). Nurses' perceptions of and barriers to the optimal end-of-life care in hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1209–1219. <https://doi.org/10.1111/jocn.15160>
- Chen, X., Zhang, Y., Arber, A., Huo, X., Liu, J., Sun, C., Yuan, L., Wang, X., Wang, D., Wu, J., & Du, J. (2022). The training effects of a continuing education program on nurses' knowledge and attitudes to palliative care: a cross sectional study. *BMC Palliative Care*, 21(1), Article 56. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00953-0>
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143-154). Studentlitteratur.
- Dewitt, B., Persson, J., Wahlberg, L., & Wallin, A. (2021). The epistemic roles of clinical expertise: An empirical study of how Swedish healthcare professionals understand proven experience. *PLoS ONE*, 16(6), e0252160. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252160>
- Dinnen, T., Williams, H., Yardley, S., Noble, S., Edwards, A., Hibbert, P., Kenkre, J., & Carson-Stevens, A. (2019). Patient safety incidents in advance care planning for serious illness: A mixed-methods analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(e3), e403–e410. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001824>
- Driller, B., Talseth-Palmer, B., Hole, T., Strømskag, K. E., & Brenne, A.-T. (2024). Cancer patients have a reduced likelihood of dying in hospital with advance care planning in primary health care and a summarizing palliative plan: a prospective controlled non-randomized intervention trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 42(3), 471–482. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1080/02813432.2024.2346131>.
- Edberg, A.K., Ehrenberg, A., Wijk, H., & Öhlén, J. (2021). Vårdens kärnkompetenser och omvårdnad. I A.K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (2. uppl. s. 33-46). Studentlitteratur.
- Ekberg, S., Parry, R., Land, V., Ekberg, K., Pino, M., Antaki, C., Jenkins, L., & Whittaker, B. (2021). Communicating with patients and families about illness progression and end of life: A review of studies using direct observation of clinical practice. *BMC Palliative Care*, 20(186). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00876-2>
- Eriksson, G., Bergstedt, T. W., & Melin-Johansson, C. (2015). The need for palliative care education, support, and reflection among rural nurses and other staff: A quantitative study. *Palliative & Supportive Care*, 13(2), 265–274. <https://doi.org/10.1017/S1478951513001272>
- European Parliament & Council of the European Union. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data ... (General Data Protection Regulation)*. EUR-Lex. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Fookolaee, S. P., Hadadian, F., Feizi, A., & Jouybari, L. (2025). Nurses' experiences of providing emotional intelligence-based nursing care: A hermeneutic phenomenological study. *BMC Nursing*, 24(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03361-w>
- Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2017). Kritisk incident teknik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 155-167). Studentlitteratur.

- Fridlund, B., Henricson, M., & Mårtensson, J. (2017). Critical Incident Technique applied in nursing and healthcare sciences. *SOJ Nursing & Health Care*, 3(1), 1– 5.
<http://dx.doi.org/10.15226/2471-6529/3/1/00125>
- Garralda-Domezain, E., Tripodoro, V. A., Ling, J., Brennan, J., Montero-Calero, Á., Bastos, F. V., Monzón, L., Suárez, D., Pons-Izquierdo, J. J., & Centeno, C. (2025). *Atlas of palliative care in Europe 2025*. European Association for Palliative Care.
<https://dadun.unav.edu/entities/publication/b7868dba-dcdb-40a8-bf30-72c1635b6e18>
- Ghaderi, C., Esmaeili, R., & Ebadi, A. (2022). Situation awareness in intensive care unit nurses: A qualitative directed content analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 999745.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.999745>
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R., & Pedersen, R. (2015). End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes: Experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatrics*, 15, 103. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0096-y>
- Gonella, S., Campagna, S., & Dimonte, V. (2023). A situation-specific theory of end-of-life communication in nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 869. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010869>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Gustafsson, M., Wennerholm, S., & Fridlund, B. (2010). Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: A critical incident study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(3), 138–145.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.01.002>
- Henricsson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-1119). Studentlitteratur.
- Hulen, E., Lafferty, M., Laliberte, A., Saha, S., & Edwards, S. T. (2022). Balancing the benefits of patient-clinician relationships with professional boundaries in home-based primary care. *Home Health Care Services Quarterly*, 41(4), 330–340.
<https://doi.org/10.1080/01621424.2022.2056106>
- Hynnekleiv, I. I., Giske, T., & Heggdal, K. (2025). How is individualized nursing care documented in nursing records of cancer patients: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 24(1), 1–12.
<https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1186/s12912-025-03230-6>
- Ibrahim, A. M., Zaghamir, D. E. F., Elsehrawy, M. G., Abdel-Aziz, H. R., Elgazzar, S. E., Hassabelnaby, F. G. E., Mohamed, H. A. O., & Abd Elsalam, N. A. E. (2025). Impact of job crafting and work engagement on the mental and physical health of palliative care nurses. *BMC Nursing*, 24(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03058-0>
- International Association for Hospice and Palliative Care (2018). *Global Consensus based palliative care definition*. <https://iahpc.org/what-we-do/research/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
- International Council of Nurses (ICN). (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses>

