



Kandidatarbete i vårdvetenskap, 15 hp

Sjuksköterskans upplevelse av att på sjukhus vårda palliativa patienter i livets slutskede

En litteraturstudie

Eric Andersson

Emil Högberg

Handledare: Mats Lintrup

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: VO1409

Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa

Karlskrona mars 2013

Sjuksköterskans upplevelse av att på sjukhus vårda palliativa patienter i livets slutskede

Eric Andersson
Emil Högberg

Sammanfattning

Bakgrund: Vård i livets slutskede kan innebära speciella behov som kan vara svåra att tillgodose för sjuksköterskan i hennes arbete på sjukhus. Det kan vara emotionellt jobbigt att vårda palliativa patienter i livets slutskede, framförallt på sjukhus där de inte påträffas lika ofta som på övriga institutioner.

Syfte: Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att på sjukhus vårda palliativa patienter i livets slutskede.

Metod: Litteraturstudie med kvalitativ metod som analyserats med en innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visade att sjuksköterskans upplevelser av att på sjukhus vårda palliativa patienter varierade. Faktorer som arbetsbelastning, stöd från personal och anhöriga samt sjuksköterskans tankar kring döden var avgörande när upplevelsen av den palliativa omvårdnaden skulle beskrivas ur sjuksköterskans perspektiv.

Slutsats: Det finns tydliga brister i palliativ vård i sjukhusmiljö, främst i form av negativa upplevelser samt att sjuksköterskan inte känner sig tillräckligt bekväm med omvårdnaden av döende patienter. Mer kvalitativ forskning inom området skulle kunna ses som positivt, då palliativ vård på just sjukhus inte har berörts lika mycket som till exempel palliativ vård på hospice.

Nyckelord: Palliativ vård, sjuksköterska, sjukhus, upplevelse

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Palliativ vård	5
Sjuksköterskans roll	6
Upplevelse	7
Teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Analys	10
Resultat	11
Upplevelsen av ideal palliativ vård i sjukhusmiljö	12
Sjuksköterskans oro över patientens välbefinnande	13
Stress och tidsbrist vid palliativ vård i sjukhusmiljö	14
Sjuksköterskans upplevda tankar kring liv och död	14
Upplevelsen av att försöka hålla distans och dess påverkan på vården	15
Upplevelsen av hur kollegor och närstående påverkar vården	16
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Slutsats	22
Självständighet	23
Bilaga 1 Databassökningar	28
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	29
Bilaga 3 Exempel på innehållsanalys	30
Bilaga 4 Artikelöversikt	32

Inledning

Silferberg (2003) menar att i början av 1990-talet avled människor mestadels på sjukhus eller annan institution. På senare år har det skett en utveckling av vården som lett till att allt fler patienter dör på särskilda boenden eller i det egna hemmet (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Silferberg (2003) så minskar sjukhusplatserna och vårdformer i hemmet byggs ut. Medicinsk apparatur kan numera förflyttas direkt till hemmet och det har blivit mycket enklare för vårdpersonal att vårda patienter som befinner sig i livets slutskede i deras hemmiljö (ibid.). Jakobsson (2007) menar att döende patienter bör erbjudas palliativ vård oavsett var de befinner sig, dock kan sjukhusets utformning begränsa möjligheterna för sjuksköterskan att ge en god vård i livets slutskede. Enligt Playfair (2010) bör sjuksköterskan vara medveten om att palliativ vård är speciellt på det sättet då patienten inom en begränsad tid kommer att avlida. Detta möte kräver att sjuksköterskan visar en förståelse och värdighet speciellt när det handlar om patienter som befinner sig i livets slutskede. Trots alla de utmaningar och svårigheter som det innebär att vårda patienter i livets slutskede, så menar Calvin, Kite-Powell och Hickey (2007) att sjuksköterskan ofta upplever den palliativa vården som privilegierande och berikande då hon bidragit till att patienten fått vara smärtfri och fått dö med värdigheten i behåll. Fridh, Forsberg och Bergbom (2009) menar att vård i livets slutskede kan innebära speciella behov som kan vara svåra att tillgodose för sjuksköterskan i hennes arbete på en sjukhusavdelning. Idag dör fler personer i hemmet vilket gör att forskningen huvudsakligen har fokuserat på palliativ vård i hemmet. Den palliativa vården som bedrivs på sjukhus uppmärksammas därför inte lika mycket i dagens samhälle (Silferberg, 2003). En litteraturstudie kring detta område tros därför vara av stor vikt att genomföra då kunskapen om palliativ vård på sjukhus inte är lika omfattande och det är först på senare år studier kring ämnet har gjorts. Att ta upp sjuksköterskans upplevelser av att ge palliativ vård på sjukhus tros också vara viktigt då den palliativa vård som bedrivs i hemmet kan skilja sig från den som bedrivs på sjukhus.

Bakgrund

Palliativ vård

Enligt Hensch (2011) så har den palliativa vården växt fram ur den engelska hospicerörelsen. Palliativ vård är idag ett internationellt vedertaget begrepp som inte betecknar en vårdnivå utan är främst en sammanfattande benämning på den vård som ges i livets slutskede när inget bot längre är möjligt (ibid.). Enligt World Health Organization (2002) är palliativ vård en vård som utgår från ett förhållningssätt som syftar till att varken förkorta eller förlänga livet för patienten utan att skapa förutsättningar för bästa möjliga livskvalitet. Genom tidig identifiering av patientens situation kan vårdpersonalen förebygga och ge lindring av smärta samt andra fysiska, psykosociala och existentiella problem (ibid.). Sandman och Woods (2003) beskriver att det finns många olika definitioner av palliativ vård, de gemensamma dragen är att de ser palliativ vård som en helhetsvård som tar hänsyn till hela människan. Andra gemensamma drag är att de inkluderar patientens anhöriga i den palliativa vårdens mål och betonar även att palliativ vård ska ges när det inte längre finns några kurativa åtgärder att tillgå som kan bota patientens grundsjukdom (ibid.).

Hensch (2011) förklarar att den ”vanliga” kurativa vården skiljer sig från den palliativa vården på det sättet att inom kurativ vård och behandling så tas större risker och patienten utsätts för mer biverkningar eftersom patientens sjukdom då kan botas. Hensch (2011) menar även att palliativ vård i allmänhet kan vara all vård som inte har till syfte att bota, det vill säga inte endast vården i livets slutskede, däremot får vården en annan inriktning den allra sista tiden. Därför är det viktigt att skilja på ett tidigt och sent palliativt skede (ibid.). Hensch (2011) fortsätter att förklara att i det sena palliativa skedet som ofta kallas för vård i livets slutskede så minimeras riskerna och biverkningarna för att inte orsaka patienten onödigt lidande. Avsikten är att lindra patientens symtom så att denne kan få det bästa möjliga avslutet på livet (ibid.). Hensch (2011) menar vidare att döden inte endast kan ses som en fysiologisk process eftersom när döden är nära så har de medicinskbιologiska aspekterna inte samma betydelse, det är istället patientens psykosociala upplevelser som blir de mest betydande den sista tiden.

