



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Sjuksköterskans upplevelse av att bemöta patienter och dess närstående i palliativ vård

En litteraturstudie

Frida Axelsson

Maria Lundgren

Handledare: Ingrid Martinsson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona januari 2015

# Sjuksköterskans upplevelse av att bemöta patienter och dess närstående i palliativ vård

## En litteraturstudie

Frida Axelsson  
Maria Lundgren

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Palliativ vård har som syfte att lindra lidande och främja livskvalitén hos patienter med obotlig sjukdom för att patienten ska kunna leva ett så aktivt liv som möjligt ända fram till livets slut. Palliativ vård innefattar även att ge stöd åt närstående.

Sjuksköterskor upplever sig idag ha för lite kunskaper inom palliativ vård och känner sig obekväma i bemötandet av den palliativa patienten och dess närstående.

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att bemöta patienter och dess närstående i palliativ vård.

**Metod:** En litteraturstudie med en kvalitativ metod baserad på åtta vetenskapliga artiklar som analyserats utifrån en innehållsanalys.

**Resultat:** I resultatet framkom det att ärlighet och kommunikation var två viktiga faktorer gällande bemötandet för att kunna skapa en relation mellan sjuksköterskan och patienten och ett vårdande samtal. Osäkerhet i bemötandet uppstod hos sjuksköterskorna vid etiska dilemman, t.ex. då närstående kände en tveksamhet för omvårdnaden. Med ökade kunskaper upplevde sjuksköterskorna att de bättre kunde möta patientens- och närståendes behov.

**Slutsats:** Behovet av palliativ vård har visat sig vara stort och därför krävs ökade kunskaper hos sjuksköterskorna för att patient och närstående ska uppleva ett gott bemötande.

Kunskapsbrist har visat sig bidra till att sjuksköterskorna känner sig obekväma att bemöta palliativa patienter och dess närstående. Vidare forskning behövs för att belysa kunskapsbristens inverkan på bemötandet och omvårdnaden och därmed framhäva vikten av utbildning inom ämnet.

**Nyckelord:** Bemöta, närstående, palliativ vård, upplevelse

# Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Palliativ vård	4
Upplevelse	6
Bemöta	6
Närstående	7
Teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Datainsamling och urval	8
Analys	9
Resultat	10
Personcentrerad vård	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Etiska dilemman	11
Kunskapens betydelse i omvårdnaden	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Slutsats	18
Självständighet	19
Referenser	20
Bilaga 1 Databassökningar	23
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	25
Bilaga 3 Artikelöversikt	10
Bilaga 4 Exempel på innehållsanalys	12

## Inledning

Enligt WHO (2014) dog år 2011 ca 29 miljoner människor i världen av en sjukdom som krävde palliativ vård. Av dessa 29 miljoner var 94 % vuxna, varav 69 % av dessa över 60 år. Mellan åldrarna 15-59 år var det 25 % som var i behov av palliativ vård. Endast 6 % av dessa 29 miljoner människor var barn. Nationella rådet för palliativ vård [NRPV] (2010) beskriver att det i Sverige dör omkring 90 000 människor varje år, där ca en tredjedel anses vara i behov av palliativ vård. Vidare beskriver NRPV (2010) att målet med palliativ vård är att alla personer som är i behov av vård i livets slutskede ska oavsett diagnos få en kompetent och välutbildad personal. NRPV (2010) menar att det inte är döden som skrämmer människor utan själva döendet med sina plågsamma symtom. Palliativ vård är därför till för att lindra patientens symtom och svårigheter.

Socialstyrelsen (2006) skriver att bristande kunskaper gällande bemötandet är ett påtagligt problem, vilket förstärks av att palliativ vård är ett lågt prioriterat område i vård- och omsorgspersonalens grundutbildningar. Taylor et al. (2012) menar att sjuksköterskor känner sig obekväma i sitt bemötande till den palliativa patienten och dess närstående. Enligt WHO (2004) behöver beslutsfattare få tillgång till argument, vägledning och lärdomar baserade på verkliga erfarenheter (ibid.). För att förbättra bemötandet är det därför viktigt att belysa sjuksköterskans verkliga upplevelse av att bemöta palliativa patienter och dess närstående. En litteratursammanställning över ämnet kan därför samla kunskap och identifiera kunskapsluckor och på så sätt bidra till ett underlag för förbättringsarbete och vidare forskning.

## Bakgrund

### Palliativ vård

Enligt Socialstyrelsen (2013) innebär palliativ vård att hälso- och sjukvården har som syfte att lindra lidande och främja livskvalitén hos patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada där fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov beaktas. Palliativ vård innefattar även att ge stöd till närstående. Enligt WHO (2002) innefattar palliativ vård att befria patienten från plågsamma symtom för att patienten ska kunna leva ett så aktivt liv som

möjligt ända fram till döden, samt att betrakta döendet som en normal process där döden varken påskyndas eller skjuts upp. Regionala cancercentrum i samverkan (2012) förklarar att palliativ vård har sin grund i ett palliativt förhållningssätt vilket innebär att sjuksköterskan ska se hela människan och ha som mål att ge stöd åt patienten samt bevara värdighet fram till livets slut. Palliativ vård syftar till att genom tidig upptäckt, noggrann bedömning och behandling av patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella problem, kunna förebygga och lindra lidande. Livets slutskede innefattar att patienten inom en snar framtid kommer att möta döden.

SOU 2001:6 menar att oavsett patientens ålder och diagnos ska palliativ vård utformas utifrån de fyra hörnstenarna vilka handlar om symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation och relation samt att ge stöd till närstående. Genom symtomlindring beaktas patientens autonomi och integritet. Det multiprofessionella arbetslaget behöver samarbeta samt kommunicera i syfte att främja patientens livskvalitet. Närstående ska erbjudas stöd under vårdtiden men även efter patientens bortgång.

Enligt Socialstyrelsen (2013) är samordning en förutsättning för att bedriva palliativ vård, där hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska samordna sina insatser så att omsorgen blir av god kvalitet för den enskilda patienten. Socialstyrelsen (2006) förklarar att vårdpersonal som arbetar inom palliativ vård, möter den döende patienten men även dess närstående i en avgörande livssituation. På ett professionellt sätt förväntas vårdpersonalen hantera den komplexa vårdsituationen som inkluderar den medicinska insatsen, omvårdnad och kurativa insatser som kan handla både om sociala och existentiella frågor men även praktiska frågor gällande vårdplanering. Vårdpersonalen behöver ha personlig mognad, medicinska kunskaper, omvårdnadskompetens samt kunskaper om människor som hamnat i kris.