- Jacobsson, M., & Näsholm, M. (2024). Meaningful organizational routines in primary healthcare: Influencing factors and their consequences for routine enactment. *Journal of Health Organization and Management*, 39(9), 16–35. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2023-0317>
- Karlsson, M., Kasén, A., & Wärnå-Furu, C. (2017). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliative & Supportive Care*, 15(2), 158–168. <https://doi.org/10.1017/S1478951516000468>
- Kastbom, L., Karlsson, M., Falk, M., & Milberg, A. (2020). Elephant in the room - Family members' perspectives on advance care planning. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 421–429. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1080/02813432.2020.1842966>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (2.uppl., s. 57–80). Studentlitteratur.
- Klarare, A., Hansson, J., Fossum, B., Furst, C. J., & Lundh Hagelin, C. (2019). Team type, team maturity and team effectiveness in specialist palliative home care: an exploratory questionnaire study. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 504–511. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1080/13561820.2018.1551861>
- Kuusisto, A., Saranto, K., Korhonen, P., & Haavisto, E. (2023). Quality of information transferred to palliative care. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13–14), 3421–3433. <https://doi.org/10.1111/jocn.16453>
- Larsdotter, C., Nyblom, S., Gyllensten, H., Furst, C.-J., Ozanne, A., Hedman, R., Nilsson, S., & Öhlén, J. (2024). Trends in the place of death in Sweden from 2013 to 2019 – disclosing prerequisites for palliative care. *Palliative Care and Social Practice*, 18(1–13). <https://doi.org/10.1177/26323524241238232>
- Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 1–11. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Lydahl, D., Britten, N., Wolf, A., Naldemirci, Ö., Lloyd, H., & Heckemann, B. (2022). Exploring documentation in Person-centred care: A content analysis of care plans. *International Journal of Older People Nursing*, 17(5), e12461-n/a. <https://doi.org/10.1111/opn.12461>
- Matscheck, D., & Piuva, K. (2023). Exploring the effectiveness of the coordinated individual plan in Sweden: Challenges and opportunities for collaborative care. *Nordic Social Work Research*, 15(2), 215–228. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2023.2281977>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444390506>
- Ménard, A., Adekoya, A., Birchall, E., Seetharaman, K., Kervin, L., Khan, K., & Baumbusch, J. (2025). Between hope and future planning: The dementia journey for care partners through the lens of relational autonomy. *BMC Medical Ethics*, 26(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01197-2>
- Midlöv, M.-E., & Lindberg, T. (2019). District nurses' experiences of providing palliative care in the home: An interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 15–24. <https://doi.org/10.1177/2057158519857002>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