Hollo och Kide (1990) menar att döende patienter ofta upplever dödsångest vilket innebär en rädsla för smärta, andnöd och ensamhet. Lindrande vård av dessa problem blir därför

sjuksköterskans huvudsakliga uppgift när hon tar hand om patienter i livets slutskede (ibid.). Ytterligare symptom som kan uppkomma måste sjuksköterskan uppmärksamma för att på bästa sätt kunna visa hänsyn till patientens välmående (Hollo och Kide, 1990). Griggs (2010) menar att patienter som är medvetna om att de ska dö och därför slutit fred med sig själva och omvärlden upplevs som ”lättare” för sjuksköterskan att ha att göra med. Dessa patienter uttrycker inte någon direkt dödsångest, då de hunnit vänja sig vid tanken av att de snart kommer avlida (ibid.). Enligt Griggs (2010) kan patienten då vara ärlig jämt mot sin familj vilket förenklar kommunikationen under hela döendeprocessen. Pavlish och Ceronsky (2009) menar att den palliativa vården går ut på att skapa ett förhållande med patienten, sätta mål, ge symtom- och smärtlindring och försöka känna igen varje patients individuella behov. Enligt Griggs (2010) så kan den palliativa vården även ge sjuksköterskan många positiva erfarenheter särskilt när sjuksköterskan upplever att patienten fått dö med värdighet, vilket innebar en fridfull död där denne fått somna in sakta med familjen vid sin sida.

Sjuksköterskans roll

Enligt Henderson (1997) är det sjuksköterskans huvudsakliga uppgift att tillgodose en grundläggande omvårdnad utifrån patientens aktuella tillstånd oavsett vilken diagnos patienten fått. Henderson (1997) menar vidare att det är sjuksköterskan som genom att registrera olika symptom eller syndrom hos patienten som kommer fram till hur hon ska gå tillväga för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad i den vårdsituation hon befinner sig i. Patientens omvårdnadsbehov avgörs i högsta grad av faktorer som ålder, kulturell bakgrund, emotionell balans samt dennes psykiska och intellektuella kapacitet. Hendersson (1997) beskriver att sjuksköterskan ingår i ett medicinskt team vars uppgift är att lägga upp en plan som redogör hur tillståndet hos patienten kan förbättras vare sig det handlar om behandling vid sjukdom eller stöd och omvårdnad då patienten är döende.

Travelbee (1971) menar att det mest betydelsefulla i sjuksköterskans omvårdnadsarbete är att finna en relation gentemot patienten som mottager sjuksköterskans omvårdnad. Begreppet hälsa är en viktig del av sjuksköterskans profession då hennes uppgifter går ut på att hjälpa individer att förebygga sjukdom eller lidande samt att uppnå den bästa möjliga graden av hälsa (ibid.). Travelbee (1971) förklarar vidare att den professionella sjuksköterskan hjälper en individ eller familj att förebygga och hantera erfarenheter av sjukdom och lidande, hennes uppgift är även om det är möjligt att finna en mening i dessa erfarenheter. Kvaliteten av vård

styrts till mestadels av sjuksköterskans uppfattning av den sjuke individen och de tankar och värderingar denne har gällande människor i allmänhet (ibid.).

Brown, Johnston och Östlund (2011) menar att hjälpa patienter att dö med värdighet är en av de viktigaste komponenterna i sjuksköterskans roll. Vården bör innefatta ett brett spektrum av åtgärder som kan hjälpa patienten att behålla känslan av värdighet (ibid.). Pavlish och Ceronsky (2009) anser att det finns fem roller som sjuksköterskan måste ta på sig inom vården av en palliativ patient: Sjuksköterskan ska visa prov på omsorg, lärande, samordnande av vården och ska även förespråka patientens och anhörigas högsta önskan vidare i vårdkedjan. Den avslutande rollen som sjuksköterskan måste ta till sig är att alltid finnas tillgänglig och fungera som en länk mellan sjukhusets resurser och patienten, som till exempel kurator och pastor (ibid.). Pavlish och Ceronsky (2009) menar vidare att Sjuksköterskans omvårdnadsarbete underlättas när sjuksköterskan uppger lugn och fridfullhet. Playfair (2010) menar att målmedvetenhet i omvårdnadsarbetet är en viktig komponent i sjuksköterskans attityd. Sjuksköterskan måste i slutändan reflektera och utvärdera hela omvårdnadsprocessen, för att kunna utveckla sin roll inom vården (ibid.). Det är viktigt att sjuksköterskan utvärderar omvårdnadsprocessen även inom den palliativa vården, för att kunna få en tydlig bild av den omvårdnad som ges och om den har den effekt och kvalitet som eftersträvas (Playfair, 2010). Linton (2005) beskriver att det är viktigt att sjuksköterskan i sin roll inte visar sig sårbar och låter känslor komma emellan henne och det aktuella vårdarbetet. Det kan lätt smitta av sig på patienten och de anhöriga om sjuksköterskan tappar fokus och visar en osäkerhet i sitt agerande, vilket kan försvåra för sjuksköterskan att visa empati för patienten (Linton, 2005).

Upplevelse

Eriksson (1991) menar att en upplevelse är något som engagerar hela människan som helhet. Upplevelsen är subjektiv och kan ej helt förstås eller tolkas av någon annan (ibid.). Eriksson (1991) menar vidare att en upplevelse möjliggörs genom möten med andra individer och innebär en helande process för människan. Inom vården är upplevelsen väsentlig då sjuksköterskans omvårdnad innebär ett möte i hälsans och helhetens tjänst (ibid.).

Teoretisk referensram

Erikssons (1993) teori utgår från att termerna tro, hopp och kärlek utgör vårdandets kärna. Att känna tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag och en känsla av att vara i

rörelse och utveckling, innebär att samtidigt ha en upplevelse och känsla av tro, hopp och kärlek. Kan individen uppleva detta så innebär det att människan har ett visst mått av inre frihet. Dessa element utgör förutsättningar för helandet (ibid). Eriksson (1991) menar att tro, hopp och kärlek har många skepnader och kan träda fram i olika varierande former. Den aktuella situationen är sekundär medan det primära ur vårdandets synvinkel är att det finns där och träder fram ur delar av helheten. Oberoende av hoppet och om det skulle bli synligt, såsom en gammal persons väntan på ett telefonsamtal eller förväntan inför besök eller den döendes förväntan att något ska ske som kan möjliggöra livet för denna, avspeglar det något som ändå är en del av skönheten i vårdandet (Eriksson, 1991).

Referensramen går att koppla till studiens syfte eftersom Erikssons teori beskriver relationen mellan vårdaren och patienten samt hur viktig den är för att patienten ska känna sig trygg. Relationen är samtidigt lika viktig i sjuksköterskans yrkesroll eftersom om patienten känner ett förtroende för sjuksköterskan så blir hela situationen mycket lättare. Eriksson (1987, 1991, 1993) menar genom sin teori att omständigheterna kan upplevas som påfrestande för vårdaren och att det därför krävs ett stort personligt mod för att klara av att ha vårdandet som yrke. Eriksson (1991) menar att tro, hopp och kärlek är begrepp som kan representera omvårdnad i sin helhet. Särskilt när det handlar om vård vid livets slutskede då det är en jobbig process för sjuksköterskan, patienten och patientens närstående (ibid.). Patienten kan finna stöd och tröst i sin tro, det behöver inte vara tron på en gud utan tron på att själen på något sätt lever vidare kan förmodligen inbringa ett slags hopp och samtidigt minska lidandet för både patienten och sjuksköterskan (Eriksson, 1991).

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att på sjukhus vårda palliativa patienter i livets slutskede.