Enligt Brown, Johnston och Östlund (2011) har sjuksköterskan en central roll inom palliativ vård som innebär att hjälpa patienten att dö med värdighet. Pavlish och Ceronsky (2009) beskriver att sjuksköterskans roll innefattar undervisning för patient och närstående, ge omsorg, samordna vårdteamet samt förespråka och mobilisera patienten. Sektionen sjuksköterskor för palliativ omvårdnad [SFPO] och Svensk sjuksköterskeförening (2008) beskriver att sjuksköterskans roll innebär att bevara patientens autonomi, skapa en relation som utgörs av kommunikation mellan sjuksköterskan, patient och närstående. Vidare

beskriver SFPO och Svensk sjuksköterskeförening (2008) att sjuksköterskor ska stärka, stödja och hjälpa patienter och närstående samt fokusera på livet och acceptera döden.

Socialstyrelsen (2005) har utformat en modell, kompetensbeskrivning, som syftar till att sjuksköterskan ska bedriva vård utifrån en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt gentemot patienten. Kompetensbeskrivningen innehåller tre huvudsakliga arbetsområden. Ett område handlar om omvårdnaden i teori och praktik, som i sin tur innehåller sex delkompetenser. En utav delkompetenserna avser att sjuksköterskan ska ha kompetens gällande bemötande, information och undervisning. Detta innefattar att sjuksköterskan ska kunna kommunicera med patienten, närstående och personal på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska genom dialog vägleda, informera och undervisa patienten för att skapa möjlighet till delaktighet i sin vård.

## Upplevelse

Eriksson (1987) förklarar att genom möten med andra människor möjliggörs en upplevelse. Självmédvetenhet och medvetenhet utgör människans upplevelsevärld. En upplevelse är människans egen och kan därför inte fullt ut tolkas av andra. Eriksson (1987) beskriver den upplevande människan inom vården som ett kunskapsobjekt där ”upplevelsens djup” har en stor betydelse för den ontologiska utbredningen. Djup av upplevelsen beskrivs som när upplevelsen når och involverar hela människan vilket resulterar i en ontologisk upplevelse. Vidare beskriver Eriksson (1987) att den ontologiska upplevelsen innefattar att människan upplever ett möte med sig själv och sin själ där längtan, hopp och önskan når nya djup.

## Bemöta

Croona (2003) förklarar begreppet bemöta som att möta eller att uppträda mot en annan människa. Utifrån definitionen måste det därmed finnas någon att bemöta, uppträda mot och någon som mottar bemötandet. Om bemötandet anses vara gott eller inte beror på hur bemötandet upplevs. Inom hälso- och sjukvården handlar ett gott bemötande om att möta en annan människa på ett värdigt sätt genom att utifrån etik, moral och omdöme värna om personens integritet och autonomi. Bemötande betraktas som en relation mellan intryck och uttryck som berör tankar och känslor som uppstår i mänskliga relationer. Bemötandet handlar således om kommunikation och att kunna möta förväntningar och krav. Croona (2003)

förklarar vidare att bemötandet är ytterst väsentligt i vård av cancersjuka och palliativa patienter. Upplevelsen av omvårdnaden beror till stor del på bemötandet och ett gott bemötande är grunden för att bevara patientens livskvalité.

## Närstående

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter [SOSFS] (1997:4) definieras begreppet närstående främst som familj t.ex. make/maka, barn, syskon, föräldrar samt far- och morföräldrar. Även andra personer kan räknas som närstående, t.ex. en sambo, en granne eller en nära vän.

## Teoretisk referensram

Watsons (2005) omvårdnadsteori fungerar som en guide till både disciplin och professionell utveckling för sjuksköterskor. I teorin beskrivs begreppet caring som omvårdnadens hjärta och begreppet är betydande genom hela teorin. Den mänskliga omsorgen är viktig och det är väsentligt att låta människor vara människor i samhörighet med andra. Sjuksköterskan ska ha ett holistiskt synsätt till patienten och värna om patientens delaktighet och autonomi. Teorin bygger på tio karitativa faktorer som tillsammans bildar omvårdnadens kärna. De tio faktorerna utgår från en ömsesidig och omtänksam relation mellan sjuksköterska och patient. Den första faktorn baseras på att skapa ett humanistiskt och altruistiskt värdesystem som innefattar att möta mänskligheten med kärlek. Mångfald och individualitet bör uppskattas och olikheter tolereras. Faktor nummer två handlar om tro och hopp. Känslighet för sig själv och andra är faktor nummer tre, vilket ska bidra till självinsikt och självförverkligande hos sjuksköterskan. Den fjärde faktorn går ut på att skapa en mänsklig omsorgsrelation som präglas av hjälpande och tillit. Femte faktorn bygger på att främja och acceptera både negativa och positiva känslor hos patienten. Genom den sjätte faktorn ska sjuksköterskan använda en kreativ problemlösning i omvårdnaden. Watson (1985) förklarar att faktor nummer sju grundar sig på att sjuksköterskan ska ge patienten interpersonell undervisning och inläring som betyder att sjuksköterskan ska ge patienten utbildning och information utifrån patientens individuella behov. En mellanmänsklig relation krävs mellan sjuksköterskan och patienten för att sjuksköterskan ska kunna anpassa informationen utifrån patientens uppfattningar. Vidare beskriver Watson (2005) att det är viktigt som sjuksköterska att ge stöd samt skydda miljön gällande psykiska, fysiska, sociala samt andliga aspekter, detta beskriver faktor nummer åtta. I den näst sista faktorn ska patienten få hjälp att tillfredsställa

sina mänskliga behov genom ett holistiskt synsätt. Den sista faktorn handlar om existentiella-, fenomenologiska- och andliga krafter, som innebär att sjuksköterskan kan få hjälp genom att vända sig inåt, till jaget, för att få kraft och styrka.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att bemöta patienter och dess närstående i palliativ vård.

## Metod

Studien utfördes som en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Forsberg och Wengström (2013) beskriver en litteraturstudie som en sammanställning av tidigare kunskaper. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) förklarar att en litteraturstudie innefattar identifiering av tillgängliga resurser och relevanta källor, t.ex. databaser där relevanta studier kan hittas, att avgränsa forskningsproblem och fastställa huvuddragen i sökningen samt att utveckla en sökväg för varje söksystem där ett kritiskt förhållningssätt tillämpas. Vidare beskriver Willman et al. (2011) att en kvalitativ metod innefattar en undersökning där målet är att studera olika fenomen, tolka meningar, upplevelser eller erfarenheter.

### Datainsamling och urval

De databaser som har använts är Cinahl och Medline. Willman et al. (2011) skriver kring databasen Cinahl som är en förkortning av Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Det är en databas som innehåller 2,2 miljoner artiklar som främst inriktar sig på omvårdnadsvetenskapliga referenser. Litteraturen i dessa vetenskapliga artiklar kretsar kring omvårdnad, tandvård, nutrition och sjukgymnastik. Medline är en databas skapad av National Library of Medicine och som innehåller referenser till tidskrifter inom omvårdnad, odontologi, medicin, veterinärmedicin och även hälso- och sjukvårdsadministration. Medline är en databas som dagligen uppdateras.

Inklusionskriterierna vid artikelsökningen var att artiklarnas innehåll skulle kretsa kring palliativ omvårdnad samt sjuksköterskans upplevelse av bemötandet av den palliativa patienten och dess närstående i hemsjukvård. Under artikelsökningen ändrades



inklusionskriterierna till att artiklar från sjukhusmiljö även var acceptabla. Artiklarna skulle vara skrivna från 2007 och framåt och vara baserade på intervjuer. Artiklarna skulle även vara peer reviewed, skrivna på engelska och ha en kvalitativ ansats. Willman et al. (2011) förklarar att peer reviewed innebär att en artikel granskas av personer med kunskap inom området före publicering (ibid.). Exklusionskriterier var att artiklarna inte skulle vara skrivna i länder med sjukvårdssystem som skiljer sig markant från Sveriges system. Sökorden som användes var: *palliative care, palliative home care, palliative care in home, palliative nurses, experiences, nurse, nurses' experience, respond, Sweden, meeting, nurses', home health care, patient home, nurse-patient relations, relationship, importance, good death och end of life care*. Sökorden kombinerades med den booleska sökoperatoren AND för att avgränsa sökningen till specifika artiklar. Söktermen OR användes inte eftersom det enligt Willman et al. (2011) ger ett bredare sökresultat i stället för att avgränsa sökningen.

Vid sökningarna hittades artiklar från Canada, Iran, Nederländerna och Sverige. Artikeln från Iran valdes sedan bort och efter en ny sökning i databasen Cinahl ersattes den av en artikel skriven i England. Totalt lästes 99 abstract. Utav dessa valdes 13 artiklar ut som uppfyllde inklusionskriterierna och genomgick en vidare granskning där artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att se om det kunde besvara syftet. Efter granskningen valdes artiklar ut som sedan kvalitetsgranskades utifrån Willman et al. (2011) granskningsprotokoll (se bilaga 2) för att bedöma kvalitén på artiklarna. Det var åtta artiklar som kvalitetsgranskades (se bilaga 3). Utifrån kvalitetsgranskningen delades artiklarna in i kategorierna bra, medel och dålig. Granskningsprotokollet innehöll 14 frågor där varje fråga gav en poäng. För att uppnå kategorin bra, bestämdes det att artiklarna skulle uppnå minst 11 av 14 poäng, vilket motsvarar 78 %. För att uppnå medel var artiklarna tvungna att få 10 poäng, vilket motsvarar 71 % och allt där under klassades som dåligt. De åtta artiklarnas som valdes hamnade på poängskalan mellan 11-13 och ansågs därför vara relevanta för studien.

## Analys

I studien valdes en innehållsanalys utifrån Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av innehållsanalys. Artiklarna lästes flertalet gånger och sedan togs meningenheter ut som ansågs besvara syftet (se bilaga 4). Artiklarna delades upp där en författare tog ut meningenheter från fyra artiklar och den andra författaren från resterande fyra artiklar. Då de uttagna meningensheterna var skrivna på engelska översattes de till svenska.

Meningensheterna kondenserades, kodades och bildade sedan kategorier. Forsberg och

Wengström (2013) förklarar att en analys görs genom en förkortning av texten för att öka förståelsen av innehållet. Från artiklarna tas meningsenheter ut som kan bestå av en mening eller ett stycke. Efter att meningsenheten tagits ut kondenseras den, vilket innebär att den kortas ned utan att kärnan i texten försvinner. Meningsenheten märks med en kod och koder med liknande innehåll skapar slutligen kategorier.

## Resultat

Resultatet bygger på åtta vetenskapliga artiklar med en kvalitativ ansats. I resultatet framkom tre kategorier som beskriver sjuksköterskans upplevelse av att bemöta palliativa patienter och dess närstående; vårdande samtal och relationsbygge, etiska dilemman och kunskapens betydelse i omvårdnaden.

### Vårdande samtal och relationsbygge

Analysen visade att sjuksköterskans bemötande av patienter och närstående genomsyrades av faktorer som hade betydelse för att skapa goda samtal och relationer. Ärlighet var en sådan faktor som ansågs ha en stor del i bemötandet av den palliativa patienten och dess närstående. Sjuksköterskorna ansåg att ärlighet är något grundläggande och som bör tillämpas i den palliativa omvårdnaden. Patienten hade rätt att få veta sanningen om sitt tillstånd genom att t.ex. bli tilldelad fakta som patienten själv kunde granska. Ärlighet visade sig vara en förutsättning för att skapa en god omvårdnad och en bra relation. En bra relation mellan sjuksköterska och patient ansågs skapa tillit, förtroende och trygghet (Erichen, Danielsson & Friedrichsen, 2010).

*Honesty with family members was felt to enhance relationships and enable everyone to communicate effectively (Griggs, 2010, s. 142).*

Ärlighet gjorde patienten och dess närstående mer involverade i omvårdnaden eftersom alla typer av frågor vågade ställas till sjuksköterskan (Erichen et al., 2010). Det framkom att ärlighet var viktigt för att patienten skulle kunna uppnå en god död. Ärlighet visade sig även vara viktigt för sjuksköterskorna personligen (Griggs, 2010).

Sjuksköterskorna ansåg att patienten var expert på sin egen kropp och omvårdnad och sjuksköterskan bör acceptera och respektera dennes val (Marchessault et al., 2012). Det

framkom att det var viktigt att bemöta patienten med respekt och omvårdnaden ansågs bygga på patientens val och önsknings (Griggs, 2010). Att se den unika patienten och inte den aktuella situationen omkring ansågs vara viktigt (Bergdahl, Wikström & Andershed, 2007).

*To be able to see the person, not the chaotic home* (Bergdahl et al., 2007, s 756).

Sjuksköterskorna upplevde att kommunikationen var en avgörande del i den palliativa omvårdnaden. Kommunikation, support och vägledning begränsades inte enbart till patienten utan tillämpades även för närstående som behövde stöd i att ge vård till sin nära och kära. Sjuksköterskorna upplevde att de agerade som patientens förespråkare. Som förespråkare såg sjuksköterskorna till att patienten förstod den information läkaren gett, eller upprepade informationen då patienten inte kom ihåg vad läkaren sa (Verschuur, Groot & van der Sande, 2014). Det framkom att sjuksköterskorna upplevde att öppenhet var viktigt i bemötandet, utan att bli alltför styrande (Bergdahl et al., 2007). Genom en öppen diskussion visade det sig att inga hemligheter eller svårigheter uppstod (Griggs, 2010). Sjuksköterskorna upplevde ett stort ansvar eftersom deras handlingar och ord kunde ha en stor påverkan på patienten såväl som på närstående (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att samarbeta med patienten och dess närstående för att uppnå målen för en god död (Wallerstedt & Andershed, 2007). Sjuksköterskorna var fast beslutna om att försvara patientens intresse och värdighet (Marchessault et al., 2012). Det ansågs viktigt att bemöta patienten såväl som närstående på samma sätt som personen själv vill bli bemött (Erichen et al., 2010).

## Etiska dilemman

Svårigheter i bemötandet uppstod då närstående krävde att den palliativa patienten skulle vårdas på sjukhus, även om detta var emot patientens egen önskan. Sjuksköterskorna förklarade för de närstående att patienten kunde få en god vård i hemmet och de gjorde allt i sin makt att uppfylla patientens önskan om att få dö i sitt eget hem. Sjuksköterskorna upplevde en frustation och fortsatt osäkerhet i sitt agerande eftersom närstående trots information, kände tveksamhet gällande att omvårdnaden kunde bedrivas i hemmet. En maktlöshet uppstod då närstående hade höga krav på omvårdnaden (Karlsson, Roxberg,

Barbosa da Silva & Berggren, 2010).

Då den palliativa patienten vägrade ta emot hjälp upplevde sjuksköterskan en besvikelse. En svårighet i bemötandet uppstod eftersom sjuksköterskan inte kunde kränka patientens integritet trots att patienten hade ett vårdbehov (Karlsson et al., 2010). Svårigheter uppstod då sjuksköterskan hade hand om flertalet patienter samtidigt, eftersom det ledde till en begränsad tid hos den palliativa patienten (Wallerstedt & Andershed, 2007). Patienten behövde ges tid även om det innebar att sjuksköterskorna fick ge upp lite av sin egen personliga tid. Sjuksköterskorna upplevde sig ibland ha svårt att hantera patienternas reaktioner (Marchessault, Legault & Martinez, 2012).

*The nurses talked about the difficulty that they had managing patients' denial* (Marchessault et al., 2012, s. 137).

### Kunskapens betydelse i omvårdnaden

För att kunna fatta ett beslut behövde närstående få kunskap och information kring patientens omvårdnad i livets slutskede. Genom att sjuksköterskan bemöter patientens beslut med respekt bevaras patientens värdighet. Den vårdande relationen i mötet utgörs av hänsyn för den andres värdighet (Karlsson & Berggren, 2011).

Hur patienten och dess närstående blev bemötta upplevdes vara viktigt. Sjuksköterskorna hade höga ambitioner att uppfylla önskemål hos patienten och närstående utifrån de behov som uppstod och för att kunna uppfylla ambitionerna krävdes kunskap. Sjuksköterskorna kände att de erhöll kunskap efter mötet med patienten som de själva hade nytta av och som kunde användas i andra patientsituationer (Wallerstedt & Andershed, 2007).

*The nurses related that each encounter with patients and relatives give them invaluable experience and knowledge both for their own benefit as well as for use in other patient situations* (Wallerstedt & Andershed, 2007, s. 36).

Med mer kunskap ansåg sjuksköterskorna att de bättre kunde möta patientens fysiska behov gällande lindring av illamående, förstoppning och smärta (Marchessault et al., 2012). Ökad

kunskap gav en fördel för patienterna eftersom den professionella säkerheten utvecklades och ledde till att utmaningar bättre hanterades (Wallerstedt & Andershed, 2007)

## Diskussion

### Metoddiskussion

Studien utfördes som en litteraturstudie med en kvalitativ ansats. Valet av litteraturstudie baserades på att det tidigare fanns relevant litteratur inom ämnet samt att tiden ansågs vara begränsad för att kunna utföra en empirisk studie. För att få fram artiklar användes databaserna Cinahl och Medline. Valet att använda två olika databaser ökade chansen att hitta relevanta artiklar relaterat till det beskrivna syftet. Willman et al. (2011) menar att Cinahl och Medline innehåller artiklar som kretsar kring omvårdnad (ibid.). Flest artiklar valdes från databasen Cinahl eftersom att sökningarna där gav flest resultat och därmed flera relevanta artiklar. Flera av artiklarna som hittades i Cinahl, hittades även i Medline.

Sökorden som användes valdes utifrån syftet, palliativ vård och sjuksköterskans upplevelse av bemötande. Till en början var en utav inklusionskriterierna att artiklarna skulle utgå från hemsjukvård. Under sökningen uppstod svårigheter att hitta artiklar med god kvalitet som endast var riktade mot hemsjukvård. Detta ledde till att inklusionskriterierna ändrades och därmed accepterades även artiklar utifrån en sjukhusmiljö för att kunna besvara det valda syftet. Konsekvensen av att även inkludera artiklar utifrån en sjukhusmiljö ansågs vara positivt då detta gav ett bredare resultat utifrån sjuksköterskornas upplevelse. Ytterligare ett inklusionskriterium var att artiklarna skulle vara skrivna från 2007 och framåt för att studien skulle baseras på nyare fakta.

