

SJUKSKÖTERSORS
ERFARENHETER AV
NÄRSTÅENDE VID VÅRD I
LIVETS SLUTSKEDE
EN LITTERATURSTUDIE

MAJA BRUUN
RAED MERRIAM

SJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV NÄRSTÅENDE VID VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE EN LITTERATURSTUDIE

MAJA BRUUN
RAED MERRIAM

Bruun, M & Merriam, R. Sjuksköterskors erfarenheter av närstående vid vård i livets slutskede. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2018.

Bakgrund: Vård i livets slutskede förekommer i flertalet olika vårdkontexter utöver palliativa vårdavdelningar. Närstående till döende patienter riskerar att bli utmattade och är en väsentlig del av omvårdnaden i livets slutskede. Sjuksköterskor ansvarar för att erbjuda närstående stöd på ett sätt där deras känsla av sammanhang tas i beaktning.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av närstående vid vård i livets slutskede. Efterföljande frågeställning var: Hur påverkade dessa erfarenheter sjuksköterskors förhållningssätt till närståendes känsla av sammanhang vid vård i livets slutskede?

Metod: En litteraturstudie med 13 studier med kvalitativ ansats genomfördes och resultatet sammanställdes genom en innehållsanalys.

Resultat: Sjuksköterskors erfarenheter av närstående vid vård i livets slutskede sammanställdes till tre kategorier med tillhörande underkategorier:

Sjuksköterskans relation till närstående (Att inventera närståendes resursförmåga; Att ge stöd); *Sjuksköterskans relation till sig själv* (Emotionell komplexitet; Självreflektion och personlig utveckling); *Sjuksköterskans kommunikation med närstående* (Att ge information; Att ha svåra samtal).

Konklusion: Att engagera sig i närståendes situation för att erbjuda stöd visade sig vara grundläggande men svårt. Sjuksköterskors erfarenheter präglades av reflektioner kring hur nära de skulle vara de närstående, hur sårbara de skulle göra sig i mötet med dem och hur de skulle hantera både närståendes och sina egna känslor. Att som sjuksköterska bli känslomässigt berörd är både ett faktum, en utmaning och en tillgång. Sjuksköterskor kan sträva mot att skapa en känsla av sammanhang hos närstående genom lämpligt utformad information för att göra tillvaron begriplig, att noga balansera närvaro och avstånd mellan sjuksköterskan och närstående för ökad hanterbarhet samt att skapa intimitet mellan närstående och den döende patienten för att göra situationen meningsfull.

Nyckelord: Känsla av sammanhang, närstående, omvårdnad, palliativ vård, sjuksköterskors erfarenheter, stöd, livets slutskede.

NURSES' EXPERIENCES OF CLOSE RELATIVES IN END-OF-LIFE CARE A LITERATURE REVIEW

MAJA BRUUN
RAED MERRIAM

Bruun, M & Merriam, R. Nurses' experiences of close relatives in end-of-life care. A literature review. *Degree Project in Nursing 15 credit points*. Malmö university: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2018.

Background: End-of-life care occur in several different care contexts beyond palliative care units. Close relatives of dying patients are at risk of getting exhausted and are an essential part of the care at the end of life. Nurses are responsible for supporting the close relatives in a way that consider their sense of coherence.

Aim: The aim of this literature review was to illuminate nurses' experiences of close relatives in end-of-life care. Subsequent research questions were: How did these experiences influence nurses' approach to close relatives' sense of coherence in end-of-life care?

Method: A literature review with 13 studies of qualitative approach was conducted and the result was compiled through a content analysis.

Result: Nurses' experiences of close relatives in of end-of-life care were compiled into three categories and related subcategories: *The nurses' relation to the close relatives* (To make inventory of the close relatives' resource capacity; To give support); *The nurses' relation to the self* (Emotional complexity; Self-reflection and personal development); *The nurses' communication with the close relatives* (To give information; To handle difficult conversations).

Conclusion: Engaging in close relatives' situation to offer support was shown to be essential but difficult. Nurses' experiences were characterized by reflections regarding how close to the relatives they would get, how vulnerable they would make themselves in the encounter with them and how they would cope with both the relatives' and their own emotions. To become touched emotionally is both a fact, a challenge and an asset for nurses. Nurses can strive towards creating a sense of coherence for the close relatives through appropriately designed information to make the situation comprehensible, through carefully balancing presence and distance between the nurse and the relatives for increased manageability and through creating intimacy between the relatives and the dying patient for achieving meaningfulness in the situation.

Keywords: Close relatives, end-of-life care, nurses' experiences, nursing care, palliative care, sense of coherence, support.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Vård i livets slutskede.....	1
Sjuksköterskan verksam inom vård i livets slutskede	2
Sjuksköterskan och närstående	2
Känsla av sammanhang (KASAM)	3
PROBLEMFÖRMULERING.....	4
SYFTE	4
Frågeställning.....	4
METOD	4
Steg 1. Problemformulering.....	5
Steg 2. Frågeställning	5
Steg 3. Plan för litteraturstudien	5
Steg 4. Sökord och sökstrategi.....	5
Steg 5. Val av litteratur	6
Steg 6. Värdering av litteratur.....	7
Steg 7. Analys och diskussion av litteratur.....	8
Steg 8. Sammanställning och slutsats	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	9
Sjuksköterskans relation till närstående.....	10
Sjuksköterskans relation till sig själv.....	12
Sjuksköterskans kommunikation med närstående	13
DISKUSSION.....	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
KONKLUSION	22
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE ...	22
REFERENSER	24
BILAGOR.....	28
BILAGA 1	29
BILAGA 2	31

INLEDNING

Vi har valt att i detta examensarbete rikta in oss på området vård i livets slutskede. Som blivande sjuksköterskor är vi intresserade av praktiska moment och etiska beröringspunkter inom vår profession. Vid vård i livets slutskede finns många etiska och praktiska utmaningar, som att till exempel stötta närstående via samtal och annan form av relationsskapande. Sjuksköterskans kommunikation blir på så sätt en viktig del i att ge en god omvårdnad i strävan mot en personcentrerad vård - inte bara för patienten utan även för närstående. Ämnet sjuksköterskans relation till närstående vid vård i livets slutskede är, förutom författarparets personliga intresse för detta, mycket angeläget att studera då det idag är fler patienter än tidigare som vårdas palliativt samt att sjuksköterskan möter döende patienter och dess närstående på flertalet olika instanser inom vården så som i hemsjukvård och på vårdavdelningar och vårdmottagningar (Jakobsson m.fl. 2014; Socialstyrelsen 2007). Den vård som grundutbildade sjuksköterskor utför ska bygga på de sex kärnkompetenserna formulerade av Svensk sjuksköterskeförening (2017) varav personcentrerad vård inkluderande närstående är en av dem. Då närståendekontakt utgör en stor del av vården i livets slutskede motiveras utförandet av ett examensarbete som detta ytterligare.

BAKGRUND

I Sverige avlider drygt 90 000 personer årligen varav 70 000–75 000 personer bedöms ha behov av palliativ vård (Socialstyrelsen 2016).

Vård i livets slutskede

Det råder oklarheter kring olika begrepp rörande vård under patienters sista tid i livet då döendet, livets slutskede och palliativ fas är begrepp som ofta används synonymt (Socialstyrelsen 2007). Livets slutskede definieras av Socialstyrelsen (2013) som perioden då döden är “oundviklig inom en överskådlig framtid”. Vård i livets slutskede kan erbjudas i en sen palliativ fas och palliativ vård kan erbjudas i livets slutskede (Socialstyrelsen 2013) vilket innebär att begreppet *vård i livets slutskede* följande används som ett begrepp som inkluderar palliativ vård. Det finns flera vårdkontexter där patienter avlider och vårdas i livets slutskede (Jakobsson m.fl. 2014; Socialstyrelsen 2007). Vård i livets slutskede utförs bland annat på hospice, palliativa vårdavdelningar, intensivvårdsavdelningar, särskilda boenden och inom hemsjukvård (a.a.).

Palliativ vård innebär vård som har målet att förebygga och lindra lidande och främja livskvaliteten hos patienter med progressiv obotlig sjukdom eller skada (Socialstyrelsen 2013). Filosofin bakom palliativ vård grundar sig i hospicefilosofin (Socialstyrelsen 2007). Socialstyrelsen (2013) beskriver palliativ vård som bestående av fyra hörnstenar de valt att kalla för *symtomlindring, samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag, kommunikation och relation i syfte att främja patientens livskvalitet* samt *stöd till de närstående under sjukdomen och efter dödsfallet*. De två hörnstenarna *stöd till de närstående under sjukdomen och efter dödsfallet* och *kommunikation och relation i syfte att främja patientens livskvalitet* behandlar alltså sjuksköterskans relation till närstående (Socialstyrelsen 2013). Inkluderandet av närstående som en väsentlig del av

omvårdnaden i livets slutskede har sedan mitten av 1900-talet ökat då fokus tidigare legat främst på patienten (Andershed & Ternstedt 1999).

Sjuksköterskan verksam inom vård i livets slutskede

Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Enligt Royal College of Nursing (2014) innebär omvårdnad att på evidensbaserad och erfarenhetsmässig grund självständigt kunna fatta kliniska beslut som erbjuder människor ökad möjlighet att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem och uppnå bästa möjliga livskvalitet fram till döden oavsett sjukdom eller funktionsnedsättning. Sjuksköterskans roll vid vård i livets slutskede är att tillgodose patientens fysiska, psykiska och existentiella omvårdnadsbehov samt stötta närstående genom hela processen (Socialstyrelsen 2013). I kontexten *vård i livets slutskede* möter sjuksköterskan människor i kris och sorg vilket förutsätter att sjuksköterskan är empatisk, omtänksam och stöttande (Reinke m.fl. 2010). I livets slutskede upplever sjuksköterskor rollen som stöttande kommunikatör som krävande när det handlar om att hantera patientens och närståendes behov av information, särskilt i de fall då läkaren inte varit tydlig med en diagnos eller prognos (a.a.). Den palliativa kontexten är komplex då organisationen, relationen mellan vårdpersonalen och patienten och dess närstående samt teoretisk kunskap och erfarenhet påverkar varje vårdhandling (Tishelman m.fl. 2004).

Carper (1978) har delat in sjuksköterskans kunskap i fyra olika huvudtyper: den empiriska, den estetiska, den personliga och den etiska kunskapen. Den empiriska avser den vetenskapliga och teoretiska kunskapen. Den estetiska är den kunskap som krävs för att kunna utöva omvårdnad som en konst, till exempel hur teoretisk kunskap tillämpas i praktiska handlingar. Den personliga innebär sjuksköterskans medvetenhet om sin egen kapacitet till relationsskapande. Den etiska inkluderar omvårdnadsetiska principer (Carper 1978). Dessa fyra kunskaper skapar en grund för vilka kompetenser sjuksköterskan ska besitta för att kunna ge patienten och dess närstående en god vård. God vård kan förstås subjektivt, men enligt Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 (HSL) 2a§ innebär god vård att trygghetsbehovet hos den som vårdas ska tillgodoses och att sjukvården ska vara tillgänglig.

De kärnkompetenser som sjuksköterskan utför sitt omvårdnadsarbete utifrån är: *personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik* (Svensk Sjuksköterskeförening 2017). Sjuksköterskans relation till närstående i livets slutskede bygger på dessa kompetenser för att kunna utföra en god vård (Socialstyrelsen 2009). Specifikt är kärnkompetensen *personcentrerad vård* av extra tyngd i detta examensarbete då det ”kännetecknas av att patient och närstående blir sedda och förstådda som unika personer med individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar” (Svensk sjuksköterskeförening 2017, sid. 7). I livets slutskede befinner sig närstående till patienten i en situation där de kan känna sig ensamma och osäkra på om de har kapaciteten till att ta hand om sin döende familjemedlem (Stoltz m.fl. 2006). Likväl varierar sjuksköterskors erfarenheter vid vård i livets slutskede omkring innehållet i den relation som ska byggas med närstående (Erichsen m.fl. 2010).

Sjuksköterskan och närstående

Trots att många närstående har viljan att ge omsorg så räcker den inte alltid till att kunna ge den vård och omsorg som den sjuke behöver på grund av att närståendes

ork kan ta slut (Socialstyrelsen 2007). Brobäck och Berterö (2003) beskriver att närstående önskar mer vägledning i hur de ska hantera svåra situationer både vad beträffar relationen till den som är sjuk och till sig själv. För att kunna skapa en omsorgsfull relation med närstående och ge dem stöd har sjuksköterskor behov av tid för reflektion (Socialstyrelsen 2007). Stöd till närstående utgör en hörnsten i palliativ vård (Socialstyrelsen 2013) och sjuksköterskor ska utgå från närståendes situation och behov samt ge dem nödvändigt stöd enligt Socialtjänstlagen, 2001:453 (SOL) 5 kap. 10§. Det är inte lätt att skapa en relation med närstående som befinner sig i stor sorg, känner konstant oro och upplever att samspelet inom familjen förändras (Socialstyrelsen 2007). I tillägg till detta har det framkommit i flera studier att sjuksköterskor verksamma inom vård i livets slutskede har behov av organisatoriskt stöd (Andershed & Ternstedt 2001; Friedrichsen 2003; Stoltz m.fl. 2006).