Metod

Litteraturstudien utfördes med en kvalitativ metod. En litteraturstudie innebär att vetenskapliga artiklar och övrig litteratur söks utefter vald problemformulering (Willman,

Stoltz och Bathesvani, 2006). Polit och Beck (2008) menar att en litteraturstudie innebär att man sammanställer data från tidigare forskning kopplad till en ny specifik frågeställning. Den sammanställda datan fås fram genom att metodiskt söka och granska tidigare forskning (ibid.). Efter sökningen, som utfördes efter en uppsatt plan, genomfördes en kritisk granskning av det insamlade materialet, som innehöll relevant data för studiens problemformulering och syfte (Willman, Stoltz och Bathesvani, 2006). En litteraturstudie med kvalitativ ansats används för att uppnå en fördjupad förståelse inom studiens område (Polit och Beck, 2008).

Urval

De databaserna som använts är CINAHL, Medline och PsycARTICLES. CINAHL är en databas speciellt inriktad på omvårdnad, biomedicin mm. Medline är en databas som innehåller över 4000 medicinska tidsskrifter och PsycARTICLES är en databas som fokuserar mer på den psykiska aspekten av vård (Willman, Stoltz & Bahtsevan 2006). Genom att söka efter vetenskapliga artiklar i flera olika databaser så ökade möjligheten att finna artiklar som passade till syftet.

Sökorden som användes är: palliative care, nursing role, terminal care, nursing, inpatients, hospitals, fatal outcome och nurse attitudes.

Inklusionskriterierna var att de vetenskapliga artiklarna skulle vara peer reviewed, de skulle vara skrivna på engelska, ha en kvalitativ ansats, handla om den palliativa omvårdnaden vid livets slutskede och upplevelsen av det hela ur sjuksköterskans perspektiv. Artiklarna skulle belysa den omvårdnad som bedrivs på sjukhus med liknande vårdssystem som i Sverige.

Artiklar som berör fler parter än sjuksköterskan måste kunna visa sjuksköterskans upplevelser tydligt, så det blir enkelt att plocka ut de delarna som berör syftet.

Inklusionskriterierna som valdes användes för att få artiklar som svarade mot syftet eftersom de skulle handla om palliativ vård på sjukhus och inte någon annanstans, som till exempel i hemmet eller på hospice. En geografisk avgränsning genomfördes för att få fram artiklar som berör sjukhus med liknande sjukvårdssystem. De länder som artiklarna i resultatet fick komma ifrån är Storbritannien, Tyskland, Sverige, Norge, Australien, Danmark, Kanada och Nya Zeeland. Artiklarna som senare valdes ut till resultatet har kommit ifrån Storbritannien, Danmark, Australien, Kanada och Sverige. Exklusionskriteriet till studien var att patienterna inte får vistas någon annanstans än på sjukhus, som enskilt boende, sjukhusbaserat hospice

eller liknande. Det gjordes sökningar av artiklar under fyra tillfällen. Under dessa tillfällen lästes totalt 74 abstracts. Från att ha läst alla intressanta abstracts valdes 17 artiklar ut för vidare granskning (se Bilaga 1). Av de 17 artiklar som granskades vidare, valdes åtta bort eftersom de inte ansågs passa till studiens syfte. Nio av dessa ansågs passa till studiens syfte och valdes ut för vidare kvalitetsgranskning.

Artiklarna har kvalitetsgranskats med hjälp av Willman et al. (2006) granskningsprotokoll (se Bilaga 2). Nio kvalitativa artiklar granskades. Artiklarna lästes igenom och samtidigt skedde en kvalitetsgranskning av materialet. Bra, medel och låg användes som etikett på artiklarna för att se om de hade tillräckligt hög kvalitet för att kunna användas i studien. Artiklarnas kvalitet bedömdes av hur många av mallens frågor som kunde besvaras.

Granskningsprotokollet hade totalt 14 frågeställningar. De artiklar som fick kvalitén ”bra” kunde besvara minst 11 av de 14 frågeställningarna på ett positivt sätt. De artiklar med ”medel” kvalitet hade med minst 7 av de 14 frågeställningarna. Alla artiklar utom en fick kvalitén ”bra”. Den artikel som inte fick ”bra” erhöll ”medel” som kvalitet.

Analys

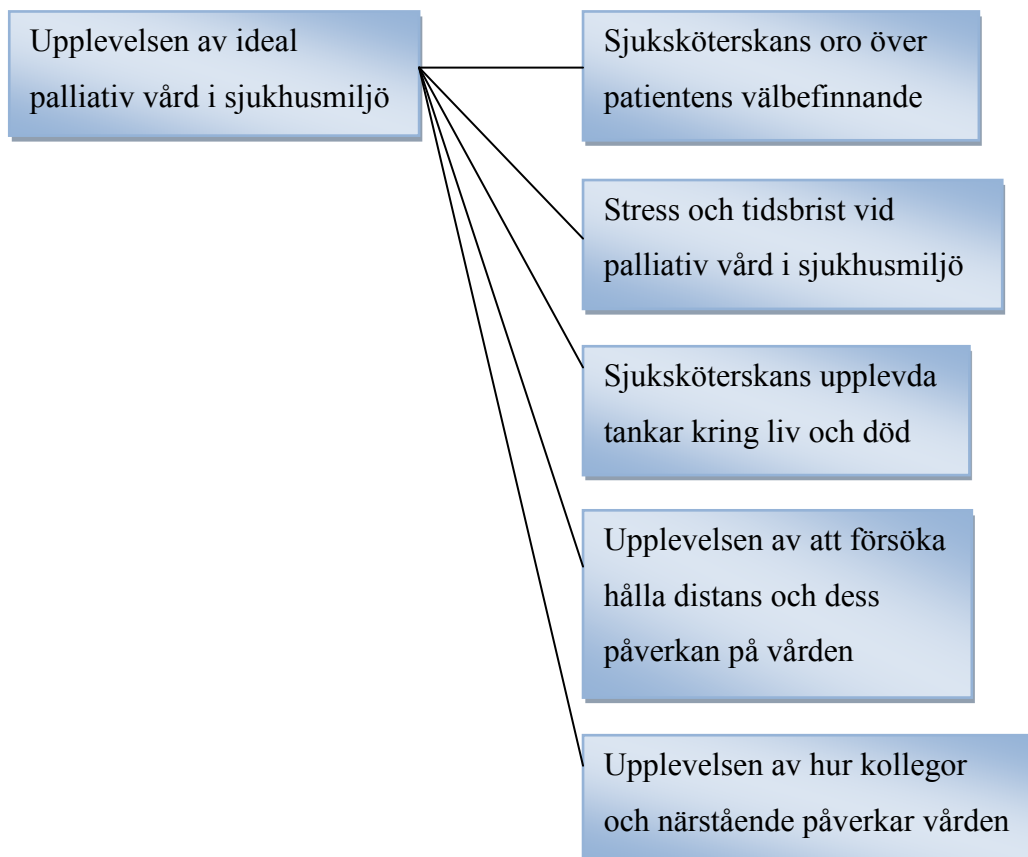
Analysen som användes i studien var en manifest innehållsanalys efter Granheim och Lundman (2004) som ursprungligen tolkats från Krippendorffs analysmetod. En manifest innehållsanalys innebär att texten tolkas ordagrant. Valda artiklar utgår från intervjuer. Artiklarna ger då data som utgår från sjuksköterskans personliga upplevelse. På grund av detta är denna analysmetod logisk att använda, då studiens syfte är att belysa sjuksköterskans upplevelse av att ge palliativ vård i livets slutskede.