Artiklarna som användes var skrivna i Canada, England, Nederländerna och Sverige. De fyra länderna har enligt Sveriges kommuner och landsting (2005) en statligt finansierad sjukvård som är tillgänglig för alla medborgare (ibid.). Därför ansågs det vara lämpligt att använda artiklar från dessa länder. Först valdes en artikel som beskrev svenska och iranska sjuksköterskors upplevelse av bemötandet, vilket ansågs vara relevant, där syftet var att endast använda de svenska sjuksköterskornas upplevelser. Vid närmare granskning kunde dock ingen tydligt urskiljning mellan de svenska och de iranska sjuksköterskorna ske. Därför

exkluderades artikeln. En ny sökning gjordes i databasen Cinahl där en ny artikel skriven i England inkluderades.

Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån Willman et al. (2011) granskningsprotokoll. Mallen gav en snabb respons där det snabbt kunde ses om artiklarna uppfyllde kvalitet eller inte. Poängsystemet utformades som bra, medel och dåligt. Poängen är personligt valda, detta kan ses som en nackdel då poängen tolkas av granskaren. En annan granskare kan tolka poängen annorlunda, vilket kan leda till att artiklarna väljs bort och andra artiklar inkluderas.

Analysmetoden som användes i arbetet är en innehållsanalys tolkad av Graneheim och Lundman (2004). Anledningen till valet av denna metod är att den kändes relevant och enkel att använda. Innehållsanalysen gav en klar och tydlig struktur genom de olika momenten, vilket gjorde att resultatet lätt kunde utformas. Valet av analysmetod bidrog till att texten från artiklarnas resultat ordagrant framkom. Under analysen utformades inga underkategorier på grund av att det inte ansågs framkomma några relevanta. Resultatet ansågs dock vara tydligt och strukturerat uppbyggt utan underkategorier. Nackdelen med denna analysmetod var att vissa meningenheter var svåra att kondensera, då en förkortning av en meningenshet kunde leda till att meningen förlorade sitt syfte. Ytterligare en svårighet var att hitta en passande kod. Då meningenheter skulle tas ut bestämdes det att artiklarna skulle delas upp, detta eftersom båda författarna läst igenom artiklarna och dess resultat flertalet gånger under granskningen och därmed hade vetskap om dess innehåll. Eftersom båda författarna visste vad artiklarna handlade om så ansågs det att inga väsentliga meningenheter missades. De meningenheter som togs ut av ena författaren granskades av den andra författaren, och tvärtom.

## Resultatdiskussion

Denna studie hade som syfte att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att bemöta patienter och närstående i palliativ vård. I resultatet framkom kategorierna vårdande samtal och relationsbygge, etiska dilemman och kunskapens betydelse i omvårdnaden.

Ärlighet ansågs vara en viktig del inom palliativ vård och därmed något som bör tillämpas i sjuksköterskans bemötande mot patient och närstående. Ärlighet visade sig vara en förutsättning för att skapa en god omvårdnad och en tillitsfull relation mellan parterna.

Genom ärlighet blev patient och närstående delaktiga i vården eftersom de vågade ställa frågor till sjuksköterskan. Ärligheten bidrog även till att patienten kunde uppnå en god död. Ärlighetens vikt i palliativ vård styrks av Deschepper et al. (2008) som anser att ljuga och ge patienten falska förhoppningar inte är acceptabelt. Dock bör vårdpersonal inte alltid konfrontera patienten med den hårda sanningen. Kvåle och Bondevik (2008) menar att patienter anser att ärlighet är viktigt. Vårdpersonal ska inte säga en sak och göra en annan. Om patienterna blev lurade upplevde de sig osäkra och förvirrade. Watson (2005) beskriver att sjuksköterskan bör skapa en mänsklig omsorgsrelation till patienten som utmärks av tillit. Bushinski och Cummings (2007) skriver att förtroende och tillit är en nyckelkomponent för att skapa en relation. Babatsikou och Gerogianni (2012) förklarar att tillit är nära associerat med ärlighet och bidrar till trovärdighet i vården (ibid.). Om patienten eller närstående har någon fråga är det därför viktigt att sjuksköterskan svarar med ärlig information. Detta kan bidra till att ett vårdande samtal kan äga rum men sjuksköterskan bör inte alltid upplysa patienten med all information utan en bedömning måste göras gällande mottaglighet hos patienten.

Det framkom i resultatet att patienten ansågs vara expert på sin kropp och sjuksköterskorna upplevde det viktigt att acceptera och respektera patientens val och önskningsar. Sjuksköterskorna ansåg det viktigt att bevara patientens intresse och värdighet. Kvåle och Bondevik (2008) skriver att patienter anser det vara viktigt att kunna påverka sin situation. Patienter kan delta i sin vardag och omvårdnad genom att sjuksköterskan frågar patienten om deras önskemål och sedan försöker tillgodose dessa. Babatsikou och Gerogianni (2012) menar att genom att sjuksköterskor visar respekt för patienten kan attityder och känslor uppfattas och en effektiv kommunikation skapas. Watson (2005) anser att sjuksköterskan ska tillfredsställa patientens mänskliga behov genom ett holistiskt synsätt och att värna om patientens autonomi och delaktighet anses vara viktigt. Ternestedt, Österlind, Heno och Andershed (2012) förklarar att autonomi bygger på att patienten har förmåga och vilja att utforma egna mål, önskemål och normer för sitt liv. Autonomi utgår från fyra aspekter; självbestämmande, frihet, önskeuppfyllelse och oberoende. Självbestämmandet kan dock bli lidande då personen blir sjuk och för att patienten ska ha möjlighet att välja mellan olika alternativ behöver denne information så han eller hon förstår konsekvenserna av sina önskemål och val (ibid.). Detta innebär att det är viktigt att ta tillvara på patientens egna resurser och inte enbart fokusera på det sjuka. Patientens självbestämmande kan dock även leda till svårigheter för sjuksköterskan, eftersom patienten inte alltid vet vad som är den bästa

vården. I sådana situationer är det viktigt att sjuksköterskan informerar och vägleder patienten, utan att försöka övertala honom/henne.

Kommunikation ansågs vara en avgörande del i den palliativa vården. Sjuksköterskorna upplevde att de agerade som förespråkare för patienten där de såg till att patient och närstående förstod läkarens information. Kommunikationen behövde vara öppen och sjuksköterskorna upplevde ett stort ansvar eftersom deras ord och handlingar kunde ha stor påverkan på patienten och närstående. Bushinski och Cummings (2007) menar att en relation är viktigt för en effektiv kommunikation. De är sjuksköterskans uppgift att underlätta förståelsen och handlingen av att kommunicera. Sjuksköterskan ska leverera information och se till att mottagaren förstå denna information. Hinder för en effektiv kommunikation uppstår vid tidsbrist, då patienten har en annan kulturell bakgrund eller då läkaren inte vill samarbeta. Patient och närstående i kris kan behöva höra informationen upprepade gånger och det är viktigt att sjuksköterskan använder ord som patient och närstående förstår. Att använda öppna frågor har visat sig vara mest användbart. Watson (1985) förklarar att sjuksköterskan bör ge patient och närstående undervisning, inläring och information. Genom information och undervisning får patient och närstående redskap som kan minska stress och därmed öka deras kontroll över situationen. Hur mottagaren lär och tar emot information är beroende av attityder och den personliga relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Ternstedt et al. (2012) skriver att då en person i en familj blir sjuk behöver både den sjuka och de närstående kunskap för att kunna förstå och hantera situationen. När personen blir svårare sjuk räcker inte den egna kunskapen till utan då behövs vårdpersonalens professionella kunskaper. Kommunikationen blir därmed en viktig del mellan patient, närstående och vårdpersonal för att situationen ska kunna hanteras på bästa sätt (ibid.). För att en relation ska kunna skapas krävs det att både sjuksköterskan och patienten deltar och det är sjuksköterskans ansvar att involvera patienten, t.ex. genom att kommunicera och delge patienten information. Kommunikation bidrar till att sjuksköterskan kan ta reda på patientens uppfattningar och önsknings medan en god relation kan leda till att patienten vågar öppna sig och förmedla sina känslor. Utifrån detta kan sjuksköterskan skapa och bedriva en personcentrerad vård, vilket är viktigt eftersom varje patient är unik.

I resultatet framkom det att då närstående ville att patienten skulle vårdas på sjukhus i stället för i hemmet, trots att det var emot patientens egen vilja, upplevde sjuksköterskorna ett etiskt dilemma och de gjorde allt i sin makt att uppfylla patientens önskan. Sjuksköterskorna



förklarade för de närstående att patienten kunde få en god vård i hemmet. Trots detta upplevde de en osäkerhet i sitt bemötande eftersom de närstående kände en fortsatt tveksamhet. Enligt Daher (2013) kan etiska dilemman uppstå då vårdpersonal och närstående har olika åsikter och uppfattningar om patientens situation och lidande. Pavlish och Ceronsky (2009) menar att då oenighet uppstår med familjemedlemmar ökar patientens ångest och det är viktigt att sjuksköterskan skapar en öppen kommunikation för att få de närstående att förstå att patientens önskan bör respekteras. Watson (2005) beskriver vikten av att ge patienten psykologiskt, fysiskt, socialt och existentiellt stöd gällande miljön. Watson (1985) förklarar att då en person är sjuk är sjuksköterskan ansvarig att stödja, skydda och skapa en miljö som patienten känner sig trygg i. Miljön ska inte upplevas som opersonlig, okänd eller hotfull (ibid.).

Ett annat etiskt dilemma som framkom i resultatet var då patienten förnekade att hon/han behövde hjälp och vård. Sjuksköterskorna visste att patienten hade ett vårdbehov men även att de inte kunde kränka patientens integritet. Stephenson (2004) förklarar att förnekelse är en coping mekanism som används vid ett psykologiskt trauma som t.ex. en sorg. Patienter kan förneka sin sjukdom för att försöka behålla kontrollen över sitt liv. Det är som sjuksköterska viktigt att öka sin förståelse om förnekelse och att ge patienten olika val så att denne kan känna ökad kontroll i sin situation. Watson (2005) skriver att sjuksköterskans uppgift är att främja och acceptera patientens positiva och negativa känslor. Watson (1985) anser att sjuksköterskan bör vara förberedd på både positiva och negativa känslor. Ternestedt et al. (2012) förklarar att sorg är unikt för olika personer och kan uttrycka sig på olika sätt. Det är inte ovanligt att den sjuke patienten men även närstående upplever känslor som växlar från ena stunden till den andra. Exempel på känslor kan vara aggression, förtvivlan, oro, ångest, rädsla för att tappa kontrollen, ensamhet och isolering (ibid.). Genom att sjuksköterskan är förberedd på att patienten både kan uppvisa positiva och negativa känslor är det möjligt att dessa lättare kan hanteras.

Att ha hand om flertalet patienter samtidigt visade sig ge upphov till ett etiskt dilemma där sjuksköterskorna upplevde att de inte kunde ge den palliativa patienten den tid som krävdes och därmed inte bemöta patienten utifrån förväntningarna. Pavlish och Ceronsky (2009) påstår att det krävs tid med patienten för att kunna skapa en omsorgsfull relation och kunna utreda vem patienten är och därmed kunna se och möta patientens behov. Att kunna vara tillgänglig för att kunna ge patienten närvaro anses viktigt inom palliativ vård. Även Watson

(1985) beskriver att sjuksköterskan måste ta reda på vem patienten är, lära känna patienten och förstå patientens livsutrymme för att kunna skapa en relation. En mellanmänsklig relation och kommunikation anses i sin tur vara avgörande för att sjuksköterskan ska kunna leverera vård utifrån patientens behov (ibid.). Det är därför viktigt att som sjuksköterska ta sig tid med patienten för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad.

I resultatet framkom det att sjuksköterskorna upplevde att hur patienten och dess närstående blev behandlade var viktigt. Med bättre kunskap ansågs sjuksköterskan bättre kunna möta patientens fysiska behov så som lindring av illamående, förstoppning och smärta. Sjuksköterskorna upplevde att kunskap och erfarenhet ledde till ökad säkerhet för patienten. I SFS 2010:659 står det beskrivet att hälso- och sjukvårdspersonal ska via beprövad erfarenhet och vetenskap utföra sina arbetsuppgifter. Watson (1985) påpekar att sjuksköterskan i sitt arbete utvecklar känslighet gentemot sig själv och andra och därmed inser självinsikt och självförverkligande. Genom ökad självinsikt kan sjuksköterskan bättre hjälpa andra människor att uppnå målsättning gällande tillfredställelse, komfort, frihet från smärta och lidande samt bidra till högre välbefinnande (ibid.). Kunskap inom palliativ vård är viktigt eftersom det skapar trygghet och säkerhet för patienten. Detta tyder på att vårdkvaliteten kan stärkas genom ökad kunskap och kunskap är även en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna undervisa och informera patient och anhöriga. Genom ökade kunskaper är det möjligt att den palliativa vården kan utvecklas och kunskap är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov.

## Slutsats

Då behovet av palliativ vård idag har visat sig vara stort krävs fördjupade kunskaper av sjuksköterskorna för att kunna ge patient och närstående ett bra bemötande och omvårdnad utifrån patientens behov. I studien visade det sig att sjuksköterskorna upplevde kommunikation och ärlighet som avgörande delar för bemötandet. Genom ärlighet kunde en relation mellan patient och sjuksköterska utformas vilket är grunden för en god omvårdnad. Sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet i sitt bemötande då etiska dilemman uppstod. Då det fanns höga krav på omvårdnaden kände sjuksköterskorna en maktlöshet. Hur patient och närstående blev bemötta visade sig vara viktigt och sjuksköterskorna ansåg att patient och närstående ska bli bemötta som personen själv vill bli bemött.

Kunskapsbrist har visat sig leda till att sjuksköterskorna känner sig obekväma att bemöta palliativa patienter och närstående. Genom ökade kunskaper kan sjuksköterskan utveckla sin professionella säkerhet vilket leder till en ökad patientsäkerhet. Vidare forskning behövs för att belysa kunskapsbristens påverkan på bemötandet och omvårdnaden och därmed påvisa vikten av utbildning inom ämnet.

## Självständighet

I inledningen har Frida skrivit stycket om statistik och målet med palliativ vård medan Maria har utformat problematiseringen. I bakgrunden har Maria skrivit om palliativ vård medan Frida har förklarat begrepp och skrivit om den teoretiska referensramen. Frida har läst och granskat det Maria har skrivit och tvärtom. Metod och resultat har utformats tillsammans. Artiklarna till resultatet har sökts separat men kvalitetsgranskats och analyserats tillsammans. Frida har tagit ut meningsenheter från fyra artiklar och Maria från resterande fyra artiklarna. Metoddiskussion har utformats tillsammans medan resultatdiskussionen har delats upp.

## Referenser

- Babatsikou, F.P., & Gerogianni, G.K. (2012). The importance of role-play in nursing practice. *Health Science Journal*, 6, 4-10.
- Bergdahl, E., Wikström, B-M., & Andershed, B. (2007). Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 752-760.
- Brown, H., Johnston, B., & Östlund, U. (2011). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 16, 238-245.
- Bushinski, R.L., & Cummings, K.M. (2007). Practices of effective end-of-life communication between nurses and patients/families in two care settings. *Creative Nursing*, 13, 9-12.
- Croona, G. (2003). *Etik och utmaning: Om lärande av bemötande i professionsutbildning*. (Avhandling för doktorsexamen). Växjö: Växjö universitet.
- Daher, M. (2013). Ethical issues in the geriatric patient with advanced cancer 'living to the end'. *Annals of Oncology*, 24, 55-58.
- Deschepper, R., Bernheim, J. L., Vander Stichele, R., Van den Block, L., Michiels, E., Van Der Kelen, G., Mortier, F., & Deliens, L. (2008). Truth-telling at the end of life: a pilot study on the perspective of patients and professionals caregivers. *Patients Education and Counseling*, 71, 52-56.
- Erichen, E., Danielsson, E.H., & Friedrichsen, M. (2010). A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics*, 17, 39-50.
- Eriksson, K. (1987). *Pausen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- 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.
- Griggs, C. (2010). Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16, 139-148.
- Karlsson, C., & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18, 374-385.
- Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas i palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16, 224-31.

Kvåle, K., & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 582-589.

Marchessault, J., Legault, A., & Martinez, A-M. (2012). Providing in-home palliative care within a generalist caseload: a chance for nursing to reflect on life and death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18, 135-141.

Nationella rådet för palliativ vård [NRPV]. (2010). *Palliativguiden: vägvisaren till lindrigare vård*. <http://nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/Palliativguiden-2010-sid-1-18.pdf> hämtad: 2014-11-27.

Pavlish, C., & Ceronsky, L. (2009). Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13, 404-412.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2012). *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*. [http://www.cancercentrum.se/PageFiles/3493/NatVP\\_Palliativv%C3%A5rd2012\\_kortversion.pdf](http://www.cancercentrum.se/PageFiles/3493/NatVP_Palliativv%C3%A5rd2012_kortversion.pdf) hämtad: 2014-10-08.

Sektionen sjuksköterskor för palliativ omvårdnad., & Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad*. <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/palliativkompetensbeskr.pdf> hämtad: 2015-01-12.

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24, 91-96.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*, 2005-105-1. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*, 2006-103-8. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

SOSFS 1997:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd; Organ- och vävnadstagning för transplantation eller för annat medicinskt ändamål*.

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Fritze.

Stephenson, P.S. (2004). Understanding denial. *Oncology Nursing Forum*, 31, 985-988.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2005). *Svensk sjukvård i internationell belysning: en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*. <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-029-0.pdf?issuusi=ignore> hämtad: 2014-12-08.

- Taylor, J., Swetenham, K., Myhill, K., Picot, S., Glaetzer, K., & van Loon, A. (2012). IMhPaCT: an education strategy for cross-training palliative care and mental health clinicians. *International Journal of Palliative Nursing*, 18, 290-294.
- Ternestedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n: En modell för personcentrerad palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Verschuur, Els-ML., Groot, M-M., & van der Sande, R. (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20, 241-245.
- 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.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. David Company.
- WHO. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> hämtad: 2014-11-17.
- WHO. (2004). *The solid facts: palliative care*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf) hämtad: 2014-11-26.
- WHO. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=zdT-uqg5EJo%3D&tabid=38> hämtad: 2014-12-11.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1 Databassökningar

### Sökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Palliative care AND Respond AND Nurse	7 träffar	2014-10-22	1	0
Nurse AND Palliative care AND Experiences	82 träffar	2014-10-22	5	1
Palliative care in home AND Nurse AND Experiences	6 träffar	2014-10-22	1	0
Nurse AND Palliative care AND Sweden	21 träffar	2014-10-22	10	0
Palliative home care AND Nurses' experience	5 träffar	2014-10-23	2	2
Palliative home care AND Meeting	5 träffar	2014-10-23	1	0
Palliative home care AND Nurse-patient relations	11 träffar	2014-10-23	5	1
Palliative home care AND Nurses' experience AND Meeting	0 träffar	2014-10-23	0	0
End of life care AND Nurses' experience	17 träffar	2014-10-23	4	0
Palliative nurses AND Home health care	9 träffar	2014-10-23	6	1
Palliative nurses	242 träffar	2014-10-23	1	1
Palliative care AND Nurse-patient relations	122 träffar	2014-11-18	13	0
Palliative nurses AND Experiences	62 träffar	2014-11-18	9	0
Relationship AND Palliative care AND Importance	16 träffar	2014-11-18	2	0
Relationship AND Palliative care AND Sweden	3 träffar	2014-11-18	1	0
Palliative care AND Nurse AND Good death	6 träffar	2014-11-08	1	1

### Sökningar i Medline

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Palliative home care AND Nurses' experience	5 träffar	2014-10-23	2	0
Palliative home care AND Meeting	11 träffar	2014-10-23	2	0
Palliative care AND Nurse-patient relations	234 träffar	2014-10-23	15	1
Palliative nurses AND Home health care	0 träffar	2014-10-23	0	0
Palliative nurses AND	1 träff	2014-10-23	1	0

<b>Patient home</b>				
<b>Patient home AND Palliative Care</b>	<b>49 träffar</b>	<b>2014-10-23</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
<b>Palliative nurses</b>	<b>305 träffar</b>	<b>2014-11-18</b>	<b>8</b>	<b>0</b>



## Bilaga 2 Granskningsprotokoll

### Mall för kvalitetsbedömning av kvalitativ metod

Beskrivningen av studien, t.ex. metodval.....

Tydlig avgränsning/problemformulering?  Ja  Nej  Vet ej

Patientkaraktäristiska: 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 beskrivet?  Ja  Nej  Vet ej

- analys tydligt beskriven?  Ja  Nej  Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder datamätnad?  Ja  Nej  Vet ej

- Råder analysmättnad?  Ja  Nej  Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt?  Ja  Nej  Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande

till en teoretisk referensram?  Ja  Nej  Vet ej

Genereras teori?  Ja  Nej  Vet ej

Huvudfynd

Vilket/ -n fenomen/upplevelse/mening

Beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra  Medel  Dåligt

Kommentar.....

Granskare sign: .....

Hämtad från: Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Bergdahl, E., Wikström, B-M & Andershed, B. 2005 Sverige	Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care	En empirisk studie med kvalitativ design. Semi-strukturerade intervjuer	8 sjuksköterskor som arbetade i hemsjukvård	Bra
Erichsen, E., Danielsson, E.H & Friedrichsen, M. 2010 Sverige	A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care	Empirisk studie med kvalitativ design. Bandinspelade öppna intervjuer med följdfrågor	16 sjuksköterskor i hemsjukvård	Bra
Griggs, C. 2010 England	Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study	En kvalitativ, empirisk studie med semi-strukturerade intervjuer	17 kommunsjuksköterskor	Bra
Karlsson, C & Berggren, I. 2011 Sverige	Dignified end-of-life care in the patients' own homes	Empirisk studie med kvalitativ design. Intervjuer med öppna frågor användes	10 sjuksköterskor i hemsjukvård	Bra
Karlsson, M., Roxberg, A., Barbosa da Silva, A & Berggren I. 2010 Sverige	Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study	Empirisk studie med kvalitativ design där deltagarna skriftligt besvarade fyra frågor	7 sjuksköterskor i hemsjukvård	Bra
Marchessault, J., Legault, A & Martinez, A-M. 2012 Canada	Providing in-home palliative care within a generalist caseload: a chance for nurses to reflect on life and death	Empirisk, kvalitativ studie baserad på individuella intervjuer	8 sjuksköterskor i hemsjukvård	Bra
Verschuur, Els-ML., Groot, M-M & van der Sande, R. 2014 Nederländerna	Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study	Empirisk studie med kvalitativ design. Två fokusgrupper användes där fyra	16 sjuksköterskor	Bra

		<b>ämnen diskuterades</b>		
<b>Wallerstedt, B &amp; Andershed, B. 2007 Sverige</b>	<b>Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective</b>	<b>Empirisk studie med kvalitativ design. Bandinspelade intervjuer</b>	<b>9 sjuksköterskor i hemsjukvård och sjukhus</b>	<b>Bra</b>

## Bilaga 4 Exempel på innehållsanalys

<b>Meningsenhet</b>	<b>Översättning</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>
Honest information was said to be the basis of all good caring relationships because it built up rapport, and created trust, confidence and a sense of security	Ärlig information sades vara grunden för alla goda vårdrelationer eftersom det skapade ett gott förhållande, tillit, självförtroende och en känsla av trygghet	Ärlighet ansågs vara grunden för goda relationer	Ärlighet är grunden för relationer	Vårdande samtal och relationsbygge
Nurses were frustrated when the dying patient's wish to be cared for at home was ignored by the family. The nurses	Sjuksköterskorna var frustrerade när den döende patientens önskan om att få vårdas i hemmet	Sjuksköterskorna upplevde en frustration och ett etiskt dilemma då patientens önskan blev ignorerad	Etiskt dilemma vid nonchalans	Etiska dilemman

<p>experienced an ethical dilemma when the relative was satisfied, whereas they themselves, and the patient, were not</p>	<p>ignorerades av familjen. Sjuksköterskorna upplevde ett etiskt dilemma då närstående var nöjda, medan de själv och patienten inte var det</p>			
<p>All the informants talked about the importance of being able to see the unique person and not the circumstances around, as one nurse expressed it: 'to be able to see the person, not the chaotic home</p>	<p>Alla informanter pratade om vikten av att kunna se den unika personen och inte endast omständigheterna runt omkring, en sjuksköterska uttryckte: 'att kunna se</p>	<p>Det är viktigt att se den unika personen och inte endast omständigheterna runt omkring</p>	<p>Personen är unik</p>	<p>Vårdande samtal och relationsbygge</p>

	personen, och inte det kaotiska hemmet			
The way the patients and relatives were treated was described as very important	Det sätt som patienter och närstående blev behandlade beskrevs som väldigt viktigt	Bemötandet av patienten och dess närstående ansågs som viktigt	Bemötandets betydelse	Vårdande samtal och relationsbygge
Before they can make this decision, the family needs knowledge and information about the situation, but also the opportunity to be involved	Innan de kan fatta detta beslut, måste familjen få kunskap och information kring situationen, men även möjligheten att bli involverade	Familjen behöver kunskap, information och delaktighet för att kunna fatta beslut	Underlag för beslutsfattning	Kunskapens betydelse i omvårdnaden