

SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSER AV PALLIATIV OMVÅRDNAD I LIVETS SLUT

EN LITTERATURSTUDIE

JULIA DAMM
FELICIA FISCHLEIN

SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSER AV PALLIATIV OMVÅRDNAD I LIVETS SLUT

EN LITTERATURSTUDIE

JULIA DAMM
FELICIA FISCHLEIN

ABSTRAKT

Damm, J & Fischlein, F. Sjuksköterskans upplevelser av palliativ omvårdnad i livets slut. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2021.

Bakgrund: Befolkningen blir allt äldre och efterfrågan av palliativa vårdplatser ökar. Av de 56 miljoner människor som dör i världen varje år beräknas 60% behöva palliativ vård. I Sverige beräknas 70 000 personer per år behöva palliativ vård den sista tiden i livet. I denna litteraturstudie fokuseras det på den palliativa vården som sker på olika avdelningar inom slutenvården men som inte sker på palliativa vårdavdelningar.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att vårda personer över 18 år som befann sig i livets slutskede inom slutenvården.

Metod: Litteraturstudien bygger på tolv empiriska kvalitativa studier. Samtliga artiklar som svarade mot syftet och valdes ut till litteraturstudien har granskats och kvalitetsbedömts enligt SBU:s riktlinjer.

Resultat: Sjuksköterskan upplever det tufft och utmanande men också ärofyllt att arbeta med palliativ omvårdnad. Kommunikation, kompetens och emotionell påverkan har setts vara viktiga delar som samverkar kring den palliativa vården.

Konklusion: Likheter i hur sjuksköterskorna upplevde palliativ vård sågs världen över. Det ansågs tufft, dränerande men också ärofyllt att arbeta i dödens närhet och att få vårda en patient i livets slut. Det sågs att sjuksköterskor önskade mer utbildning inom ämnet samt att handledning och reflektion ansågs vara viktiga bitar för sjuksköterskorna. Det sågs en tydlig vilja från sjuksköterskorna att vårda patienten så gott som möjligt enligt patientens egna önskemål.

Nyckelord: *Omvårdnad, palliativ vård, sjuksköterska, upplevelser, vård i livets slut*

THE NURSE'S EXPERIENCES OF PALLIATIVE CARE AT THE END OF LIFE

A LITERATURE REVIEW

JULIA DAMM
FELICIA FISCHLEIN

ABSTRACT

Damm, J & Fischlein, F. Nurses experiences of palliative care at the end of life. A literature review. *Degree Project in nursing 15 credit points*, Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2021.

Background: The population is getting older and the demand for palliative care places is increasing. Every year 56 million people in the world die, about 60% of them are estimated to need palliative care at the end of life. In Sweden, it is estimated that 70,000 people per year will need palliative care. In this literature study, the focus is on the palliative care that takes place at hospital units except in the palliative care ward.

Aim: The purpose of this literature study is to describe the nurse's experiences of caring for people over 18 years who are cared for in hospitals at the end of life.

Method: Literature study based on twelve empirical qualitative studies. All articles that corresponded to the purpose and were selected for the literature study have been reviewed and quality assessed according to SBU's guidelines.

Result: The nurse finds it tough and challenging but also honorable to work with palliative care. Communication, competence, and emotional impact have been seen as important parts that interact around palliative care.

Conclusion: Similarities in how nurses experienced palliative care were seen around the world. It was considered tough, draining but also a big honor to work in the vicinity of death and to be able to care for a patient at the end of life. It was seen that nurses wanted more education in the subject and that supervision and reflection were considered important pieces for the nurses. There was a clear will from the nurses to care for the patient as well as possible according to the patient's own wishes.

Keywords: *End of life care, experience, nurses, nursing, palliative care*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Begreppet omvårdnad	4
Palliativ vård och omvårdnad	5
Patienten i livets slutskede	6
Den palliativa patientens autonomi	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
Litteraturstudier	9
Inklusionskriterierna och Exklusionskriterierna	9
POR-modellen	9
Datainsamling	9
Urval	11
Dataanalys	11
Etiska aspekter	11
RESULTAT	12
Olika faktorer som påverkar den palliativa vården	12
Känslor av att arbeta nära döden	16
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
KONKLUSION/SLUTSATS	25
FORTSATT KUNSKAPSUTVEKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	25
REFERENSER	27
BILAGOR	32
Bilaga 1 Sökschema	32
Bilaga 2 Artikelmatris	35

INLEDNING

Sjuksköterskan förväntas kunna hantera hälsoproblem och uppnå bästa möjliga livskvalitén fram till döden oavsett patientens sjukdom eller funktionsnedsättning. En patient som befinner sig i livets slutskede kan finnas på alla avdelningar, således inte enbart på palliativ vårdavdelning. Författarna ville beskriva sjuksköterskans upplevelser, erfarenheter, kompetens och känslor inom området.

Intresset för den palliativa vården bottenar i att vi som studenter är verksamma på en medicinavdelning och neurologiavdelning där det i perioder har funnits ett flertal patienter som vårdats i livets slut. Kunskapen inom den palliativa vården är oerhört viktig och fundamental. Målet med studien var därför att dels öka vår egen kunskap och medvetenhet kring ämnet, dels att identifiera möjliga områden för förbättring. En stor och viktig del av palliativ vård inkluderar patientens familj och närstående, därför har sjuksköterskans arbete med de närstående inkluderats. För att kunna begränsa studiens storlek har de närståendes perspektiv inte diskuterats eller inkluderats i denna litteraturstudie.

BAKGRUND

Sjuksköterskans arbetsområde är komplext, brett och omfattande, för att bli legitimerad sjuksköterska krävs det att ha läst och klarat sjuksköterskeutbildningen vid högskola eller universitet. Utbildningen innefattar 3 års heltidsstudier som genererar 180 högskolepoäng. Segesten (2011) nämnde att i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning stod det vad som förväntades av sjuksköterskan. Där beskrevs förväntningar med hjälp av tre begrepp *yrkeskunnande*, *kompetens* och *förhållningssätt*. Yrkeskunnande handlade om den direkta yrkesutövningen samt kunskap om arbetets förutsättningar och att kunna förstå sammanhang. Sjuksköterskans kompetens borde genomsyras av ett etiskt förhållningssätt, såsom respekt för individen, respekt för olika värderingar och kulturer samt en helhetssyn av patienten. Sjuksköterskan skulle också kritiskt reflektera över de metoder och rutiner som följs inom vården och diskutera hur ny kunskap eventuellt kunde införas (a.a.). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) kapitel 3 §1 *“är målet med hälso och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.”*

Begreppet omvårdnad

Sjuksköterskan är den som har omvårdnadsansvaret över patienten och för att förstå innebörden av de orden behöver begreppet omvårdnad definieras. Enligt Willman (2011) var omvårdnad ett brett område och har tidigare benämnts som en verksamhet men idag definieras omvårdnad som ett ämne, ett kunskapsforskningsområde eller en vetenskaplig disciplin. Willman (2011) benämnde begreppet omvårdnad som att människans helhetssyn, tillvaro och antagande har en betydelse för hur människan är, vilket är en fundamental roll i frågan om vad hälsa och omvårdnad är. Antagandet eller förståelsen om hur människan är ligger till grund för dennes värderingar och val av åtgärder. Därför sker omvårdnad på

personnivå och utgår från människan som en helhet (a.a.). Omvårdnadsteoretikern Virginia Henderson beskrev tolkningen av begreppet omvårdnad genom grundprinciper (Kirkevold 2012) som förklarades med att friska personer och sjuka personer har vissa grundläggande behov som är desamma. Dessa grundläggande behov var bland annat mat, husrum, kärlek och uppskattning. Allmän omvårdnad byggde därför på åtgärder som beskrevs enligt 14 komponenter för att tillfredsställa dessa grundläggande behov. Åtgärderna som beskrevs var bland annat att hjälpa patienten att andas, dricka, äta, hålla en god personlig hygien samt att kunna eliminera kroppens avfallsprodukter. Hendersons beskrev även faktorer som inverkade på behoven och förmågan att tillgodose det. Faktorer såsom ålder, psykisk och fysisk kraft, vilja och motivation. Grundprinciperna var grundläggande behov som tolkades och tillfredsställdes olika av olika individer. Henderson menade att tolkningen berodde på individens sociala bakgrund, kultur samt egna personliga åsikter och tankar. För att kunna tillgodose god hälsa och tillfrisknande ur patientens synvinkel, måste sjuksköterskan således beakta patientens egna upplevelser och behov. Målet för omvårdnad var enligt Henderson att främja hälsa och tillfrisknande eller en kunna ge personen en fridfull död. Sjuksköterskans arbetsuppgift var därmed att hjälpa såväl friska som sjuka personer att åtgärda de behov som individen själv skulle ha utfört om kraft eller vilja samt kunskap funnits (a.a.).

Palliativ vård och omvårdnad

Palliativ vård definieras som ett begrepp med olika förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten när bot inte längre är möjlig (Beck-Friis & Strang 2013). WHO (2020) beskrev att palliativ vård kan definieras som förebyggande och lindrande av lidande hos vuxna, barn och deras anhöriga. Detta när en person själv eller en närstående stod inför problemen i samband med livshotande sjukdom som inte gick att bota (a.a.). Tidigare benämndes palliativ vård som terminal vård eller vård av döende. Men idag har de begreppen ersatts med palliativ vård, som härstammar från latinets *pallium* som betyder mantel och som står för lindrande åtgärder (Beck-Friis & Strang 2013). Andershed och Ternestedt (2020) definierade olika begrepp där *vård i livets slutskede* var palliativ vård som gavs till patienten under dennes sista tid i livet, då målet med vården var att främja livskvalitet och lindra lidande. *Allmän palliativ vård* var den vård som den grundutbildade personalen (med grundläggande kunskaper) kunde ge patienten för att tillgodose dennes behov. *Specialiserad palliativ vård* utfördes av ett multiprofessionellt team med särskild kompetens och gavs till patienter med komplexa symtom eller patienter i en livssituation som medförde särskilda omvårdnadsbehov. Andershed och Ternestedt (2020) tog även upp Socialstyrelsens definition av *palliativ vård i livets slut*, vilket definierades som både allmän och specialiserad palliativ vård som gavs till en person under dennes sista tid i livet då målet med vården var att lindra lidande samt främja livskvalitet. Hur länge den sista tiden i livet varar var olika från person till person, det kunde röra sig om dagar, veckor eller månader (a.a.). Westerlund m.fl. (2018) nämner att befolkningens medvetenhet kring palliativ vård i Sverige har visat sig vara låg. Det visade sig att 84% av befolkningen rapporterade att det hade viss eller ingen medvetenhet och kunskap gällde om vad palliativ vård är. Vidare nämnde Westerlund m.fl. att hinder för att kunna öka medvetenheten kring palliativ vård var rädsla, skam och tabu, samt att ämnet inte diskuterades offentligt i tillräckligt stor utsträckning. Samtidigt sågs det att befolkningen kommer öka, och således kommer också antalet patienter med behov av palliativ vård eller vård i livets slut att öka (a.a.).

Friedrichsen (2013) menar att döden är något som samtliga sjuksköterskor kommer i kontakt med, berör eller möter under sitt verksamma liv, då en patient med behov av palliativ vård kan befinna sig på vilken vårdavdelning som helst (a.a.). Enligt Strang (2013) omfattade den palliativa vården fyra olika dimensioner, som tillsammans bildade en odelbar enhet. De fyra dimensionerna var den fysiska, den psykiska, den sociala och den existentiella eller andliga. Den palliativa vården vilar även på fyra hörnstenar, symtomlindring, närståendestöd, teamarbete samt kommunikation och relation (a.a.). Bahtsevani m.fl. (2016) beskrev att omvårdnadsarbetet riskerade att bli mindre tillgodosett och mindre tillfredsställande för patienten när antalet patienter ökade. Samtidigt nämnde Hussin m.fl. (2018) att de flesta döende patienter fick sin vård från sjuksköterskor oberoende av sjuksköterskornas specialitet eller utbildningsnivå. Vilket innebar att många patienter i livets slut fick sin vård av en grundutbildad sjuksköterska och inte av en sjuksköterska med extra kompetens i palliativ vård. Konsekvensen av detta blev därmed att det ställdes högre krav på den grundutbildade sjuksköterskan (a.a.). Zheng m.fl. (2016) nämnde att de nyutbildade sjuksköterskorna såg vården av en döende patient samt att vara med när en patient dog, som ett tillfälle att lära sig. Detta var något som hjälpte de nyutbildade sjuksköterskorna att växa i sin yrkesroll och även stärkte dem i sitt framtida arbete. Det första mötet med en döende patient eller en avlidna patient lämnade ofta ett bestående intryck hos sjuksköterskan och var ett minne som levde kvar länge. Samtidigt sa sjuksköterskorna att det gav dem kliniska färdigheter och förståelse för hur sjuksköterskan till exempel kan kommunicera med familjen (a.a.). Bergenholtz m.fl. (2015) nämnde i sin studie flera bristande faktorer som påverkade den palliativa vården negativt. I artikeln togs det upp patientens integritet och huruvida denna värnades om. Patientens behov av en fast vårdkontakt tillgodosågs inte när allt för många personer blev inblandade, detta var också att inte värna om patientens integritet. De beskrev även hur sjuksköterskan alltid hade ett syfte när hon eller han gick in till patienten. I stället för att fokus fanns på patienten låg fokus på mediciner som skulle utdelas eller uppgifter som skulle genomföras (a.a.). Hussin m.fl. (2018) nämnde att den bristande kompetensen hos sjuksköterskor som vårdar palliativa patienter på allmänna avdelningar innebar att patienterna inte fick den evidensbaserade omvårdnaden som krävdes. Kunskapen kring palliativ omvårdnad var generellt låg hos den grundutbildade sjuksköterskan och de grundläggande kunskaperna var inte förenliga med de krav som ställdes (a.a.).