Valda artiklar lästes igenom vid ett flertal tillfällen för att få en ökad förståelse av studiens innehåll. En diskussion fördes under tiden analysprocessen genomfördes kretsande kring artiklarnas relevans. När detta gjorts började kondenseringsprocessen där relevanta meningar som ansågs passa väl in till studiens syfte valdes ut. De utvalda meningsenheterna översattes och kondenserades för att få mindre meningar utan att själva kärnan i texten förlorades. Enligt Polit och Beck (2008) är översättningen av materialet en tolkning av den ursprungliga meningen. De kondenserade meningarna sattes sedan in i ett dokument där de strukturerades upp på ett tydligt sätt så att det framgick varifrån de ursprungligen kom ifrån. De kondenserade meningarna fick sedan kodord. Polit och Beck (2008) menar att kodord används för att få fram kärnan från meningen som speglar syftet. När alla meningar kodats

bildade de sedan kategorier (se Bilaga 3). Kategorierna som togs fram utgjorde sedan resultatet. Tanken med denna analysmetod var att på ett enklare sätt få en helhetsbild av det samlade material som belyser studiens syfte.

Resultat

De artiklar som kvalitetsgranskats och analyserats resulterade i en huvudkategori och fem underkategorier.



Figur 1. Grafisk redovisning av resultatets huvudkategori och fem underrubriker.

Upplevelsen av ideal palliativ vård i sjukhusmiljö

Sjuksköterskan upplevde att ideal vård av den döende kunde beskrivas med termer som ”en god död”, ”det rätta att göra” eller ”så det borde vara”. Det personliga idealet grundades i värdet av att ha tid till att agera på den döendes önskningar och behov. Sjuksköterskan uttryckte att ”spänningar” upplevdes när döendeprocessen för den döende inte matchade de ideal sjuksköterskan hade kring hur döden skulle eller borde vara för patienten.

Sjuksköterskan upplevde en positiv känsla när den palliativa patientens behov tillfredsställdes, när lämplig palliativ vård gick att ge och när förmågan att ge komfort till patient, familj och närstående var möjligt. Sjuksköterskan upplevde att hon fick mycket tillbaka av att vårda patienter i livets slutskede. Sjuksköterskan uttryckte att det gjorde att hon fann styrka i att utföra sitt jobb. (Johansson & Lindahl, 2011; Halcomb et al., 2004; Hopkinson, Hallett & Luker, 2004; Costello, 2005).

Genom att förbereda sitt arbete så upplevde sjuksköterskan att kommunikationen med patienten, symtomkontrollen och samordningen av vården medverkade till att döendeprocessen blev mer tillfredsställande för både patient och sjuksköterska.

Sjuksköterskan uttryckte att ta lärdom av tidigare erfarenheter och att ta nytta av dem kunde ha en positiv inverkan på den palliativa vården. Sjuksköterskan uttryckte att möjligheterna att ge adekvat palliativ vård ökar när tiden räcker till. Sjuksköterskan uttryckte att mindre tidspress, ur en omvårdnadssynpunkt, ger större utrymme för personlig utveckling vilket gör att sjuksköterskan blir mer närvarande hos den döende patienten. Sjuksköterskan upplevde att mindre tidspress skapar bättre förhållanden i arbetsteamet vilket i sin tur gav den palliativa vården bättre förutsättningar. Sjuksköterskan uttryckte att separata palliativa vårdavdelningar borde inrättas. Det skulle innebära mer tid och material för att tillfredsställa patientens och anhörigas behov på ett mer humant sätt. (Dalgaard & Delmar, 2008; Johansson & Lindahl, 2011; Hamilton & McDowell, 2004).

Sjuksköterskan beskrev att en god död innebar att patienten blev rätt medicinerad, fick en hög grad av information och att patienten inte hade symtom som förvärrade lidandet.

Sjuksköterskan upplevde det som ytterst positivt när patienten fått en god död med så lite lidande som möjligt. Då kände hon att de haft tillräckligt kontroll över patientens tillstånd. (Hamilton & McDowell, 2004; Costello, 2005).

Sjuksköterskans oro över patientens välbefinnande

Sjuksköterskan uttryckte en generell oro gällande patientens välbefinnande. Patientens upplevda smärta och lidande under döendeprocessen var omständigheter som sjuksköterskan kunde se som särskilt problematiska, då det var svårt att påverka detta genom att tillämpa olika omvårdnadshandlingar. Sjuksköterskan uttryckte då en känsla av otillfredsställelse då hon kände att det var svårt att inte alltid kunna göra det bästa av situationen (Johansson och Lindahl, 2011; Halcomb, Daly, Jackson & Davidson 2004; Ranse, Yates och Coyer, 2012).

Sjuksköterskan uttryckte att ett bekymmer med palliativ vård på sjukhus var svårigheten att veta om patienten kände sig tillräckligt omhändertagen under vårdandeprocessen då det var svårt att få en tydlig bild över hur han eller hon känner. Sjuksköterskan upplevde att kommunikationen kan vara bristande när en patient är på väg att dö vilket gör det svårare för sjuksköterskan att veta om det hon gör är behagligt eller ”skadar” patienten. Sjuksköterskan som arbetade på en akutavdelning upplevde hopplöshet när det var omöjligt att dela upp vården jämnt mellan alla patienter och deras familjemedlemmar. Sjuksköterskan uttryckte att miljön på avdelningen påverkade vården de gav till palliativa patienter. Miljöfaktorer som spelade in var bland annat att de inte kunde ge alla patienter privata rum eller lånetelefoner på rummen samt att inredningen inte var särskilt inbjudande många gånger. Detta gjorde att sjuksköterskan uttryckte frustration och bedrövelse över vissa situationer, speciellt när ena patienten i ett delat rum var döende och den andra inte (Thompson, McClement & Daenick, 2005; Bailey, Murphy & Porock, 2011; Dalgaard & Delmar, 2006; Hopkinson, Hallet & Luker, 2003; Halcomb, et al., 2004).

Sjuksköterskan uttryckte att omvårdnadsarbetet ofta blev en rutin för att alla patienter skulle hinnas med vilket påverkade sjuksköterskan negativt. Den upplevda konsekvensen blev att patientens individuella problem som oro, ångest och lidande ignorerades. (Dalgaard och Delmar, 2008).

Vilken tid på dygnet döden inträffade ansågs som viktigt. Avled patienten på natten sågs döden som mer fridfull och naturlig jämfört med om det inträffade under dagen. När patienten ansågs ha genomlidit en ovärdig död karakteriserades det av känslan av att ha haft otillräcklig kontroll över de händelser som skett fram tills dödsögonblicket. En ovärdig död gjorde också så sjuksköterskan inte kunde anordna religiösa ceremonier i tid till

dödsögonblicket samt att patienten fått uppleva svår smärta eller andra symtom vilket gav sjuksköterskan en känsla av skuld (Costello, 2006).

I wish we had done more in terms of giving sedation and pain relief. The family watched him die in agony. It was such a shame – surely we could have done more? He was in pain and we were not quick enough to respond – it was a really bad death. (Costello, 2006, s 599)

Stress och tidsbrist vid palliativ vård i sjukhusmiljö

Sjuksköterskan upplevde att tidsbristen hade en skadlig effekt på den palliativa omvårdnaden. Tidsbristen ansågs påverka bland annat den professionella utvecklingen för sjuksköterskan då det inte fanns tid att ta till sig aktuell forskning inom området. Sjuksköterskan upplevde att arbetsbelastningen ökade pressen vilket medförde att uppgifter som att administrera läkemedel kom i första hand och omvårdnaden av patienterna i andra hand. Sjuksköterskan upplevde att brist på egen tid påverkade omvårdnaden negativt då hon inte fick tid att tänka igenom sitt arbete tillräckligt i många situationer.