- Näppä, U., Nässén, E., & Winqvist, I. (2023). Palliative care in rural areas – collaboration between district nurses and doctors: An interview study. *BMC Palliative Care*, 22(1), Article 73. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01190-9>
- Norouzadeh, R., Anoosheh, M., & Ahmadi, F. (2022). Nurses' Communication with the Families of Patients at the End-of-Life. *Omega: Journal of Death and Dying*, 86(1), 119–134. <https://doi.org/10.1177/0030222820959933>
- Persson, H. Å., Ahlström, G., & Ekwall, A. (2022). Professionals' readiness for change to knowledge-based palliative care at nursing homes: a qualitative follow-up study after an educational intervention. *BMC Palliative Care*, 21(1), Article 132. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01018-y>
- Pejoski, N., Skaczkowski, G., Moran, J., Hodgson, H., & Wilson, C. (2021). Confronting behaviour in palliative care: A qualitative study of the lived experience of nursing staff. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(5), 245–253. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.5.245>
- Porr, C., Gaudine, A., & Smith-Young, J. (2024). *Ethical conflicts experienced by community nurses: A qualitative study*. *Nursing Ethics*, 31(4), 541–552. <https://doi.org/10.1177/09697330231200563>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Rasoal, D., Kihlgren, A., & Skovdahl, K. (2018). Balancing different expectations in ethically difficult situations while providing community home health care services: A focused ethnographic approach. *BMC Geriatrics*, 18, 312. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0996-8>
- Reeves, E., Jansen, L., & Groenvold, M. (2020). Care coordination in palliative home care: Who plays the key role? *BMC Palliative Care*, 19(1), 74. DOI: 10.5334/ijic.5466
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2023). Nationellt vårdprogram palliativ vård. Kunskapsbanken. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-varld/vardprogram/>
- Robinson, J., Goodwin, H., Williams, L., Anderson, N., Parr, J., Irwin, R., & Gott, M. (2024). The work of palliative care from the perspectives of district nurses: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(8), 3323–3332. <https://doi.org/10.1111/jan.16030>
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (2:a uppl.). Studentlitteratur.
- Saretta, M., Doñate-Martínez, A., & Alhambra-Borrás, T. (2022). Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 105(8), 2671–2682. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.003>
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2007). Critical incident technique: A user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 107–114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x>
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som-avser-manniskor_sfs-2003-460
- Sharoff, L. (2007). Critical Incident Technique Utilization in Research on Holistic Nurses. *Holistic Nursing Practice*, 21(5), 254–262. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000287989.40215.87>
- Shin, S., Lee, I., Kim, J., Oh, E., & Hong, E. (2023). Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: A pilot study. *BMC Nursing*, 22(1), Article 69. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6>

- Skyvell Nilsson, M., Gadolin, C., Larsman, P., Pousette, A., & Törner, M. (2024). The role of perceived organizational support for nurses' ability to handle and resolve ethical value conflicts: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, *80*(2), 765–776. <https://doi.org/10.1111/jan.15889>
- Socialstyrelsen. (2024, 18 Mars). *Samordnad individuell planering vid utskrivning från slutenvård: För hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/juridiskt-stod-for-dokumentation/samordnad-individuell-planering-vid-utskrivning-fran-slutenvard/>
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/nationellt-kunskapsstod-for-god-palliativ-vard-i-livets-slutskede--vagledning-rekommendationer-och-indikatorer--stod-for-styrning-och-ledning-2013-6-4/>
- Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp*. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/palliativ-var-d-fortydligande-och-konkretisering-av-begrepp-2018-8-6/>
- Söderman, A., Werkander Harstäde, C., Östlund, U., & Blomberg, K. (2021). Community nurses' experiences of the Swedish Dignity Care Intervention for older persons with palliative care needs: A qualitative feasibility study in municipal home health care. *International Journal of Older People Nursing*, *16*(4), e12372. <https://doi.org/10.1111/opn.12372>
- Stenman, T., Rönngren, Y., Näppä, U., & Melin Johansson, C. (2025). Beyond everyday small talk: A qualitative study on registered nurses' confidential conversations in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.17098>
- Stokke, R., Wibe, T., & Sogstad, M. (2023). Forming nursing home practices that support quality of care for residents: A qualitative observational study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *16*, 2667–2680. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S426913>
- Sujan, M. (2015). An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability Engineering & System Safety*, *144*, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.ress.2015.07.011>
- Svendsen, S. J., Grov, E. K., & Staats, K. (2025). Home care nurses' ethical compass in palliative decision-making processes. *Geriatric Nursing*, *58*, 103561. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103561>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Teamets kommunikation inom vård och omsorg*. <https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592618270/1605171642447/teamets>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*. <https://swenurse.se/download/18.4944cc7419a769f62f3d5c3d/1764660656978/Kompetensbeskrivning%20för%20distriktsjuksköterskor%202025.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. <https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf>
- Sørstrøm, A. K., Ludvigsen, M. S., & Kymre, I. G. (2023). Home care nurses facilitating planned home deaths: A focused ethnography. *BMC Palliative Care*, *22*, 175. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01303-4>
- Ternestedt, B., & Andershed, B. (2017). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed, B-M. Ternestedt, & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård - Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s. 103-116). Studentlitteratur.

- Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningsсед 2024*. [https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-
rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html](https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-
rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html)
- Yoo, K. H., Zhang, Y. A., & Yun, E. K. (2019). Registered nurses' knowledge sharing and decision-making: The mediating role of organizational trust. *International Nursing Review*, 66(2), 230–238. <https://doi.org/10.1111/inr.12488>
- Young, A., Froggatt, K., & Brearley, S. G. (2017). 'Powerlessness' or 'doing the right thing' – Moral distress among nursing home staff caring for residents at the end of life: An interpretive descriptive study. *Palliative Medicine*, 31(9), 853–860. <https://doi.org/10.1177/0269216316682894>
- Wennman, I., Carlström, E., Fridlund, B., & Wijk, H. (2021). Experienced critical incidents affecting lead-times in the stroke care chain for low-priority patients – A qualitative study with critical incident technique. *International Emergency Nursing*, 58, Article 101040. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101040>
- World Health Organization (2020). *Palliative care: Improving quality of life for people living with life-limiting conditions*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Zhai, S., Liu, Q., Dai, C., Lu, Y., Zhang, H., Liu, J., & Chen, C. (2025). Compassion fatigue, psychological resilience, moral sensitivity, and humanistic caring ability in clinical nurses: A structural equation model. *BMC Nursing*, 24(776). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03351-y>
- Zhu, T., Rietjens, J. A. C., van Delden, J. J. M., Deliens, L., van der Heide, A., Johnsen, A. T., Ingravallo, F., Lunder, U., Preston, N. J., Seymour, J., & Korfage, I. J. (2025). Timing of advance care planning in patients with advanced cancer: Analysis of ACTION data. *Patient Education and Counseling*, 136, 108761. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.108761>
- Åvik Persson, H., Ahlström, G., Årestedt, K., Behm, L., Drevenhorn, E., & Sandgren, A. (2023). Palliative care delivery at nursing homes before and after an educational intervention from professionals' perspective: A pre– post design. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37, 229–242. <https://doi.org/10.1111/scs.13084>
- Åvik Persson, H., Wallerstedt, B., Alftberg, Å., Sandgren, A., & Ahlström, G. (2025). Collaboration and Communication in Care at the Nursing Home: The Next of Kin's Experiences of Participation Following Educational Intervention for Staff. *Nursing Reports*, 15(7), 255. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.3390/nursrep15070255>
- Ødbehr, L. S., Jensen, A. S., Korup, A., Hov, R., Sanaker, H., & Sandsdalen, T. (2025). Patients' experiences of quality in palliative care and advance care planning in primary care: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 24, 277. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01919-8>
- Österlind, J., & Henoch, I. (2021). The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12334. <https://doi.org/10.1111/nup.12334>
- Österlind, J., Henoch, I., Ternstedt, B.-M., Holmberg, B., Schenell, R., & Andershed, B. (2022). *De 6 S:N - en modell för personcentrerad palliativ vård* (3. uppl.). Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1

Information till verksamhetschef/enhetschef gällande examensarbetet med arbetstiteln: belysa hur distriktssköterskor erfar och hanterar kritiska händelser vid vård av patienter i livets slutskede.