Begreppet *närstående* definieras enligt Socialstyrelsen (2017) som en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till. Svensk sjuksköterskeförening (2015) påpekar också att en familj utgörs av en självdefinierad grupp av personer, som inte nödvändigtvis är förbundna genom blodsband eller lag. Denna definition är den som används inom *familjefokuserad omvårdnad*. Det finns två typer av *familjefokuserad omvårdnad*. Den ena är *familjecentrerad*, som vilar på ett systematiskt förhållningssätt - det vill säga att familjen ses som ett system eller enhet där samtliga medlemmar utgör var sin del. Den andra typen av *familjefokuserad omvårdnad* benämns *familjrelaterad omvårdnad*, det vill säga att antingen sätts patienten eller den närstående i centrum. I *familjrelaterad omvårdnad* är den person som är sjuk i centrum. Det kan bli en stor utmaning att avgöra vilken omvårdnad som är mest adekvat i den givna situationen (a.a.). Typen av omvårdnad är grunden där relationen mellan patienten, närstående och sjuksköterskan byggs upp, och det är denna relation som ger sjuksköterskans arbete näring och främjar sjuksköterskans möjligheter att ge en god vård (Socialstyrelsen 2007). I livets slutskede kan närstående uppleva skuld, vrede och maktlöshet vilket skapar en känsla av existentiell ensamhet, och genom att bjuda in närstående till att aktivt delta i vården kan denna känsla av ensamhet minskas (Milberg & Strang 2004).

Känsla av sammanhang (KASAM)

I motsats till det patogena perspektivet som intresserar sig för varför människor blir sjuka tar begreppet *känsla av sammanhang/KASAM* ("sense of coherence"/"SOC") utgångspunkt i det salutogena och fokuserar på det friska hos människor och varför människor förblir friska trots fysiska, psykiska och sociala påfrestningar (Antonovsky 2005). KASAM ger en möjlighet till att se på hälsa-ohälsa som ett kontinuum istället för att definiera hälsa som ett tillstånd frånvarande av sjukdom. Enligt Antonovsky (2005) definieras KASAM som en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning personen har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till: (1) *begriplighet*, som betyder att personen kognitivt förstår inre och yttre stimuli i sitt liv på ett strukturerat och förutsägbart sätt, (2) *hanterbarhet*, som handlar om individens tillgängliga resurser som krävs för att personen ska kunna vara delaktig och påverka sin situation, samt (3) *meningsfullhet*, som motiverar individen till att investera och engagera sig i sin situation. Dessa tre komponenter avgör om personen har svag respektive stark KASAM. Varje komponent kan vara hög eller låg och det utformar motståndresurserna hos personen i fråga. Motståndresurser är resurser som personen kan ha för att finna begriplighet, hanterbarhet samt

meningsfullhet i påfrestande situationer som människan möter i livet (Antonovsky 2005).

Inom palliativ vård möter sjuksköterskor närstående till individer som vårdas i livets slutskede, och dessa närståendes liv blir utsatt för stora utmaningar som ofta kräver omställningar (Socialstyrelsen 2007). Enligt Antonovsky (2005) klarar sig individer med stark KASAM bra genom svåra tider i livet. För individer med svag KASAM kan lidande uppstå och därmed leda till sänkt livskvalitet. KASAM som modell ger sjuksköterskor en unik inblick i patientens och dess närståendes värld som är till stor hjälp i sjuksköterskors förståelse av historien och etiologin bakom sjukdomen (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

Stöd till närstående har visat sig utgöra en stor del av omvårdnaden av patienter i livets slutskede (Reinke m.fl. 2010; Socialstyrelsen 2013; Socialstyrelsen 2016; Stoltz m.fl. 2006). Omvårdnaden som sjuksköterskan utövar ska bland annat vara personcentrerad, kommunikativ och empatisk samt sträva mot att tillgodose både patientens och de närståendes behov (Carper 1978; Reinke m.fl. 2010; Socialstyrelsen 2013; Socialstyrelsen 2016; Stoltz m.fl. 2006; Svensk sjuksköterskeförening 2017). Sjuksköterskans relation med närstående vid vård i livets slutskede är viktig både för syftet att stötta dem och för att ta vara på dem som en resurs i vårdandet av patienten (Socialstyrelsen 2016; Stoltz m.fl. 2006). För att skapa en djupare förståelse för denna relation och kunna ge individanpassat stöd behövs fler studier utföras (Socialstyrelsen 2007). Genom att sammanfatta befintlig litteratur skulle eventuellt en djupare förståelse för sjuksköterskors erfarenheter av närstående vid vård i livets slutskede kunna vägleda för att optimera vårdande insatser till både närstående och patienten i strävan mot en mer personcentrerad omvårdnad.

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av närstående vid vård i livets slutskede.

Frågeställning

- Hur påverkade dessa erfarenheter sjuksköterskors förhållningssätt till närståendes känsla av sammanhang (KASAM) vid vård i livets slutskede?

METOD

För att svara på syftet med föreliggande examensarbete genomfördes en litteraturstudie, vilken sammanställer vetenskapliga studier med kvalitativ ansats. Enligt Forsberg och Wengström (2016) definieras en litteraturstudie som "att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteraturen inom ett valt ämne eller problemområde" och "syftar till att åstadkomma en syntes av data från tidigare genomförda empiriska studier". Kvalitativ forskningsmetod används för

att förstå och förklara upplevelser (Forsberg & Wengström 2016). Därmed bygger denna litteraturstudie på vetenskapliga empiriska studier av kvalitativ studiedesign, då syftet fokuserar på sjuksköterskans erfarenheter.

Som struktur för hela litteraturstudien användes Forsberg och Wengströms (2016) metod som beskrivs genom åtta olika steg. Dessa är:

- Steg 1. Motivera varför studien görs (problemformulering)
- Steg 2. Formulera frågor som går att besvara
- Steg 3. Formulera en plan för litteraturstudien
- Steg 4. Bestämma sökord och sökstrategi
- Steg 5. Identifiera och välja litteratur
- Steg 6. Kritiskt värdera, kvalitetsbedöma och välja litteraturen
- Steg 7. Analysera och diskutera resultat
- Steg 8. Sammanställa och dra slutsatser (a.a.).

Steg 1. Problemformulering

Utifrån studiens syfte och problemformulering har POR-modellen enligt Willman m.fl. (2016) använts för att precisera huvudsakliga sökord och sökblock. POR-modellen tydliggör undersökningsgruppen, området och resultatet. Strukturering av syftet enligt POR-modellen underlättar utkristalliseringen av sökord för databassökningar (Tabell 1), vilket ger relevanta träffar samt ger en möjlighet att avgränsa sökningarna (a.a.).

Tabell 1. POR-modellen.

Undersökningsgrupp	Område	Resultat
Sjuksköterskor	Vård i livets slutskede	Erfarenheter av närstående

Efter avgränsning av problemområde samt en testsökning formulerades ett syfte för föreliggande examensarbete i enlighet med Forsberg och Wengströms (2016) struktur för litteraturstudier.

Steg 2. Frågeställning

Frågeställning formulerades enligt Forsberg och Wengströms (2016) ordning för att möjliggöra svar på litteraturstudiens syfte.

Steg 3. Plan för litteraturstudien

En plan för föreliggande litteraturstudie formulerades i en projektplan, vilket är en förutsättning för en litteraturstudie (Forsberg & Wengström 2016). Projektplanen redogjorde för hur metoden utformats och uppvisade en testsökning i de valda databaserna PubMed och CINAHL som genomförts. Val av analysmetod och teoretisk referensram beskrevs och en tidsplan för utförandet av litteraturstudien utformades.

Steg 4. Sökord och sökstrategi

Förberedande för databassökningen utvecklades relevanta sökord som överensstämde med POR-modellen och som svarade på studiens syfte. Alla sökord översattes till engelska eftersom engelska är det officiella språket som används i internationella databaser. Sökord blev vid behov formulerade genom sökning i Svensk MeSH (Karolinska institutet 2017). De databaser som blev aktuella i föreliggande examensarbete var CINAHL som har huvudsakligt fokus

på omvårdnadsforskning samt PubMed som täcker forskningsområden både inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström 2016).

Datainsamling

Efter relevanta diskussioner och idé-stormning mellan författarna av den föreliggande litteraturstudien (MB & RM) genomfördes en testsökning som bestod av fem sökblock som täcker varje område utifrån POR-modellen: motsvarande synonymer för *nurses experience*, synonymer för *family, end-of-life care, relation* och *qualitative studies*. Testsökningen gav en initial uppfattning om vad som forskats på inom intresseområdet för föreliggande litteraturstudie. Testsökningen gav även möjlighet att finna relevanta och synonyma ämnesord som på sökträffarna som eventuellt kunde användas i sökningens senare fas (SBU 2014). Exempelvis att ”palliative care” motsvarade ”terminal care” på flertalet av sökträffarna. Dessa sökord blev diskuterade sinsemellan MB och RM för att finna de mest relevanta sökord som svarar på föreliggande studies syfte och som samtidigt kunde generera ett tillräckligt antal studier i både CINAHL och PubMed. Sökblock skapades genom att sökorden kombinerades med OR vilket gav ett bredare resultat inom varje sökblock, och resultatet avgränsades genom att de fem sökblocken kombinerades med den Booleska söktermen AND i enlighet med Forsberg och Wengström (2016). Se bilaga 1 för sökningstabeller.

Tre sökblock innehöll ämnesord som hämtades från databasernas ordlistor eller med hjälp av Svensk MeSH för sökning i PubMed och Headings för sökning i CINAHL. Två sökblock utgjordes av fritextsökning av sökordet “relation*”. Ämnesord som också kallas indexeringsord är utvecklade av databaserna i hierarkiskt och alfabetiskt ordnade ordlistor som även kallas Tesaurus (SBU 2014). I dessa sökblock genomfördes en fritextsökning på varje sökord. Trunkering (*) blev använt på två sökord som enbart bestod av ett ord för att generera så många olika varianter av sökordet som möjligt (Forsberg & Wengström 2016). De två sökord där trunkering applicerades var “Caregiver” och “Relation” varav båda var fritextsökningar. Sökordet “Caregiver” var en del av sökblocket *family* medan “Relation” utgjorde ett eget sökblock. Författarna av föreliggande litteraturstudie strävade efter att använda samma ämnesord, men det fanns olika ämnesord som hade samma betydelse i de olika databaserna. Till exempel i CINAHL var det “Qualitative Studies” medan det i PubMed var “Qualitative research” (Bilaga 1).

Till de fem sökblocken adderades filtren abstrakt, engelska samt tidsramen 2007–2017. Dessa begränsningar rekommenderas av Forsberg och Wengström (2016).

Steg 5. Val av litteratur

Vid valet av litteratur till litteraturstudier ska inklusions och exklusionskriterier formuleras (Forsberg & Wengström 2016). Inklusions- och exklusionskriterierna som använts vid urvalet av litteratur för föreliggande litteraturstudie redogörs för i tabell 2.

Tabell 2. Inklusions- och exklusionskriterier för litteratur.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ studiedesign - Studier publicerade efter år 2007 - Studier på engelska - Studier som berör sjuksköterskors erfarenheter av närstående till patienter i livets slutskede 	<ul style="list-style-type: none"> - Studier som enbart har vidareutbildade sjuksköterskor i urvalet, exempelvis distriktssjuksköterskor - Studier som uteslutande berör patienter med demenssjukdom - Pediatrisk/neonatal kontext - Artiklar utan abstrakt

Genom systematisk sökning i databaserna PubMed och CINAHL genererades sammanlagt 552 sökträffar. Samtliga titlar i sökningen lästes varefter 112 abstrakt valdes ut vars studier verkade motsvara de tidigare formulerade inklusions- och exklusionskriterierna för föreliggande litteraturstudie. Abstrakten till de dittills utvalda artiklarna lästes av MB och RM oberoende av varandra och resultatet jämfördes och diskuterades sedan sinsemellan tills konsensus uppnåddes. Därefter valdes 32 artiklar att läsas i fulltext för att ytterligare avgränsa urvalet utifrån relevans för föreliggande litteraturstudie. Läsningen av artiklarna i fulltext genomfördes återigen av MB och RM oberoende av varandra och resultatet jämfördes sedan åter sinsemellan. Olikheter i bedömningen av artiklarnas relevans diskuterades tills konsensus uppnåddes. Slutligen erhöles sammanlagt 17 artiklar varav sex från PubMed och elva från CINAHL (Tabell 3).