Patienten i livets slutskede

Bentrem och Schlick (2019) nämnde att den palliativa vårdens fokus var att förbättra livskvaliteten samt att den palliativa vården även skulle ses som en vägledande hand när det kom till behandlingsbeslut. Detta för att personens psykiska, fysiska och andliga status skulle stämma överens med behandlingsmålet. Bentrem och Schlick förespråkade därför att den palliativa vården tidigt kom på tal när det gällde malignitet eller annan obotlig sjukdom. I artikeln benämndes även om ett problematiskt hinder, ett hinder förklarades genom att läkarna inte ansåg att en patient var döende vilket resulterade i sent insättande av den palliativa vården. Även definitionen av ordet palliativ vård ansågs vara ett hinder och att den botande vården ansågs mer benäget att engagera sig i. Artikeln tog även upp anhörigas upplevelser, de anhöriga upplevde och antydde att den palliativa vården konsulterades sent. Det ansågs dock att anhörigas syn på att palliativ vård var att patientens liv förkortas och otillräcklig förberedelse till sjukdomens prognos vilket blev ett hinder för tidigt insättande av

palliativ konsult. Tidig insättning av palliativ konsult har visat sig förbättra livskvaliteten för patienten samt bidra till bättre tillfredsställelse för anhöriga samt minskade vårdkostnader (a.a.). Brighton och Bristowe (2016) diskuterade fördelarna av tidig insättning av palliativ vård. Tidiga samtal och tidig insättning av palliativa åtgärder har pekat på att patienttillfredsställelse nås samt att patientens mål nås. Vidare diskuterar Brighton och Bristowe vem som borde ta upp dessa samtal, vårdgivaren ansåg att det var patienten själv eller dess närstående som borde öppna upp för samtal om palliativ vård (a.a.).

Henoch och Österlind (2020) beskrev en modell med sex S för god personcentrerad palliativ vård, där kärnan i modellen var självbilden, som innehöll både en kognitiv och en emotionell dimension. Den kognitiva dimensionen var hur patienten tänkte om sig själv och den emotionella dimensionen var hur patienten kände om sig själv. De andra fem S:n var alla relaterade till självbilden och bestod av symtomlindring, sociala relationer, självbestämmande, sammanhang och strategier. Modellen knöt an till livsvärldsperspektivet, utifrån det perspektivet betraktades kroppen som psykisk, fysisk, andlig, social och existentiell samtidigt. Syftet med de sex S:n var att tillämpa en god personcentrerad vård för att kunna göra personens sista tid i livet så optimal som möjligt. Därför kunde modellen användas till såväl dokumentation, planering och utvärdering av det personcentrerade arbetet. Vårdarens uppgift var att tolka patientens kroppsliga uttryck, detta skulle vårdaren kunna göra genom att använda sina sinnen. En god vård i livets innebar att sjuksköterskan kunde anpassa sina kunskaper om omvårdnad, etik och medicin till en patient i en viss situation, detta krävde att sjuksköterskan hade såväl praktisk kunskap som vetenskaplig kunskap samt ett gott omdöme (a.a.). Karlsson m.fl. (2017) beskrev att vård i livets slut var utmanande för sjuksköterskan, att sjuksköterskan måste balansera känslorna hos patienter, anhöriga, kollegor och sig själv. Alla dessa känslor resulterade i att sjuksköterskans egna existentiella funderingar blev påtagliga, vilket ledde till personlig utveckling. Vidare nämnde Karlsson m.fl. att för att sjuksköterskan skulle kunna engagera sig och vara närvarande i sin patients vård borde reflektion ske. Reflektionen skulle då ske genom att låta sjuksköterskorna prata om sina tankar kring döden och arbetet i dödens närhet med andra kollegor. En närvarande och engagerad sjuksköterska troddes ge den döende patienten en bättre livskvalitet (a.a.).

Den palliativa patientens autonomi

Strandberg (2020) beskrev patientens autonomi kopplat till palliativ vård. Patienter som var beroende av vård ska i den mån det var möjligt kunna behålla sitt oberoende, sin frihet och sin autonomi, vilket kunde bli en komplex situation för såväl patient som vårdare. En person som var beroende av att få vård kunde ha en begränsad frihet till följd av ex funktionell nedsatt förmåga. Som vårdare borde fortsatt frihet försöka tillgodoses, till exempel friheten att patienten gjorde sina egna val och således kunde fortsätta vara autonoma i sitt beroende av vård. Relationen mellan patient och vårdare kunde antingen främja eller hämma denna frihet för patienten, som vårdare var det av stor vikt att jobba för att främja patientens autonomi och frihet. Vidare nämnde Strandberg att patienter som var beroende av vårdpersonal berättat om känslor av hjälplöshet, värdelöshet och ensamhet. Strandberg nämnde även hur patienter i livets slutskede uttryckt att det var viktigt för dem att känna sig värdefulla, få behålla sin sociala ställning och leva ett så normalt liv som möjligt den sista tiden av livet. Palliativ vård skulle därför skapa utrymme för patientens autonomi samt hjälpa patienten att få vara

och känna sig som sig själv ända till slutet. (a.a.) Houska och Loučka (2019) beskrev att autonomi innebar individuell frihet och självbestämmande för patienten. Att bibehålla patientens autonomi kunde orsaka konflikter mellan patient och vårdare, då patienten möjligtvis kunde förneka sitt behov av vård på grund av att denne kände sig som en börda. Houska och Loučka delade upp autonomi i två kärndomäner, där den första domänen var *att vara normal* vilket handlade om patientens uppfattning om kroppens normala tillstånd i motsats till kroppens förändring, såsom smärta, viktnedgång och sjukdomens progression. En aspekt av denna domän var patientens brist på fysisk styrka eller energi, vilket spelade en stor roll för patienten gällande beroende. Patienter som vårdades palliativt i livets slutskede uttryckte att det var viktigt att kunna fortsätta det dagliga livet i den mån det gick. Den andra kärn domänen var *att ta kontroll*, där patienten ville ha aktiv kontroll över sitt liv. Denna domän handlade om att patienten ville bli behandlad som en hel person, att inte känna sig som en börda för sin familj och omgivning samt att förstå innebörden av sitt tillstånd och att få behålla sin värdighet (a.a.).

PROBLEMFÖRMULERING

Av de 56 miljoner människor som dör i världen varje år beräknas 60% behöva palliativ vård. I Sverige beräknas 70 000 personer per år behöva palliativ vård den sista tiden i livet (Andershed & Ternstedt 2020). Sjuksköterskan ska kunna ge god omvårdnad för att bland annat minska lidande och för att patienten ska kunna ha en bra livskvalité fram till döden. Då sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret för patienten kommer den ansvariga sjuksköterskans kompetens att spela en viktig roll gällande kvaliteten av vården samt patientens upplevelse av vården. Det är av intresse att se hur sjuksköterskan själv känner kring sin kompetens av palliativ vård och hur det upplevs att vårda patienter i livets slutskede. Som Heno och Österlind (2020) menar så har mycket hänt inom den palliativa vården under de senaste 40 åren, både internationellt och nationellt. Utmaningen framåt blir att göra den palliativa vården tillgänglig för alla som är i behov av den, framför allt med tanke på att befolkningen blir allt äldre. Vidare sade Heno och Österlind att det även ligger en utmaning rörande personalens arbetssituation, då det var vanligt att vårdpersonalen inte kände att de kunde tillgodose den palliativa vården på det vis som var önskvärt. Detta på grund av bristande kunskap, tid, resurser och stöd (a.a.).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att vårda personer över 18 år som befann sig i livets slutskede inom slutenvården.

METOD

Nedan redogörs det för vad en litteraturstudie är, vilka inklusions och exklusionskriterierna som använts, hur databas-sökningarna gått till väga samt hur materialet har granskats och analyserats. Litteraturstudien är baserad på 12 vetenskapliga empiriska artiklar med kvalitativ design. Studiedesignen är vald för att kunna få en nyanserad bild av den palliativa vården samt för att kunna beskriva upplevelser och erfarenheter hos den grundutbildade sjuksköterskan som vårdat en patient i livets slutfas.

Litteraturstudier

En litteraturstudie är en översikt på tidigare skrivit material inom valt ämnesområde (Forsberg & Wengström 2016). Orsaken till att en litteraturstudie görs är för att kunna sammanställa information och resultat inom ämnet och se en ny helhet (a.a.). Eftersom syftet för denna litteraturstudie var att beskriva sjuksköterskans upplevelser så har vetenskapliga kvalitativa studier använts (Bahtsevani m.fl. 2016).

Inklusionskriterierna och Exklusionskriterierna

Inklusionskriterierna innefattade sjuksköterskor som arbetade inom slutenvården och ansvarade över vården för patienter över 18 år i livets slutskede.

Exklusionskriterierna var sjuksköterskor som arbetade på palliativ avdelning, sjuksköterskor med specialkompetens eller vidareutbildning inom palliativ vård samt barn i livets slutskede och anhöriga till patienterna.

POR-modellen

POR-modellen (Bahtsevani m.fl. 2016) användes för att strukturera och tydliggöra sökningar så de svarade på syftet. POR står för population, område och resultat. Sökningarna har utformats i tre områden. Under kategorien population valdes sökorden *nurses* och *nurse* för att hitta artiklar med sjuksköterskor. Område förklarar den plats eller huvudämne som ska inkluderas, i denna litteraturstudie valdes därför *terminal care*, *end of life care*, *palliative care* och *caring for dying patients*. Under kategorien resultat valdes sökordet *experience* ut, detta eftersom syftet var att undersöka sjuksköterskors upplevelser.

Tabell 1 POR-modell

Population	Område	Resultat
Sjuksköterskor	Allmänna avdelningar i slutenvården. Palliativ vård, palliativ omvårdnad, vård i livets slutskede, vård av döende patienter.	Upplevelser

Datainsamling

Datainsamling har genomförts genom databaserna Cinahl och PubMed, där tolv empiriska artiklar med kvalitativ ansats har granskats och lett fram till ett slutresultat som svarar mot studiens syfte. På databaserna Cinahl och PubMed påbörjades sökningarna genom att det lades in termer i olika sökblock för att se om det fanns övergripande artiklar till litteraturstudien. Pilotsökningarna bestod av fritextord samt av Boolesk söklogik, AND och OR. Detta resulterade i alldeles för många artiklar, varav sökorden fick reduceras. Enligt Bahtsevani m.fl. (2016) skulle sökningarna, för att vara systematiska innehålla både fritextord samt

ämnesord som i Cinahl heter “Cinahl headings” och i PubMed kallas ämnesorden för “MeSH-termer” (a.a.). Ämnesord enligt Östlundh (2017) används för att precisera sökningarna och bidra till ett bättre sökresultat (a.a.). Fritextord valdes för att inte missa de artiklar som inte tilldelats eller saknade ämnesord (Karolinska institutet 2016). Alla enskilda sökblock söktes med boolesk söklogik där OR användes. Enligt Östlundh (2017) används OR för att få träffar med artiklar med något av orden eller för att få träffar på alla orden. Alla sökblock söktes sedan med AND, detta för att koppla ihop de olika sökblocken så att databasen sökte på ord i varje sökblock (a.a.). Att inte använda trunkering var för att sökningarna med trunkering gav för många resultat, därför gjordes ingen trunkering. Begränsningar gjordes genom att använda studier mellan 2011–2021 samt engelskt språk. Peer Review användes i Cinahl, men då Peer Review filtret inte fanns på PubMed kontrollerades istället tidskrifterna där utvalda artiklarna var publicerade via Ulrichsweb. Efter varje sökning som gjordes på Cinahl och PubMed lästes ett antal rubriker och abstrakt igenom tillsammans för att kunna hitta relevanta studier.

Tabell 2 Urvalsprocessen

<i>Databas & datum</i>	<i>Antal träffar innan & efter begränsningar</i>	<i>Lästa abstrakt</i>	<i>Artiklar lästa i fulltext</i>	<i>Antal granskade artiklar</i>	<i>Antal utvalda artiklar & kvalitet</i>
<i>Cinahl 2021-03-29</i>	846 träffar. Med begränsningar: 560 träffar.	72	46	10	8 Medelhög: 2 Hög: 6
<i>PubMed 2021-03-30</i>	280 träffar. Med begränsningar: 169 träffar	58	34	7	4 Medelhög: 0 Hög: 4

Cinahl

I den slutliga databas-sökningen användes fyra sökblock, första blocket bestod av fritext av *nurses* samt ämnesordet *nurses*. Sökblock två bestod av en fritextsökning på *experience*. I sökblock tre inkluderades fritextord som *palliative care*, *terminal care*, *end of life care* och *caring for dying patients*. Ämnesord som inkluderades i det tredje sökblocket var *palliative care* och *terminal care*. I det fjärde sökblocket användes fritextsökning med synonymerna *qualitative studies* samt *qualitative validity*. Ämnesord som använts i fjärde sökblocket var samma, beslutet att använda *explode* på synonymen *qualitative validity* var för att enligt Bahtsevani m.fl. (2016) ökar detta bredden på sökningen. Begreppet ämnesord förklarade Bahtsevani m.fl. genom att likna huvudkategorierna med stammen på ett träd och underkategorierna utgjorde grenarna. Vid *explode* tas alla dessa underkategorier med (a.a.). Den slutliga sökningen resulterade i att åtta artiklar valdes ut att ingå i resultatet.