Sjuksköterskan uttryckte att tidsbristen medverkade till att inställningen till vissa patienter påverkades, de som upptog mycket tid omvårdnadsmissigt klassades som ”tyngre” och ”oönskade” till skillnad från de patienter som hade ett mindre omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan uttryckte att palliativa patienter är i behov av mer tid än andra patienter, då de anhöriga drabbas likväl som patienten. Sjuksköterskan uttryckte att känslor som stress och otillfredsställelse kunde väckas när omvårdnadsarbetet inte hanns med. Sjuksköterskan upplevde att idealet att hinna med och därmed ge så bra palliativ vård som möjligt kunde då inte uppnås. Sjuksköterskan menade att detta även gällde möjligheten att delta i vidareutbildning gällande palliativ vård. Sjuksköterskan upplevde att detta berodde på att det inte fanns någon tid eller ork för vidareutbildning (Dalgaard och Delmar, 2008; Johansson & Lindahl, 2011; Hamilton & McDowell, 2004).

Sjuksköterskans upplevda tankar kring liv och död

Sjuksköterskan upplevde att vården vid livets slutskede gjorde så att hon fick en tydligare insikt i att liv och död är en naturlig del av livet. Sjuksköterskan uttryckte att ett professionellt förhållningssätt kring tankarna om liv och död var en viktig del av vårdandet då

mötet med den döende patienten kunde skapa tankar och ge en uppfattning kring sin egen död och hur hon borde agera i situationen. Sjuksköterskan uttryckte att emotionellt stöd var väldigt viktigt vid vårdande av en döende patient (Johansson & Lindahl, 2011; Halcomb, Daly, Jackson & Davidson 2004; Ranse, Yates och Coyer, 2012).

Sjuksköterskan uttryckte att känslan av att vara fysiskt och spirituellt delad mellan palliativa patienter och övriga patienter innebar att sjuksköterskan konstant måste ändra sitt förhållningssätt i sitt dagliga arbete. Sjuksköterskan upplevde den döendes situation som problematisk, speciellt när andra inte övervägde hennes känslor eller tankar kring situationen. Trots frekvent exponering av ständig sorg och lidande uttryckte sjuksköterskan att de förväntades klara av död och döende patienter, även då det var svårt. Att även reflektera över existentiella frågor upplevde sjuksköterskan som viktigt då det gjorde det enklare för henne att konfrontera patienter och närstående (Johansson & Lindahl, 2011; Ranse, Yates och Coyer, 2012; Hopkinson, Hallett och Luker, 2003).

Sjuksköterskan uttryckte ett behov av att kunna stanna upp och reflektera över situationer då det hjälpte henne personligen att förbereda sig inför tuffa situationer, som när patienten dör tidigare än väntat och varken sjuksköterskan eller närstående har hunnit förbereda sig mentalt. Sjuksköterskan uttryckte en typ av osäkerhet när patienten och anhöriga ställde frågor sjuksköterskan omöjligt kunde ha svar på, som till exempel när patienten förväntades dö. Sjuksköterskan uttryckte att existentiella frågor var svårhanterliga då det ledde till en osäkerhet i hennes personliga identitet och ökade svårigheten i den palliativa patientens omvårdnad. (Johansson och Lindahl, 2011; Hopkinson, Hallett och Luker, 2003; Hopkinson, Hallett och Luker, 2003; Dalgaard & Delmar, 2006; Halcomb, et al., 2004).

Upplevelsen av att försöka hålla distans och dess påverkan på vården

Sjuksköterskan upplevde den döendes situation som problematisk, speciellt när andra inte övervägde hennes känslor eller tankar kring situationen. Sjuksköterskan uttryckte frustration när detta hände och när hon upplevde att patienten fått lida i onödan, speciellt när hon blivit för känslomässigt distanserad. Sjuksköterskan uttryckte att det kunde äventyra patientens vård då sjuksköterskan inte hann lägga ned tillräckligt med arbete och omsorg kring den enskilde patientens behov. Sjuksköterskan uttryckte att spänning då kunde uppstå tillsammans med negativa känslor som skuld, frustration och ilska. (Johansson och Lindahl, 2011; Hopkinson, Hallett och Luker, 2003).

Sjuksköterskan upplevde att ett för stort emotionellt engagemang till patienten ledde till ett oprofessionellt förhållningssätt vilket gjorde det svårare för sjuksköterskan att utföra sitt arbete. Sjuksköterskan upplevde att palliativ vård tog mycket energi från henne, då det krävdes mycket av henne som person. Sjuksköterskan uttryckte att arbetet på en avdelning med både palliativa och patienter med övriga tillstånd gjorde att sjuksköterskan upplevde att hon inte var tillräckligt nära patienten. Sjuksköterskan upplevde att detta påverkade vårdrelationen med patienten på ett negativt sätt (Dalgaard & Delmar, 2006; Hopkinson, Hallet & Luker, 2003; Halcomb, et al., 2004).

Upplevelsen av hur kollegor och närstående påverkar vården

Sjuksköterskan upplevde att läkare inte tog hänsyn till de psykosociala aspekterna gällande patientens lidande utan fokuserade endast på det medicinska (Halcomb, Daly, Jackson & Davidson, 2004; Thomsson, McClement & Daenick, 2005).

Both the doctors and the nurses know full well that, that this person's outcome is going to be very poor and yet the doctors still persist with you know active management... (Halcomb et al., 2004, s 217).

Sjuksköterskan uttryckte även att hon ofta hamnade mellan familj och läkare gällande etiska och moraliska värden, då sjuksköterskan är den som ansvarar för omvårdnaden och får en större insikt i vad som ger patienten komfort till skillnad från läkare och familj.

Sjuksköterskan upplevde att många läkare visade brist på kunskap inom palliativ vård. Detta hindrade patienten från att få den vård de behövde samt att sjuksköterskan uttryckte en förvirring över vårdens riktning och oro över den brist vården hade. Sjuksköterskan uttryckte en osäkerhet vid läkares beslut gällande att avsluta uppehållande behandling eller inte. (Halcomb, Daly, Jackson & Davidson 2004; Thomsson, McClement & Daenick, 2005; Hopkinson, Hallet & Luker, 2003).

Sjuksköterskan uttryckte att förstående kollegor som delade upplevelsen tillsammans med sjuksköterskan hjälpte henne att hantera situationen bättre vid arbete med den palliativa patienten. Sjuksköterskan upplevde att detta även gällde hjälpsamma anhöriga som bidrog med fysisk assistans i form av exempelvis matning samt även när det gällde att dela med sig

av viktig informationen gällande patienten. När läkarna hade god kunskap var det möjligt att ge god symtomkontroll på ett mer adekvat sätt. Patientens familj och närstående var då även mer benägna att ge sjuksköterskan beröm för ett väl utfört arbete, vilket i sin tur gav sjuksköterskan en positiv känsla av att hon utfört ett bra jobb. (Thomson, McClement & Daenick, 2005; Hopkinson, Hallett & Luker, 2004; Costello, 2005).

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som användes till denna studie var en litteraturstudie. Nackdelen med att genomföra en litteraturstudie är att materialet redan bearbetats och vinklats mot författarnas eget syfte. Om det funnits tid till att genomföra en intervjustudie hade möjligtvis sjuksköterskans upplevelser av den palliativa vården på sjukhus kunnat framgå mer tydligt. De databaser som användes för att hitta artiklar var MedLine, Cinahl och PsycArticles. Databaserna valdes då de innehåller artiklar som berör vård och omvårdnad (Willman et al., 2006). Anledningen till att ha flera databaser var för att få artiklar från flera olika håll som berörde skilda aspekter av palliativ vård på sjukhus. Dock upptäcktes det att PsycArticles inte hade speciellt mycket artiklar kretsande kring palliativ vård och sjuksköterskans upplevelse.

De sökord som valdes användes för att få fram artiklar som passade väl till syftet då de behandlar palliativ vård och sjuksköterskans upplevelser av palliativ vård på sjukhus. Vissa databaser innehöll inte de MeSH-termer som valdes som sökord och då modifierades sökorden för den databasen. Till exempel fanns inte MeSH-terminen ”nurse attitudes” i databasen MedLine, som användes i sökningar gjorda i CINAHL. Istället användes då sökordet ”attitudes” tillsammans med sökordet ”nurse’s role” för att få ett liknande resultat. Sökorden har kombinerats med den booleska operatören ”AND” för att få ett så snävt resultat som möjligt. Booleska operatorerna ”OR” och ”NOT” har inte använts då de inte behövts för att få fram relevanta artiklar.

En geografisk avgränsning genomfördes för att få fram artiklar som berör sjukhus med liknande sjukvårdssystem. De länder som artiklarna i resultatet har fått komma ifrån är Storbritannien, Tyskland, Sverige, Norge, Australien, Danmark, Kanada och Nya Zeeland. Artiklarna som senare valdes ut till resultatet har kommit ifrån Storbritannien, Danmark, Australien, Kanada och Sverige. Sveriges Kommuner och Landsting [SKL] (2005) beskriver att utformningen av sjukvårdssystemen skiljer sig åt mellan olika länder. Sjukvårdssystemet i USA skiljer sig exempelvis från övriga länder genom att de i grunden har en privat finansiering (ibid.). Artiklar från USA har därför exkluderats i studien då det tros kunna uppstå skilda upplevelser kring sjuksköterskans situation på grund av dessa olikheter som inte

är överförbara på svenska förhållanden. När det gäller de nordiska grannländerna Norge och Danmark så menar SKL (2005) att de liknar Sverige så pass mycket både socialt och ekonomiskt och framstår därför som naturliga att jämföra med svensk sjukvård. Artiklar från Storbritannien och Australien tros också vara trovärdiga att grunda resultatet på, då som SKL (2005) beskriver det är deras hälso- och sjukvårdssystem skattefinansierat precis som i Sverige.

Mallen för kvalitetsgranskning är ifrån Willman et al. (2006) granskningsprotokoll. Just denna mall valdes då den är smidig och enkel att förstå. En svaghet med deras granskningsprotokoll är dock att ifall någon annan granskat samma artiklar hade betygen kunnat se annorlunda ut, då vissa av frågorna är tolkningsbara. Då artiklarna som kvalitetsgranskats fått ”bra” eller ”medel” i betyg behövdes ingen artikel tas bort från resultatet, vilket kan ses som positivt. Två artiklar har dock berört både sjuksköterskan, patienter och i vissa fall även de anhöriga. De artiklar som berör fler parter än sjuksköterskan har dock varit uppdelade så sjuksköterskans upplevelser har tagits ut från texten utan några större svårigheter, vilket varit det intressanta för studiens syfte.

Den analysmetod som användes är en innehållsanalys efter författarna Granheim och Lundman (2004) som ursprungligen tolkat Krippendorffs analysmetod. Den valdes då det är en förhållandevis enkel metod, med ett tillvägagångssätt som är tydligt och enkelt att följa. Resultatet växer fram genom de olika strukturerade stegen metoden använder sig av. Den nackdel som finns med metoden är att meningar kan tolkas på olika sätt och därför skulle det slutliga resultatet kunnat se annorlunda ut ifall någon annan använt metoden med samma artiklar. Svårigheten med denna analysmetod var just detta att få fram relevanta kodord till de kondenserade meningarna. Då vi valt en manifest analysmetod skulle texten tolkas ordagrant vilket upplevdes som svårt eftersom det var lätt att få in egna värderingar i texten då meningarna också skulle översättas till svenska.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskans upplevelser av att på sjukhus vårda palliativa patienter varierade. Faktorer som arbetsbelastning, stöd från personal och anhöriga samt sjuksköterskans tankar kring döden var avgörande när upplevelsen av den palliativa omvårdnaden skulle beskrivas ur sjuksköterskans perspektiv.

Studiens resultat visade att sjuksköterskan upplevde både positiva och negativa upplevelser inom palliativ vård. Sjuksköterskan upplevde bland annat att det var en ”ära” och ett ”privilegium” att jobba med palliativa patienter i livets slutskede. En stor del av upplevelserna var dock negativa och handlade om allt från tidsbrist till existentiella frågor till etiska problem. Mötet mellan sjuksköterskan och patienten visade sig vara viktigt och var svårhanterligt men ändå givande för båda parter. Erikssons (1993) teori kring tro, hopp och kärlek styrker detta kring positiva och negativa upplevelser och hur viktigt mötet med patienten är. Eriksson (1991) menar att vårdandet kan vara svårt men ändå givande och att det är en del av skönheten med vårdandet. Teorin styrker även resultatet bra då Eriksson (1987, 1991, 1993) menar att omständigheterna kan upplevas som påfrestande för vårdaren och att det krävs ett mod för att ha det som yrke. Eriksson (1987) menar att det naturliga vårdandet är en vård där sjukvårdspersonalen utgår från patienters egna handlingar, att patienterna är delaktiga i sin vård. För att kunna göra detta krävs det att sjuksköterskan tror på sig själv och andra. Law (2009) menar att en döende patient har en inre känslomässig dimension som uppkommer när patienten är nära döden. Detta understryker Erikssons teori då Law (2009) menar att denna dimension är väldigt svår att hantera som sjuksköterska samt att om sjuksköterskan lyckas göra detta underlättar det själva vårdandet och stärker samtidigt också relationen med patienten.

I resultatet framkom det att sjuksköterskan upplevde att hon gett patienten en god omvårdnad när hon kände att hon haft tillräckligt med kontroll över patientens tillstånd då patienten fått uppleva en god död vilket innebar en döendeprocess med så lite lidande som möjligt. Sandman (2003) styrker detta genom att belysa en god död som det övergripande målet för den palliativa vården. Sandman (2003) menar vidare att vårdaren i varje enskilt fall av palliativ vård försöker och helst lyckas med att realisera idén om en god död. Resultatet visar också att sjuksköterskan upplevde den palliativa vården på sjukhus som berikande när hon kände att hon räckte till och kunde ge den omvårdnad som patienten verkligen behövde, detta visade sig i situationer där patienter och anhöriga visade uppskattning för sjuksköterskans arbete. Detta underbyggs av Erikssons (1991) teori, hon menar att varje människa har en önskan om att få bli bekräftad för det hon är men också för det hon skapat. Genom bekräftelse blir handlingen verklig, varje gång människan blir bekräftad så ger det henne mod och kraft att gå vidare (ibid.).

Tidsbrist visade sig vara ett stort problem som påverkade sjuksköterskans upplevelse av den palliativa vården som bedrivs på sjukhus. Resultatet visade att omvårdnadsarbetet på sjukhus ofta blev en rutin för att alla patienter skulle hinnas med och att inställningen till vissa patienter påverkades av detta, särskilt palliativa patienter eftersom de då klassades som extra tunga i många situationer. Detta styrker Erikssons teori (1988), hon menar att ifall sjuksköterskan endast skapar sin uppfattning kring patienten utefter dennes omvårdnadsbehov så uteblir patientens personliga upplevelser och den vårdande handlingen tenderar då till att bli mekanisk eftersom den inte innefattar uppriktig kärlek och förståelse.

