



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

SJUKSKÖSTERSKORS UPPLEVELSER AV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE EN LITTERATURSTUDIE

SARA FAKHRO
SAHERA KHALILI

SJUKSKÖSTERSKORS UPPLEVELSER AV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE EN LITTERATURSTUDIE

SARA FAKHRO

SAHERA KHALILI

Fakhro, S & Khalili, S. Sjuksköterskors upplevelser av vård i livets slutskede. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2017.

Bakgrund: En sjuksköterska kommer troligtvis någon gång i sin yrkeskarriär att komma i kontakt med en person som befinner sig i livets slutskede oavsett arbetsplats. Bakgrunden består av rubriker som förklarar livets slutskede utifrån lagar och WHO:s definition, sjuksköterskans roll som beskrivs med hänsyn till kärnkompetenserna, personcentrerad vård och vikten av en god kommunikationsförmåga. **Syftet:** Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av vård i livets slutskede. **Metod:** Studien genomfördes som en litteraturstudie med innehåll av 10 vetenskapliga kvalitativa artiklar. För att kunna fullfölja litteraturstudien användes Forsberg & Wengström (2013) modell. Sökningar efter data gjordes i databaserna: Cinahl, PubMed och Psycinfo. Artiklarna sammanställdes genom granskning och analyserades med hjälp av Forsberg & Wengström (2013) och SBU granskningsmall (2014). **Resultat:** Resultatdelen kunde delas upp i en huvudkategori *sjuksköterskornas upplevelser av otillräcklighet* och fem subkategorier *kommunikativa hinder, brist på erfarenhet och otillräckliga kunskaper, känsla av skuld och skam, en svår personlig utmaning samt ökat omvårdnadsbehov och tidsbrist*. **Konklusion:** När patienten får en terminal diagnos blir sjuksköterskornas upplevelser av en förändrad karaktär. Resultatet har påvisat att det finns faktorer som utgör hinder för vård av livets slutskede vilket dessutom pekar på att grundläggande utbildning inte är tillräcklig.

Nyckelord: Attityder, Livets slutskede, Palliativ vård, Sjuksköterskor, Upplevelser.

NURSES EXPERIENCE OF END OF LIFE CARE A LITERATURE STUDY

SARA FAKHRO

SAHERA KHALILI

Fakhro, S & Khalili, S. Nurses experience of end of life care. A literature study. *Degree project in nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of health and society, Department of care science, 2017.

Background: A nurse will probably at some point in their career get in touch with a person who is in the final stage of life. The background consists headlines describing end of life care based on laws and WHO definition, the nurse's role as defined with the competencies, person-centered care and the importance of good communication skills. **The aim:** The purpose of this study was to highlight nurses' experiences off end of life care. **Method:** The study was conducted as a literature study with qualitative content of 10 scientific articles. In order to complete the literature Forsberg & Wengström (2013) template were used. Searches for Data were collected in the library's databases CINAHL, PubMed and PsycINFO. The articles were compiled by examination and Analyzed by Forsberg & Wengström (2013) and the SBU review template (2014). **Results:** The results are containing one main category *nurses' perceptions of inadequacy* and five subcategories *communicative barriers, lack of experience and insufficient knowledge, sense of guilt and shame, a difficult personal challenge and increased care needs and time constraints*. **Conclusion:** When the patient gets a terminal diagnosis it becomes of a changed character for nurses' experiences. The results are showing that there are factors that are obstructing a good end of life care. The results indicate that basic education is not sufficient for a good palliative care.

Keywords: Attitudes, End of life, Experiences, Nurses, Palliative care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	5
BAKGRUND.....	5
<i>PALLIATIV VÅRD</i>	5
<i>SJUKSKÖTERS KANS ROLL</i>	7
<i>PERSONCENTRERAD VÅRD</i>	8
<i>KOMMUNIKATION</i>	8
ROBLEMFORMULERING.....	9
SYFTE	9
METOD.....	9
<i>PROBLEMFORMULERING AV ÄMNET</i>	9
<i>LITTERATURSÖKNING</i>	10
<i>VAL AV STUDIER</i>	11
<i>KRITISK VÄRDERING OCH KVALITETSBEDÖMNING AV LITTERATUR</i>	11
<i>ANALYS AV ARTIKLAR</i>	12
RESULTAT.....	13
<i>KOMMUNIKATIVA HINDER</i>	13
<i>BRIST PÅ ERFARENHET OCH OTILLRÄCKLIGA KUNSKAPER</i>	14
<i>KÄNSLA AV SKULD OCH SKAM</i>	15
<i>EN SVÅR PERSONLIG UTMANING</i>	15
<i>ÖKAT OMVÅRDNADSBEHOV OCH TIDSBRIST</i>	15
DISKUSSION.....	16
<i>METODDISKUSSION</i>	16
<i>RESULTATDISKUSSION</i>	18
KONKLUSION.....	21
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING.....	21
REFERENSER	23
BILAGOR.....	26
<i>BILAGA 1: UTFÖRLIGA DATABASSÖKNINGAR</i>	27
<i>BILAGA 2: GRANSKNINGS PROTOKOLL (SBU, 2014)</i>	30
<i>BILAGA 3: ARTIKELMATRISER</i>	32

INLEDNING

Döden är en del av livet som inte går att undvika, det kan komma när som helst och var som helst. Det är därför viktigt att ha kunskap om livets slutskede som sjuksköterska oavsett arbetsplats. Trots att sjuksköterskor har grundläggande teoretiska kunskaper om palliativ vård kan det vara svårt att omvandla teoretiska kunskaper till praktiskt arbete. Att vårda patienter i livets slutskede kan vara påfrestande och sentimentalt för sjuksköterskor. Förberedelse och handlingsberedskap är grundläggande faktorer i mötet med patienter i livets slutskede för att kunna skapa en trygg och säker omvårdnad. Författarna till detta arbete har efter erfarenhet observerat att det kan vara svårt för sjuksköterskor att hantera en situation där patienter befinner sig i livets slutskede. Osäkerhet och rädsla spelar en stor roll på hur och på vilket sätt situationen hanteras. Ämnet väckte intresse och en strävan är att få så mycket kunskap som möjligt för att i framtiden kunna hantera en kritisk situation där patienter befinner sig i livets slutskede. Detta arbete avser att lyfta aspekter på vård i livets slutskede för att synliggöra omvårdnadsarbetet ur sjuksköterskans perspektiv.

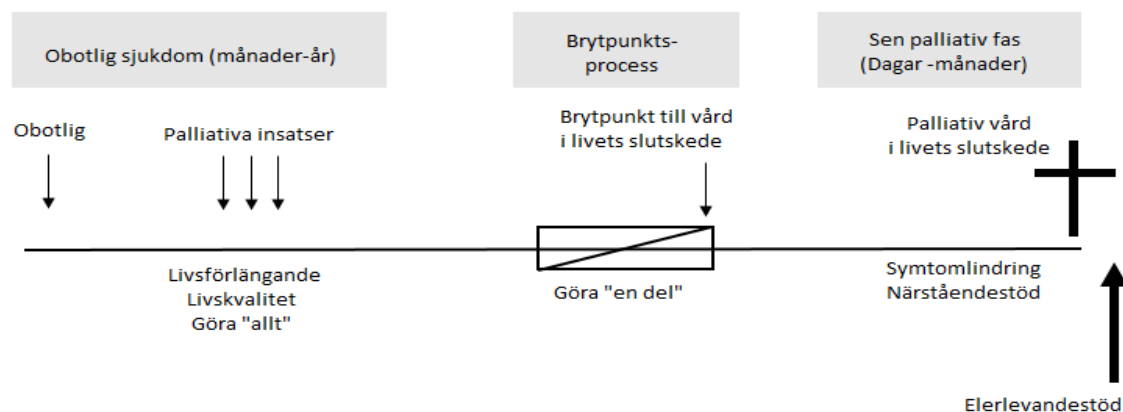
BAKGRUND

Döden har en undertryckt roll i samhället. Döden är något som skapar rädsla och tystnad. Det är ett ämne som känns allt mer tabubelagd. Den död som skildras kommer att drabba oss alla efter ett långt liv eller plötsligt orsakad av sjukdom eller olycka och går helt enkelt inte att undvika. Dödens tystnad bidrar till osäkerhet om hur man som individ ska kunna hantera en situation och hur förhållandet till döden ska vara. Varken politiker eller personal diskuterar vården i livets slutskede (Andershed, 2013) och vad som är ett gott liv och en god död är värderingar som existerar sida vid sida. Värderingar är personens livsstil och erfarenhet (a a). Enligt Socialstyrelsen (2006) dör ca 90000 individer i Sverige varje år.