Steg 6. Värdering av litteratur

För att relevans- och kvalitetsgranska den utvalda litteraturen användes Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) granskningsprotokoll för kvalitativa artiklar (SBU 2014). De 17 utvalda artiklarna granskades enligt detta protokoll och graderas utifrån det med hög, medelhög eller låg kvalitet. SBU:s granskningsprotokoll (2014) anger inga kriterier för de olika kvalitetsgraderna vilket innebar att egna kriterier för föreliggande litteraturstudies kvalitetsgradering utformades. Artiklar som uppfyllde 80-100% av granskningsprotokollets frågor bestämdes motsvara hög kvalitet medan artiklar som uppfyllde 0-60% av punkterna bestämdes motsvara låg kvalitet. Artiklar mellan 60-80% uppfyllda punkter motsvarade medelhög kvalitet. De enskilda punkterna i granskningsprotokollet värderades vara av olika vikt för kvaliteten på studierna - exempelvis värderades frågorna "Finns relevant etiskt resonemang?", "Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?" och "Är urvalet relevant?" högre än punkterna "Genereras hypotes/teori/modell?" och "Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?". För föreliggande litteraturstudie beslutades att enbart artiklar av hög eller medelhög kvalitet skulle väljas ut till vidare analys och artiklar av låg kvalitet valdes bort.

Kvalitetsgranskningen utfördes av MB och RM oberoende av varandra, vilka initialt granskade och värderade artiklarna självständigt. Därefter diskuterades granskningen tills konsensus kring varje artikel uppnåddes. Vardera del av studierna - det vill säga syfte, urval, datainsamling, analys och resultat - diskuterades var för sig och helhetsbilden av studierna togs även i beaktning i diskussionerna. Graderingen av artiklarna fastslogs därefter som låg-, medel- eller hög kvalitet (Bilaga 2). Det slutgiltiga resultatet av värderingen av litteraturen resulterade i 13 utvalda artiklar av 17 granskade (Tabell 3).

Tabell 3. Urvalsprocessen.

Datum, Databas	Sökblock	Begränsning	Antal träffar/lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar i fulltext	Antal utvalda artiklar att granska	Antal valda artiklar
2017-11-08, PubMed	#23	Abstract available, English language, Published date 2007-2017	90	20	10	6	4
2017-11-09, CINAHL	#21	Abstract available, English language, Published date 2007-2017	462	94	22	11	9
Totalt			552	112	32	17	13*

*Totalt 3 artiklar som var av intresse uppkom i sökträffarna i båda databaserna. Dessa artiklar valdes att räknas som PubMed-träffar i resterande urvalsprocess.

Steg 7. Analys och diskussion av litteratur

Analysen av de valda artiklarna utfördes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004) rekommendationer. Karakteristiskt för innehållsanalys är att det läggs vikt på kontexten (a.a.). De erfarenheter som föreliggande examensarbete ämnat belysa finns, som tidigare nämnts, inom olika vårdkontexter. Därför ansågs innehållsanalys och dess synliggörande av kontexten vara lämplig som analysmetod för denna litteraturstudie. Det första steget i processen i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) var att läsa varje artikel flera gånger för att skapa relation till texten. Därefter bearbetades materialet enskilt av MB och RM för att senare diskuteras gemensamt tills det uppnåddes konsensus om eventuella oenigheter. Analysen hade fokus på vad de valda artiklarna synligt manifesterar i sin kontext. Detta kallas en manifest innehållsanalys där bärande meningar kodas och kategoriseras i kategorier och underkategorier som återspeglar det centrala budskapet i texten (a.a.). Det innehåll som motsvarade examensarbetets syfte och frågeställning kondenserades till tre kategorier och sex underkategorier. Innehållsanalysen genomfördes induktivt vilket innebär att någon teori inte användes som utgångspunkt så att en förutsättningslös analys kunde utföras (Lundman & Hällgren Graneheim 2008).

Slutligen diskuterades resultatet av utförd innehållsanalys, dvs. syntesen, utifrån Antonovskys (2005) teoriram om salutogent hälsoperspektiv och begreppet känsla av sammanhang (KASAM) applicerades på resultatet. De kategorier som framkom genom innehållsanalysen kopplades till de tre hörnstenarna av modellen KASAM. Dessa var: *meningsfullhet*, *begriplighet* och *hanterbarhet* (a.a.).

Steg 8. Sammanställning och slutsats

Slutligen utformades en konklusion i enlighet med Forsberg och Wengströms (2016) ordning. Föreliggande examensarbets resultat och diskussion låg som grund för de slutsatser som drogs. Examensarbetet lästes i sin helhet flertalet

gångar med specifikt fokus på resultat- och diskussionsdel i relation till bakgrunden för att sedan sammanställa arbetets upptäckter i relation till den ”röda tråden” och slutsatser utifrån texten drogs.

Etiska överväganden

I enlighet med Helsingsforsdeklarationen (2013) ska all forskning som involverar människor utföras med respekt och med målet att beskydda deltagare och de människor som forskningsområdet inramar. I urvalet av studier ställdes det därmed krav på att studien skulle vara godkänd av etisk prövningsnämnd eller innehålla ett etiskt resonemang i enlighet med SBU:s (2014) handbok. Polit och Beck (2014) påpekar att etiska resonemang ofta förekommer i studiers metoddel vilket stämmer i samtliga 13 artiklar i den föreliggande litteraturstudien. Då materialet består av empiriska studier har Codex (2015) fyra grundläggande krav som ska beaktas vid utförandet av empiriska studier tagits hänsyn till. Dessa krav är informationskravet, kravet om informerat samtycke, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (a.a). Hur de 13 utvalda studierna i föreliggande litteraturstudie behandlat dessa krav varierar. Tolv studier uppgav att forskningen utförts efter godkännande från ett etiskt råd eller kommitté och flera av dessa studier gav även en tillräckligt detaljerad beskrivning av deras tillvägagångssätt för att kunna uppfylla Codex (2015) etiska krav.

RESULTAT

Resultatet byggdes på 13 vetenskapliga studier av kvalitativ ansats. Åtta av dem bedömdes vara av hög kvalitet (Arbour & Wiegand 2014; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; Ranse m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011) och fem av medelhög kvalitet (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Lopez 2007; McLeod m.fl. 2010; Namasivayam m.fl. 2013; Peterson m.fl. 2010) (Bilaga 2). Fyra studier gjordes i Kanada (Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Stajduhar m.fl. 2011), tre i USA (Arbour & Wiegand 2014; Lopez 2007; Peterson m.fl. 2010), två i Australien (Namasivayam m.fl. 2013; Ranse m.fl. 2012), en i Sydafrika (Kisorio & Langley 2016), en i Storbritannien (Efstathiou & Walker 2014), en i Sverige (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007) och en i Kina (Chan m.fl. 2013).

I tre studier (Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Ranse m.fl. 2012) användes utforskande-beskrivande studiedesign. Två studier (Namasivayam m.fl. 2013; Peterson m.fl. 2010) använde grundad teori som studiedesign. Två studier (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Lopez 2007) hade kvalitativ beskrivande design. En studie (Arbour & Wiegand 2014) hade deskriptiv fenomenologisk studiedesign. En studie (Marchessault m.fl. 2012) använde en tolkande fenomenologisk studiedesign. En studie (Chan m.fl. 2013) hade kvalitativ innehållsanalys som studiedesign. En studie (Stajduhar m.fl. 2011) var av etnografisk design. En studie (Leung m.fl. 2015) genomfördes med en tolkande-deskriptiv studiedesign och den sista studien (McLeod m.fl. 2010) använde en filosofisk hermeneutisk studiedesign.

Innehållsanalysen resulterade i tre kategorier samt sex underkategorier som på olika sätt belyser sjuksköterskors erfarenheter av närstående vid vård i livets slutskede (Tabell 4).

Tabell 4. Översikt av resultat.

Kategorier	Underkategorier
Sjuksköterskans relation till närstående	<ul style="list-style-type: none"> - Att inventera närståendes resursförmåga - Att ge stöd
Sjuksköterskans relation till sig själv	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionell komplexitet - Självreflektion och personlig utveckling
Sjuksköterskans kommunikation med närstående	<ul style="list-style-type: none"> - Att ge information - Att ha svåra samtal

Sjuksköterskans relation till närstående

Sjuksköterskors erfarenheter av att skapa relation med närstående delades upp i de två underkategorierna: "Att inventera närståendes resursförmåga" samt "Att ge stöd".

Att inventera närståendes resursförmåga

Sjuksköterskor beskrev att närstående var viktiga medlemmar i teamet kring patienten som befinner sig i livets slutskede (Marchessault m.fl. 2012). Sjuksköterskorna betraktade närstående som unika individer med individuella behov och kapacitet (McLeod m.fl. 2010; Stajduhar m.fl. 2011). Sjuksköterskorna ansåg att när närstående klarade att ta hand om sig själva blev närstående en resurs i processen av att ge vård till den döende patienten (McLeod m.fl. 2010; Stajduhar m.fl. 2011). De menade att det var viktigt att starta med att känna till närståendes bakgrund, personlighet, beredskap, emotionella status, grad av sorg, utbildnings- och kunskapsnivå, socioekonomiska omständigheter samt spirituella värderingar inför planeringen av det stöd som närstående hade behov av (Marchessault m.fl. 2012; Ranse m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011). Närståendes kapacitet blev förstörd av sjuksköterskorna utifrån villigheten att delta i omvårdnaden av patienten, men också utifrån resursförmågan och tidigare erfarenheter av att ta hand om en familjemedlem i livets slutskede (Stajduhar m.fl. 2011). Sjuksköterskorna uppgav att de aktivt försökt få inblick i relationen mellan närstående och patienter (McLeod m.fl. 2010; Stajduhar m.fl. 2011). Att möta närstående utifrån deras resursförmåga och familjekonstellation underlättade arbetet med att förbereda närstående för processen av vård i livets slutskede (Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010). Ytterligare inventerades närståendes förväntningar av vården (Efstathiou & Walker 2014; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Namasivayam m.fl. 2013; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Sjuksköterskorna upplevde att en harmonisk relation med närstående var möjlig då det rädde samklang vad beträffade deras förväntningar och den vård som erbjöds (a.a.).

Att ge stöd

Att lära känna närståendes resursförmåga uppfattades av sjuksköterskor som en form av stöd (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Kisorio & Langley 2016; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att utveckla en balanserad och ömsesidig relation med närstående för att kunna ge stöd och förhindra dem från att bli utbrända (Marchessault m.fl. 2012; Peterson m.fl. 2010). För sjuksköterskor var en god relation med närstående beroende av att finna en balans (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Marchessault

m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012) mellan exempelvis mänsklig närvaro och professionellt avstånd (Efstathiou & Walker 2014; McLeod m.fl. 2010). Denna balans påverkades av att sjuksköterskorna upplevde en brist på specifika riktlinjer kring att ge familjecentrerad vård vilket skapade osäkerhet i mötet med närstående (Efstathiou & Walker 2014; McLeod m.fl. 2010). Trots denna osäkerhet ansåg sjuksköterskor att genom att etablera en god relation med närstående blev utförandet av stöd i livets slutskede mindre komplicerat (Efstathiou & Walker 2014).

Stöd ansågs av sjuksköterskorna vara baserat på engagemang och närvaro (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Sjuksköterskors närvaro kunde hjälpa närstående att finna mening i situationen de befann sig i (McLeod m.fl. 2010). Meningsfullhet upplevdes av sjuksköterskorna som en väsentlig aspekt eftersom det ledde till att närståendes coping-strategier utvecklades (a.a.). Sjuksköterskorna uppfattade att stöttande moment inkluderade flera saker, såsom att tillhandahålla närstående information, bekräfta närståendes känslor och att vara närvarande både fysiskt och emotionellt genom att lyssna aktivt samt att även respektera stunder av tystnad som kunde uppstå (Efstathiou & Walker 2014; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010). Öppna frågor användes för att invitera närstående till att reflektera över sitt eget välbefinnande i den svåra situationen berörande liv och död (McLeod m.fl. 2010). Sjuksköterskorna, och särskilt oerfarna sjuksköterskor, hade en tendens att fokusera på att utöva uppgiftsorienterad vård istället för personcentrerad vård (Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; McLeod m.fl. 2010). Uppgiftsorienterad vård bidrog till att närstående kände sig ensamma och otrygga (McLeod m.fl. 2010). Avsaknad av stöd påverkade närståendes delaktighet negativt (Chan m.fl. 2013). Prioritering var ofta en utmaning i stöttandet av närstående och trots att sjuksköterskor upplevde att de hade ont om tid försökte de skapa kvalitetstid genom att vara närvarande i mötet med närstående (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Kisorio & Langley 2016; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Stajduhar m.fl. 2011).