PubMed

Sökningarna i PubMed byggdes med hjälp av tre sökblock. Sökblocken byggdes med hjälp av bärande begrepp ur syftet, alltså sjuksköterskan, erfarenhet och vård av en patient i livets slut. Sökningen gjordes med fritextord och med hjälp av

Mesh termer, boolesk sökteknik implementerades för att med termen OR ge bredare träffar och med termen AND avgränsa sökträffarna. Block ett bestod av orden *nurses OR nurses [Mesh]*, block två bestod av *experience*, block tre bestod av *caring dying patients*. Mesh termer hittades inte till ordet *experience* eller till blocket *caring dying patients*. Sista sökblocket gjordes först med frasen *caring for dying patients*, men databasen flaggade för att ta bort ordet *for*, varför det exkluderades. Resultatet blev att 4 artiklar valdes ut att ingå i resultatet.

Urval

Kvalitetsgranskning av insamlade data genomfördes först enskilt och sedan tillsammans för att stärka trovärdigheten (Henricsson & Wallengren 2015). Kvalitetsmallen som användes var SBU:s *mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik* (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2014) där varje artikel granskats utifrån mallens frågeställningar. Varje artikel bedömdes sedan vara av antingen låg kvalitet, medelhög kvalitet eller hög kvalitet. För att bedöma kvaliteten av artiklarna som användes till litteraturstudien användes SBU:s *mall (2017) kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet* använts. Samtliga 12 artiklar som ligger till grund för resultatet har medelhög kvalitet eller hög kvalitet. I några av artiklarna som resultatdelen bygger på har sjuksköterskorna benämnts som *emergency nurses* eller *oncology nurses*. Detta betydde inte att de sjuksköterskorna var vidareutbildade, utan att de hade erfarenhet av till exempel akutsjukvård eller onkologisk vård samt jobbade på sådana avdelningar. I de fall där det tydligt framgått i artiklarna att majoriteten av sjuksköterskorna var vidareutbildade har de artiklar uteslutits då fokus var menat att ligga på den grundutbildade sjuksköterskan.

Dataanalys

De kvalitativa artiklarna som använts till litteraturstudien har analyserats enligt Fribergs modell (2017) *analys för kvalitativ forskning*. Modellen består av fem steg, i det första steget granskades studiernas resultat, vilket genomfördes ett flertal gånger både enskilt och tillsammans, detta för att kontrollera så att inte egna tolkningar gjordes. I Steg två identifierades relevanta fynd ur varje studies resultat. I steg tre sammanställdes de olika studieresultaten med teman, subtema och text till ett annat dokument vilket ledde till en mer överskådlig översikt över studiernas resultat. I steg fyra identifierades skillnader och likheter, detta för att kunna se samband och skapa nya övergripande teman. I det slutliga steget blev analysen klar och efter att ha sammanställt fynden från studiernas resultat bildades övergripande teman och subteman som presenteras i litteraturstudiens resultat.

Etiska aspekter

Etiskt övervägande har gjorts på samtliga studier som sammanställts till resultatet, det har kontrollerats angående att de var etiskt övervägda eller etiskt godkända enligt Helsingforsdeklarationen (WMA 2018). Artiklarna som använts i litteraturstudiens resultat har översatts så korrekt som möjligt för att innehållet inte skulle bli vinklat eller felaktigt. Varje artikel sammanställdes och översattes först enskilt och sedan jämfördes resultatet för att se att de tolkats och översatts på samma vis.

RESULTAT

Tolv artiklar med kvalitativ ansats har använts för att kunna sammanställa ett resultat. Artiklarna som valts ut och blivit granskade kommer från Kina, Turkiet, Thailand, Iran, Singapore, Spanien, Storbritannien, Kanada, Colombia och Sverige. Åldern på deltagarna var mellan 21 år och 50 år, dock har åldern på deltagarna inte redovisats i två av de 12 studierna. Deltagarna uppdelat på kön har redovisats i 11 av 12 studier, i de 11 studier där kön har redovisats är den sammanlagda fördelningen 108 kvinnor och 42 män. Antalet deltagare som könet inte redovisats på var 25. Sammanlagt 175 deltagare från samtliga studier. Sjuksköterskorna i studierna hade arbetslivserfarenhet från 6 månader till 26 år. Samtliga studier har använt sig av intervjuteknik, antingen djupintervjuer eller semistrukturella intervjuer eller en mix av de båda. Resultatet kommer nedan att redovisas med hjälp av två huvudteman och åtta subteman. Det första huvudtemat är *olika faktorer som påverkar den palliativa vården* med subteman *behovet av kompetens, önskan om mer utbildning i palliativ vård, kommunikationens betydelse, utmaningar med kommunikation* samt *påverkan av tid och miljö*. Det andra huvudtemat är *känslor av att arbeta nära döden* med subteman *andlighet, tro och spiritualitet, att hantera ett dödsfall* samt *hjälplöshet och tacksamhet*.

Olika faktorer som påverkar den palliativa vården

Sjuksköterskorna i Kina (Zheng m.fl. 2015) uttryckte att de inte upplevde sig ha förmåga att erbjuda den kvalitetsvård som patienten borde få när hen befann sig i livets slut. Det berodde på bristande förtroende för sina egna kunskaper, oerfarenhet och rädsla för att patienten skulle dö under sjuksköterskans skift. Dessa faktorer ledde till inre stress för sköterskan, som under hela sitt arbetspass bara önskade att patienten inte skulle dö på arbetspasset. Vidare berättade sjuksköterskorna att de gav mycket av sig själva när de vårdade en patient som befann sig i livets slut och dennes anhöriga, men att trots detta kändes det alltid som sjuksköterskan gjorde för lite (a.a.). Andersson m.fl. (2015) nämnde att sjuksköterskorna ansåg sig behöva vara pålitliga i sin profession för att kunna vägleda patienten och dess anhöriga i livets slutfas. Pålitlighet kunde uppnås genom att som sjuksköterska vara känsligt engagerad i den vårdande processen. Sjuksköterskorna beskrev att vägledning samt stöd för patienten och dess anhöriga var ett sätt att vara involverad i patientens vård. Sjuksköterskorna menade också att det var betydande att vara påläst och förberedd inför mötet med patienten, men att detta inte alltid var möjligt. Sjuksköterskornas upplevda brist på kompetens och praktisk övning gällande palliativ vård ledde till att de kände frustration, vilket bidrog till sämre kvalitet på vården. Vidare beskrev Andersson m.fl. (2015) att de grundutbildade sjuksköterskorna ansåg att vårdprocessen var en del av ens egen utveckling och att vårda patienter i livets slutskede var både positivt och utmanande. Sjuksköterskorna ansåg att det var utmanande att möta döende patienter, samtidigt ansågs det viktigt och gav sjuksköterskorna livserfarenhet och självmedvetenhet. För att sjuksköterskorna skulle kunna hålla en god kvalitet på vården ansåg dem det vara viktigt att skaffa sig erfarenheter och att kunna möta dessa situationer (a.a.). Johansson och Lindahl (2011) beskrev svårigheter för sjuksköterskor som arbetade på en avdelning där både botande vård och palliativ vård utfördes. Sjuksköterskorna upplevde det som svårt när det behövde hantera akuta situationer, då de kände att de inte var tillgängliga för de patienter som vårdades palliativt. Vidare berättade sjuksköterskorna att de saknade en tydlig struktur för hur de skulle erbjuda patienter i livets slut kontinuitet gällande vården

de fick. Sjuksköterskorna ansåg att tillgänglighet var betydande för att kunna skapa en relation med patienten som vårdades palliativt (a.a.).

Den upplevda bristen på kompetens

Andersson m.fl. (2015) beskrev hur sjuksköterskor upplevde att ta hand om patienter som var döende på en kirurgisk avdelning. Sjuksköterskorna berättade att läkarens fokus ofta la på den botande vården och därmed upplevde inte sjuksköterskorna att den palliativa vården prioriterades. Sjuksköterskorna berättade att kvaliteten på vården brast när sjuksköterskan inte hade kompetens att prioritera sitt arbete, vilket också innefattade patientsäkerheten och patientens integritet. Vidare nämnde Andersson m.fl. (2015) att nyutbildade och oerfarna sjuksköterskor som vårdade patienter som var döende upplevde att de hade för lite kompetens vilket skapade inre begränsningar och frustration. Sjuksköterskorna berättade även att de kände sig maktlösa och frustrerade när de kom till att vårda patienter som befann sig i livets slut. Frustrationen berodde på att sjuksköterskorna upplevde att det fanns ett tomrum gällande kompetens när det kom till palliativ vård (a.a.). Sjuksköterskorna i studien av Zheng m.fl. (2015) berättade att de inte alltid kände sig som kompetenta vårdgivare trots att de gjorde sitt bästa. Känslan av att inte vara kompetent berodde bland annat på att sjuksköterskorna inte alltid kunde tolka hur patienten upplevde vården hen fick, det kunde bero på att patienten inte var medveten eller inte kunde uttrycka sig (a.a.). Wu m.fl. (2015) sade att sjuksköterskorna ansåg att deras kompetens skiljde sig åt gällande att administrera och hantera lugnande läkemedel. Sjuksköterskorna förstod att det är nödvändigt att tillfredsställa patienternas behov och att detta kunde innebära att hantera läkemedel sjuksköterskan inte kände sig bekväm med (a.a.). Rivera m.fl. (2019) tog upp sjuksköterskornas egenupplevda kompetens gällande vård av anhöriga till patienter i livets slut. Sjuksköterskorna menar på att de inte fick den kompetensen under sjuksköterskeutbildningen, utan att den vård som gavs var byggd på erfarenheter (a.a.). I studien av Kongsuwan m.fl. (2016) berättade sjuksköterskorna att de saknade självförtroende och kompetens att ha samtal med närstående, då de inte visste hur de skulle prata med dem (a.a.). Sjuksköterskorna berättade att när en patient dog så upplevde sjuksköterskorna att det var ett straff för sjuksköterskans brist på kompetens eller som ett misslyckande för sjuksköterskan som vårdat den patienten som avlidit. Detta var känslor som kunde hänga i länge efteråt för sjuksköterskorna (Valiee m.fl. 2012).

Önskan om mer utbildning i palliativ vård

Sjuksköterskorna beskrev deras upplevelse av utveckling från teori till verkligheten som en resa när det kom till palliativ vård. Sjuksköterskor ansåg att handledning av en mer erfaren sjuksköterska var en värdefull tillgång för de grundutbildade sjuksköterskorna, speciellt om det var första gången en sjuksköterska ansvarade för en patient i livets slut. Sjuksköterskorna upplevde också att den palliativa kunskapen som gavs i grundutbildningen inte var tillräcklig, utan att mer utbildning krävs för att öka kompetensen (Andersson m.fl. 2015). Vidare beskrev Zheng m.fl. (2015) att sjuksköterskorna ansåg att de bland annat behövde utbildning och träning gällande den psykologiska vården, i stället för att bara fokusera på det fysiska (a.a.). I studien av Ong m.fl. (2017) berättade sjuksköterskorna att de kände sig oförberedda att kunna erbjuda vård i livets slut då det var ett så komplext område, sjuksköterskorna uttryckte att de önskade mer utbildning och information om ämnet. En sjuksköterska berättade att hen hade arbetat nästan två år innan hen fick lära sig det grundläggande om palliativ vård. En annan sjuksköterska berättade att när hen läst om palliativ vård i skolan var

detta inriktat på cancerpatienter, och inte på alla andra patienter som kan behöva palliativ vård (a.a.). Holms m.fl. (2014) nämnde att sjuksköterskorna ansåg att de fått för lite utbildning i vård i livet slutskede. Sjuksköterskorna sade att de främst fått kunskap och erfarenhet genom andra mer erfarna sjuksköterskekollegor. Sjuksköterskorna i denna studie ansåg även att palliativ vård inte prioriterades bland de utbildningar som tillhandahölls på intensivvårdsavdelningen (a.a.).

Kommunikationens betydelse för den palliativa vården

Zheng m.fl. (2015) belyste kommunikationen på en kinesisk onkologiavdelning i Tianjin, Kina. I Kina ansågs det fortfarande vara tabu att prata om döden, framför allt att prata med en döende patient om dennes prognos. Sjuksköterskorna berättade att all deras kommunikation i första hand skedde med patientens närstående. De närstående fick sedan bestämma vilken information patienten själv skulle få. Genom att sjuksköterskorna inte själva bestämde och styrde vilken information som gavs till patienterna, upplevde sjuksköterskorna att de distanserade sig från patienten. Distanseringen uppstod då de inte ville behöva svara på frågor och eventuellt behöva ljuga för patienten. En sjuksköterska berättade att inom den kinesiska kulturen sågs det som bättre att dö i hopp än att leva i förtvivlan. Det resonemanget genomsyrade hela den kinesiska vården i livets slut, där den som vet minst om sin prognos ofta är patienten själv. Fenomenet att inte involvera patienten i diskussionerna om dennes prognos och vård bidrog till lidande och inbördes stress för sjuksköterskorna, som beskrev det som att de inte visste hur de skulle hantera hela situationen. Sjuksköterskorna berättade att de i vissa fall kände sig som bedragare, de skämdes, de kände sig förvirrade och visste inte hur de skulle prata med patienten eller familjen på ett vis som gjorde alla inblandade nöjda, inklusive sjuksköterskan själv (a.a.). Sjuksköterskorna i studien av Ong m.fl. (2017) berättade att de upplevde att de inte hade den tid som behövdes för att kunna ha ett bra, djupare, samtal med familjemedlemmarna. Detta bidrog till att sjuksköterskorna kände att det blev en envägskommunikation, där sjuksköterskan bara informerade de anhöriga, men inte hann samtala eller diskutera. Känslan av att ha en envägskommunikation resulterade i att sjuksköterskan blev rädd att detta skulle förolämpa familjemedlemmarna (a.a.)

Utmaningar med kommunikation

Kongsuwan m.fl. (2016) beskrev att sjuksköterskorna upplevde en inre rädsla av att säga något som förvärrade situationen för såväl patient som närstående (a.a.). I studien av Utami m.fl. (2020) beskrev sjuksköterskorna att kommunikationen med de närstående kan vara jobbig på grund av flera olika aspekter. Det kunde till exempel vara närstående som inte ville inse patientens tillstånd och som inte ville acceptera att det inte fanns någon bot för patienten. Det upplevdes även svårt för sjuksköterskorna att kommunicera med familjer som hade höga krav på vården, eller som inte verkade vilja förstå den informationen som gavs till dem. Sjuksköterskorna nämnde även att de var tvungna att anpassa sitt språk efter vem de pratade med och att de försökte lägga samtalet på en nivå som skulle medföra att alla inblandade förstod den informationen som gavs (a.a.). Sjuksköterskorna i studien av Zheng m.fl. (2015) nämnde att det ibland kunde vara svårt att behålla patientens värdighet. Detta var speciellt svårt i de fall där familj eller närstående inte ville förstå att sjukdomen inte var botbar och där familjen fortfarande ville att det skulle vara en botande inriktning (a.a.). Sjuksköterskorna i studien av Wu m.fl. (2015) nämnde att det fanns en utmaning i kommunikationen i de fall där anhöriga inte hade accepterat att deras familjemedlem skulle dö. Då kunde de

anhörigas känslor av frustration och sorg överförs på sjuksköterskan då hen var närvarande, vilket sjuksköterskorna upplevde som svårt. Några av sjuksköterskorna nämnde att de kände sig sårbara, frustrerade samt missförstådda av de anhöriga (a.a.). Ong m.fl. (2017) nämnde att sjuksköterskorna beskrev att det var svårt att prata med de närstående och patienterna om just palliativ vård, eller vård i livets slut. Ett vanligt tillvägagångssätt för att ta beslut kring vården av en patient som är döende var att arrangera familjekonferenser, där läkare och sjuksköterskor kommunicerade med familjemedlemmar om patientens prognos, framtid, behandlingsmöjligheter och eventuell avslutning av behandling. Här uttryckte sjuksköterskorna att deras roll var att förenkla det läkaren sa, så att de närstående kunde ta till sig informationen. Sjuksköterskorna nämnde även att det ibland blev en konflikt mellan familjemedlemmarna då ingen av de ville ta beslut om fortsatt vård för patienten. Här uttryckte sjuksköterskorna att de ibland kände sig som medlare (a.a.).

Sjuksköterskorna på en akutavdelning i Thailand (Kongsuwan m.fl. 2016) beskrev att de delade in patienterna i livets slut i två grupper, de som varit med om ett trauma och de som inte varit med om ett trauma. Traumagruppen inkluderade de patienter som varit med om olyckor och där sågs mestadels unga eller unga vuxna. I patientgruppen som inte varit med om ett trauma sågs fler äldre patienter med kroniska och kritiska sjukdomar. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårare att hantera närstående till patienter som varit med om ett trauma, dels på grund av att det ofta var en yngre patient, dels på grund av att ingen varit förberedd på det som skedde. Familjerna hade ofta svårt att ta till sig den informationen som sjuksköterskorna gav, samt att familjerna var i stor sorg, ilska och förtvivlan. Här tyckte sjuksköterskorna att det var lättare att kommunicera med närstående till patienter som inte varit med om ett trauma, då de ofta var medvetna om patientens sjukdom och hade lättare att acceptera situationen (a.a.). En sjuksköterska i studien av Ong m.fl. (2017) sa att patienten som befann sig i livets slutskede var kärnan i hierarkin gällande beslutsfattning. Men då patienten ofta inte kunde föra sin egen talan på grund av dåligt allmäntillstånd, blev det mycket fokus på de närstående och de fick fatta besluten. En sjuksköterska sade att det hände att närstående och familjemedlemmar ville att vårdpersonalen skulle fortsätta arbeta för att bota patienten, detta trots patientens kritiska sjukdomsbild eller framtid. Några av sjuksköterskorna ansåg att läkarnas kommunikation med de närstående inte var tillräcklig. Sjuksköterskorna ansåg att läkarna inte ansträngde sig tillräckligt för att familjemedlemmarna skulle inse prognosens utsikt. Sjuksköterskorna upplevde att konsultläkare var mer direkta och ärliga mot familjerna och förklarade innebörden av att till exempel återuppliva en patient som vårdas palliativt och vilka förutsättningar som fanns. Vidare sa sjuksköterskorna att det fanns en maktbalans mellan läkare och sjuksköterskor, där det läkaren sa vägde tyngre än det sjuksköterskan sa. Detta ledde till frustration hos sjuksköterskorna, då läkarna inte alltid var tillgängliga när sjuksköterskan ville förmedla en observation om en patient. Sjuksköterskorna kände också att kommunikationen med läkarna var bristfällig då det ibland upplevdes som att läkarna inte ville lyssna på det sjuksköterskorna ville förmedla. Sjuksköterskorna upplevde sig begränsade då sjuksköterskornas och läkarnas åsikter skiljde sig åt. Det kunde handla om att sjuksköterskorna ansåg det vara dags att initiera samtal om palliativ vård, men läkarna inte höll med (a.a.).

Påverkan av tid och miljö

Sjuksköterskorna i studien av Andersson m.fl. (2015) sade att när tid inte fanns så brast kvaliteten på vården. Det höga arbetsflödet i sjukvården gjorde att sjuksköterskorna hade svårt att finna tid för patienten samt prioritera att patienten i livets slut var smärtstillad och ångestfri. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att fördela tiden för patienter som var döende och dess anhöriga (a.a.). Sjuksköterskor på en akutavdelning i Thailand (Kongsuwan m.fl. 2016) menade att tidsbristen var den främsta orsaken till att sjuksköterskorna inte kunde tillgodose psykiskt stöd för patienter och deras närstående. Sjuksköterskorna upplevde att palliativ vård var tidskrävande och att sjuksköterskorna på akutavdelningen inte hade den tid som behövdes för palliativ omvårdnad. Vidare beskrev Kongsuwan m.fl. att om palliativ inriktning var planen för patienten skulle patienten snarast bli förflyttad till en annan enhet och avdelning eller få återgå till sitt hem (a.a.). Även sjuksköterskorna som arbetade på en akutavdelning i Kanada (Hogan m.fl. 2016) beskrev att akutavdelningen var en intensiv plats. Sjuksköterskorna upplevde att de blev dragna på alla olika håll hela tiden. Sjuksköterskorna kände att det var brist på tid och utrymme för att ha möjlighet att ge den vård som krävdes till patienter som var döende samt deras anhöriga. Sjuksköterskorna påpekade även att miljön var bullrig, att det hände för mycket och därför var akutavdelningen ingen bra plats att vara på för patienter som befann sig i livets slutskede, detta upplevde sjuksköterskorna som frustrerande. Sjuksköterskorna sade även att det inte fanns tillräckligt med tid för att kunna ge både akut vård och palliativ vård. Bristen på tid medförde att sjuksköterskorna kände att de inte hann etablera relationer med patienterna och deras anhöriga. Sjuksköterskorna upplevde även att när patienten hade gått bort så fanns inte tid att ta hand om de sörjande utan sjuksköterskan var tvungen att ta hand om nästa patient (a.a.). Andersson m.fl. (2015) nämnde att sjuksköterskorna ansåg det som tillfredsställande när patienten hade en lugn och harmonisk miljö (a.a.). Hogan m.fl. (2016) sade att sjuksköterskor upplevde att de hade gjort deras bästa när de tillgodosatt att familjen hade en tyst och lugn plats samt att familjen fick vara ifred och ha det behagligt (a.a.). I studien av Johansson och Lindahl (2011) beskrev sjuksköterskorna att avdelningen hade specialinredda rum med en gynnsam atmosfär. Dessa rum var till för patienter som vårdades palliativt och för deras anhöriga. För sjuksköterskan upplevdes detta betydande och viktigt att rummen var inredda med bland annat en soffa och tv. Anledningen var så att patienten och anhöriga kunde känna sig trygga och få vara ifred. Sjuksköterskorna upplevde även att kommunikationen förbättrades då rummen blev en lugn och harmonisk plats (a.a.).

Känslor av att arbeta nära döden

Majoriteten av sjuksköterskorna i studien av Valiee m.fl. (2012) berättade att de kände en emotionell börda när de tog hand om de döende patienterna. Sjuksköterskorna sa att det var känslomässigt tufft att vårda patienter i livets slut och att det hade en negativ effekt på deras eget humör. Vidare beskrev sjuksköterskorna att de ibland kände sig deprimerade och ångestfyllda när de skulle vårda patienter som höll på att dö. Sjuksköterskorna sade även att det inte kändes som att de gjort sitt arbete när patienten väl dog. Sjuksköterskorna upplevde det också som känslomässigt tufft att behöva stödja ångestfyllda anhöriga/familjemedlemmar samtidigt som sjuksköterskorna kände stor empati för dem (a.a.). Sjuksköterskorna i studien av Ong m.fl. (2017) var överens om att det var dränerande, emotionellt och känslomässigt tufft att vårda patienter i livets slut. Sjuksköterskorna var rädda att det skulle påverka deras hälsa negativt och

kanske leda till utbrändhet. Därför sa de att det var viktigt att kunna prata med sina kollegor om dessa känslor. Sjuksköterskorna sade också att de kände ett behov av att kunna kontrollera sina känslor på arbetet, vilket upplevdes bli lättare desto mer erfarenhet sjuksköterskorna fick (a.a.). Holms m.fl. (2014) nämnde att sjuksköterskorna kände sig bekymrade när det kom till att ge vård till patienter som var döende. Sjuksköterskorna förklarade det genom olika faktorer, såsom brist på stöd från kollegor och chefer, dålig kommunikation, dålig struktur på vårdssystem samt brist på erfarenhet och utbildning. Sjuksköterskorna betonade dock att det positiva övervägde det negativa när det kom till vård i livets slut (a.a.). Vidare nämnde Andersson m.fl. (2015) att sjuksköterskorna upplevde det som meningsfullt att ta hand om patienter som är döende. Att vårda patienter i livets slut gjorde att sjuksköterskorna upplevde att de blev känslomässigt berörda, de blev påmind och medvetna om både sin egen och sina anhörigas dödlighet (a.a.). Wu m.fl. (2015) beskrev att en sjuksköterska berättade att hen upplevde två primära ansvarsområden när det kom till palliativ vård. De områdena var att säkerställa att patienten var smärtfri samt säkerställa att patienten var fri från rädsla. De intervjuade sjuksköterskorna ansåg att läkemedel såsom lugnande kunde påskynda dödsprocessen, vilket ansågs som positivt. Sjuksköterskorna berättade att de inte ville att dödsförloppet blev mer utdraget än nödvändigt. Vidare sade sjuksköterskan att det kändes viktigt att kunna säkerställa en stillsam och värdig död samt respektera patientens önskningar (a.a.). Vidare berättade sjuksköterskorna i studien av Andersson m.fl. (2015) att deras sinnesstämning ändrades när de kastades mellan den palliativa vården och den botande vården, vilket gjorde det svårt att tillgodose patienterna då de hade olika vårdbehov. Sjuksköterskorna upplevde frustration då de kände att prioriteten låg på den botande vården och att den palliativa vården släpade efter. Beslut som försenades, osäkerhet och mindre kontroll skapade även det en känsla av frustration hos sjuksköterskorna (a.a.).