Vi vill gärna höra om det är möjligt att genomföra detta examensarbete, som ingår i specialistsjuksköterskeutbildningen, inom er verksamhet. I det här dokumentet finns information om examensarbetet och vad det innebär.

Vad är syftet med examensarbetet

Syftet med examensarbetet är att belysa hur distriktssköterskor erfar och hanterar kritiska händelser vid vård av patienter i livets slutskede. Studien kan belysa de utmaningar och beslut distriktssköterskor ställs inför i denna komplexa och känslomässiga vård, samt de strategier och metoder som används för att hantera dessa. Resultatet kan främja ökad förståelse för yrkesgruppens behov och därmed stödja utvecklingen av förbättrade riktlinjer, utbildning och arbetsmiljö för distriktssköterskor och sjuksköterskor inom detta område.

Hur går examensarbetet till?

Distriktssköterskor och sjuksköterskor som arbetar på er enhet kommer att besvara en enkät vilket beräknas ta cirka 10 minuter. Deltagarna ombeds att dela med sig av sina erfarenheter och reflektioner på ett sätt som känns bekvämt för dem. Vi önskar att så många som möjligt kan avsätta tid för att besvara enkäten, utifrån vad som är möjligt för er enhet.

Möjliga följder och risker med att delta i examensarbetet

Deltagandet i examensarbetet kan medföra vissa risker för de som deltar, främst av känslomässig karaktär. Diskussionen om specifika händelser kan väcka känslomässiga reaktioner och framkalla tidigare minnen, vilket kan upplevas som obehagligt eller stressande. Det är viktigt att betona att deltagarna inte förväntas dela med sig av någon information som de inte känner sig bekväma med. Ansvariga för studien säkerställer att deltagarna känner sig trygga i processen och att de har möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande om de upplever att det påverkar deras välbefinnande.

Vad händer med insamlade uppgifter?

Examensarbetet kommer att samla in och dokumentera information från enkätsvar. Data kommer att förvaras på ett säkert sätt så att obehöriga inte kan ta del av dem. Då resultatet från examensarbetet publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Resultatet kan komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift och insamlad data sparas då i minst 10 år. Om inte förstörs insamlade data då examensarbetet är godkänt.

Hur får deltagarna och du som verksamhetschef/enhetschef information om resultatet av examensarbetet?

Deltagare och chefer är välkommen att kontakta författare av examensarbetet efter att examensarbetet är examinerat och godkänt för att ta del av resultatet.

Deltagandet är frivilligt

Deltagandet är frivilligt och deltagaren kan när som helst välja att avbryta. Om deltagaren väljer att inte delta eller vill avbryta behöver de inte uppge varför. Om önskan att avbryta sitt deltagande kontaktas studenterna till examensarbetet (se nedan).

Ansvariga för examensarbetet

För ytterligare information och svar på frågor, vänligen kontakta studenterna till examensarbetet

Författare: Josefin Lindahl och Emma Brorsson

Handledare: Lise-lotte Jonasson

Bilaga 2

Till sjuksköterskor och distriktssköterskor inom kommunal primärvård

Information till deltagare gällande examensarbetet med arbetstiteln : Kritiska händelser vid vård i livets slutskede, distriktssköterskans erfarenheter.

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett examensarbete inom ramen för specialistsjuksköterskeutbildningen. I det här dokumentet får du information om examensarbetet och om vad deltagandet innebär.

Vad är det för ett examensarbete och varför vill ni att jag ska delta?

Syftet med studien är att belysa hur distriktssköterskor erfar och hanterar kritiska händelser vid vård av patienter i livets slutskede. Du tillfrågas att delta eftersom du som distriktssköterska/sjuksköterska har erfarenhet av palliativ vård och vård i livets slutskede och därmed kan bidra med värdefulla perspektiv på de händelser som uppstår i dessa situationer samt hur dessa händelser hanteras. Din erfarenhet ger en unik inblick i de utmaningar och känslomässiga reaktioner som kan förekomma vilket är avgörande för att förstå hur distriktssköterskor/sjuksköterskor hanterar komplexa vårdssituationer och vilka strategier som används för att säkerställa en god palliativ vård.