Sjuksköterskorna stöttade närstående genom att underlätta för dem att komma närmare den döende familjemedlemmen vilket skapade en meningsfull upplevelse (Arbour & Wiegand 2014; Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; Ranse m.fl. 2012). De uppgav att det var vanligt förekommande att de uppmuntrade närstående till att sitta ned vid familjemedlemmens säng och att inte vara rädda för att vidröra dem (Ranse m.fl. 2012). Sjuksköterskor fungerade även som en bro mellan närstående och patienten exempelvis när det uppstod konflikter dem emellan (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010). I de flesta fall då konflikter uppstod tog sjuksköterskor patientens sida och såg till att patientens röst blev hörd (Peterson m.fl. 2010).

I tillägg till att sjuksköterskorna använde sin roll som bro mellan närstående och patienter för att skapa närvaro dem emellan uppgav sjuksköterskor att de kunde modifiera den fysiska miljön (Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Ranse m.fl. 2012). Genom att ta bort eventuellt överflödigt teknisk utrustning och dämpa belysningen skapade sjuksköterskor en intim miljö som bidrog till att närstående och patienter fick ett fridfullt ögonblick när döden var nära (Arbour & Wiegand 2014; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Ranse m.fl. 2012).

Sjuksköterskorna strävade också efter att skapa minnen för närstående genom att involvera närstående och hjälpa dem med att exempelvis ta patienters handavtryck, fotografera, spela lugn och rogivande musik, spara en lock av patientens hår eller ge patientens id-band till närstående (Arbour & Wiegand 2014; Efstathiou & Walker 2014; Ranse m.fl. 2012). Sjuksköterskorna uppfattade att gott stöd i livets slutskede startade med att de såg sig själva som medmänniskor (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007) med egna värderingar och personligheter som påverkades av organisatorisk kultur, omvårdnadsfilosofier samt socio-kulturella normer i samhället (Stajduhar m.fl. 2011).

Sjuksköterskans relation till sig själv

I mötet med närstående till patienter i livets slutskede lärde sjuksköterskor även känna sig själva. Detta delades in i de två underkategorierna: "Emotionell komplexitet" och "Självreflektion och personlig utveckling".

Emotionell komplexitet

Att möta närstående visade sig påverka sjuksköterskorna känslomässigt (Arbour & Wiegand 2014; Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; Lopez 2007; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Namasivayam m.fl. 2013; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011). Det innebar för de en kontext där det var centralt att uppleva tvetydighet (Efstathiou & Walker 2014). Sjuksköterskorna hade en vilja att engagera sig känslomässigt i närståendes situation (Namasivayam m.fl. 2013) och det ansågs viktigt att göra sig själv sårbar i mötet med närstående (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007). Samtidigt uttrycktes en rädsla för att bli för känslomässigt involverad (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Peterson m.fl. 2010). Sjuksköterskorna upplevde arbetet som utmanande (Kisorio & Langley 2016) och arbetet kunde innebära både positiva och negativa känslor (Arbour & Wiegand 2014; Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; Namasivayam m.fl. 2013; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011). Negativa känslor som maktlöshet (Chan m.fl. 2013; Lopez 2007; Marchessault m.fl. 2012), oro (Lopez 2007; Peterson m.fl. 2010) och misslyckande (Arbour & Wiegand 2014; Marchessault m.fl. 2012) kunde förekomma i relation till närståendes situation. Flera sjuksköterskor uppgav att de sörjde för närståendes skull (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Marchessault m.fl. 2012; Peterson m.fl. 2010). Att bära på dessa känslor kunde upplevas som svårt då de samtidigt ansåg att det var viktigt att hålla sig lugn inför familjen och hålla känslorna de upplevde åt sidan (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Peterson m.fl. 2010). Det kunde dock även vara positivt att låta känslor, såsom sorg, få bli en del av mötet med närstående då det ansågs kunna fungera som ett sätt för sjuksköterskorna att visa medkänsla (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Efstathiou & Walker 2014). Positiva känslor som tillfredsställelse kunde infinna sig hos sjuksköterskorna (Arbour & Wiegand 2014; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; Namasivayam m.fl. 2013; Ranse m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011). Speciellt tillfredstillande upplevdes det när sjuksköterskor blev uppskattade av närstående (Marchessault m.fl. 2012; Namasivayam m.fl. 2013; Ranse m.fl. 2012), men även själva akten av att stötta närstående gav upphov till att känna sig tillfreds (Arbour & Wiegand 2014; Ranse m.fl. 2012). En del sjuksköterskor uppgav att relationen till närstående kunde vara njutbar (Stajduhar m.fl. 2011).

Sjuksköterskorna löpte risk för att bli emotionellt utbrända (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Arbetet kunde upplevas som emotionellt dränerande (Chan m.fl. 2013) och för att orka vara nära det lidande som sjuksköterskorna mötte uppgav de att det var viktigt att känna meningsfullhet med sitt jobb (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; McLeod m.fl. 2010). Sjuksköterskorna mötte även etiska och moraliska dilemman i arbetet (Lopez 2007; Marchessault m.fl. 2012) som de önskade ha mer stöd från arbetsplatsen i. Det uppstod känslor av hjälplöshet och frustration kopplat till det faktum att det inte alltid gick att erbjuda en god död och ett gott avslut för närstående (Arbour & Wiegand 2014; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012).

Självreflektion och personlig utveckling

Vid omvårdnad av närstående till patienter i livets slutskede fanns möjlighet till självreflektion hos sjuksköterskorna (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Marchessault m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011). Den palliativa kontexten bjöd in till både självreflektion och självinsikt (Marchessault m.fl. 2012) och det beskrevs som viktigt med självkänedom i mötet med närstående för att känna till sina begränsningar och styrkor (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007). Enligt flera sjuksköterskor var det oundvikligt att i sitt yrke reflektera över egna livskriser och egen ångest, samt över självupplevda erfarenheter de bar med sig av situationer liknande dem som de dagligen mötte på jobbet (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007). Det beskrevs som utvecklande både på ett professionellt och ett personligt plan (Marchessault m.fl. 2012). Självreflektion kunde även leda till ett bättre yrkesutövande (McLeod m.fl. 2010).

Att uppleva osäkerhet beskrevs vara vanligt förekommande (Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; Marchessault m.fl. 2012; Peterson m.fl. 2010). Osäkerheten kunde leda till att sjuksköterskorna reflekterade över sitt yrkesutövande och ställde sig frågor rörande om de verkligen gjort tillräckligt och om de hade kunnat göra mer (Efstathiou & Walker 2014; Marchessault m.fl. 2012). Att ha egna livserfarenheter (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; Peterson m.fl. 2010) och yrkesvana (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Lopez 2007; Peterson m.fl. 2010) identifierades som viktiga faktorer för att kunna förlita sig till sig själv i dessa komplexa situationer. Exempelvis kunde det upplevas som svårt att stötta andra i situationer som sjuksköterskorna själva aldrig varit i (Peterson m.fl. 2010). Andra uppgav att det genom empatisk förmåga gick att sätta sig in i närståendes situation och uppleva den som en medmänniska som delar sårbarheten i att vara människa - utöver att vara sjuksköterska (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007).

Sjuksköterskans kommunikation med närstående

Samtliga studier tog upp kommunikation som en del av sjuksköterskors erfarenheter av närstående vid omvårdnad av patienter i livets slutskede. Kommunikationen delas upp i de två underkategorierna: "Att ge information" och "Att ha svåra samtal".

Att ge information

En stor del av omvårdnaden ägnades åt att informera närstående om patientens tillstånd och prognos (Arbour & Wiegand 2014; Chan m.fl. 2013; Efstathiou &

Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Sjuksköterskor utbildade närstående om livets slutskede och förklarade döendeprocessen (Arbour & Wiegand 2014; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012) och såg det som att vara en guide för närstående (McLeod m.fl. 2010). Sjuksköterskor upplevde det som att närstående vände sig till dem för att få ärlig information (Arbour & Wiegand 2014) och att det var deras jobb att göra den information som närstående erhållit från läkaren mer lättförståelig (McLeod m.fl. 2010). Det förekom att närstående hade falskt hopp vad beträffar situationen på grund av felaktig tolkning av informationen eller förnekelse (Lopez 2007; Leung m.fl. 2015). Detta upplevdes som ett stort hinder i att förbereda närstående för döden (a.a.).

Att ha svåra samtal

En del av sjuksköterskornas arbete innebar att ha svåra samtal med närstående (Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010). Att exempelvis ge dåliga besked till närstående beskrevs vara ett svårt arbetsmoment (Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010) där det gällde att avväga rätt mängd information och rätt timing för när informationen skulle ges (Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010). Sjuksköterskor uppgav att de med hänsyn till närstående försökte besitta förmågan att välja stunder då närstående var öppna för att höra och ta in beskeden samt kapabla till att ta eventuella beslut (Leung m.fl. 2015). Sjuksköterskorna uppgav att det ingick i deras jobb att initiera dessa svåra samtal (Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010) samtidigt som flera undvek det (Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010). Ett undvikande beteende beskrevs av sjuksköterskorna att bero på bristande erfarenhet (Lopez 2007), att de ville skydda familjen (Leung m.fl. 2015) samt att de ville upprätthålla någon sorts distans till situationen (McLeod m.fl. 2010). Att prata om döden undveks med respekt för närståendes hopp då sjuksköterskorna inte ville släcka det (Leung m.fl. 2015), men det kunde också ses som en viktig del av jobbet som gärna utfördes för att hjälpa närstående att bearbeta sjukdomen och förbereda sig för döden (Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010).

Att anpassa kommunikationen efter varje familjs situation ansågs vara viktigt (Arbour & Wiegand 2014; Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010; Namasivayam m.fl. 2013; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Sjuksköterskorna strävade efter att erbjuda och utöva en unikt anpassad omvårdnad där kommunikation var avgörande för att inte dra generaliserande slutsatser om vare sig närstående eller patienter (Namasivayam m.fl. 2013; Stajduhar m.fl. 2011). Bristande kommunikation sågs som ett stort hinder för en god död och ett gott avslut för närstående (Lopez 2007). Sjuksköterskorna upplevde att det inte alltid fanns tillräckligt med tid för att god kommunikation skulle kunna uppstå (Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; Peterson m.fl. 2010) och att även brist på tidigare erfarenhet låg som hinder (Peterson m.fl. 2010). Ett ytterligare hinder var i fall där sjuksköterskorna och de närstående hade dåligt samspel mellan varandra och var oense (Lopez 2007; Marchessault m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011). Det kunde röra sig om att ha skilda meningar och övertygelser (Lopez 2007; Marchessault m.fl. 2012) eller att som sjuksköterska ha blivit förolämpad av närstående genom att exempelvis utsättas för rasistiska kommentarer (Stajduhar m.fl. 2011). Kommunikationen med närstående beskrevs

av sjuksköterskor vara som bäst när den upplevdes som empatisk och ömsint av mottagaren (Arbour & Wiegand 2014). Andra föredrog att kommunicera på ett bestämt, tydligt och klart sätt för att hålla distans (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007).

DISKUSSION

Följande förs en kritisk diskussion gällande föreliggande examensarbets metod och resultat i enlighet med Forsberg och Wengströms (2016) rekommendationer.

Metoddiskussion

Litteraturstudiens svagheter och styrkor gällande utförande av metoden diskuteras nedan.

Förberedande arbete och sökstrategi

En styrka i föreliggande litteraturstudie är att Forsberg och Wengströms (2016) modell valdes för att skapa tydlighet och struktur i tillvägagångssättet. Forsberg och Wengström (2016) påpekar att allmänna litteraturstudier ibland har svagheter, som till exempel att dessa typer av studier ger en alltför begränsad mängd relevant forskning för att kunna bilda grunden för en ordentlig översikt av den litteratur som finns. En systematisk litteraturstudie, det vill säga en litteraturstudie som ger en omfattande översikt baserat på all existerande relevant litteratur inom ett intresseområde (Forsberg & Wengström 2016), var inte aktuellt att genomföra med anledning att det fanns begränsningar vad beträffar tidsram och ekonomiska resurser för den föreliggande studien.

I föreliggande litteraturstudie eftersträvades att utföra sökstrategin steg för steg på ett systematiskt sätt kombinerat med ett kritiskt förhållningssätt som har följts genom hela processen. Innan en testsökning (SBU 2014) genomfördes fördjupade sig författarna av föreliggande examensarbete i två dokument från Socialstyrelsen (2007 & 2013) med avsikt att få en pålitlig preliminär bild av intresseområden. Dessa dokument har fungerat som ”kärnartiklar” som använts för att utveckla sökord och få fram kompletterande litteratur till både bakgrund och resultatdiskussion. ”Kärnartiklarna” bidrog även med att väsentlig forskning inom intresseområdet av den föreliggande litteraturstudien i mindre utsträckning riskerats att missas. Detta kan ses som en styrka – dock tar Polit och Beck (2014) upp eventuell problematik rörande att fördjupa sig i litteratur före datainsamling. De menar att det kan skapa meningsskiljaktigheter bland forskare som utför kvalitativa studier samt att det kan ha inflytande på hur de koncept som berör det utforskade området utvecklas (Polit & Beck 2014). Litteratursökningen genomfördes i två olika databaser - PubMed och CINAHL - och om sökningar genomförts i fler databaser än dessa hade möjligheten att få fram fler relevanta studier ökat ytterligare.

Testsökningar, enligt SBU:s (2014) rekommendationer, och sökningar i Svensk MeSH (Karolinska Institutet 2016) utfördes med syftet att erhålla en hög kvalitet på de slutgiltiga sökningarna. Både indexeringsord och fritextord valdes som sökord för att fånga så många av de relevanta studierna som möjligt (SBU 2014). Fördelar med indexeringsord är att de skapade möjlighet att fånga artiklar där sökordet beskrev artikelns innehåll. Fritextord möjliggjorde att hitta de allra senaste publicerade artiklarna som ännu inte blivit indexerade (a.a.). Vissa

indexeringsord, som exempelvis *nurses experiences*, fanns inte i PubMed och det blev nödvändigt att använda fritextord som en lösning. Detta kan ha bidragit till att fler artiklar som inte passade det aktuella syftet framkom i sökningsresultatet. Författarna strävade konsekvent efter att använda samma sökord i både PubMed och CINAHL men en viss modifiering var nödvändig för att kunna utveckla likvärdiga sökblock i båda databaserna. De tre artiklar i det slutgiltiga urvalet för föreliggande litteraturstudie som framkommit i både PubMed och CINAHL blev registrerade under sökresultatet i PubMed eftersom denna sökning genomfördes först i ordningen. Att flera studier framkom i båda databaserna kan tolkas som att databassökningarna var noggrant genomförda med likvärdiga sökblock (Polit & Beck 2014).

Urval och värdering av litteratur

För att begränsa materialet sattes inklusions- och exklusionskriterier som ansågs relevanta. Att redogöra för dessa kriterier i examensarbetet bidrar till att skapa transparens i tillvägagångssättet, vilket enligt Polit och Beck (2014) är viktigt med hänsyn till den totala kvaliteten i litteraturstudien då studien ska kunna repeteras och generera liknande resultat. På så sätt stärks litteraturstudiens ”confirmability” (bekräftelsebarhet), alltså om andra kan bekräfta vad författarna fått fram (SBU 2014). Andra inklusions- och exklusionskriterier hade påverkat både resultat och syfte, exempelvis om pediatrik/neonatal vårdkontext utgjort en del av materialet till detta examensarbete. Fokus specificerades att läggas på grundutbildade sjuksköterskor utan specialistutbildning vilket motiverar de formulerade inklusions- och exklusionskriterierna.

Polit och Beck (2014) argumenterar att en litteraturstudie både ska beskriva och kritiskt granska evidensen i resultatet i de valda studierna samt värdera hur denna evidens står i förhållande till kunskapsläget inom intresseområdet. Med detta i ryggen exkluderades inga studier enbart på grund av att en del av deras resultat eventuellt stod i motsättning till resterande utvalda studier eftersom att detta skulle påverka objektiviteten (a.a.). Det kan betraktas som en svaghet att två studier, som utifrån titel och abstrakt bedömdes vara relevanta, exkluderats på grund av att de inte var tillgängliga utan kostnad. Genom att belysa detta förstärks samtidigt den föreliggande litteraturstudiens transparens vilket enligt SBU (2014) är en styrka för tillförlitligheten.

Relevans- och kvalitetsgranskning av utvalda studier genomfördes med hjälp av SBU:s (2014) granskningsprotokoll då Forsberg och Wengströms (2016) modell inte var tillräcklig med hänsyn till exempelvis studiers datamättnad. Samma anledning ligger som grund för motiveringen till att Polit och Becks (2014) granskningsprotokoll valdes bort då detta protokoll även saknar uppgift om hur forskare hanterar etiska frågor i forskningsprocessen. För att öka tillförlitligheten i litteraturstudien togs i beaktning om studierna sponsrats ekonomiskt, vilket kan påverka resultatets tillförlitlighet (SBU 2014). För att ytterligare öka tillförlitligheten genomfördes granskningen enskilt av examensarbetets författare och diskuterades därefter tills konsensus uppnåddes. Vidare åtgärder som tagits för att stärka litteraturstudiens tillförlitlighet är att datum på utförda databassökningar är redogjorda för ökad transparens. Giltigheten enligt SBU:s (2014) definition stärktes genom att enbart studier av hög och medelhög kvalitet fått utgöra det material som examensarbetet grundats på. Detta innebar att studiernas datainsamling och analys bedömdes vara trovärdig. Under granskningen togs även i beaktning om studiernas kontext och urval var väl

redovisad vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) är något som stärker en studies transferabilitet. De utvalda studierna redovisade detta i varierande grad och litteraturstudiens överförbarhet enligt SBU:s (2014) definition är därmed inte säkerställt den högsta.

Ett fåtal studier redogjorde för ett etiskt godkännande utan vidare information eller etiska diskussioner, vilket av Polit och Beck (2015) anses vara tillräckligt för att uppvisa ett gott etiskt resonemang. En studie (McLeod m.fl. 2010) uppgav varken godkännande från etisk prövningsnämnd eller tydligt beaktande av Codex (2015) etiska krav. MB och RM ansåg dock att studien (McLeod m.fl. 2010) på andra sätt vidrört etiska resonemang av värde och inkluderades därmed i litteraturstudien samt bedömdes vara av medelhög kvalitet. Totalt sju studier deklarerade att de inte hade någon intressekonflikt.

Analys av litteratur

Materialet analyserades utifrån Graneheim och Lundmans (2004) rekommendationer då dessa ansågs vara mer utförligt beskrivna än Forsberg och Wengströms (2016). Innehållsanalysen genomfördes enskilt av författarna till den föreliggande litteraturstudien i syfte att öka resultatets tillförlitlighet. Att uppnå full tillförlitlighet enligt SBU:s (2014) definition anser Graneheim och Lundman (2004) dock vara omöjligt. Oavsett om den innehållsanalys som genomförs är manifest eller latent innebär ett närmande av en text alltid att det sker en tolkning i någon grad (Graneheim & Lundman 2004). Författarparet har haft ett aktivt förhållningssätt till sin subjektivitet genom att föra kontinuerliga diskussioner kring parets bakgrunder och varit ödmjuka inför att ett helt objektiva resultat inte kan göras anspråk på. Objektivitet hade kunnat uppnås till en högre grad om innehållsanalysen genomförts på kvantitativ forskning (Graneheim & Lundman 2004). Litteraturstudiens ”confirmability” (bekräftelsebarhet) (SBU 2014) kan på samma sätt debatteras som ouppnåeligt. Dock har litteraturstudiens bekräftelsebarhet stärkts genom att enbart materialets manifesta innehåll har analyserats, vilket innebär att författarparet behandlat studiernas synliga innehåll och inte rört deras underliggande meningar (Graneheim & Lundman 2004).

Resultatdiskussion

I resultatet av föreliggande examensarbete belystes erfarenheter hos sjuksköterskor relaterat till närstående vid vård i livets slutskede. Närstående utgjorde en stor del vid vård i livets slutskede vars delaktighet visade sig vara avhängande av olika faktorer och försökte främjas av sjuksköterskor. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av närstående som en del i teamet och som en viktig resurs för patienten (Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010), men också som några som själva var i behov av stöd och resurser för att kunna hantera situationen (McLeod m.fl. 2010; Stajduhar m.fl. 2011; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; Peterson m.fl. 2010; Namasivayam m.fl. 2013; Ranse m.fl. 2012; Efstathiou & Walker 2014).

Resultatet diskuteras nedan utifrån ett salutogent hälsoperspektiv och kopplas till Antonovskys (2005) teori om känsla av sammanhang (KASAM) genom komponenterna *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*.

Begriplighet

I underkategorin “Att inventera närståendes resursförmåga” belystes bland annat hur sjuksköterskor skapade sig en bild av närstående genom att ta reda på deras

behov och förutsättningar (McLeod m.fl. 2010; Stajduhar m.fl. 2011). Detta belystes vara en förutsättning för att som sjuksköterska kunna utforma omvårdnaden i livets slutskede utifrån aktuell och unik situation, vilket stämmer överens med innebörden av kärnkompetensen *personcentrerad vård* (Svensk sjuksköterskeförening 2017) som ska leda sjuksköterskors arbete med en förståelse för det unika i närståendes resurser, förutsättningar och förväntningar. Kartläggning av närståendes behov och förutsättningar gav sjuksköterskor möjlighet att anpassa omvårdnaden till ett sätt som blev begripligt för närstående, där exempelvis den information som gavs närstående kunde hjälpa sjuksköterskor att fungera orienterande och guidande genom den svåra terräng som livets slutskede kan vara för både närstående och patient (Arbour & Wiegand 2014; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012).

Att en situation upplevs som begriplig menas att den, om än svår, kan ordnas och förklaras (Antonovsky 2005). Begriplighet är, precis som de två andra komponenterna, viktig för personers KASAM (Antonovsky 2005). Sjuksköterskors försök till att utforma vården i livets slutskede utefter varje närståendes unika situation kan tyda på en medvetenhet om vikten av att göra tillvaron begriplig för närstående. Att ge närstående lämpligt utformad information och förklara det förväntade förloppet i livets slutskede belystes i resultatet som moment som utgör stora delar av omvårdnaden (Arbour & Wiegand 2014; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Närståendes KASAM kan på så sätt stärkas genom sjuksköterskors insatser i att skapa begriplighet för dem. Ytterligare en erfarenhet som belystes i resultatet var erfarenheten av närstående som fått information från läkare utan att ha förstått den givna informationen (McLeod m.fl. 2010). I denna erfarenhet kan identifieras både ett eventuellt hot mot närståendes KASAM då information behöver kunna förstås för att begriplighet ska infinna sig - och en chans för sjuksköterskor att skapa begriplighet för närstående. Sjuksköterskors erfarenhet av detta var även att det ingick i deras roll att förmedla informationen från läkaren på ett för närstående mer lättförståeligt sätt (McLeod m.fl. 2010), vilket stämmer överens med resultatet i Reinke m.fl (2010) studie. Då begriplighet krävs för en stark KASAM (Antonovsky 2005) kan det motiveras som viktigt för sjuksköterskor att ha med sig en medvetenhet kring att situationer som denna kan uppstå och att närstående kan fångas upp genom att se till att erhållen information är begriplig och förstådd.

Resultatet belyste även sjuksköterskors erfarenheter av vård i livets slutskede då omvårdnaden inte fungerade optimalt. Hinder som kunde förekomma var fall då det rådde en obalans mellan den vård som sjuksköterskor erbjöd och den vård som närstående förväntade sig (Efstathiou & Walker 2014; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Denna företeelse kan tänkas vara en dålig förutsättning för närstående att erfara situationen som begriplig då det finns en upplevd klyfta mellan förväntan och verklighet, vilket stämmer överens med Antonovskys (2005) beskrivning av en tillvaro med låg begriplighet. Låg begriplighet innebär att tillvaron upplevs som oväntad, slumpartad och oförklarlig (a.a.). En uppgift för sjuksköterskan med syftet att stärka närståendes KASAM kan då bli att försöka minska denna klyfta för att främja begripligheten i situationen.

Underkategorin "Att ha svåra samtal" belyste de erfarenheter sjuksköterskor hade av samtal som ansågs svåra, vilket kunde innebära dåliga besked skulle ges till närstående (Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010). Sjuksköterskor slets mellan att initiera dessa svåra samtal och att undvika dem (Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010). Med Antonovskys (2005) teori om KASAM som utgångspunkt kan det anses viktigt att sjuksköterskor inte undviker dessa samtal. Människan har ett behov av att förstå vad som pågår och uppleva situationen som begriplig för att kunna ha en stark KASAM. Oavsett om den bakomliggande anledningen till ett undvikande beteende var att, som beskrivet i resultatet, skydda sig själv eller de närstående (Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010) riskerar beteendet att försvaga närståendes KASAM då information undanhålls från dem och begripligheten därför hotas. Det är viktigt att som sjuksköterska inte underminera närståendes behov av att förstå vad som pågår då en oförklarlig tillvaro försvårar deras KASAM. Att försöka skydda närstående från lidande genom att undanhålla information kan antas leda till ett ökat lidande då tillvaron riskerar att upplevas som mer kaosartad och begriplighet inte är tillgängligt.