Silfverberg (2003) menar att i början av 1990-talet var det vanligast att människor avled på sjukhus eller annan institution. Idag dör allt fler i det egna hemmet. Detta beror på att antalet sjukhusplatser minskar, olika vårdformer i hemmet byggs ut, professionella yrkesutövare anställs i hemmen och medicinsk apparatur kan numera förflyttas direkt till hemmet (ibid.). Silfverberg (2003) menar att denna utveckling har ökat möjligheterna till att kunna vårda och bli vårdad i det egna hemmet. Numera ses det som en självklarhet att patienten själv ska få välja vilken typ av plats och vårdform som han eller hon vill ha tillgång till vid livets slutskede (ibid.). Silfverberg (2003) fortsätter med att detta fungerar så långt som det är möjligt men att säga att valet är helt fritt stämmer inte överens med verkligheten. Patienten kanske vill bli vårdad på en särskild institution som tros kunna tillgodose dennes behov men får ingen plats där (ibid.).

Ett av studiens huvudresultat var att sjuksköterskan uttryckte en generell oro gällande patientens välbefinnande. Patientens upplevda smärta och lidande under döendeprocessen var omständigheter som sjuksköterskan kunde se som särskilt problematiska, då det var svårt att påverka detta genom att tillämpa olika omvårdnadshandlingar. Calvin et al. (2007) styrker detta i sin studie och menar att sjuksköterskan kommer till ett skede vid vård av patienter i livets slut där det inte längre går att påverka patientens situation eftersom naturen till slut tar över. I studien framkom det även att existentiella frågor, alltså frågor kring liv och död upplevdes som svårhanterliga för sjuksköterskan då det ledde till en osäkerhet i hennes personliga identitet. Eriksson (1991) menar att hopp, tro och omsorg kan kopplas till den styrka som uppstår ur svårhanterliga situationer. Eriksson (1991) beskriver att tro inte endast behöver jämföras med en tro i sig utan det kan även vara förmågan att kunna ge sin lojalitet till någon annan. Att få patienten engagerad att tro menar Eriksson (1991) utgör vårdandets

idé och kan då tolkas som sjuksköterskans huvudsakliga uppgift när det kommer till bemötandet av patienter som befinner sig i livets slutskede.

Faktorer som kunnat påverka resultatet var hur mycket erfarenhet sjuksköterskan hade som deltagit i använda studier. Nyexaminerade sjuksköterskor kan tänkas ha svårare för att hantera palliativa patienter och att vara nära inpå döden på det vis som vård vid livets slutskede faktiskt innebär. Mer erfarna sjuksköterskor vet hur man ska tackla olika situationer och kan på så vis känna mer kontroll. Parry (2011) menar dock i sin studie att det inte finns något som tyder på att sjuksköterskor som varit med om att en patient dör hanterar palliativ vård lättare och mer kontrollerat än sjuksköterskor utan erfarenhet av palliativ vård i livets slutskede.

Slutsats

Denna studie tar upp sjuksköterskans upplevelse av den palliativa vården på sjukhus, i och med att fler dör i hemmet så finns det därför mycket forskning kring just palliativ vård i hemmet. Resultatet visade tydliga brister på palliativ vård i sjukhusmiljö. Sjuksköterskan upplevde palliativ vård som svårt präglades av både negativa och positiva upplevelser. Negativa upplevelser visade sig dock mer frekvent än positiva. Beslut kring behandlingar, tidsbrist och komplikationer vid patientens död var exempel på några av de faktorer som genererade negativa upplevelser hos sjuksköterskan. Tron innan studien hade genomförts var att sjuksköterskans upplevelser kring den palliativa vården i livets slutskede till mestadels var negativa. Orsaken till de negativa upplevelserna var ofta sjukvårdens begränsningar som sjuksköterskan hade svårt att påverka, samt att sjuksköterskan på sjukhus inte känner sig tillräckligt bekväm med döende patienter.

En litteraturstudie kring detta område tros därför vara av stor vikt att genomföra då kunskapen av palliativ vård på sjukhus har minskat, vilket styrks av Cavaye och Watts (2010). De menar att både nyexaminerade och mer erfarna sjuksköterskor som arbetar på sjukhus många gånger upplever att de inte är tillräckligt förberedda för att kunna ge patienten den palliativa vård som patienten behöver då de saknar den kunskap och kompetens som krävs inom området. Mer kvalitativ forskning inom området skulle därför kunna ses som

positivt, då palliativ vård på just sjukhus inte har berörts lika mycket som till exempel palliativ vård på hospice.

Självständighet

Samarbetet har fungerat bra och båda upplever lika delaktighet och ansvar för studiens genomförande. Emil har sökt fram litteratur till inledning och bakgrund och tillsammans med Eric sökt fram litteratur och också medverkat aktivt i alla steg för studiens resultat. Eric har sammanställt artikelöversikt och tabeller som beskriver databassökningarna. Metod och Resultatdiskussion har skrivits gemensamt. Eric har haft huvudansvaret för att få fram bilagan som beskriver analysförfarandet. Studien slutsats skrevs och sammanfattades genom att tillsammans noggrant gå igenom alla studiens avsnitt.

Referenser

- Bailey, C.J., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Dying cases in emergency places: caring for the dying in emergency departments. *Social Science & Medicine*. 73, 1371-1377.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). *Palliativ Medicin*. Stockholm: Liber.
- Brown, H., Johnston, B. & Östlund, U. (2011). Identifying care actions to conserve dignity in end – of life care. *British Journal of Community Nursing*. 16(5), 238 – 245.
- Calvin, A., Kite-Powell, D., & Hickey, J. (2007), The Neuroscience ICU Nurse's Perceptions About End-of-Life Care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39 (3), 143 – 150.
- Cavaye, J., & Watts, J. (2010), End-of-life education in the pre-registration nursing curriculum: Patient, carer nurse and student perspectives. *Journal of Research in Nursing*, 17(4) 317–326.
- Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 54(5), 594-601.
- Dalgaard, K., & Delmar, C. (2008). The relevance of time in palliative care nursing practice. *International Journal of Palliative Nursing*. 14(10), 472-477.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets Idé*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Eriksson, K. (1993). *Pro caritate: En lägesbestämning av cariativ vård*. Åbo: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Frid, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Doing 'once' utmost: nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 233-241.

Graneim, U., H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24 (2), 105 – 12.

Griggs, C. (2010). Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*. 16(3), 139-149.

Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davidson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*. 20, 214-222.

Hamilton, F., & McDowell, J. (2004). Identifying the palliative care role of the nurse working in community hospitals: an exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*. 10(9), 426-434.

Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care*. Washington: International Council of Nurses.

Henoch, I. (2011). Palliativ vård: vad är det? Lund: Vårdalinstitutet. Hämtad 12 februari, 2013, från http://www.vardalinstitutet.net/sites/default/files/tr/palliativ/palliativdocs/palliativ_artikelpdf/palliativ_vard_110805.pdf

Hollo, A. & Kide, P. (1990). *Vård I Livets Slutskede*. Malmö: Utbildningsproduktion.

Hopkinson, J.B., Hallet, C.E., & Luker, K.A. (2003). Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 44(5), 525-533.

Jakobsson, E. (2007). Palliativa perspektiv. Lund: Vårdalinstitutet. Hämtad 25 februari, 2013, från http://www.vardalinstitutet.net/sites/default/files/tr/palliativ/palliativdocs/palliativ_artikelpdf/6117.pdf.

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), 224-232.