Hur går examensarbetet till?

Deltagandet innebär att du kommer att besvara en enkät enskilt där vi ställer frågor om dina erfarenheter och upplevelser av specifika händelser i ditt arbete med patienter i livets slutskede. Förbered dig gärna genom att tänka ut minst en händelse. Tidsåtgång för att besvara enkäten beräknas ta cirka 10 minuter.

Möjliga följder och risker med att delta i examensarbetet

Deltagandet i examensarbetet kan innebära vissa risker, främst av känslomässig karaktär. Specifika händelser kan väcka starka känslor och minnen, vilket kan vara obehagligt eller stressande. Du förväntas inte att delge något du inte känner dig bekväm med.

Vad händer med mina uppgifter?

Examensarbetet kommer att samla in och registrera information från dig genom dina enkätsvar.

Data kommer att förvaras på ett säkert sätt så att obehöriga inte kan ta del av dem. Då resultaten från examensarbetet publiceras kommer enskilda individer inte kunna identifieras. Resultatet kan komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift och då sparas insamlad data i minst 10 år. Om inte förstörs insamlad data då examensarbetet är godkänt.

Hur får jag information om resultatet av examensarbetet?

Deltagaren är välkommen att kontakta författare av examensarbetet efter att examensarbetet är examinerat och godkänt för att ta del av resultatet.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida arbetssituation. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta studenterna till examensarbetet (se nedan).

Ansvariga för examensarbetet

För ytterligare information och svar på frågor, vänligen kontakta studenterna till examensarbetet

Författare: Josefin Lindahl och Emma Brorsson

Handledare: Lise-lotte Jonasson

Bilaga 3

Frågeformulär via EsMaker Jönköping University

Jag har läst informationen ovan och samtycker till att delta i enkäten: Ja/Nej

Bakgrundsfrågor

Kön: Kvinna/Man/Vill ej uppge/Annat

Ålder, anges i år:

Yrkeserfarenhet som distriktssköterska/sjuksköterska: 0-5 år/6-10 år/11-20 år/21 år eller mer

Har du vidareutbildning alternativt deltagit i en kurs med inriktning palliativ vård? Anges i fritext

Har du tidigare upplevt en betydande vårdssituation i samband med palliativ vård inom kommunal primärvård? Ja/Nej/Osäker

Vänligen beskriv en händelse du själv varit med om i arbetet med en patient i livets slutskede. Situationen ska upplevas som särskilt betydelsefull antingen positiv eller negativ.

Beskriv händelsen du upplevde som betydelsefull vid vård av en patient i livets slutskede (Vad hände? Var inträffade det? Vilka var närvarande?) Anges i fritext

Vad tror du orsakade denna situation? Anges i fritext

Vilka åtgärder eller handlingar vidtog du i situationen? Anges i fritext

Vilka känslor upplevde du under händelsen? Svartalernativ: Stress/Osäkerhet/Tillfredsställelse/Glädje/Ilkska/Sorg/Maktlöshet/Annat/Beskriv gärna mer i fritext

Vilka konsekvenser fick händelsen för patienten, anhöriga och dig själv? Fritext

Skulle du agera annorlunda om samma situation hände igen? Varför/varför inte? Fritext

Har denna händelse påverkat ditt sätt att arbeta eller ditt förhållningssätt i yrkesrollen? Svartalernativ: Inte alls/Lite/Mycket/Beskriv gärna i fritext

Under den beskrivna händelsen, upplevde du känslor av maktlöshet eller otillräcklighet? Svartalernativ : Ja, i hög grad/Ja, i viss grad/Nej, inte alls

Om ja beskriv gärna hur det påverkade dig i situationen. Anges i fritext: