



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Vård av patienter i livets slutskede ur ett sjuksköterskeperspektiv

Sofia Gorska-Gilis

Viola Gondos

Handledare: Ingrid Martinsson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa

Karlskrona januari 2014

Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa,
Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
januari 2014

Vård av patienter i livets slutskede ur ett sjuksköterskeperspektiv.

Sofia Gorska-Gilis
Viola Gondos

Sammanfattning

Bakgrund: Palliativ vården har växt fram ur den engelska hospicerörelsen och är idag ett internationellt vedertaget begrepp. Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande i livet slut.

Syfte: Syfte med denna studie var att belysa sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede.

Metod: En litteraturstudie med en kvalitativ ansats som grundar sig på nio vetenskapliga artiklar. Artiklarna analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultat visade att sjuksköterskorna upplevde tillfredställelse och välbefinnande om de lyckades att tillgodose patientens behov. Bra relation och öppna kommunikation med patienter upplevdes meningsfullt. Det framkom att sjuksköterskorna upplevde tidsbrist, frustration och stress när deras omvårdnadshandling inte mötte patientens behov.

Sjuksköterskorna beskrev olika copingstrategier som hjälpte dem att hantera stress. Det framkom att sjuksköterskorna upplevde olika känslor som osäkerhet och rädsla i mötet med döden och en stor del av sjuksköterskorna saknade adekvat utbildning inom palliativa vården.

Slutsats: Omvårdnad av patienter i livets slutskede gör att sjuksköterskor upplever olika känslor både positiva och negativa. Döende i sig är en komplicerad process och alla sjuksköterskor behöver utveckla kunskap och skicklighet för att kunna utöva god omvårdnad och vara till stöd för patienten. Sjuksköterskornas upplevelser visar att det finns behov av att vidareutveckla den palliativa vården för att förbättra situationen när det gäller vård av patienter i livets slutskede.

Nyckelord: Vård i livets slutskede, palliativ, relation med patienter, sjuksköterska, upplevelser

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Palliativ vård	4
Sjuksköterskans roll i palliativ vård	6
Upplevelser	7
Teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Datainsamling	8
Urval	9
Kvalitetsgranskning	10
Analys	10
Resultat	11
Relation och kommunikation med patienter	11
Upplevelser av tidsbrist, frustration och stress	12
Copingstrategier i vården av döende patienter.	14
Sjuksköterskans upplevelser i mötet med döden.	15
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats	20
Självständighet	20
Bilaga 1 Databassökningar	25
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	27
Bilaga 3 Artikelöversikt	28
Bilaga 4 Utdrag från innehållsanalys	30

Inledning

Singer och Bowman (2002) uppskattar att världens totala antal människor som behöver vård i livets slutskede är cirka 300 miljoner. Enligt Mellin-Johansson, Axelsson, Gaston-Johansson och Danielson (2010) kräver i Sverige cirka 22 000 människor professionell palliativ vård under sin sjukdom varje år. Dessa människor behöver helhetsbedömning och en multidisciplinär vård som utförs av kvalificerad palliativ team (ibid.). Foley (2003) förklarar att oro angående vårdkvalitet i slutet av livet är en global folkhälsofråga på grund av det stora antalet människor som befinner sig i den här situationen. Rao, Anderson och Smith (2002) beskriver att många sjuksköterskor känner sig inte väl förberedda inför vård av döende patienter och denna vårdsituation kan vara svårt att hantera (ibid.). Fromberg Gurlén, Gurlén och Asbjørn Neergaard (2013) skriver att det främsta hindret för att ge god vård är otillräcklig kunskap om att tillfredsställa patienternas behov som befinner sig i livets slutskede. Vidare menar Fromberg Gurlén et al. (2013) att dålig kommunikation mellan vårdpersonal och brist på psykologiskt stöd från arbetskollegor har stor påverkan. Graham, Andrews och Clark (2005) menar att många sjuksköterskor inte vet hur de ska förhålla sig till den döende personen, vad de ska säga och hur de kan vara till hjälp i omvårdnadsarbete för den döende personen. Fromberg Gurlén et al. (2013) har i sin studie kommit fram till att trots det finns en del forskning inom området kan det fortfarande ses okunskap om sjuksköterskans upplevelser att vårda döende patienter. Tidigare forskning har visat att sjuksköterskor behöver mer kunskap och utbildning inom vård i livets slutskede. Sjuksköterskor anser att det inte finns tydliga riktlinjer att gå efter, därför är det viktigt att fortsätta forska inom området. Denna studie syftar till att öka kunskap om vård i livets slutskede för att kunna ge god omvårdnad till döende patienter.

Bakgrund

Palliativ vård

Enligt Henoch (2002) har palliativa vården växt fram ur den engelska hospicerörelsen och är idag ett internationellt vedertaget begrepp som inte betecknar en vårdnivå utan är främst sammanfattande benämning på den vård som ges i livets slutskede när inget bot längre möjlig. Begreppet palliativ kommer från det latinska *pallium*, som betyder kappa eller täcke.

Palliativ vård består således i att ”täcka över” symtomen med hjälp av behandlingsåtgärder vars främsta eller enda syfte är att främja patientens välbefinnande (ibid.).

World Health Organisation (WHO, 2002) beskrivning av palliativ vård är ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för både patienter och närstående i samband med en livshotande sjukdom. Enligt Jocham, Dassen, Widdershoven och Halfens (2006) bör palliativ vård utövas av ett multiprofessionellt team vid en tidpunkt då patientens sjukdom inte längre svarar på kurativ behandling och den förväntade livslängden är relativt kort. Palliativ vård syftar till att ge den bästa möjliga stöd att leva ett värdigt liv med största möjliga välbefinnande till livets slut, oavsett ålder och diagnos, och kan vid behov även omfatta anhörigstöd. Jocham et al. (2006) förklarar att målet för den palliativa vården är att vårda patienterna under sjukdomens slutskeden för att hjälpa dem att leva ett så meningsfullt och behagligt liv som möjligt utan att påskynda eller uppskjuta döden. Döden bör ses som en naturlig process och patienten kan vårdas hemma, på sjukhus, på sjukhem eller på hospice (ibid). Enligt WHO (2002) är den palliativa vården kännetecknas av en helhetssyn på människan och tillgodoser patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov.

Enligt utredningen om värdig vård i livets slutskede (SOU 2001:6) inbegriper palliativ vård en tidig fas, som är lång och en sen fas som ofta är kort, det vill säga omfattar dagar, veckor eller någon månad. Socialstyrelsen (2013) beskriver att den palliativa värdefilosofin genomsyrar vården även när människor befinner sig i en tidig fas som kan sträcka sig över flera år. Enligt Socialstyrelsen (2013) består palliativ vård av fyra hörnstenar: symptomkontroll, samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag, kommunikation och relation samt stöd till närstående. Enligt van Staa, Visser och van der Zouwe (2000) ska sjuksköterskor tillsammans med läkare och annan vårdpersonal utgöra ett multiprofessionellt teamarbete runt döende patienter. Inom teamet ska en god kommunikation och relation även finnas med patienter och deras närstående. Patienten, de närstående och vårdpersonal kan gemensamt utifrån patientens önskemål komma fram till vad som är viktig för patienten och dennes livskvalitet (ibid.).

Socialstyrelsen (2013) definierar palliativ vård som hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Palliativ vård bygger på ett palliativt förhållningssätt som kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga

välbefinnande i livet slut (ibid.). Steinhauser et al. (2000) beskriver en god död som bevarad självbild och integritet, självbestämmande, bevarad sociala relationer med möjlighet att skapa mening och sammanhang samt en god symtomlindring. Enligt Socialstyrelsen (2013) innebär en god palliativ vård är att den svarar mot patientens behov.

Sjuksköterskans roll i palliativ vård

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) beskriver att sjuksköterskans helhetssyn och etiska förhållningssätt ska utgå från en värdegrund som bygger på en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan ska ha förmåga att visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet, värdighet och trosuppfattning (Breier - Mackie, 2001). Det kännetecknas av öppen kommunikation på ett respektfullt och empatiskt sett. Alla omvårdnadsinsatser ska utföras utifrån patientens och närståendes önskemål och behov genom att tillämpa gällande forskningsetiska konventioner (Erlen, 2005; Karlsson, Roxberg, Barbosa da Silva & Berggren, 2010). Dessutom tillvaratas genom teamsamverkan arbetslagets kunskaper och erfarenheter som bidrar till en helhetssyn på patienten (Socialstyrelsen, 2005).

Luker, Austin, Caress och Hallett (2002) förklarar att det är viktigt att lära känna patienten som vårdas palliativt, det hjälper sjuksköterskan att tolka patientens behov vilket gör att den palliativa vården kan fungera optimalt. För att minska lidande och ge god omvårdnad av patienten som befinner sig i en tidig eller sen palliativ fas krävs det individanpassad vård av sjuksköterskan eftersom patienten i hög grad är beroende av andra för att klara sitt dagliga liv (SOU 2001:6). Enligt Hopkinson och Hallett (2002) har frihet från smärta genom kontinuerlig symtomkontroll från sjuksköterskans sida stor betydelse. Steinhauser et al. (2000) förklarar att kvalitet på vård i livets slutskede och god död kännetecknas av individanpassad vård, tydlig kommunikation och delat beslutsfattande samt erkännande av patienternas och deras närstående värderingar och preferenser. I sådana relationer är sjuksköterskan lyhörd för behoven av döende, visar vänlighet och tar sig tid att lyssna (Steinhauser et al., 2000). För att uppnå god vård läggs en stor vikt vid öppen kommunikation mellan sjuksköterskan och patienter om prognos och behandling (Phillips, Davidson, Ollerton, Jackson & Kristjanson, 2007).

Upplevelser

Eriksson (1987) beskriver att graden av självmedvetenhet och medvetenhet hos människan utgör grunden för hennes upplevelsevärld. En människas upplevelser är hennes egna, och de kan inte tolkas och förstås av någon annan. Enligt Travelbee (1966) är varje människa unik, oersättlig och existerar bara en gång i denna värld. Travelbee (1966) beskriver upplevelsen som en genomgång eller ett deltagande inom olika händelser i livet under en viss tid.

Händelserna kan vara samma hos alla människor men det skiljer sig hur det upplevs av individer (ibid.). Travelbee (1966) menar vidare att sjuksköterskans upplevelser och personliga erfarenheter påverkar kvalitén av omvårdnaden. Travelbee (1966) kopplar även upplevelsen av mening till känslan av att någon eller något behöver en. Det gör livet värt att leva (ibid.). Människor behöver emellertid ofta hjälp med finna mening med sina olika livserfarenheter, detta menar Travelbee (1966) det viktigaste syftet med omvårdnad.

Travelbee (1966) fortsätter att omvårdnaden uppnår även sitt syfte genom att etablera en mellanmännisklig relation. En förutsättning för detta är att båda parter reagerar på den andres "mänsklighet". Den mellanmänniskliga relationen byggs upp av empati (ibid.). Enligt Travelbee (1966) är empati en upplevelse som äger rum mellan två eller fler individer. Konkret består det i en förmåga att gå in i eller dela och förstå en annan individs psykologiska tillstånd i ett visst ögonblick. Empati gör att en människa förstår och deltar i den andres känslor och tankar samt känner till den andres personlighet. En förutsättning för empati är att de involverade personerna har likartad erfarenhet och att det också krävs en sann önskan att sätta sig in i andra människans upplevelser och livsvärld (ibid.).

Teoretisk referensram

Travelbee (1966) beskriver och lyfter fram relationen i omvårdnadsarbetet. Omvårdnad handlar om mänskliga fenomen och omvårdnad är att dela med sig av erfarenheter. Enligt Travelbee (1966) handlar omvårdnad om att ha en förståelse för vad som sker mellan sjuksköterska och patient. De viktigaste begreppen i Travelbees (1966) teori är människan som individ, dennes lidande, meningen i livet, de mänskliga relationerna och kommunikationen. Varje individ upplever hälsa och ohälsa subjektivt och det är annorlunda för varje person. I Travelbees (1966) omvårdnadsteoretiska struktur betonas lidandet i förhållandet till omvårdnad. Omvårdnad beskrivs som en interpersonell process. Det är ofrånkomligt att människan drabbas av långvariga sjukdomar, och det är sjuksköterskan uppgift att ge stöd till patienten och dennes familj att hantera lidandet och om möjligt finna mening i det. Mening kan dock bara finnas i individen själv, så sjuksköterskans roll är inte att

ge mening till individen utan att hjälpa till att hitta en mening vid sjukdom eller lidande. Detta innebär att hjälpa individen att finna mening i de förutsättningar som måste följas för att bevara hälsan samt hjälpa individen att acceptera sin sjukdom i syfte att kunna leva ett helt och rikt liv trots sjukdom. Travelbee (1966) anser att det är viktigt att hitta något som är betydelsefullt för den lidande patienten, något som kan fånga dennes intresse. För detta krävs skicklighet och medvetenhet hos sjuksköterskan. Hon måste med nödvändighet förstå hur patienten upplever den obotliga sjukdomen. Den sjuksköterska som har kunskap om att hantera frågor som kretsar kring lidande, sjukdom, ensamhet och död har beredskap att möta de krav som omvårdnad ibland kan innebära. Travelbee (1966) förklarar tydligt innehållet i relationen mellan sjuksköterska och patienter som står inför döden. Sjuksköterskan skall på ett professionellt sätt använda sig själv för att skapa en relation mellan sig och patienten. Travelbee (1966) framhåller vikten av kommunikation i omvårdnadsarbetet. Genom kommunikation uppnår sjuksköterska en relation till patienten och kan hjälpa patienten att styra sin sjukdom och lidande och även att finna mening i upplevelsen. Kommunikation kan ske verbalt och icke verbalt. Bra kommunikationen innebär färdighet, kunskap och förmåga att tillämpa den genom olika kommunikationstekniker, exempelvis sensitivitet och rätt tidpunkt (Travelbee, 1966).

Syfte

Syfte med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter i livets slutskede.

Metod

Metoden som användes var en litteraturstudie med kvalitativ ansats. En litteraturstudie valdes för att få en sammanställning och att skapa en god överblick att tidigare skrivna artiklar inom området (Friberg, 2006). Den kvalitativa ansatsen är lämplig eftersom att studien grundar sig på sjuksköterskornas upplevelser (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Datansamling

Litteratursökningen gjordes på Blekinge Tekniska Högskolas databaser. Databaser som använts vid litteratursökningen var Cinahl och Medline eftersom de ansågs lämpliga vid artikelsökningen. Enligt Willman et al.(2006) innehåller Cinahl artiklar från alla

engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter och är mer fokuserad på omvårdnadsvetenskapliga referenser. Medline innehåller artiklar med referenser inom medicin, omvårdnad och hälso- och sjukvård. I båda databasen användes MeSH-termer för att säkerställa att det valda sökordets definition var av intresse för studien. I Cinahl används Headings och i Medline MeSH för att se att sökningen håller sig till det som är relevant för studien (ibid.). De sökord som användes var palliative care, palliative nursing, nursing care, terminal care, hospice, nurses, nurse`s role, nurse-patient relations, experiences *, end of life care*, nursing*. Sökorden kombinerades med booleska söktermerna som AND och OR. Enligt Willman et al.(2006) används termen AND för att begränsa sökningen och OR användes för att öppna upp sökningen för att få fram relevant material. De resultat som framkom i artiklarna har legat till grund för resultatet i denna studie (Bilaga 1).

Urval

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade (peer-reviewed), kvalitativa och relevanta för syftet. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att kvalitativa ansatsen handlar om att forskaren letar efter mönster i det samlade information för att få en fullständig bild som möjligt att karakterisera insamlat material. En vetenskaplig artikel ska enligt Friberg (2006) vara publicerad i en vetenskaplig tidskrift, redovisa ny forskning, ha blivit granskad och godkänd av en forskargrupp samt publicerad på engelska. Studien ska innehålla bakgrund, syfte/frågeställning/hypotes, materialet metod, resultat, diskussion, litteraturreferenser (ibid.). Artiklarna skulle vara skrivna på engelska och vara publicerade mellan år 1998 till år 2013, för att erhålla en aktuell information inom området. Vidare inklusionskriterier var att artiklarna skulle skrivna i västeuropeiska kulturer, inriktade på den vuxna befolkningen, både män och kvinnor och handla om sjuksköterskans upplevelser att vårda patienter i livets slutskede. Exklusionskriterierna var artiklar med medicinsk inriktning eftersom studien riktar sig till upplevelsen och omvårdnad. Efter sökningar med inkluderingskriterierna gjordes en genomläsning av titlarna på artiklarna som framkom. Därefter valdes 63 artiklar ut för genomläsning av abstrakten. Av dessa 63 exkluderades 48 på grund av att de hade kvantitativ ansats, upplevelser var från patientens perspektiv eller de var medicinskt inriktade. Efter att ha läst abstrakten valdes 15 artiklar ut som svarade mot studiens syfte.

Kvalitetsgranskning

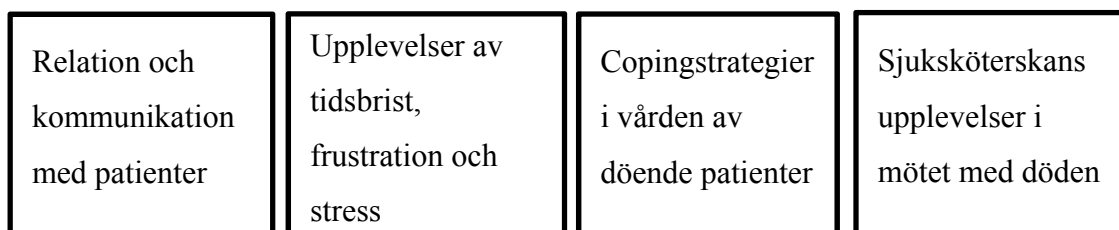
Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån Willman et al. (2006) granskningsprotokoll som är avsedd för studier med kvalitativ metod. Kvalitetsgranskningen gjordes för att kunna bedöma den vetenskapliga kvaliteten på artiklarna (Bilaga 2). Willman et al. (2006) granskningsprotokoll granskar till exempel om det finns en tydlig problemformulering, urvalet, metoden giltigheten, om den är teorigenererande och huvud fynden är adekvat. Enligt Willman et al. (2006) kan forskaren välja att använda poäng per delfråga vid positiva och negativa eller inadekvata svar för studien. Willman et al. (2006) fortsätter att många artiklar har olika karaktär av vetenskaplig styrka och för att lättare kunna tolka resultatet gjordes en gruppering och rangordning av poängresultatet. Artiklarna lästes igenom och studiernas kvalitet kunde sedan bedömas genom att varje delfråga tilldelades poäng. Varje ”ja” svar tilldelades ett poäng och varje ”nej” eller ”vet ej” svar noll poäng. Poängen gjordes om till procent. Artiklar under 69 procent räknades som låg kvalitet, mellan 70-79 procent räknades som medel kvalitet och artiklar med 80-100 procent som hög kvalitet (ibid.). Eftersom artiklar av hög kvalitet valdes ut, återstod nio artiklar som uppfyllde urvalskriterier (Bilaga 3).

Analys

Utvalda nio artiklar som uppfyllde kravet analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är syftet med kvalitativ innehållsanalys att få en förståelse och kunskap för fenomenet som studeras. Analysen var manifest vilket betyder att beskriva det som direkt uttrycks i texten utan egen tolkning (Friberg, 2006). Analysen gjordes utifrån olika steg. Artiklarna lästes först enskilt och noggrant flertalet gånger tills en känsla av helhet upplevdes. Sedan markerades meningsbärande enheter i texten. Därefter plockades meningsenheterna som svarade på syftet ut. Meningsenhet innebär ord, meningar eller stycken som är relaterade till varandra genom sitt innehåll och sammanhang som väljs ut och utgör grunden för analysen (Graneheim och Lundman, 2004). Sedan diskuterades gemensamt om de valda meningsenheterna verkligen svarade på studiens syfte. Därefter genomfördes en kondensering vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att texten kortas ner så att den blir lättare att hantera utan att den centrala innebörden i texten inte förändras och alla betydelsefulla information behållas. De valda meningsenheterna lästes igenom tillsammans och kortades ner genom diskussion för att sedan översättas till svenska. Vidare genomfördes en kodning. Koderna jämfördes och liknande innehåll sammanfördes i kategorier som utformar uppsatsens resultat (Graneheim & Lundman, 2004). Se Bilaga 4.

Resultat

I resultatet redovisas fyra kategorier: relation och kommunikation med patienter; upplevelser av tidsbrist, frustration och stress; copingstrategier i vården av döende patienter; sjuksköterskans upplevelser i mötet med döden (Figur 1.).



Figur 1. Kategorier.

Relation och kommunikation med patienter

En del sjuksköterskor upplevde att en god vård betyder en meningsfull relation med patienter i livets slutskede. En sjuksköterska beskrev att meningsfull relation med patienterna och ärligt bemötande hjälpte att se varje patient som en unik människa, inte bara som en patient i allmänhet och gav bättre förutsättning för att ge god vård till svårt sjuka patienter och deras familjer. Sjuksköterskor upplevde att en förtroendefull relation utvecklades när sjuksköterskan reagerade på patientens behov på ett pålitligt sätt. Sjuksköterskorna beskrev att den nära relationen och öppna kommunikation gav patienterna kraft att fortsätta leva (Iranmanesh, Häggerstöm, Axelsson & Sävenstedt, 2009).

Sjuksköterskorna uttryckte känslor av tillfredsställelse när de kunde tillgodose patienternas behov och hade möjlighet att vara nära patienten (Georges, Grypdonck & Dierckx De Casterle, 2002). Sjuksköterskorna beskrev att de respekterade patienterna genom att lära känna dem och se en människa bakom sjukdomen. Sjuksköterskorna betonade vikten att lyssna aktivt på den svårt sjuke och dennes anhöriga, speciellt när de kände sig upprörda, än att bara fokusera på någon form av behandling. Sjuksköterskorna bedömde att aktivt lyssnande gav bättre sammansatt effekt (Georges et al., 2002; Iranmanesh et al., 2009).

It does not have to be related to informing the patient but I really think that listening to somebody is of great value because then they can talk a lot (Georges et al., 2002, s.790).

Nära relationer med patienterna upplevdes av sjuksköterskorna inte bara som ett mål utan syftade även till personlig utveckling. Sjuksköterskorna upplevde att både den negativa och positiva responsen i relationerna med patienter och anhöriga gav dem möjlighet att kunna förändra omvårdnadsbeteendet. Sjuksköterskorna beskrev att den närhet och respons de fick var själva källan till utveckling och lärande. Sjuksköterskor beskrev att det var viktigt att lära känna patienten väl och bygga upp en bra relation för att kunna se behoven hos patienten i livets slutskede när kommunikation med patienten inte längre var möjligt på grund av försämrat hälsotillstånd (Casey et al., 2011).

Sjuksköterskorna beskrev att de upplevde ofta svårigheter att kommunicera med patienter och anhöriga. De var främst bekymrade över att ge rätt information till patienten så att denne kunde fatta beslut och bli delaktig i omvårdnadsprocessen (Hopkinson, Halett & Luker, 2003). Sjuksköterskor upplevde att de inte var beredda att inleda diskussionen om livets slutskede med äldre döende patienter. Många sjuksköterskor upplevde ett stort obehag och var osäkra på vad som skulle sägas vilken påverkade relationen negativt med patienter. De betonade att frågor om livets slut var besvärliga och att de var oförberedda att diskutera när patienten ville prata om döden. Sjuksköterskorna upplevde svårigheter särskilt när det gällde att tala med patienter som inte förstod att de var döende. Sjuksköterskorna beskrev att kultur- och språksvårigheter spelade en viktig roll i kommunikationen mellan sjuksköterskor och svårt sjuka patienter och upplevdes ofta som negativa känslor (Clarke & Ross, 2006). Sjuksköterskorna beskrev att saknades speciellt utformade rum som kunde stärka och underlätta kommunikationen med patienterna, skapa harmoni och trygghet (Johansson & Lindahl, 2011).

Upplevelser av tidsbrist, frustration och stress

Sjuksköterskor betonade att tid var ett gemensamt problem för sjuksköterskorna. De upplevde att tidsbrist var ett hinder för att ge god omvårdnad. Sjuksköterskor upplevde att det var svårt att ta hand om patienterna på samma sätt och att vårda flera döende personer samtidigt på grund av tidsbrist (Casey et al., 2011; Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskorna uppgav att de ofta tvungna att avbryta samtalet och de hade skuld-känslor eftersom det var

andra arbetsuppgifter som också skulle göras (Clarke & Ross, 2006). Sjuksköterskorna upplevde att stressen påverkade kommunikationen med patienter i livets slutskede. Sjuksköterskorna kände att de inte hade tillräckligt med tid för att sitta ner och samtala med patienterna. Sjuksköterskorna betonade att viljan fanns men det var inte möjligt att finna tid därför att arbetsmiljön orsakade stress (Casey et al., 2011). Sjuksköterskorna upplevde att de andra arbetsuppgifterna krävde så mycket tid att de inte kunde lyssna tillräckligt och tala med patienterna. Sjuksköterskorna uttryckte sitt missnöje när de inte kunde lyssna och genomföra längre konversationer med patienter på grund av tidsbrist (Wallerstedt & Andershed, 2007).

You go in to patients and say hello and wonder if there are any special problems. Then they take that up, but they don't mention anything else. They see you don't have time... On a hectic day with a lot of patients in and out, then it's the cancer patients and the palliative patients that have to give way. Unfortunately, that's how it is (Wallerstedt & Andershed, 2007, s. 37).

Sjuksköterskorna betonade att mer tid behövdes för döende patienter än för dem med akuta besvär (Johansson & Lindahl, 2011). Sjuksköterskorna upplevde att omvårdnadens mål var att hjälpa patienterna att bemästra och finna mening i det lidande som sjukdomen medförde. Sjuksköterskorna upplevde frustration när det inte var möjligt att finna en lösning för patienter att till exempel uppnå tillräcklig symtomkontroll i synnerhet smärta (Georges et al., 2002). Sjuksköterskorna upplevde frustration när de försökte fylla tomrummet för läkare som inte gav tillräckligt med information till patienten. I vissa fall kände sjuksköterskorna sig beredda att göra det medan andra kände att de inte hade tillräckligt kunskap att utföra denna uppgift, vilket skapade en stressig situation (Clarke & Ross, 2006).

Många sjuksköterskor upplevde stress när de skulle prata med döende patienter. Sjuksköterskorna upplevde oro för att de inte kunde uttrycka sig på rätt sätt och använda rätt ord vid rätt tidpunkt till rätt person (Georges et al., 2006). Sjuksköterskorna upplevde att vården av patienter som snart skulle dö och som sjuksköterskorna inte kunde hjälpa, gav känslan av frustration. De kände sorg, särskilt i situationer där sjuksköterskorna identifierade sig med patienten på grund av liknande ålder. En sjuksköterska beskrev att det var svårare när patienten hade barn som var lika gamla som sjuksköterskans barn (Iranmanesh et al., 2009).

I look at them as on my own children and then many bad thoughts turn up. This is very difficult part of the work. There is so much that is beautiful and nice but this is the black side (Iranmanesh et al., 2009, s. 249).

Sjuksköterskorna upplevde frustration, förlust och sorg när en patient plötsligt dog. Skolsköterskorna beskrev att negativa känslor ledde till att de inte längre hade styrkan att hantera sådana situationer. De beskrev att nära relationer med patienter även gjorde det svårare för dem att glömma patienten efteråt. Sjuksköterskorna beskrev att de tog ofta hem sina negativa upplevelser vilket påverkade deras privatliv (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Sjuksköterskorna beskrev att intensiv kontakt med döende patienter och många dödsfall efter varandra inom en kort tid var stressigt och även ledde till sömnsvårigheter. Sjuksköterskorna upplevde otillräckligt hjälp och bara lite engagemang från chefer när det gällde deras fysiska och psykiska hälsa (Wallerstedt & Andershed, 2007). Vissa sjuksköterskor betonade att vården av döende patienter oundvikligt kommer att leda till utbrändhet och stress och därför planerade de inte att arbeta för länge inom palliativ vård. Sjuksköterskorna beskrev att det var deras taktik när de överväldigades negativa känslor (Georges et al., 2002).

Copingstrategier i vården av döende patienter.

Sjuksköterskorna upplevde att de genom att ta hand om patienter vars liv är begränsat utsattes för smärtsamma stunder. Vissa sjuksköterskor beskrev att de försökte behålla sin känslomässiga balans genom att acceptera att vissa symtom inte alltid kan behandlas tillfredsställande (Georges et al., 2002). Sjuksköterskorna beskrev olika copingstrategier som hjälpte dem att hantera känslomässig stress vid omvårdnad av döende patienter. En sjuksköterska beskrev att hon inte försökte engagera sig med sina svåra tankar för att klara av att vårda döende patienter (Epiphaniou, et al., 2012).

I tend to bury my head in the sand a bit, and just go "OK" and forget it (Epiphaniou et al., 2012, s. 543).

Sjuksköterskorna beskrev att de försökte hålla känslomässig distans för att skydda sig från negativa känslor. Sjuksköterskorna beskrev att hålla känslomässig distans till patienten upplevdes som en förutsättning för att klara av omvårdnadens uppgifter men sågs som ett hinder för att möta och tillgodose patientens behov (Hopkinson, Halett, & Luker, 2005). Andra sjuksköterskor beskrev att de försökte vara glada även om de var stressade.

Sjuksköterskor beskrev vikten av stöd från andra kollegor, närstående och vänner som hjälpte dem att hantera negativa känslor från arbetsplatsen. (Epiphaniou et al., 2012).

Sjuksköterskans upplevelser i mötet med döden.

Sjuksköterskorna beskrev sitt vårdande arbete som ett privilegium och upplevde tillfredsställelse när patienterna blev nöjda med vårdprocessen och deras behov tillfredsställdes. En del av sjuksköterskor upplevde att arbete nära döden gav dem en känsla av att döden var en naturlig del av livet. Sjuksköterskor beskrev att de blev rörda av patienternas lidande och upplevde en känsla av obehag över snabba förändringar av kroppen. Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att de döende patienterna var smärtfria och kände välbefinnande. Sjuksköterskorna beskrev att patienterna led och de ville vara säkra på att de gjorde allt som kunde lindra lidandet. En del sjuksköterskor upplevde rädsla och osäkerhet inför mötet med döende patienter och en stor del av dem saknade adekvat utbildning (Johansson & Lindahl, 2011).

It feels uncomfortable that it has to be this way, that one becomes skeleton, it can be hard but nevertheless //...// it can still throw you off balance, when the body changes to that extent (Johansson & Lindahl, 2011, s.2037)

Vissa sjuksköterskor som arbetade med patienter som var nära döden upplevde sina egna liv annorlunda. Sjuksköterskorna beskrev att de blev medvetna om hur livet kan vara och hur utsatta människor kan bli. Sjuksköterskor upplevde att de blev berikade och motiverade under möten med patienterna (Hopkinso et al., 2005; Johansson & Lindahl, 2011).

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ litteraturstudie valdes som metod eftersom det var personens upplevelse. Metoden anses lämplig för att söka djupare förståelse i människornas erfarenheter och upplevelser (Forsberg & Wengström, 2008). Nackdelen med denna litteraturstudie kan vara att den utfördes av tidigare framforskat materialet och att resultatet var tolkat av andra forskare innan.

Större delen av artiklarna var publicerade under tjugohundratalet. Detta bidrar till att studiens resultat byggs på de senaste årens forskning vilket stärker trovärdigheten av resultaten. Enbart artiklar av hög kvalitet, med ursprung i Sverige, Storbritannien, Nederländerna och Irland, ingår i studien. Forsberg och Wengström (2008) beskriver att den kulturella skillnaden kan påverka sjukvården och inte vara jämförbar med det svenska sjukvårdssystemet. Eftersom antalet artiklar med ursprung i Sverige som svarade på studiens syfte var inte tillräcklig, valdes att använda artiklar från västeuropeiska länder. Detta kan ses som negativt för studiens tillförlitlighet. Det kan anses att resultatet hade varit mer användbart om en empirisk studie genomförs då resultat hade speglat svenska förhållanden och kultur, men på grund av kort tid och brist på erfarenhet ansågs detta inte vara något alternativ.

Valda artiklar anses inte påverka resultatet och tillförlitligheten eftersom det råder relativt lika vårdssystem och levnadsvillkor i de fyra länderna. Två av valda artiklarna skrevs av samma författare Hopkinson et al. (2003); Hopkinson et al. (2005). Detta kan enligt Polit och Beck (2010) vara en nackdel då resultatet trovärdighet minskar eftersom varje författare kan ha sitt specifika sätt att påverka studiens intervju-material. Detta ansågs dock inte ha samma fokus och därför minskar risken för ett snedvridet resultat.

Artiklarna hittades genom databassökningar i Blekinge Tekniska Högskolans bibliotekskatalog. Två databaser användes: Cinahl och Medline för att dessa två databaser kompletterar varandra. Fördelen att använda mer än en databas var att det minskade risken för att utelämnat viktiga informationer från andra artiklar. Henricson (2012) beskriver att sökning i flera databaser kan utöka möjligheterna att finna lämpligt material som kan stärka resultatet. Ett flertal sökord i olika sök kombinationer användes för att uppnå ett brett perspektiv vid hämtning av artiklarna. Alla artiklarna var vetenskapligt granskade och publicerade i internationella tidskrifter. Enligt Willman et al. (2006) innebär vetenskapligt granskning att personer med särskild kunskap har granskat artikel och publicerats. Först tittades på artiklarnas titlar för att bestämma om titeln stämmer överens med studiens syfte, därefter lästes abstrakt för att besluta om att skriva ut och läsa hela texten. Därefter gjordes fulltextgranskning för att välja de artiklar som motsvarade inklusionskriterierna. De inklusions- och exklusionskriterier som används visade sig vara användbara, då de var till hjälp vid urvals-förfarandet. De artiklar som bestods av fel åldersgrupp eller var litteratursammanställningar togs bort.

De artiklar som hade relevant innehåll för studiens syfte valdes ut och kvalitetsgranskades med ett protokoll av studier med kvalitativ metod (Willman et al., 2006). Alla frågorna i granskningsprotokollet ansågs relevanta och därför gjordes inga ändringar i det aktuella protokollet. Enligt Willman et al. (2006) finns det risk för övervärdering och undervärdering vid kvalitets granskning. Genom kvalitetsgranskning värderades valda artiklar och kategoriserades enligt graderna hög, medel och låg. Enligt Willman et al. (2006) kan artiklar ha olika karaktär av vetenskaplig styrka och för att lättare kunna tolka resultatet gjordes en gruppering och rangordning av poängresultatet. Granskningen gjordes tillsammans för att detta stärker trovärdigheten.

Artiklarna lästes först enskilt därefter markerades meningsbärande enheter i texten och de enheter som motsvarade studiens syfte togs fram. Granheim och Lundman (2004) menar att för skapandet av trovärdighet är det viktigt att hitta en passande meningsenhet som inte är för stor eller inte för kort. Förkortning av meningsenheterna innebär risk för fragmentering och för stor innebär risk att meningsenheten innehåller flera betydelser (ibid.). Utvalda meningsenheter översattes till svenska språket gemensamt. För att översätta från engelska till svenska användes en engelsk ordbok. Den ursprungliga texten behandlades noggrant vid översättning för att inte påverka studiens resultat. Översättning mellan språk menar Willman et al. (2006) utgör en risk vid analysering av text och kan innebära feltolkning (ibid.). Citat ur artiklarna togs därför med för att göra texten mera levande och skapa förståelse för sjuksköterskans upplevelser. Likheter och skillnader från artiklar valdes ut för att få en helhetsbild över såväl positiva som negativa upplevelser av sjuksköterskorna. Dessa meningsenheter kondenserades och översattes sedan gemensamt för att ge meningsenheten ett namn och göra texten kortare och mera lätthanterlig. Meningsenheter som inte överensstämde diskuteras för att sedan inkluderas eller exkluderas. Många olika koder skrevs ned och undersöktes om flera speglade samma sak och bildades kategorier som hängde samman baserat på innehållet. Subkategorier exkluderades, för att undvika att resultatet skulle bli otydligt. Det negativa med att utesluta subkategorier är enligt Olsson och Sörensen (2011) att kategorierna kan bli för breda. Slutligen bestämdes att utgå ifrån dessa koder och kategorier skapades som utformade uppsatsens resultat.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att det betydde mycket för sjuksköterskor om de upplevde att de kunde bidra till att döende patienter fick en god vård. En god vård i livets slutskede upplevdes

subjektivt av varje sjuksköterska. Resultatet visade att en nära relationen och öppen kommunikation med patienten kunde hjälpa till sjuksköterskor att känna patienten och deras omvårdnadsbehov. Sjuksköterskor uttryckte vikten att lyssna på patienter och behandla dem som en unik individ för att god omvårdnad skulle bedrivas. Steinhauser et al. (2000) menar att en god omvårdnad är att se hela människan. För detta krävs kunskap, en helhetssyn och en förmåga att lyssna på patienten och förmedla trygghet (ibid.). Resultatet visade att se patienten som en unik människa gav bättre förutsättning för att ge god omvårdnad. Travelbee (1966) nämner också att varje människa är unik och ingen människa är en annan lik i samma situation. Vården skall ske på ett individuellt sätt så att patienterna kan påverka sin egen situation i viss grad. Det gäller att sjuksköterskan visar respekt för patienten och sätter hans eller hennes behov först (ibid.).

I resultatet framkom att sjuksköterskorna ofta hade svårigheter med att tillgodose en god omvårdnad på grund av tidsbrist. Upplevelsen av tidsbrist ledde till stress och frustration som väckte negativa känslor hos sjuksköterskorna. Dunne, Sullivan och Kernohan (2004) beskriver att tidsbrist är en negativ upplevelse som utgör ett stort hinder i den palliativa vården, försämrar vårdkvaliteten betydligt och leder till vårdlidande. Travelbee (1966) menar att tid är en faktor som är nödvändig för en god mellanmänsklig process som idag hotas alltmer.

Resultatet visade att det var nödvändigt för sjuksköterskor att hålla kommunikationsvägarna öppna mellan patient, läkare och anhöriga. Kommunikationen och relationen med en döende person var full av känslomässiga faror och var mycket tidskrävande. Sjuksköterskorna upplevde ofta svårigheter vad de skulle säga och hur de borde prata om känsliga ämnen med patienter som befann sig i livet slutskede. Sköterskorna betonade att de saknade adekvat kunskap om kommunikationsteknik. Travelbee (1966) menar att kommunikationen kan antingen lindra eller förstärka den sjukes isolering och ensamhet. Kommunikation är en komplicerad process som kräver bestämda förutsättningar. Travelbee (1966) tillägger att behärska av kommunikationstekniker krävs olika färdigheter, däribland kunskap och förmåga att tillämpa dem, sensitivitet och ett välutvecklat sinne för timing.

Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde att nära relation och öppen kommunikation hjälpte till patienterna finna mening i livet och lindra deras lidande. Goda relationer mellan sjuksköterskorna och patienter skapades genom att ge tillräckligt information till patienten.

Brist på informationen hindrade patienten från att vara delaktig i den egna vården. Nordenfelt (2003) beskriver att patienter har rätt att vara delaktiga i sin egen vård i så stor utsträckning som möjligt. I resultatet framkom att sjuksköterskor var frustrerade när de inte kunde ge korrekt information till patienten på grund av otillräcklig kunskap. Det var ofta brist på erfarenhet när sjuksköterskor upplevde att det var svårt att svara på patienternas frågor när de inte fick alla information från andra arbetskollegor som till exempel läkare. Karlsson et al. (2010) menar att god kvalitet i kommunikation kan förebygga oro och missförstånd, samt kan förbättra livskvalitet i livets slutskede.

Resultatet visade att ett arbete som sjuksköterska inom den palliativa vården innebär många stressfulla situationer. Intensiv kontakt med döende patienter och många dödsfall inom en kort tid var stressigt och påverkade sjuksköterskornas fysiska och psykiska välbefinnande negativt. Det visade sig också att sjuksköterskorna redan från början av arbetet inte planerade arbeta en längre tid inom den palliativa vården på grund av risken för utbrändhet som ledde till hälsoproblem. van Staa, Visser & van der Zouwe (2000) nämner att sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård är mer utsatta för utbrändhet och känslomässig utmatning. van Staa et al. (2000) skriver vidare att sjuksköterskor ibland funderade över sitt yrkesval och planerade inte arbeta längre inom palliativ vård.

Resultatet visade att erfarenhet och stöd från kollegor hade en stor roll i vårdandet av döende patienter. Resultatet visade att sjuksköterskorna använde olika copingstrategier att hantera känslomässig stress. En strategi var att de försökte hålla känslomässig distans för att skydda sig från negativa känslor men det sågs som ett hinder för att möta och tillgodose patientens behov. Wallace (2009) menar att professionellt stöd kan dämpa de emotionella reaktionerna. Det finns inga instruktioner hur sjuksköterska ska reagera vid dödsfall men genom vidare utbildning inom området kan sjuksköterskorna lättare möta döden i arbete (ibid.). Det framkom i resultatet att sjuksköterskorna hade blandade känslor i mötet med döden. Vissa sjuksköterskor som arbetade med svårt sjuka patienter upplevde sina egna liv annorlunda och försökte hitta glädje och skönhet i livet. En del sjuksköterskor kände ofta osäkerhet, rädsla och ångest inför en död människa vilket berodde på brist av en adekvat utbildning inom den palliativa vården. Ablett och Jones (2007) menar att det finns ofta brister i utbildningen inom den palliativa vården vilket gör att sjuksköterskorna inte känner sig förberedda att hantera svåra situationer och istället själva börjar arbeta utifrån egna strategier, vilket ofta kan bli fel.

Utbildning och tydligare riktlinjer behövs för sjuksköterskor för att få en större helhet av döende patienter och deras behov (ibid.).

Slutsats

Resultatet visar att omvårdnad av patienter i livets slutskede gör att sjuksköterskor upplever olika känslor både positiva och negativa. För sjuksköterskor är bra relation med patienter och öppen kommunikation viktig för att ge god omvårdnad till döende patienter men det är ofta tidskrävande. Sjuksköterskor upplever att tidsbrist påverkar och försämrar vårdkvalitén, orsakar frustration och leder till stress. Även om sjuksköterskor hade en vilja att ge en god omvårdnad för dessa patienter så gick det inte alltid att tillgodose. Om vårdpersonalen inte tar sig tid till att lyssna på patienter kommer de inte att känna någon tilltro till vårdpersonalen och den fortsatta relationen mellan patienter och sjuksköterskorna kan minska.

Sjuksköterskornas ständiga kontakter med döende patienter påverkar deras välbefinnande negativt och gör att de kan känna sig obekväma med arbetet. Döende i sig är en komplicerad process och alla sjuksköterskor behöver utveckla kunskap och skicklighet för att kunna utöva god omvårdnad och vara till stöd för patienten. Hinder uppstod även på grund av bristande stöd från arbetskollaboratorer och därför samarbete i vårdteamet måste förbättras. Resultatet visar att det finns behov att vidareutveckla den palliativa vården för att förbättra sjuksköterskornas kunskap när det gäller vård av patienter i livets slutskede. En ökad kunskap om att vårda döende patienter kan bidra till bättre kvalitet på vården samt kan öka patienternas välbefinnande i de sista dagarna av deras liv. Det skulle vara intressant att göra en ytterligare forskning kring om vad en god och värdigt död innebär för sjuksköterskor enbart i Sverige. Vidare forskning kan underlätta sjuksköterskors arbete inom palliativ vård och kan hjälpa till att känna sig trygga i sina roller.

Självständighet

Viola och Sofia har arbetat i stort sett tillsammans under hela skrivprocessen. Det är några delar av arbete som har gjorts separat. Inledningen har skrivits gemensamt. Vissa delar av bakgrunden har formulerats separat. Vetenskapliga artiklar till resultatet har sökts och lästs var för sig. Därefter har varje författare plockat ut meningsenheterna för att diskutera vilka som svarar på studiens syfte. Meningsenheterna har kondenserats och översatts tillsammans för att bilda koder som har utformat resultatet. Diskussionen, slutreflektion och bilagor har

Viola och Sofia utformat tillsammans. Viola har varit huvudansvarig för utformning av tabeller som beskriver datasökning. Samarbetet har fungerat bra med stort engagemang från båda parter.

Referenser

- Ablett, J.R., & Jones, R.S.P. (2007). Resiliens and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses experience of work. *Psycho-Onkology*, 16, 733-740.
- Breier-Mackie, S. (2001). Patient autonomy and medical paternity: can nurse help doctors to listen to patients. *Nursing Ethics* 8 (6), 510-521
- Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payne, S., Froggatt, K.A., & O` Shea, E. (2011). Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for people in acute and long -stay care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1824-1833.
- Clarke, A., & Ross, H. (2006). Influences on nurses` communications 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.
- Dunne, K., Sullivan, K., & Kernohan, G. (2004). Palliative care for patients with cancer: district nurses` experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 372-380.
- Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., Rob, G., Beynon, T., Higginson, I., & Harding, R. (2012). Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support. *International Journal of Palliative Nursing*, 18, 541-545.
- Eriksson, K. (1987). *Pausen: En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist och Wiksell Förlag.
- Erlen, J. (2005). When patients and families disagree. *Orthopaedic Nursing* 24 (4), 279-282
- Foley, K. (2003). How much palliative care do we need? *European Journal of Palliative Care* 10, 5-7.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2 uppl.). Stockholm: Natur och Kultur
- Fromberg Gørlén, T., Gørlén, T. & Asbjørn Neergaard, M. (2013). Death in nursing homes: a Danish qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (5), 236-242.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Georges, J.-J., Grypdonck, M., & Dierckx De Casterle, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses` perceptions of palliative care nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 785-793.
- Graham, I.W., Andrews, T., & Clark, L. (2005). Mutual suffering: A nurse`s story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 277-285.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Henoch, I. (2002). Palliativ- en begreppanalys. *Vård i Norden*, 22 (3), 10-14.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hopkinson, J., & Hallett, C.E. (2002). Good Death? An exploration of newly qualified nurses' understanding of good death. *International Journal of Nursing*, 8, 532-539.
- Hopkinson, J.B., Hallett, C.E., & Luker, K.A. (2003). Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 525-533.
- Hopkinson, J.B., Hallett, C.E., & Luker, K.A. (2005). Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42, 125-133.
- Iranmanesh, S., Häggerström, T., Axelsson, K., & Sävenstedt, S. (2009). Swedish Nurses Experiences of Caring for Dying People. *Holistic Nursing Practice*. 23, 243-252.
- Jocham, H., Dassen, T., Widdershoven, G., & Halfens, R. (2006). Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (9), 1188-1195.
- Johansson, K., & Lindahl, B. (2011). Moving between rooms- moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2034-2043.
- Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing* 16 (5), 224-231.
- Luker, K.A., Austin, I., Caress, A., & Hallett, C.E. (2000). The importance of "knowing the patient" : community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 775-782.
- Mellin-Johansson, C., Axelsson, B., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2010). Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative homecare team. *European Journal of Cancer Care* 19, 243-250.
- Nordenfelt, L. (2003). Dignity and the care of the elderly. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6, 103-110.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber
- Phillips, J., Davidson, P., Ollerton, R., Jackson, D. & Kristjanson, L. (2007). A survey of commitment and compassion among nurses in residential aged care. *International Journal of Palliative Nursing* 13, 282-290
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010) *Nursing Research- Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rao, J.K., Anderson, L.A. & Smith, S.M. (2002). End of life is a public health issue. *American Journal of Preventative Medicine* 23, 215- 226

Singer, P.A. & Bowman, K. (2002). Quality end-of-life care: a global perspective. *BMC Palliative Care* 1, 4

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede 2013-6-4*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU (2001:6). *Döden angår oss alla-värdig vård i livets slut*. Stockholm: Socialdepartementet.

Steinhauser, K., Christakis, N., Clipp, E., Mc Neilly, M., Mc Intyre, L. & Tulsky, J. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care provider. *JAMA* 284 (19), 2476-2482

Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.

van Staa, A-L., Visser, A., & van der Zouwe, N.(2000). Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling*. 41(1), 93-105.

Wallace, A. (2009). Supported nurses give better care. *Nursing Standard*, 24(9), 54-55

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation. (2002). *Palliative Care*.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Hämtad: 2013-10-31

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i CINAHL

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
(MH" Palliative Care")	4027	2013-10-25	0	0
(MH" Terminal Care")	2530	2013-10-25	0	0
(MH" Terminal Care") OR (MH" Palliative Care")	5988	2013-10-25	0	0
(MH" Nurses")	2079	2013-10-25	0	0
(MH" Terminal Care") OR (MH" Palliative Care") AND (MH" Nurses")	91	2013-10-25	6	1
(MH" Terminal Care") OR (MH" Palliative Care") AND (MH" Nurses") AND experiences*	10	2013-10-25	5	1
(MH" Palliative Care") AND experiences*	312	2013-10-25	8	2
(MH" Nurse-Patient Relations") AND (MH" Palliative Care")	87	2013-10-26	3	0
(MH" Terminal Care) OR (MH" Palliative Care") AND (MH" Nurse-Patient Relation") AND experiences*	93	2013-10-26	4	1
(MH" Hospice ")AND (MH" Palliative Nursing")	514	2013-10-28	3	0
End of life care *AND Nursing *	605	2013-10-28	10	2
(MH" Nursing Care") AND (MH" Hospice ")AND (MH" Palliative Nursing")	7	2013-10-28	5	0
(MH" Terminal Care) OR (MH" Palliative Care") AND (MH" Nursing Care")	30	2013-10-28	3	0
(MH" Nursing Role") AND (MH" Hospice ") AND (MH" Palliative Nursing")	40	2013-10-28	4	0

Sökningar i Medline

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
(MH"Nurse`s Role")	2461	2013-10-30	0	0
(MH"Nurse-Patient Relations")	3578	2013-10-30	0	0
(MH"Palliative Care")	1211	2013-10-30	0	0
(MH"Palliative Care") AND (MH"Nurse`s Role")	132	2013-10-30	5	1
(MH"Palliative Care") AND (MH"Nurse`s Role") AND (MH"Nurse-Patient Relations")	19	2013-10-30	4	0
End of life care* AND nursing*	782	2013-10-30	0	0
(MH"Terminal Care") AND (MH" Nurse-Patient Relations")	128	2013-10-30	3	1

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika
 Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

- datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

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

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

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

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Hämtad från: Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C.(2006). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Casey, D., Murphy, K., Ni Leime, A., Larkin, P., Payene, S., Froggatt, K.A., & O'Shea, E. 2011 Irland	Dying well: Factors that influence the provision of good end-of-life care for people in acute and long-stay settings in Ireland.	Semistrukturerade intervjuer.	33 sjuksköterskor	Hög
Clarke, A., & Ross, H. 2006 Storbritannien	Influences on nurses 'communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine.	Intervjuer	24 sjuksköterskor	Hög
Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., Rob, G., Beynon, T., Higginson, I., & Harding, R. 2012 Storbritannien	Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support.	Intervjuer.	20 sjuksköterskor	Hög
Georges. J-J., Grypdonck, M., & Dierckx De Casterle, B. 2002 Nederländerna	Being palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing.	Semistrukturerade intervjuer.	10 sjuksköterskor	Hög
Hopkinson, J.B., Hallett, C.E., & Luker, K.A. 2003 Storbritannien	Caring for dying people in hospital	Djupintervjuer.	28 sjuksköterskor.	Hög

Hopkinson, J.B., Hallett, C.E., & Luker, K.A. 2005 Storbritannien	Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?	Djupintervjuer.	28 sjuksköterskor.	Hög
Iranmanesh, S., Häggström, T., Axelsson, K., & Sävenstedt, S. 2009 Sverige	Swedish nurses experiences of caring for dying people.	Intervjuer	8 sjuksköterskor med erfarenhet av palliativ vård, 7 sjuksköterskor från sjukhus och 1 från hemsjukvård.	Hög
Johansson, K., & Lindahl, B. 2011 Sverige	Moving between rooms-moving between life and death: nurses experiences of caring for terminally ill patients in hospitals.	Intervjuer.	8 sjuksköterskor	Hög
Wallerstedt, B., & Andershed, B. 2007 Sverige	Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective.	Intervjuer.	9 sjuksköterskor	Hög

Bilaga 4 Utdrag från innehållsanalys

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
A chap facing a protracted death. he's frightened, he wanted to talk and talk. I had to bring a stop to the conversation because there were other demands of time, which is not right. I would have dearly loved to have stayed with him, but there were other things pulling me away.	Sjuksköterska upplevde att avbryta samtalet med döende patienten för att det var andra uppgifter som skulle göras.	Tidsbrist, frustration och stress	-	Upplevelser av tidsbrist, frustration och stress
Nurses, however, described incidences when older patients had initiated communication about death and dying for example, about funeral expense plans, funeral directors and funeral hymns all when first admitted.	Sjuksköterskor upplevde att de inte är förbereda att prata om döden med patienter.	Svårighet att prata om döden	-	Sjuksköterskans upplevelser i mötet med döden
"Tension could manifest itself in nurses' lived experiences as negative feelings such as helplessness, guilt, uncertainty, frustration and anger. One nurse gave an example of feeling 'bad' when she faced a choice between giving time to a dying person or to other patients."	Sjuksköterska upplevde frustration på grund av hon stod inför ett val mellan att ge tid till en döende person eller till andra patienter.	Tidsbrist, frustration och stress	-	Upplevelser av tidsbrist, frustration och stress.
"So you don't get too close and personal, because, I feel that's not good...there we must, or I must, restrict myself in the relationship so I can give them support."	Sjuksköterska upplevde att inte komma till så nära relationer med patienter för att kunna ge professionellt stöd.	Hålla distans	-	Copingstrategier i vården av döende patienter