Palliativ vård

När vården övergår från att behandla en sjukdom eller sjukdomsspecifika symtom till att behandla patienter som befinner sig i livets slutskede. Att hjälpa patienter att ha en realistisk uppfattning av framtiden anses vara en viktig uppgift i vård av livets slutskede. Slutskedet kan se olika ut och kan ta olika lång tid för olika människor. Ena dagen kan patienten må bra och leva ett normalt liv utan insatser från andra, medan andra dagar kan patienten vara beroende av hjälp (Widell, 2003). Vård i livets slutskede ska erbjudas till alla döende människor oavsett vilken diagnos patienten har. Dessutom krävs en empatisk förmåga, det vill säga att kunna sätta sig in i andra människors känslor och situationer. Den sjuke ska alltid stå i centrum och ha skyddad integritet (a a). Enligt Payne m fl (2007) ansåg sjuksköterskorna att patienter i livets slutskede borde få ett enkelrum för att patientens integritet, tillåt av fritt besök och för att patientens ska få en lugn och

trygg miljö ska kunna säkerställas (a a). Det är viktigt att patienten får sin diagnos och om var patienten befinner sig i sjukdomsförloppet som är i största vikt optimalt för vård i livets slutskede (Axelsson, 2016). Om patienten befinner sig tidigt i sin sjukdom där målsättningen är om livskvalitén är realistisk med livsförlängning. Månader och år ingår i den tidiga palliativa fasen där vården gör i princip allt, palliativa insatser som kan förlänga livet. Om patienten befinner sig i livets slutskede där livsförlängning är omöjligt och fokus sätts på symtomlindring och närståendestöd. Det som är självklart i den tidiga fasen är verkningslöst i den sena fasen av palliativ vård. Om patienten befinner sig mitt i mellan faserna kallas det för brytpunktprocessen(a a).



(Det palliativa vårdförloppets olika skeden, Axelsson 2016 s33).

I Sverige delas den palliativa vården upp i två delar: Allmän palliativ vård som är att ge palliativ vård genom hemsjukvård, hemvård, korttidsavdelningar och på geriatriska avdelningar och på olika omsorgsboende. Det andra kallas för specialiserad palliativ vård och detta ges när det krävs speciella insatser. Detta delas in i: för sjukhusknutenvård i hemmet, avancerad sjukvård i hemmet eller kvalificerad vård i hemmet (Bengtsson & Lundström, 2015).

I hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (HSL) 2 § återfinns följande text: "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården".

Vård i livets slutskede har som mål att den som ska dö ska leva ett så bra liv som möjligt fram tills det sista andetaget och få ett respektfullt omhändertagande i livets slutskede. Det är viktigt att söka svaret på vad en god död är för att kunna hjälpa den som vårdas i livets slutskede (Widell, 2003). Alla symtom som ger besvär ska lindras och den sjukes självständighet ska uppmuntras och främjas och hjälpa hen att upprätthålla de sociala relationerna med närstående och andra personer som är viktiga för hen. Den sjuke patientens synpunkter och behov bör så långt som möjligt respekteras för att denne skall kunna få bibehålla sin personlighet och positiva självbild. Den sjuke ska dessutom ges möjlighet att samtala om sina tankar, funderingar och reflektioner över sitt liv för att underlätta slutskedet. Döden inträffar när alla kroppens delfunktioner inte längre fungerar,

det vill säga när hjärnans aktiviteter slutar fungera, det vill säga när patienten slutar andas, hjärtat slutar slå och inga reflexer kan noteras (a a).

Palliativ vård kan förklaras utifrån världshälsoorganisationens (WHO) definition enligt följande: ”Palliative care is the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best possible quality of life for patients and their families” (s 11, WHO 1990).

Sjuksköterskans roll

Det krävs både allmän omvårdnadskunskap och specifik palliativ kunskap för att arbeta inom palliativ vård. Det krävs förmåga att balansera närhet för att kunna arbeta nära döden (Borgenhammar, 2008). Förutom detta behövs kunskap oavsett var sjuksköterskan befinner sig för att kunna möta patienter och närstående som befinner sig i livets slutskede. Inom vård i livets slutskede begärs att sjuksköterskan ska vara öppen i sitt synsätt och ha breda kunskaper inom område. En viktig uppgift som sjuksköterskan har är att bygga upp förtroendefulla relationer där sjuksköterskan sätter sig in i patientens situation. Sjuksköterskan ska ge patienten och närstående tid och utrymme för att deras behov ska tillgodoses där anpassning till patientens nivå är en viktig aspekt. Sjuksköterskan har många specifika funktioner och har en stor roll inom vård i livets slutskede (Milberg, 2012). Ytterligare en uppgift är att göra en första bedömning om patientens situation där bedömningen sker utifrån WHO:s definition, det vill säga utifrån fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner. Det är viktigt att som sjuksköterska kunna se konsekvenserna av olika symtom. Sjuksköterskans arbete bör vara förebyggande och förhindra att symtom uppstår (Strang, 2012).

I en studie framkommer det att sjuksköterskor betonar vikten av en god relation till patienten. Alla sjuksköterskor i studien uttryckte att dem behöver stöd i sitt arbete då palliativ vård är krävande. Artikeln nämner även att förtroende och tillgänglighet i relationen skapar en god vård i livets slutskede. Sjuksköterskorna betonar också att problem i relationer mellan sjuksköterska och patient kan försvåra arbetet (Holmdahl m fl. 2013).

Det finns sex grundläggande kärnkompetenser som en sjuksköterska måste kunna hantera, dessa är följande: ”Personcentrerad vård, Samverkan i team, Evidensbaserad vård, Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, Säker vård och Informatik”(Svensk sjuksköterskeförening, 2010). För att ge bästa möjliga vård och omvårdnad behövs alla dessa kärnkompetenser. Personcentrerad vård behövs för att kunna uppfylla en persons behov inom palliativ vård. Patientens önskemål ska bli respekterade och sjuksköterskan ska ta hänsyn till hens integritet (a a). Ytterligare är det viktigt att samverkan i teamet runt patienten fungerar bra, det vill säga mellan sjuksköterskan och resten av vårdpersonalen. Om vårdpersonalen inte är öppen för nya förslag och förbättringar och om kommunikationen inte fungerar mellan vårdpersonalen kan det i denna situation innebära att patienten inom palliativ vård får fel behandling. För att minimera risken för missförstånd är det viktigt att informationen är tydlig och begriplig samt att sjuksköterskan kontrollerar att alla i vårdteamet har förstått. För att sjuksköterskan ska kunna ge en god omvårdnad krävs det att hen är kritisk samt uppdaterad på alla de nya metoderna som kan vara till hjälp inom vård i livets slutskede. Det är viktigt att

metoderna är evidensbaserade, vilket innebär att det ska finnas bevis på att metoden hjälper utan att skada patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Personcentrerad vård

Enligt statistiska centralbyrån (SCB) är 32 % av Malmös befolkning födda utomlands vilket innebär att de är uppväxta med en annan kultur (SCB, 2015). Hänsyn bör visas till patienter som befinner sig i livets slutskede då det kan se olika ut beroende på patientens kulturella bakgrund (Widell, 2003). Med tiden kommer det att vårdas fler människor som har en annan kulturell bakgrund och religion och just därför måste vårdteamet ha kunskap och förståelse för patienter med olika kulturer och religioner. Ibland är det inte tillräckligt även om vårdpersonalen har en god empatisk förmåga då det inte är lätt att förstå andras värderingar, normer och uttryck för olika kulturer. Sjukvårdspersonalen måste respektera den sjukes och närståendes sätt att hantera en allvarlig sjukdom och död (Widell, 2003). Dödsögonblicket har stor betydelse i samband med ceremonier inom flera religioner och om då vårdpersonalen saknar kunskap om dessa ceremonier måste de på ett fint sätt fråga anhöriga hur de vill ha det. Respekt krävs och önskemål bör tillgodoses eftersom synen på döden kan variera från kultur till kultur (a a). Den avlidna tas om hand på olika sätt och detta beror på vilken kultur och tradition den avlidna tillhör. En del anhöriga vill själva ta hand om den avlidne eftersom traditioner är mycket viktiga för en del människor. Det är viktigt att begravningsceremonierna utförs på rätt sätt då de varierar en del i de olika kulturerna (Widell, 2003). I Iran saknar många sjuksköterskor kompetens om vård i livets slutskede. Släktskapsrelationer är en faktor som påverkar omhändertagandet och vården kan relateras till ett traditionellt kulturellt system där exempelvis äldre människor föredrar att dö hemma med sin familj i närheten än på ett sjukhus (Razban m fl. 2013).

Kommunikation

En god kommunikation mellan sjuksköterska och patient bidrar till bättre vård och stark tillit då det krävs en god kommunikationsförmåga inom vård av livets slutskede. Kommunikationen fungerar som tvåvägsprocess och ska ge patienten möjlighet till att kunna prata om sina bekymmer, men även till att patienten får möjlighet att släppa fram sin oro (Falkmer & Kasaa, 2001). Sjuksköterskan måste tolerera människors sätt att hantera olika svåra situationer och därav är en viktig egenskap hos sjuksköterskan att kunna lyssna aktivt. Med detta menas att inte bara höra vad patienten säger, utan att också ge utrymme för patienten att kunna berätta hur den känner och tänker (Birgegård, 2008). För att en vårdande relation ska uppnås krävs det närvaro, tillit, förtroende och empati (Andershed, 2013). Språk och kommunikation har en mycket viktig betydelse inom alla vårdverksamheter och speciellt inom vård av livets slutskede, där samtal om döden ofta tas upp. Under svåra samtal är det viktigt att sjuksköterskan visar värme genom sitt kroppsspråk. Detta kan göras genom att hålla om patientens hand eller ge en kram, men för vissa kan det istället vara kränkande för personens integritet. I vissa situationer kan det vara svårt för sjuksköterskan eftersom de inte vet vad de ska göra (a a). Det kan finnas språkliga hinder och kunskaps skillnader i möten med patienter/ anhöriga därför är det viktigt att sjuksköterskan har en bred förståelse. En god kommunaktion bidrar till en optimistisk och bra vårdssituation där samtalet anses vara ett viktigt redskap. Att kunna kommunicera är ett verktyg som hjälper till att förstå patientens behov och önskemål som kallas samtals konst. Att kunna kommunicera innebär inte att kunna prata så som man gör med till

exempel sina vänner. Det handlar om att vara närvarande i situationen och sätta patienten i fokus (Bengtsson & Lundström, 2015).

Enligt Seyedfatemi m fl (2014) hantering av fysisk smärta förekommer inte endast genom att tillhandhålla lindrande läkemedel men också genom åtgärder såsom att prata med patienter och informera dem om eventuella biverkningar.

Sjuksköterskorna trodde att prata med patienterna provocerade dem att uttrycka sina inre känslor och genom detta kunde sjuksköterskorna hjälpa dem att lindra deras fysiska smärta (a a). Sjuksköterskorna i studien gjord av Hov m fl (2009) påstod att det var lättare att byta lakan och tvätta patienten än prata med dem om döden (a a).

ROBLEMFORMULERING

Litteraturstudien syftar till att lyfta upp sjuksköterskors upplevelser av vård i livets slutskede, den sena palliativa fasen. Detta anses vara ett viktigt område som behöver belysas mer i samhället då det inte finns tillräckligt med forskning av sjuksköterskornas upplevelser av palliativ vård. Sjuksköterskor kommer någon gång under deras yrkeskarriär att träffa på patienter i livets slutskede. Av denna anledning kan det vara bra att ha ökade kunskaper om vård i livets slutskede. Därför har denna studie har ägnats åt att undersöka hur sjuksköterskor upplever vården i livets slutskede.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskors upplevelser vård i livets slutskede.

METOD

En litteraturundersökning gjordes för att besvara studiens syfte med en kvalitativ ansats. Enligt Forsberg & Wengström (2013) inriktar sig en kvalitativ undersökning på att tydliggöra och skapa förståelse för individers subjektiva upplevelse av omvärlden. En litteraturstudie innebär en systematisk sökning, kritisk granskning och sammanställning av tidigare forskningsresultat inom det valda ämnet och problem-området. En litteraturstudie innefattar tidigare empiriska studier (a a).

För att kunna fullfölja en litteraturstudie på ett rationellt sätt användes Forsbergs & Wengströms (2013) modell i enlighet med följande moment: *motivera varför studien görs (problemformulering), formulera frågor som går att besvara, formulera en plan för litteraturstudien, bestämma sökord och sökstrategi, identifiera och välja litteratur i form av vetenskapliga artiklar eller vetenskapliga rapporter, kritiskt värdera, kvalitetsbedöma och välja litteratur som ska ingå, analysera och diskutera resultat och sammanställa och dra slutsatser (a a).*

Problemformulering av ämnet

Utgångspunkten i forskningsprocessen är problemformulering (Forsberg & Wengström, 2013). Författarna fann ämnet som intressant och viktig att belysa. Frågan som formulerar problemet är *sjuksköterskors upplever av vård i livets*

slutskede. PEO modellen användes för att arbetet skulle fördjupas. PEO är en metod som sätter samman sökstrategierna. PEO modellen står för:

P: patients/ population

E: Exposure

O: Outcomes (Forsberg & Wengström , 2016).

Tabell 1: sökstrategier (Forsberg & Wengström, 2016)

P	E	O
Sjuksköterskor	Palliativ vård	Upplevelser

Enligt Forsberg & Wengström (2013) är nästa steg att formulera ett syfte eller frågeställning. Författarna valde att inte formulera frågeställning/ar då de inte ville ha svar på någon/ några specifika frågor. Forsberg & Wengström (2013) påpekar att syftet och målet med litteraturstudien tydligt ska framgå, både för dig samt andra (a a). *Syftet är att belysa sjuksköterskornas upplevelser av vård i livets slutskede.*

En plan för litteraturstudien är nästa steg enligt Forsberg & Wengström (2013). Planen formulerades i samband med projektplanen. Författarna bestämde i förväg hur planen för litteraturstudien skulle vara. Författarna skrev ner ett planerat datum för varje del som ingick i litteraturstudien. I planen ingick planering om hur sammanställningen av litteraturstudien skulle gå till samt vilka databaser som skulle användas och hur artiklarna skulle granska. Den preliminära databassökningen var planerad inför projektplan.

Litteratursökning

Enligt Forsberg och Wengström (2013) görs en litteratursökning efter att problemområdet och syftet är formulerat. I detta steg ingår att bestämma sökord och sökstrategi efter PEO modellen och det formulerade syftet kunde författarna komma fram till relevanta sökord. För att finna aktuell forskning inom omvårdnad gjordes sökningarna i databaserna Cinahl, Pubmed och Psychinfo. Databaserna Cinahl och Pubmed innehåller artiklar som är inriktade inom medicin och omvårdnad medan databasen Psychinfo inriktar sig inom det psykiatriska området.

Först gjorde författarna en preliminär ”första” sökning i de olika databaserna för att se om det fanns tillräckligt med forskning inom området. Författarna använde Karolinska institutets hemsida för att finna medicinska sökord och där översattes MeSH-termerna till medicinska termer på engelska. På så sätt kunde författarna finna synonymer till de utvalda sökorden. Sökorden som användes i databaserna Cinahl, Pubmed och Psychinfo var, *Nursing role* , *Palliative Care*, *Nurses Experience*, *Terminal Care* och *Nurses attitudes* . Dessa sökord ansågs vara i högsta grad relevanta för syftet. Booleska söktekniker som AND och OR användes för att få fram specifika artiklar utifrån MeSH-termerna. Författarna gjorde två olika sökblock utifrån syftet, *vård i livets slutskede* och *sjuksköterskors upplevelser*. Varje sökord söktes i de olika databaserna var för sig för att räkna ut de totala träffarna av sökorden (bilaga 1). Sökord som tillhörde de två indelade blocken upprepades i samtliga databaser. Sökorden söktes både med fritext och MeSH-termer och några av sökorden saknade MeSH-termer och fick därför sökas

som fritext. Först söktes alla sökord enskilt, sedan söktes termerna från blocken med OR för att få en bredare sökning, detta upprepades med båda sökblocken. För att minska och specificera antalet sökningar användes AND mellan blocken. Detta redovisas utförligt i bilaga 1.

Val av studier

Nästa steg enligt Forsberg & Wengström (2013) är att identifiera och välja litteratur i form av vetenskapliga artiklar eller vetenskapliga rapporter. Val av litteratur gjordes genom inklusionskriterier som Forsberg & Wengström (2013) nämner. Inklusionskriterier användes för att avgränsa sökningen och datamängden för att syftet skulle besvaras. Nedan beskrivs inklusionskriterier i punktform:

Inklusionskriterier:

- Enbart primära kvalitativa studier mellan år 2006-2016
- Engelska som språk
- Alla länder inkluderas
- Män och kvinnor
- Sjuksköterskors upplevelser av vård i livets slutskede
- Inkluderar både slutenvård och öppenvård studier

Alla 703 titlar lästes som framkom i de olika databaserna. Av de 703 artiklarna granskades endast 65 abstract som verkade besvara några av inklusionskriterierna. Av de 65 utvalda artiklarna granskades 19 av dem och dessa lästes i fulltext med översättning till svenska. Endast 10 av dem uppfyllde inklusionskriterierna efter granskningen. Detta redovisas i tabell 3 nedan.

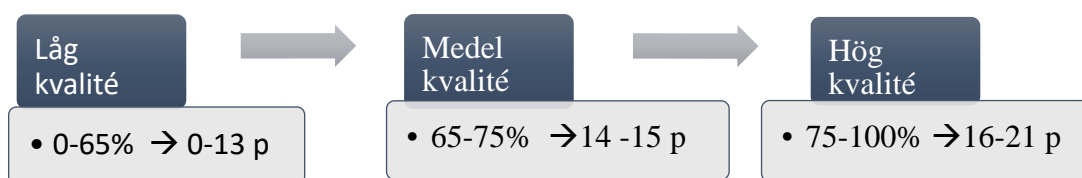
Kritisk värdering och kvalitetsbedömning av litteratur

Enligt Forsberg & Wengström (2013) ska det i detta steg ingå att *kritiskt värdera, kvalitetsbedöma och välja litteratur*. Artiklarnas kvalitet granskades kritisk med hjälp av SBUs (2014) kvalitativa granskningsmall.

Författarna granskade artiklarna separat och sammanställde därefter granskningen tillsammans. Vid granskningen av artiklarna framkom olika åsikter, men författarna diskuterade sig fram till en överenskommelse samt kvalitén på artiklarna sammanfattades. För att resultat delen skulle få en hög kvalitet krävdes att de utvalda artiklarna hade en medelhög eller hög kvalitet. För hög kvalitet krävdes att artiklarna uppnådde 75-100 % som motsvarade minst 16 poäng. För en medelkvalité krävdes 65-75 % som var 14-15 poäng och för låg kvalitet krävdes 0-65% som var 13 poäng eller lägre. Poängen bestämdes av författarna och en fråga motsvarade 1 poäng. Max poäng för granskningen enligt SBUs mall var 21 poäng (bilaga 2). För att få en helhetssyn översattes varje artikel till svenska, innehållet analyserades och viktig information sparades som anteckning i ett Word-dokument. Totalt återstod 10 väsentliga artiklar som hade medelhög och hög kvalitet och som svarade på syftet.

Tabell: 2 granskningstabell (poängsatt SBUs tabell).

Max poäng 21



Tabell 3: Databassökning

Databas	Sökord och MeSH-termer	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Utvalda artiklar
CinaHL 2016-11-08	End of life care AND Nurses Experience OR Terminal care	Abstact, Peer Reviewd 2006-2016 Engelska	223	223	20	6	5
Psychinfo 2016- 11-08	End of life care AND Nurses Experience OR Terminal care	Abstact, Peer Reviewd 2006-2016 Engelska	350	350	20	5	2
Pubmed 2016-11-09	End of life care AND Nurses Experience OR Terminal care	Abstact, Peer Reviewd 2006-2016 Engelska	130	130	25	8	3
Totalt			703	703	65	19	10

Analys av artiklar

Enligt Forsberg & Wengström (2013) ska ett vetenskapligt analysarbete undersökta underlag delas upp i mindre delar och en undersökning bör ske enskilt. Därefter sker sammanställning och de olika delarna blir till en helhet och det undersökta analysarbetet sätts därefter ihop på nytt. Tema/kategorier skapas utifrån de teorier som användes och detta kallas för kodning inom den kvalitativa ansatsen. Utifrån den aktuella forskningsfrågan kan olika teman och kategorier skapas. När det undersökta materialet delas upp och de olika teman/ kategorierna skapas bestäms huvudkategorier och subkategorier. Huvudkategorier skapas utifrån mest förekommande data (a a).

För att en innehållsanalys skulle utföras följdes Forsberg & Wengströms (2013) fem steg. I första steget läste författarna igenom materialet ett flertal gånger för att bli bekant med materialet och för att viktig information inte skulle förbises som kunde svara på syftet. Den samlade data lästes enskilt och översattes. I andra steget kom författarna fram till vad texten handlade om och vilka koder som ingick. Författarna kunde finna olika koder som markerades med olika färgpennor och antecknades på lappar som sedan utformades till kategorier. I tredje steget kunde författarna sätta samman de olika koderna och skapa huvudkategorier och subkategorier. Detta skapades genom de mest förekommande undersökta data som förekom i artiklarna. I fjärdesteget undersöktes kategorierna noggrant för att kunna se en kombination av ett eller flera teman. I det femte steget tolkades och

diskuterades resultatet av författarna. Det sammanställda resultatet efter analys av artiklarna bestod av en huvudkategori och fem subkategorier.

RESULTAT

I studien ingår 10 kvalitativa studier vilka är genomförda i Australien, Storbritannien, Sydafrika, Kanada, Iran och Sverige.

Resultatdelen delades upp i en huvudkategori och fem subkategorier. Huvudkategorin motsvarade *sjuusköterskornas upplevelser av otillräcklighet* och subkategorierna delades upp i *kommunikativa hinder*, *brist på erfarenhet och otillräckliga kunskaper*, *känsla av skuld och skam*, *en svår personlig utmaning* samt *ökat omvårdnadsbehov och tidsbrist* (Figur 1).



Figur 1. Huvudkategori samt subkategorier.

Kommunikativa hinder

En dålig kommunikation hade en negativ inverkan på sjuusköterskor och detta försämrade patienternas vård och önskemål. Dålig kommunikation försämrade relationen mellan sjuusköterska och patient. Det framkom även i studierna att brist på tydlig kommunikation orsakade missförstånd mellan sjuusköterskor och läkare vilket gjorde att läkaren i vissa fall fick återkalla beslut om behandling (Costello m fl. 2006, Efstathiou & Walker 2014, Griggs 2010, Kirkham m fl. 2016). Brist på klinisk erfarenhet hämmade kommunikationen och det behövdes särskilda färdigheter för att kunna kommunicera med patienter i livets slutskede. Brist på kommunikation identifierades som ett oroande problem av deltagarna, vilket ansågs vara som ett hinder för en effektiv vård i livets slutskede. Det framkom även att det var viktigt att svara ärligt på frågor och ärlighet ansågs förbättra relationer och skapade en mer effektiv kommunikation mellan sjuusköterskor och patient/anhöriga (Clarke & Ross 2006, Efstathiou & Walker 2014).

På grund av osäkerhet och brist på kommunikationsförmåga kunde inte sjuksköterskorna svara på patientens/anhörigas frågor. När anhöriga frågade om patientens prognos brukade sjuksköterskorna inte svara på grund av rädsla och osäkerhet och hänvisade till läkaren, istället för att själv ta initiativet och svara på deras frågor (Blommer m fl. 2013).

Sjuksköterskorna betonade att dödsfall kunde begränsa den optimala kommunikationen på grund av ofullständig information (Costello m fl. 2006, Pavlish m fl. 2008). De var övertygade och trodde att informationen de gett var tillräcklig, men i verkligheten ansåg patienten och dess anhöriga att informationen som getts var otillräckligt. Kommunikativa hinder uppstod på grund av osäkerhet och brist på kommunikations förmåga. Dålig kommunikation skapade missförstånd och skuld hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna betonade att erfarenhet och kunskap underlättade kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter. Det var viktigt att ha kommunikationsförmåga och kunna informera patienten om risker och fördelar med behandlingsalternativet så att patienten skulle känna sig väl omhändertagen. Sjuksköterskorna försökte prata med anhöriga genom att skapa en dialog om något ”gemensamt”, som en bekräftelse på att de är på samma spår när patienten gick bort och för att inga missförstånd eller konflikter skulle uppstå efter dödsfallet (a a).

Brist på erfarenhet och otillräckliga kunskaper

Sjuksköterskorna hävdade att de behövde utbildning för att kunna stödja patienter i livets slutskede. Sjuksköterskorna i studierna påpekade att det fanns kunskapsluckor som minskade ett palliativ tillvägagångssätt. Deltagarna menade att goda kunskaper förbättrade behandlingsresultatet genom till exempel att känna till de olika smärtlöslighetsstrategierna som erbjuds och på detta vis öka patientkomforten. Det framkom även att sjuksköterskorna behövde mer erfarenhet och kunskap för att kunna lindra patienternas oro och rädsla för att dö. Sjuksköterskorna betonade att de behövde klinisk handledning för att förbättra den palliativa vården. Deltagarna uttryckte även att de upplevde brist på kunskap om att kunna hantera sina egna känslor och hur de skulle klara av sin egen vardag eftersom döden är så pass känslig blev svårt att lägga allting bakom sig. Sjuksköterskorna hävdade att de behövde en ökad utbildning för att få mer palliativ kunskap (Clarke & Ross 2006, Kirkham m fl. 2016, Pavlish m fl. 2008).

Sjuksköterskorna betonade att det fanns brist på stöd för sjuksköterskor när de vårdade patienter i livets slutskede. Deltagarna påpekade att de behövde rådgivning och stöd för att kunna reflektera över det som hänt. Det framkom även att sjuksköterskorna saknade erfarenhet av att ta hand om döende patienter och hur de skulle handskas med situationerna som kunde förekomma i vård av livets slutskede. Sjuksköterskorna påpekade att de behövde någon form av utbildning och stöd i hur de kan hjälpa patienter och familjer som befinner sig i livets slutskede. Sjuksköterskorna uttryckte att de behövde vägledning om hur de skulle hantera utmaningar i vårdprocessen i livets slut (Clarke & Ross 2006, Griggs 2010, Kisorio m fl. 2015, Pavlish m fl. 2008, Wallerstedt & Andershed 2007). Det framkom i studierna att de nyexaminerade sjuksköterskorna saknade erfarenhet och tillräckligt med kunskap om vård i livets slutskede. Det var därför svårt för dem att ta hand om patienterna och de visste inte vad de skulle göra. De

bad deras erfarna kollegor om hjälp men oftast svarade de att de var upptagna (Blommer m fl. 2013).

Känsla av skuld och skam

Sjuksköterskorna hävdade att ge vård till patienter i livets slutskede var tufft, obehagligt och känslomässigt. Deltagarna påpekade att även om de var sympatisk och medkännande mot sina patienter beskrev de känslor av depression och ångest vid vård av livets slutskede som kunde leda till risk för utbrändhet. Det var en plåga för dem själva att vårda patienter vid livets slut då dessa patienter befann sig i ett fruktansvärt tillstånd. Sjuksköterskorna i studierna beskrev att behandla patienterna i livets slutskede var som en straff från Gud när de fick iaktta sådana svåra situationer. De påpekade att det fanns en stor skillnad med att arbeta i vård av livets slutskede jämfört med andra vårdområden, det var mycket mer krävande och påfrestande (Blommer m fl. 2013, Clarke & Ross 2006, Valiee m fl. 2012). Sjuksköterskorna hävdade att det vore en lögn om någon påstått att det är likadant att vårda patienter i livets slutskede som andra patienter. Deltagarna betonade att de kände sig obehagliga första gången de talade med patienter i livets slut. De uppvisade tvekan och ovilja av att ta hand om döende patienter. Sjuksköterskorna i studien berättade om deras rädsla, ångest och att de hade tårar i ögonen varje gång de vårdade patienterna i livets slutskede. Det var stressade och olyckliga av att vårda patienter i livets slutskede. Vård i livets slutskede upplevdes som påfrestande, besvärlig och obehaglig. Det framkom i studierna att sjuksköterskorna inte tyckte att det var fel att ha tårar i ögonen, men varje gång de tog hand om en död patienten kände de en viss förändring av vördnad, rädsla och ångest (a a). Det framkom att sjuksköterskorna kände känsla av skuld för att de inte kunde lindra lidandet. Sjuksköterskorna tyckte att det var besvärligt att inte kunna göra något åt smärtan patienten hade och de kände att det var ännu värre när anhöriga fick se patienten lida. Det var skam att inte kunna göra något åt situationen. De kände skulden av att de inte reagerade i tid och att de kunde ha gjort mer för att lindra patientens smärta (Costello m fl. 2006).