Law, R. (2009). 'Bridging worlds': meeting the emotional needs of dying patients. *Journal of Advanced Nursing*. 65(12), 2630–2641.

Linton, S. J. (2005). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Parry, M. (2011). Student nurses' experience of their first death in clinical practice. *International Journal of Palliative Nursing*. 17(9), 448-453.

Pavlish, C., & Ceronsky, L. (2009). Oncology nurses' perceptions of nursing roles and professional attributes in palliative care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 13(4), 404–412.

Playfair, C. (2010). Human relationships: and exploration of loneliness and touch. *British Journal of Nursing*. 19(2), 122–126.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. (2012). End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices. *Australian Critical Care*. 25, 4-12.

Sandman, L., & Woods, S. (2003). *God palliativ vård – etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

Silfverberg, G. (2003). Det oundvikliga beroendet. Om informell omsorg. Sandman, L & Woods, S (Red.), *God palliativ vård, etiska och filosofiska aspekter* (s. 147-165). Lund: Studentlitteratur.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2005). Svensk sjukvård i internationell belysning: en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat. Stockholm: SKL. Hämtad 11 mars, 2013, från http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=f06d2667-0a10-4d9d-8224-391fd2844886

Socialstyrelsen. (2006). Vård i livets slutskede: Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen.

Thomson, G., McClement, S., & Daenick, P. (2005). Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*. 53(2), 169-177.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Twycross, R. (1998). *Palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. Palliative care. Hämtad 9 februari, 2013, från <http://www.who.int/cancer/palliative/en>

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i MedLine

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Palliative care, Nurse-patient relations	55	29/1-2013	6	1
Palliative care, Nurse's Role	125	29/1-2013	13	3
Inpatients, Hospitals, Terminal Care	3	7/2-2013	0	0
Palliative care, attitude, nurse's role	3	7/2-2013	0	0
Palliative care, Nurse-patient relations, inpatients	2	31/1-2013	0	0
Palliative care, Nurse's role, hospitals	22	31/1-2013	1	0

Sökningar i psycArticles

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Palliative care, Nursing	44	11/2-2013	2	0
Palliative care	25	11/2-2013	5	1
Nursing	84	11/2-2013	0	0

Sökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Palliative Care, Nurse attitudes	249	29/1-2013	7	2
Palliative Care, Nursing Role	314	29/1-2013	24	3
Terminal care, hospitals, nurse attitudes	8	31/1-2013	3	2
Terminal care, hospitals, nursing role	5	31/1-2013	0	0
Terminal care, inpatients, Nurse attitudes	43	31/1-2013	4	3
End of life care, Nurse attitudes	172	07/2-2013	14	2

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Mall för kvalitetsbedömning av kvalitativ metod

Protokoll för kvalitetsbedömning

Beskrivningen av studien

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

- urvalförfarande 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 datamättnad? 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:

Bilaga 3 Exempel på innehållsanalys

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Several participants reported that an ability to provide what they perceived as appropriate palliative care for their client was a positive experience.	Förmågan att ge lämplig palliative vård var en positiv upplevelse.	Ideal vård		Upplevelsen av ideal palliativ vård i sjukhusmiljö
All of the participants expressed a high level of concern for the physical wellbeing of their clients, minimizing their pain and promoting dignity during the dying process.	Oro visades för patientens fysiska välbefinnande, deras smärta och deras värdigheten under döendeprocessen.	Oro för välbefinnande	Sjuksköterskans oro över patientens välbefinnande	Upplevelsen av ideal palliativ vård i sjukhusmiljö
When nurses were engaged in maintaining control over clock time, they often experienced stress, which implies that their personal time was disrupted by the tyranny of the clock.	Tidspress ledde till stress vilket påverkade sjuksköterskornas egen tid	Upplevelsen av tid och stress	Stress och tidsbrist vid palliativ vård i sjukhusmiljö	Upplevelsen av ideal palliativ vård i sjukhusmiljö
Life and death influence how the nurses confront the patients' needs professionally. Meeting dying patients actualises existential thoughts about one's own death and how one should act.	Liv och död påverkar hur sjuksköterskan möter patienten behov. Att möta en döende person skapar tankar kring sin egna död och hur man borde agera.	Tankar kring liv och död	Sjuksköterskans upplevda tankar kring liv och död	Upplevelsen av ideal palliativ vård i sjukhusmiljö

<p>The text also speaks about the risk of being too involved and too close to the patient. To manage their daily work, it becomes important to the nurses to maintain some distance in the caring relationships and not to get too personally involved.</p>	<p>Att vara för nära till patienten kan göra det svårt att utföra sitt dagliga arbete.</p>	<p>Hålla distans</p>	<p>Upplevelsen av att försöka hålla distans och dess påverkan på vården</p>	<p>Upplevelsen av ideal palliativ vård i sjukhusmiljö</p>
<p>Nurses in the study identified physicians' lack of palliative care education and experience in care of the dying as barriers that prevented them from being able to 'get what's needed'.</p>	<p>Sjuksköterskan upplevde att många läkare visade brist på kunskap inom palliativ vård. Detta hindrade patienten från att få den vård de behövde.</p>	<p>Andras problem påverkar</p>	<p>Upplevelsen av hur kollegor och närstående påverkar vården</p>	<p>Upplevelsen av ideal palliativ vård i sjukhusmiljö</p>

Bilaga 4 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Bailey, C.J., Murphy, R & Porock, D. 2011 UK	Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments	Observationer, djupgående intervjuer med personal, närstående och familj	Mer än 100 anställda på en akutavdelning observerades under 12 månader. Djupgående intervjuer med 15 anställda på avdelningen och 7 djupgående intervjuer med patienter.	Bra
Costello, J. 2005 UK	Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital	Djupgående intervjuer	29 legitimerade sjuksköterskor baserade på deras erfarenhet av döende patienter i sjukhusmiljö.	Bra
Dalgaard, K.M & Delmar, C. 2008 Danmark	The relevance of time in palliative care nursing practice	Fältstudier under tre månader, individuella och gruppintervjuer med patienter och familj, individuella intervjuer med sjuksköterskor	33 intervjuer med sjuksköterskor, patienter och familj. Sjuksköterskorna var tvungna att ha bevittnat hela döendeförloppet.	Bra
Halcomb, E., Daly, J. & Jackson, D. 2004 Australien	An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU	Intervjuer	10 legitimerade sjuksköterskor som hade erfarenhet av att vårda patienter på en IVA-enhet som fått indragen eller undanhållen behandling.	Bra
Hamilton, F., & McDowell, J. 2004 UK	Identifying the palliative care role of the nurse working in community hospitals: an exploratory study	Semi-strukturerade intervjuer	4 legitimerade sjuksköterskor och 2 läkare.	Medel
Hopkinson, J.B., Hallet, C.E., & Luker, K.A. 2003 UK	Caring for dying people in hospital	Djupgående intervjuer	28 sjuksköterskor	Bra
Thompson, G., McClement, S., & Daeninck, P. 2005 Kanada	Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward	Semi-strukturerade intervjuer	10 legitimerade sjuksköterskor från 2 olika sjukhus	Bra

Ranse, K., Yates, P., & Coyer, F. 2011 Australien	End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices	Semi-strukturerade intervjuer	5 legitimerade IVA-sjuksköterskor	Bra
Johansson, K., & Lindahl, B. 2010 Sverige	Moving between rooms – moving between life and death: nurses experiences of caring for terminally ill patients in hospital	Intervjuer	8 legitimerade sjuksköterskor från 2 olika sjukhus	Bra