Andlighet, tro och spiritualitet

Andlighet, tro och spiritualitet ansågs som en viktig del att beakta för den döende patienten. Sjuksköterskorna hjälpte till med att bland annat ställa i ordning sjukrummet enligt närståendes eller patientens önskemål, vilket för sjuksköterskorna kändes som en viktig del av deras arbete. Sjuksköterskorna saknade spirituellt utbildning, oftast delade de med sig av sin egen tro och sina egna tankar om döden, vilket de hoppades skulle bli meningsfullt för patienterna (Zheng m.fl. 2015). I studien av Utami m.fl. (2020) sade sjuksköterskorna att deras huvuduppgift var att tillgodose patientens behov av bland annat hygien, smärtlindring och spirituella och religiösa önskemål. Där såg sjuksköterskorna det som viktigt att be tillsammans, eller att uppmana familjen att be tillsammans med patienten. Sjuksköterskorna kunde även kontakta religiösa ledare att besöka patienten och be tillsammans och för patienten (a.a.). Sjuksköterskorna i studien av Valiee m.fl. (2012) berättade att genom att arbeta med patienter som befann sig i livets slut ledde till att de själva tänkte mycket på livet efter döden, både spirituellt, etiskt och moraliskt. Det framkallade också tankar om hur skört livet kan vara, att till exempel en bilolycka skulle kunna vara anledningen att sjuksköterskan själv hamnade på IVA och fick tillbringa sina sista dagar där. Detta ledde ännu mer till att sjuksköterskorna kände att de var tvungna att ge patienten bästa möjliga vård och omsorg. Sjuksköterskorna uttryckte även att de måste stå upp för och försvara de patienter som inte kunde tala för sig själva, de kallade det att vara patientens advokat (a.a.).

Att hantera ett dödsfall

En sjuksköterska i studien av Utami m.fl. (2020) berättade att det fanns en viss rädsla för att bli van vid döden, att som sjuksköterska bli mindre känslig för lidande och sorg, då detta var något sjuksköterskan till slut blev van vid (a.a.). Sjuksköterskorna i studien av Velarde-Garcia m.fl. (2016) som vårdade patienter med långvarig kronisk sjukdom upplevde deras död som ett förväntat dödsfall. En sjuksköterska berättade att när hen såg att patientens tillstånd inte förbättrades så tog sjuksköterskan dödsfallet bättre, sjuksköterskan hann bli van vid tanken på att patienten skulle dö. När ett plötsligt oväntat dödsfall inträffade saknades tid för sjuksköterskorna att hinna bli vana vid tanken på att patienten skulle dö, vilket gjorde situationen svårare för sjuksköterskorna att hantera. En sjuksköterska berättade att vid plötsliga situationer som till exempel vid en bilolycka så hade sjuksköterskan svårare att hantera sina känslor. Sjuksköterskorna kände också att det var svårt att hantera när en patient dog, som först varit på förbättringsvägen, detta då sjuksköterskan förväntningar inte uppfylldes. När en äldre patient dog till följd av sin ålder ansåg sjuksköterskorna detta vara en naturlig process som var accepterad. Sjuksköterskorna upplevde de dödsfallen som lättnad för såväl patienten som för patientens anhöriga. Vidare nämnde Velarde-Garcia m.fl. (2016) att den anknytning sjuksköterskan fått till en patient spelade in i hur sjuksköterskorna upplevde patientens död. Det som påverkade anknytningen beskrev sjuksköterskorna med olika faktorer. Sjuksköterskorna nämnde bland annat att tiden som spenderades med patienterna spelade roll när det handlade om anknytning, samt om sjuksköterskan kände igen sig själv i patienten. Sjuksköterskorna berättade att anknytningen i vissa situationer kunde upplevas svår, framför allt gällande att kunna begränsa sin inblandning kring patienten. En sjuksköterska sa att hen ville sätta upp en barriär för att kunna skydda sig själv men att det upplevdes vara svårt. Även att kunna skilja sin profession från det privata beskrev sjuksköterskan som väldigt komplext (a.a.). I studien av Valiee, m.fl. (2012) berättade sjuksköterskorna att det var oerhört jobbigt att behöva berätta för unga eller vakna patienter att de snart skulle dö. Sjuksköterskorna upplevde att det var lättare att ha dessa samtal med äldre patienter då sjuksköterskorna kände att en gammal människa hade fått leva livet. Sjuksköterskorna kände att det var orättvist när det var yngre människor eller patienter som var medvetna om att de var döende. Sjuksköterskorna berättade också att en patient som vårdades i livets slut och var anmäld som organdonator ledde till en bättre känsla hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna uttryckte att det kändes tuffare och mer emotionellt belastande att vårda unga patienter, patienter som ej kunde kommunicera, eller patienter som varit på intensivvårdsavdelningen länge och där det inte sågs en förbättring utan att dödsförloppet snarare blev utdraget (a.a.). Samma sak berättade även sjuksköterskorna i studien av Rivera m.fl. (2019) där sjuksköterskorna också ansåg det vara tuffare att vårda unga patienter i livets slut då de ansåg att en ung person inte hade levt färdigt medan en äldre person hade fått leva sitt liv. När en ung person dog upplevde sjuksköterskor känslor som sorg, smärta och maktlöshet särskilt när sjuksköterskan gjort allt för att försöka rädda personen men att det var otillräckligt (a.a.).

I studien av Ong m.fl. (2017) beskrevs sjuksköterskornas känslor kring döden vara blandade, de uttryckte sorg, lättnad men också ledsamhet. En sjuksköterska berättade att desto längre hen hade fått känna familjen och patienten, desto starkare band fanns och då kändes det mer tragiskt för sjuksköterskan vid patientens bortgång. En sjuksköterska uttryckte att även om sjuksköterskan var där i sin yrkesroll var hen också bara en människa, en människa som också kände

förtvivlan, sorg och chock. Sjuksköterskorna uttryckte att det var svårt att se familjemedlemmar lida, vara i chock och vara i stor sorg. En sjuksköterska beskrev hur tufft det var att höra familjens hjärtskärande gråt efter att ha mist en älskad familjemedlem, då grät även sjuksköterskorna, men i korridoren utanför där familjen inte kunde se dem. Somliga patienters öden kändes mer tragiska än andra, sjuksköterskorna berättade även i denna studie att det var extra tufft när det kom till unga patienter samt gravida kvinnor eller patienter med små barn. Då tyckte sjuksköterskorna att det var orättvist, att de patienterna skulle dö, att de inte kunde bli friska och återgå till sitt liv igen (a.a.). En sjuksköterska i studien av Rivera m.fl. (2019) sade att det var svårt att vara stark hela tiden, hen beskrev att det var tufft att arbeta med patienter som befann sig i livets slut. Det upplevdes som att patientens anhöriga inte förstod att det tog känslomässigt på sjuksköterskorna. Sjuksköterskan berättade vidare att hen försökte vara stark för de anhörigas skull, att gråta eller bli ledsen sågs som en svaghet och något sjuksköterskorna inte ville att de anhöriga skulle behöva se (a.a.). Vidare berättade sjuksköterskorna i studien av Ong m.fl. (2017) att de med tidens gång blev vana vid döden, att sjuksköterskorna blev mer och mer nollställda inför döden och att döden sågs som en naturlig del av livet. Samtidigt sade sjuksköterskorna att de inte ville bli känslolika eller helt opåverkade, då detta ansågs vara dålig personlig utveckling. I de fall där patienterna led såg sjuksköterskorna det som att döden tog bort patientens lidande och att patienten äntligen skulle få bli fri. En sjuksköterska beskrev det som att kvaliteten i livet var bättre än kvantiteten (a.a.). Sjuksköterskorna i studien av Kongsuwan m.fl. (2016) berättade att det upplevdes lättare att ge patienterna som var medvetna om sin prognos en stillsam och lugn död. Sjuksköterskorna upplevde det som svårare att säkerställa en lugn och stillsam död när det var en traumapatient eller en ung patient som höll på att dö, då patienten själv inte ville acceptera situationen (a.a.). I studien av Andersson m.fl. (2015) berättade sjuksköterskorna att även om patienten inte hade smärta eller ångest ansåg de att en patient som var döende inte skulle vara ensam i livets slutskede. Sjuksköterskorna berättade att de lyssnade på patientens önskingar och vilja samt stöttade patienten, detta för att visa att de var involverade och brydde sig om patienten (a.a.). Hogan m.fl. (2016) nämnde att reflektion tillsammans med kollegor gjorde att sjuksköterskorna kunde lämna arbetet på arbetsplatsen och inte ta med det hem. Reflektion kring vad som skett på arbetsplatsen gjorde att sjuksköterskorna kunde hitta mening och tillfredsställelse. Debriefing var också viktigt efter en tragisk, upprörande död för att sjuksköterskorna skulle kunna gå vidare och orka med sitt arbete. Vidare nämnde Hogan m.fl. (2016) att när anhöriga fick spendera den sista tiden med patienten som befann sig i livet slut gjorde att sjuksköterskorna kände att de gjorde sitt arbete bra. Sjuksköterskorna berättade även om dilemmat att det ibland var svårt att uppfylla arbetet som de önskat, men att de ändå alltid gjorde sitt bästa (a.a.).

Hjälplöshet och tacksamhet

Zheng m.fl. (2015) beskrev att sjuksköterskorna med kortare erfarenhet berättade att de kände sig hjälplösa men samtidigt ivriga att få hjälpa patienten. Sjuksköterskorna berättade också att de hade svårt att inte bli för personligt engagerade, vilket de erfarna sjuksköterskorna ansåg sig bli bättre på allt efter tidens gång (a.a.). I studien av Valiee m.fl. (2012) beskrev sjuksköterskorna en känsla av maktlöshet inför läkares ordinationer och behandlingsplaner. Sjuksköterskorna berättade att i vissa fall kändes det som att deras arbete skadade patienten mer än nödvändig, detta genom behandling trots att prognosen inte var god. Sjuksköterskorna sade också att om läkaren inte satt in ett visst läkemedel

som önskades kände sjuksköterskan sig maktlös, då patienten led i onödan (a.a.). Vidare nämnde Johansson och Lindahl (2011) att sjuksköterskorna upplevde att vårda en patient som var döende som något ärofyllt. Att träffa patienten och patientens anhöriga kändes som ett privilegium. Sjuksköterskorna berättade att de strävade efter att uppnå den mest optimala vården för patienterna som var i livets slut. Sjuksköterskorna slogs mellan känslorna av tillfredsställelse och missnöje på grund av viljan av att göra sitt bästa men att det inte alltid var möjligt. Att arbeta på sjukhusavdelning med både botande vård och palliativ vård gjorde att sjuksköterskorna kände att de gick fram och tillbaka mellan olika världar. Sjuksköterskorna sade att upplevelsen av att vårda patienter som är döende och patienter som går att bota på samma avdelning innebar både positiva och negativa känslor. De positiva känslorna var upplevelsen om att livet och döden var en naturlig process. De negativa känslorna visade sig genom att sjuksköterskorna kände sig splittrade samt att det var en ständig förändring i deras arbetspass. Därför fanns det hos sjuksköterskorna en önskan om en egen enhet med enbart palliativ vård, så att patienten och patientens anhöriga fick den hjälp som krävdes. Sjuksköterskorna kände även att det var viktigt att inte skapa en för nära relation till patienten och patientens anhöriga. Sjuksköterskorna ville kunna ge professionell vård samt klara av att arbeta med palliativ vård på daglig bas. Att arbeta med patienter i livets slut upplevdes ta mycket energi, både personligt och i sjuksköterskans yrkesroll. Samtidigt upplevde sjuksköterskan att hen fick mycket tillbaka av patienten och patientens anhöriga, därför uppnåddes balans och energin kom tillbaka (a.a.). Ong m.fl. (2017) nämnde att sjuksköterskorna försökte hantera jobbiga känslor av att arbeta med patienter som är döende genom att vara tacksamma. Sjuksköterskorna försökte tänka att de var tacksamma över livet och deras egen hälsa. En annan strategi för att kunna hantera all sorg var att förklä det med humor, att sjuksköterskorna i en jobbig och sorgsen situation försökte skämta och skratta med sina kollegor för att lätta upp den tunga stämningen (a.a.).

DISKUSSION

Diskussionen är uppdelad i två olika kategorier, metoddiskussion och resultatdiskussion. Metoddiskussion går djupare in på resonemang kring svagheter och styrkor om metoden (Henricson 2015). I resultatdiskussionen kommer det övergripande resultatet att presenteras. Diskussionsavsnittet avslutas sedan med en konklusion och fortsatt kunskapsutveckling.

Metoddiskussion

Rosèn (2017) menar att vid ett examensarbete bör valet av design bestå av en typ, exempelvis endast av kvalitativa eller kvantitativa studier beroende på forskningsfrågan (a.a.). Vidare nämnde Billhult & Henricson (2017) att kvalitativa studier studerar personers levda erfarenheter av ett fenomen (a.a.). Därför gjordes valet att endast inkludera kvalitativa studier då fokus låg på sjuksköterskans upplevelse. Bahtsevani m.fl. (2016) beskrev att en systematisk litteraturstudie är en sammanställning av tillgängliga vetenskapliga arbeten inom ett område. Detta genom att materialet har sammanställts på ett systematiskt sätt och att dokumentation kring sökstrategi, granskning och hur artiklarna sammanställts finns (a.a.). Fördelen med en kvalitativ litteraturstudie jämfört med intervjustudie är att bredare kunskap och upplevelser kring den palliativa vården kan inhämtats från vetenskapliga studier inom valt område.

Inklusionskriterierna och Exklusionskriterierna

Att inte avgränsa sökningarna rent geografiskt, gjordes för att kunna presentera ett bredare perspektiv och för att kanske kunna se likheter eller skillnader mellan länder och kulturer. Dock kan länder och kulturer ha olika nivå på vård och se på vården på olika sätt samt att resultat från en del av världen kan således också vara svår att applicera i en annan del av världen, vilket kan ha påverkat resultatet. För att få ta del av nyare kunskap gjordes valet att begränsa årtalen till studier publicerade mellan 2011–2021. Dock kan avgränsning gjort att studier som kunde varit relevanta för denna litteraturstudie kan ha gått förlorade. Vetenskapligt publicerade artiklar är enligt Segesten (2017) en artikel som redovisar ny kunskap, är möjlig att granska, är publicerad på engelska samt har varit utsatt för bedömning (a.a.). Därför valdes endast inkludera artiklar som var Peer Reviewed. Exklusionskriterierna utformades för att litteraturstudien inte skulle bli för omfattande eller spretig och förlora studiens syfte. Då syftet med litteraturstudien var att undersöka den grundutbildade sjuksköterskan upplevelser exkluderades således sjuksköterskor med vidareutbildning inom palliativ vård. Det uppmärksammades dock att i några av studierna fanns det med deltagare med vidareutbildning, men inte inom palliativ vård. Antalet grundutbildade sjuksköterskor i samtliga studier stod för majoriteten av deltagarna, varför artiklarna ändå valdes ut till litteraturstudien. Valet att ha med de studierna kan trots detta ha påverkat resultatet för att sjuksköterskor med extra utbildning fanns med. Även barn som vårdas palliativt samt anhörigas perspektiv exkluderades. I en av studierna som använts till resultatet ingår dock en deltagare verksam på barn intensivvårdsavdelning. Det som i studien handlade om barnavård eller hade perspektiv från barn IVA exkluderades när informationen hämtades från den studien. Valet av att ändå inkludera denna studie var då det fanns relevant information som svarade bra på denna litteraturstudies syfte och därför gjordes valet att använda denna studie i resultatet. För att studien inte skulle bli för omfattande gjordes även valet att exkludera hemsjukvården och primärvården, samt palliativa enheter och avdelningar.

Datainsamling

För att göra sökningarna precisa användes POR-modellen (Bahtsevani m.fl. 2016). Genom att strukturera sökningarna med POR-modellen hittades artiklar som svarade på litteraturstudiens syfte. Datainsamlingen skedde via Cinahl och PubMed, då databasernas innehåll var relevant för valt ämnesområde. Genom användningen av ämnesord, fritextord, boolesk sökteknik resulterade det i en systematisk slutsökning per databas. I databasen Cinahl utökades det med ett fjärde sökblock för att hitta ett mindre antal relevanta artiklar, då sökning med tre block resulterade i ett större antal artiklar.

Urval

Kvalitetsgranskning har genomförts enligt SBU:s mall (2014) först enskilt, sedan gemensamt för att stärka trovärdigheten. Kvaliteten av de valda artiklarna var antingen av medelhög eller av hög kvalitet. Enligt Bahtsevani m.fl. (2016) ökar trovärdighet om flera studiers resultat pekar i samma riktning (a.a.). De studier som inte hade medelhög eller hög kvalitet valdes bort. Enligt Henricsson och Wallengren (2015) var det termen *trovärdighet* som borde användas vid kvalitativa studier, termerna *reliabilitet* och *validitet* borde användas till kvantitativa studier (a.a.) därför är det ordet *trovärdighet* som har använts i litteraturstudien. I enlighet med Rosèn (2015) har artiklarna granskats med ett objektiva perspektiv, detta för att artiklarna inte skulle stödja ens egna åsikter då

detta kunde ge en felaktig bild (a.a.). Henricsson och Wallengren (2015) beskrev att författare borde arbeta med sin egen förförståelse, detta för att resultatet skulle bli trovärdigt och objektivt (a.a.). Därför fördes kontinuerliga diskussioner där tolkningar och översättningar diskuterades och jämfördes. Det fördes även en löpande diskussion gällande den egna förförståelse och vikten av att förhålla sig objektiv. Under granskningen sågs det att flera av de studier som valts ut innehöll relativt få deltagare. I enlighet med Billhult & Henricson (2017) ger ett mindre antal deltagare en större beskrivning på ett fenomen, därför är det oftast mindre deltagare i en kvalitativ studie (a.a.). Bland de större studierna som hittades förekom ofta även sjuksköterskor från hemsjukvården eller palliativa avdelningar. Det förekom även andra professioner såsom psykologer, läkare och undersköterskor, vilka exkluderades från denna litteraturstudie för att inte tappa litteraturstudiens syfte. Utvalda artiklar representerade ett brett åldersspann mellan deltagarna samt stora skillnader mellan antalet år som verksam sjuksköterska, vilket resulterade i ett mer trovärdigt och överförbart resultat. Artiklarna som valdes ut att ingå i litteraturstudien tar plats på olika typer av sjukhusavdelningar. Avdelningar som ingick i de olika studierna var kirurg, medicin, onkologi, akut samt intensivvårdsavdelningar. Majoriteten av artiklarna som litteraturstudien bygger på kommer från intensivvårdsavdelningar, detta kan givetvis ha färgat resultatet. Men då syftet var att komma åt sjuksköterskans upplevelser av palliativ vård och vård av en patient i livets slut lades ingen större vikt på vilken avdelning som sjuksköterskan var verksam. Studien av Kongsuwan m.fl. (2016) var utförd på thailändska akutrum där palliativ vård oftast inte utfördes. Målsättningen på akutavdelningen var att förflytta patienter som befann sig i livets slut till palliativ vårdavdelning så fort som möjlig. De palliativa vårdplatserna var inte alltid tillgängliga när behovet fanns, därför fanns ett intresse av att inkludera denna studie för att se hur sjuksköterskor upplevde det när de inte hade tid eller möjlighet att kunna ge en patient i livets slut palliativ vård.

Analys

Fribergs modell (2017) *analys för kvalitativ forskning* användes för att säkerställa artiklarna svarade mot syftet. Artiklarna valdes ut gemensamt och har sedan enskilt lästs och översatts. Efter det gjordes en gemensam avstämning gällande innehållets relevans. För att få fram helheten av valda artiklar, analyserades artiklarnas resultat för att få fram bärande begrepp som var relevant för syftet samt för att se likheter och skillnader. De bärande begreppen som framkom ur studierna blev sedan litteraturstudiens resultats huvudteman och subteman.

Etiska aspekter

Henricsson och Wallengren (2015) beskrev att för att öka studiens vetenskapliga värde bör det endast inkluderas artiklar som har tillstånd från etisk kommitté eller som tydligt visat etiska övervägande (a.a.). Under arbetet med SBU:s kvalitetsgranskning (SBU 2014) av valda artiklar framkom det att en av de tolv utvalda studierna inte hade etiskt godkännande. Författarna till den studien som inte var etiskt godkänd förde ett etiskt resonemang, vilket ansågs tillräckligt för att inkluderas i litteraturstudien. Samtliga studier har nämnt att deltagarna var införstådda med att deltagandet var frivilligt och att alla uppgifter hanterades konfidentiellt för att skydda deltagarna. Med det menas att ingen utomstående kunde räkna ut vilken deltagare som sagt eller uppgett vad. Det ansågs viktigt att endast inkludera studier där det tydligt framgick att de fört ett etiskt resonemang.

Jämställdhet

Under datainsamlingen upplevdes det att kvinnor var överrepresenterade bland deltagarna i samtliga studier. Detta nämner några av studierna, där det dras paralleller mellan könsfördelningen bland sjuksköterskor i studierna och könsfördelningen inom sjuksköterskeprofessionen, där kvinnor var överrepresenterade. För att få med männens perspektiv i litteraturstudien valdes därför studien *Male ICU nurses experience of taking care of dying patients and their families: a gender analysis* av Wu m.fl. (2014) med som enbart inkluderade manliga sjuksköterskor.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen förs med hjälp av samma två huvudteman som resultatet redovisades med. Då kommunikation var en stor del i majoriteten av de studier som litteraturstudien bygger på har även kommunikation diskuteras nedan.

Olika faktorer som påverkar den palliativa vården

Resultatet från studierna visade att en stor del av sjuksköterskorna ansåg sig ha för lite kompetens inom området palliativ vård. På avdelningar med hektisk arbetsmiljö, såsom akutmottagningar eller intensivvårdsavdelningar vittnade sjuksköterskorna om tidsbrist, där tidsbristen medförde negativa känslor för sjuksköterskan. Det framkom även i resultatet att sjuksköterskor hade ansvar för palliativ vård och vård i livets slut oavsett om hen hade tidigare kunskap om det eller inte. Enligt Zheng m.fl. (2016) så lämnades den nyexaminerade och oerfarna sjuksköterskan ofta ensam för att ta hand om patienter i livets slutskede (a.a.). Resultatet visade även att sjuksköterskorna var måna om patienterna och ville ge patienterna i livets slut en god omvårdnad och en lugn död. Karlsson (2008) nämnde att palliativ vård filosofi handlar bland annat om den döende människans rättigheter, där ingår rätten till en så god död som möjligt (a.a.). Sjuksköterskor som inte fått kunskap eller utbildning inom palliativ vård förväntas ändå kunna utföra och ansvara över en patients palliativa vård. Som legitimerad sjuksköterska har du ansvaret att arbeta evidensbaserat och i enlighet med vetenskap oavsett brist på utbildning inom ett specifikt område. Henderson (Kirkevold 2012) menade att målet med all omvårdnad var att främja tillfrisknande och hälsa, eller en god död om det inte är oundvikligt. Henderson menade även att sjuksköterskans främsta uppgift var att hjälpa patienten att uppfylla eller uppnå det som patienten ansåg vara god hälsa eller en god och fridfull död (a.a.). Det resonemanget kan ses i flera av studierna som lästs, där fokus låg på att tillgodose patienten enligt dennes önskemål.

Resultatet visade även att sjuksköterskorna ibland såg det som en bestraffning för deras brist på kompetens när en patient dog. James m.fl. (2010) tog också upp känslor av otillräcklighet, vilket förknippades med otillräcklig tid för patienter som var i slutet av livet. Sjuksköterskorna berättade att de önskade att de hade mer tid att uppfylla patienternas behov av närhet, framför allt när en patient var i livets slut och bedömdes behöva extra vård. Sjuksköterskorna upplevde en konflikt mellan vad de kände att de ville göra och vad de faktiskt kunde göra, vilket ledde till en känsla av att de inte räckte till (a.a.). Resultatet visade att sjuksköterskor världen över vittnat om att de upplevde att den palliativa vården inte prioriterades. Paralleller kanske kan dras med vad Westerlund m.fl. (2018) beskrev gällande medvetenheten om vad palliativ vård är vilket var lågt, 84% av befolkningen hade ingen eller låg kunskap om palliativ vård (a.a.).

Kommunikation

Kommunikation var en viktig del av litteraturstudiens resultat, där sjuksköterskor berättade om erfarenheter och svårigheter med kommunikation. Resultatet tog upp kommunikation med patienter, närstående och mellan sjuksköterskan och andra professioner inom vårdyrket. Resultatet visade att sjuksköterskorna många gånger kände lågt självförtroende gällande att kommunicera och ha samtal med patienter och närstående, samt att det fanns en rädsla för att det som sades förvärrade situationen. Resultatet visade även på önskad förbättring av kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare, då sjuksköterskan ofta kände att hon inte blev hörd. Samtidigt som sjuksköterskorna ansåg det vara svårt att ha samtal med patienter och deras närstående om behandlingsbegränsningar och palliativ inriktning, såg sjuksköterskorna också det som bra erfarenhet och som att de blev starkare och mer självsäkra i sin roll. En god och respektfull kommunikation mellan sjuksköterska och patient samt närstående kunde lägga grunden för hela relationen sinsemellan. Resultatet visade även att sjuksköterskorna upplevde det tufft att prata om döden. Precis som Ternestedt (2020) nämnde var det vanligt med omskrivningar av ordet död. Ternestedt beskrev att ordet död, döden, att ha dött, ofta omskrevs till "har vandrat vidare" eller har "kastat in handsken" (a.a.). Samtidigt menade James m.fl. (2010) att sjuksköterskor ibland tänkte och kände att viss information kunde vara känslomässigt svår för patienter och anhöriga och att den var onödig eftersom de bedömde att patienten och anhöriga var medvetna om situationen. Då menade sjuksköterskorna att i stället för att påminna patienten om att hen kommer dö, kanske de kunde ge patienten lite hopp och dämpa informationen (a.a.). Boyle m.fl. (2017) beskrev att brister med kommunikationen har visat sig vara den vanligaste barriären inom den kritiska slutenvården. Utbildning som främjar en bättre kommunikation förbättrar sjuksköterskans interaktion med såväl patienter, familjer och kollegor i det tvärprofessionella teamet. Kommunikationsutbildning anses vara en viktig men avsaknad del i sjuksköterskans grundutbildning. Därför menade Boyle m.fl. att utbildningsprogram bör erbjudas, speciellt för sjuksköterskor inom onkologisk vård, kritisk vård, exempelvis intensivvårdsavdelningar, eller för sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård (a.a.).

Känslor av att arbeta nära döden

Litteraturstudiens resultat visade att sjuksköterskor upplevde flera olika känslor när det kom till palliativ vård. Samtidigt som det för sjuksköterskorna var emotionellt tungt att utföra palliativ vård vittnade resultatet även om en upplevd tacksamhet och stor ära att få ta hand om patienter i livets slut. Resultatet påvisade också sjuksköterskans vilja att avskärma sig och distansera sig från sorg, men att detta inte alltid var möjligt. Sjuksköterskan är trots att hen är på sjukhuset i sin yrkesroll, också "bara" en människa, och resultatet försökte påvisa detta. Resultatet har visat att sjuksköterskor också blir ledsna och gråter, känner chock, känner ilska och känner att livet är orättvist. Även Zheng m.fl. (2018) beskrev att sjuksköterskorna visade och hanterade sina känslor till följd av patientens död genom att gråta. En del av sjuksköterskorna berättade att de grät när de hade lämnat jobbet eller när de var ensamma medan vissa grät framför patienternas familjemedlemmar (a.a.). I studien av Funk m.fl. (2017) berättade sjuksköterskor att de kände att de inte borde gråta eller bli ledsna framför familjemedlemmar, de ansåg att det fanns en sorts norm för professionell självkontroll. Några sjuksköterskor kände även att det var jobbigt att gråta framför kollegor, de var rädda att detta tolkades som en svaghet eller brist på professionalism. Även i denna studie uttryckte sjuksköterskorna att det saknades tid och utrymme att ta en

paus eller att samtala med en kollega efter en patients död (a.a.). Vidare nämnde Zheng m.fl. (2018) att sjuksköterskor upplevde det lättare att hantera en patients bortgång om de inte var ensamma, stöd från en kollega var uppskattat, då kunde sjuksköterskorna hantera dödsfallet och prata om det tillsammans (a.a.). Som Zheng m.fl. (2016) nämnde så var den nyutbildade sjuksköterskans första dödsfall något svårt men också en milstolpe, något sjuksköterskan ofta kom att minnas i resten av sitt yrkesliv (a.a.). Resultatet tog upp vikten av reflektion och debriefing, vilket sjuksköterskorna ansåg vara värdefullt. Zheng m.fl. (2018) beskrev att reflektion ger sjuksköterskorna möjlighet att växa av att hantera den emotionella effekten av patients död. Samtidigt rapporterade sjuksköterskor att det fanns lite tid att genomföra reflektion, detta till följd av personalbrist eller hög arbetsbelastning (a.a.).

KONKLUSION/SLUTSATS

Trots att litteraturstudien beskrev individuella känslor, tankar och erfarenheter sågs likheter i hur sjuksköterskor världen över upplevde den palliativa vården. Att arbeta i dödens närhet ansågs tufft och komplext, men samtidigt upplevde sjuksköterskorna tacksamhet och ära att få vårda människor under deras sista dagar. Tidsbrist, stressig arbetsmiljö och ogynnsam miljö för patienten upplevde sjuksköterskorna frustrerande. Sjuksköterskorna ansåg att patienten i livets slut behövde en lugn miljö att tillbringa sin sista tid i. För att kunna ge sjuksköterskorna bättre självförtroende gällande att vårda patienter i livets slut behöver den palliativa vården prioriteras. Det är önskvärt med mer utbildningar och mer kompetenshöjning inom ämnet, samt fanns en önskan om att sjuksköterskor utan erfarenhet borde få handledning av en mer erfaren sjuksköterska gällande den palliativa vården. Kommunikationen mellan sjuksköterskan och patient eller dennes närstående var en av byggstenarna till att relation skapades. Därför ansågs det viktigt att sjuksköterskornas hade självförtroende gällande kommunikation och att de kände sig bekväma med att prata om döden. Oavsett hur sjuksköterskornas upplevde olika känslor inför att vårda en patient i livets slut framgår det att där alltid funnits en vilja att göra sitt bästa och att lyssna på patienten för att uppfylla patientens önskemål. För att sjuksköterskorna skulle orka arbeta i närheten av döden sågs det också som viktigt att de gavs tid och rum att bearbeta och samtala med kollegor om arbetet och känslorna som det framkallade.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Genom arbetet med litteraturstudien har den egna kunskapen inom området ökat väsentligt. Förhoppningen med litteraturstudien är att den kan vara till hjälp för nyexaminerade eller grundutbildade sjuksköterskor som för första gången ska arbeta med patienter som vårdas palliativt. Denna litteraturstudie kan också vara till god hjälp för avdelningar där önskan om ny kunskap kring palliativ vård finns. Det finns även en förhoppning om att litteraturstudien kan leda till ny forskning om anhörigperspektivet eller patientperspektivet, då det tillsammans hade kunnat ge en bättre helhetsbild av palliativ vård och vård i livets slut. Arbetet med

litteraturstudien har frambringat ny kunskap och många intressanta diskussioner om bland annat befolkningens rädsla och omedvetenhet kring döden och palliativ vård. Förbättringsarbetet inom palliativ vård och vård i livets slut bör vara en prioritet för samtliga professioner inom hälso och sjukvården, speciellt med hänsyn till den växande och allt äldre befolkningen.

REFERENSER

(Referenser med * är de studier som är med i resultatet)

Andershed B, Ternestedt B-M (2020) Den palliativa vårdens utveckling i Andershed, B & Ternestedt, B-M *Palliativ vård, begrepp och perspektiv i teori och praktik*. Upplaga 2:1, Studentlitteratur AB Lund

*Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K, (2016) To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse education today*, 38, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>

Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, Willman A (2016) - Evidensbaserad omvårdnad, en bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Upplaga 4:4. Studentlitteratur AB, Lund

Beck-Friis B, Strang P (2013) Inledning. I Beck-Friis, B och Strang, P (red) *Palliativ medicin och vård*. Upplaga 4. Liber AB, Stockholm

Bentrem D J, Schlick C, (2019). Timing of palliative care: When to call for a palliative care consult. *Journal of surgical oncology*, 120(1), 30–34. <https://doi.org/10.1002/jso.25499>

Bergenholtz H, Jarlbaek L, Hølge-Hazelton B (2015) 'The culture of general palliative nursing care in medical departments: an ethnographic study', *International Journal of Palliative Nursing*, 21(4), pp. 193–201. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.4.193.

Billhult A, Henricson M (2017) Kvalitativ metod. I Henricson M (red) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Upplaga 2:5. Studentlitteratur AB.

Boyle, D. A., Barbour, S., Anderson, W., Noort, J., Grywalski, M., Myer, J., & Hermann, H. (2017). Palliative Care Communication in the ICU: Implications for an Oncology-Critical Care Nursing Partnership. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 544–554. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1016/j.soncn.2017.10.003>

Brighton L J, Bristowe K (2016) Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate medical journal*, 92(1090), 466–470. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133368>

Engström I (2020) Etik, erfarenhet och evidens. I Andershed B & Ternestedt B-M *Palliativ vård, begrepp och perspektiv i teori och praktik*. Upplaga 2:1, Studentlitteratur AB Lund

Friberg F (2017) Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg F (red) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Upplaga 3:5 Lund, Studentlitteratur

Friedrichsen M (2013) Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I Beck-Friis B och Strang P (red) *Palliativ medicin och vård*. Upplaga 4. Liber AB, Stockholm

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

Funk, L. M., Peters, S., & Roger, K. S. (2017). The Emotional Labor of Personal Grief in Palliative Care: Balancing Caring and Professional Identities. *Qualitative Health Research*, 27(14), 2211–2221. <https://doi-org.proxy.mau.se/10.1177/1049732317729139>

Henricson M, Wallengren C (2015) Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I Henricson M (red) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Upplaga 1:6. Studentlitteratur AB.

Henricson M (2015) Diskussion. I Henricson M (red) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Upplaga 1:6. Studentlitteratur AB.

Henoch I, Österlind J (2020) De 6 S:n - en modell för personcentrerad palliativ vård i Andershed B & Ternestedt B-M *Palliativ vård, begrepp och perspektiv i teori och praktik*. Upplaga 2:1, Studentlitteratur AB Lund

* Hogan K-A, Fothergill-Bourbonnais F, Brajtman S, Phillips S, Wilson KG (2016) ‘When Someone Dies in the Emergency Department: Perspectives of Emergency Nurses’, *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 42(3), pp. 207–212. doi: 10.1016/j.jen.2015.09.003.

*Holms N, Milligan S, Kydd A (2014) ‘A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit’, *International Journal of Palliative Nursing*, 20(11), pp. 549–556. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.11.549.

Houska A, Loučka M (2019) ‘Patients’ Autonomy at the End of Life: A Critical Review’, *Journal of pain and symptom management*, 57(4), pp. 835–845. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.12.339

Hussin E, Wong L P, Chong M C, Subramanian P (2018) Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care. *International nursing review*, 65(2), 200–208. <https://doi.org/10.1111/inr.12428>

Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30

James, I., Andershed, B., Gustavsson, B., & Ternestedt, B. M. (2010). Emotional knowing in nursing practice: In the encounter between life and death. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 5(2), 10.3402/qhw.v5i2.5367. <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5367>

*Johansson K, Lindahl B (2012) ‘Moving between rooms - moving between life and death: nurses’ experiences of caring for terminally ill patients in hospitals’, *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 21(13–14), pp. 2034–2043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.

Karlsson E M (2008) Livet nära döden. Situationer, status och social solidaritet vid vård i livets slutskede. Mångkulturellt centrum, Botkyrka

Karlsson M, Kasen A, Warna-Furu C (2017) 'Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care', *PALLIATIVE & SUPPORTIVE CARE*, 15(2), pp. 158–167. doi: 10.1017/S1478951516000468.

Karolinska institutet (2016) *Ämnesord och fritext* ><https://kib.ki.se/><
(2021-04-10)

Kirkevold M (2012) *Omvårdnadsteorier, analys och utvärdering*. Upplaga 2:12. Studentlitteratur AB, Lund

*Kongsuwan W, Matchim Y, Nilmanat K, Locsin R C, Tanioka T, Yasuhara Y (2016) Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *International nursing review*, 63(1), 132–138. <https://doi.org/10.1111/inr.12234>

Milberg A (2013) *Närstående vid palliativ vård*. I Beck-Friis B och Strang P (red) *Palliativ medicin och vård*. Upplaga 4. Liber AB, Stockholm,

*Ong K K, Ting K C, Chow Y L (2018) 'The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: A qualitative descriptive study', *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(1–2), pp. 257–268. doi: 10.1111/jocn.13882.

*Rivera R N, Ospina Garzón H P, Henao C A M (2019) 'The experience of the nurse caring for families of patients at the end of life in the intensive care unit', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), pp. 706–711. doi: 10.1111/scs.12666.

Rosèn M (2015) Systematisk litteraturoversikt. I Henricson M (red) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Upplaga 1:6. Studentlitteratur AB.

Rosén M (2017) Systematisk litteraturoversikt. I Henricson M (red) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Upplaga 2:5. Studentlitteratur AB.

Segesten K (2011) *Att utbildas till sjuksköterska - perspektiv på lärande*. Första upplagan, Stockholm.

Segesten K (2017) *Användbara texter*. I Friberg F (red) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Upplaga 3:5 Lund, Studentlitteratur

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014) - *Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården: en handbok, 2: a upplagan. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017) - *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten* - Tabell 8.5 Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, s 87.

><https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf> <
(2021-03-13)

Strandberg G (2020) Autonomi och beroende. I Andershed B & Ternestedt B-M *Palliativ vård, begrepp och perspektiv i teori och praktik*. Upplaga 2:1, Studentlitteratur AB Lund

Strang P (2013) Ett palliativt förhållningssätt- enligt WHO. I Beck-Friis B och Strang P (red) *Palliativ medicin och vård*. Upplaga 4. Liber AB, Stockholm

Ternestedt B-M (2020) Döden i samhället. I Andershed B & Ternestedt B-M *Palliativ vård, begrepp och perspektiv i teori och praktik*. Upplaga 2:1, Studentlitteratur AB Lund

*Utami S.R, Pujianto A, Setyawan D, Naviati E, Rochana N (2020) ‘Critical Care Nurses’ Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study’, *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(3), pp. 260–274. doi: 10.14710/nmjn.v10i3.31302.

Valiee S, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N (2012) ‘Exploration of Iranian intensive care nurses’ experience of end-of-life care: a qualitative study
Exploration of Iranian intensive care nurses’ experience of end-of-life care: a qualitative study’, *Nursing in Critical Care*, 17(6), pp. 309–315. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00523.

*Velarde-García J. F, Luengo-González R, González-Hervias R, Cardenete-Reyes C, Alvarado-Zambrano G, Palacios-Ceña D (2016). Facing death in the intensive care unit. A phenomenological study of nurses' experiences. *Contemporary nurse*, 52(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080>

Westerlund C, Tishelman C, Benkel I, Fürst C. J, Molander U, Rasmussen B. H, Sauter S, Lindqvist O (2018) Public awareness of palliative care in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 46(4), 478–487. <https://doi.org/10.1177/1403494817751329>

Willman A (2011) Hälsa och välbefinnande, I Edberg A.K & Wijk H (red) *Omvårdnadens grunder hälsa och ohälsa*. Upplaga 1:4. Studentlitteratur AB.

World Health Organization (2020) *Palliative care key facts*
><https://www.who.int/><
(2021-04-10)

World Medical Association (2018) - *Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* ><https://www.wma.net/><
(2021-03-12)

*Wu T. W, Oliffe J. L, Bungay V, Johnson J. L (2015) Male ICU nurses' experiences of taking care of dying patients and their families: a gender analysis. *American journal of men's health*, 9(1), 44–52. <https://doi.org/10.1177/1557988314528236>

*Zheng R. S, Guo Q. H, Dong F. Q, Owens R. G (2015) Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 52(1), 288–296. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>

Zheng R, Lee S. F, Bloomer M. J (2016) 'How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis', *International Journal of Nursing Studies*, 53, pp. 320–330. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013

Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e39–e49. <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>

Östlundh L (2017) Informationssökning. I Friberg F (red) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Upplaga 3:5 Lund, Studentlitteratur

BILAGOR

Bilaga 1 – sökschema

<i>Sökschema PubMed 2021-03-30</i>	<i>Söktermer</i>	<i>Resultat</i>	<i>Utvalda artiklar</i>
Söckblock 1	"Nurses" [Mesh] OR nurses Block 1 resultat	90,328 396,446 396,446	
	AND		
Söckblock 2	Experience	872,219	
	AND		
Söckblock 4	caring dying patients	1,511	
Totala sökningen innan begränsningar	((("Nurses"[Mesh]) OR (nurses)) AND (experience)) AND (caring dying patients)	280	
Totala sökningen med begränsningar.	((("Nurses"[Mesh]) OR (nurses)) AND (experience)) AND (caring dying patients) Filter: English Publicerad: 2011 - 2021	169	4

Fortsättning bilaga 1

<i>Sökschema Cinahl 2021-03-29</i>	<i>Söktermer</i>	<i>Resultat</i>	<i>Utvalda artiklar</i>
Söckblock 1	Nurses OR (MH "Nurses")	532,964 65,524	
	Block 1 resultat	532,964	
	AND		
Söckblock 2	Experience	378,754	
	AND		
Söckblock 3	Palliative care	46,445	
	OR (MH "Palliative Care")	37,755	
	OR Terminal care	24,756	
	OR (MH "Terminal Care")	18,415	
	OR End of life care	46,763	
	OR caring for dying patient	485	
Block 3 resultat	66,470		
	AND		
Söckblock 4	Qualitative studies	125,988	
	OR (MH "Qualitative Studies")	121,239	
	OR qualitative validity	389	
	OR (MH "Qualitative Validity+")	718	
	Block 4 resultat	141,257	

Fortsättning bilaga 1

Totala sökningen innan begränsningar	(Nurses OR (MH "Nurses")) AND (experience) AND (Palliative care OR (MH "Palliative Care") OR Terminal care OR (MH "Terminal Care") OR end of life care OR caring for dying patients) AND ((MH "Qualitative Studies") OR Qualitative studies OR (MH "Qualitative Validity+") OR Qualitative Validity)	846	
Totala sökningen med begränsningar.	(Nurses OR (MH "Nurses")) AND (experience) AND (Palliative care OR (MH "Palliative Care") OR Terminal care OR (MH "Terminal Care") OR end of life care OR caring for dying patients) AND ((MH "Qualitative Studies") OR Qualitative studies OR (MH "Qualitative Validity+") OR Qualitative Validity) Filter: Peer review, Publicerad 2011-2021, English	560	8

Bilaga 2 – artikelmatris

	<i>Author, title, year, country</i>	<i>Aim</i>	<i>Participants</i>	<i>Method</i>	<i>Result</i>	<i>Study quality</i>
1	<p>Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K.</p> <p><i>To be involved — A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients</i></p> <p>2016, Sweden</p>	<p>The aim of this study was to describe nurses' experiences (>two years) of caring for dying patients in surgical wards.</p>	<p>The study was conducted in two surgical departments in southern Sweden.</p> <p><i>Gender:</i> 5 females, 1 male. <i>Age:</i> between 22 and 42 years.</p> <p><i>Experience:</i> between six months and two years</p>	<p>A qualitative method that involves an inductive approach. The interviews was recorded and then transcribed verbatim.</p>	<p>The result resulted in one category "Care - to be involved" and the three subcategories, or "to be supportive", "to be frustrated-" and "being sensitive in the care process", described the nurse's experiences</p>	<p>High quality</p> <p>This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>
2	<p>Johansson K, Lindahl B</p> <p><i>Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals</i></p> <p>2012, Sverige</p>	<p>This study describes the meanings of generalist registered nurses' experiences of caring for palliative care patients on general wards in hospitals.</p>	<p>8 nurses from two different hospitals, working with surgical and medical care in acute care.</p> <p><i>Gender:</i>8 females <i>Age:</i> not mentioned <i>Experience:</i> from 3 to 32 years</p>	<p>A Qualitative, descriptive, and interpretive study was used. A qualitative research interview technique was used. The analysis consists of three phases.</p>	<p>The main themes were: Being grateful to be able to share in the end of another's life, being touched by physical and existential meaning, To exist in place and space, To give and receive energy, Being open in relation to patients and colleagues.</p>	<p>High quality</p> <p>This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>

Fortsättning bilaga 2

3	<p>Hogan, K-A, Fothergill-Bourbonnais, F, Brajtman, S, Phillips, S & Wilson, KG.</p> <p><i>When someone dies in the emergency department: perspectives of emergency nurse</i></p> <p>2016, Canada</p>	<p>The purpose was not clear; however, it appears in the method that the study wants to examine the nurse's experiences of caring for adult patients in an emergency care unit</p>	<p>11 nurses that worked in a emergency department in a Canadian hospital. <i>Gender:</i> 6 females, 5 men <i>Age:</i> the mean age of the nurses was 37,4 years. <i>Experience:</i> average nursing experience of 13,6 years.</p>	<p>A qualitative research design using a phenomenological approach was used. Semi-structured interviews were held at the workplace in a private room, each interview lasted 30-45 minutes.</p>	<p>Three main themes emerged in the result. What emerged from these themes was that an emergency department was not one ideal place to die, but through the nurse's provision of care, they tried to improve an unfortunate situation.</p>	<p>Medium quality due to the lack of a clear purpose or aim.</p>
4	<p>Holms, N., Milligan, S. and Kydd, A.</p> <p><i>A study of the lived experiences of registered nurses who have provided end-of-life care within an intensive care unit</i></p> <p>2014, United Kingdom</p>	<p>The purpose of this study is to explore the experiences of ICU nurses who had provided end-of-life care to patients and their families.</p>	<p>25 nurses participated. All of the nurses were registered ICU nurses. <i>Gender:</i> not mentioned <i>Age:</i> not mentioned <i>Experience:</i> having cared for a dying patient within the last 2 years.</p>	<p>An interpretive descriptive approach was used. Individual audio-recorded interviews were conducted. The interviews were about 30-60 minutes. Semi-structured interview was used.</p>	<p>Five themes were identified and used in the results, use of integrated care systems. The Liverpool Care Pathway (LCP), communication, the intensive care environment, education and training and staff distress.</p>	<p>Medium quality due to the lack of information about the participants.</p>

Fortsättning bilaga 2

5	<p>Kongsuwan W, Matchim Y, Nilmanat K, Locsin RC, Tanioka T, Yasuhara Y.</p> <p><i>Lived experience of caring for dying patients in emergency room</i></p> <p>2016, Thailand</p>	<p>This study described the meaning of nurses' lived experience of caring for critical and dying patients in the emergency rooms.</p>	<p>12 nurses working in emergency room. <i>Gender:</i> 9 females, 3 men. <i>Age:</i> 25 - 50 years old <i>Experience:</i> at least 2 years' experience of working in emergency room</p>	<p>A hermeneutic phenomenological approach was used.</p> <p>In-depth individual interviews.</p>	<p>The experiences of caring for critical and dying patients result in four themes: defy death, no time for palliative care, lacks family support and integrity for peaceful deaths.</p>	<p>High quality</p> <p>This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>
6	<p>Ong KK, Ting KC, Chow YL.</p> <p><i>The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: A qualitative descriptive study</i></p> <p>2017, Singapore</p>	<p>To understand the perceptions of critical care nurses towards providing end-of-life care.</p>	<p>10 nurses from a medical intensive care unit. <i>Gender:</i> 8 females, 2 men <i>Age:</i> 23–43 years old <i>Experience:</i> experience from critical care for 2-13 years.</p>	<p>Qualitative descriptive design was used</p> <p>Participants were interviewed individually using a semi-structured interview guide.</p>	<p>Nurses explain about care cultures and how they experienced it. The tension with end-of-life care was explained by the fact that it shaped the nurse's perception and meaning of life and death, and how they developed mechanisms to achieve resolution</p>	<p>High quality</p> <p>This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>

Fortsättning bilaga 2

7	<p>Rivera, R. N., Ospina Garzón, H. P. and Henao, C. A. M.</p> <p><i>The experience of the nurse caring for families of patients at the end of life in the intensive care unit</i></p> <p>2019, Colombia</p>	<p>The aim of this article was to understand the meaning of the experience of giving care to families at the end of life in an ICU.</p>	<p>18 nurses participated. <i>Gender:</i> 11 women, 7 men. <i>Age:</i> 23 years to 45 years old <i>Experience:</i> They were to have at least 1 year of work experience in the ICU.</p>	<p>The method implemented is a qualitative, hermeneutic phenomenological research</p> <p>A semi-structured interview was conducted</p>	<p>Nurses working at the ICU have no special training in palliative care and meeting relatives in this perspective, but the nurse performed her work from science. The encounter with palliative care generates emotional and psychological burden on the nurse.</p>	<p>High quality</p> <p>This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>
8	<p>Utami, R. S., Pujiyanto, A., Setyawan, D., Naviati, E., & Rochana, N.</p> <p><i>Critical Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study</i></p> <p>2020, Indonesia</p>	<p>This study aimed to explore the experiences of critical care nurses in providing EOLC.</p>	<p>10 nurses, <i>Gender:</i> 9 females, 1 man <i>Age:</i> 21 to 50 years old. <i>Experience:</i> the nurses had experience from ICU or PICU for 2 - 10 years.</p>	<p>In depth interviews. The data were analyzed using manual content analysis. - Qualitative study with a phenomenological approach, manual content analysis was used to identify themes</p>	<p>The study resulted in five main themes: <i>the challenges of communication with family, support for the family, support for the patients, discussion and decision making, and nurses' emotions.</i></p>	<p>High quality</p> <p>This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>

Fortsättning bilaga 2

9	<p>Valiee S, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N: <i>Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study*</i> 2012, Iran</p>	<p>The aim is this article explores the experiences of intensive care nurses providing care for end-of-life patients</p>	<p>10 nurses working in general ICU. <i>Gender:</i> 9 females, 1 man. <i>Age:</i> average age of 33,5 years. <i>Experience:</i> from 1 - 18 years.</p>	<p>Using a qualitative design. Using in dept interviews. The interviews were transcribed and then analyzed through the conventional content analysis. After that the transcript texts were read and coded often using in vivo coding technique.</p>	<p>The result revealed that Iranian ICU nurses providing care to patients at the end of life were feeling an emotional burden and were thinking about values and beliefs. The result also showed the need for providing the nurses with psychological support.</p>	<p>High quality This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>
10	<p>Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervias, R., Cardenete-Reyes, C., Alvarado-Zambrano, G., & Palacios-Ceña, D. <i>Facing death in the intensive care unit. A phenomenological study of nurses' experiences</i> 2016, Spain</p>	<p>To describe the lived experience of Spanish nurses working in intensive care units regarding how they face the death of their patients</p>	<p>22 nurses participated. <i>Gender:</i> 15 women, 7 men. <i>Age:</i> mean age of 40.8 years <i>Experience:</i> all of the nurses had at least 1 year of work experience from the ICU. The nurses had a and a mean experience in ICUs of 13.6 years</p>	<p>A qualitative phenomenological study was used Individual unstructured interviews were conducted, as well as semi-structured personal interviews.</p>	<p>The results show how the nurse experienced the death of patients. This was explained by various factors such as whether the death is expected or not, or whether it was an elderly or younger patient who died</p>	<p>High quality This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>

Fortsättning bilaga 2

11	<p>Wu, T. W., Oliffe, J. L., Bungay, V., & Johnson, J. L.</p> <p><i>Male ICU Nurses' Experiences of Taking Care of Dying Patients and Their Families: A Gender Analysis</i></p> <p>2015, Canada</p>	<p>This article investigates the experiences of male ICU nurses in the context of caring for dying patients and their families.</p>	<p>15 nurses participated in this study, they were working in a ICU unit at two urban acute care hospitals.</p> <p><i>Gender:</i> 15 men <i>Age:</i> from 28–48 years old <i>Experience:</i> 2 months – 16 years, with a average experience of 8 years</p>	<p>The method was performed by interpretive descriptive methods. Interviews face to face, the nurses choose where the interview should be held, so some of them were held at the hospital, at a cafe or in the nurses' home.</p>	<p>The main goal of the nurses when it came to caring for dying patients was to ensure that they were free from pain and anxiety. It was also seen that patients should have some control over who they spent their last time with. To respect a patient's wishes and ensuring their comfort was crucial in the care of a dying patient.</p>	<p>High quality</p> <p>This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>
12	<p>Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens RG,</p> <p><i>Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study</i></p> <p>2015, China</p>	<p>To elucidate Chinese oncology nurses' experience of caring for dying cancer patients.</p>	<p>28 nurses working at an oncology department in Tianjin.</p> <p><i>Gender:</i> 28 females. <i>Age:</i> 23–49 years old. <i>Experience:</i> from 6 months to 26 years.</p>	<p>Semi-structured interview guide. The audiotaped were transcript to Chinese, then qualitative thematic analysis was used to analyze the data.</p>	<p>The result showed that the nurses suffered emotional distress when caring for patients at the end of life. Although these experiences also helped the nurses to reflect on the meaning of death and life.</p>	<p>High quality</p> <p>This study was rated as high quality due to all the relevant criteria being fulfilled</p>