En svår personlig utmaning

Deltagarna rapporterade att det var en utmanande och svår process att vårda patienter i livets slutskede (Efstathiou & Walker 2014, Kisorio m fl.2015, Valiee m fl. 2012, Wallerstedt & Andershed 2007). Det var mer traumatiserande för sjuksköterskorna om patienten var yngre eller om de hade byggt upp en relation med sjuksköterskorna. Deltagarna hävdade att upplevelsen av att ta hand om patienter och familjer i livets slutskede var svår, traumatisk, hjärtskärande, deprimerande och utmanande. Önskan som deltagarna hade var att få mer tid till att bearbeta och reflektera över sorgen innan de tog hand om nästa döende patient. Det framkom i studierna att känslor av otillräcklighet, frustration, sorg, förlust och känsla av att inte längre ha styrkan av att kunna klara av arbetet förekom. Sjuksköterskorna i studierna påpekade att det gick alldeles för fort när en patient dog till att nästa patient skulle komma. Direkt efter behövde de sängen till en ny patient, det fanns ingen tid för återhämtning (a a).

Ökat omvårdnadsbehov och tidsbrist

Det framkom i studierna att sjuksköterskorna hävdade att brist på tid var ett stort hinder för att kunna utföra och fullfölja sjuksköterskans profession (Blommer m

fl. 2013, Costello m fl 2006, Efstathiou & Walker 2014, Griggs 2010, Kirkham m fl. 2016, Kisorio m fl. 2015, Pavlish m fl. 2008, Clarke & Rose 2006, Valiee m fl. 2012, Wallerstedt & Andershed 2007). Tidsbrist skapade stress, ångest och oro bland sjuksköterskorna. Det framkom även att sjuksköterskorna behövde komma bort från de medicinska uppgifterna ibland och bara sitta och lyssna på patientens intresse, vad de tycker i livet och kanske dela med sig av personliga tankar. Sjuksköterskorna uttryckte att det behövdes tid för att kunna utveckla relationerna med patienterna (a a). Sjuksköterskorna påstod att tidsbrist och brist på resurser var ett hinder för att hinna lyssna och prata med patienter. Tidsbrist var även som ett hinder för att kunna ge en mer personcentrerad vård där hänsyn till religion och kulturella sedvänjor och ritualer kunde tas (Kisorio m fl. 2015).

Det framkom i studierna att en god död där det fanns kontroll hade en positiv effekt på sjuksköterskorna (Costello m fl. 2006, Kirkham m.fl 2016, Wallerstedt & Andershed 2007). En dålig död hade däremot en traumatiserande inverkan på dem. Brist på tid var en stor orsak till oförberedelse, att inte kunna ge en korrekt bedömning och inte hinna lära känna patienten/anhöriga. Sjuksköterskorna kände sig begränsade för att kunna fullfölja förberedelserna innan ett dödsfall inträffade på grund av tidsbrist. Det framkom att kapaciteten för meningsfullt engagemang och stödjande samtal hindrades av arbetsbelastningen och tidsbrist. Situationerna kunde även bli hektiska och stressframkallande då det inte var tillräckligt med personal (a a).

DISKUSSION

I diskussionen ingår två delar, en metoddiskussion där redovisas metodens styrkor och svagheter och vad som kunde göras annorlunda. I resultat diskussionen diskuteras resultatet och andra relevanta litteratur.

Metoddiskussion

Följande avsnitt lyfter samt diskuterar de svagheter, styrkor samt begränsningar som eventuellt kan påverka arbetets kvalitet enligt Forsberg & Wengström (2013). Forsberg & Wengström (2013) valdes som utgångspunkt för litteraturstudien då det ansågs vara en god vägledning. Till alternativ fanns antingen att skriva litteraturstudien med kvalitativ ansats eller kvantitativ ansats. Forsberg & Wengström (2013) betonar att en kvalitativ forskning fokuserar på människans upplevelser. En kvalitativ forskning går inte ut på att kvantifiera och det används inte numeriska värden för att resultatet ska redovisas (a a). Den valda ansatsen bestod endast av kvalitativ ansats då syftet handlade om upplevelser. Litteraturstudien var baserad på 10 kvalitativa vetenskapliga artiklar som hittades i de olika databaserna. Artiklarna genomfördes i olika länder såsom Australien, Storbritannien, Sydafrika, Kanada, Iran och Sverige. Artiklarnas data samlades in genom bland annat intervjuer som transkriberades till text, observationer och inspelningar.

Från början ville författarna ta reda på både sjuksköterskornas upplevelser och anhörigas upplevelser av palliativ vård. Författarna valde att fokusera på sjuksköterskornas upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede för att begränsa litteraturstudien då denna annars hade blivit för omfattande.

Det var svårt att formulera ett tydligt och begränsad problemformulering, detta ledde till komplikationer och därför omformulerades ett nytt och klarare syfte. Vård i livets slutskede var ett intresseväckande ämne och därför ansågs detta vara en styrka som var till uppmuntrande. Några frågeställningar valdes inte att formuleras till syftet då det inte ansågs vara lämpliga i denna situation. Skribenterna ville inte ha en allt för begränsad litteraturstudie och ville därför inte att resultatet skulle besvara specifika frågor. Bra överenskommelse och en planerad tid för arbetet ansågs vara en styrka. Tidsplanering gjordes och den följdes, men hinder uppkom under tiden som gjorde det svårt att riktigt hålla den planerade tidsplanen. Till följd blev det att tidsplaneringen låg lite efter. Efter ett antal försök och redigeringar lyckades författarna komma ifatt. För att underlätta sökorden användes PEO modellen som tidigare har förklarats i metod delen. Genom denna modell kunde viktiga sökord på ett effektivt sätt hittas som berörde syftet. Modellen ansågs vara användbar och som ett hjälpmedel för att finna sökord. Vidare sagt gjordes databassökningen i Pubmed, Cinahl och Psychinfo för att möjligheten till att upptäcka relevanta artiklar skulle vara betydande. För att få fram relevanta och specifika artiklar som svarade på syftet begränsades sökningarna i de olika databaserna. Begränsningarna på artiklarna var årtal, språk och kvalitativ ansats samt fördelen med dessa begränsningar var att relevanta och specifika artiklar kunde hittas som svarade på syftet. Nackdelen var dock att intressanta artiklar blev bortvalda på grund av begränsningen. Årtal var en av begränsningen som gjorde att relevanta artiklar som svarade på syftet blev bortvalda. Fördelen med det begränsade årtalet var att finna aktuella artiklar och den senaste forskning inom ämnet. Enligt Forsberg & Wengström (2013) ger den booleska termen AND ett smalare resultat och OR ger ett bredare resultat (a a). Genom detta framkom relevanta och lämpliga studier där fördelen var att inkludera alla länder som inklusionkriterier och forskningsresultatet blev bredare och gav en inblick i sjuksköterskornas upplevelser från olika länder. Studier med vård i livets slutskede söktes, därför fick både sjukhus- och hemsjukvård inkluderas i resultatdelen. Eftersom vård i livets slutskede är den sena fasen av den palliativa vården fick även studier inom intensivvård inkluderas. Nackdelen med detta var att en bredare och ingen specifik bild av sjuksköterskornas upplevelser av palliativ vård framkom. Endast artiklar på engelska inkluderades, det var en nackdel att inte inkludera svenska språket då både författarna behärskar språket.

Att hitta relevanta artiklar var tidskrävande och påfrestande då tiden var begränsad. Svårigheten var att hitta och söka med rätt term, därför användes Karolinska institutens hemsida för att få fram relevanta synonymer som översattes till engelska med medicinska termer. Booleska termerna AND och OR användes i databaserna för att få ett smalare resultat. Sökblock gjordes i databaserna där sökningarna delades upp i olika block som förenklade sorteringen av artiklarna. Sökblocken delades upp i två lämpliga block utifrån det formulerade syftet. Att utföra en databassökning med Psychinfo ansågs vara tidskrävande och komplicerad till en början. Efter handledning av bibliotekarierna blev systemet mer bekant och sökningen i databasen blev enklare att utföra. Databaserna Pubmed och Cinahl var sedan tidigare hanterbar och därför gick sökningarna mycket smidigare.

För att bedöma en kvalitativ studies validitet, det vill säga trovärdighet, diskuteras begreppen tillförlitlighet och överförbarhet (SBU, 2014). Eftersom fyra av dem utvalda studierna genomfördes i Storbritannien kan detta anses vara en svaghet då överförbarheten begränsades till ett specifikt land. Begreppet överförbarhet innebär enligt SBU (2014) till vilken grad studiens resultat kan betraktas i andra miljöer (a a). Eftersom det var få deltagare som deltog kan det ha påverkat negativt överförbarheten. Det kan leda till att alla sjuksköterskors upplevelser inte framkom. Trovärdigheten och kvalitén av artiklarna granskades kritisk med hjälp av SBUs granskningsmall (2014). Granskningsmallen består av 21 frågor som underlättar bedömningen av studiernas kvalitet. En svaghet ansågs vara att mallens frågor kunde misstolkas. För att minska att detta missförstånd skulle uppstå valdes att diskutera frågorna gemensamt först och sedan påbörja granskningen. Endast studier med abstract och studier i fulltext som var tillgängliga i bibliotekets databaser användes. En svaghet var att studier som kostade och hade hög kvalitet och var relevanta till syftet kanske uteslöts. Vid granskningen av artiklarna gavs de poäng som sedan omvandlades till procent. Ju fler poäng en studie fick desto högre kvalitet hade den. Frågorna som ingick i SBUs (2014) granskningsmall kunde besvaras med ja, nej, delvis eller oklart. Granskningsmallen ansågs som ett hjälpmedel och underlättning vid bedömning av kvalitet. Det var svårt att bedöma artiklarnas kvalitet och att poängsätta dem. Det bestämdes att en fråga skulle motsvara en poäng och på så sätt framkom det hur många poäng varje artikel skulle få och vilken kvalitet den hade. Det var mycket tidskrävande att sitta och granska varje artikel, granskningen valdes att göras separat så att sammanställningen av kvalitén skulle vara hög. Fördelen med granskningen av artiklarna var att trovärdiga artiklar med hög kvalitet skapade ett bra resultat för litteraturstudien. Enligt SBU (2014) ska ett objektiva synsätt tillhandahållas för att få en ökad autenticitet för litteraturstudien som innebär att författarna inte ska påverkas av varandras synpunkter (a a). Överenskommelse fanns i de flesta fall men ett fåtal gånger fick redovisning på varför dem tyckte som dem gjorde fick göras. Att författarna var bekväma med varandra ansågs vara en styrka som underlättade hela arbetsprocessen och planeringen. Till en början gick arbetet fort vilket medförde till att missuppfattningar uppstod som krävde en ny sökning och att fler artiklar behövdes. Detta blev en styrka i slutändan som bidrog till fördjupade kunskaper och misstagen var lärrika.

Resultatdiskussion

Kategorierna som framkom i resultatdelen diskuteras i detta avsnitt i förhållande till tidigare forskning (bakgrunden) samt egna slutsatser.

Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskornas upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede. Litteraturstudien lyfter fram vilka upplevelser sjuksköterskorna har och var bristen ligger. Litteraturstudien beskriver på vilket sätt sjuksköterskorna kan bli en skicklig yrkesutövare och ge en god vård till patienter i livets slutskede. Syftet har uppnåtts med hjälp av 10 kvalitativa vetenskapliga artiklarna där det i samtliga artiklar framkom upprepande information och sambandet kunde tydligt upptäckas. Även om artiklarna var från olika länder fanns det inga stora skillnader mellan dem, i grunden var problemet överensstämmande. En nackdel som kunde ha en negativ inverkan på resultatet var att deltagarna i studien var flera kvinnor och väldigt få män som skulle behövas observeras vid överförbarheten av studiens resultat. Det var inte svårt för författarna att sammanställa resultatdelen då artiklarna innehöll upprepande

information och problemen var detsamma i samtliga artiklar. Det var inte heller någon svårighet för att syftet skulle besvaras. Enligt teoretiska kunskaper bör vård i livets slutskede ta hänsyn till bristerna som förekommer i artiklarna och som redovisas i resultatdelen.

I litteraturen framkom det som tidigare sagt att det är en viktig uppgift för sjuksköterskan att skapa förtroende relationer med patienten där sjuksköterskan sätter sig in i patientens situation (Beck-Fris & Strang, 2008). I samtliga studierna framkom det att sjuksköterskorna behövde mer tid för att kunna utveckla relationer med patienterna men på grund av tidsbrist kunde dem inte bygga upp relationer och skapa ett gott förhållande. Sjuksköterskorna prioriterade den medicinska delen före än den sociala biten och på så sätt kunde inte relationer byggas upp (Blommer m.fl. 2013, Costello m.fl. 2006, Efstathiou & Walker 2014, Griggs 2010, Kirkham m.fl. 2016, Kisorio m.fl. 2015, Pavlish m.fl. 2008, Clarke & Ross 2006, Valiee m.fl. 2012, Wallerstedt & Andershed 2007). I studien gjord av Holmdahl m.fl. (2013) framkom det att förtroende och tillgänglighet i relationen skapar en god vård i livets slutskede.

I samtliga artiklar framkom det att en god vård i livets slutskede inte kunde uppnås på grund av brist på kommunikations förmåga. Sjuksköterskorna fick ingen gynnsamt tillfälle till att bearbeta sina känslor, det gick alldeles för fort för att skapa en relation med nästa döende patient. Det framkom i studierna att sjuksköterskorna inte fick tid för reflektion. Arbetet upplevdes som ansträngande och utmattande som i vissa fall kunde leda till utbrändhet (Wallerstedt & Andershed 2007, Kisorio m.fl. 2015, Efstathiou & Walker 2014, Valiee m.fl. 2012). I litteraturen framkom det att det är viktigt att vårdpersonalen bearbetar sina innersta tankar för sin egen död och existens. Därefter blir det lättare för vårdpersonalen att stanna kvar och våga lyssna på patienten och kommunikationen blir på så sätt optimal och fullständig (Bengtsson & Lundström 2015).

Kommunikations svårigheter lede till att sjuksköterskan i vissa fall var tveksam på att besvara patienten/anhörigas frågor och bad därför någon annan att svara istället tex läkaren (Blommer m.fl. 2013). En viktig aspekt i sjuksköterskeprofessionen är att kunna vara lyhörd och vara empatisk. Det ingår i sjuksköterskans kärnkompetens att kunna ge rätt information och säkervård (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det är även viktigt att ge personcentrerad vård för att uppfylla patienternas olika behov då Sverige är ett mångkulturellt samhälle och sjuksköterskan bör ha förståelse på att patienter kan ha olika behov och önskemål utifrån religion/ tradition. En nackdel var att studier inte tog upp så mycket personcentrerad vård då andra problem lyftes fram istället.

Sjuksköterskorna upplevde att dålig kommunikationen var en orsak till missförstånd som hade en negativ inverkan på sjuksköterskorna och patienterna. Sjuksköterskorna betonade även att de behövde särskilda färdigheter för att kunna kommunicera med patienter i livets slutskede. En dålig kommunikation kunde leda till att patientens behov och önskemål inte kunde uppnås. En dålig kommunikation ansågs vara oroande bland sjuksköterskorna och hämmade en effektiv vård till patienter i livets slutskede. Kommunikationen ansågs vara ett problem då det saknade tvåvägsprocess, det fanns ingen möjlighet till reflektion. Det saknades kunskap om kommunikations förmåga då sjuksköterskorna kände

osäkerhet och inte visste hur de skulle kommunicera med patienten, de visste inte hur de skulle uttrycka sig (Clarke & Ross 2006, Kirkham m.fl. 2016, Pavlish m.fl. 2008). Litteraturen påpekade för att kunna uppnå en god kommunikation krävs tvåvägsprocess för att patientens behov och önskemål tillgodoses (Bengtsson & Lundström, 2015). Sverige har blivit till ett mer mångkulturellt samhälle som leder till att fler patienter med en annan etnicitet och religiösa övertygelser kommer att vårdas. Det är viktigt att ha förståelse om vilken kunskap den döende har. Som sjuksköterska är det viktigt att inte utgå från sig själv och sina uppfattningar då patienter med en annan kulturell bakgrund har en annan uppfattning. Det är viktigt att sjuksköterskan har ett öppet sinne och vara lyhörd för patienternas olika behov (Bengtsson & Lundström, 2015). För att uppnå en god vård krävs samarbete mellan vårdpersonalen och patienten/ anhöriga. Samarbete med närstående kan vara mycket viktigt och värdefullt, som kan leda till olika råd som underlättar vården av den sjuke. Vård livets slutskede anses vara psykologiskt påfrestande därför behöver vårdpersonalen möjlighet till att prata och diskutera om deras reflektioner med någon utanför teamet. Vårdpersonalen kan även behöva handledning och stöd för reflektion och återhämtning (Bengtsson & Lundström, 2015).

Det finns stora skillnader mellan de teoretiska kunskaperna och det praktiska arbetet vad det gäller vård av livets slutskede. Teorin tyder på att sjuksköterskorna bör få handledning och stöd under den tid de vårdar patienter i livets slutskede eftersom det är så pass slitsamt. Men det har framkommit i artiklarna att sjuksköterskorna inte hade tillgång till handledning och stöd fastän det var något de önskade. Det fanns ingen tid för reflektion och stöd där de kunde uttrycka sina känslor istället fick de gå hem med det. Upplevelser som de fick uppleva påverkade deras vardagliga liv och arbetsliv. Sjuksköterskorna upplevde att de behövde utbildning och handledning eftersom de saknade tillräckligt med kunskap om livets slutskede. Sjuksköterskorna påpekade att grundläggande kunskaper inte var tillräckliga för att kunna vårda patienter. Sjuksköterskorna kände sig osäker och obekvämt att vårda döende patienter och de tvekade på deras grundläggande kunskaper. Sjuksköterskorna upplevde känslor av ångest, frustration, rädsla samt skulden att inte kunna göra mer än vad de kunde för att lindra patienters smärta och ångest (Clarke & Ross 2006, Kirkham m.fl. 2016, Pavlish m.fl. 2008).

Det är viktigt att ha kunskaper om detta område då en sjuksköterska kan möta patienter i livets slutskede var som helst oavsett arbetsplats. För att uppnå sjuksköterskornas kärnkompetens bör sjuksköterskorna ha goda kunskaper om vård i livets slutskede för att vården ska vara god och rättvis. Det hade varit underlättande för sjuksköterskorna om de hade haft handledning där de kunde reflektera och prata om svåra situationer istället för att de ska gå runt och tänka på det, må dåligt och inte våga prata om det. Vård i livets slutskede är påfrestande och det är viktigt att sjuksköterskorna får det stöd de behöver så att det inte leder till utbrändhet.

I studien gjord av Blommer m fl (2013) upplevde sjuksköterskorna känsla av stress, de var underbemänskade med personal och ibland kunde det bli hektiskt. I stressande situationer var det svårt att sitta och vara med patienten, de hann bara med den medicinska delen. Sjuksköterskorna påpekade att stressande situationer kunde hindra dem från att utföra och ta hänsyn till en mer personcentrerad vård

det vill säga till religiösa och kulturella sedvänjor, de menade att de inte kunde förbereda innan patienten dog (a a).

Författarna diskuterade fram att tidsbrist är en stor destruktiv orsak till en försämrad vård med mindre patientsäkerhet och personcentrerad vård. Tidsbrist var orsaken till att sjuksköterskorna inte hade tid att sätta sig ned med patienterna och prata allmänt. Detta kan variera beroende på arbetsplats och på hur allvarlig patientens tillstånd är.

KONKLUSION

När patienten får en terminal diagnos blir sjuksköterskornas upplevelser av en förändrad karaktär. Resultatet har påvisat att det finns faktorer som utgör hinder för en god vård i livets slutskede. Resultatet pekar på att grundläggande utbildning inte är tillräcklig. Studierna har konstaterat på vilket sätt dålig kommunikation hämmar en effektiv palliativ vård, en god kommunikationsförmåga kan eliminera en del missuppfattningar. En dålig kommunikation förhindrar att goda relationer skapas med patienten och deras anhöriga och för att samarbetet i vårdteamet ska vara optimalt. Erfarenhet och kunskap som kan inhämtas via utbildningar ger goda färdigheter och skapar säkerhet hos sjuksköterskorna som bidrar till patientsäkerhet. Att vårda döende patienter är ett ansvar som anses vara känslomässigt påfrestande och besvärlig trots goda intentioner och ambitioner från sjuksköterskorna. Eftersom vård i livets slutskede är påfrestande kan sjuksköterskorna må psykiskt dåligt av det, därför bör deras psykiska hälsa upprättas för att minska hinder för att en god vård ska fullföljas. Tidsbrist och stress framkallar ogynnsamma känslor som gör arbetet ansträngande och krävande. Att arbeta som sjuksköterska i vård av livets slutskede kan vara omfattande som ställer krav på framförhållning och kännedom för att vården ska bli god. Författarna anser att mer forskning bör göras om sjuksköterskornas upplevelser som enbart fokuserar på sjuksköterskans perspektiv. För att missförstånd ska upphöra kan det vara bra att sjuksköterskan ber patienten åter upprepa den information hen har gett så att sjuksköterskan får en bekräftelse på att patienten har förstått varandra och befinner sig på samma bana. Den är även viktigt att ge tydligt muntlig och skriftlig information, ibland kan muntlig information inte vara tillräckligt. Som slutsats av detta arbete är vården i livets slutskede inte detsamma som läses i litteraturen, det finns stora skillnader och detta kan bero på tidsbrist, otillräcklig kunskap, minskade resurser osv. Hade sjuksköterskorna inte påträffat dessa problem och hinder som har redovisats i resultatdelen hade den vård i livets slutskede varit mer patientsäker då patientsäkerheten inte kan ses på grund av dessa brister.

FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING

Målet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskors omvårdnadsarbete inom vård i livets slutskede och hur det kan förbättras. Kunskap, utbildning och god kommunikations förmåga kan vara ett alternativ för att uppnå en god vård. Det behövs betydligt mer forskning och utveckling inom detta område då det saknas tillräckligt med forskning om sjuksköterskornas upplevelser av vård i livets slutskede. Det är även viktigt att sjuksköterskorna får handledning där de

kan reflektera och få stöd. Genom detta tror författarna att en god och säker vård kan uppnås och förhoppningsvis kommer denna litteraturstudie att ge en berikad kunskap inom detta område. Möjligtvis kommer det ge en annan synvinkel av palliativ vård och av sjuksköterskornas upplevelser. Kommunikationen är en viktig del som har en stor betydelse för att förbättra arbetet. Efter det sammanställda resultatet insåg författarna att grundläggande utbildning för sjuksköterskor inte är tillräcklig för att arbeta med patienter som befinner sig livets slutskede. Det behövs särskilda färdigheter för att vårda patienter i livets slutskede. Författarna har efter denna litteraturstudie fått förståelse för sjuksköterskornas upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede och hur påfrestande och omfattande det i verkligheten är. Det är även viktigt att som sjuksköterska söka sig fram ny kunskap på egen hand. Eftersom sjuksköterskorna i studierna påpekade att grundläggande utbildning inte var tillräcklig borde kanske det finnas en bredare utbildning för grundläggande sjuksköterskor. För att uppnå en säker vård med hög patientsäkerhet som grund bör det finnas mer resurser så att sjuksköterskorna slipper stress och underbemanning på en sådan påfrestande arbetsplats. För att sjuksköterskorna ska vara skickliga i sin yrkeskarriär bör de få stöd och handledning för att de ska slippa må psykisk dåligt på grund av det palliativa arbetet. Grund utbildningen för sjuksköterskor bör lägga ner mer tid på området. Det är viktigt att som sjuksköterska vara förberedd och säker i sin roll i möten då detta har en stor betydelse. Handledning och stöd måste tillämpas på alla arbetsplatser för att underlätta och hjälpa sjuksköterskorna att bearbeta sin sorg. Oftast uppfattas det som om att patienten och dennes anhöriga sätts i fokus och sjuksköterskan glöms bort.

REFERENSER

Andershed B, (2013) *Delaktighet och utanförskap*. I: Andershed B, Ternstedt B-M, Håkansson C, (Red) *Palliativ vård – begrepp & perspektiv i teori och praktik* (Upplaga 1:1). Lund: Studentlitteratur, s. 201-211.

Axelsson B, (2016) *Palliativ medicin i praktiken*. Lund, Studentlitteratur AB.

Bengtsson M & Lundström U, (2015) *Palliativ vård*. 1. uppl, Malmö: Gleerups utbildning AB, s 111-124.

Birgegård G, (2008) *Samtalskonst*. I: Beck-Friis B & Strang P (red) *Palliativ medicin* (2: a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 106-118.

Bloomer M, Endacott R, O'Connor M & Cross W, (2013) The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*, 27, (8) 757–764.

Borgenhammar E, (2008) *Tiden, döden och palliativa intelligenserna*. I: Beck-Friis B & Strang P (red) *Palliativ medicin* (2: a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 45-55.

Clarke A, & Ross H, (2006) Influences on nurses' communication with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine. *International journal of older people nursing*, 1, 34-43.

Costello J, (2006) Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 594–601.

Efstathiou N & Walke W, (20014) Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3188–3196.

Falkmer U & Kaasa S, (2001) *Samtal om döden*. I: Kaasa S (red) *Palliativ behandling och vård* (1:a upplagan), Lund: Studentlitteratur, s 76-85.

Forsberg C & Wengström Y, (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. uppl, Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg C Wengström Y, (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Griggs C (2010) Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *Journal of Palliative Nursing*, 16 (3), 139-148.

Holmdahl S, Sävenstedt S & Imoni R, (2013) Parenteral nutrition in home-based palliative care: Swedish district nurses experiences. *Nordic College of Caring Science*, 28 (10), 89-96.

Hov R, Athlin E, Hedeli B, (2009) Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009, 23, 651–659.

Karolinska Institutet, (2016) *Svensk MeSH*. ><https://mesh.kib.ki.se>< (2016-11-08)

Kisorio L & Langley G, (2015) Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30- 38.

Kirkham S, Sawatzky R, Roberts D, Cochrane M & Stajduhar K, (2016) Close to a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (10), 2189- 2199.

Milberg A, (2012) *Närstående vid palliativ vård*. I: Strang P & Beck-Friis B (red) *Palliativ medicin och vård*. (4: e upplagan). Stockholm: Liber AB, s 144-151.

Payne S, Hawker S, Kerr C, Seamark D, Roberts H, Jarrett N, Smith H, (2007) Experiences of end-of-life care in community hospitals. *Health and Social Care in the Community*, 2007, 15(5), 494-501.

Pavlish C & Ceronsky L, (2008) Oncology Nurse's Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13 (4), 404-412.

Razban F, Iranmanesh S & Rafiei H, (2013) Nurses' attitudes toward palliative care in south-east Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (8), 403-409.

SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.

Seyedfatemi N, Borimnejad L, Mardani Hamooleh M, Tahmasebi M, (2014) Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 69-74.

SOSFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen.

Statistiska Centralbyrån. Hämtad: 2016-09-01

<http://malmo.se/download/18.6fb145de1521ab79c0a7f349/1460644990500/Malm%C3%B6bor+med+utl%C3%A4ndsk+bakgrund+2015.pdf>

Strang P, (2012) *Ett palliativ förhållningssätt – Enligt WHO*. I: Strang P & Beck-Friis B (red) *Palliativ medicin och vård*. (4a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 30-34.

Svensk sjuksköterskeförening (2010). Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor. <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Utbildning/>. Hämtad 2016-10-07

Valiee S, Negarandeh R & Dehghan Nayeri N, (2012) Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study*. *Association of Critical Care Nurses*, 17 (6), 309-315.

Vård i livets slutskede – Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner: hämtad 2016-09-07
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-103-8/Sidor/default.aspx>

Wallerstedt B & Andershed B, (2007) Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scand J Caring Sci*;21, 32–40.

WHO (1990) Cancer pain relief and palliative care. Technical report series 804. Geneva.

Widell M, (2003). *Lindrande vård: vård i livets slutskede*. 1. uppl. Stockholm: Bonnier utbildning AB.