Som redan nämnts är personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening 2017) en förutsättning för att närstående till personer i livets slutskede ska kunna uppleva tillvaron som begriplig (Antonovsky 2005). En ytterligare förutsättning kan argumenteras vara att omvårdnaden utförs av sjuksköterskor med både god personlig, etisk och estetisk kunskap utifrån Carpers (1978) beskrivning. God personlig kunskap hos sjuksköterskor innebär att de har förståelse för sina egna individuella styrkor och svagheter, vilket skulle kunna hänga samman med en ökad förståelse även för andras inre förutsättningar. Den personliga kunskapen kan anses krävas för att i mötet med närstående ha med sig en ödmjukhet inför att alla människor är olika och har unika behov. Genom att ha kunskap om sina egna förutsättningar når sjuksköterskor en fördjupad förståelse för hur de själva kan bemöta andra utifrån sina egna förutsättningar, och att som närstående bli bemött och erhålla omvårdnad utefter deras unika situation har tidigare diskuterats vara en viktig faktor för att närståendes tillvaro ska kunna göras begriplig. De erfarenheter som belystes i resultatet som var etiskt utmanande för sjuksköterskor relaterat till närstående visar på att det finns ett behov av att som sjuksköterska verksam inom vård i livets slutskede ha god etisk kunskap. Omvårdnadsetiska kunskaper krävs för att hantera de moment som genererar etiska dilemman, såsom svåra samtal. En god estetisk kunskap kan även argumenteras vara en förutsättning för att exempelvis hantera svåra samtal. Resultatet visade att det krävdes en förmåga hos sjuksköterskor att avgöra rätt timing för när dåliga besked skulle ges till närstående och rätt mängd av information (Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010) vilket utifrån studiens resultat tyder på att den fingertoppskänsla som estetisk kunskap pekar mot är nödvändig och utgör en viktig del i skapandet av begriplighet för närstående.

Hanterbarhet

I resultatet belystes att sjuksköterskors förhållningssätt till närståendes coping i livets slutskede var en dynamisk process där sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att kunna skapa balans mellan närvaro och avstånd i relationen med närstående (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Peterson

m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Sjuksköterskor lade uppmärksamhet på närståendes coping (Chan m.fl. 2013), och enligt Antonovsky (2005) är coping beroende av det han kallar för motståndsresurser. Dessa motståndsresurser kan vara en del av individens socio-kulturella bakgrund, personlighet, utbildnings- och kunskapsnivå, ekonomi, eller spirituella liv (a.a.). Sjuksköterskor upplevde att närstående ibland försökte ha all fokus på att ge stöd till den döende familjemedlemmen trots att den närstående inte var kapabel till att ta hand om både sig själv och familjemedlemmen (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; McLeod m.fl. 2010). Konsekvensen av att inte ha tillgängliga motståndsresurs att använda i svåra situationer kan enligt Antonovsky (2005) minska livskvaliteten. Resultatet belyste att det var viktigt för sjuksköterskor att kunna läsa av och känna till närståendes kapacitet eller copingförmåga eftersom detta var nödvändigt för att kunna ge anpassat stöd och personcentrerad omsorg (Marchessault m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011), vilket stämmer överens med innebörden av kärnkompetensen *personcentrerad vård* (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Att som sjuksköterska betrakta närstående som en viktig medlem i teamet kring patienten skapade harmoni i relationen med närstående (Marchessault m.fl. 2012). Detta skapade trygghet och reducerade närståendes känsla av att vara ensam eftersom teamet gav en känsla av gemenskap och samhörighet där målet var att skapa en positiv upplevelse tillsammans (Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010). Detta resultat återfinns i litteratur som studerat temat hanterbarhet och närståendes upplevelser av stöd i livets slutskede från närståendes perspektiv (Milberg & Strang 2004). Stöd blev förstått som en känsla av samhörighet som står i kontrast till känslan av ensamhet och isolation. Milberg och Strang (2004) menade att känslan av samhörighet bygger på att ha tillit till andra och till sig själv och att det finns tillräckliga resurser om det skulle uppstå motgångar. Närvaro och tillit mellan sjuksköterskor och närstående är en förutsättning för att skapa samhörighet, och resultatet i föreliggande examensarbete visade att en god relation byggs på närvaro och tillit (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Leung m.fl. 2015; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012; Stajduhar m.fl. 2011). Närståendes tillit till att sjuksköterskor var kompetenta och kunniga upplevde sjuksköterskorna som avgörande för att kunna möta närståendes behov (Leung m.fl. 2015; Stajduhar m.fl. 2011). Sjuksköterskorna upplevde sig själva som instrument (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Kisorio & Langley 2016; Lopez 2007; McLeod m.fl. 2010; Peterson m.fl. 2010; Stajduhar m.fl. 2011) som var tillgängliga för närstående. Att betrakta sjuksköterskors kompetens som ett instrument eller en motståndsresurs bidrog till att närståendes känsla av hanterbarhet stärktes (Antonovsky 2005; Milberg & Strang 2004; Stoltz m.fl. 2006). Starkare känsla av hanterbarhet leder enligt Antonovsky (2005) till bättre livskvalitet.

Meningsfullhet

Föreliggande examensarbets resultat belyste vad som kan ge mening och hur sjuksköterskor försöker skapa mening för närstående och patienten, men även för sig själv i sin professionella roll (Arbour & Wiegand 2014; Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Genom att skapa en nära och harmonisk relation med närstående upplevde sjuksköterskorna att deras förhållningssätt betydde mycket för närstående vid vård i livets slutskede (a.a.). Att främja meningsfullhet hos närstående handlade om att sjuksköterskorna

såg detta som motivation som gav närstående styrka att mobilisera sina resurser och utveckla coping-strategier (McLeod m.fl. 2010). Eventuellt påverkade närståendes upplevelse av meningsfullhet graden av deras delaktighet (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007). Antonovsky (2005) betraktade begreppet *meningsfullhet* som drivkraften och motivations-komponenten i KASAM. Att finna meningsfullhet vid vård i livets slutskede påverkas av flera faktorer som exempelvis närståendes kapacitet, socio-kulturella bakgrund, personlighet, beredskap, utbildnings- och kunskapsnivå, spirituella behov och värderingar, samt graden av sorg (McLeod m.fl. 2010, Stajduhar m.fl. 2011; Ranse m.fl. 2012). Utifrån föreliggande litteraturstudies resultat kan dessa faktorer tolkas som en del av närståendes KASAM. Genom att sjuksköterskor strävade efter att lära känna närstående fick sjuksköterskor en idé om närståendes KASAM och använde detta för att identifiera och kartlägga deras behov av stöd.

För övrigt ansåg sjuksköterskorna meningsfullhet i sitt arbete som en resurs de kunde använda för att skydda sig själva från att bli emotionellt utbrända (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007). Meningsfullhet i arbetet gjorde att sjuksköterskor fick mod till att engagera sig och komma nära närstående samt visa sina känslor och sin medmänsklighet (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Efstathiou & Walker 2014). Meningsfullhet i Antonovskys (2005) bemärkelse verkar alltså enligt det föreliggande examensarbetets resultat fungera som en viktig komponent för motivation, inte bara hos närstående utan även hos sjuksköterskor. I resultatet belystes dessutom att en nära relation med närstående, som nämnts vara betydande för skapandet av meningsfullhet, krävde att sjuksköterskor är medvetna om sin egna personliga kapacitet till relationsskapande (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007). Detta kan kopplas till Carpers (1978) teori om personlig kunskap hos sjuksköterskor, och som på så sätt argumenteras vara en förutsättning för upplevelsen av meningsfullhet.

I flera studier ansåg sjuksköterskor att en meningsfull vård med hög kvalitet var beroende av sjuksköterskans engagemang och närvaro med närstående (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; Chan m.fl. 2013; Efstathiou & Walker 2014; Kisorio & Langley 2016; Marchessault m.fl. 2012; McLeod m.fl. 2010; Ranse m.fl. 2012). Upplevelsen av meningsfullhet var även associerad med begreppet hopp (Lopez 2007; Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010). Genom att hjälpa närstående till att uppnå acceptans i situationen upplevde sjuksköterskor att de klarade att förhindra att närstående hade falskt hopp grundat på felaktig förståelse av patientens medicinska tillstånd (Lopez 2007; Leung m.fl. 2015). Genom att uppnå acceptans inför att döden var nära blev vården meningsfull och sjuksköterskor hjälpte närstående att förbereda sig för döden och fokusera på att ha kvalitetstid och aktiviteter med den döende familjemedlemmen (Leung m.fl. 2015; McLeod m.fl. 2010). Dessa resultat angående meningsfullhet i livets slutskede stämmer överens med studier som berör intresseområdet av föreliggande examensarbete. I en studie av Milberg och Strang (2003) visade resultatet att känslan av meningsfullhet var relaterad bland annat till närståendes välbefinnande, dagliga liv och hopp. Att komma nära närstående för att ge stöd som passar närståendes behov har visat sig löpa som en röd tråd genom de utvalda studierna i föreliggande litteraturstudie. Sjuksköterskors erfarenheter av meningsfullhet är ett resultat av ett förhållningssätt där sjuksköterskor hade viljan att göra sitt bästa, både som professionella och medmänniskor, för att hjälpa och ge stöd till närstående trots att sjuksköterskor riskerar att uppleva svårt lidande (Blomberg & Sahlberg-Blom 2007; McLeod m.fl. 2010; Namasivayam m.fl. 2013).

KONKLUSION

Det visade sig att god omvårdnad till närstående var något som eftersträvades på olika sätt och att kvaliteten på omvårdnaden var påverkbar av bland annat relationen som skapats mellan sjuksköterskan och närstående. Att engagera sig i närståendes situation för att erbjuda stöd visade sig vara grundläggande men svårt. Genom att på olika sätt inventera närståendes resursförmågor skaffade sig sjuksköterskor möjligheter att anpassa omvårdnaden utefter både närståendes och patienters förutsättningar, behov och önskemål. Sjuksköterskors förutsättningar för att kunna utöva god omvårdnad påverkades av yrkesvana, egna livserfarenheter, empatisk förmåga och organisatoriska faktorer såsom tid. Sjuksköterskors erfarenheter av närstående präglades av reflektioner kring hur nära de skulle vara de närstående, hur sårbara de skulle göra sig i mötet med dem och hur de skulle hantera både närståendes och sina egna känslor. Att som sjuksköterska bli känslomässigt berörd var både ett faktum, en utmaning och en tillgång. Svåra samtal var en vanlig företeelse som gav upphov till etiska dilemman hos sjuksköterskor då närståendes hopp ville hållas intakt men hotades av dåliga prognoser. Vidare sågs sjuksköterskors stöd till närstående som försök att skapa en känsla av sammanhang (KASAM) i livets slutskede. *Begriplighet* främjades genom lämpligt utformad information. *Hanterbarhet* främjades genom att noga balansera närvaro och avstånd mellan sjuksköterskan och närstående. *Meningsfullhet* främjades genom att skapa intimitet mellan närstående och den döende patienten.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Författarna av föreliggande litteraturstudie anser att fördjupad kunskap om sjuksköterskors erfarenheter av närstående vid vård i livets slutskede har erhållits och att denna kunskap visar på ett komplext innehåll i ett viktigt område inom sjukvården. Att, utifrån den nyförvärvade kunskapen, genomföra en empirisk intervjustudie beträffande aspekten av närståendes känsla av sammanhang vid vård i livets slutskede och sjuksköterskors erfarenheter mer specifikt av detta vore intressant. Vidare vore det även intressant för författarparet och viktigt för fortsatt kunskapsutveckling att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av närstående i andra vårdssammanhang där patienter exempelvis är inneliggande under lång tid av andra orsaker än obotliga sjukdomar, samt att belysa relationen mellan sjuksköterskor och närstående ur både närståendes och patienters perspektiv.

Resultatet av föreliggande litteraturstudie har belyst att det finns behov av att kartlägga hur sjuksköterskors egna föreställningar om professionen utmanas i svåra situationer vid vård i livets slutskede. Att i dagsläget utöva personcentrerad samt familjecentrerad vård är en stor utmaning som kräver tydligare riktlinjer för en utveckling av sjuksköterskors förhållningssätt och relation till patienter och deras närstående. Fler empiriska studier rörande ämnet vore önskvärt med hänsyn till detta behov av kunskapsutveckling och eventuella organisatoriska förändringar. Genom fortsatta fördjupade kunskaper kan förhoppningsvis hinder för god omvårdnad till både patient och närstående förebyggas samt förbättringar i sjuksköterskors omvårdnadsarbete äga rum. De

slutsatser som grundats på diskussioner utifrån Antonovskys (2005) salutogena hälsoperspektiv kan vara till nytta för sjuksköterskor verksamma inom vård vid livets slutskede. Föreliggande litteraturstudie kan gärna användas för att influera sjuksköterskor i det dagliga arbetet i att bemöta och stötta närstående på ett sätt som ytterligare skapar trygghet och en känsla av sammanhang för dem.

REFERENSER

* Studier inkluderade i resultatet.

Andershed B, Ternestedt B-M, (2001) Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 554-562.

Andershed B, Ternestedt B-M, (1999) Involvement of relatives in care of the dying in different care cultures: Development of a theoretical understanding. *Nursing Science Quarterly*, 12(1), 45-51.

Antonovsky A, (2005) *Hälsans mysterium*. Stockholm, Natur och Kultur.

*Arbour R B, Wiegand D L, (2014) Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 211-218.

*Blomberg K, Sahlberg-Blom E, (2007) Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 244-254.

Brobäck G, Berterö C, (2003) How next of kin experience palliative care of relatives at home. *European Journal of Cancer Care*, 12, 339-346.

Carper B A, (1978) Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24.

*Chan H Y L, Lee L H, Chan C W H, (2013) The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. *Support Care Cancer*, 21, 1551-1556.

*Efstathiou N, Walker W, (2014) Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3188-3196.

Erichsen E, Danielsson E H, Freidrichsen M, (2010) A phenomenological study of nurses: Understanding honesty in palliative care. *Nursing Ethics*, 17(39), 101-117.

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

Friedrichsen M J, (2003) Justification for information and knowledge: Perceptions of family members in palliative home care in Sweden. *Palliative and Supportive care*, 1, 239-245.

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.

Helsingforsdeklarationen, (2013) *World Medical Association Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. ><http://www.wma.net>< PDF (2017-11-06)

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.

Jakobsson E, Andersson M, Öhlén J, (2014) *Livets slutskede - välbefinnande och död*. I: Friberg F, Joakim Ö, (Red) *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (1:2 upplaga). Lund, Studentlitteratur.

Karolinska institutet, (2017) *Svensk MeSH*. ><https://mesh.kib.ki.se>< HTML (2017-11-08)

*Kisorio L C, Langley G C, (2016) Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30-38.

*Leung D, Blastorah M, Nusdorfer L, Jeffs A, Jung J, Howell D, Fillion L, Rose L, (2015) Nursing patients with chronic critical illness and their families: a qualitative study. *British Association of Critical Care Nurses*, 22(4), 229-237.

*Lopez R P, (2007) Suffering and Dying Nursing Home Residents: Nurses' Perceptions of the Role of Family Members. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9(3), 141-149.

Lundman B, Hällgren Graneheim U, (2008) *Kvalitativ innehållsanalys*. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B, (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (1:2 upplaga). Lund: Studentlitteratur.

*Marchessault J, Legault A, Martinez A-M, (2012) Providing in-home palliative care within a generalist caseload: a chance for nurses to reflect on life and death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(3), 135-141.

Milberg A, Strang P, (2003) Meaningfulness in palliative home care: an interview study of dying cancer patients' next of kin. *Palliative Support Care*, 1(2), 171-180.

Milberg A, Strang P, (2004) Exploring comprehensibility and manageability in palliative home care: an interview study of dying cancer patient's informal carer. *Psyko-Oncology*, 13, 605-618.

*McLeod D L, Tapp D M, Moules N J, Campbell M E, (2010) Knowing the family: Interpretations of family nursing in oncology and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 93-100.

*Namasivayam P, Lee S, O'Connor M, Barnett T, (2013) Caring for families of the terminally ill in Malaysia from palliative care nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 173-180.

*Peterson J, Johnson M, Halvorsen B, Apmann L, Chang P-C, Kershek S, Scherr S, Ogi M, Pincon D, (2010) What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4), 181-187.

Polit D F, Beck C T, (2014) *Essentials of Nursing Research - Appraising evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*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.

Reinke L F, Shannon S E, Engberg R A, Young J P, Curtis R J, (2010) Supporting hope and prognostic information: Nurses' perspectives on their role when patient have life-limiting prognoses. *National Institute of Health*, 39(6), 982-992.

Royal College of Nursing, (2014) *Defining Nursing*. London, Royal College of Nursing.

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

Socialstyrelsen, (2007) *Forskning som speglar vården i livets slutskede - Sammanställning av aktuell forskning*. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2009) *Nationella indikatorer för God vård*. Stockholm, Socialstyrelsen.

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

Socialstyrelsen, (2016) *Utvärdering 2016 - Palliativ vård i livets slutskede - Sammanfattning med förbättringsområden*. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2017) *Socialstyrelsen – Termbanken*.
><http://termbank.socialstyrelsen.se>< HTML (2017-12-17)

Socialtjänstlagen, 2001:453.

*Stajduhar K I, Funk L, Roberts D, McLeod B, Cloutier-Fisher D, Wilkinson C, Purkis M E, (2011) Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 276-286.

Stoltz P, Lindholm M, Udén G, Willman A, (2006) The meaning of being supportive for family caregivers as narrated by registered nurses working in palliative home care. *Nursing Science Quarterly*, 19(2), 163-173.

Svensk sjuksköterskeförening, (2015) *Familjefokuserad omvårdnad*. Stockholm, Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening, (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm, Svensk sjuksköterskeförening.

Tishelman C, Berhardson B-M, Blomberg K, Börjeson S, Franklin L-L, Johansson E, Leveälahti H, Sahlberg-Blom E, Ternstedt B-M, (2004)

Complexity in caring for patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 420–429.

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur AB.

BILAGOR

Bilaga 1. Databassökning

Bilaga 2. Artikelmatris

BILAGA 1

1:2 Databassökning

Tabell 5. Sökning i PubMed utförd 2017-11-08.

NR	Sökblock	Sökord	Träffar
#1		Family	1 088 662
#2		relatives	1 115 864
#3		caregiver*	59 255
#4		"family"[MeSH Terms]	278 071
#5		"caregivers"[MeSH Terms]	28 349
#6	Family	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	1 149 002
#7		End of life	65 795
#8		End of life care	72 278
#9		Palliative care	64 982
#10		Terminal care	53 262
#11		Hospice care	13 427
#12		"palliative care"[MeSH Terms]	47 120
#13		"hospice care"[MeSH Terms]	5 557
#14		"terminal care"[MeSH Terms]	46 132
#15	End-of-life care	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	158 360
#16		Nurse perception	8 531
#17		Nurse experience	25 814
#18		Nurse attitude	45 852
#19	Nurses experience	#15 OR #16 OR #17	69 531
#20	Qualitative Research	"qualitative research"[MeSH Terms]	34 726
#21	Relation	relation*	2 336 985
#22		#6 AND # 15 AND #19 AND #20 AND #21	123
#23		#6 AND # 14 AND #18 AND #19 AND #20 Limiters: Abstract available, Published in the last 10 years, English Language	90

1:2 Databassökning

Tabell 6. Sökning i CINAHL utförd 2017-11-09.

NR	Sökblock	Sökord	Träffar
#1		Family	176 273
#2		Relatives	77 886
#3		Caregiver*	39 418
#4		"Family+" (MH)	129 056
#5		"Caregivers" (MH)	20 661
#6	Family	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	328 963
#7		End of life	14 078
#8		End of life care	8 159
#9		Palliative care	28 490
#10		Terminal care	13 151
#11		Hospice care	9 225
#12		"Hospice and Palliative Nursing" (MH)	3 866
#13		"Palliative care" (MH)	23 033
#14		"Hospice Care" (MH)	6 688
#15		"Terminal Care+" (MH)	43 625
#16	End-of-life care	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14	54 303
#17	Nurse experience	Nurse perception or experience or attitude	331 222
#18	Qualitative research	"Qualitative Studies+" (MH)	87 955
#19	Relation	Relation*	370 482
#20		#6 AND #16 AND #17 AND #18 AND #19	548
#21		#6 AND #16 AND #17 AND #18 AND #19 Limiters: Abstract available, Published in the last 10 years, English Language	462

BILAGA 2

2:1 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of study, Comments
<p>Arbour & Wiegand, Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study, 2014, USA</p>	<p>To improve understanding of the role perceptions experienced by critical care nurses during transition from aggressive, life-saving care to palliative and end-of-life care.</p>	<p>Descriptive, phenomenological study.</p> <p>Individual interviews were conducted and audio-recorded.</p> <p>One investigator conducted all interviews.</p> <p>A broad question was asked initially followed by additional follow-up probing questions.</p> <p>Coliazzi's method of data analysis was utilised to inductively determine themes, clusters and categories.</p>	<p>n = 19 participants, critical care nurses</p> <p>Gender: Female 17 (89.4%) Male 2 (10.6%)</p> <p>Age in years: 35 (mean) 21-52 range</p> <p>Level attained in nursing education: Associate's degree 2 (10.5%) Diploma programme 9 (47.4%) Bachelor of science in nursing 7 (36.8%) Master's degree 1 (5.3%)</p> <p>Years of clinical practice: Mean number of years in clinical practice was 9.9 (range 1–25) years and in critical care practice was 7.2 (range 1–25) years.</p>	<p>Categories that evolved from the data included educating the family, advocating for the patient, encouraging and supporting family presence, managing symptoms, protecting families and creating positive memories and family support.</p> <p>Some of the study participants also described the obligation they felt to teach and mentor new nurses in providing care to dying patients and their families.</p> <p>A general pattern that emerged from the participant's responses was a higher comfort level with role expression during care of dying patients and their families associated with older clinicians, longer times in practice and additional experiences dealing with death outside of the clinical setting.</p>	<p>High quality.</p> <p>All parts of the study were clearly described and relevant.</p> <p>Saturation of data and analysis was achieved.</p> <p>Authors discussed their own position in all of the steps related to the outcome of the study.</p> <p>The study was approved by a research ethics committee.</p>

2:2 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of study, Comments
<p>Blomberg & Sahlberg-Blom, Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care, 2007, Sweden</p>	<p>To describe how care team members caring for patients with advanced cancer describe how they handle difficult situations in daily care.</p>	<p>Qualitative descriptive study.</p> <p>Based on focus group discussions (FGD) led by a moderator. Included an observer.</p> <p>Open-ended questions.</p> <p>The procedure for data analysis was inspired by the phenomenological method.</p> <p>Each FGD was tape-recorded, transcribed word-for-word by a professional transcriber and then read and corrected by the moderator and the observer.</p>	<p>n = 77 participants, a mix of health care professions including nurses</p> <p>Gender: All female</p> <p>Varied in age and work life experience.</p>	<p>Care team members handled difficult situations by balancing between being close and distancing themselves. In most situations their choice of strategy seemed spontaneous rather than being a conscious decision, while it was sometimes described as a more conscious approach.</p> <p>The tools used to create closeness and distance were Identity, Meaning, Limit-setting and touching, Prioritization, The Team and The Organization. These could both facilitate and impede the use of closeness and distance.</p>	<p>Moderate quality.</p> <p>Most parts of the study were clearly described and relevant.</p> <p>The selection was not elaborately described in the study.</p> <p>Author discussed their own position in relation to the data sampling but in no other parts of the study.</p> <p>The study was approved by a research ethics committee.</p>

2:3 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of study, Comments
<p>Chan et al, The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit, 2013, China</p>	<p>To explore the perceptions and experiences of bereavement care among nurses and the bereaved family members in an oncology care setting in Hong Kong.</p>	<p>Qualitative design. In-depth interviews. Semi-structured interview guide with open-ended questions. One person conducted all the interviews. Field notes were taken during or immediately after the interviews. All interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. Qualitative content analysis was performed.</p>	<p>n = 15 participants, oncology nurses Gender: All female Age in years: 25-42 range All have received either a bachelor degree or above. Clinical experience in years: 1-20 range (+10 bereaved family members)</p>	<p>Three core categories were identified: 1) elements of good bereavement care, 2) emotional responses in providing bereavement care and 3) educational needs in bereavement care. 1) Subcategories were: • Providing good nursing care to the dying patient • Informing progress/prognosis on time and regularly providing updated information on a patient's condition • Providing physical comfort to the bereaved 2) Subcategories were: • Feeling wronged and helpless • Coping with grief • Feeling frustrated and having a lack of support 3) Subcategories were: • Feeling inadequately prepared • Lack of counselling skills in relation to the bereaved • Need for further education</p>	<p>High quality. All parts of the study were clearly described and relevant. Saturation of data and analysis was achieved. Authors discussed their own position in all of the steps related to the outcome of the study. The study was approved by a research ethics committee.</p>

2:4 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of Study, Comments
<p>Efstathiou & Walker, Intensive care nurses' experiences of providing end of life care after treatment withdrawal: a qualitative study, 2014, United Kingdom</p>	<p>To explore the experiences of intensive care nurses who provide end-of-life care to adult patients and their families after a decision had been taken to withdraw treatment</p>	<p>Descriptive exploratory method.</p> <p>Semi-structured interviews used to collect data</p> <p>A process derived from interpretative phenomenological analysis (IPA) was applied to analysis data.</p>	<p>Purposive sampling n = 13 nurses from a major university ICU facility that provided neurosurgical, trauma and general intensive care in three separate, yet integrated, environments.</p>	<p>The essence of nurses' experiences of providing end-of-life care after withdrawal of treatment was that they tried to do their best to pave the way for a comfortable and dignified death of the patient.</p> <p>Giving family the chance to engage in the care of the patient was experienced by the nurses as a positive factor.</p> <p>That families expects to feel as if they are home was experienced as a difficult issue by the nurses.</p>	<p>High quality.</p> <p>Clear presentation about transferability of the results.</p> <p>The analysis of data was conducted by an expert in IPA.</p> <p>Clear presentation of the researcher's relationship to the gathering of data.</p>

2:5 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of Study, Comments
Kisorio & Langley, Intensive care nurses 'experiences of end-of-life care, 2016, South Africa	To investigate nurses 'experiences of taking care of patients and their families in end of life within intensive care units.	Qualitative study with explorative descriptive design. Three focus group discussions from three different hospitals. Researchers collected data regarding nurses' experiences of difficulties they faced in giving end of life care for patients and their families and what nurses considered important to be able to give a good quality care.	n = 24 nurses who has been working within intensive care units for more than six months. The 24 nurses were from three different hospitals from Johannesburg. Gender Male = 2 Female = 22 Age in years 31—40 = 7 41—50 = 6 51—59 = 9 60—69 = 2 Years of ICU experience 2—5 = 1 6—10 = 9 11—15 = 8 16—20 = 4 >21 = 2	Results presented in four themes: -Difficulties in the meeting with patients and their families. -Discussions and decision making. -Supporting the patients. -Supporting the families. -Supporting the nurses.	High quality. The presentation of aim, method, ethical consideration, data analysis and context were clearly stated. Authors discussed the saturation of the data/analysis. The results are transferable to similar contexts.

2:6 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of study, Comments
<p>Lopez, Suffering and dying nursing home residents: nurses perceptions of the role of family members, 2007, USA</p>	<p>To further explore the relationship between nursing home nurses and family members by identifying and describing nurses' perception of family members' involvement in end-of-life decisions for residents.</p>	<p>Qualitative, descriptive study. Unstructured, open- ended interviews. The interview text was analysed step by step using the methods described by Downe- Wamboldt.</p>	<p>n = 9 participants, home care nurses Gender: All female Age in years: 43 (mean) 35-52 range Registered nurses = 3 Licensed practical nurses = 6 Years of experience as a nurse: 16.8 (mean) 9-22 range</p>	<p>The study presents three major categories: forms of suffering experienced by nursing home residents near the end of life, family involvement in residents' suffering, and the impact of residents' suffering on the nurses. Three themes that emerged within the category "family involvement in residents' suffering": family conflict; interference with nurses' efforts to mediate for residents' comfort; and failing to be present with dying residents.</p>	<p>Moderate quality. Most parts of the study were clearly described and relevant. The selection was not elaborately described in the study. Author discussed their own position and possible impact of the analysis but no other parts of the study. The study was approved by a research ethics committee.</p>

2:7 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of Study, Comments
<p>Leung et al, Nursing patients with chronic critical illness and their families, 2015, Canada</p>	<p>To generate further understanding of ICU nurses' work with both patients experiencing chronic critical illness (CCI) and their families.</p> <p>Researchers wanted to know how nurses perceive their work with CCI patients and their families and how this reflect their role as nurses. Further the researchers wanted to know what helps nurses to socially negotiate and communicate decisions of care among patients, families and clinical teams.</p>	<p>Interpretative descriptive study: this method assumes social and cultural forces meaningfully impinge on the agency of individuals, and reveal common subjective associations, relationships and patterns found under shared conditions.</p> <p>Semi-structured interviews over four months guided by an interview manual that was piloted with three nurses without changing this strategy until it was found that data addressed the study objectives.</p>	<p>n = 16 nurses working in an intensive care unit in one academic hospital.</p> <p>Gender: n = 15 female n = 1 male</p> <p>Age: 23-60 years</p> <p>Years of critical care experience: 4-37 range</p>	<p>The study generated a primary theme: Internal tension</p> <p>This internal tension was in response to participants' knowledge of patients' poor prognosis and anticipation of their death, while at the same time wanting to shield families from suffering. When participants' internal tension intensified, it challenged their responsibilities to provide information and preserve hope for families.</p>	<p>High quality.</p> <p>Researchers presented the rigour of their method in a clear way. Researchers discussed three central tenets of qualitative research: credibility, plausibility and transferability.</p> <p>The researchers declared their background in the context of the study.</p>

2:8 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of Study, Comments
<p>Marchessault et al, Providing in-home palliative care within a generalist caseload: A chance for nurses to reflect on life and death, 2012, Canada</p>	<p>To describe non-specialized homecare nurses' experiences of providing palliative care within a generalist caseload.</p>	<p>A Heideggerian interpretive phenomenological method. Data collected through unstructured individual interviews.</p>	<p>n = 8 nurses working within home care from the district of Quebec where palliative care is integrated into the general homecare programme. Gender Female = 5 Male = 3 Age Mean of 48 years. Experience Mean of 18 years as nurses Mean of 6,5 years in homecare.</p>	<p>Three main themes emerged from the analysis: 1-Supporting the patient and his/her family. 2-Being concerned about providing quality care. 3-Being confronted with death fosters personal development.</p>	<p>High quality. All steps in the process were well described. The researchers justified the use of their method. The researchers clearly stated that it may be a limitation due to the fact that one of the authors is inexperienced in conducting interviews and phenomenological analysis.</p>

2:9 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of Study, Comments
<p>McLeod et al, Knowing the family: Interpretations of family nursing in oncology and palliative care, 2010, Canada</p>	<p>To identify and interpret the meaning of “family nursing” and describe the practices that aim to help family members in overcoming feelings of anxiety, fear by supporting their engagement in the care of their loved one.</p>	<p>Philosophical hermeneutic study</p> <p>Deep unstructured interviews</p>	<p>n = 30 nurses from the studied units.</p> <p>Age in years: 47 (mean) 25-63 range</p> <p>(n = 19 families with one to two family members (age: 21-64) interviewed.)</p>	<p>Two key interpretations of family nursing practices were: 1) coming to know a family and being known by the family, and 2) attending to family concerns and distress.</p> <p>Knowing the family and letting the family to know the nurses opens a path for family members to become engaged in the care of their loved and terminally ill family member.</p>	<p>Moderate quality.</p> <p>Data gathering strategy was not clearly in accordance with the aim of the study.</p> <p>The relationship between researchers and participants was not clear.</p> <p>Ethical questions were not fully taken in consideration.</p>

2:10 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of Study, Comments
<p>Namasivayam et al, Caring for families for the terminally ill from palliative care nurses' perspectives, 2013, Australia</p>	<p>To describe the process that nurses experienced in engaging with families in Malaysian palliative care settings and the challenges they faced.</p>	<p>Constructivist grounded theory. Purposive sampling method followed by theoretical sampling. Focus group discussions and individual interviews were conducted. Researchers collected information of nurses' experiences of what is it like to care for the families of the terminally ill and which factors the nurses thought to influence their act of caring for those families.</p> <p>Constant comparative method: researchers collected, coded and analysed data simultaneously.</p>	<p>n = 22 nurses working in both inpatient palliative care units and home care services.</p> <p>11 nurses from nongovernment palliative care organisations.</p> <p>11 nurses from public hospitals</p> <p>Age (years), Number of nurses 20–30 = 3 30–40 = 3 40–50 = 4 >50 = 12</p> <p>Position Staff nurse = 13 Palliative care nurse = 4 Nurse coordinator = 4 Nurse manager = 1</p> <p>Years of palliative care experience Up to 5 years = 14 6–10 = 5 >10 years = 3</p>	<p><i>Different expectations:</i> The main problem was that nurses experienced different expectations to families in providing care for terminally ill person.</p> <p>A core process named <i>Engaging with families</i> explained the nurses approach to resolving the main problem. From this process two consequences flowed: Harmony and disharmony.</p>	<p>Moderate quality.</p> <p>The aim of the study was concrete and clear. The process of gathering data was rigor and the context was clearly described. Ethical issues were dealt with properly including the relation of the researchers to the gathered and analysed data. Yet the saturation of analysis was not fully clear.</p>

2:11 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of study, Comments
<p>Peterson et al. What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences, 2010, USA</p>	<p>To examine the experiences of nurses and their particular concerns about caring for a dying patient.</p>	<p>Qualitative grounded theory approach.</p> <p>Audiotaped face-to-face in-depth interviews and online open-ended surveys.</p> <p>Transcripts and responses to the online surveys were coded for initial themes and impressions of the data by the entire research team. These themes were then compared for similarities and differences to group them under larger categories. Following this coding, additional interviews were conducted with those themes in mind.</p>	<p>n = 15 participants (n = 8 interviews, n = 7 online surveys), nurses and nursing students</p> <p>Gender: Female 12 (80%) Male 3 (20%)</p> <p>Age in years: 30 (mean) 20-54 range</p> <p>Highest level of education completed: 1 (6.7%) completed high school 2 (13.3%) a certified nursing certificate 3 (20%) a licensed practical nurse certificate 1 (6.7%) had completed a registered nurse qualification 6 (40%) a bachelor of science in nursing 2 (13.3%) answered 'other'</p>	<p>The nurses in this study expressed several specific concerns about caring for a dying patient. On a personal level, the nurses were concerned about time, and their performance. The nurses were concerned about the comfort of the patient as well as making sure that their information needs were met. The nurses also had concerns about the family of the patient, including caring for the family and mediating between the family and the patient.</p>	<p>Moderate quality.</p> <p>Most parts of the study were clearly described and relevant.</p> <p>Saturation of data was achieved.</p> <p>Authors did not discuss their own position related to the outcome of the study.</p> <p>The study was approved by a research ethics committee.</p>

2:12 Artikelmatrix

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of study, Comments
<p>Ranse et al, End-of-life care in the intensive care setting: a descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practises, 2012, Australia</p>	<p>To identify the beliefs and practises of intensive care nurses about end-of-life care.</p>	<p>Descriptive exploratory qualitative research approach.</p> <p>Semi-structured interviews.</p> <p>Interview transcripts were analysed using an inductive coding approach.</p>	<p>n = 5 participants, intensive care nurses</p> <p>Gender: All female</p> <p>Clinical experience in years: 3-29 range</p>	<p>Analysis of the interviews revealed three major categories: beliefs about end-of-life care; end-of-life care in the intensive care context; and facilitating end-of-life care.</p> <p>Subcategories for the core category beliefs about end-of-life care were:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Value of participating in end-of-life care • Complexity of end-of-life care <p>Subcategories for the core category end-of-life care in the intensive care context were:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotional intensity • Organisational support • Uncertainty and ambiguity <p>Subcategories for the core category facilitating end-of-life care were:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Providing comfort care • Modifying the environment • Facilitating the family's experience 	<p>High quality.</p> <p>All parts of the study were clearly described and relevant. Somewhat lacking in the description of the participants.</p> <p>Saturation of data and analysis was achieved.</p> <p>Authors discussed their own position in all of the steps related to the outcome of the study.</p> <p>The study was approved by a research ethics committee.</p>

2:13 Artikelmatris

Author Title Year, Country	Aim	Method	Selection	Result	Quality of study, Comments
<p>Stajduhar et al, Home care nurses' decisions about the need for and amount of services at the end of life, 2011, Canada</p>	<p>To explore home care nurses' decision-making about the need for and amount of service by clients and families at the end of life.</p>	<p>Qualitative, multi-sample study.</p> <p>Ethnographic methodology.</p> <p>Data collection in two phases:</p> <p>Phase 1: Think Alouds. Brief, tape-recorded narrative descriptions. Followed up by in-person interviews approximately 1 week later.</p> <p>Phase 2: Full Interviews. In-person qualitative interviews.</p> <p>Data were analysed with thematic coding and constant comparison.</p>	<p>Think Aloud focus group: n = 29 participants, home care nurses Gender: Female 28 Male 1</p> <p>Age in years: 50 (mean) 40-63 range</p> <p>Clinical experience (years): Mean 22 5-41 range</p> <p>Interviews: n = 27 participants, home care nurses</p> <p>Gender: Female 26 Male 1</p> <p>Age in years: 49 (mean) 31-62 range</p> <p>Clinical experience(years): Mean: 24 Range: 9-37</p>	<p>Home care nurses characterized decision-making in a complex practice environment involving various goals and considerations, including: (1) assessments of client and family needs and capacities; (2) relationships with clients and families; (3) workload and home care nursing resources; and (4) expertise, practice ideals and approaches to care. HCNs assess client and family needs and capacity; these assessments, at times integrated with relationship considerations, inform predictive judgements about the need for, amount and timing of home nursing visits; these are integrated with workload and home health resource considerations.</p>	<p>High quality.</p> <p>All parts of the study were clearly described and relevant.</p> <p>Saturation of data was achieved.</p> <p>Authors discussed their own position related to the outcome of the study in relation to the analysis of the content.</p> <p>The study was approved by a research ethics committee.</p>