BILAGOR

Bilaga 1: Utförliga databassökningar

Bilaga 2: Granskningsprotokoll (SBU, 2014)

Bilaga 3: Artikelmatriser

Bilaga 1: Utförliga databassökningar

Sökblockstabell i Cinahl, 2016-12-05

Söknr	Sökord	Antal träffar	Sökblock
#S1	MH "Palliative Care"	2,318	
#S2	MH "Terminal Care"	1,211	
#S3	End of life	2,097	
#S4	MH "Hospice and Palliative Nursing"	442	
#S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	443	<i>Vård av livets slutskede</i>
#S6	Nurses Experience	1,696	
S7	Nurses role	3,232	
S8	nurses´attitudes,	3,523	
S9	MH "Practical Nurses"	405	
S10	MH "Nursing Role"	4,438	
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	4,425	<i>Sjuksköterskors upplevelser</i>
S12	(S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10) AND (S5 AND S11)	54	

Sökblockstabell i Pubmed, 2016-12-05

Söknr	Sökord	Antal träffar	Sökblock
#S1	"Palliative Care"[Mesh]	12015	
#S2	"Terminal Care"[Mesh]	7798	
#S3	End of life	33445	
#S4	"Hospice and Palliative Care Nursing"[Mesh]	123	
#S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	45091	<i>Vård av livets slutskede</i>
#S6	Nurses Experience	6049	
S7	Nurses role	18946	
S8	nurses´attitudes	14855	
S9	"Licensed Practical Nurses"[Mesh]	16	
S10	Nursing Role	26179	
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	41870	<i>Sjuksköterskors upplevelser</i>
S12	(S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10) AND (S5 AND S11)	2150	

Sökblockstabell i Psychinfo, 2016-12-05

Söknr	Sökord	Antal träffar	Sökblock
#S1	SU.EXACT("Palliative Care")	7,861	
#S2	SU.EXACT("Terminally Ill Patients")	1,624	
#S3	End of life	14,896	
#S4	SU.EXACT("Hospice")	1622	
#S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	15,807	<i>Vård av livets slutskede</i>
#S6	Nurses Experience	9,326	
S7	Nurses role	10,198	
S8	Nurses attitudes	13,250	
S9	Licensed Practical Nurses	147	
S10	Nursing Role	14,318	
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	28,255	<i>Sjuksköterskors upplevelser</i>
S12	(S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10) AND (S5 AND S11)	4261	

Bilaga 2: Granskningsprotokoll (SBU, 2014)

Granskningsmall för patientupplevelser – kvalitativ metod¹

Författare, år alternativt SBU:s identifikationsnummer:

Total bedömning av studiekvalitet:			
Hög <input type="checkbox"/>	Medelhög <input type="checkbox"/>	Låg <input type="checkbox"/>	

	Ja	Nej	Delvis	Oklart
1. Syfte ¹				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Urval ²				
a) Är urvalet relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är kontexten tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finns relevant etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer syfte, patientkaraktäristika, kontext etc	_____			
3. Datainsamling ³				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer urval, datainsamling, datamättnad etc	_____			

	Ja	Nej	Delvis	Oklart
4. Analys *				
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer analys, analysmättnad etc	<input type="text"/>			
5. Resultat *				
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer resultatens tydlighet, tillräcklighet etc	<input type="text"/>			
Overgripande resultat	<input type="text"/>			

Total bedömning av studiekvalitet	
Hög <input type="checkbox"/>	Medelhög <input type="checkbox"/>
Låg <input type="checkbox"/>	
Motivering/kommentar	<input type="text"/>

Bilaga 3: Artikelmatriser

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
<p>Bloomer M, Endacott R, O'Connor M and Cross W. Australia 2013</p> <p><i>The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study</i></p> <p>Palliative Medicine 27(8).</p>	<p>The aim was to study nurses' 'recognition of' and 'responsiveness to' dying patients and to understand the nurses' influence on end-of-life care.</p>	<p>A qualitative Study. This study was made by semi-structured interviews. The interview got transcribed to a text.</p>	<p>25 nurses participated.</p>	<p>Nurses demonstrate varying degrees of discomfort, indicating that they need more experience and training to care for palliative care patients</p>	<p>High quality (83%) according to SBU The method was very clearly described and they got their answer to their purpose. Well written.</p>

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
<p>Clarke, A & Ross, H</p> <p>UK 2006</p> <p><i>Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine</i></p> <p>International Journal of Older People Nursing, 1.</p>	<p>The purpose of this study was to investigate the nurses' perceptions and experiences of palliative care.</p>	<p>A interview study with qualitative approach.</p>	<p>24 participants</p>	<p>Participants admitted the importance of communicating with patients in end of life care, and expressed more need of additional support..</p>	<p>Medium quality (70%) according to SBU The study answers the aim, introduces the method and resulted clearly.</p>

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
Costello J PhD RN United Kingdom (2006) <i>Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital</i> Journal of Advanced Nursing, 54.	The aim was to highlight nurses' experiences of death and dying.	A qualitative study that were made through interviews.	There were 29 nurses from three departments in two different hospitals.	The results were showing nurses experiences of bad and good death. It was showing that nurses with more experiences could handle the situation better than those with less experience.	High quality (83%) according to SBU The method was very clearly described and they got their answer to their purpose. Well written.

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
Efstathiou N and Walker W UK 2014 <i>Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study.</i> Journal of Clinical Nursing, 23.	The purpose was to explore the experiences of intensive care nurses who provided end-of-life care to adult patients and their families.	A qualitative study. Data were collected by semi structured face to face interviews. The interviews were digitally recorded and got transcribed.	13 intensive care nurses	The result showed how to Facilitate a comfortable and dignified death	High quality (80%) according to SBU The method was very clearly described and they got their answer to their purpose. Well written research.

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
<p>Griggs C United Kingdom 2010</p> <p><i>Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study</i></p> <p>Journal of Palliative Nursing 16</p>	<p>The aim was to gain an insight into perception of a good death among community nurses, and to identify its central components.</p>	<p>A qualitative study. That was made by interviews.</p>	<p>sample of 17 community nurses</p>	<p>The participants identified eight key themes in supporting a good death.</p>	<p>High quality (80%) according to SBU The method was very clearly described and they got their answer to their purpose. Well written.</p>

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
<p>Kisorio L, and Langley G South Africa 2015</p> <p><i>Intensive care nurses' experiences of end-of-life care</i></p> <p>Intensive and Critical Care Nursing 33</p>	<p>The intention was to explore intensive care nurses' experiences of end-of-life care.</p>	<p>Data was collected through interviews.</p>	<p>24 nurses working at the selected intensive care.</p>	<p>Five major themes related to nurses' experiences of end-of-life care emerged.</p>	<p>Medium quality (66%) according to SBU they got their answer to their purpose.</p>

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
Pavlish C, PhD, MSN, RN, and Ceronsky L, MS, GNP-BC, CHPCA USA 2008 <i>Oncology Nurses' Perceptions of Nursing Roles and Professional Attributes in Palliative Care</i> Clinical Journal of Oncology Nursing 13	The aim of this research study was to explore oncology nurses' perspectives of palliative care.	Data was collected by using a semi-structured interview guide. The audio-recorded sessions were then transcribed into written research text.	33 oncology nurses in three urban medical centers.	The findings was showing five nursing roles:teaching, caring, coordinating, advocating, and mobilizing and there was seven proffessional attributes: clinical expertise, honesty, family orientation, perceptive attentiveness, presence, collaboration, and deliberateness	High quality (80%) according to SBU The method was very clearly described and they got their answer to their purpose. the method was not very detailed

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
Kirkham S, Sawatzky R, Roberts D, Cochrane M och Stajduhar K Canada (2016) <i>Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions</i> Journal of Clinical Nursing, 25.	The purpose of this study was to investigate the nurses and nursing in palliative care.	A qualitative study. The study was done by interviews; most were by phone.	The total participants were 30 nurses, 25 women and five men. The average age was 48 years old.	The result showed to provide good palliative care needs role clarity, inter professional collaboration and knowledge.	Medium quality (70%) according to SBU Clearly described method and result. Got their answer on the aim.

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
<p>Valiee S, Negarandeh R, and Dehghan Nayeri N. Iran 2012</p> <p>Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study</p> <p>Association of Critical Care Nurses 17.</p>	<p>The aim was to explore the experiences of intensive care nurses Providing care for end-of-life patient.</p>	<p>A qualitative study. The data were collected through in-depth interviews and it were transcribed to a text.</p>	<p>10 nurses participated and they were working at intensive care units.</p>	<p>The finding was showing that the nurses in intensive care was accompanied by emotional burden, values and beliefs</p>	<p>Medium quality (70%) according to SBU The method was very clearly described and they got their answer to their purpose. Well written research.</p>

Author, year, country, title and journal	Intention	Method	Participants	Result	Quality
<p>Wallerstedt B RN, MSN and Andershed B RNT, PhD Sweden 2007</p> <p><i>Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective</i></p> <p>Scand J Caring 21.</p>	<p>The aim of this study was to describe nurses' experiences in caring for gravely ill and dying patients outside special palliative care settings</p>	<p>Data was collected through Tape-recorded interviews.</p> <p>A qualitative study.</p>	<p>Nine nurse was participating.</p>	<p>The results indicated that nurses need the resources such as time, improved methods of communication and cooperation as well as more support in order to give a good palliative care with quality and security.</p>	<p>Medium quality (73%) according to SBU The study answers the aim, introduces the method and resulted clearly.</p>